

Warszawa, 13 października 2016 r.



WOJEWODA MAZOWIECKI

WK-II.9612.1.95.2016

**Pan
Marek Jędrzejczyk
Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej
Zakład Pielęgnacyjno-Opiekuńczy
DOM NAD LIWCEM
Barchów 26
07-130 Łochów**

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 Niepublicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej Zakład Pielęgnacyjno-Opiekuńczy „Dom nad Liwcem” (dalej ZPO), mieszczącym się w Barchowie 26.

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 19 września 2016 r., przekazuję Panu niniejsze wystąpienie pokontrolne.

W trakcie kontroli stwierdzono, że w ZPO udzielane były całodobowe świadczenia zdrowotne obejmujące swoim zakresem opiekę lekarską. Świadczenia medyczne realizowane były na podstawie umów cywilnoprawnych zawartych z pacjentami. Warunki bytowe pacjentów były dobre, a pomieszczenia placówki utrzymane w porządku i czystości – ich stan sanitarno-higieniczny w dniach prowadzenia kontroli nie budził zastrzeżeń. Placówka dysponowała

36 łózkami – jak ustalono w księdze rejestrowej podmiotu leczniczego. W dniach prowadzenia kontroli w ZPO przebywało 35 pacjentów – 20 kobiet i 15 mężczyzn. Pacjentami kontrolowanej placówki były głównie osoby, u których zdiagnozowano choroby wieku starczego – miażdżyca, zespół otępienny, choroby układu krążenia oraz choroby zwyrodnieniowe stawów i kręgosłupa. Grupę chorych stanowili pacjenci po złamaniu szyjki kości udowej wymagający pielęgnacji i usprawniania oraz pacjenci, u których zdiagnozowano schizofrenię i stany depresyjne. Ośmiu chorych leczonych było z powodu cukrzycy, w tym jeden wymagał podawania insuliny. Samodzielnie funkcjonowało 19 pacjentów. Okresowej pomocy kadry medycznej potrzebowało 15 chorych poruszających się przy pomocy sprzętu rehabilitacyjnego, a stałej opieki i kompleksowej pielęgnacji – 1 pacjent leżący. Z uwagi na specyfikę schorzeń pacjenci przebywający w placówce wymagali stałej rehabilitacji i usprawniania, jak również okresowej pomocy psychologicznej.

Podopieczni ZPO mieli zabezpieczony dostęp do opieki lekarskiej. Świadczenia realizowane były przez jednego lekarza – specjalistę w dziedzinie chorób wewnętrznych i kardiologii. Pacjenci mieli również możliwość korzystania ze świadczeń zdrowotnych na podstawie deklaracji złożonych do lekarza POZ w Wiejskim Ośrodku Zdrowia, mieszczącym się przy ul. Fabrycznej 36 w Ostrówku. Świadczenia pielęgniarские udzielane były przez jedną pielęgniarkę w ramach dyżurów rannych w godzinach 7⁰⁰ – 13⁰⁰. Opiekę nad pacjentami sprawowały 2 opiekunki na dyżurze dziennym w godzinach 7⁰⁰ – 19⁰⁰ i 1 – na dyżurze nocnym w godzinach 19⁰⁰ – 7⁰⁰. W dokumentacji podmiotu leczniczego zgromadzono dokumenty potwierdzające prawo wykonywania zawodu aktualnie zatrudnionego lekarza i pielęgniarki.

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 (dalej ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta – Dz. U. z 2016 r. poz. 186.).

Podmiot posiadał umowę ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej, zgodnie z obowiązkiem ustalonym w art. 25 ust. 1 pkt 1 i ust. 2 ustawy o działalności leczniczej.

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. Niezapewnienie pacjentom przebywającym w ZPO całodobowej opieki pielęgniarской oraz świadczeń z zakresu rehabilitacji i wyżywienia odpowiedniego do stanu zdrowia, co stanowi naruszenie art. 9 ust. 1 pkt 2 ustawy o działalności leczniczej.

2. Nieustalenie regulaminu organizacyjnego podmiotu leczniczego, co jest niezgodne z art. 23 ww. ustawy.
3. Niespełnienie wymogów określonych w przepisach rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (dalej rozporządzenie w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą – Dz. U. z 2012 r., poz. 739), przez następujące pomieszczenia:
 - a) 3 pokoje dwułóżkowe, w których nie zainstalowano umywalek z ciepłą i zimną wodą, dozowników z mydłem w płynie, pojemników z ręcznikami jednorazowego użycia i pojemników na zużyte ręczniki oraz jeden pokój trzyłóżkowy, którego nie wyposażono w pojemnik z ręcznikami jednorazowego użycia, co jest niezgodne z § 24 ust. 1 rozporządzenia w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą,
 - b) pomieszczenie higieniczno-sanitarne dla personelu kuchni i pomieszczenie higieniczno-sanitarne bezpośrednio połączone z gabinetem pielęgniarskim, które nie zostały wyposażone w pojemniki z ręcznikami jednorazowego użycia, co stanowi naruszenie § 2 pkt 4 ww. rozporządzenia,
 - c) wszystkie pokoje łóżkowe, w których nie zapewniono dostępu z trzech stron, w tym z dwóch dłuższych, co jest niezgodne z § 18 rozporządzenia w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą,
 - d) 1 pokój dwułóżkowy i gabinet pielęgniarski, w których połączenie ścian z podłogami nie zostało wykonane w sposób umożliwiający ich mycie i dezynfekcję, co stanowi naruszenie § 29 ust. 2 ww. rozporządzenia.
4. Nieokazanie w trakcie kontroli dokumentacji potwierdzającej sprawność techniczną ssaka elektrycznego firmy Andreas Fahl znajdującego się w wyposażeniu ZPO, do której posiadania i okazania organowi kontroli podmiot leczniczy jest zobowiązany na podstawie art. 90 ust. 6, 7 i 9 ustawy z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych (Dz. U. Nr 107, poz. 679, z późn. zm.).
5. Niewypełnienie obowiązku ustalonego w art. 24 ust. 2 ustawy o działalności leczniczej, polegającego na podaniu do wiadomości pacjentów, w sposób zwyczajowo przyjęty, informacji dotyczących wysokości opłaty za udostępnienie dokumentacji medycznej, wysokości opłaty za świadczenia zdrowotne, które mogą być, zgodnie z przepisami ustawy lub przepisami odrębnymi, udzielane za częściową albo całkowitą odpłatnością oraz wysokości opłaty

za przechowywanie zwłok pacjenta przez okres dłuższy niż 72 godziny od osób lub instytucji uprawnionych do ich pochowania, o których mowa w art. 24 ust. 1 pkt 9, 11 i 12 ww. ustawy.

6. Niezapewnienie dla potrzeb kontrolowanego ZPO pomieszczenia specjalnie przeznaczonego na przechowywanie zwłok osoby zmarłej w okresie pomiędzy stwierdzeniem zgonu a przewiezieniem ich do chłodni, zapewniającego 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 (dalej rozporządzenie w sprawie sposobu postępowania podmiotu leczniczego ze zwłokami pacjenta w przypadku śmierci pacjenta – Dz. U. z 2012 r., poz. 420).
7. Nieprawidłowe prowadzenie indywidualnej dokumentacji medycznej. Sprawdzono dokumentację 50 pacjentów, stwierdzając:
 - a) we wszystkich przypadkach – brak oznaczenia podmiotu w zakresie kodu identyfikacyjnego stanowiącego I część systemu resortowych kodów identyfikacyjnych oraz kodu resortowego komórki organizacyjnej, w której udzielono świadczeń zdrowotnych stanowiącego część VII systemu resortowych kodów identyfikacyjnych, co stanowi naruszenie § 10 ust. 1 pkt 1 lit. b i e rozporządzenia w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej,
 - b) we wszystkich przypadkach – brak oznaczenia pacjenta w zakresie adresu miejsca zamieszkania, co jest niezgodne z § 10 ust. 1 pkt 2 ww. rozporządzenia w związku z art. 25 pkt 1 lit. d ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta,
 - c) we wszystkich przypadkach – brak oznaczenia dokumentacji medycznej co najmniej imieniem i nazwiskiem pacjenta oraz numerowania stron dokumentacji, co stanowi naruszenie § 6 ust. 1 i § 5 rozporządzenia w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej,
 - d) we wszystkich przypadkach – brak karty indywidualnej opieki pielęgniarzkiej, karty obserwacji i karty gorączkowej oraz w 15 przypadkach – karty informacyjnej z pobytu w ZPO, sporządzonej przy wypisaniu pacjenta z placówki, co jest niezgodne z § 15 ust 1 pkt 1, 3, 4 i 9 ww. rozporządzenia,
 - e) we wszystkich przypadkach, w części dotyczącej przyjęcia pacjenta do ZPO – brak danych/informacji ustalonych w § 16 ust. 1 pkt 1, 3, 4 i 5 rozporządzenia w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej:
 - numeru w księdze głównej przyjęć i wypisów, pod którym dokonano wpisu o przyjęciu pacjenta do placówki,
 - trybu przyjęcia,

- daty przyjęcia pacjenta, ze wskazaniem roku, miesiąca, dnia oraz godziny i minuty w systemie 24-godzinny
 - istotnych danych z wywiadu lekarskiego i badania przedmiotowego przy przyjęciu pacjenta do ZPO,
- f) we wszystkich przypadkach, w części dotyczącej wypisania pacjenta z ZPO
- brak danych/informacji ustalonych w § 20 ust. 1 pkt 1, 2, 3, 4 i 5 rozporządzenia w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej:
 - rozpoznania klinicznego składającego się z określenia choroby zasadniczej, chorób współistniejących i powikłań,
 - numerów statystycznych chorób zasadniczych i współistniejących określonych zgodnie z klasyfikacją ICD-9,
 - opisu zastosowanego leczenia i wykonanych badań diagnostycznych,
 - epikryzy,
 - adnotacji o przyczynie i okolicznościach wypisania,
- g) w 9 przypadkach, w części dotyczącej wypisania pacjenta z ZPO w przypadku zgonu pacjenta – brak godziny zgonu pacjenta oraz opisu słownego stanów chorobowych prowadzących do zgonu wraz z odstępami czasu pomiędzy ich wystąpieniem, co stanowi naruszenie § 21 pkt 1 i 2 rozporządzenia w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej.
8. Nieprawidłowe prowadzenie zbiorczej dokumentacji medycznej:
- a) *Księga główna przyjęć i wypisów* nie zawierała danych/informacji ustalonych w § 27 pkt 1, 3, 11 i 14 rozporządzenia w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej:
- oznaczenia podmiotu w zakresie kodu identyfikacyjnego stanowiącego I część systemu resortowych kodów identyfikacyjnych oraz kodu resortowego komórki organizacyjnej, w której udzielono świadczeń zdrowotnych stanowiącego część VII systemu resortowych kodów identyfikacyjnych,
 - godziny przyjęcia pacjenta,
 - adnotacji o miejscu, do którego pacjent został wypisany,
 - przyczyny zgonu pacjenta określonej zgodnie z klasyfikacją ICD-10,
- b) *Księga raportów pielęgniarskich* nie zawierała oznaczenia podmiotu w zakresie kodu identyfikacyjnego stanowiącego I część systemu resortowych kodów identyfikacyjnych oraz kodu resortowego komórki organizacyjnej, w której udzielono świadczeń zdrowotnych stanowiącego część VII systemu resortowych kodów

identyfikacyjnych oraz statystyki oddziału, w tym liczby osób przyjętych, wypisanych i zmarłych, co jest niezgodne z § 31 pkt 1 i 4 ww. rozporządzenia,

c) *Księga zabiegów* nie zawierała danych/informacji ustalonych w § 32 pkt 1, 4 i 5 rozporządzenia w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania:

- oznaczenia podmiotu w zakresie kodu identyfikacyjnego stanowiącego I część systemu resortowych kodów identyfikacyjnych oraz kodu resortowego komórki organizacyjnej, w której udzielono świadczeń zdrowotnych stanowiącego część VII systemu resortowych kodów identyfikacyjnych,
- numerów PESEL pacjentów,
- nazwy podmiotu w przypadku gdy zlecającym zabieg był inny podmiot.

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

1. Zapewnienia pacjentom przebywającym w ZPO całodobowej opieki pielęgniarskiej oraz świadczeń z zakresu rehabilitacji i wyżywienia odpowiedniego do stanu zdrowia, zgodnie z art. 9 ust. 1 pkt 2 ustawy o działalności leczniczej.
2. Opracowania regulaminu organizacyjnego podmiotu leczniczego w szczególności ustalonej w art. 24 ww. ustawy.
3. Dostosowania pomieszczeń placówki do wymagań ustalonych w rozporządzeniu w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą, w zakresie niezgodności wskazanych w punkcie 3. wystąpienia.
4. Przesłania do Mazowieckiego Urzędu Wojewódzkiego w Warszawie, poświadczonej za zgodność z oryginałem, kopii dokumentu potwierdzającego sprawność techniczną ssaka elektrycznego firmy Andreas Fahl.
5. Podania do wiadomości pacjentów, w sposób zwyczajowo przyjęty, informacji dotyczących wysokości opłaty za udostępnienie dokumentacji medycznej, wysokości opłaty za świadczenia zdrowotne, które mogą być, zgodnie z przepisami ustawy lub przepisami odrębnymi, udzielane za częściową albo całkowitą odpłatnością oraz wysokości opłaty za przechowywanie zwłok pacjenta przez okres dłuższy niż 72 godziny od osób lub instytucji uprawnionych do ich pochowania, zgodnie z art. 24 ust. 2 ustawy o działalności leczniczej.
6. Wydzielenia pomieszczenia specjalnie przeznaczonego na przechowywanie zwłok osoby zmarłej w okresie pomiędzy stwierdzeniem zgonu a przewiezieniem ich do chłodni,

zapewniającego godność należną zmarłemu, zgodnie z § 3 ust. 8 rozporządzenia w sprawie sposobu postępowania podmiotu leczniczego wykonującego działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne ze zwłokami pacjenta w przypadku śmierci pacjenta.

7. Prowadzenia dokumentacji medycznej zgodnie z zasadami ustalonymi w rozporządzeniu w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania – dokumentacja indywidualna pacjentów powinna zawierać dane wymienione w punkcie 7., natomiast zbiorcza w punkcie 8. wystąpienia pokontrolnego.

Zalecenia określone w punktach 1., 2., 4., 5. i 7. należy zrealizować w terminie 14 dni od daty otrzymania wystąpienia.

Zalecenia określone w punktach 3. i 6. należy zrealizować w terminie 30 dni od daty otrzymania wystąpienia.

W związku z ustaleniami dotyczącymi realizacji świadczeń opiekuńczo-pielęgniarskich przez zatrudnioną w ZPO pielęgniarkę i opiekunki (1 pielęgniarka dyżurująca w godzinach rannych od 7⁰⁰ do 13⁰⁰ oraz 2 opiekunki w godz. 7⁰⁰ – 19⁰⁰) oraz ze względu na rodzaj schorzeń i dysfunkcje podopiecznych, a także liczbę pacjentów wymagających okresowej bądź całkowitej opieki i pomocy pielęgniarskiej – w trosce o bezpieczeństwo przebywających w ZPO pacjentów, a w szczególności w celu zapewnienia dostępności i należytej jakości realizowanych świadczeń medycznych, proszę o zatrudnienie dodatkowego personelu pielęgniarskiego i opiekunek w NZOZ Zakładzie Pielęgnacyjno-Opiekuńczym. Ponadto należy opracować harmonogram pracy rehabilitantów i dostosować żywienie pacjentów do ich stanu zdrowia.

Jednocześnie zobowiązuję Pana do poinformowania Wojewody Mazowieckiego, z powołaniem znaku pisma WK-II.9612.1.95.2016, o sposobie realizacji zaleceń i wykorzystania wniosku pokontrolnego.

z up. WOJEWODY MAZOWICKIEGO

Paweł Błasiak
Zastępca Dyrektora
Wydziału Kontroli