

Warszawa, 5 sierpnia 2016 r.



WOJEWODA MAZOWIECKI

WK-II.9612.1.34.2016

**Pani
Marietta Regina Pstrągowska
Zgromadzenie Sióstr Wynagrodzicielek
Najświętszego Oblicza
ul. Zawodowa 25
04-419 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 2015 r. poz. 618, z późn. zm.) przeprowadzona została kontrola problemowa w Zakładzie Pielęgnacyjno-Opiekuńczym „Pokój i Dobro” (dalej ZPO), mieszczącym się przy ul. Stefana Żeromskiego 23 w Otwocku.

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 9 czerwca 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 wyżywienia 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

cywilnoprawnych podpisywanych z pacjentami. Placówka dysponowała 55 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 były 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). Podmiot posiadał zawartą umowę ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej, zgodnie z obowiązkiem ustalonym w art. 25 ust. 1 pkt 1 i ust. 2 ustawy o działalności leczniczej. 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 2016 r. poz. 186.).

W dniach prowadzenia kontroli w ZPO przebywało 54 pacjentów – 46 kobiet i 8 mężczyzn. Pacjentami kontrolowanej placówki były głównie osoby, u których zdiagnozowano choroby wieku starczego – nadciśnienie tętnicze, niewydolność serca, choroby zwyrodnieniowe stawów i kręgosłupa, osteoporozę, demencję i cukrzycę. Grupę chorych stanowili pacjenci po przebytym udarze mózgu, zawale mięśnia sercowego oraz po złamaniu szyjki kości udowej, wymagające pielęgnacji i usprawniania. Podawania insuliny wymagało 2 pacjentów, a codziennej zmiany opatrunków – 4 osoby. Dwóch pacjentów karmiono przez sondę żołądkową, a u jednego chorego stosowano żywienie dojelitowe. Samodzielnie funkcjonowało 20 spośród 54 przebywających w ZPO pacjentów. Okresowej pomocy kadry medycznej wymagało 30 chorych poruszających się przy pomocy sprzętu rehabilitacyjnego, a stałej opieki i kompleksowej pielęgnacji – 4 pacjentów leżących.

Podopieczni przebywający w placówce mieli zabezpieczony dostęp do całodobowej opieki lekarskiej, jak również do usług pielęgniarских i rehabilitacyjnych. Świadczenia zdrowotne realizowane były przez specjalistę neurologii i medycyny paliatywnej. Opiekę sprawowało 11 pielęgniarek, z których jedna posiadała tytuł magistra pielęgniarstwa, a jedna – licencjata pielęgniarstwa. Opieka pielęgniarowska sprawowana była w systemie 12-godzinnych dyżurów dziennych i nocnych. Ponadto jedna pielęgniarka dyżurowała w godzinach 7⁰⁰– 14⁰⁰.

Świadczenia rehabilitacyjne realizowane były przez technika masażystę i psychologa – w zależności od stanu pacjentów – na sali rehabilitacyjnej bądź przy łóżku pacjenta.

Wyżywienie pacjentów uwzględniało dietę lekkostrawną i cukrzycową, a okazany dzienny jadłospis sporządzany był przez kucharza i zatwierdzany przez dyrektora placówki.

W ZPO prowadzone były działania w zakresie promocji zdrowia, ze szczególnym uwzględnieniem prawidłowego żywienia, zdrowego stylu życia, zagadnień związanych z problemami zdrowotnymi wieku starczego oraz przygotowaniem pacjenta do samoopieki i samopielęgnacji w warunkach domowych.

W dokumentacji podmiotu leczniczego zgromadzono dokumenty potwierdzające prawo wykonywania zawodu aktualnie zatrudnionego lekarza i kadry pielęgniarskiej. ZPO 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 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 – Dz. U. z 2015 r. poz. 2069).

W wyniku kontroli stwierdzono następujące nieprawidłowości:

1. Nieprawidłowe prowadzenie indywidualnej dokumentacji medycznej. Sprawdzono dokumentację 54 pacjentów przebywających w placówce, stwierdzając we wszystkich przypadkach brak *Historii choroby* pacjentów, co stanowi naruszenie § 37 ust. 1 rozporządzenia w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej. W placówce prowadzone były wyłącznie – *Karta zleceń lekarskich* i *Karta indywidualnej opieki pielęgniarskiej*.
2. Nieprawidłowe prowadzenie zbiorczej dokumentacji medycznej:
 - a) *Księga główna przyjęć i wypisów* nie zawierała danych/informacji ustalonych w § 27 pkt 7, 8, 10 i 16 rozporządzenia w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej:
 - rozpoznania przy wypisie,
 - rozpoznania onkologicznego po wypisaniu pacjenta, na podstawie wyniku badania diagnostycznego, który nie był znany w dniu wypisu,
 - daty wypisu, a w przypadku zgonu pacjenta – daty zgonu,
 - oznaczenia lekarza wypisującego,

- b) *Księga raportów pielęgniarских* nie zawierała danych dotyczących statystyki oddziału, w tym liczby osób przyjętych, wypisanych i zmarłych, co stanowi naruszenie § 31 pkt 4 ww. rozporządzenia.
- c) *Księga zabiegów* nie zawierała numerów PESEL pacjentów, co jest niezgodne z § 32 pkt 4 rozporządzenia w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej.

Przedstawiając powyższe ustalenia, zobowiązuję Panią do prowadzenia dokumentacji medycznej zgodnie z zasadami ustalonymi w rozporządzeniu w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej, w szczególności indywidualną dokumentację medyczną pacjentów należy prowadzić w formie *Historii choroby*, zaś dokumentacja zbiorcza powinna zawierać dane wymienione w punkcie 2. wystąpienia pokontrolnego. Proszę o poinformowanie Wojewody Mazowieckiego, z powołaniem znaku pisma WK-II.9612.1.34.2016, o sposobie realizacji zalecenia pokontrolnego, niezwłocznie po otrzymaniu wystąpienia.

z up. WOJEWODY MAZOWICKIEGO
Jarosław Szajner
Dyrektor Wydziału Kontroli