



WOJEWODA MAZOWIECKI

WK-V.9612.1.7.2019

Warszawa, 20 stycznia 2020 r.

**Pan
Wiktor Korotko
Alina Korotko
PULMO Sp. zo.o.
ul. Skarbka z Gór 120 m. 10
03-287 Warszawa**

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

Na podstawie art. 111 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (dalej ustawa o działalności leczniczej – Dz. U. z 2018 r. poz. 2190, z późn. zm.) przeprowadzona została kontrola problemowa w zakładzie leczniczym pn. Ośrodek Stacjonarnej Opieki Medycznej PULMO (dalej ZOL), mieszczącym się przy ul. Szpitalnej 56 w Żurominie.

Tematyka kontroli obejmowała zgodność wykonywanej działalności z przepisami określającymi warunki wykonywania działalności leczniczej.

Kontrolą objęto badanie stanu faktycznego w dniach prowadzenia kontroli.

W związku z kontrolą, której szczegółowe wyniki przedstawione zostały w protokole kontroli, podpisanym bez zastrzeżeń w dniu 4 grudnia 2019 r., przekazuję niniejsze wystąpienie pokontrolne.

W trakcie kontroli stwierdzono, że struktura organizacyjna kontrolowanego zakładu leczniczego była zgodna ze stanem faktycznym oraz z danymi zgłoszonymi do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą.

W ZOL udzielane były całodobowe świadczenia zdrowotne obejmujące swoim zakresem pielęgnację, rehabilitację i zapewnienie wyżywienia odpowiedniego do stanu zdrowia pacjenta, zgodnie z art. 9 ust. 1 pkt 1 ustawy o działalności leczniczej. Podmiot zabezpieczał dostęp do opieki lekarskiej. Świadczenia udzielane w placówce realizowane były odpłatnie, na podstawie umów zawieranych z pacjentami lub ich przedstawicielami prawnymi. Placówka dysponowała 25 łózkami – jak ustalono w księdze rejestrowej podmiotu leczniczego. Warunki bytowe pacjentów były dobre,

a pomieszczenia kontrolowanej placówki utrzymane były w porządku i czystości – ich stan sanitarno-higieniczny w dniach prowadzenia kontroli nie budził zastrzeżeń. Placówka wyposażona została w system przywoławczy dla pacjentów. Dla potrzeb ZOL zapewniono pomieszczenie specjalnie przeznaczone na przechowywanie zwłok osoby zmarłej w okresie pomiędzy stwierdzeniem zgonu a przewiezieniem ich do chłodni (pokój jednoosobowy), zapewniające godność należną zmarłemu, zgodnie z § 3 ust. 8 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 10 kwietnia 2012 r. w sprawie sposobu postępowania podmiotu leczniczego wykonującego działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne ze zwłokami pacjenta w przypadku śmierci pacjenta (Dz. U. z 2012 r. poz. 420). Podmiot zawarł umowę ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej, zgodnie z obowiązkiem ustalonym w art. 25 ust. 1 pkt 1 i ust. 2 ustawy o działalności leczniczej. W kontrolowanym zakładzie umieszczono informację o prawach pacjenta, zgodnie z wymogiem określonym w art. 11 ust. 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2019 r. poz. 1127).

W dniach prowadzenia kontroli w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznym przebywało 9 pacjentów – 6 kobiet i 3 mężczyzn. Grupę chorych stanowiły osoby z chorobą Alzheimera, zespołem otępiennym, stan po złamaniu biodra oraz z niedowładem lewej strony. U pacjentów zdiagnozowano ponadto niewydolność serca, nadciśnienie tętnicze, miażdżyca, cukrzycę, w tym cukrzycę insulinozależną. Podawania insuliny wymagał 1 pacjent. Jeden z pacjentów żywiony był przez sondę żołądkową, jeden przez sondę PEG. Samodzielnie funkcjonowało 4 pacjentów, okresowej pomocy kadry medycznej wymagało 4 pensjonariuszy poruszających się przy pomocy sprzętu rehabilitacyjnego, a stałej i kompleksowej opieki wymagał 1 pacjent leżący. Z uwagi na specyfikę schorzeń pacjenci przebywający w ZOL potrzebowali stałej rehabilitacji i usprawniania, jak również okresowej opieki psychologicznej i logopedycznej. Pacjenci przebywający w placówce mieli zabezpieczony dostęp do opieki lekarskiej i usług pielęgniarskich. Świadczenia lekarskie realizowane były w określonych dniach i godzinach przez 3 lekarzy, z których jeden był jednocześnie specjalistą w dziedzinie rehabilitacji medycznej oraz posiadał I^o specjalizacji w dziedzinie ortopedii i traumatologii, drugi – specjalistą z psychiatrii, a trzeci – specjalistą z medycyny rodzinnej. Opiekę nad pacjentkami ZOL sprawowało również 6 pielęgniarek w ramach 12-godzinnych dyżurów dziennych (8⁰⁰ – 20⁰⁰) i nocnych (20⁰⁰ – 8⁰⁰). Dyżur dzienny każdorazowo pełniła 1 pielęgniarka (w godz. 8⁰⁰ – 20⁰⁰), dyżur nocny zabezpieczała 1 pielęgniarka (w godz. 20⁰⁰ – 8⁰⁰). Jedna pielęgniarka posiadała tytuł licencjata z pielęgniarstwa. Dwie pielęgniarki ukończyły kurs kwalifikacyjny w zakresie pielęgniarstwa środowiskowo-rodzinnego. Ponadto pielęgniarki odbyły

kursy specjalistyczne w następującym zakresie: wykonywania i interpretacji zapisu elektrokardiograficznego – 1 oraz leczenia ran – 1.

W dokumentacji podmiotu leczniczego zgromadzono dokumenty potwierdzające prawo wykonywania zawodu aktualnie zatrudnionych lekarzy, fizjoterapeutów i kadry pielęgniarskiej.

W trakcie kontroli ustalono, że opiekę nad pacjentami zabezpieczał również personel pomocniczy, tj. 4 opiekunki w ramach 12-godzinnej dyżuru dziennego (w godz. 8⁰⁰ 20⁰⁰). Dyżur dzienny każdorazowo pełniła 1 opiekunka.

Świadczenia rehabilitacyjne realizowane były przez dwóch fizjoterapeutów, jednego psychologa, logopedę i terapeutę zajęciowego. Rehabilitacja była prowadzona w zależności od stanu pacjentów codziennie w godzinach 10⁰⁰ do 18⁰⁰ w poniedziałki, środy i piątki w godzinach od 18⁰⁰ do 19⁰⁰ oraz we wtorki i czwartki w godzinach od 8⁰⁰ do 10⁰⁰ – na salach ćwiczeń bądź przy łóżku pacjenta.

Wyżywienie pacjentów uwzględniało dietę ogólną, lekkostrawną i cukrzycową, a okazany dzienny jadłospis sporządzony był przez firmę cateringową na podstawie zaleceń otrzymanych od lekarza ZOL.

W ZOL prowadzona była edukacja zdrowotna pacjentów oraz członków ich rodzin, ukierunkowana na kształtowanie postaw i zachowań prozdrowotnych. W trakcie czynności kontrolnych nie zaobserwowano w placówce negatywnych zjawisk wynikających z niestosownego zachowania się personelu. Analiza przeprowadzonej w ZOL *Ankiety satysfakcji pacjenta* z pobytu w zakładzie leczniczym wykazała, że pacjenci byli zadowoleni z pobytu w placówce. Nie zgłaszali żadnych utrudnień ze strony placówki dotyczących odwiedzin przez osoby bliskie. Chorzy pozytywnie oceniali udzielane świadczenia oraz stosunek personelu medycznego do pacjentów.

Podmiot dysponował dokumentacją potwierdzającą sprawność techniczną aparatury i sprzętu medycznego wykorzystywanego przy udzielaniu świadczeń medycznych, do której posiadania i okazania organowi kontroli podmiot jest zobowiązany na podstawie art. 90 ust. 6, 7 i 9 ustawy z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych (Dz. U. z 2019 r. poz. 175, z późn. zm.). Dokumentacja medyczna przechowywana była zgodnie z zasadami ustalonymi w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (dalej rozporządzenie w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania – Dz. U. z 2015 r. poz. 2069).

W wyniku kontroli stwierdzono następujące nieprawidłowości:

1. Nieustalenie regulaminu organizacyjnego podmiotu leczniczego, co jest niezgodne z art. 24 ustawy o działalności leczniczej.
2. Nieprawidłowe prowadzenie indywidualnej dokumentacji medycznej. Sprawdzone dokumentację 40 pacjentów, stwierdzając:
 - a) we wszystkich przypadkach – brak nazwy podmiotu oraz kodu resortowego, stanowiącego część I systemu resortowych kodów identyfikacyjnych, co stanowi naruszenie § 10 ust. 1 pkt 1 lit. a i b rozporządzenia w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej,
 - b) we wszystkich przypadkach – brak oznaczenia pacjenta, co jest niezgodne z § 10 ust. 1 pkt 2 rozporządzenia w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej,
 - c) we wszystkich przypadkach – brak oznaczenia osoby udzielającej świadczeń zdrowotnych oraz osoby kierującej na badanie diagnostyczne, konsultację lub leczenie, co stanowi naruszenie § 10 ust. 1 pkt 3 rozporządzenia w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej,
 - d) we wszystkich przypadkach – brak karty indywidualnej opieki pielęgniarskiej oraz karty zleceń lekarskich, co jest niezgodne z § 15 ust. 1 pkt 1 i 5 rozporządzenia w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej,
 - e) we wszystkich przypadkach – brak danych z wywiadu lekarskiego przy przyjęciu pacjenta do placówki i oznaczenia lekarza przyjmującego, co stanowi naruszenie § 16 ust. 1 pkt 5 i 7 rozporządzenia w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej,
 - f) we wszystkich przypadkach – brak informacji o zleceniach lekarskich oraz ich wykonaniu w formie karty zleceń lekarskich oraz informacji dotyczących procesu pielęgnowania, czynności pielęgniarskich w postaci karty indywidualnej opieki pielęgniarskiej, co jest niezgodne z § 17 ust. 2 pkt 2 i 4 rozporządzenia w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej,
 - g) we wszystkich przypadkach – brak oświadczeń pacjenta o upoważnieniu do uzyskiwania informacji o jego stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych, oświadczeń pacjenta o upoważnieniu do uzyskiwania dokumentacji, ze wskazaniem imienia i nazwiska osoby upoważnionej, a także brak było adnotacji w dokumentacji medycznej indywidualnej – w przypadku, gdy pacjent nie złożył ww. oświadczeń, co stanowi naruszenie § 8 ust. 1 pkt 1 i 2 oraz ust. 3 ww. rozporządzenia,

- h) we wszystkich przypadkach – brak numerowania stron dokumentacji medycznej, które powinny stanowić chronologicznie uporządkowaną całość, co jest niezgodne z § 5 ww. rozporządzenia,
- i) w 8 przypadkach – brak części dotyczącej wypisania pacjenta ze szpitala, co stanowi naruszenie § 20 ww. rozporządzenia.
3. Nieprawidłowe prowadzenie zbiorczej dokumentacji medycznej:
- a) *Księga główna przyjęć i wypisów* nie zawierała danych/informacji ustalonych w § 27 pkt 1, 5, 6, 7, 8, 10, 11, 12, 16 i 17 rozporządzenia w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej:
- oznaczenia podmiotu,
 - kodów resortowych komórek organizacyjnych, w których pacjent przebywał,
 - rozpoznania wstępnego,
 - rozpoznania przy wypisie,
 - rozpoznania onkologicznego wypisu pacjenta, na podstawie wyniku badania diagnostycznego, który nie był znany w dniu wypisu,
 - daty wypisu, a w przypadku zgonu pacjenta – daty i przyczyny zgonu,
 - adnotacji o miejscu, do którego pacjent został wypisany,
 - adnotacji o zleceniu transportu sanitarnego, jeżeli zostało wydane,
 - oznaczenia lekarza wypisującego,
 - numeru karty depozytowej.
- b) *Księga raportów pielęgniarских* nie zawierała informacji ustalonych w § 31 pkt 2, 4 i 6 rozporządzenia w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej:
- oznaczenia podmiotu,
 - statystyki oddziału, w tym liczby osób przyjętych, wypisanych, zmarłych,
 - imienia i nazwiska, tytułu zawodowego, uzyskanych specjalizacji oraz numeru prawa wykonywania zawodu pielęgniarki.

Przedstawiając powyższe ustalenia zobowiązuję Pana do podjęcia działań w celu wyeliminowania stwierdzonych w trakcie kontroli nieprawidłowości, a w szczególności do:

1. Opracowania regulaminu organizacyjnego podmiotu leczniczego w szczególności ustalonej w art. 24 ustawy o działalności leczniczej.

2. Prowadzenia dokumentacji medycznej zgodnie z zasadami ustalonymi w rozporządzeniu w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej, w szczególności dokumentacja indywidualna pacjentów powinna zawierać dane wymienione w punkcie 2. wystąpienia pokontrolnego, zaś dokumentacja zbiorcza – informacje wymienione w punkcie 3.

Pragnę poinformować również, że zgodnie z art. 87 ust. 4 ustawy z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne (Dz. U. z 2019 r. poz. 959) w zakładach leczniczych udzielających całodobowych świadczeń zdrowotnych innych niż szpitalne utworzony dział farmacji szpitalnej należy niezwłocznie zgłosić do Mazowieckiego Wojewódzkiego Inspektora Farmaceutycznego.

Jednocześnie zobowiązuję Pana do poinformowania Wojewody Mazowieckiego, z powołaniem znaku pisma WK-V.9612.1.7.2019, o sposobie realizacji zaleceń pokontrolnych i wykorzystania wniosku pokontrolnego, w terminie 14 dni od daty otrzymania wystąpienia.

Z up. Wojewody Mazowieckiego

Artur Subda

Dyrektor Wydziału Kontroli