

Warszawa, 15 czerwca 2016 r.



WOJEWODA MAZOWIECKI

WK-P.9612.1.6.2016

**Pani
Grażyna Szymańska
Zakład Pielęgnacyjno-Opiekuńczy
Tchórz 19A
09-410 Płock**

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 2015 r. poz. 618, z późn. zm.) przeprowadzona została kontrola problemowa w Zakładzie Pielęgnacyjno-Opiekuńczym (dalej ZPO), mieszczącym się w Tchórzu 19A.

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 15 kwietnia 2016 r., przekazuję Pani niniejsze wystąpienie pokontrolne.

W trakcie kontroli stwierdzono, że w ZPO udzielane były całodobowe świadczenia zdrowotne obejmujące swoim zakresem opiekę lekarską, pielęgnację, rehabilitację, zapewnienie żywienia odpowiedniego do stanu zdrowia pacjenta, zgodnie z art. 9 ust. 1 pkt 2 ustawy o działalności leczniczej. Świadczenia medyczne realizowane były odpłatnie, na podstawie umów

cywilno-prawnych zawartych z pacjentami. Podmiot posiadał umowę ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej, zgodnie z obowiązkiem ustalonym w art. 25 ust. 1 pkt 1 i ust. 2 ustawy o działalności leczniczej. Placówka dysponowała 42 łózkami – jak ustalono w księdze rejestrowej podmiotu leczniczego. Pomieszczenia ZPO spełniały wymagania określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. z 2012 r. poz. 739). Warunki bytowe pacjentów były dobre, a pomieszczenia kontrolowanej placówki utrzymane w porządku i czystości – ich stan sanitarno-higieniczny w dniach prowadzenia kontroli nie budził zastrzeżeń. Dla potrzeb ZPO zapewniono 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 2016 r. poz. 186).

W dniach prowadzenia kontroli w ZPO przebywało 31 pensjonariuszy – 21 kobiet i 10 mężczyzn. Pacjentami kontrolowanej placówki były głównie osoby po przebytym udarze mózgu, osoby z chorobą Alzheimera i demencją starczą. Grupę chorych stanowiły osoby cierpiące na padaczkę pourazową, przewlekłe reumatoidalne zapalenie stawów kręgosłupa, wymagające pielęgnacji i usprawnienia. U chorych zdiagnozowano również choroby układu krążenia (nadciśnienie tętnicze, choroba wieńcowa, niewydolność serca), cukrzycę, przewlekłą obturacyjną chorobę płuc. Podawania insuliny wymagało 6 pacjentów, a codziennej zmiany opatrunków – jedna osoba. Osiemnastu pacjentów funkcjonowało samodzielnie. Okresowej pomocy kadry medycznej wymagało 12 chorych poruszających się przy pomocy sprzętu rehabilitacyjnego, a stałej opieki i kompleksowej pielęgnacji – 1 pacjent leżący.

Pacjenci mieli zabezpieczony dostęp do całodobowej opieki lekarskiej, jak również do usług pielęgniarских i rehabilitacyjnych. Świadczenia zdrowotne realizowane były przez czterech lekarzy, z których 1 był specjalistą w dziedzinie psychiatrii, 1 – neurologii, 1 – chirurgii ogólnej, a 1 lekarz – podstawowej opieki zdrowotnej. Opiekę sprawowało 6 pielęgniarek i 3 ratowników medycznych. Dwie pielęgniarki posiadały tytuł magistra pielęgniarstwa, a trzy – licencjata pielęgniarstwa. Jedna pielęgniarka była specjalistką w zakresie pielęgniarstwa opieki długoterminowej i jedna – pielęgniarstwa epidemiologicznego. Ponadto pielęgniarki ukończyły kursy kwalifikacyjne: pielęgniarstwa środowiskowo-rodzinnego – 1, pielęgniarstwa

środowiskowego – 1, oraz kursy specjalistyczne: wykonywania i interpretacji zapisu elektrokardiograficznego – 1 pielęgniarka, szczepień ochronnych – 2. Jedna pielęgniarka odbyła szkolenie doskonalące w zakresie resuscytacji krążeniowo-oddechowej i jedna – w zakresie przetaczania krwi i jej składników. Opieka pielęgniarska sprawowana była w systemie 12-godzinnych dyżurów dziennych i nocnych.

Świadczenia rehabilitacyjne realizowane były przez technika fizjoterapii, który prowadził również dla pacjentów zajęcia z zakresu terapii zajęciowej – w zależności od ich stanu psychofizycznego – na sali rehabilitacyjnej bądź przy łóżku pacjenta.

Wyżywienie uwzględniało dietę lekkostrawną i cukrzycową, a okazany dzienny jadłospis sporządzony był przez pracownika Fundacji „Praca dla Niewidomych” Rolniczy Zakład Aktywności Zawodowej dla Niewidomych, z którą podmiot podpisał umowę dotyczącą przygotowywania i dostarczania posiłków dla pacjentów ZPO.

W placówce prowadzone były działania w zakresie promocji zdrowia, ze szczególnym uwzględnieniem zagadnień dotyczących zdrowego stylu życia, prawidłowego odżywiania, zapobiegania chorobom serca, nowotworom, cukrzycy oraz przygotowania pacjenta i jego rodziny do samoobsługi i samopielęgnacji w warunkach domowych. Działania prozdrowotne realizowane były głównie przez pielęgniarki podczas wykonywania zabiegów pielęgnacyjnych.

W dokumentacji podmiotu leczniczego zgromadzono dokumenty potwierdzające prawo wykonywania zawodu zatrudnionej kadry lekarskiej i pielęgniarskiej.

Podmiot dysponował dokumentacją potwierdzającą sprawność techniczną aparatury i sprzętu medycznego wykorzystywanego przy udzielaniu świadczeń medycznych, do której posiadania i okazania organowi kontroli jest zobowiązany na podstawie art. 90 ust. 6, 7 i 9 ustawy z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych (Dz. U. z 2015 r. poz. 876, 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 nieprawidłowe prowadzenie indywidualnej dokumentacji medycznej. Sprawdzono dokumentację 50 pacjentów, stwierdzając:

- a) we wszystkich przypadkach – brak oświadczenia pacjenta o upoważnieniu do uzyskiwania informacji o jego stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych, ze wskazaniem imienia i nazwiska osoby upoważnionej oraz danych umożliwiających kontakt z tą osobą, oraz oświadczenia pacjenta o upoważnieniu do uzyskiwania dokumentacji, ze wskazaniem imienia i nazwiska osoby upoważnionej, albo adnotacji o niezłożeniu ww. oświadczeń,

co jest niezgodne z § 8 ust. 1 pkt 1-2 i ust. 3 rozporządzenia w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania,

- b) w 16 przypadkach, w części dotyczącej wypisania pacjenta z ZPO – brak rozpoznania klinicznego składającego się z określenia choroby zasadniczej, będącej główną przyczyną hospitalizacji, oraz numerów statystycznych choroby zasadniczej i chorób współistniejących, ustalonych według klasyfikacji ICD-10, co jest niezgodne z § 20 pkt 1 i 2 rozporządzenia w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania,
- c) w trzech przypadkach, w których nastąpił zgon pacjenta – brak daty zgonu pacjenta, ze wskazaniem roku, miesiąca, dnia oraz godziny i minuty w systemie 24-godzinny oraz opisu słownego stanów chorobowych prowadzących do zgonu wraz z odstępami czasu pomiędzy ich wystąpieniem, co stanowi naruszenie § 21 pkt 1 i 2 ww. rozporządzenia.

Przedstawiając powyższe ustalenia zobowiązuję Panią do prowadzenia indywidualnej dokumentacji medycznej pacjentów w szczególności ustalonej w rozporządzeniu w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania oraz do poinformowania Wojewody Mazowieckiego, z powołaniem znaku pisma WK-P.9612.1.6.2016, o sposobie realizacji zalecenia pokontrolnego, niezwłocznie po otrzymaniu wystąpienia.

z up. WOJEWODY MAZOWICKIEGO
Edyta Ostrowska
Dyrektor
Wydziału Kontroli