

Warszawa, 25 sierpnia 2015 r.



**WOJEWODA MAZOWIECKI**

WK-R.9612.1.14.2015

**Pan  
Tomasz Grzybowski  
ONV Sp. z o.o  
Stary Gózd 35  
26-806 Stara Błotnica**

### **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 Opiekuńczo-Lecznicznym w Starym Goździe (dalej ZOL), mieszczącym się w Starym Goździe 35.

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 2 czerwca 2015 r., przekazuję Panu niniejsze wystąpienie pokontrolne.

W trakcie kontroli stwierdzono, że w ZOL 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 ze środków publicznych

na podstawie umowy zawartej z Narodowym Funduszem Zdrowia o udzielanie świadczeń opiekuńczo-leczniczych oraz odpłatnie na podstawie umów zawieranych z pacjentami. Kontrolowana placówka dysponowała 100 łózkami – jak ustalono w księdze rejestrowej podmiotu leczniczego. Podmiot posiadał 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.). 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 ZOL 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).

W dniach prowadzenia kontroli w placówce przebywało 95 pacjentów – 58 kobiet i 37 mężczyzn. Pacjentami kontrolowanej placówki były głównie osoby, u których zdiagnozowano chorobę Alzheimera, zespół otępienny i chorobę Parkinsona. Grupę chorych stanowiły osoby po przebytym udarze mózgu wymagające pielęgnacji i usprawniania. U chorych zdiagnozowano również choroby układu krążenia (niewydolność krążenia, nadciśnienie tętnicze, zaburzenia rytmu serca), chorobę zwyrodnieniową stawów, przewlekłą obturacyjną chorobę płuc oraz cukrzycę. Podawania insuliny wymagało 8 pacjentów, codziennej zmiany opatrunków – 10 chorych. Jedna pacjentka z niewydolnością nerek była dializowana 3 razy w tygodniu. Czterdziestu pięciu pacjentów funkcjonowało samodzielnie, okresowej pomocy kadry medycznej wymagało 34 chorych poruszających się przy pomocy sprzętu rehabilitacyjnego, a stałej opieki i kompleksowej pielęgnacji – 16 pacjentów leżących.

Pacjenci przebywający w ZOL mieli zabezpieczony dostęp do całodobowej opieki lekarskiej, jak również do usług pielęgniarских i rehabilitacyjnych. Świadczenia zdrowotne realizowane były przez sześciu lekarzy, z których 3 było specjalistami w dziedzinie chorób wewnętrznych, w tym 1 lekarz jednocześnie był specjalistą z zakresu onkologii klinicznej, 2 – psychiatrii i 1 – neurologii. Opiekę sprawowało również 19 pielęgniarek. Pięć pielęgniarek posiadało tytuł magistra pielęgniarstwa, a 8 – licencjata pielęgniarstwa. Jedenaście pielęgniarek uzyskało tytuł specjalisty pielęgniarstwa, w tym 6 pielęgniarek w dziedzinie opieki długoterminowej, 2 – pielęgniarstwa ratunkowego, 1 – chirurgicznego, 1 – zachowawczego

i 1 – pielęgniarstwa onkologicznego. Siedem pielęgniarek ukończyło kurs kwalifikacyjny w zakresie pielęgniarstwa rodzinnego, 1 – środowiskowo-rodzinnego, 3 – opieki długoterminowej i 1 – pielęgniarstwa ratunkowego. Ponadto pielęgniarki odbyły następujące kursy specjalistyczne: resuscytacji krążeniowo-oddechowej – 7, wykonywania i interpretacji zapisu EKG – 6, szczepień ochronnych – 5, leczenia ran – 4, podstaw opieki paliatywnej – 2, endoskopii – 1, podstaw dializoterapii – 1, oraz kompleksowej pielęgniarzkiej opieki nad pacjentami z najczęstszymi schorzeniami wieku podeszłego – 1. Opieka pielęgniarzka sprawowana była w systemie 12-godzinnych dyżurów dziennych i nocnych.

Świadczenia rehabilitacyjne realizowane były przez dwóch magistrów fizjoterapii, dwóch terapeutów zajęciowych, logopedę 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 sporządzony był przez dietetyka.

W placówce prowadzone były działania w zakresie promocji zdrowia, ze szczególnym uwzględnieniem 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 aktualnie zatrudnionej kadry lekarskiej i pielęgniarzkiej. Placówka dysponowała 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). 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. Niezgodność struktury organizacyjnej przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego zgłoszonej do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą – ze stanem faktycznym. W ZOL nie funkcjonowały Poradnia rehabilitacyjna oraz Ośrodek rehabilitacji dziennej, co nie zostało zgłoszone do organu prowadzącego rejestr. Takim działaniem naruszony został art. 107 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej.

2. Nieprzekazanie do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą dokumentu ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej z 27 października 2014 r., potwierdzającego zawarcie umowy ubezpieczenia. Takie działanie jest niezgodne z art. 25 ust. 3 ustawy o działalności leczniczej.

Jak ustalono na podstawie treści księgi rejestrowej podmiotu leczniczego, podmiot zgłosił do organu prowadzącego rejestr zakończenie działalności komórek organizacyjnych wskazanych w pkt. 1. wystąpienia pokontrolnego oraz przekazał dokument ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej. W związku z powyższym odstępuje się od sformułowania zaleceń pokontrolnych w przedmiotowym zakresie.

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 wszystkie pomieszczenia higieniczno-sanitarne dla pacjentów bezpośrednio połączone z pokojami łóżkowymi, które nie zastały wyposażone w pojemniki z ręcznikami jednorazowego użycia, co jest niezgodne z § 2 pkt 4 ww. rozporządzenia.

4. Nieprawidłowe prowadzenie indywidualnej dokumentacji medycznej. Sprawdzono dokumentację 54 pacjentów, stwierdzając:

- a) w 5 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 ust. 1 i 2 rozporządzenia w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej,
- b) w 17 przypadkach – brak numerowania stron dokumentacji medycznej, co jest niezgodne z § 5 ust. 1 ww. rozporządzenia.

5. Nieprawidłowe prowadzenie zbiorczej dokumentacji medycznej:

- a) *Księga główna przyjęć i wypisów* nie zawierała danych/informacji ustalonych w § 26 pkt 3, 10 i 15 rozporządzenia w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej:
  - godziny i minuty przyjęcia pacjenta w systemie 24-godzinnym,
  - adnotacji o miejscu, do którego pacjent został wypisany,
  - oznaczenia lekarza wypisującego,

a) *Księga zabiegów* nie zawierała danych/informacji ustalonych w § 32 pkt 4 i 5 rozporządzenia w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej:

- 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. Dostosowania pomieszczeń ZOL do wymogów określonych w rozporządzeniu w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą, w zakresie niezgodności wymienionej w punkcie 3. wystąpienia pokontrolnego – w terminie 6 miesięcy od daty otrzymania wystąpienia pokontrolnego.
2. Prowadzenia dokumentacji medycznej zgodnie z normami ustalonymi w rozporządzeniu w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej, w szczególności dokumentacja indywidualna pacjentów powinna zawierać informacje wymienione w punkcie 4. wystąpienia, zaś dokumentacja zbiorcza – dane wymienione w punkcie 5.

Zalecenie należy przyjąć do realizacji niezwłocznie po otrzymaniu wystąpienia pokontrolnego.

Jednocześnie zobowiązuję Pana do poinformowania Wojewody Mazowieckiego, z powołaniem znaku pisma WK-R.9612.1.14.2015, o sposobie realizacji zaleceń pokontrolnych.

z up. WOJEWODY MAZOWIECKIEGO

*Edyta Ostrowska*  
Dyrektor Wydziału Kontroli