



WOJEWODA MAZOWIECKI

Warszawa, *06 marca* 2019 r.

WZ-VI.9612.1.4.2019

**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. 2190, z późn. zm.), przeprowadzona została kontrola problemowa w Oddziale chirurgii urazowo-ortopedycznej, komórce organizacyjnej Specjalistycznego Szpitala Wojewódzkiego w Ciechanowie (dalej Szpital w Ciechanowie), mieszczącej się przy ul. Powstańców Wielkopolskich 2 w Ciechanowie.

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 podpisanym bez zastrzeżeń w dniu 11 lutego 2019 r. protokole kontroli, przekazuję Panu Dyrektorowi niniejsze wystąpienie pokontrolne.

W trakcie kontroli stwierdzono, że kontrolowany Oddział chirurgii urazowo-ortopedycznej dysponował dwudziestoma dwoma 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). Kierownik podmiotu leczniczego odpowiadał wymaganiom określonym w art. 46 ustawy o działalności leczniczej. W dokumentacji podmiotu leczniczego zgromadzono dokumenty potwierdzające prawo wykonywania zawodu aktualnie zatrudnionej kadry lekarskiej i pielęgniarskiej. Opracowane i wdrożone dla kontrolowanego oddziału minimalne normy zatrudnienia pielęgniarek uwzględniały jego specyfikę oraz zostały określone zgodnie z zasadami ustalonymi w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 28 grudnia 2012 r. w sprawie sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami (dalej rozporządzenie w sprawie sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych – Dz. U. z 2012 r. poz. 1545). Pracownicy oddziału zgodnie z art. 36 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej nosili w widocznym miejscu identyfikatory zawierające imię i nazwisko, nazwę oddziału, pełnioną funkcję oraz dodatkowo logo szpitala. Pacjenci kontrolowanego Oddziału zostali zaopatrzeni w znaki identyfikacyjne, zawierające informacje zapisane w sposób uniemożliwiający identyfikację pacjenta przez osoby nieuprawnione, zgodnie z wymogiem określonym w art. 36 ustawy o działalności leczniczej oraz rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 20 września 2012 r. w sprawie warunków, sposobu i trybu zaopatrywania pacjentów 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). Szpital 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 kontrolowanym Oddziale 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 chirurgii urazowo-ortopedycznej, 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.). Zbiorcza 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 brudownik, który nie został wyposażony w płuczkę-dezynfektor, co stanowi naruszenie wymogów ustalonych w pkt 5 części II załącznika nr 1 do ww. rozporządzenia.
2. Nieprawidłowe prowadzenie indywidualnej dokumentacji medycznej. Sprawdzone dokumentację 50 pacjentów, stwierdzając w 45 przypadkach brak oznaczenia osoby udzielającej świadczeń zdrowotnych oraz:
 - w 1 przypadku w *Karcie znieczulenia* brak oznaczenia lekarza anestezjologa,
 - w 38 przypadkach w *Karcie obserwacji* brak oznaczenia lekarza anestezjologa,
 - w 6 przypadkach w *Okółooperacyjnej karcie kontroli* brak oznaczenia Koordynatora karty, co jest niezgodne z § 10 ust. 1 pkt 3 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. Wyposażenia brudownika w Oddziale chirurgii urazowo-ortopedycznej w płuczkę-dezynfektor, zgodnie z rozporządzeniem w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą – w terminie do 30 września 2019 r.
2. Prowadzenia indywidualnej dokumentacji medycznej zgodnie z normami ustalonymi w rozporządzeniu z sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej, w szczególności dokumentacja medyczna powinna zawierać dane wymienione w punkcie 2 wystąpienia. Zalecenie należy zrealizować w terminie 14 dni od daty otrzymania wystąpienia pokontrolnego.

Jednocześnie zobowiązuję Pana Dyrektora do poinformowania Wojewody Mazowieckiego, z powołaniem znaku pisma WZ-VI.9612.1.4.2019, o sposobie realizacji zaleceń pokontrolnych.

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

z up. WOJEWODY MAZOWIECKIEGO
Jarosław Czmyrlewski
Dyrektor Urzędu Zdrowia



