



WOJEWODA MAZOWIECKI

WZ-VI.9612.1.182.2018

Warszawa, 21.02 2019 r.

**Pani
Alicja Nowakowska
ARVENA GROUP SP. Z O.O.
ALFA SPÓŁKA KOMANDYTOWA
ul. Majdańska 1
04-088 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. 2190, z późn. zm.) przeprowadzona została kontrola problemowa w zakładzie leczniczym pn. Instytut Rehabilitacji im. Św. Hildegardy – Falenty (dalej Instytut), mieszczącym się przy ul. Droga Hrabska 50 w Falentach Nowych.

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 21 stycznia 2019 r., przekazuję Pani niniejsze wystąpienie pokontrolne.

W trakcie kontroli stwierdzono, że w Instytucie udzielane były całodobowe świadczenia zdrowotne obejmujące swoim zakresem pielęgnację, rehabilitację i zapewnienie wyżywienia odpowiedniego do stanu zdrowia pacjenta, zgodnie z art. 9 ust. 1 pkt 1 ustawy o działalności leczniczej. Podmiot zabezpieczał dostęp do opieki lekarskiej. Świadczenia medyczne realizowane były na podstawie umów podpisywanych z pacjentami. Placówka dysponowała 73 łózkami – jak ustalono w księdze rejestrowej podmiotu leczniczego. Pomieszczenia Instytutu 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 Instytutu zapewniono pomieszczenie specjalnie przeznaczone na przechowywanie zwłok osoby zmarłej w okresie pomiędzy stwierdzeniem zgonu a przewiezieniem ich do chłodzi, 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 regulamin organizacyjny zawierający wszystkie elementy określone w art. 24 ustawy o działalności leczniczej. Podmiot zawarł umowę ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej, zgodnie z obowiązkiem ustalonym w art. 25 ust. 1 pkt 1 i ust. 2 ustawy o działalności leczniczej. W kontrolowanym zakładzie 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.).

W dniach prowadzenia kontroli w Instytucie przebywało 29 pacjentów – 20 kobiet i 9 mężczyzn. Grupę chorych stanowiły osoby po przebytych udarze mózgu, które trafiły do placówki po zakończonej hospitalizacji, ale nadal wymagały stałej opieki, pielęgnacji i rehabilitacji ze względu na niedowład i odleżyny. W placówce przebywali również pacjenci po urazach czaszkowo-mózgowych, amputacji kończyn dolnych, złamaniu szyjki kości udowej, endoprotezoplastyce stawu biodrowego lub kolanowego oraz pacjenci z zespołem otępiennym, chorobą Alzheimera, chorobą Parkinsona i depresją. U chorych zdiagnozowano również choroby układu krążenia (miażdżycę, niewydolność krążenia, nadciśnienie tętnicze, zaburzenia rytmu serca), niewydolność nerek, jaskrę, zaćmę, chorobę zwyrodnieniową stawów oraz cukrzycę. Podawania insuliny wymagało 2 pacjentów, codziennej zmiany opatrunków – 4 chorych. Okresowej pomocy kadry medycznej wymagało 25 chorych poruszających się przy pomocy sprzętu rehabilitacyjnego, a stałej opieki i kompleksowej pielęgnacji – 4 pacjentów leżących. Z uwagi na specyfikę schorzeń pacjenci przebywający w placówce potrzebowali stałej rehabilitacji i usprawniania jak również okresowej opieki logopedycznej.

Pacjenci przebywający w placówce mieli zabezpieczone świadczenia pielęgniarstwa oraz dostęp do opieki lekarskiej. Świadczenia lekarskie realizowane były w ściśle określonych dniach

i godzinach przez czterech lekarzy – specjalistę chorób wewnętrznych, specjalistę neurologii i neurofizjologii klinicznej, lekarza posiadającego I° specjalizacji w dziedzinie ortopedii i traumatologii oraz jednego lekarza medycyny. Opiekę nad pacjentami Instytutu sprawowało 11 pielęgniarek w ramach 12-godzinnych dyżurów dziennych (7⁰⁰ – 19⁰⁰), nocnych (19⁰⁰ – 7⁰⁰) lub dyżurów całodobowych (7⁰⁰ – 7⁰⁰). Trzy pielęgniarki posiadały tytuł licencjata pielęgniarstwa. Jedna pielęgniarka uzyskała tytuł specjalisty w zakresie pielęgniarstwa opieki długoterminowej. Trzy pielęgniarki ukończyły kurs kwalifikacyjny w zakresie pielęgniarstwa rodzinnego, jedna – pielęgniarstwa psychiatrycznego i jedna – pielęgniarstwa opieki długoterminowej. Ponadto pielęgniarki odbyły kursy specjalistyczne w następującym zakresie: resuscytacji krążeniowo-oddechowej – 4, szczepień ochronnych – 4, wykonywania i interpretacji zapisu elektrokardiograficznego – 2, kompleksowej pielęgniarzkiej opieki nad pacjentem z najczęstszymi schorzeniami wieku podeszłego – 1 i opieki geriatrycznej – 1. Jedna pielęgniarka uczestniczyła w kursie doszkalającym w zakresie dermatologii, jedna – efektywnej komunikacji z pacjentem, jedna – podstaw ratownictwa medycznego i jedna – współczesnych zasad profilaktyki i leczenia ran oraz odleżynowej standaryzacji działań pielęgnacyjnych i terapeutycznych. Jedna pielęgniarka odbyła szkolenie nt. wirus HIV a ekspozycja zawodowa i jedna w zakresie przetaczania krwi i jej składników. Każdorazowo dyżur dzienny i dyżur nocny pełniła 1 pielęgniarka. Opiekę nad pacjentami zabezpieczał również personel pomocniczy, tj. 7 opiekunek, z których 6 ukończyło kształcenie dla opiekunów medycznych i 2 opiekunów.

Świadczenia rehabilitacyjne realizowane były przez 12 fizjoterapeutów, terapeutę zajęciowego i neurologopedę – w zależności od stanu pacjentów – na sali rehabilitacyjnej bądź przy łóżku pacjenta.

W dokumentacji podmiotu leczniczego zgromadzono dokumenty potwierdzające prawo wykonywania zawodu aktualnie zatrudnionej kadry lekarskiej, pielęgniarzkiej i fizjoterapeutów.

Wyżywienie pacjentów uwzględniało dietę lekkostrawną, bezmleczną, wysokobiałkową i cukrzycową, a okazany tygodniowy jadłospis sporządzony był przez firmę zewnętrzną.

Działania z zakresu promocji zdrowia realizowane były przede wszystkim przez personel pielęgniarzki w trakcie wykonywania czynności pielęgniarzskich lub podczas rozmów z pacjentkami i ich rodzinami. Dotyczyły głównie zdrowego stylu życia, prawidłowego żywienia, znaczenia ruchu dla zachowania sprawności fizycznej, cukrzycy i higieny osobistej. Ważnym elementem promocji zdrowia były działania ukierunkowane na przygotowanie pacjenta do samoopieki i samopielęgnacji w warunkach domowych oraz włączenie w ww. działania rodziny pacjenta.

Podmiot dysponował 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. Sprawdzone dokumentację 33 pacjentów, stwierdzając we wszystkich przypadkach – brak numerowania stron dokumentacji medycznej, co stanowi naruszenie § 5 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 6, 7 i 9 rozporządzenia w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej:
 - rozpoznania wstępnego,
 - rozpoznania przy wypisie,
 - określenia rodzaju leczenia, w tym istotnych badań diagnostycznych,
 - b) *Księga zabiegów* nie zawierała numeru PESEL pacjenta oraz oznaczenia lekarza zlecającego zabieg, a w przypadku gdy zlecającym był inny podmiot – także nazwy tego podmiotu, co stanowi naruszenie § 32 pkt 4 i 5 rozporządzenia w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania.

Przedstawiając powyższe ustalenia, zobowiązuję Panią 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 zobowiązuję Panią do poinformowania Wojewody Mazowieckiego, z powołaniem znaku pisma WZ-VI.9612.1.182.2018, o sposobie realizacji zalecenia, w terminie 14 dni od daty otrzymania wystąpienia pokontrolnego.

z up. WOJEWODY MAZOWIECKIEGO

Jarosław Złymiński
Dyrektor Wzrostu i Zdrowia



