



WOJEWODA MAZOWIECKI

WK-II.9612.1.127.2016

Warszawa, 22 grudnia 2016 r.

**Pan
Paweł Obermeyer
Dyrektor
Samodzielnego Publicznego Zespołu
Zakładów Opieki Zdrowotnej
im. Marszałka Józefa Piłsudskiego
w Płońsku
ul. Henryka Sienkiewicza 7
09-100 Płońsk**

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) 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) przeprowadzona została kontrola problemowa w Szpitalnym oddziale ratunkowym (dalej Oddział albo SOR), komórce organizacyjnej 047 Samodzielnego Publicznego Zespołu Zakładów Opieki Zdrowotnej im. Marszałka Józefa Piłsudskiego w Płońsku (dalej SPZZOZ w Płońsku), mieszczącej się przy ul. Henryka Sienkiewicza 7 w Płońsku.

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 12 grudnia 2016 r., przekazuję Panu Dyrektorowi niniejsze wystąpienie pokontrolne.

W wyniku kontroli ustalono, że podmiot leczniczy 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 dokumentacji podmiotu zgromadzono dokumenty potwierdzające prawo wykonywania zawodu aktualnie zatrudnionej kadry lekarskiej i pielęgniarskiej oraz zaświadczenie o przygotowaniu zawodowym ratownika medycznego. 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). Opracowane i wdrożone w SPZZOZ w Płońsku 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). 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).

W wyniku kontroli stwierdzono następujące nieprawidłowości:

1. W obszarze obserwacji nie zapewniono defibrylatora półautomatycznego, co stanowi naruszenie § 10 pkt 3 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. Niespełnienie wymagań w zakresie minimalnych zasobów kadry lekarskiej SOR. Z okazanych w trakcie kontroli rozkładów pracy lekarzy wynikało, że w październiku 2016 r. opiekę lekarską od poniedziałku do piątku w godzinach 8⁰⁰ – 16⁰⁰ zabezpieczał w siedmiu przypadkach jednoosobowo lekarz kierujący oddziałem. Ponadto na podstawie analizy *Księgi raportów pielęgniarskich* ustalono, że Oddział pozostawał bez opieki lekarskiej w przypadku, gdy lekarz dyżurujący w SOR realizował transport sanitarny, w którym zabezpieczał opiekę nad pacjentem przewożonym z SPZZOZ w Płońsku do szpitala w Warszawie (raport z dyżuru dziennego numer 467 z dnia 20 listopada 2016 r.). Takie działanie stanowi naruszenie § 13 pkt 3 rozporządzenia w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego.

3. Niewyposażenie brudownika w wentylację mechaniczną wyciągową, co jest niezgodne z normą ustaloną w pkt 5 części II załącznika nr 1 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 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 2012 r. poz. 739) w związku z § 14 rozporządzenia w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego.
4. Nieokazanie dokumentacji potwierdzającej sprawność techniczną aparatu do znieczulenia typ/model Akzent firmy Stephan o numerze fabrycznym 1600700090 znajdującego się w wyposażeniu SOR, do której posiadania i okazania organowi kontroli podmiot leczniczy 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, z późn. zm.).
5. 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.
6. Nieprawidłowe prowadzenie indywidualnej dokumentacji medycznej. Sprawdzone dokumentację 50 pacjentów, stwierdzając:
 - a) we wszystkich przypadkach – brak nazwy zakładu leczniczego, nazwy jednostki organizacyjnej oraz jej kodu resortowego stanowiącego część V systemu resortowych kodów identyfikacyjnych, a także nazwy komórki organizacyjnej, co jest niezgodne z § 10 ust. 1 pkt 1 lit. c-e rozporządzenia w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej,
 - b) we wszystkich przypadkach – brak karty indywidualnej opieki pielęgniarskiej oraz karty gorączkowej, co stanowi naruszenie § 15 ust. 1 pkt 1 i 4 ww. rozporządzenia,
 - c) w 34 przypadkach – brak karty zleceń lekarskich, co jest niezgodne z § 15 ust. 1 pkt 5 rozporządzenia w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej,
 - d) w 34 przypadkach, w części dotyczącej przebiegu hospitalizacji – brak informacji o zleceniach lekarskich oraz ich wykonaniu w formie karty zleceń lekarskich, a także we wszystkich przypadkach – brak informacji dotyczących procesu pielęgnowania i czynności pielęgniarskich w postaci karty indywidualnej opieki pielęgniarskiej, co stanowi naruszenie § 17 ust. 2 pkt 2 i 4 ww. rozporządzenia,
 - e) we wszystkich przypadkach, w *Kartach pobytu w SOR* w części dotyczącej wypisania pacjenta ze szpitala – brak podpisu lekarza kierującego oddziałem, co jest niezgodne

z § 24 ust. 2 rozporządzenia w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej.

7. Nieprawidłowe prowadzenie zbiorczej dokumentacji medycznej:

- a) *Księga chorych SOR* nie zawierała rozpoznania wstępnego, co stanowi naruszenie § 29 pkt 8 rozporządzenia w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej,
- b) *Księga odmów przyjęć i porad ambulatoryjnych SOR* nie zawierała oznaczenia lekarza kierującego, rozpoznania ustalonego przez lekarza kierującego, rozpoznania choroby, problemu zdrowotnego lub urazu, daty odmowy przyjęcia pacjenta do szpitala, ze wskazaniem roku, miesiąca, dnia oraz godziny i minuty w systemie 24-godzinny, wskazania powodu odmowy przyjęcia do szpitala, adnotacji o miejscu, do którego pacjent został skierowany, wraz z adnotacją o zleceniu transportu sanitarnego, jeżeli zostało wydane, oznaczenia lekarza, co jest niezgodne z § 28 ust. 1 pkt 4, 6, 8, 10, 11, 13, 14 ww. rozporządzenia,
- c) *Księga raportów lekarskich SOR* nie zawierała 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 stanowi naruszenie § 30 pkt 4 rozporządzenia w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej,
- d) *Księga raportów pielęgniarских SOR* nie zawierała 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 § 31 pkt 3 ww. rozporządzenia.

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. i 2. wystąpienia.
- 2. Wyposażenia brudownika znajdującego się w SOR w wentylację mechaniczną wyciągową, zgodnie z wymogiem określonym w pkt. 5. części II załącznika nr 1 do rozporządzenia w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą w związku z § 14 rozporządzenia w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego.
- 3. Przesłania do Mazowieckiego Urzędu Wojewódzkiego w Warszawie, poświadczonej za zgodność z oryginałem, kopii dokumentacji potwierdzającej sprawność techniczną aparatu do znieczulenia

typ/model Akzent firmy Stephan o numerze fabrycznym 1600700090 znajdującego się w wyposażeniu SOR.

4. Zaopatrywania w znaki identyfikacyjne wszystkich pacjentów przyjętych do Oddziału, zgodnie z obowiązkiem określonym w art. 36 ust. 3 ustawy o działalności leczniczej.
5. 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 6. wystąpienia, zaś dokumentacja zbiorcza – informacje wymienione w punkcie 7.

Zalecenia określone w punktach 1. i 2. należy zrealizować w terminie 3 miesięcy od daty otrzymania wystąpienia pokontrolnego.

Zalecenie określone w punkcie 3. należy zrealizować w terminie 30 dni od daty otrzymania wystąpienia pokontrolnego.

Zalecenia określone w punktach 4. i 5. należy zrealizować w terminie 14 dni od daty otrzymania wystąpienia pokontrolnego.

Jednocześnie zobowiązuję Pana Dyrektora do poinformowania Wojewody Mazowieckiego, z powołaniem znaku pisma WK-II.9612.1.127.2016, o sposobie realizacji zaleceń pokontrolnych.

z up. WOJEWODY MAZOWICKIEGO
Paweł Błasiak
Zastępca Dyrektora
Wydziału Kontroli

Do wiadomości:

Starostwo Powiatowe w Płońsku
ul. Płocka 39
09-100 Płońsk