

Warszawa, 26 czerwca 2017 r.



WOJEWODA MAZOWIECKI

WK-II.9612.1.67.2017

**Pan
Piotr Parasiewicz
EKWOS
ul. Rozwojowa 79
05-300 Grębiszew**

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, z późn. zm.) przeprowadzona została kontrola problemowa w Zakładzie Opiekuńczo Leczniczym Veni Vidi Vici (dalej ZOL), mieszczącym się przy ul. Rozwojowej 79 w Grębiszewie.

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 31 maja 2017 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 żywienia odpowiedniego do stanu zdrowia pacjenta, zgodnie z art. 9 ust. 1 pkt 1 ustawy o działalności leczniczej. Świadczenia medyczne realizowane były na podstawie umów podpisanych z pacjentami. Placówka dysponowała 28 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 były 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 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, z późn. zm.).

W dniach prowadzenia kontroli w ZOL przebywało 22 pacjentów – 16 kobiet i 6 mężczyzn. Pacjentami kontrolowanej placówki były głównie osoby z chorobami wieku starczego (choroby układu krążenia, miażdżyca, cukrzyca, otępienie starcze, osteoporoza). Grupę chorych stanowiły osoby z chorobą Alzheimera i chorobą Parkinsona. W placówce przebywały również osoby z zaburzeniami psychicznymi (schizofrenia, zespół urojeniowy) oraz osoby po przebytym udarze mózgu i po złamaniach, potrzebujące stałej rehabilitacji i usprawniania. Podawania insuliny wymagał 1 pacjent. Samodzielnie funkcjonowało 8 chorych. Okresowej pomocy kadry medycznej wymagało 13 pacjentów poruszających się przy pomocy sprzętu rehabilitacyjnego, a stałej opieki i kompleksowej pielęgnacji wymagał 1 chory leżący.

Pacjenci przebywający w placówce mieli zabezpieczony dostęp do całodobowej opieki lekarskiej, jak również do usług pielęgniarских i rehabilitacyjnych. Świadczenia zdrowotne realizowane były przez jednego lekarza – specjalistę medycyny rodzinnej, posiadającego jednocześnie I° specjalizacji w dziedzinie chorób wewnętrznych. Opiekę nad pacjentami sprawowało 8 pielęgniarek i 1 ratownik medyczny. Jedna pielęgniarka posiadała tytuł magistra pielęgniarstwa, a dwie – licencjata pielęgniarstwa. Cztery pielęgniarki ukończyły kurs kwalifikacyjny w zakresie pielęgniarstwa rodzinnego, trzy – pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki, dwie – opieki długoterminowej, jedna – pielęgniarstwa chirurgicznego i jedna – pielęgniarstwa zachowawczego. Ponadto pielęgniarki odbyły następujące kursy specjalistyczne w zakresie: resuscytacji krążeniowo-oddechowej – 6, leczenia ran – 4, interpretacji i zapisu

elektrokardiograficznego – 3, szczepień ochronnych – 1, pielęgniarstwa onkologicznego – 1 i podstaw opieki paliatywnej – 1. Jedna pielęgniarka ukończyła kurs doskonalący w zakresie opieki paliatywnej i jedna – szkolenie w zakresie przetaczania krwi i jej składników. Opieka pielęgniarska sprawowana była w systemie 12-godzinnych dyżurów dziennych i nocnych.

Świadczenia rehabilitacyjne realizowane były przez magistra fizjoterapii, technika masażystę i terapeutę zajęciowego – w zależności od stanu pacjentów – na sali rehabilitacyjnej bądź przy łóżku pacjenta.

Wyżywienie pacjentów uwzględniało dietę lekkostrawną i cukrzycową, a okazany jadłospis sporządzony był przez dietetyka na okres 14 dni.

W ZOL prowadzone były działania w zakresie promocji zdrowia, ze szczególnym uwzględnieniem prawidłowego żywienia, zdrowego stylu życia oraz przygotowania pacjenta do samoopieki i samopielęgnacji w warunkach domowych.

W dokumentacji podmiotu leczniczego zgromadzono dokumenty potwierdzające prawo wykonywania zawodu aktualnie zatrudnionego lekarza i kadry pielęgniarskiej. 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, 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. Nieprawidłowe prowadzenie indywidualnej dokumentacji medycznej. Sprawdzono dokumentację 45 pacjentów, stwierdzając:
 - a) we wszystkich przypadkach – brak oznaczenia podmiotu w zakresie jego nazwy oraz kodu komórki organizacyjnej stanowiącego część VII systemu resortowych kodów identyfikacyjnych, co stanowi naruszenie § 10 ust. 1 pkt 1 lit. a i e rozporządzenia w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej,
 - b) we wszystkich przypadkach – brak karty indywidualnej opieki pielęgniarskiej i karty gorączkowej oraz dodatkowo w 23 przypadkach – brak karty informacyjnej z leczenia szpitalnego, dołączanej po wypisaniu pacjenta ze szpitala, co jest niezgodne z § 15 ust. 1 pkt 1, 4 i 9 ww. rozporządzenia,

- c) we wszystkich przypadkach, w części dotyczącej wypisania pacjenta z ZOL – brak danych/informacji ustalonych w § 20 ust. 1 pkt 1, 2, 3, 4, 5 i 6 rozporządzenia w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej:
- rozpoznania klinicznego składającego się z określenia choroby zasadniczej, chorób współistniejących i powikłań,
 - numerów statystycznych chorób zasadniczych i współistniejących określonych zgodnie z klasyfikacją ICD-9,
 - opisu zastosowanego leczenia i wykonanych badań diagnostycznych,
 - epikryzy,
 - adnotacji o przyczynie i okolicznościach wypisania,
- d) w 8 przypadkach, w części dotyczącej wypisania pacjenta z ZOL w przypadku zgonu pacjenta – brak opisu słownego stanów chorobowych prowadzących do zgonu wraz z odstępami czasu pomiędzy ich wystąpieniem, co stanowi naruszenie § 21 pkt 2 lit. a, b i c rozporządzenia w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej.

2. Nieprawidłowe prowadzenie zbiorczej dokumentacji medycznej:

- a) *Księga główna przyjęć i wypisów* nie zawierała danych/informacji ustalonych w § 27 pkt 4, 7 i 16 rozporządzenia w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej:
- oznaczenia podmiotu w zakresie jego nazwy oraz kodu komórki organizacyjnej, stanowiącego część VII systemu resortowych kodów identyfikacyjnych,
 - rozpoznania wstępnego,
 - rozpoznania przy wypisie,
 - adnotacji o miejscu, do którego pacjent został wypisany,
 - przyczyn zgonu, z podaniem ich numerów statystycznych,
 - numeru karty depozytowej,
- b) *Księga raportów pielęgniarskich* oraz *Księga zabiegów* nie zawierały oznaczenia podmiotu w zakresie jego nazwy oraz kodu komórki organizacyjnej, stanowiącego część VII systemu resortowych kodów identyfikacyjnych, co stanowi naruszenie § 31 pkt 1 oraz § 32 pkt 1 rozporządzenia w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej.

Przedstawiając powyższe ustalenia zobowiązuje Pana do prowadzenia dokumentacji medycznej zgodnie z zasadami ustalonymi w rozporządzeniu w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania, w szczególności dokumentacja indywidualna pacjentów powinna zawierać dane wymienione w punkcie 1., natomiast zbiorcza – informacje zawarte w punkcie 2. wystąpienia pokontrolnego.

Jednocześnie zobowiązuje Pana do poinformowania Wojewody Mazowieckiego, z powołaniem znaku pisma WK-II.9612.1.67.2017, o sposobie realizacji zalecenia pokontrolnego w terminie 14 dni od daty otrzymania wystąpienia.

z up. WOJEWODY MAZOWICKIEGO

Paweł Błasiak
Zastępca Dyrektora
Wydziału Kontroli