



WOJEWODA MAZOWIECKI

WK-II.9612.1.72.2015

Warszawa, 25 listopada 2015 r.

**Pan
Jarosław Pawlik
Dyrektor
Samodzielnego Publicznego Zespołu
Zakładów Opieki Zdrowotnej
w Kozienicach
al. Gen. Wł. Sikorskiego 10
26-900 Kozienice**

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

Na podstawie art. 31 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. z 2013 r., poz. 757, 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 2015 r., poz. 618, z późn. zm.) przeprowadzona została kontrola problemowa w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym (dalej Oddział albo SOR), komórce organizacyjnej 049 Samodzielnego Publicznego Zespołu Zakładów Opieki Zdrowotnej w Kozienicach (dalej SPZZOZ w Kozienicach), mieszczącej się przy al. Gen. Wł. Sikorskiego 10 w Kozienicach.

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 5 października 2015 r., przekazuję Panu Dyrektorowi 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. 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. Opracowane i wdrożone w SPZZOZ w Koźienicach minimalne normy zatrudnienia pielęgniarek i położnych uwzględniały specyfikę SOR i 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 (Dz. U. z 2012 r., poz. 1545). 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 leczniczy dysponował dokumentacją potwierdzającą sprawność techniczną aparatury i sprzętu medycznego wykorzystywanego przy udzielaniu świadczeń medycznych, 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 2015 r., poz. 876). Pacjenci SOR 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 w 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). Dokumentacja medyczna przechowywana była zgodnie z normami ustalonymi w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (dalej rozporządzenie w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej – Dz. U. z 2014 r., poz. 177, z późn. zm.).

W wyniku kontroli stwierdzono następujące nieprawidłowości:

1. SOR nie posiadał całodobowego lotniska lub całodobowego lądowiska, co stanowi naruszenie § 3 ust. 7-10 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).
2. 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, a także w system bezprzewodowego przywoływania osób, co jest niezgodne z wymogami ustalonymi w § 6 ust. 2 pkt 1 lit. a i b rozporządzenia w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego.
3. W obszarze resuscytacyjno-zabiegowym stanowisko resuscytacyjne numer 2 nie zostało wyposażone w aparat do powierzchniowego ogrzewania pacjenta, co stanowi naruszenie § 7 ust. 3 pkt 8 rozporządzenia w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego.
4. Niedokonywanie przy wypisywaniu pacjentów ze szpitala adnotacji o sprawdzeniu zgodności znaku identyfikacyjnego umieszczonego na opasce pacjenta ze znakiem identyfikacyjnym umieszczonym w dokumentacji medycznej, co stanowi naruszenie § 7 ust. 3 rozporządzenia w sprawie zaopatrywania pacjentów szpitala w znaki identyfikacyjne.
5. Nieprawidłowe prowadzenie indywidualnej dokumentacji medycznej. Sprawdzone dokumentację 50 pacjentów, stwierdzając:
 - a) we wszystkich przypadkach brak karty obserwacji, co jest niezgodne z § 15 ust. 1 pkt 3 rozporządzenia w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej,
 - b) we wszystkich przypadkach, w części dotyczącej przebiegu hospitalizacji – brak danych uzyskanych z wywiadu lekarskiego i badania przedmiotowego, a także wyników obserwacji stanu zdrowia pacjenta w formie karty obserwacji, co jest niezgodne z § 18 ust. 1 pkt 1 i ust. 2 pkt 1 rozporządzenia w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej,
 - c) w 43 przypadkach, w części dotyczącej przyjęcia pacjenta do szpitala – brak danych dotyczących rozpoznania wstępnego ustalonego przez lekarza przyjmującego oraz oznaczenia lekarza przyjmującego, co stanowi naruszenie § 17 ust. 1 pkt 6 i 7 rozporządzenia w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej,
 - d) w 40 przypadkach, w części dotyczącej wypisania pacjenta ze szpitala – brak rozpoznania klinicznego, epikryzy, adnotacji o przyczynie i okolicznościach wypisania ze szpitala oraz daty wypisu, co stanowi naruszenie § 19 pkt 1, 4, 5 i 6 rozporządzenia w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej,

- e) w 6 przypadkach, w *Kartach informacyjnych z leczenia szpitalnego* – brak podpisu lekarza wypisującego i lekarza kierującego oddziałem, co jest niezgodne z § 22 ust. 2 rozporządzenia w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej,
 - f) we wszystkich przypadkach – brak numerowania stron dokumentacji oraz oznaczenia każdej strony co najmniej imieniem i nazwiskiem pacjenta, co stanowi naruszenie § 5 i § 6 ust. 1 rozporządzenia w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej,
 - g) w 1 przypadku – brak numeru PESEL pacjenta, co jest niezgodne z art. 25 pkt 1 lit. e ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2012 r., poz. 159, z późn. zm.).
6. Nieprawidłowe prowadzenie zbiorczej dokumentacji medycznej:
- a) *Księga chorych SOR* nie zawierała oznaczenia lekarza prowadzącego oraz rozpoznania wstępnego, co jest niezgodne z § 29 pkt 6 i 8 rozporządzenia w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej,
 - b) *Księga raportów lekarskich* nie zawierała numeru kolejnego wpisu, a także imienia i nazwiska pacjenta, opisu zdarzenia, jego okoliczności oraz podjętych działań, co stanowi naruszenie § 30 pkt 2 i 4 rozporządzenia w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej,
 - c) *Księga Zabiegów* nie zawierała oznaczenia lekarza zlecającego zabieg w zakresie imienia, tytułu zawodowego, uzyskanych specjalizacji, numeru prawa wykonywania zawodu oraz podpisu, co jest niezgodne z § 32 pkt 5 rozporządzenia w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej.

Przedstawiając powyższe ustalenia zobowiązuję Pana Dyrektora 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 wymienionych w punktach 1-3 wystąpienia.
Zalecenie należy zrealizować w terminie 6 miesięcy od daty otrzymania wystąpienia, z wyjątkiem spełnienia wymogu zabezpieczenia całodobowego lotniska lub całodobowego lądowiska, którego termin – zgodnie z § 16 rozporządzenia w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego – wyznaczony został na dzień 1 stycznia 2017 r.
2. Dokonywania przy wypisywaniu pacjentów ze szpitala adnotacji w indywidualnej dokumentacji medycznej o sprawdzeniu zgodności znaku identyfikacyjnego umieszczonego na opasce pacjenta ze znakiem identyfikacyjnym umieszczonym w dokumentacji medycznej, zgodnie z obowiązkiem ustalonym w § 7 ust. 3 rozporządzenia w sprawie zaopatrywania pacjentów szpitala w znaki identyfikacyjne.

3. Prowadzenia dokumentacji medycznej zgodnie z normami ustalonymi w rozporządzeniu w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej, w szczególności dokumentacja indywidualna pacjentów powinna zawierać dane wymienione w punkcie 5. wystąpienia, zaś dokumentacja zbiorcza – informacje wymienione w punkcie 6.

Zalecenia określone w punktach 2. i 3. należy przyjąć do realizacji niezwłocznie po otrzymaniu wystąpienia.

Jednocześnie zobowiązuję Pana Dyrektora do poinformowania Wojewody Mazowieckiego, z powołaniem znaku pisma WK-II.9612.1.72.2015, o sposobie realizacji zaleceń pokontrolnych.

z up. WOJEWODY MAZOWIECKIEGO
Edyta Ostrowska
Dyrektor
Wydziału Kontroli

Do wiadomości:

Starostwo Powiatu Kozienickiego
ul. Kochanowskiego 28
26 - 900 Kozienice