

Warszawa, 31 sierpnia 2015 r.



WOJEWODA MAZOWIECKI

WK-II.9612.1.40.2015

**Pan
Miroslaw Małecki
ul. Augustyna Kordeckiego 14
05-502 Piaseczno**

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 sprawdzająca w Niepublicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej Zakład Pielęgnacyjno-Opiekuńczy Dom Seniora „KORDECKIEGO” (dalej ZPO), mieszczącym się przy ul. Augustyna Kordeckiego 14 w Piasecznie.

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 sierpnia 2015 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 na podstawie umów cywilnoprawnych zawartych z pacjentami. Podmiot posiadał umowę ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej, zgodnie z obowiązkiem ustalonym w art. 25 ust. 1 pkt 1 i ust. 2 ustawy o działalności leczniczej. Warunki bytowe pacjentów były dobre, a pomieszczenia placówki utrzymane w porządku i czystości – ich stan sanitarno-higieniczny w dniach prowadzenia kontroli nie budził zastrzeżeń.

W dniach prowadzenia kontroli w Zakładzie Pielęgnacyjno-Opiekuńczym przebywało 36 pacjentów – 25 kobiet i 11 mężczyzn. Pacjentami kontrolowanej placówki były głównie osoby, u których zdiagnozowano zespół otępienny, chorobę Alzheimera, zespół depresyjny i chorobę Parkinsona. Grupę pacjentów stanowili również chorzy po przebytym udarze mózgu. Ponadto u pensjonariuszy ZPO zdiagnozowano choroby układu krążenia (niewydolność krążenia, nadciśnienie tętnicze, zaburzenia rytmu serca), choroby zwyrodnieniowe stawów, jaskrę, zaćmę oraz cukrzycę – 2 pacjentów przyjmowało insulinę. Jeden pacjent wymagał wymiany worków stomijnych i jeden – kontroli cewnika Foleya. Samodzielnie funkcjonowało 13 pacjentów. Okresowej pomocy kadry medycznej wymagało 19 pacjentów poruszających się przy pomocy sprzętu rehabilitacyjnego, a stałej opieki i kompleksowej pielęgnacji – 4 pacjentów leżących.

Pacjenci przebywający w ZPO mieli zabezpieczony dostęp do całodobowej opieki lekarskiej, jak również do usług pielęgniarских i rehabilitacyjnych. Świadczenia realizowane były codziennie w wyznaczonych godzinach od 10⁰⁰ do 12⁰⁰ przez lekarza posiadającego I^o specjalizacji w dziedzinie neurologii. Pacjenci mieli również możliwość korzystania ze świadczeń na podstawie deklaracji złożonych do lekarza POZ w Przychodni Rejonowej Nr 2 Gołków Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Piasecznie. Opieka pielęgniarська sprawowana była w systemie 12-godzinnych dyżurów dziennych i nocnych zabezpieczanych każdorazowo przez jedną pielęgniarkę.

Świadczenia rehabilitacyjne realizowane były przez magistra fizjoterapii przy łóżku pacjenta.

Wyżywienie pacjentów uwzględniało dietę lekkostrawną i cukrzycową, a okazany dzienny jadłospis sporządzony był przez pracownika kuchni i zatwierdzony przez właściciela ZPO – lekarza.

W placówce prowadzone były działania w zakresie promocji zdrowia, ze szczególnym uwzględnieniem zagadnień dotyczących cukrzycy, prawidłowego żywienia, higieny osobistej oraz przygotowania pacjenta do samoobsługi i samopielęgnacji w warunkach domowych. Działania prozdrowotne realizowane były głównie przez personel pielęgniarський w formie indywidualnych rozmów z pacjentami podczas wykonywania zabiegów pielęgnacyjnych.

W dokumentacji podmiotu leczniczego zgromadzono dokumenty potwierdzające prawo wykonywania zawodu aktualnie zatrudnionego lekarza i kadry pielęgniarskiej.

Indywidualna i zbiorcza dokumentacja medyczna przechowywana była zgodnie z normami 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. 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:

- a) dwa pokoje jednołóżkowe, zlokalizowane na I piętrze, oraz dziewięć węzłów sanitarnych bezpośrednio połączonych z pokojami łóżkowymi dla pacjentów – 6 na parterze i 3 na I piętrze, w których nie zainstalowano pojemników z ręcznikami jednorazowego użycia, co jest niezgodne z § 24 ust. 1 rozporządzenia w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą,
- b) pomieszczenie higieniczno-sanitarne dla personelu, które nie zostało wyposażone w dozownik z mydłem w płynie, pojemnik z ręcznikami jednorazowego użycia i pojemnik na zużyte ręczniki, co stanowi naruszenie § 2 pkt 4 ww. rozporządzenia.

W dniu 18 sierpnia 2015 r. do Wydziału Kontroli Mazowieckiego Urzędu Wojewódzkiego w Warszawie wpłynęło pismo, w którym poinformowano o dostosowaniu pomieszczenia higieniczno-sanitarne dla personelu do wymogów określonych w przepisach rozporządzenia w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą. Wobec powyższego odstępuje się od sformułowania zalecenia pokontrolnego w przedmiotowym zakresie.

- 2. Nieustalenie regulaminu organizacyjnego podmiotu leczniczego, co jest niezgodne z art. 23 ustawy o działalności leczniczej.
- 3. Nieudostępnienie w formie pisemnej informacji o prawach pacjenta w miejscu ogólnodostępnym, co stanowi naruszenie 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.).

4. Niewypełnienie obowiązku ustalonego w art. 24 ust. 2 ustawy o działalności leczniczej, polegającego na podaniu do wiadomości pacjentów, w sposób zwyczajowo przyjęty, informacji dotyczących wysokości opłaty za udostępnienie dokumentacji medycznej, wysokości opłat za świadczenia zdrowotne, które mogą być, zgodnie z przepisami ustawy lub przepisami odrębnymi, udzielane za częściową albo całkowitą odpłatnością, oraz wysokości opłaty za przechowywanie zwłok pacjenta przez okres dłuższy niż 72 godziny od osób lub instytucji uprawnionych do ich pochowania, o których mowa w art. 24 ust. 1 pkt 9, 11 i 12 ww. ustawy.
5. Niezapewnienie dla potrzeb kontrolowanego ZPO pomieszczenia specjalnie przeznaczonego na przechowywanie zwłok osoby zmarłej w okresie pomiędzy stwierdzeniem zgonu a przewiezieniem ich do chłodni, zapewniającego 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 (dalej rozporządzenie w sprawie sposobu postępowania podmiotu leczniczego ze zwłokami pacjenta w przypadku śmierci pacjenta – Dz. U. z 2012 r., poz. 420).
6. Nieprawidłowe prowadzenie indywidualnej dokumentacji medycznej. Sprawdzono dokumentację 36 pacjentów przebywających w placówce w dniach kontroli, stwierdzając we wszystkich przypadkach:
 - a) brak oznaczenia podmiotu w zakresie kodu identyfikacyjnego, stanowiącego część I systemu resortowych kodów identyfikacyjnych, nazwy jednostki organizacyjnej oraz jej kodu stanowiącego część V systemu resortowych kodów identyfikacyjnych, jak również nazwy komórki organizacyjnej, w której udzielono świadczeń zdrowotnych, oraz jej kodu resortowego 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,
 - b) brak daty urodzenia i oznaczenia płci pacjenta, co jest niezgodne z art. 25 pkt 1 lit. b i c ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta,
 - c) brak numerowania stron dokumentacji oraz oznaczenia każdej strony dokumentacji medycznej imieniem i nazwiskiem pacjenta, co stanowi naruszenie § 5 i 6 ust. 1 rozporządzenia w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej,
 - d) brak *Karty zabiegów fizjoterapeutycznych*, co jest niezgodne z § 15 ust. 1 pkt 7 ww. rozporządzenia,

- e) 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 ww. rozporządzenia,
 - f) w części dotyczącej przyjęcia pacjenta do ZPO brak numeru w *Księdze głównej przyjęć i wypisów*, pod którym dokonano wpisu o przyjęciu pacjenta do placówki, co stanowi naruszenie § 17 ust. 1 pkt 1 rozporządzenia w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej.
7. Nieprawidłowe prowadzenie zbiorczej dokumentacji medycznej:
- a) *Księga główna przyjęć i wypisów* nie zawierała danych/informacji ustalonych w § 26 pkt 1, 7 i 15 rozporządzenia w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej:
 - oznaczenia podmiotu,
 - rozpoznania przy wypisie,
 - oznaczenia lekarza wypisującego,
 - b) *Księga raportów pielęgniarских* nie zawierała danych/informacji ustalonych w § 31 pkt 1, 2, 3, i 6 rozporządzenia w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej:
 - oznaczenia podmiotu,
 - numeru kolejnego wpisu,
 - imienia pacjenta,
 - oznaczenia pielęgniarki dokonującej wpisu,
 - c) *Księga zabiegów* nie zawierała danych/informacji ustalonych w § 32 pkt 1, 2, 4, 5 i 7 rozporządzenia w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej:
 - oznaczenia podmiotu,
 - numeru kolejnego pacjenta w księdze,
 - imienia i numeru PESEL pacjenta,
 - oznaczenia lekarza zlecającego zabieg,
 - oznaczenia lekarza albo innej osoby uprawnionej do udzielania świadczeń zdrowotnych wykonującej zabieg.

W dniu 18 sierpnia 2015 r. do Wydziału Kontroli Mazowieckiego Urzędu Wojewódzkiego w Warszawie wpłynęło pismo, w którym poinformowano o usunięciu nieprawidłowości

dotyczących indywidualnej i zbiorczej dokumentacji medycznej oraz o prowadzeniu jej zgodnie z rozporządzeniem w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej. Wobec powyższego odstępuje się od sformułowania zaleceń pokontrolnych w przedmiotowym zakresie.

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

1. Wyposażenia 2 pokoi jednołóżkowych i 9 węzłów sanitarnych bezpośrednio połączonych z pokojami łóżkowymi dla pacjentów w pojemniki z ręcznikami jednorazowego użycia, zgodnie z wymogiem określonym w rozporządzeniu w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą – w terminie 6 miesięcy od daty otrzymania wystąpienia pokontrolnego.
2. Opracowania regulaminu organizacyjnego podmiotu leczniczego w szczególności ustalonej w art. 24 ustawy o działalności leczniczej.
3. Udostępnienia informacji o prawach pacjenta w formie pisemnej w miejscu ogólnodostępnym, zgodnie z art. 11 ust. 1 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.
4. Podania do wiadomości pacjentów, w sposób zwyczajowo przyjęty, informacji dotyczących wysokości opłaty za udostępnienie dokumentacji medycznej, wysokości opłat za świadczenia zdrowotne, które mogą być, zgodnie z przepisami ustawy lub przepisami odrębnymi, udzielane za częściową albo całkowitą odpłatnością, oraz wysokości opłaty za przechowywanie zwłok pacjenta przez okres dłuższy niż 72 godziny od osób lub instytucji uprawnionych do ich pochowania, zgodnie z art. 24 ust. 2 ustawy o działalności leczniczej.

Zalecenia określone w punktach 2., 3. i 4. należy przyjąć do realizacji niezwłocznie po otrzymaniu wystąpienia pokontrolnego.

5. Wydzielenia pomieszczenia specjalnie przeznaczonego na przechowywanie zwłok osoby zmarłej w okresie pomiędzy stwierdzeniem zgonu a przewiezieniem ich do chłodni, zapewniającego godność należną zmarłemu, zgodnie z § 3 ust. 8 rozporządzenia w sprawie sposobu postępowania podmiotu leczniczego wykonującego działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne ze zwłokami pacjenta w przypadku śmierci pacjenta – w terminie 6 miesięcy od daty otrzymania wystąpienia pokontrolnego.

Jednocześnie zobowiązuję Pana do poinformowania Wojewody Mazowieckiego, z powołaniem znaku pisma WK-II.9612.1.40.2015, o sposobie realizacji zaleceń pokontrolnych.

z up. WOJEWODY MAZOWICKIEGO
Edyta Ostrowska
Dyrektor
Wydziału Kontroli