

Warszawa, 31 sierpnia 2015 r.



WOJEWODA MAZOWIECKI

WK-II.9612.1.44.2015

**Pani
Maria Kaluża
Zakład Pielęgnacyjno-Opiekuńczo-Rehabilitacyjny
„MARIA”
ul. Piękna 6
05-077 Zakręć**

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 Zakładzie Pielęgnacyjno-Opiekuńczym z Rehabilitacją (dalej ZPO), mieszczącym się przy ul. Pięknej 6 w Zakręćcu.

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 24 czerwca 2015 r., przekazuję Pani 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 ze środków publicznych

na podstawie umowy zawartej z Narodowym Funduszem Zdrowia o udzielanie świadczeń pielęgnacyjno-opiekuńczych oraz odpłatnie – na podstawie umów zawieranych 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. 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 ZPO 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 ZPO przebywało 55 pacjentów – 40 kobiet i 15 mężczyzn. Grupę chorych stanowiły osoby po przebytym udarze mózgu, które trafiły do placówki po zakończonej hospitalizacji, ale ze względu na niedowłady i odleżyny nadal wymagały stałej opieki, pielęgnacji i rehabilitacji. W ZPO przebywali również pacjenci z chorobą Alzheimera, zespołem otępiennym, zanikiem pamięci, chorobami psychicznymi, depresją, jak również osoby po złamaniu szyjki kości udowej oraz po amputacji kończyn wymagające pielęgnacji i usprawniania. U chorych zdiagnozowano również choroby układu krążenia (niewydolność krążenia, nadciśnienie tętnicze, zaburzenia rytmu serca), jaskrę, zaćmę oraz cukrzycę. Podawania insuliny wymagało 3 pacjentów, codziennej zmiany opatrunków – 5 chorych, a 1 osoba żywiona była przez sondę. Pięciu spośród 55 przebywających w ZPO pacjentów funkcjonowało samodzielnie. Okresowej pomocy kadry medycznej wymagało 46 chorych poruszających się przy pomocy sprzętu rehabilitacyjnego, a stałej opieki i kompleksowej pielęgnacji – 4 pacjentów leżących. Z uwagi na specyfikę schorzeń pacjenci przebywający w ZPO wymagali stałej rehabilitacji i usprawniania, jak również okresowej pomocy psychologicznej i logopedycznej.

Pacjenci przebywający w ZPO mieli zabezpieczony dostęp do całodobowej opieki lekarskiej, jak również do usług pielęgniarских i rehabilitacyjnych. Świadczenia zdrowotne realizowane były przez dwóch lekarzy, z których jeden był specjalistą w dziedzinie geriatricznej i psychiatrii oraz posiadał I^o specjalizacji w zakresie chorób wewnętrznych. Opiekę sprawowało również 16 pielęgniarek. Jedna pielęgniarka posiadała tytuł magistra pielęgniarstwa i jedna – licencjata pielęgniarstwa. Trzy pielęgniarki ukończyły kurs kwalifikacyjny w zakresie pielęgniarstwa opieki

długoterminowej, 2 – pielęgniarstwa rodzinnego, 2 – anestezyjologicznego i intensywnej opieki, 1 – onkologicznego i 1 – pielęgniarstwa ratunkowego. Ponadto pielęgniarki odbyły kursy specjalistyczne: resuscytacji krążeniowo-oddechowej – 4 pielęgniarki, wykonywania i interpretacji zapisu EKG – 3, leczenia ran – 2, pielęgniarstwa zachowawczego – 1 i pielęgniarstwa opieki paliatywnej – 1. Opieka pielęgniarska sprawowana była w systemie 12-godzinnych dyżurów dziennych i nocnych.

Świadczenia rehabilitacyjne realizowane były przez terapeutę zajęciowego, magistra i dwóch licencjatów fizjoterapii oraz przez magistra psychologii, który jednocześnie zapewniał świadczenia z zakresu logopedii – 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 magistra pielęgniarstwa.

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 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). 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. Niespełnienie wymogu określonego 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 22 węzły sanitarne dla pacjentów bezpośrednio połączone z pokojami

łózkowymi, które nie zastały wyposażone w pojemniki z ręcznikami jednorazowego użycia, co jest niezgodne z § 2 pkt 4 ww. rozporządzenia.

2. Nieprawidłowe prowadzenie indywidualnej dokumentacji medycznej. Sprawdzono dokumentację 50 pacjentów, stwierdzając 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 ust. 1 i 2 rozporządzenia w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej.
3. Nieprawidłowe prowadzenie zbiorczej dokumentacji medycznej:
 - a) *Księga główna przyjęć i wypisów* nie zawierała danych/informacji ustalonych w § 26 pkt 3, 4, 6, 7, 13 i 15 rozporządzenia w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej:
 - godziny i minuty przyjęcia pacjenta w systemie 24-godzinnym,
 - adresu miejsca zamieszkania pacjenta,
 - rozpoznania wstępnego,
 - rozpoznania przy wypisie,
 - przyczyny zgonu pacjenta,
 - oznaczenia lekarza wypisującego,
 - b) *Księga raportów pielęgniarskich* nie zawierała danych/informacji ustalonych w § 31 pkt 2 i 4 rozporządzenia w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej:
 - numeru kolejnego wpisu,
 - statystyki oddziału, w tym liczby osób przyjętych, wypisanych, zmarłych,
 - c) *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 Panią do podjęcia działań mających na celu wyeliminowanie stwierdzonych w trakcie kontroli nieprawidłowości, a w szczególności do:

1. Dostosowania pomieszczeń ZPO do wymogów określonych w rozporządzeniu w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu

wykonywającego działalność leczniczą, w zakresie niezgodności wymienionej w punkcie 1. wystąpienia – 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 2. wystąpienia, zaś dokumentacja zbiorcza – dane wymienione w punkcie 3.

Zalecenie należy przyjąć do realizacji niezwłocznie po otrzymaniu wystąpienia pokontrolnego.

W trakcie kontroli stwierdzono, że w Zakładzie Pielęgnacyjno-Opiekuńczym z Rehabilitacją znajdowało się łącznie 70 łóżek, w tym 50 w komórce organizacyjnej pn. Zakład Pielęgnacyjno-Opiekuńczy i 20 w komórce organizacyjnej pn. Rehabilitacja ogólnoustrojowa stacjonarna, co jest zgodne z decyzją Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Otwocku z dnia 25 marca 2014 r., znak PPIS/EPN.4243-4/14 S.w.2067/14. Na podstawie treści księgi rejestrowej podmiotu leczniczego ustalono natomiast, że w Zakładzie Pielęgnacyjno-Opiekuńczym zarejestrowanych jest 70 łóżek, a w Rehabilitacji ogólnoustrojowej stacjonarnej – 20, co stanowi łącznie 90 łóżek. Wobec powyższego w celu doprowadzenia do zgodności w zakresie łącznej liczby łóżek wskazanej w ww. decyzji oraz ze stanem faktycznym, należy dokonać zmian w księdze rejestrowej podmiotu leczniczego.

Ponadto w trakcie czynności kontrolnych kontrolerom nie okazano *książki kontroli*, co stanowi naruszenie art. 81 ust. 1 i art. 81a ust. 1 ustawy z dnia 2 lipca 2004 r. o swobodzie działalności gospodarczej (Dz. U. z 2015 r., poz. 584).

Jednocześnie zobowiązuję Panią do poinformowania Wojewody Mazowieckiego, z powołaniem znaku pisma WK-II.9612.1.44.2015, o sposobie realizacji zaleceń i wykorzystania wniosków pokontrolnych.

z up. WOJEWODY MAZOWICKIEGO
Edyta Ostrowska
Dyrektor
Wydziału Kontroli