

Warszawa, 9 lutego 2015 r.



WOJEWODA MAZOWIECKI

WK-S.9612.1.39.2014

**Pan
Arkadiusz Kurzyński,
PROXIMUS
ul. 3 Maja 7
05-071 Sulejówek**

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 2013 r., poz. 217, z późn. zm.), przeprowadzona została kontrola problemowa w Niepublicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej „Dom Pogodnej Starości” Zakład Pielęgnacyjno-Opiekuńczy (dalej ZPO), mieszczącym się przy ul. 3 Maja 7 w Sulejówku.

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 12 grudnia 2014 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

zawieranych z pacjentami. 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). 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 (dalej ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta – Dz. U. z 2012 r. poz. 159, z późn. zm.).

W dniach prowadzenia kontroli w Zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym przebywało 34 pacjentów – 28 kobiet i 6 mężczyzn. Pacjentami kontrolowanej placówki były głównie osoby, u których zdiagnozowano zespół otępienny, chorobę Alzheimera, chorobę Parkinsona oraz zaburzenia psychiczne organiczne i objawowe. Ponadto u pacjentów stwierdzono choroby układu krążenia (niewydolność krążenia, nadciśnienie tętnicze, zaburzenia rytmu serca), choroby zwyrodnieniowe stawów, nadczynność lub niedoczynność tarczycy oraz cukrzycę. Podawania insuliny wymagało 4 pacjentów. Ustalono, że 26 spośród 34 przebywających w ZPO pacjentów funkcjonowało samodzielnie. Okresowej pomocy kadry medycznej wymagało 3 pacjentów poruszających się przy pomocy sprzętu rehabilitacyjnego. Stałej opieki i kompleksowej pielęgnacji wymagało 5 pacjentów leżących.

Pacjenci przebywający w ZPO mieli zabezpieczony dostęp do całodobowej opieki lekarskiej, jak również do usług pielęgniarских i rehabilitacyjnych. Świadczenia zdrowotne realizowane były przez lekarza posiadającego I^o specjalizacji w dziedzinie chorób wewnętrznych. Opiekę sprawowało 6 pielęgniarek, z których jedna ukończyła kurs kwalifikacyjny w zakresie pielęgniarstwa rodzinnego, a jedna – pielęgniarstwa psychiatrycznego. Jedna pielęgniarka odbyła szkolenie specjalistyczne w zakresie przetaczania krwi i jej składników i jedna – kurs doskonalący w zakresie współczesnych problemów pielęgniarstwa psychiatrycznego i zdrowia psychicznego oraz promocji zdrowia. Opieka pielęgniariska sprawowana była w systemie 12-godzinnych dyżurów dziennych i nocnych. Świadczenia rehabilitacyjne realizowane były przez fizjoterapeutę – w zależności od stanu pacjentów – na sali rehabilitacyjnej bądź przy łóżku pacjenta.

Wyżywienie pacjentów uwzględniało dietę cukrzycową i lekkostrawną, a okazany tygodniowy jadłospis sporządzony był przez dietetyka.

W ZPO prowadzone były działania w obszarze promocji zdrowia, ze szczególnym uwzględnieniem problemów samoopieki i samopielęgnacji oraz edukacji rodziny chorego w zakresie prawidłowego żywienia i przygotowania do opieki nad pacjentem w warunkach domowych.

W dokumentacji podmiotu leczniczego zgromadzono dokumenty potwierdzające prawo wykonywania zawodu zatrudnionego lekarza i kadry pielęgniarskiej. Indywidualna i zbiorcza dokumentacja medyczna przechowywana była zgodnie z zasadami ustalonymi w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (dalej rozporządzenie w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej – Dz. U. z 2014 r., poz. 177, z późn. zm.).

W wyniku kontroli stwierdzono następujące nieprawidłowości:

1. Niezgłoszenie zmiany danych do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, dotyczącej liczby łóżek. Placówka dysponowała 35 łózkami, natomiast zgodnie z danymi zgłoszonymi do rejestru liczba łóżek powinna wynosić 14. Takie działanie stanowi naruszenie art. 107 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej, zgodnie z którym wymienione dane podmiot leczniczy zobowiązany był zgłosić do organu rejestrowego w terminie 14 dni od daty powstania zmiany.
2. Nieokazanie w trakcie kontroli opinii właściwego organu Państwowej Inspekcji Sanitarnej, wydanej w drodze decyzji administracyjnej, dotyczącej pomieszczeń zlokalizowanych na pierwszym i drugim piętrze kontrolowanej placówki, co stanowi naruszenie art. 100 ust. 5 ustawy o działalności leczniczej. Ustalono, że na pierwszym piętrze zlokalizowane były trzy pokoje trzyłóżkowe dla pacjentów, pomieszczenie higieniczno-sanitarne dla pacjentów, pomieszczenie dziennego pobytu, pomieszczenie przeznaczone do przechowywania zwłok osób zmarłych i pomieszczenie porządkowe, natomiast na drugim piętrze placówki – trzy pokoje trzyłóżkowe dla pacjentów, jeden pokój dwułóżkowy dla pacjentów, pomieszczenie higieniczno-sanitarne dla pacjentów, gabinet diagnostyczno-zabiegowy i pomieszczenie biurowe.
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:

- wszystkie pokoje łóżkowe dla pacjentów, w których nie zainstalowano dozowników z mydłem w płynie, pojemników z ręcznikami jednorazowego użycia i pojemników na zużyte ręczniki, co jest niezgodne z § 24 ust. 1 rozporządzenia w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą,
- wszystkie pomieszczenia higieniczno-sanitarne dla pacjentów, które nie zostały wyposażone w dozowniki z mydłem w płynie, pojemniki z ręcznikami jednorazowego użycia i pojemniki na zużyte ręczniki, oraz przez pomieszczenie higieniczno-sanitarne dla personelu, które nie zostało wyposażone w pojemnik z ręcznikami jednorazowego użycia i pojemnik na zużyte ręczniki, co stanowi naruszenie § 2 pkt 4 ww. rozporządzenia.

4. Nieprawidłowe prowadzenie indywidualnej dokumentacji medycznej. Sprawdzono dokumentację 34 pacjentów, stwierdzając:

- a) w 32 przypadkach – brak oświadczenia pacjenta o upoważnieniu osoby bliskiej 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, albo oświadczenia o braku takiego upoważnienia, oraz oświadczenia pacjenta o upoważnieniu osoby bliskiej do uzyskiwania dokumentacji, ze wskazaniem imienia i nazwiska osoby upoważnionej, albo oświadczenia o braku takiego upoważnienia, co stanowi naruszenie § 8 pkt 1 i 2 rozporządzenia w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej,
- b) we wszystkich przypadkach – brak informacji dotyczących przyjęcia pacjenta do placówki, co jest niezgodne z § 14 pkt 1 rozporządzenia w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej,
- c) we wszystkich przypadkach – brak kodu identyfikacyjnego, stanowiącego część I systemu resortowych kodów identyfikacyjnych, kodu jednostki organizacyjnej, stanowiącego część V systemu resortowych kodów identyfikacyjnych oraz kodu komórki organizacyjnej, stanowiącego część VII systemu resortowych kodów identyfikacyjnych, co stanowi naruszenie § 10 ust. 1 pkt 1 lit. b, d i e rozporządzenia w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej,
- d) we wszystkich przypadkach – brak *Karty zabiegów fizjoterapeutycznych*, co jest niezgodne z § 15 ust. 1 pkt 7 ww. rozporządzenia,

- e) w 30 przypadkach – brak nazwy podmiotu, co stanowi naruszenie § 10 ust. 1 pkt 1 lit. a ww. rozporządzenia,
 - f) w 4 przypadkach – brak adresu miejsca zamieszkania pacjenta, co jest niezgodne z art. 25 pkt 1 lit. d ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.
5. Nieprawidłowe prowadzenie zbiorczej dokumentacji medycznej:
- a) *Księga główna przyjęć i wypisów* nie zawierała danych/informacji ustalonych w § 10 ust. 1 pkt 1 lit. a, b, d, e oraz w § 26 pkt 6, 7, 11, 13, 14 i 15 rozporządzenia w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej:
 - nazwy podmiotu,
 - kodu identyfikacyjnego, stanowiącego część I systemu resortowych kodów identyfikacyjnych,
 - kodu jednostki organizacyjnej, stanowiącego część V systemu resortowych kodów identyfikacyjnych,
 - kodu komórki organizacyjnej, stanowiącego część VII systemu resortowych kodów identyfikacyjnych,
 - rozpoznania wstępnego,
 - rozpoznania przy wypisie,
 - adnotacji o zleceniu transportu sanitarnego,
 - przyczyny zgonu, z podaniem numeru statystycznego,
 - informacji o ewentualnym pobraniu opłat,
 - oznaczenia lekarza wypisującego,
 - b) *Księga raportów pielęgniarskich* nie zawierała danych/informacji ustalonych w § 10 ust. 1 pkt 1 lit. a, b, d, e oraz w § 31 pkt 2 rozporządzenia w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej:
 - nazwy podmiotu,
 - kodu identyfikacyjnego, stanowiącego część I systemu resortowych kodów identyfikacyjnych,
 - kodu jednostki organizacyjnej, stanowiącego część V systemu resortowych kodów identyfikacyjnych,
 - kodu komórki organizacyjnej, stanowiącego część VII systemu resortowych kodów identyfikacyjnych,
 - numeru kolejnego wpisu,

- c) *Księga zabiegów* nie zawierała danych/informacji ustalonych w § 10 ust. 1 pkt 1 lit. a, b, d, e oraz w § 32 pkt 4 i 5 rozporządzenia w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej:
- nazwy podmiotu,
 - kodu identyfikacyjnego, stanowiącego część I systemu resortowych kodów identyfikacyjnych,
 - kodu jednostki organizacyjnej, stanowiącego część V systemu resortowych kodów identyfikacyjnych,
 - kodu komórki organizacyjnej, stanowiącego część VII systemu resortowych kodów identyfikacyjnych
 - numerów PESEL pacjentów,
 - oznaczenia lekarza zlecającego zabieg.

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

1. Zgłoszenia do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą zmiany danych w zakresie liczby łóżek, zgodnie z art. 107 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej.
2. Złożenia w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą, wydanej w drodze decyzji administracyjnej, opinii właściwego organu Państwowej Inspekcji Sanitarnej potwierdzającej spełnianie przez pomieszczenia zlokalizowane na pierwszym i drugim piętrze placówki warunków wykonywania działalności leczniczej, zgodnie z art. 100 ust. 5 ustawy o działalności leczniczej.
3. Wyposażenia wszystkich pokoi łóżkowych i pomieszczeń higieniczno-sanitarnych dla pacjentów w dozowniki z mydłem w płynie, pojemniki z ręcznikami jednorazowego użycia i pojemniki na zużyte ręczniki, oraz pomieszczenia higieniczno-sanitarne dla personelu w pojemnik z ręcznikami jednorazowego użycia i pojemnik na zużyte ręczniki, zgodnie z wymogami określonymi w rozporządzeniu w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą.
4. Prowadzenia dokumentacji medycznej zgodnie z zasadami ustalonymi w rozporządzeniu w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej, w szczególności indywidualna

dokumentacja medyczna pacjentów powinna zawierać dane wymienione w punkcie 4. wystąpienia, natomiast zbiorcza dokumentacja medyczna – dane wskazane w punkcie 5.

Zalecenia określone w punktach 1., 2. i 4. należy przyjąć do realizacji niezwłocznie po otrzymaniu wystąpienia pokontrolnego.

Zalecenie określone w punkcie 3. należy zrealizować w terminie 3 miesięcy od daty otrzymania wystąpienia pokontrolnego.

Jednocześnie zobowiązuję Pana do poinformowania Wojewody Mazowieckiego, z powołaniem znaku pisma WK-S.9612.1.39.2013, o sposobie realizacji zaleceń pokontrolnych.

z up. WOJEWODY MAZOWICKIEGO
Edyta Ostrowska
Dyrektor
Wydziału Kontroli