

Warszawa, 5 lutego 2015 r.



**WOJEWODA MAZOWIECKI**

WK-II.9612.1.76.2014

**Pani  
Ewa Maniara  
ul. Grupy Kampinos 19b  
05-152 Palmiry**

### **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 Pielęgniarskim Domu Opieki „Złota Ostoja” (dalej Dom Opieki), mieszczącym się przy ul. Grupy Kampinos 19b w Palmirach.

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 18 grudnia 2014 r., przekazuję niniejsze wystąpienie pokontrolne.

W trakcie kontroli stwierdzono, że w Domu Opieki 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 1 ustawy o działalności leczniczej. Świadczenia medyczne realizowane były odpłatnie, na podstawie umów cywilno-prawnych zawartych z pacjentami. Kontrolowana placówka dysponowała 44 łózkami

– jak ustalono w księdze rejestrowej podmiotu leczniczego. Pomieszczenia Domu Opieki 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 Domu Opieki 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 2012 r. poz. 159, z późn. zm.).

W dniach prowadzenia kontroli w Domu Opieki przebywało 44 pacjentów – 26 kobiet i 18 mężczyzn. Pacjentami kontrolowanej placówki były głównie osoby, u których zdiagnozowano zespół otępienny, chorobę Alzheimera, zespół depresyjny, organiczne zaburzenia urojeniowe, zaburzenia świadomości i chorobę Parkinsona. Grupę pacjentów stanowili chorzy po przebytym udarze mózgu, po urazie czaszkowo-mózgowym oraz po złamaniu szyjki kości udowej. Ponadto u pacjentów zdiagnozowano choroby układu krążenia (niewydolność krążenia, nadciśnienie tętnicze, zaburzenia rytmu serca), osteoporozę, choroby zwyrodnieniowe stawów, jaskrę, zaćmę oraz cukrzycę. Podawania insuliny wymagało 4 pacjentów, codziennej zmiany opatrunków – 5 chorych, w tym 4 z powodu odleżyn. Ustalono, że 22 spośród 44 przebywających w Domu Opieki pacjentów funkcjonowało samodzielnie. Okresowej pomocy kadry medycznej wymagało 17 pacjentów poruszających się przy pomocy sprzętu rehabilitacyjnego, a stałej opieki i kompleksowej pielęgnacji – 5 pacjentów leżących.

Pacjenci przebywający w kontrolowanej placówce mieli zabezpieczony dostęp do całodobowej opieki lekarskiej, jak również do usług pielęgniarских i rehabilitacyjnych. Świadczenia zdrowotne realizowane były przez trzech lekarzy, z których 1 był specjalistą w dziedzinie medycyny rodzinnej, 1 – neurologii, a 1 – geriatriczki, dermatologii i wenerologii. Opiekę sprawowały 4 pielęgniarki, z których jedna posiadała tytuł magistra pielęgniarstwa. Jedna

pielęgniarka ukończyła kurs kwalifikacyjny w zakresie pielęgniarstwa opieki długoterminowej. Ponadto pielęgniarki odbyły następujące kursy specjalistyczne: wykonywania i interpretacji zapisów EKG – 2, resuscytacji krążeniowo-oddechowej – 1. Opieka pielęgniarska sprawowana była w systemie 12-godzinnych dyżurów dziennych i nocnych.

Świadczenia rehabilitacyjne realizowane były przez fizjoterapeutę oraz terapeutę zajęciowego – w zależności od stanu pacjentów – na sali rehabilitacyjnej bądź przy łóżku pacjenta.

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

W Domu Opieki prowadzone były działania w zakresie promocji zdrowia, ze szczególnym uwzględnieniem zasad prawidłowego żywienia, higieny osobistej, pielęgnowania chorego z cukrzycą 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. Dom Opieki 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. Nr 107, poz. 679, z późn. zm.). 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. Nieprawidłowe prowadzenie indywidualnej dokumentacji medycznej. Sprawdzono dokumentację 50 pacjentów, stwierdzając:
  - a) we wszystkich przypadkach – brak *karty indywidualnej opieki pielęgniarskiej*, co jest niezgodne z § 15 ust. 1 pkt 1 rozporządzenia w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej,
  - b) we wszystkich 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,

- c) we wszystkich przypadkach, w części dotyczącej przyjęcia pacjenta do Domu Opieki – brak numeru w *Księdze głównej przyjęć i wypisów*, pod którym dokonano wpisu o przyjęciu pacjenta do placówki, co jest niezgodne z § 17 ust. 1 pkt 1 ww. rozporządzenia,
- d) we wszystkich przypadkach, w części dotyczącej przebiegu hospitalizacji – brak informacji dotyczących procesu pielęgnowania, czynności pielęgniarskich w postaci *karty indywidualnej opieki pielęgniarskiej*, co stanowi naruszenie § 18 ust. 2 pkt 3 rozporządzenia w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej,
- e) w sześciu przypadkach, w części dotyczącej wypisania pacjenta z placówki – brak numerów statystycznych choroby zasadniczej i chorób współistniejących, ustalonych według klasyfikacji ICD-10, co jest niezgodne z § 19 pkt 2 ww. rozporządzenia,
- f) w dwóch przypadkach, w części dotyczącej wypisania pacjenta z placówki w przypadku zgonu pacjenta – brak opisu słownego stanów chorobowych prowadzących do zgonu wraz z odstępami czasu pomiędzy ich wystąpieniem, co stanowi naruszenie § 20 pkt 2 rozporządzenia w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej.

2. Nieprawidłowe prowadzenie zbiorczej dokumentacji medycznej:

- a) *Księga główna przyjęć i wypisów* nie zawierała danych/informacji ustalonych w § 26 pkt 2, 3, 6, 7 i 15 rozporządzenia w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej:
  - numeru kolejnego pacjenta w księdze,
  - godziny przyjęcia pacjenta,
  - rozpoznania wstępnego,
  - rozpoznania przy wypisie,
  - oznaczenia lekarza wypisującego,
- b) *Księga raportów pielęgniarskich* nie zawierała numeru kolejnego wpisu oraz oznaczenia pielęgniarki dokonującej wpisu, co stanowi naruszenie § 31 pkt 2 i 6 ww. rozporządzenia,
- c) *Księga zabiegów* nie zawierała danych/informacji ustalonych w § 32 pkt 2, 5, i 7 rozporządzenia w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej:
  - numeru kolejnego pacjenta w księdze,
  - oznaczenia lekarza zlecającego zabieg,

- oznaczenia lekarza albo innej osoby uprawnionej do udzielania świadczeń zdrowotnych wykonującej zabieg.

Przedstawiając powyższe ustalenia zobowiązuję Panią do prowadzenia dokumentacji medycznej zgodnie z zasadami ustalonymi w rozporządzeniu w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej, w szczególności dokumentacja indywidualna pacjentów powinna zawierać dane wymienione w punkcie 1. wystąpienia, zaś dokumentacja zbiorcza – informacje wymienione w punkcie 2. Proszę o poinformowanie Wojewody Mazowieckiego, z powołaniem znaku pisma WK-II.9612.1.76.2014, o sposobie realizacji zalecenia pokontrolnego, niezwłocznie po otrzymaniu wystąpienia.

z up. WOJEWODY MAZOWICKIEGO  
*Edyta Ostrowska*  
Dyrektor  
Wydziału Kontroli