

Warszawa, 16 grudnia 2016 r.



WOJEWODA MAZOWIECKI

WK-II.9612.1.121.2016

**Pan
Radosław Walasek
ul. Brzostowska 19
04-985 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 2016 r. poz. 1638) przeprowadzona została kontrola problemowa w Zakładzie Pielęgnacyjno-Opiekuńczym Centrum Opiekuńczo-Rehabilitacyjne ALTER DOMUS (dalej ZPO), mieszczącym się przy ul. Adama Mickiewicza 10C 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 16 listopada 2016 r., przekazuję Panu 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 cywilnoprawnych z pacjentami. Kontrolowana placówka dysponowała 53 łózkami – jak ustalono

w księdze rejestrowej podmiotu leczniczego Warunki bytowe pacjentów były dobre, a pomieszczenia ZPO utrzymane były w porządku i czystości – ich stan sanitarno-higieniczny w dniach prowadzenia kontroli nie budził zastrzeżeń. Dla potrzeb placówki 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 50 pacjentów – 36 kobiet i 14 mężczyzn. Pacjentami kontrolowanej placówki były głównie osoby, u których zdiagnozowano choroby wieku starczego – chorobę Alzheimera, chorobę Parkinsona, zespół otępienny, zaburzenia pamięci, wahania nastroju, zaburzenia mowy i spowolnienie ruchowe, problemy ze słuchem i pogorszenie wzroku, jak również choroby układu krążenia i cukrzycę. Grupę chorych stanowiły osoby po złamaniu szyjki kości udowej oraz po przebytym udarze mózgu, wymagające stałej pielęgnacji i usprawniania. Podawania insuliny wymagało 3 pacjentów, codziennej zmiany opatrunków – 8 chorych, w tym 4-ch ze względu na odleżyny.

Samodzielnie funkcjonowało 17 spośród 50 przebywających w ZPO pacjentów. Okresowej pomocy kadry medycznej wymagało 23 chorych poruszających się przy pomocy sprzętu rehabilitacyjnego Stałej opieki i kompleksowej pielęgnacji wymagało 10 pacjentów leżących. Z uwagi na specyfikę schorzeń pacjenci przebywający w placówce wymagali stałej rehabilitacji, usprawniania jak również okresowej pomocy psychologicznej.

Podopieczni przebywający w placówce mieli zabezpieczony dostęp do całodobowej opieki lekarskiej, jak również do usług pielęgniarских i rehabilitacyjnych. Świadczenia zdrowotne realizowane były przez 1 lekarza – specjalistę w dziedzinie neurologii. Ponadto pacjenci objęci byli opieką lekarza rodzinnego na podstawie złożonych deklaracji do lekarza POZ. Opiekę sprawowało również 8 pielęgniarek, z których trzy posiadały tytuł magistra pedagogiki terapeutycznej, jedna – magistra pielęgniarstwa, jedna – licencjata pielęgniarstwa i jedna – licencjata pedagogiki opiekuńczo-wychowawczej. Jedna pielęgniarka była w trakcie specjalizacji w zakresie pielęgniarstwa zachowawczego. Trzy pielęgniarki ukończyły kurs kwalifikacyjny

– jedna w zakresie pielęgniarstwa operacyjnego, jedna – pielęgniarstwa środowiskowo-rodzinnego i jedna – pielęgniarstwa w środowisku nauczania i wychowania, pielęgniarstwa środowiskowo-rodzinnego oraz zarządzania personelem medycznym. Ponadto pielęgniarki odbyły następujące kursy specjalistyczne: wykonywania i interpretacji zapisu EKG – 4, przetaczania krwi i środków krwiotwórczych – 3, leczenia ran – 3 oraz opieki geriatrycznej – 2. Jedna pielęgniarka odbyła szkolenie dla pielęgniarek psychiatrycznych dotyczące skutecznego porozumiewania się z pacjentami. Opieka pielęgniarska sprawowana była w systemie 12- godzinnych dyżurów dziennych i nocnych.

Świadczenia rehabilitacyjne realizowane były przez psychologa, dwóch terapeutów zajęciowych oraz dwóch magistrów fizjoterapii – w zależności od stanu pacjentów – na sali rehabilitacyjnej bądź przy łóżku pacjenta.

Wyżywienie pacjentów uwzględniało dietę lekkostrawną, cukrzycową i wątrobową a okazany jadłospis sporządzany był przez dietetyka na okres dziesięciu dni.

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. Nieustalenie regulaminu organizacyjnego podmiotu leczniczego, co jest niezgodne z art. 23 ustawy o działalności leczniczej.
2. 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 wszystkie węzły sanitarne bezpośrednio połączone z pokojami łóżkowymi dla pacjentów, które nie zostały wyposażone w pojemniki z ręcznikami jednorazowego użycia, co stanowi naruszenie § 24 ust. 1 ww. rozporządzenia.

3. Nieprowadzenie *Księgi głównej przyjęć i wypisów*, co jest niezgodne z § 37 ust. 1 rozporządzenia w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej.
4. Nieprawidłowe prowadzenie zbiorczej dokumentacji medycznej:
 - a) *Księga raportów pielęgniarских* nie zawierała danych/informacji ustalonych w § 31 pkt 1, 2 i 6 rozporządzenia w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej:
 - oznaczenia podmiotu,
 - numeru kolejnego wpisu,
 - oznaczenia pielęgniarki dokonującej wpisu,
 - b) *Księga zabiegów* nie zawierała danych/informacji ustalonych w § 32 pkt 1, 2, 4, 5 i 7 rozporządzenia w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej:
 - oznaczenia podmiotu,
 - numeru kolejnego pacjenta w księdze,
 - numerów PESEL pacjentów,
 - oznaczenia lekarza zlecającego zabieg,
 - oznaczenia lekarza albo innej osoby uprawnionej do udzielania świadczeń zdrowotnych wykonującej zabieg.
5. Nieprawidłowe prowadzenie indywidualnej dokumentacji medycznej. Sprawdzono dokumentację 50 pacjentów przebywających w placówce, stwierdzając we wszystkich przypadkach brak *Historii choroby* pacjentów, co stanowi naruszenie § 37 ust. 1 ww. rozporządzenia. W placówce prowadzona była wyłącznie *Karta zleceń lekarskich*

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

1. Opracowania regulaminu organizacyjnego podmiotu leczniczego w szczególności ustalonej w art. 24 ustawy o działalności leczniczej.
2. Wyposażenia węzłów sanitarnych bezpośrednio połączonych z pokojami łóżkowymi dla pacjentów w pojemniki z ręcznikami jednorazowego użycia, zgodnie z wymogami określonymi w rozporządzeniu w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą.

3. 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 4. wystąpienia pokontrolnego. Ponadto w ZPO należy prowadzić *Księgę główną przyjęć i wypisów*.

Jednocześnie zobowiązuję Pana do poinformowania Wojewody Mazowieckiego, z powołaniem znaku pisma WK-II.9612.1.121.2016, o sposobie realizacji zaleceń pokontrolnych, w terminie 14 dni od daty otrzymania wystąpienia.

z up. WOJEWODY MAZOWICKIEGO

Paweł Błasiak
Zastępca Dyrektora
Wydziału Kontroli