



WOJEWODA MAZOWIECKI

Warszawa, 14 sierpnia 2015 r.

WK-II.9612.1.48.2015

**Pan
Olaf Truszczyński
Dyrektor
Wojskowego Instytutu
Medycyny Lotniczej
ul. Krasińskiego 54/56
01-755 Warszawa**

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 2015 r., poz. 618, z późn. zm.), przeprowadzona została kontrola problemowa w Klinice Neurologii, komórce organizacyjnej 003 Wojskowego Instytutu Medycyny Lotniczej (dalej WIML), mieszczącej się przy ul. Krasińskiego 54/56 w Warszawie.

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 protokole kontroli, podpisanym bez zastrzeżeń w dniu 8 lipca 2015 r., przekazuję Panu Dyrektorowi niniejsze wystąpienie pokontrolne.

W trakcie kontroli stwierdzono, że Klinika Neurologii dysponowała 15 łózkami – jak ustalono w księdze rejestrowej podmiotu leczniczego. Dla potrzeb Kliniki 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 dokumentacji podmiotu leczniczego zgromadzono dokumenty potwierdzające prawo wykonywania zawodu aktualnie zatrudnionej kadry lekarskiej i pielęgniarskiej. Podmiot posiadał umowę ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej, zgodnie z obowiązkiem ustalonym w art. 25 ust. 1 pkt 1 i ust. 2 ustawy o działalności leczniczej. W kontrolowanej klinice 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 2012 r., poz. 159, z późn. zm.). WIML dysponował dokumentacją potwierdzającą sprawność techniczną aparatury i sprzętu medycznego wykorzystywanego przy udzielaniu świadczeń medycznych w Klinice Neurologii, do której posiadania i okazania organowi kontroli podmiot 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 kontrolowanej kliniki 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 rozporządzenia Ministra Obrony Narodowej z dnia 2 października 2014 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej w podmiotach leczniczych utworzonych przez Ministra Obrony Narodowej oraz sposobu jej przetwarzania (dalej rozporządzenie w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej – Dz. U. z 2014 r., poz. 1508).

W wyniku kontroli stwierdzono następujące nieprawidłowości:

1. Niespełnienie wymogów określonych w rozporządzeniu 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) – pomieszczenia Kliniki Neurologii były przechodnie. Punkt pielęgniarski z pokojem socjalnym pielęgniarskim, brudownik, pomieszczenie higieniczno-sanitarne dla personelu oraz ciągi komunikacyjne (korytarz) były współużytkowane z Kliniką Chirurgii. Ponadto dla potrzeb Kliniki Neurologii wydzielono łóżko intensywnej opieki medycznej w trzyłóżkowej sali pooperacyjnej Zakładu Anestezjologii. Takim działaniem naruszono wymóg ustalony w § 15 ww. rozporządzenia.

W kontrolowanej klinice nie zostały spełnione również następujące warunki: zorganizowania przy punkcie pielęgniarskim pokoju przygotowawczego pielęgniarskiego, wyposażenia brudownika w płuczkę-dezynfektor lub urządzenie do dekontaminacji i urządzenie do utylizacji wkładów jednorazowych wraz z zawartością (w Klinice stosowane były baseny oraz kaczki wielokrotnego i jednorazowego użycia) oraz w wentylację mechaniczną wyciągową, co stanowi naruszenie norm ustalonych w pkt 2 i 5 części II załącznika nr 1 do rozporządzenia w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą.

2. 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.
3. Nieprawidłowe prowadzenie zbiorczej dokumentacji medycznej:
 - a) *Księga chorych oddziału* nie zawierała danych/informacji ustalonych w § 27 pkt 3, 6, 7, 10 i 11 rozporządzenia w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej:
 - godziny przyjęcia pacjenta,
 - oznaczenia lekarza prowadzącego,
 - godziny wypisu pacjenta,
 - adnotacji o miejscu, do którego pacjent został wypisany,
 - oznaczenia lekarza wypisującego,
 - b) *Księga raportów lekarskich* nie zawierała numeru kolejnego wpisu, co jest niezgodne z § 30 pkt 2 rozporządzenia w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej,
 - c) *Księga raportów pielęgniarskich* nie zawierała numeru kolejnego wpisu, co stanowi naruszenie § 28 pkt 2 rozporządzenia w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej,

- d) *Księga pracowni EEG* nie zawierała danych/informacji ustalonych w § 34 pkt 2, 6, i 8 rozporządzenia w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej:
- numeru kolejnego pacjenta w księdze,
 - oznaczenia lekarza zlecającego badanie,
 - oznaczenia osoby wykonującej badanie.

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

1. Dostosowania pomieszczeń Kliniki Neurologii do wymogów rozporządzenia w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą, w zakresie niezgodności wymienionych w punkcie 1. wystąpienia pokontrolnego – w terminie do 30 czerwca 2016 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 ww. dokumentacji medycznej, zgodnie z obowiązkiem ustalonym w § 7 ust. 3 rozporządzenia w sprawie zaopatrywania pacjentów szpitala w znaki identyfikacyjne.
3. Prowadzenia zbiorczej dokumentacji medycznej w szczególowości ustalonej w przepisach rozporządzenia w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej.

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.9612.1.48.2015, o sposobie realizacji zaleceń pokontrolnych.

z up. WOJEWODY MAZOWIECKIEGO

Edyta Ostrowska
Dyrektor
Wydziału Kontroli

Do wiadomości:
Ministerstwo Obrony Narodowej
ul. Klonowa 1
00-909 Warszawa