



**WOJEWODA MAZOWIECKI**

WK-V.9612.1.52.2019

Warszawa, 17 lutego 2020 r.

**Pan  
Krzysztof Żochowski  
Dyrektor  
Samodzielnego Publicznego  
Zakładu Opieki Zdrowotnej  
w Garwolinie  
ul. Lubelska 50  
08-400 Garwolin**

#### **WYSTĄPIENIE POKONTROLNE**

Na podstawie art. 31 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. z 2019 r. poz. 993, z późn. zm.) w związku z art. 122 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.), kontrolerzy: Katarzyna Dzido – inspektor wojewódzki w Oddziale Kontroli Podmiotów Leczniczych Wydziału Kontroli Mazowieckiego Urzędu Wojewódzkiego w Warszawie (upoważnienie Nr 430/WK/2019 z 02 grudnia 2019 r.), Marcin Bielec – inspektor wojewódzki w Oddziale Kontroli Podmiotów Leczniczych Wydziału Kontroli Mazowieckiego Urzędu Wojewódzkiego w Warszawie (upoważnienie Nr 431/WK/2019 z 02 grudnia 2019 r.) oraz Anna Pietrzykowska – starszy inspektor wojewódzki w Oddziale Kontroli Podmiotów Leczniczych Wydziału Kontroli Mazowieckiego Urzędu Wojewódzkiego w Warszawie (upoważnienie Nr 429/WK/2019 z 02 grudnia 2019 r.) przeprowadzili w dniach 09 – 13 grudnia 2019 r. kontrolę problemową w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym (dalej Oddział albo SOR), komórce organizacyjnej 097 Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Garwolinie (dalej SPZOZ w Garwolinie), mieszczącej się przy ul. Lubelskiej 50 w Garwolinie.

Zakres kontroli obejmował realizację zadań przez szpitalny oddział ratunkowy – spełnianie wymagań dotyczących lokalizacji w strukturze szpitala, warunków technicznych, organizacji, minimalnego wyposażenia oraz minimalnych zasobów kadrowych.

Kontrolą objęto badanie stanu faktycznego w okresie od 1 listopada 2019 r. do dnia zakończenia kontroli.

W związku z przeprowadzoną kontrolą przekazuję Panu Dyrektorowi wystąpienie pokontrolne.

W wyniku kontroli ustalono, że SPZOZ w Garwolinie posiadał zawartą umowę ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej, zgodnie z obowiązkiem ustalonym w art. 25 ust. 1 pkt 1 i ust. 2 ustawy o działalności leczniczej (polisa numer [REDAKTOWANO] wystawiona [REDAKTOWANO] przez [REDAKTOWANO] z siedzibą [REDAKTOWANO], obejmująca okres od [REDAKTOWANO] do [REDAKTOWANO] której suma gwarancyjna odnosząca się do wszystkich zdarzeń wynosiła 500 tys. euro, a do jednego zdarzenia 100 tys. euro).

Na podstawie przeprowadzonych oględzin (protokół z 13 grudnia 2019 r., znak WK-V.9612.1.52.2019), stwierdzono, że lokalizacja SOR w strukturze szpitala spełniała wymagania szczegółowe określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 27 czerwca 2019 r. w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego (dalej rozporządzenie w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego – Dz. U. z 2019 r. poz. 1213). W SOR zorganizowane zostały wszystkie obszary niezbędne do realizowania zadań wskazanych w ww. rozporządzeniu. Podmiot leczniczy dysponował postanowieniem z [REDAKTOWANO] znak [REDAKTOWANO] wydanym przez [REDAKTOWANO] w którym pozytywnie zaopiniowano spełnianie wymagań fachowych i sanitarnych, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia Szpitalnego Oddziału Ratunkowego SPZOZ w Garwolinie, zgodnie z wymogami rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 10 listopada 2006 r. w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładu opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2006 r. Nr 213, poz. 1568, z późn. zm.)<sup>1</sup> oraz rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 15 marca 2007 r. w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego (Dz. U. z 2007 r., Nr 55, poz. 365). SOR dysponował łącznie siedmioma łózkami, w tym dwoma

---

<sup>1</sup> Od dnia 1 kwietnia 2019 r. obowiązuje rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (dalej rozporządzenie w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą – Dz. U. z 2019 r. poz. 595).

łózkami intensywnej opieki medycznej – jak ustalono w księdze rejestrowej podmiotu leczniczego. W zakładzie leczniczym kontrolowanego podmiotu znajdowały się pracownie i oddziały wymagane w szpitalu, w którym działa SOR, tj. oddział chirurgii ogólnej z częścią urazową, oddział chorób wewnętrznych, oddział anestezjologii i intensywnej terapii, pracownia diagnostyki obrazowej oraz miejsce udzielania świadczeń nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej. Zapewniono również całodobowy i niezwłoczny dostęp do badań diagnostycznych wykonywanych w medycznym laboratorium diagnostycznym, badania USG, komputerowego badania tomograficznego oraz badań endoskopowych, w tym: gastrokopii, rektoskopii, bronchoskopii, laryngoskopii.

Podczas prowadzenia czynności kontrolnych zweryfikowano zabezpieczenie kadry medycznej udzielającej świadczeń zdrowotnych w Oddziale. W oparciu o przekazane przez Dyrektora podmiotu leczniczego wykazy personelu medycznego (załączniki nr 1 – 3) ustalono, że w SOR świadczeń udzielało szesnastu lekarzy, czternaście pielęgniarek i sześciu ratowników medycznych. Ponadto, jak wynika z udostępnionych wykazów (załącznik nr 4) pracę Oddziału zabezpieczało sześć rejestratorek medycznych (sekretarka medyczna) oraz ośmiu pracowników personelu pomocniczego – sanitariuszy. Lekarka pełniąca obowiązki Ordynatora Oddziału posiadała tytuł specjalisty w dziedzinie chorób wewnętrznych oraz była w trakcie szkolenia specjalizacyjnego z medycyny ratunkowej. Zgodnie z wymogiem rozporządzenia w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego funkcję pielęgniarki oddziałowej pełniła pielęgniarka systemu posiadająca ukończony kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa ratunkowego oraz wykształcenie wyższe i trzydziestopięcioletni staż pracy w SOR, która koordynowała pracę pielęgniarek, ratowników medycznych, rejestratorek medycznych i personelu pomocniczego. Z przedstawionych w trakcie kontroli harmonogramów czasu pracy personelu medycznego z listopada 2019 r. (załączniki nr 5 – 6) wynikało, że obsada lekarska w SOR w ciągu całej doby składała się z minimum dwóch lekarzy, z których w większości przypadków co najmniej jeden lekarz był lekarzem systemu (podstawowy system ich pracy obejmował zmiany pełnione we wszystkie dni tygodnia od godziny 8<sup>00</sup> rano do godziny 8<sup>00</sup> rano dnia następnego). Minimalna obsada dyżurowa pielęgniarek i ratowników medycznych w analizowanym okresie składała się w ciągu całej doby w przypadku dyżuru dziennego z czterech osób i nocnego – trzech osób (zmiany dyżurowe pełnione były od godziny 7<sup>30</sup> do godziny 19<sup>30</sup> i od godziny 19<sup>30</sup> do godziny 7<sup>30</sup>). Pielęgniarka Oddziałowa pracowała w dni robocze (od poniedziałku do piątku) w godzinach 7<sup>30</sup> – 15<sup>05</sup>. Podmiot leczniczy zgromadził dokumenty potwierdzające prawo wykonywania zawodu aktualnie zatrudnionej kadry lekarskiej

i pielęgniarskiej oraz zaświadczenia o przygotowaniu zawodowym ratowników medycznych, a także dokumentację potwierdzającą posiadanie dodatkowych kwalifikacji zawodowych personelu medycznego SOR. Osoby zatrudnione w SOR nosiły w widocznym miejscu identyfikator zawierający imię i nazwisko oraz pełnioną funkcję (dodatkowo na identyfikatorze zapisana była również nazwa podmiotu leczniczego).

Kontrolowany podmiot leczniczy dysponował dokumentacją potwierdzającą sprawność techniczną aparatury i sprzętu medycznego (wykaz aparatury i sprzętu medycznego zawarty został w załączniku nr 7), 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 (dalej ustawa o wyrobach medycznych – Dz. U. z 2019 r. poz. 175, z późn. zm.). Ponadto w trakcie kontroli okazano decyzję nr [REDAKTOWANE] z [REDAKTOWANE] znak [REDAKTOWANE], zezwalającą na uruchomienie i stosowanie aparatu rentgenowskiego typu [REDAKTOWANE] firmy [REDAKTOWANE] o numerze fabrycznym [REDAKTOWANE] decyzję nr [REDAKTOWANE] z [REDAKTOWANE] r., znak [REDAKTOWANE] zezwalającą na uruchomienie i stosowanie aparatu rentgenowskiego typu [REDAKTOWANE] firmy [REDAKTOWANE] o numerze fabrycznym [REDAKTOWANE] decyzję nr [REDAKTOWANE] z [REDAKTOWANE] znak [REDAKTOWANE] zezwalającą na stosowanie aparat rtg typu [REDAKTOWANE] firmy [REDAKTOWANE] o nr fabrycznym [REDAKTOWANE], decyzję nr [REDAKTOWANE] z [REDAKTOWANE] znak [REDAKTOWANE] zezwalającą na uruchomienie i stosowanie tomografu komputerowego model [REDAKTOWANE] o numerze fabrycznym [REDAKTOWANE] firmy [REDAKTOWANE] oraz decyzję nr [REDAKTOWANE] z [REDAKTOWANE] znak [REDAKTOWANE] zezwalającą na uruchomienie pracowni rentgenowskiej, które zostały wydane przez Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego w Warszawie. Przedstawiono również protokół z wykonania przeglądu konserwacyjnego wentylacji, przeprowadzonego w pomieszczeniach SOR w terminie od 4 do 11 listopada 2019 r. przez pracownika Działu Technicznego SPZOZ w Garwolinie, obejmującego m. in. wymianę filtrów, czyszczenie kanałów wentylacyjnych oraz protokół przeglądu agregatu chłodniczego z kontrolą szczelności z 25 listopada 2019 r. (znak FGAZ-P27/0077/16) dokonanego przez firmę pn. [REDAKTOWANE], w których nie zawarto uwag dotyczących stanu technicznego urządzeń. 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).

W trakcie kontroli ustalono, na podstawie oględzin pomieszczeń SOR oraz wyjaśnień Dyrektora podmiotu leczniczego, że w Oddziale prowadzona była segregacja medyczna (triage) wszystkich pacjentów, w wyniku której byli przydzielani do jednej z pięciu kategorii zróżnicowanych pod względem stopnia pilności udzielania świadczeń zdrowotnych. Segregację medyczną pacjentów przeprowadzała pielęgniarka systemu lub ratownik medyczny.

Podczas czynności kontrolnych stwierdzono, że SPZOZ w Garwolinie podał do publicznej wiadomości przez zamieszczenie na stronie internetowej, wywieszenie na tablicy ogłoszeń w obszarze segregacji medycznej, rejestracji i przyjęć oraz uwzględnił w Regulaminie organizacyjnym dane określające maksymalny czas na podjęcie przez „lekarza dyżurnego oddziału” decyzji o skierowaniu pacjenta na leczenie do oddziałów szpitala, w którym działa SOR, odmowie przyjęcia pacjenta do oddziału osoby niebędącej w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego oraz decyzji lekarza oddziału o przyjęciu pacjenta na oddział, jak również informacje obejmujące zasady kierowania osób, którym przydzielono kategorii pilności oznaczone kolorem zielonym lub niebieskim, do miejsc udzielania świadczeń zdrowotnych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej.

Podmiot ustalił, po zasięgnięciu opinii ordynatorów oddziałów, a następnie wprowadził *Zarządzeniem nr 25/2019 Dyrektora SPZOZ w Garwolinie z dnia 30 września 2019 r. w sprawie liczby łóżek zabezpieczanych na potrzeby osób w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego skierowanych z SOR* – liczbę łóżek w poszczególnych jednostkach organizacyjnych szpitala wyspecjalizowanych w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego, w którym znajduje się SOR, zabezpieczanych na potrzeby osób w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego skierowanych do tych jednostek z SOR.

Na podstawie pisemnych wyjaśnień SPZOZ w Garwolinie oraz analizy dokumentacji medycznej ustalono, że w SOR realizowane były wybrane działania w ramach „*Dobrych praktyk postępowania w szpitalnych oddziałach ratunkowych i w izbach przyjęć*” z 4 kwietnia 2017 r. opracowane przez konsultanta krajowego w dziedzinie medycyny ratunkowej i rekomendowane przez Ministerstwo Zdrowia. W Karcie segregacji medycznej SOR odnotowywano wykonanie



– Szpitalnego Oddziału Ratunkowego z 25 i 26 listopada 2019 r., Księgi raportów lekarskich Szpitalnego Oddziału Ratunkowego z 10 i 11 grudnia 2019 r. oraz Księgi raportów pielęgniarskich Szpitalnego Oddziału Ratunkowego z 25, 26 i 27 listopada 2019 r., które były prowadzone w postaci elektronicznej. Księga zabiegów chirurgicznych Szpitalnego Oddziału Ratunkowego nie była prowadzona i zgodnie z przyjętą w Oddziale praktyką zakres informacji z przeprowadzanych procedur chirurgicznych odnotowywany był w Karcie historii choroby. Dokumentacja medyczna przechowywana była prawidłowo – zabezpieczona przed zniszczeniem, uszkodzeniem lub utratą i dostępem osób nieupoważnionych.

Przedstawiając powyższe ustalenia informuję Pana Dyrektora, że w wyniku kontroli stwierdzono następujące nieprawidłowości:

1. W obszarze resuscytacyjno-zabiegowym przy każdym stanowisku resuscytacyjnym brak było po jednym gnieździe poboru powietrza i próżni (przy każdym stanowisku resuscytacyjnym znajdowały się po dwa gniazda poboru tlenu oraz po jednym powietrza i próżni), co jest niezgodne z § 7 ust. 3 pkt 7 rozporządzenia w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego.
2. W obszarze terapii natychmiastowej w sali zabiegowej brak było po jednym gnieździe poboru powietrza i próżni (były po dwa gniazda poboru tlenu oraz po jednym powietrza i próżni) oraz brak było dwóch gniazd poboru energii elektrycznej (było sześć gniazd), co stanowi naruszenie § 9 ust. 3 pkt 3 i 4 rozporządzenia w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego.
3. W obszarze obserwacji nie zapewniono jednego respiratora transportowego oraz jednego defibrylatora półautomatycznego lub manualnego, co jest niezgodne z § 10 ust. 1 pkt 2 i 3 rozporządzenia w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego.
4. W punkcie rejestracyjnym SOR zlokalizowanym w obszarze segregacji medycznej, rejestracji i przyjęć personel SOR dokonywał przyjęcia osób skierowanych na leczenie szpitalne w trybie planowym. Pacjent po rejestracji był odbierany przez pielęgniarkę z oddziału szpitalnego, do którego został przyjmowany, wraz z dokumentacją medyczną, a dalsze czynności odbywały się w poszczególnych oddziałach szpitala. Takim działaniem naruszono wymóg ustalony w § 2 ust. 2 rozporządzenia w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego. Zgodnie ze stanowiskiem Ministerstwa Zdrowia z 12 grudnia 2019 r. (znak ROR.450.4.62.2019.TM) przyjęcia osób do hospitalizacji w trybie planowym nie mogą odbywać

się w Oddziale, a obszar segregacji medycznej, rejestracji i przyjęć odnosi się wyłącznie do osób w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego.

5. Niezapewnienie koordynacji pracy Oddziału w systemie całodobowym przez „lekarza dyżurnego oddziału”, co stanowi naruszenie wymogu ustalonego w § 12 ust. 2 rozporządzenia w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego. Jak ustalono na podstawie złożonych podczas kontroli wyjaśnień oraz harmonogramu udzielania świadczeń lekarskich w SPZOZ w Garwolinie za listopad 2019 r. w czasie nieobecności p.o. Ordynatora SOR pracę Oddziału koordynował starszy lekarz SOR, który w 16 przypadkach w analizowanym miesiącu nie był lekarzem dyżurnym oddziału (nie był to lekarz udzielający świadczeń w SOR, lecz dyżurujący w innym oddziale szpitalnym).
6. Niespełnienie wymagań w zakresie minimalnych zasobów kadry lekarskiej SOR. Z okazanego w trakcie kontroli grafiku rzeczywistych dyżurów lekarskich wynikało, że w listopadzie 2019 r., w dwóch przypadkach w godzinach 15<sup>00</sup> – 7<sup>30</sup>, w jednym przypadku w godzinach 14<sup>00</sup> – 7<sup>30</sup> oraz w jednym przypadku w godzinach 24<sup>00</sup> – 8<sup>00</sup> opiekę lekarską zabezpieczało dwóch lekarzy, z których żaden nie był lekarzem systemu. Takim działaniem naruszono wymóg ustalony w § 12 ust. 1 rozporządzenia w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego.

Zgodnie ze stanowiskiem Ministerstwa Zdrowia z 12 grudnia 2019 r. (znak ROR.450.4.62.2019.TM) w SOR świadczenia zdrowotne powinny być udzielane przez co najmniej dwóch lekarzy, w tym co najmniej jeden lekarz przebywający stale w Oddziale powinien spełniać wymagania właściwe dla lekarza systemu, co oznacza, że w SOR jednocześnie powinno dyżurować co najmniej dwóch lekarzy, przy czym jeden z nich (lekarz systemu) powinien być obecny w oddziale ratunkowym na stałe. Tym samym spełnienie ww. wymagania będzie możliwe w przypadku obecności w Oddziale lekarza dyżurnego oddziału oraz innego lekarza.

7. Minimalne normy zatrudnienia pielęgniarek i położnych w SPZOZ w Garwolinie, które zostały ustalone na podstawie rozporządzenia 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) na okres 3 lat (od 1 kwietnia 2017 r. do 1 kwietnia 2020 r.) i zaopiniowane przez przedstawicieli organów samorządu pielęgniarek, związków zawodowych pielęgniarek i położnych działających



na terenie podmiotu leczniczego i Ordynatora SOR, zostały ustalone dla SOR wyłącznie dla personelu pielęgniarskiego – 20 et. Natomiast, jak wynika z wyjaśnień podmiotu leczniczego, zabezpieczenie ustalonej minimalnej liczby etatów pielęgniarek w SOR realizowane było zarówno przez personel pielęgniarski, jak i ratowników medycznych. W oparciu o miesięczny grafik dyżurów pielęgniarskich i ratowników medycznych za miesiąc listopad 2019 r. (załącznik nr 5), wykazy personelu medycznego (załączniki nr 2 – 3), a także ilość praw wykonywania zawodu pielęgniarki oraz zaświadczeń o przygotowaniu zawodowym ratowników medycznych, stwierdzono, że w kontrolowanym Oddziale w listopadzie 2019 r. zatrudnionych było 14 pielęgniarek w wymiarze odpowiadającym – 15 et. i 6 ratowników medycznych w wymiarze odpowiadającym – 6,75 et. (łącznie – 21,75 et.).

8. W wyniku kontroli indywidualnej dokumentacji medycznej 20 pacjentów stwierdzono następujące nieprawidłowości:
- a) we wszystkich przypadkach – brak oznaczenia podmiotu w zakresie nazwy: zakładu leczniczego, jednostki organizacyjnej oraz jej kodu resortowego stanowiącego część V systemu resortowych kodów identyfikacyjnych, co stanowi naruszenie § 10 ust. 1 pkt 1 lit. c i d rozporządzenia w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej,
  - b) w dwóch przypadkach – brak 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 o upoważnieniu do uzyskiwania dokumentacji, ze wskazaniem imienia i nazwiska osoby upoważnionej, albo adnotacji o niezłożeniu ww. oświadczenia, co jest niezgodne z § 8 ust. 1 pkt 1, 2 i ust. 3 ww. rozporządzenia,
  - c) w części dotyczącej przyjęcia pacjenta do SOR, we wszystkich przypadkach – brak numeru w księdze głównej przyjęć i wypisów, pod którym dokonano wpisu o przyjęciu pacjenta do szpitala oraz trybu przyjęcia co stanowi naruszenie § 16 ust. 1 pkt 1 i 3 rozporządzenia w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej,
  - d) w części dotyczącej wypisania pacjenta z SOR:
    - we wszystkich przypadkach – brak rozpoznania klinicznego składającego się z określenia choroby zasadniczej, chorób współistniejących i powikłań oraz numerów statystycznych chorób zasadniczych i współistniejących ustalonych według ICD-10,
    - w 19 przypadkach – brak epikryzy,

– w 4 przypadkach – brak opisu zastosowanego leczenia,  
co jest niezgodne z § 20 pkt 1 – 4 ww. rozporządzenia.

9. W wyniku kontroli zbiorczej dokumentacji medycznej stwierdzono następujące nieprawidłowości:

- a) *Księga chorych oddziału* nie zawierała: oznaczenia podmiotu w zakresie nazwy zakładu leczniczego, nazwy jednostki organizacyjnej, numeru pacjenta w księdze głównej przyjęć i wypisów, rozpoznania przy wypisie, imienia i nazwiska lekarza wypisującego, co stanowi naruszenie § 29 pkt 1, 4, 9 i 12 rozporządzenia w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej,
- b) *Księga raportów lekarskich* nie zawierała: oznaczenia podmiotu w zakresie nazwy zakładu leczniczego, nazwy jednostki organizacyjnej oraz w treści raportu, w przypadku opisu zdarzenia, imienia i nazwiska pacjenta, jak również innych danych pozwalających na zidentyfikowanie pacjenta, co jest niezgodne z § 30 pkt 1 i 4 ww. rozporządzenia,
- c) *Księga raportów pielęgniarskich* nie zawierała: oznaczenia podmiotu w zakresie nazwy zakładu leczniczego, nazwy jednostki organizacyjnej oraz w treści raportu, w przypadku opisu zdarzenia, imienia i nazwiska pacjenta, jak również innych danych pozwalających na zidentyfikowanie pacjenta, co stanowi naruszenie § 31 pkt 1 i 3 rozporządzenia w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej.

**W związku ze stwierdzonymi nieprawidłowościami zobowiązuję Pana Dyrektora do:**

1. Dostosowania szpitalnego oddziału ratunkowego do wymogów określonych w rozporządzeniu w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego, w zakresie niezgodności wymienionych w punktach od 1. do 4. i 6. wystąpienia.
2. Zapewnienie koordynacji pracy Oddziału w systemie całodobowym przez ordynatora Oddziału (lekarza kierującego oddziałem) lub wyznaczonego przez niego, spośród lekarzy systemu, lekarza – „lekarza dyżurnego oddziału”, zgodnie z wymogiem ustalonym w § 12 ust. 2 rozporządzenia w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego.
3. Ustalenia i stosowania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych dla SOR w SPZOZ w Garwolinie z uwzględnieniem specyfiki udzielanych świadczeń tj. zabezpieczenia liczby etatów pielęgniarskich w SOR, zarówno przez personel pielęgniarski jak i ratowników

medycznych, oraz w oparciu o zasady określone w rozporządzeniu w sprawie sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych.

4. 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 8. wystąpienia, zaś dokumentacja zbiorcza – informacje wymienione w punkcie 9.

Zalecenie określone w punkcie 1. należy zrealizować w terminie 3 miesięcy od daty otrzymania wystąpienia pokontrolnego.

Zalecenie określone w punkcie 2. należy zrealizować w terminie 30 dni od daty otrzymania wystąpienia pokontrolnego.

Zalecenie określone w punkcie 3. należy zrealizować w terminie 6 miesięcy od daty otrzymania wystąpienia pokontrolnego.

Zalecenie określone w punkcie 4. należy zrealizować w terminie 14 dni od daty otrzymania wystąpienia pokontrolnego.

Ponadto w trakcie kontroli ustalono, iż aparat do powierzchniowego ogrzewania pacjenta [REDAKT] firmy [REDAKT] (nr fabryczny [REDAKT]) oraz respirator transportowy [REDAKT] firmy [REDAKT] (nr fabryczny [REDAKT]), znajdujące się w wyposażeniu, odpowiednio, obszaru resuscytacyjno-zabiegowego i obszaru obserwacji SOR, znajdowały się w serwisie. Wobec powyższego zobowiązuję Pana Dyrektora do przesłania, niezwłocznie po przeprowadzonej naprawie, dokumentów potwierdzających sprawność techniczną ww. sprzętu medycznego, zgodnie z obowiązkiem ustalonym w art. 90 ust. 6, 7 i 9 ustawy o wyrobach medycznych.

Jednocześnie zobowiązuję Pana Dyrektora do poinformowania Wojewody Mazowieckiego, z powołaniem znaku pisma WK-V.9612.1.52.2019, o sposobie realizacji zaleceń i wniosku pokontrolnego.

z up. WOJEWODY MAZOWIECKIEGO

*Artur Subda*

Dyrektor Wydziału Kontroli