



WOJEWODA MAZOWIECKI

Warszawa, 11 sierpnia 2023 r.

WK-V.9612.1.79.2023

Pani
Edyta Skolmowska
Dyrektor
Maltańskiego Centrum Pomocy pw. bł. Gerarda
Fundacji Polskich Kawalerów Maltańskich
w Warszawie „Pomoc Maltańska”
Oddział w Barczewie
ul. Niepodległości 9
11-010 Barczewo

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 2023 r. poz. 991) przeprowadzona została kontrola problemowa w zakładach leczniczych pn. Maltańskie Centrum Pomocy pw. bł. Gerarda Fundacji Polskich Kawalerów Maltańskich w Warszawie „Pomoc Maltańska” Oddział w Barczewie (dalej MCP) oraz Maltańskie Centrum Rehabilitacji pw. Gerarda Fundacji Polskich Kawalerów Maltańskich w Warszawie „Pomoc Maltańska” (dalej MCR), mieszczących się przy ul. Niepodległości 9 w Barczewie (11-010), prowadzonych przez podmiot leczniczy pn. Fundacja Polskich Kawalerów Maltańskich w Warszawie Pomoc Maltańska.

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

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

W związku z kontrolą, której szczegółowe wyniki przedstawione zostały w protokole kontroli, podpisanym bez zastrzeżeń w dniu 14 lipca 2023 r., przekazuję Pani niniejsze wystąpienie pokontrolne.

Mazowiecki Urząd Wojewódzki w Warszawie

00-950 Warszawa, Plac Bankowy 3/5, tel.: (+48) 22 695 69 95 Elektroniczna Skrzynka Podawcza ePUAP: /t6j4ljd68r/skrzytka

www.gov.pl/web/uw-mazowiecki

Administratorem danych osobowych jest Wojewoda Mazowiecki. Dane przetwarzane są w celu realizacji czynności urzędowych. Masz prawo do dostępu, sprostowania, ograniczenia przetwarzania danych. Więcej informacji znajdziesz na stronie www.gov.pl/web/uw-mazowiecki w zakładce ochrona danych osobowych.

Struktura organizacyjna zakładów leczniczych określona w regulaminie organizacyjnym była zgodna ze stanem faktycznym oraz z danymi zgłoszonymi do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą. 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. Pomieszczenia MCP oraz MCR 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. Podmiot leczniczy 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 dokumentacji podmiotu leczniczego zgromadzono dokumenty potwierdzające prawo wykonywania zawodu aktualnie zatrudnionych lekarzy, pielęgniarek i fizjoterapeutów.

Z uwagi na specyfikę udzielanych świadczeń w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne - inne niż szpitalne pacjentom przebywającym w MCP, szczegółowej analizie poddano działalność leczniczą ww. zakładu leczniczego w ramach przedmiotu kontroli.

W trakcie kontroli stwierdzono, że w MCP udzielane były całodobowe świadczenia zdrowotne obejmujące swoim zakresem opiekę lekarską, pielęgnację, rehabilitację i zapewnienie żywienia odpowiedniego do stanu zdrowia pacjenta, a w zakładzie rehabilitacji leczniczej – polegające w szczególności na działaniach usprawniających służących zachowaniu, przywracaniu i poprawie zdrowia, zgodnie z art. 9 ust. 1 pkt 1 i 3 ustawy o działalności leczniczej. Świadczenia zdrowotne w kontrolowanej placówce realizowane były w ramach umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia oraz odpłatnie na podstawie umów cywilno-prawnych zawieranych z pacjentami lub z rodzinami pacjentów. Kontrolowana placówka dysponowała w komórkach organizacyjnych: Zakładzie opiekuńczo-leczniczym dla pacjentów wentylowanych mechanicznie (dalej ZOL wentylowani) 15 łózkami, Zakładzie opiekuńczo-leczniczym (dalej ZOL) 55 łózkami, a w Oddziale rehabilitacji medycznej (dalej ORM) 7 łózkami – jak ustalono w księdze rejestrowej podmiotu leczniczego.

W dniach prowadzenia kontroli w ZOL przebywało 51 pacjentów, w tym 37 kobiet i 14 mężczyzn; w ZOL wentylowani 13 pacjentów, w tym 11 kobiet i 2 mężczyzn, w ORM 5

pacjentów, w tym 2 kobiety i 3 mężczyzn. Pacjentami ZOL były głównie osoby u których zdiagnozowano choroby wieku starczego: stan po udarze niedokrwiennym lub krwotocznym mózgu, zanik mięśni, urazy, chorobę Alzheimera i Parkinsona, niewydolność oddechową, wieloukładowy zespół zapalny powiązany z COVID-19 oraz choroby współistniejące: nadciśnienie tętnicze, cukrzycę, niedowład połowiczny i czterokończynowy, niewydolność serca, niewydolność nerek, otępienie i miażdżycę. Wśród pacjentów ZOL 5 wymagało podawania insuliny, 10 zmiany opatrunków z powodu odleżyn. Ustalono, że 8 pacjentów spośród 51 przebywających w placówce poruszało się przy pomocy sprzętu rehabilitacyjnego, w tym 1 na wózku inwalidzkim, 1 o kuli oraz 6 przy pomocy balkonika/chodzika. Stałej opieki i kompleksowej pielęgnacji wymagało 43 chorych leżących.

W ZOL wentylowani podstawową jednostką chorobową była niewydolność oddechowa – 12 pacjentów oraz uraz śródczaszkowy – 1 pacjent. U pacjentów ZOL wentylowani występowały również choroby współistniejące: cukrzyca, przewlekła choroba płuc, niewydolność krążenia, zawał mózgu oraz krwotok podpajęczynówkowy. Wśród pacjentów ZOL wentylowani 5 wymagało podawania insuliny, 10 zmiany opatrunków z powodu odleżyn i 1 z powodu amputacji. Ponadto 11 pacjentów wymagało żywienia przez PEG. Ustalono, że stałej opieki i kompleksowej pielęgnacji wymagało 13 chorych leżących.

W ORM podstawowymi jednostkami chorobowymi były: w przypadku 3 pacjentów niedokrwienny zawał mózgu, w 1 przypadku następstwa chorób naczyń mózgowych oraz w 1 przypadku choroba układu ruchu. U pacjentów ORM występowały również choroby współistniejące: niewydolność krążenia, nadciśnienie tętnicze oraz cukrzyca typu II. Z uwagi na specyfikę schorzeń pacjenci przebywający w kontrolowanej placówce wymagali stałej opieki i pielęgnacji oraz rehabilitacji i usprawniania.

Ponadto pacjenci wymagali również okresowej pomocy psychologicznej, terapeutycznej i logopedycznej.

Pacjentom zabezpieczono dostęp do całodobowej opieki lekarskiej, jak również do świadczeń pielęgnarskich i rehabilitacyjnych. Świadczenia lekarskie udzielane były przez 11 lekarzy, w tym 1 specjalistę w dziedzinie chirurgii ogólnej, 3 specjalistów w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii, 1 specjalistę w dziedzinie rehabilitacji medycznej, 4 specjalistów w dziedzinie chorób wewnętrznych, 1 specjalistę w zakresie neurologii oraz 1 specjalistę w dziedzinie psychiatrii. Lekarze udzielali świadczeń zdrowotnych od poniedziałku do piątku w godz. 12⁰⁰ – 19³⁵.

Świadczenia pielęgnarskie realizowane były w kwietniu przez 17 pielęgniarek, a w maju przez 16 pielęgniarek w ramach 12-godzinnych dyżurów dziennych (7⁰⁰ – 19⁰⁰) i nocnych (19⁰⁰ – 7⁰⁰) oraz rannych w godzinach 7⁰⁰ – 14³⁵. Dyżur dzienny w dni robocze każdorazowo

zabezpieczało od 4 do 5 pielęgniarek oraz dodatkowo 2 pielęgniarki w godzinach rannych. Dyżur nocny każdorazowo zabezpieczały 3 lub 4 pielęgniarki. W trakcie kontroli ustalono, że świadczeń zdrowotnych udzielały pielęgniarki, które posiadały dodatkowe kwalifikacje zawodowe istotne z punktu widzenia wykonywanej działalności leczniczej, w szczególności w dziedzinie opieki długoterminowej, pielęgniarstwa geriatrycznego i pielęgniarstwa środowiskowo-rodzinnego.

Opiekę nad pacjentami zabezpieczał również personel pomocniczy tj. 25 opiekunek medycznych, zatrudnionych w ramach 12-godzinnych dyżurów dziennych (7⁰⁰ – 19⁰⁰) i nocnych (19⁰⁰ – 7⁰⁰). W trakcie dyżuru (dziennego i nocnego) opiekę sprawowało 4 opiekunów medycznych. Ponadto, w dni powszednie opiekę zapewniała 1 opiekunka medyczna w godzinach 7⁰⁰ – 14³⁵.

Rehabilitacja pacjentów prowadzona była od poniedziałku do piątku w godzinach 7:00 – 14:35 przez 6 fizjoterapeutów posiadających tytuł magistra fizjoterapii 1 fizjoterapeutę posiadającego tytuł licencjata oraz 2 techników fizjoterapii – w zależności od stanu pacjenta, na sali rehabilitacyjnej bądź przy łóżku pacjenta.

W ramach usprawniania pacjentów, w placówce prowadzone były zajęcia z terapeutą zajęciowym od poniedziałku do piątku w godz. 7:00 – 14:35. Pensjonariusze mieli zapewnioną opiekę psychologa i neurologopedy, zgodnie z przyjętymi grafikami pracy.

Wyżywienie pacjentów uwzględniało dietę podstawowa, cukrzycowa, miksowaną, wątrobową, przemysłową lub inne zgodnie z zapotrzebowaniem. Okazany jadłospis 14-dniowy sporządzany był przez dietetyka firmy cateringowej na podstawie stanu zdrowia pensjonariuszy i zaleceń wydanych od lekarzy kontrolowanej placówki.

W zakładzie prowadzone były działania z zakresu promocji zdrowia, ze szczególnym uwzględnieniem prawidłowej pielęgnacji skóry oraz miejsc szczególnie narażonych na powstanie odleżyn, stosowania prawidłowej diety w schorzeniach przewlekłych, prawidłowego żywienia oraz przygotowania pacjenta 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 4 pacjentów, stwierdzono, że wszystkie poddane ankiecie osoby oceniły pozytywnie jakość udzielanych świadczeń.

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 kontrolowanej 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 2023 r. poz. 1545). Dokumentacja zbiorcza 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 (dalej rozporządzenia w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej – Dz. U. z 2022 r. poz. 1304, z późn. zm.).

W trakcie kontroli sprawdzono dokumentację 50 pacjentów, stwierdzając w 13 przypadkach nieprawidłowe prowadzenie indywidualnej dokumentacji medycznej, w której brak było oświadczeń pacjenta o wyrażeniu zgody na udzielanie informacji, ze wskazaniem imienia i nazwiska osoby upoważnionej oraz danych umożliwiających kontakt z tą osobą, oraz 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.

Przedstawiając powyższe ustalenia, zobowiązuję Panią do podjęcia działań mających na celu wyeliminowanie stwierdzonych w trakcie kontroli nieprawidłowości w zakresie prowadzenia dokumentacji medycznej oraz do poinformowania Wojewody Mazowieckiego, z przywołaniem znaku pisma WK-V.9612.1.79.2023, o sposobie realizacji zalecenia – w terminie 14 dni od daty otrzymania wystąpienia.

Z up. Wojewody Mazowieckiego

Artur Subda

Dyrektor Wydziału Kontroli