



WOJEWODA MAZOWIECKI

Warszawa, 22 stycznia 2018 r.

WK-II.9612.1.206.2017

**Pani
Teresa Maria Bogiel
Mazowiecki Szpital Bródnowski
w Warszawie Sp. z o.o.
ul. Ludwika Kondratowicza 8
03-242 Warszawa**

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

Na podstawie art. 31 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. z 2016 r. poz. 1868, z późn. zm.) oraz 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 Szpitalnym Oddziale Ratunkowym (dalej Oddział albo SOR), komórce organizacyjnej 039 Mazowieckiego Szpitala Bródnowskiego w Warszawie Sp. z o.o. (dalej Szpital Bródnowski), mieszczącej się przy ul. Ludwika Kondratowicza 8 w Warszawie.

Tematyka kontroli obejmowała realizację zadań przez Szpitalny oddział ratunkowy, w tym spełnianie wymagań dotyczących lokalizacji w strukturze szpitala, warunków technicznych, organizacji, minimalnego wyposażenia oraz minimalnych zasobów kadrowych.

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 11 stycznia 2018 r., przekazuję Pani niniejsze wystąpienie pokontrolne.

W wyniku kontroli ustalono, że przyjęty sposób organizacji pracy w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym zapewniał niezwłoczne udzielanie pomocy medycznej osobom, które znajdowały się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego. Obsada dyżurowa kadry medycznej Oddziału wypełniała normy w zakresie minimalnych zasobów kadrowych określonych dla SOR. W dokumentacji podmiotu leczniczego zgromadzono dokumenty potwierdzające prawo wykonywania zawodu aktualnie zatrudnionej kadry lekarskiej i pielęgniarskiej oraz zaświadczenia o przygotowaniu zawodowym ratowników medycznych. Podmiot leczniczy posiadał umowę ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej, zgodnie z obowiązkiem ustalonym w art. 25 ust. 1 pkt 1 i ust. 2 ustawy o działalności leczniczej. Dla potrzeb kontrolowanego Oddziału 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 dysponował dokumentacją potwierdzającą sprawność techniczną aparatury i sprzętu medycznego wykorzystywanego przy udzielaniu świadczeń medycznych w SOR, 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.). Dokumentacja medyczna przechowywana była 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, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej – Dz. U. z 2015 r. poz. 2069).

Szpital Bródnowski posiada opracowany i złożony w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą, obejmujący kontrolowany Oddział, program dostosowania pomieszczeń (dalej program) do wymagań określonych w przepisach rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 2 lutego 2011 r. w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładu opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2011 r. Nr 31, poz. 158). Program został pozytywnie zaopiniowany przez Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego w Warszawie (decyzja DE EPN.01250.2012 z dnia 22 czerwca 2012 r., znak EPN.9022.2.00021.2012, SW 12973/2012). Jak ustalono ww. program w zakresie dotyczącym SOR został częściowo zrealizowany.

Zgodnie z art. 3 ustawy z dnia 29 września 2017 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. z 2017 r. poz. 2110) podmiot, który co najmniej częściowo nie zrealizuje ww. programu dostosowania, może wystąpić do właściwego organu Państwowej Inspekcji Sanitarnej z wnioskiem o wydanie opinii w formie postanowienia o wpływie niespełnienia wymagań, określonych w rozporządzeniu w sprawie wymagań dla pomieszczeń i urządzeń podmiotu wykonującego działalność leczniczą na bezpieczeństwo pacjentów, co umożliwi podmiotowi leczniczemu dalsze dostosowywanie pomieszczeń Oddziałów szpitalnych placówki.

W wyniku kontroli stwierdzono następujące nieprawidłowości:

1. Stanowisko zapewniające łączność z zespołami ratownictwa medycznego, dyspozytorem medycznym, lekarzem koordynatorem ratownictwa medycznego, centrum urazowym, jednostkami organizacyjnymi szpitala wyspecjalizowanymi w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego – nie zostało wyposażone w środki łączności zapewniające niezależny stały nasłuch na kanale ogólnopolskim, co jest niezgodne z wymogiem ustalonym w § 6 ust. 2 pkt 1 lit. a rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 3 listopada 2011 r. w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego (dalej rozporządzenie w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego – Dz. U. z 2015 r. poz. 178, z późn. zm.).
2. Zaopatrywanie w znaki identyfikacyjne tylko pacjentów skierowanych do dalszego leczenia w innych oddziałach szpitalnych – pacjenci, którzy otrzymywali pomoc wyłącznie w kontrolowanym oddziale nie byli zaopatrywani w znaki identyfikacyjne. Takie działanie stanowi naruszenie art. 36 ust. 3 ustawy o działalności leczniczej.
3. Nieprawidłowe prowadzenie indywidualnej dokumentacji medycznej. Sprawdzono dokumentację 50 pacjentów, stwierdzając we wszystkich przypadkach brak:
 - a) oświadczenia pacjenta o upoważnieniu 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, oraz oświadczenia pacjenta o upoważnieniu do uzyskiwania dokumentacji, ze wskazaniem imienia i nazwiska osoby upoważnionej, albo adnotacji o niezłożeniu ww. oświadczeń, co stanowi naruszenie § 8 ust. 1 pkt 1-2 i ust. 3 rozporządzenia w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej,

- b) podpisu lekarza kierującego oddziałem w kartach informacyjnych z leczenia szpitalnego, co jest niezgodne z § 24 ust. 2 ww. rozporządzenia.
 - c) numerowania stron dokumentacji, co stanowi naruszenie § 5 ww. rozporządzenia.
4. Nieprawidłowe prowadzenie zbiorczej dokumentacji medycznej – *Księga raportów lekarskich Szpitalnego Oddziału Ratunkowego* nie zawierała numeru kolejnego wpisu oraz treści raportu, z uwzględnieniem imienia i nazwiska, a w razie potrzeby innej informacji pozwalającej na zidentyfikowanie pacjenta, opisu zdarzenia, jego okoliczności i podjętych działań, co jest niezgodne z § 30 pkt 2 i 4 rozporządzenia w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej.

Przedstawiając powyższe ustalenia zobowiązuje Panią do podjęcia działań w celu wyeliminowania stwierdzonych w trakcie kontroli nieprawidłowości, a w szczególności do:

1. Dostosowania szpitalnego oddziału ratunkowego do wymogów określonych w rozporządzeniu w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego, w zakresie niezgodności wymienionej w punkcie 1. wystąpienia.
2. Zaopatrywania w znaki identyfikacyjne wszystkich pacjentów przyjętych do SOR, zgodnie z obowiązkiem określonym w art. 36 ust. 3 ustawy o działalności leczniczej.
3. Prowadzenia dokumentacji medycznej zgodnie z normami ustalonymi w rozporządzeniu w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej, w szczególności dokumentacja indywidualna pacjentów powinna zawierać dane wymienione w punkcie 3. wystąpienia, zaś dokumentacja zbiorcza – informacje wymienione w punkcie 4.

Zalecenie określone w punkcie 1. należy zrealizować w terminie 30 dni od daty otrzymania wystąpienia pokontrolnego.

Zalecenia określone w punktach 2. i 3. należy zrealizować w terminie 14 dni od daty otrzymania wystąpienia pokontrolnego.

Ponadto pragnę zwrócić uwagę Pani na fakt, że w SOR nie został wydzielony odrębny obszar wstępnej intensywnej terapii. Z ustaleń kontroli wynika, że stanowisko intensywnej terapii zlokalizowane zostało w sali, w której znajduje się również stanowisko obszaru resuscytacyjno-zabiegowego. W związku z tym, mając na uwadze specyfikę wykonywanych zadań w obszarze wstępnej intensywnej terapii, należy dążyć do zlokalizowania w przyszłości tego obszaru w odrębnym pomieszczeniu.

Jednocześnie zobowiązuję Panią do poinformowania Wojewody Mazowieckiego, z powołaniem znaku pisma WK-II.9612.1.206.2017, o sposobie realizacji zaleceń i wykorzystania wniosku pokontrolnego.

z up. WOJEWODY MAZOWICKIEGO

Bogusław Krupa
Zastępca Dyrektora
Wydziału Kontroli