



Warszawa, 18 maja 2023 r.

WOJEWODA MAZOWIECKI

WK-V.9612.1.42.2023

**Państwo
Anna Miernowska
Karol Bulenda
LNA SANTÉ ORIGIN Sp. z o.o.
ul. Hajoty 49
01-821 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 2022 r. poz. 633, z późn. zm.) przeprowadzona została kontrola problemowa w zakładzie leczniczym pn. CENTRUM ORIGIN OTWOCK, mieszczącym się przy ul. Bernardyńskiej 13, 05-400 Otwock (dalej Centrum ORIGIN), prowadzonym przez podmiot leczniczy pn. LNA SANTÉ ORIGIN SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ.

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

Kontrolą objęto badanie stanu faktycznego od dnia 1 lutego 2023 r. do dnia zakończenia kontroli.

W związku z kontrolą, której szczegółowe wyniki przedstawione zostały w protokole kontroli, podpisanym bez zastrzeżeń w dniu 4 maja 2023 r., przekazuje Państwu niniejsze wystąpienie pokontrolne.

W trakcie kontroli stwierdzono, że w Centrum ORIGIN udzielane były całodobowe świadczenia zdrowotne obejmujące swoim zakresem opiekę lekarską, pielęgniarскую, rehabilitację i zapewnienie żywienia odpowiedniego do stanu zdrowia pacjenta, zgodnie

z art. 9 ust. 1 pkt 1 ustawy o działalności leczniczej. Jednocześnie w ramach kontrolowanego zakładu, w komórce organizacyjnej pn. Zakład Rehabilitacji Leczniczej, udzielane były świadczenia z zakresu stacjonarnej rehabilitacji pacjentów. Świadczenia zdrowotne realizowane były odpłatnie na podstawie umów cywilno-prawnych zawieranych z pacjentami lub z rodzinami pacjentów. Ponadto podczas czynności kontrolnych ustalono, że kontrolowany zakład leczniczy obejmuje swoim świadczeniem rehabilitacyjnym pacjentów kierowanych przez Polskie Centrum Rehabilitacji Funkcjonalnej (PCRF). 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. W kontrolowanym zakładzie leczniczym 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.). Kontrolowana placówka dysponowała w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznym (dalej ZOL) 29 łózkami oraz w Zakładzie Rehabilitacji Leczniczej (dalej ZRL) 63 łózkami – jak ustalono w księdze rejestrowej podmiotu leczniczego. Warunki bytowe pacjentów były dobre, a pomieszczenia placówki utrzymane w porządku i czystości – ich stan sanitarno-higieniczny w dniach kontroli nie budził zastrzeżeń.

W dniach prowadzenia kontroli w Centrum Origin przebywało 67 pacjentów – 31 kobiet (w tym 16 w ZOL) i 36 mężczyzn (w tym 3 w ZOL). Pacjentami kontrolowanej placówki były osoby, u których zdiagnozowano choroby otępienne, chorobę Alzheimera, stan po udarze, stan po złamaniu miednicy, stan po złamaniu kości udowej, odkleszczowe zapalenie mózgu, urazy mózgowo-czaszkowe oraz niewydolność wielonarządową. Wśród pacjentów zdiagnozowano również choroby współistniejące: nadciśnienie tętnicze, cukrzycę, niewydolność serca, otyłość oraz padaczkę. W Centrum Origin przebywał 1 pacjent, który wymagał podawania insuliny, a 9 zmiany opatrunków z powodu odleżyn. Ustalono, że tylko 18 pacjentów funkcjonowało samodzielnie, okresowej pomocy kadry medycznej wymagało 39 pensjonariuszy poruszających się przy pomocy sprzętu rehabilitacyjnego, a 11 pacjentów leżących wymagało stałej opieki i kompleksowej pielęgnacji. Z uwagi na specyfikę schorzeń pacjenci przebywający w Centrum Origin wymagają stałej rehabilitacji, usprawnienia, jak również pomocy psychologicznej.

Pacjenci Centrum Origin mieli zabezpieczony dostęp do opieki lekarskiej. Świadczenia lekarskie realizowane były przez 7 lekarzy, w tym 1 specjalistę w zakresie ortopedii

i traumatologii narządu ruchu, 1 – psychiatrii, 1 – neurologii, 1 – geriatrici oraz 1 – w zakresie rehabilitacji medycznej posiadającego jednocześnie I° specjalizacji w zakresie chirurgii dziecięcej. Ponadto od 20 marca 2023 r. zostało zatrudnionych 3 lekarzy, w tym 1 specjalista w zakresie anestezjologii i intensywnej terapii i 1 w dziedzinie neurologii i rehabilitacji medycznej. Lekarze mieli wyznaczone stałe dni i godziny przyjęć zgodnie z harmonogramem, a także w nagłych przypadkach na wezwanie telefoniczne.

Świadczenia pielęgniarskie realizowane były przez 13 pielęgniarek oraz 3 osoby do pomocy bez prawa wykonywania zawodu pielęgniarki. Pielęgniarki pełniły dyżury 12-godzinne (7:00-19:00 i 19:00-7:00) lub 24-godzinne. Ustalono, że w miesiącu lutym odbyły się 2 dyżury 36-godzinne, a w miesiącu marcu zaplanowane były 3 dyżury 36-godzinne pielęgniarskie. Na podstawie udostępnionych grafików ustalono, że dyżury dzienne dla całego zakładu leczniczego zabezpieczone były przez 2 lub 3 pielęgniarki (sporadycznie przez 1 pielęgniarkę), dyżury nocne przez 1 lub 2 pielęgniarki (sporadycznie przez 3 pielęgniarki). Odnotowano brak podziału pielęgniarskiego na poszczególne oddziały: Zakład Opiekuńczo-Leczniczy i Zakład Rehabilitacji Leczniczej.

Udzielające świadczeń pielęgniarki posiadały dodatkowe kwalifikacje zawodowe istotne z punktu widzenia wykonywanej działalności leczniczej w ZOL i ZRL, w szczególności z zakresu opieki długoterminowej – 1 pielęgniarka ukończyła specjalizację w dziedzinie pielęgniarstwa psychiatrycznego, 1 internistycznego oraz 2 pielęgniarki odbyły kurs specjalistyczny w zakresie rehabilitacji osób z przewlekłymi zaburzeniami psychicznymi.

Świadczenia rehabilitacyjne realizowane były przez 22 fizjoterapeutów, w tym 20 posiadających tytuł magistra rehabilitacji oraz 2 – licencjat z rehabilitacji ruchowej. Zajęcia odbywały się w salach rehabilitacyjnych lub przy łóżku pacjenta – w zależności od stanu zdrowia pacjentów. Ponadto podmiot leczniczy zatrudniał 2 logopedów, 2 neurologopedów, 1 neuropsychologa oraz 1 terapeutę zajęciowego.

W trakcie kontroli ustalono, że opiekę nad pacjentami zabezpieczał również personel pomocniczy tj. 37 opiekunów, zgodnie z udostępnionym grafikiem pracy.

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

Wyżywienie pacjentów uwzględniało dietę podstawową, cukrzycową, lekkostrawną, przemysłową, miksowaną lub inną zgodnie z zapotrzebowaniem. Jadłospis sporządzany był

przez dietetyka na podstawie zaleceń otrzymanych od lekarza kontrolowanej placówki oraz na podstawie stanu zdrowia pacjentów.

W placówce prowadzone były działania w zakresie promocji zdrowia ukierunkowane głównie na zdrowie psychiczne pacjentów, propagowanie aktywności fizycznej, ćwiczenia pamięci, radzenia sobie z niepełnosprawnością oraz zagadnień dotyczących prawidłowego żywienia.

Na podstawie analizy *Ankiety satysfakcji pacjenta z pobytu w Centrum Origin* przeprowadzonej wśród 6 pensjonariuszy stwierdzono, że wszystkie osoby były zadowolone z pobytu w placówce, chwaliły rodzinną atmosferę i personel sprawujący nad nimi opiekę. Pensjonariusze nie zgłaszali utrudnień w kontakcie z bliskimi.

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). Dla potrzeb Centrum ORIGIN zapewniono miejsce 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).

Dokumentacja medyczna prowadzona i 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 (Dz. U. z 2022 r. poz. 1304, z późn. zm.).

W wyniku kontroli stwierdzono następujące nieprawidłowości:

1. Niezgłoszenie do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą adresu strony internetowej oraz aktualnego adresu podmiotu leczniczego, co jest niezgodne z art. 107 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej.
2. Niezamieszczenie na stronie internetowej kontrolowanej placówki aktualnych informacji dotyczących wysokości opłat za udostępnienie dokumentacji medycznej oraz przechowywanie zwłok pacjenta przez okres dłuższy niż 72 godziny od osób lub instytucji

uprawnionych do pochowania zwłok, co stanowi naruszenie art. 24 ust. 2 ustawy o działalności leczniczej.

3. Niespełnienie wymogów określonych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (dalej rozporządzenie w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą – Dz. U. z 2022 r. poz. 402) poprzez brak pojemników z ręcznikami jednorazowego użycia w węzłach sanitarnych przy pokojach pacjentów, co jest niezgodne z § 24 ust. 1 ww. rozporządzenia.

Przedstawiając powyższe ustalenia, zobowiązuję Państwa do podjęcia działań mających na celu wyeliminowanie stwierdzonych w trakcie kontroli nieprawidłowości, a w szczególności do:

1. Zgłoszenia zmian danych podmiotu leczniczego wymienionych w punkcie 1. wystąpienia – zgodnie z art. 107 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej.
2. Umieszczenia na stronie internetowej kontrolowanej placówki aktualnych informacji wymienionych w punkcie 2. wystąpienia.
3. Dostosowania pomieszczeń placówki do wymagań określonych w rozporządzeniu w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą, w zakresie niezgodności wymienionych w punkcie 3. wystąpienia.

Zalecenia określone w punkcie 1. i 2. należy zrealizować w terminie 14 dni od daty otrzymania wystąpienia.

Zalecenie określone w punkcie 3. należy zrealizować w terminie 30 dni od daty otrzymania wystąpienia.

Ponadto, uwzględniając ogólną liczbę pacjentów, a w szczególności pacjentów wymagających okresowej bądź stałej opieki i pomocy pielęgniarskiej oraz konieczność zabezpieczenia opieki jednocześnie na kilku kondygnacjach budynku, wskazane jest rozważenie zwiększenia obsady dyżurowej personelu pielęgniarskiego, jak również

zapewnienia wsparcia profesjonalnego pomocniczego personelu medycznego (opiekunów medycznych) podczas pełnionych zmian dyżurowych, w celu poprawy jakości i dostępności do świadczeń zdrowotnych.

Zalecenia określone w punkcie 1. i 2. należy zrealizować w terminie 14 dni od daty otrzymania wystąpienia.

Zalecenie określone w punkcie 3. należy zrealizować w terminie 30 dni od daty otrzymania wystąpienia.

Podsumowując powyższe ustalenia zobowiązuję Państwa do poinformowania Wojewody Mazowieckiego, z przywołaniem znaku pisma WK-V.9612.1.42.2023, o sposobie realizacji zaleceń i wniosku pokontrolnego.

Z up. Wojewody Mazowieckiego

Artur Subda

Dyrektor Wydziału Kontroli