

Warszawa, 26 maja 2015 r.



**WOJEWODA MAZOWIECKI**

WK-S.9612.1.9.2015

**Pan  
Miroslaw Frelik  
„SANA” Sp. z o.o.  
ul. Kościuszki 49J  
08-400 Garwolin**

### **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) przeprowadzona została kontrola problemowa w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznym (dalej ZOL), jednostce organizacyjnej 02 Niepublicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej „SANA”, mieszczącej się przy ul. Topolowej 80 w Woli Rębkowskiej.

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 27 marca 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 odpłatnie, na podstawie umów podpisywanych z pacjentami. Kontrolowana placówka dysponowała 30 łózkami – jak ustalono w księdze rejestrowej podmiotu leczniczego. Pomieszczenia ZOL 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 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). 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 Zakładzie Opiekuńczo-Lecznym przebywało 24 pacjentów – 15 kobiet i 9 mężczyzn. Grupę chorych stanowiły osoby po przebytych udarach mózgu, które ze względu na niedowłady wymagały stałej opieki, pielęgnacji i rehabilitacji. W ZOL przebywali również pacjenci po amputacji kończyn oraz po złamaniu szyjki kości udowej, wymagający pielęgnacji i usprawniania, oraz pacjenci z chorobą Alzheimera, otępieniem starczym, chorobą Parkinsona i padaczką pourazową. U chorych tych zdiagnozowano również choroby układu krążenia (niewydolność krążenia, nadciśnienie tętnicze, chorobę wieńcową) oraz cukrzycę. Podawania insuliny wymagało 3 pacjentów. Okresowej pomocy kadry medycznej wymagało 12 chorych poruszających się przy pomocy sprzętu rehabilitacyjnego, a stałej opieki i kompleksowej pielęgnacji – 12 pacjentów leżących. Z uwagi na specyfikę schorzeń pacjenci przebywający w ZOL wymagali stałej rehabilitacji, usprawniania, jak również okresowej pomocy psychologicznej i logopedycznej.

Pacjenci przebywający w ZOL 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 chorób wewnętrznych, 1 – medycyny rodzinnej, a 1 lekarz był w trakcie szkolenia specjalizacyjnego z anestezjologii i intensywnej terapii. Opiekę sprawowało również 7 pielęgniarek. Jedna pielęgniarka posiadała

tytuł magistra pedagogiki specjalnej, jedna – magistra pedagogiki opiekuńczo-wychowawczej i dwie – licencjata pielęgniarstwa. Dwie pielęgniarki ukończyły kurs kwalifikacyjny w zakresie pielęgniarstwa opieki długoterminowej. Ponadto pielęgniarki odbyły następujące kursy specjalistyczne: resuscytacji krążeniowo-oddechowej – 4, opieki geriatrycznej – 1, szczepień ochronnych – 1 oraz wykonywania i interpretacji zapisu elektrokardiograficznego – 1.

Opieka pielęgniarska sprawowana była w systemie 12-godzinnych dyżurów dziennych i nocnych. Jedna pielęgniarka dyżurowała 3 razy w tygodniu w godzinach 7:00 – 15:00.

Świadczenia rehabilitacyjne realizowane były przez dwóch fizjoterapeutów, terapeutę zajęciowego, 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 ZOL prowadzone były działania w zakresie 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 zatrudnionej kadry lekarskiej i pielęgniarskiej. ZOL 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 40 pacjentów, stwierdzając:
  - a) we wszystkich przypadkach – brak kodu identyfikacyjnego, stanowiącego część I systemu resortowych kodów identyfikacyjnych oraz kodu jednostki organizacyjnej, stanowiącego część V systemu resortowych kodów identyfikacyjnych, co stanowi naruszenie § 10 ust. 1 pkt 1 lit. b i d rozporządzenia w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej,

- b) we wszystkich przypadkach – brak *Karty indywidualnej opieki pielęgniarskiej* i *Karty gorączkowej*, co jest niezgodne z § 15 ust. 1 pkt 1 i 4 ww. rozporządzenia,
  - c) 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,
  - d) w części dotyczącej przyjęcia pacjenta do ZOL – w 5 przypadkach brak oznaczenia lekarza przyjmującego oraz w 2 – rozpoznania wstępnego ustalonego przez lekarza przyjmującego, co jest niezgodne z § 17 ust. 1 pkt 6 i 7 ww. rozporządzenia.
2. Nieprawidłowe prowadzenie zbiorczej dokumentacji medycznej:
- a) *Księga główna przyjęć i wypisów* nie zawierała danych/informacji ustalonych w § 26 pkt 6, 7, 10, 11, 13, 14 i 15 rozporządzenia w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej:
    - rozpoznania wstępnego i rozpoznania przy wypisie,
    - adnotacji o miejscu, do którego pacjent został wypisany,
    - adnotacji o zleceniu transportu sanitarnego, jeżeli zostało wydane,
    - przyczyny zgonu, z podaniem ich numerów statystycznych,
    - informacji o ewentualnym pobraniu opłat,
    - oznaczenia lekarza wypisującego;
  - b) *Księga raportów pielęgniarskich* nie zawierała danych/informacji ustalonych w § 31 pkt 2 i 6 rozporządzenia w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej:
    - numeru kolejnego wpisu,
    - oznaczenia pielęgniarki dokonującej wpisu;
  - c) *Księga zabiegów* nie zawierała danych/informacji ustalonych w § 32 pkt 2, 4, i 7 rozporządzenia w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej:
    - numeru kolejnego pacjenta w księdze,
    - numeru PESEL pacjenta,
    - oznaczenia lekarza albo innej osoby uprawnionej do udzielania świadczeń zdrowotnych wykonującej zabieg.

Przedstawiając powyższe ustalenia zobowiązuję Pana 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-S.9612.1.9.2015, o sposobie realizacji zalecenia pokontrolnego, niezwłocznie po otrzymaniu wystąpienia.

z up. WOJEWODY MAZOWICKIEGO

*Edyta Ostrowska*

Dyrektor

Wydziału Kontroli