



WOJEWODA MAZOWIECKI

WK-V.9612.1.168.2022

Warszawa, 11 stycznia 2023 r.

**Pan
XXX
Wiceprezes Zarządu
„SANA”
Spółka z ograniczoną
odpowiedzialnością
ul. Kościuszki 49 J
08-400 Garwolin**

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 2022 r. poz. 633, z późn. zm.), przeprowadzona została kontrola problemowa w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicznym (dalej ZOL) mieszczącym się przy ul. Topolowej 80 w Woli Rębkowskiej (08-410) prowadzonym przez podmiot leczniczy pn. „SANA” Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością zs. w Garwolinie.

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

Kontrolą objęto badanie stanu faktycznego od dnia 1 października 2022 r. do dnia zakończenia kontroli.

W związku z kontrolą, której szczegółowe wyniki przedstawione zostały w protokole kontroli, podpisanym bez zastrzeżeń w dniu 20 grudnia 2022 r., przekazuję Panu niniejsze wystąpienie pokontrolne.

W trakcie kontroli stwierdzono, że w ZOL udzielane były całodobowe świadczenia zdrowotne obejmujące swoim zakresem opiekę lekarską, pielęgnację, rehabilitację i zapewnienie wyżywienia odpowiedniego do stanu zdrowia pacjenta, zgodnie z art. 9 ust. 1 pkt 1 ustawy o działalności leczniczej. Świadczenia zdrowotne realizowane były w ramach umowy z NFZ oraz odpłatnie na podstawie umowy zawartej z pacjentem, jego opiekunem prawnym lub rodziną. Podmiot posiadał regulamin organizacyjny zawierający wszystkie elementy określone w art. 24 ustawy o działalności leczniczej oraz zawartą umowę ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej, zgodnie z obowiązkiem ustalonym w art. 25 ust. 1 pkt 1 i ust. 2 ustawy o działalności leczniczej. Kontrolowana placówka dysponowała 55 łózkami – jak ustalono w księdze rejestrowej podmiotu leczniczego. Pomieszczenia ZOL spełniały wymagania określone w przepisach rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. z 2022 r. poz. 402). Warunki bytowe pacjentów były dobre a pomieszczenia placówki utrzymane w porządku i czystości – ich stan sanitarno-higieniczny w dniach prowadzenia kontroli nie budził zastrzeżeń. W trakcie kontroli w ZOL przebywało 50 pacjentów – 29 kobiet i 21 mężczyzn. Grupę chorych stanowiły osoby po przebytym udarze niedokrwiennym, które wymagały stałej opieki, pielęgnacji i rehabilitacji ze względu na niedowład. W placówce przebywali również pacjenci z zespołem otępiennym, chorobą Alzheimera, chorobą Parkinsona, padaczką, stwardnieniem rozsianym, niewydolnością nerek, niewydolnością oddechową, chorobą zwyrodnieniową stawów i kręgosłupa oraz po złamaniu kości udowej. U chorych zdiagnozowano ponadto choroby współistniejące, w tym choroby układu krążenia (miażdżycę, chorobę wieńcową, nadciśnienie tętnicze, niewydolność krążenia, migotanie przedsionków, zaburzenia rytmu serca) oraz cukrzycę. Podawania insuliny wymagało 6 pacjentów, codziennej zmiany opatrunków ze względu na odleżyny – 9 i owrzodzenia podudzi – 4. Ponadto w ZOL przebywało 5 pacjentów z założonym cewnikiem moczowym. Ustalono, że samodzielnie funkcjonowało 18 pacjentów. Okresowej pomocy personelu wymagało 22 pacjentów poruszających się przy pomocy sprzętu rehabilitacyjnego. Stałej opieki i kompleksowej pielęgnacji wymagało 10 pacjentów leżących. Z uwagi na specyfikę schorzeń pacjenci przebywający w placówce wymagali rehabilitacji, usprawniania jak również okresowej pomocy psychologicznej.

Pacjenci ZOL mieli zabezpieczony dostęp do opieki lekarskiej. Świadczenia lekarskie udzielane były przez 5 lekarzy zatrudnionych w niepełnym wymiarze czasu pracy: lekarza specjalistę w dziedzinie chorób wewnętrznych i w dziedzinie nefrologii, lekarza specjalistę w dziedzinie neurologii, lekarza specjalistę w dziedzinie psychiatrii oraz 2 lekarzy w trakcie specjalizacji – 1 w dziedzinie chorób wewnętrznych i 1 w dziedzinie anestezjologii. Świadczenia lekarskie udzielane były 4 – 6 razy w tygodniu.

Świadczenia pielęgniarskie realizowane były przez 12 pielęgniarek w ramach 12-godzinnych dyżurów dziennych (7⁰⁰ – 19⁰⁰) i nocnych (19⁰⁰ – 7⁰⁰) oraz rannych w godzinach: 7⁰⁰ – 15⁰⁰, 7²⁵ – 15⁰⁰, 7⁰⁰ – 13⁰⁰, 8⁰⁰ – 12⁰⁰. Dyżur dzienny (7⁰⁰ – 19⁰⁰) w dni robocze każdorazowo zabezpieczała 1 pielęgniarka oraz dodatkowo 1 pielęgniarka w wybranych ww. godzinach rannych, w soboty i niedziele dyżur dzienny (7⁰⁰ – 19⁰⁰) każdorazowo zabezpieczały 2 pielęgniarki. Dyżur nocny (19⁰⁰ – 7⁰⁰) każdorazowo zabezpieczała 1 pielęgniarka. W trakcie kontroli ustalono, że świadczeń zdrowotnych udzielały pielęgniarki, które posiadały dodatkowe kwalifikacje zawodowe istotne z punktu widzenia wykonywanej działalności leczniczej w ZOL, w szczególności w dziedzinie opieki długoterminowej, pielęgniarstwa psychiatrycznego, pielęgniarstwa rodzinnego, pielęgniarstwa internistycznego i pielęgniarstwa chirurgicznego.

Opiekę nad pacjentami zabezpieczał również personel pomocniczy tj. 13 opiekunek zatrudnionych w ramach 12-godzinnych dyżurów dziennych (7⁰⁰ – 19⁰⁰) i nocnych (19⁰⁰ – 7⁰⁰). W godzinach 7⁰⁰ – 19⁰⁰ każdorazowo opiekę sprawowało 3 – 4 opiekunki, w godzinach nocnych (19⁰⁰ – 7⁰⁰) - 1 opiekunka.

Świadczenia rehabilitacyjne realizowane były przez 5 fizjoterapeutów – od poniedziałku do piątku w godz. 8⁰⁰ – 15³⁵, terapeutę zajęciowego - w wymiarze 20 godzin tygodniowo oraz psychologa – 2 razy w tygodniu, 9 godzin dziennie.

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

Wyżywienie pacjentów uwzględniało dietę normalną, cukrzycową i lekkostrawną/wątrobową. Posiłki dostarczane były przez firmę zewnętrzną, jadłospis opracowywany był przez dietetyka.

W placówce prowadzone były działania w zakresie promocji zdrowia mające na celu podniesienie świadomości zdrowotnej, poprawę jakości życia oraz przygotowanie pacjenta i rodziny do samoopieki i samopielęgnacji w warunkach domowych. W trakcie czynności

kontrolnych nie zaobserwowano w placówce negatywnych zjawisk wynikających z niestosownego zachowania się pacjentów i personelu. Na podstawie analizy *Ankiety satysfakcji pacjenta z pobytu w ZOL* przeprowadzonej wśród 19 pacjentów, stwierdzono, że wszyscy ocenili pozytywnie jakość udzielanych świadczeń, wyżywienie i podejście personelu do pacjentów.

Podmiot dysponował dokumentacją potwierdzającą sprawność techniczną aparatury i sprzętu medycznego wykorzystywanego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych, do której posiadania i okazania organowi kontroli jest zobowiązany na podstawie art. 63 ust. 3, 4 i 6 ustawy z dnia 7 kwietnia 2022 r. o wyrobach medycznych (Dz. U. z 2022 r. poz. 974). W placówce wydzielono pomieszczenie specjalnie przeznaczone na przechowywanie zwłok osoby zmarłej w okresie pomiędzy stwierdzeniem zgonu a przewiezieniem ich do chłodni 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). W placówce 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 2022 r. poz. 1876, z późn. zm.). Dokumentacja medyczna przechowywana była zgodnie z normami ustalonymi w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (dalej rozporządzenie w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej — Dz. U. z 2022 r. poz. 1304, z późn. zm.).

W wyniku kontroli stwierdzono następujące nieprawidłowości:

1. Nieprawidłowe prowadzenie indywidualnej dokumentacji medycznej – w 20 przypadkach brak oświadczeń pacjenta o wyrażeniu zgody na udzielanie informacji, ze wskazaniem imienia i nazwiska osoby upoważnionej oraz danych umożliwiających kontakt z tą osobą oraz oświadczenia o upoważnieniu do dostępu do dokumentacji, co stanowi naruszenie § 8 ust. 1 pkt 1 i 2 rozporządzenia w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej.

2. Nieprawidłowe prowadzenie zbiorczej dokumentacji medycznej — *Wykazu zabiegów*, który nie zawierał numeru PESEL pacjenta, co stanowi naruszenie § 29 pkt 3 rozporządzenia w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej.

Przedstawiając powyższe ustalenia zobowiązuję Pana do prowadzenia dokumentacji medycznej zgodnie z normami ustalonymi w rozporządzeniu w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej, w szczególności dokumentacja indywidualna pacjentów powinna zawierać dane wymienione w punkcie 1. a dokumentacja zbiorcza dane wymienione w punkcie 2. – w terminie 14 dni od daty otrzymania wystąpienia.

Jednocześnie zobowiązuję Pana do poinformowania Wojewody Mazowieckiego z przywołaniem znaku pisma WK-V.9612.1.168.2022, o sposobie realizacji zalecenia pokontrolnego.

Z up. Wojewody Mazowieckiego
Artur Subda
Dyrektor Wydziału Kontroli