



**WOJEWODA MAZOWIECKI**

Warszawa, 6.06. 2018 r.

WZ-VI.9612.1.53.2018

**Pan  
Andrzej Mazur  
Dyrektor  
Samodzielnego Wojewódzkiego Zespołu  
Publicznych Zakładów Psychiatrycznej  
Opieki Zdrowotnej w Warszawie  
ul. Nowowiejska 27  
00-665 Warszawa**

#### **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 2018 r. poz. 160, z późn. zm.) przeprowadzona została kontrola problemowa w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicy Psychiatrycznym w Rasztowie (dalej ZOLP), mieszczącym się przy ul. T. Norwida 2 w Rasztowie.

Tematyka kontroli obejmowała zgodność wykonywanej działalności z przepisami określającymi warunki wykonywania działalności leczniczej, zasady prowadzenia dokumentacji psychologicznej, kwalifikacje kadry psychologicznej, zakres oddziaływań psychologicznych, psychoterapeutycznych oraz ich dokumentowanie.

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 maja 2018 r., przekazuję Panu Dyrektorowi niniejsze wystąpienie pokontrolne.

W trakcie kontroli stwierdzono, że w ZOLP udzielane były całodobowe świadczenia zdrowotne obejmujące swoim zakresem pielęgnację, rehabilitację, zapewnienie wyżywienia odpowiedniego do stanu zdrowia pacjenta, zgodnie z art. 9 ust. 1 pkt 1 ustawy o działalności leczniczej. Opieka lekarska zapewniona była całodobowo – w godz. 8.00 – 21.00 na terenie placówki, w pozostałych godzinach w ramach dyżuru pod telefonem na wezwanie pielęgniarki

ZOLP. Świadczenia medyczne realizowane były ze środków publicznych na podstawie umowy zawartej z Narodowym Funduszem Zdrowia. Podmiot posiadał umowę ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej, zgodnie z obowiązkiem ustalonym w art. 25 ust. 1 pkt 1 i ust. 2 ustawy o działalności leczniczej. Kontrolowana placówka dysponowała 135 łózkami – jak ustalono w księdze rejestrowej podmiotu leczniczego. Warunki bytowe pacjentów były dobre, a pomieszczenia kontrolowanej placówki utrzymane w czystości i porządku – ich stan sanitarno-higieniczny w dniach prowadzenia kontroli nie budził zastrzeżeń. Dla potrzeb ZOLP wydzielono miejsce 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 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 2017 r., poz. 1318 z późn. zm.). Podmiot posiadał opracowane minimalne normy zatrudnienia pielęgniarek dla kontrolowanej komórki organizacyjnej, zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 28 grudnia 2012 r. w sprawie sposobu ustalenia minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami (Dz. U. z 2012 r. poz. 1545). Na podstawie danych z komórki kadrowej oraz okazanych harmonogramów pracy pielęgniarek za miesiąc luty, marzec i kwiecień 2018 r. ustalono, że w ZOLP w Rasztowie zatrudnionych było 41 pielęgniarek, w tym w pełnym wymiarze czasu pracy – 31 pielęgniarek, w wymiarze 0,5 etatu – 9 pielęgniarek, w wymiarze 0,75 etatu – 1 pielęgniarka, co spełniało wyliczoną minimalną normę zatrudnienia pielęgniarek wynoszącą 32,99 etatu.

W dniach prowadzenia kontroli w ZOLP przebywało 132 pacjentów – 70 kobiet i 62 mężczyzn. Pacjentami kontrolowanej placówki były głównie osoby, u których zdiagnozowano otępienie atypowe lub mieszane w chorobie Alzheimera, otępienie wielozawłowe, otępienie naczyniowe mieszane korowe i podkorowe, organiczny zespół amnestyczny nie wywołany alkoholem i innymi substancjami psychoaktywnymi, halucynozę organiczną, ograniczone zaburzenia urojeniowe, organiczne zaburzenia nastroju, łagodne zaburzenia procesów poznawczych, organiczne zaburzenia osobowości, organiczne zaburzenia osobowości i zachowania spowodowane chorobą, uszkodzeniem lub dysfunkcją mózgu, schizofrenię paranoidalną,

schizofrenię rezydualną, uporczywe zaburzenia urojeniowe, zaburzenia afektywne dwubiegunowe, zaburzenia depresyjne nawracające, upośledzenie umysłowe lekkie, upośledzenie umysłowe umiarkowane, upośledzenie umysłowe umiarkowane ze znacznymi zaburzeniami zachowania, które trafiły do placówki po zakończonej hospitalizacji, ale nadal wymagały stałej opieki, pielęgnacji i rehabilitacji ze względu na stan zdrowia oraz leczenie objawowe. U chorych zdiagnozowano również cukrzycę, uzależnienie od alkoholu, padaczkę, zaćmę, zaburzenia soczewki, nadciśnienie tętnicze, przewlekłą chorobę niedokrwienną serca, następstwa chorób naczyń mózgowych. Samodzielnie funkcjonowało 99 pacjentów. Okresowej pomocy kadry medycznej wymagało 28 chorych poruszających się przy pomocy sprzętu rehabilitacyjnego, a stałej i kompleksowej opieki – 5 pacjentów leżących.

Pacjenci przebywający w kontrolowanej placówce mieli zabezpieczony dostęp do opieki lekarskiej, do świadczeń pielęgniarских i rehabilitacyjnych. Świadczenia zdrowotne realizowane były przez siedmiu lekarzy – 3 lekarzy specjalistów w zakresie psychiatrii, 3 lekarzy specjalistów w zakresie chorób wewnętrznych, 1 lekarza w trakcie specjalizacji w zakresie psychiatrii. Ponadto opiekę sprawowało 41 pielęgniarek. Trzy pielęgniarki były specjalistkami w dziedzinie pielęgniarstwa psychiatrycznego, a 12 pielęgniarek ukończyło kurs kwalifikacyjny w zakresie pielęgniarstwa psychiatrycznego. Opieka pielęgniarская sprawowana była w systemie 12-godzinnych dyżurów dziennych i nocnych. Od poniedziałku do piątku w godzinach 7.00-14.35 dyżurowały dwie pielęgniarki. W dokumentacji podmiotu leczniczego zgromadzono dokumenty potwierdzające prawo wykonywania zawodu aktualnie zatrudnionej kadry lekarskiej i pielęgniarской.

Świadczenia rehabilitacyjne wykonywane były przez dwóch fizjoterapeutów posiadających tytuł licencjata fizjoterapii, dwóch psychologów, dwóch terapeutów zajęciowych – w zależności od stanu pacjentów w gabinecie fizykoterapii i kinezyterapii, salach terapii zajęciowej bądź przy łóżku pacjenta.

Wyżywienie pacjentów uwzględniało dietę podstawową, bezmleczną, lekkostrawną, bogatobiałkową, cukrzycową, bezmięsną, i bogatoresztkową. Diety podawane były w formie miksowanej, mielonej lub przetartej. Okazany jadłospis, który uwzględniał 3-5 posiłków dziennie sporządzony był przez technologa żywności i żywienia człowieka na okres 10 dni.

W ZOLP prowadzone były działania w zakresie promocji zdrowia, ze szczególnym uwzględnieniem zagadnień dotyczących zdrowego stylu życia, prawidłowego odżywiania, higieny osobistej i otoczenia, profilaktyki uzależnień.

W trakcie czynności kontrolnych nie zaobserwowano w placówce negatywnych zjawisk wynikających z niestosownego zachowania się pacjentów i personelu. Pensjonariuszy odwiedzały osoby bliskie, a na podstawie przeprowadzonej *Ankiety satysfakcji pacjenta* z pobytu w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicznym Psychiatrycznym w Rasztowie ustalono, że tylko jeden spośród ośmiu pacjentów, którzy udzielili odpowiedzi zgłosił uwagi dotyczące niestosownego zachowania salowych i strażników. Pozostali pacjenci pozytywnie wypowiedali się na temat pracy i zachowania personelu udzielającego świadczeń medycznych.

Podmiot leczniczy 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. z 2017 r. poz. 211, z późn. zm.). Zbiorcza dokumentacja medyczna była prowadzona i przechowywana zgodnie z normami 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 i zakresu dokumentacji medycznej – Dz. U. z 2015 r. poz. 2069).

W wyniku kontroli dokumentacji medycznej 50 pacjentów stwierdzono we wszystkich przypadkach brak oznaczenia podmiotu w zakresie nazwy zakładu leczniczego, co jest niezgodne z § 10 ust. 1 pkt 1 lit. c rozporządzenia w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej.

Ponadto konsultant wojewódzki w dziedzinie psychologii klinicznej dokonał oceny prowadzenia dokumentacji psychologicznej, kwalifikacji kadry psychologicznej, zakresu oddziaływań psychologicznych, psychoterapeutycznych oraz ich dokumentowania, w wyniku której ustalił następujące nieprawidłowości:

1. Nieprawidłowe prowadzenie dokumentacji psychologicznej (*Karty psychologiczne*),
  - a) wpisy w *Kartach psychologicznych* dokonywane były jeden raz w miesiącu, a informacje dotyczące obserwacji pacjentów miały charakter ogólny, powtarzający się i nie zawierały informacji o stanie zdrowia pacjenta i wpływie zajęć terapeutycznych na jego zmianę,

- b) brak informacji związanych z zakwalifikowaniem pacjenta do uczestniczenia w poszczególnych zajęciach, co również potwierdza indywidualna dokumentacja medyczna, w której nie odnotowano ewentualnego udziału pacjenta w zajęciach,
  - c) brak informacji dotyczącej tematyki zajęć terapeutycznych oraz aktywności poszczególnych pacjentów,
  - d) brak informacji dotyczącej kontaktów i współpracy z rodziną/prawnymi opiekunami oraz włączenia ich w program terapii w trakcie pobytu pacjenta w ZOLP,
  - e) brak wpisów związanych z przebywaniem pacjenta na przepustce dotyczących rozmowy psychologa z pacjentem omawiającej cel przepustki, jej przebieg oraz brak było informacji od rodziny/prawnego opiekuna na temat pobytu pacjenta poza ZOLP.
2. Nieprowadzenie *Protokołu* opisującego prowadzenie poszczególnych zajęć przez psychologów.
3. Nieuwzględnienie w *Harmonogramie Tygodniowym Pracy Psychologów* następujących elementów:
- a) czasu przeznaczonego na kontakt/pracę z rodziną/opiekunami prawnymi pacjentów oraz z grupami wsparcia dla rodzin/prawnych opiekunów pacjentów,
  - b) udokumentowania przebiegu przeprowadzonych rozmów z pacjentami, zamieszczono jedynie zapis „rozmowy indywidualne”,
  - c) informacji dotyczącej czasu, rodzaju i zakresu oddziaływań terapeutycznych planowanych zajęć. Wyszczególniono jedynie zajęcia z podziałem dla grupy A i B oraz zamieszczono wpis „trening funkcji poznawczych, ćwiczenia pamięci, koncentracji uwagi”(dla grupy B). Ponadto nie udokumentowano w dokumentacji psychologicznej bądź w dokumentacji medycznej pacjenta – przebiegu zajęć, korzyści pacjenta (pozytywne, negatywne) oraz wpływu zajęć na poprawę funkcji poznawczych, co poddaje w wątpliwość fakt ich przeprowadzenia. Rozbieżności między zapisami w dokumentacji, a zakresem oddziaływań psychologicznych wynikają również z rozmów z pacjentami.
  - d) oddziaływania psychologicznego na pacjentów w godzinach popołudniowych przez zatrudnionych psychologów. Ustalono, że praca psychologów z pacjentami odbywa się wyłącznie w godz. 7.30 – 15.35.
4. Zakres oddziaływań terapeutycznych dla grupy A i B jest różny, w niektórych obszarach mało czytelny. Wyszczególnione oddziaływania terapeutyczne dla grupy A i B nie mają odzwierciedlenia w dokumentacji medycznej ani w dokumentacji psychologicznej.

Brak wpisu w dokumentacji medycznej poddaje pod wątpliwość, czy takie zajęcia się odbywają.

5. Nieprecyzyjne i nieczytelne prowadzenie *list obecności pacjentów* uczestniczących w poszczególnych zajęciach. Z analizy ww. list wynika, że udział w zajęciach terapeutycznych pacjenci potwierdzali własnoręcznym podpisem oraz, że uczestniczyło w nich 20 – 30 osób. Z przedstawionych list obecności nie wynika, w jakich konkretnie zajęciach terapeutycznych uczestniczyli pacjenci.
6. Wykorzystywanie w pracy z pacjentami również metod, które aktualnie nie mają rekomendacji Polskiego Towarzystwa Psychologicznego oraz nieaktualnych testów psychologicznych (Test Bender). Psycholodzy dysponują następującymi metodami diagnostycznymi: MMSE Test Bender, Test Pamięci Wzrokowej Bentona, Test Matryc Ravena, Test Zdań Niedokończonych. Ponadto ustalono, że *metody diagnostyczne* były kserowane na własny użytek, natomiast brak było oryginalnych metod diagnostycznych rekomendowanych przez Polskie Towarzystwo Psychologiczne – Pracownię Testów Psychologicznych.

Przedstawiając powyższe ustalenia zobowiązuję Pana Dyrektora do prowadzenia indywidualnej dokumentacji medycznej zgodnie z normami ustalonymi w rozporządzeniu w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz do podjęcia działań mających na celu realizację zaleceń sformułowanych przez konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie psychologii klinicznej, a w szczególności do:

1. Właściwego i czytelnego prowadzenia dokumentacji psychologicznej dołączonej do *Historii chorób* pacjentów, w tym rzetelnego i kompletnego dokumentowania oddziaływań terapeutycznych wobec pacjentów. Treść wpisów powinna uwzględniać dane i informacje wymienione w zakresie nieprawidłowości w punktach 1 – 5. Ponadto wpisy powinny być dokonywane na bieżąco i poświadczane własnoręcznym podpisem przez osobę dokonującą wpisu wraz z jej imienną pieczęcią.
2. Sporządzania tygodniowego planu oddziaływań terapeutycznych z precyzyjnym określeniem rodzaju, zakresu oddziaływań terapeutycznych – tożsamego dla grupy A i B, z uwzględnieniem jego przydatności do codziennego funkcjonowania pacjentów oraz harmonogramu przeprowadzania zajęć.
3. Wyposażenia gabinetu psychologów w oryginalne metody diagnostyczne rekomendowane przez Polskie Towarzystwo Psychologiczne – Pracownię Testów Psychologicznych i wykorzystywania ich w pracy z pacjentami.

4. Prowadzenia zajęć terapeutycznych zgodnie z zaleceniami w sprawie rehabilitacji psychiatrycznej rekomendowanymi przez konsultanta krajowego w dziedzinie psychologii klinicznej oraz rozważenie prowadzenia oddziaływań terapeutycznych w godzinach popołudniowych. Zaleca się uzupełnienie biblioteczki psychologów o aktualną literaturę dotyczącą rehabilitacji psychiatrycznej, jak również wdrożenie, jako dobrą praktykę, możliwości odbycia stażu klinicznego w klinikach/oddziałach rehabilitacji psychiatrycznej zatrudnionym psychologom w celu weryfikacji i pogłębienia ich wiedzy w zakresie oddziaływania wobec pacjentów, z uwzględnieniem dostępnych metod i środków. Ponadto należy rozważyć zorganizowanie grup Balinta dla personelu ZOLP w celu poprawy funkcjonowania zespołu terapeutycznego.
5. Zorganizowania, dostosowanego do możliwości pacjentów, wsparcia psychologicznego, w szczególności dla pacjentów przebywających w budynku ZOLP 1 oraz grup wsparcia dla ich rodzin.
6. Zorganizowania profesjonalnej pracowni terapii zajęciowej do prowadzenia zajęć odpowiednio dostosowanych do możliwości pacjentów przebywających w budynku ZOLP 1.

Jednocześnie zobowiązuję Pana Dyrektora do poinformowania Wojewody Mazowieckiego, z powołaniem znaku pisma WZ-VI.9612.1.53.2018, o sposobie realizacji zaleceń pokontrolnych w terminie 30 dni od daty otrzymania wystąpienia.

z up. WOJEWODY MAZOWIECKIEGO

Jarosław Cmielewski  
Dyrektor Wydziału Zdrowia

Do wiadomości:  
Urząd Marszałkowski  
Województwa Mazowieckiego  
ul. Jagiellońska 26  
03-719 Warszawa

