



WOJEWODA MAZOWIECKI

WK-II.9612.1.5.2018

Warszawa, 21 lutego 2018 r.

**Pan
Andrzej Kamasa
Dyrektor
Specjalistycznego Szpitala Wojewódzkiego
w Ciechanowie
ul. Powstańców Wielkopolskich 2
06-400 Ciechanów**

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) przeprowadzona została kontrola problemowa w Oddziale obserwacyjno-zakaźnym, komórce organizacyjnej 153 Specjalistycznego Szpitala Wojewódzkiego w Ciechanowie (dalej Szpital Wojewódzki w Ciechanowie), mieszczącym się przy ul. Powstańców Wielkopolskich 2 w Ciechanowie.

Tematyka kontroli obejmowała badanie zgodności 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 podpisany bez zastrzeżeń w dniu 2 lutego 2018 r. protokole kontroli, przekazuję Panu Dyrektorowi niniejsze wystąpienie pokontrolne.

W trakcie kontroli stwierdzono, że kontrolowany Oddział obserwacyjno-zakaźny dysponował dwudziestoma pięcioma łózkami – jak ustalono na podstawie księgi rejestrowej podmiotu leczniczego. Podmiot leczniczy posiadał regulamin organizacyjny zawierający wszystkie elementy określone w art. 24 ustawy o działalności leczniczej. Dla potrzeb kontrolowanego

Oddziału zostało wydzielone miejsce do przechowywania zwłok osoby zmarłej, w okresie pomiędzy stwierdzeniem zgonu a przewiezieniem ich do chłodni, 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 dokumentacji podmiotu leczniczego zgromadzono dokumenty potwierdzające prawo wykonywania zawodu aktualnie zatrudnionej kadry lekarskiej i pielęgniarskiej. Szpital Wojewódzki w Ciechanowie posiadał zawartą umowę ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej, zgodnie z obowiązkiem ustalonym w art. 25 ust.1 pkt 1 i ust. 2 ustawy o działalności leczniczej. W Oddziale obserwacyjno-zakaźnym 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 leczniczy dysponował dokumentacją potwierdzającą sprawność techniczną aparatury i sprzętu medycznego wykorzystywanego przy udzielaniu świadczeń medycznych w Oddziale obserwacyjno-zakaźnym, do którego 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. 2017 r. poz. 211, z późn. zm.). Indywidualna dokumentacja medyczna prowadzona i 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).

W wyniku kontroli stwierdzono następujące nieprawidłowości:

1. Niespełnienie wymogów określonych w rozporządzeniu w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą, przez następujące pomieszczenia kontrolowanego Oddziału:
 - a) trzy pokoje łóżkowe, które nie zostały wyposażone w dozowniki z mydłem w płynie, dziewięć pokoi łóżkowych – w pojemniki z ręcznikami jednorazowego użycia oraz dziesięć pokoi łóżkowych – w pojemniki na zużyte ręczniki, co jest niezgodne z § 24 ust. 1 rozporządzenia w sprawie szczegółowych wymagań jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą,
 - b) dziesięć pomieszczeń higieniczno-sanitarnych dla pacjentów, w których brak było dozowników z mydłem w płynie, pojemników z ręcznikami jednorazowego użycia

i pojemników na zużyte ręczniki, o których mowa w definicji pomieszczenia higieniczno-sanitarnego ustalonej w § 2 pkt 4 ww. rozporządzenia,

- c) trzy pomieszczenia higieniczno-sanitarne izolatek Oddziału obserwacyjno-zakaźnego, których nie wyposażono w baterię uruchamianą bez kontaktu z dłonią, dozownik z mydłem w płynie, dodatkowo dozownik ze środkiem dezynfekcyjnym uruchamianym bez kontaktu z dłonią, pojemniki z ręcznikami jednorazowego użycia i pojemniki na zużyte ręczniki oraz nie zainstalowano płuczek-dezynfektorów, co stanowi naruszenie wymogów ustalonych w § 21 pkt 2 lit a i c rozporządzenia w sprawie szczegółowych wymagań jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą,
- d) trzy śluzy umywalkowo-fartuchowe pomiędzy pomieszczeniem pobytu pacjenta a ogólną drogą komunikacyjną, których nie wyposażono w baterię uruchamianą bez kontaktu z dłonią, dozownik ze środkiem dezynfekcyjnym uruchamianym bez kontaktu z dłonią. Ponadto brak było zamykanego pojemnika na brudną bieliznę oraz miejsca na ubrania z zachowaniem rozdziału ubrań czystych i brudnych, co jest niezgodne z § 22 pkt 1, 3, 4, 5, 6 ww. rozporządzenia,
- e) pomieszczenie higieniczno-sanitarne dla personelu, w którym brak było pojemnika na zużyte ręczniki, o którym mowa w definicji pomieszczenia higieniczno-sanitarnego ustalonej w § 2 pkt 4 rozporządzenia w sprawie szczegółowych wymagań jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą,
- f) brudownik, który nie został wyposażony w płuczkę-dezynfektor oraz w wentylację mechaniczną wyciągową, co stanowi naruszenie wymogów ustalonych w części II pkt 5 załącznika nr 1 do ww. rozporządzenia.

Ponadto w Oddziale obserwacyjno-zakaźnym brak było śluzy umywalkowo-fartuchowej umożliwiającej transport pacjenta na łóżku, bez możliwości równoczesnego otwarcia drzwi wewnętrznych, albo innego systemu zapobiegania przenikaniu powietrza z oddziału na zewnątrz kontrolowanego Oddziału nie wyposażono w urządzenia umożliwiające kontakt pacjenta z odwiedzającym, co jest niezgodne z normą ustalona w części VI pkt 1 i 4 załącznika nr 1 do ww. rozporządzenia.

W holu kontrolowanej komórki organizacyjnej podłogi nie zostały wykonane z materiałów umożliwiających mycie i dezynfekcję (ubytki w płytkach PCV), jak również połączenia ścian z podłogami w Oddziale nie zostały wykonane w sposób umożliwiający

mycie i dezynfekcję, co jest niezgodne z wymogami określonymi w § 29 ust. 1 i 2 ww. rozporządzenia.

2. Niedokonanie, w ośmiu przypadkach przy wypisaniu pacjentów ze szpitala, adnotacji w indywidualnej dokumentacji medycznej o sprawdzeniu zgodności znaku identyfikacyjnego umieszczonego na opasce ze znakiem identyfikacyjnym umieszczonym w indywidualnej dokumentacji medycznej oraz o wydaniu opaski pacjentowi, co stanowi naruszenie § 7 ust. 3 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 września 2012 r. w sprawie warunków, sposobu i trybu zaopatrywania pacjenta szpitala w znaki identyfikacyjne oraz sposobu postępowania w razie stwierdzenia ich braku (dalej rozporządzenie w sprawie zaopatrywania pacjentów szpitala w znaki identyfikacyjne – Dz. U. z 2012 r. poz. 1098).
3. Nieprawidłowe prowadzenie zbiorczej dokumentacji medycznej – *Księga chorych oddziału* nie zawierała adnotacji o miejscu, do którego pacjent został wypisany, co jest niezgodne z § 29 ust. 1 pkt 11 rozporządzenia w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej.

Przedstawiając powyższe ustalenia zobowiązuję Pana Dyrektora do podjęcia działań w celu wyeliminowania stwierdzonych w trakcie kontroli nieprawidłowości w szczególności do:

1. Dostosowania pomieszczeń Oddziału obserwacyjno-zakaźnego do wymogów określonych w rozporządzeniu w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą w zakresie nieprawidłowości ustalonych w punkcie 1. wystąpienia – w terminie do 31 sierpnia 2018 r.
2. Dokonywania, przy wypisaniu pacjentów ze szpitala, adnotacji w indywidualnej dokumentacji medycznej o sprawdzeniu zgodności znaku identyfikacyjnego umieszczonego na opasce pacjenta ze znakiem identyfikacyjnym umieszczonym w dokumentacji medycznej oraz o wydaniu opaski pacjentowi, zgodnie z obowiązkiem ustalonym w § 7 ust 3 rozporządzenia w sprawie zaopatrywania pacjentów szpitala w znaki identyfikacyjne.
3. Prowadzenia zbiorczej dokumentacji medycznej zgodnie z normami ustalonymi w rozporządzeniu w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej.

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

Jednocześnie zobowiązuję Pana Dyrektora do poinformowania Wojewody Mazowieckiego, z powołaniem znaku pisma WK-II.9612.1.5.2018, o sposobie realizacji zaleceń pokontrolnych.

z up. Wojewody Mazowieckiego
Bogusław Krupa
Zastępca Dyrektora
Wydziału Kontroli

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