



WOJEWODA WIELKOPOLSKI
ZD-Pi.9612.8.2017.1

Poznań, 23.01.2018 r.

**ZESPÓŁ ZAKŁADÓW OPIEKI
ZDROWOTNEJ W CZARNKOWIE**
ul. Kościuszki 96
64-700 Czarnków

Na podstawie art. 111 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (t.j. Dz. U. z 2016 r., poz. 1638 z późn. zm.), działając z upoważnienia Wojewody Wielkopolskiego, zespół kontrolny Wielkopolskiego Urzędu Wojewódzkiego w Poznaniu, Wydział Zdrowia – Delegatura w Pile, przeprowadził w okresie od 18 września 2017 r. do 23 listopada 2017 r., kontrolę planową problemową, której przedmiotem było stwierdzenie spełniania wymagań, określonych w ustawach: z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (t.j. Dz. U. z 2016 r., poz. 1638, z późn. zm.), z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (t.j. Dz. U. z 2016 r., poz. 1868 z późn. zm.), z dnia 27 lipca 2001 r., o diagnostyce laboratoryjnej (t.j. Dz. U. z 2016 r., poz. 2245) i aktach wykonawczych do ww. ustaw oraz innych aktach normatywnych wskazanych w ww. ustawach, a także realizację opieki nad matką i dzieckiem. Okres objęty kontrolą: od 1 lipca 2016 r. do dnia kontroli.

Szczegółowe ustalenia z kontroli zawarto w protokole kontroli, który podpisał Pan XXXXXXXXXXXX w dniu 8 stycznia 2018 r., nie wnosząc zastrzeżeń.

Zalecenia pokontrolne:

1. Zaktualizować zapis w księdze rejestrowej w zakresie struktury organizacyjnej podmiotu leczniczego, gdyż na dzień kontroli nie funkcjonowały komórki organizacyjne: Poradnia Diabetologiczna (030), Poradnia Leczenia Bólu (031), Poradnia gastroenterologiczna (048), Gabinet zabiegowo-diagnostyczny (049) oraz Oddział Urazowo-Ortopedyczny (055). Stwierdzona niezgodność narusza art. 107 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (t.j. Dz. U. z 2016 r., poz. 1638 z późn. zm.).
2. Zgłosić organowi rejestrowemu aktualną liczbę łóżek w oddziale chorób wewnętrznych. Faktyczna liczba łóżek, stwierdzona podczas wizytacji pomieszczeń (43) nie jest zgodna z wpisem w księdze rejestrowej, ponieważ w księdze wskazano 41 łóżek. Powyższe narusza § 7 ust. 1 pkt 13 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 września 2011 r. w sprawie szczegółowego zakresu danych objętych wpisem do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą oraz szczegółowego trybu postępowania w sprawach dokonywania wpisów, zmian w rejestrze oraz wykreśleń z tego rejestru (t.j. Dz. U. z 2014 r., poz. 325 z późn. zm.) oraz art. 107 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej (t.j. Dz. U. z 2016 r., poz. 1638 z późn. zm.).
3. Podać do wiadomości pacjentów, na stronie internetowej podmiotu, wysokość opłaty za udostępnienie dokumentacji medycznej, ustalonej w sposób określony w art. 28 ust. 4 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Brak podania do wiadomości pacjentów powyższej informacji narusza wymogi art. 24 ust. 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (t.j. Dz. U. z 2016 r., poz. 1638 z późn. zm.).
4. Wyodrębnić salę operacyjną do cięć cesarskich dla Oddziału Ginekologiczno-Położniczego, w lokalizacji. Brak wyodrębnionej sali w przedmiotowym zakresie nie

odpowiada wymaganiom, które określa załącznik nr 3, Część I rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (t.j. Dz. U. z 2016 r., poz. 694).

5. Potwierdzić, w dokumentacji indywidualnej noworodka, odbiór zgłoszenia o porodzie przez położną POZ lub podmiot wykonujący działalność leczniczą w zakresie POZ. Brak potwierdzenia odbioru zgłoszenia o porodzie przez położną lub ww. podmiot narusza część XII pkt 19 oraz pkt 20 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 września 2012 r. w sprawie standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, położu oraz opieki nad noworodkiem (t.j. Dz. U. z 2016 r., poz. 1132).
6. Ustalać w Poradni Ginekologiczno-Położniczej podczas opieki przedporodowej nad kobietami w ciąży, wraz z ciężarną, plan opieki przedporodowej oraz plan porodu. Natomiast w dokumentacji indywidualnej ciężarnych odnotowywać fakt, iż w okresie pomiędzy 21 a 26 tyg. ciąży, osoba sprawująca opiekę nad ciężarną skierowała ją do położnej podstawowej opieki zdrowotnej. Stwierdzone nieprawidłowości naruszają zapis dotyczący części II i IV rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 września 2012 r. w sprawie standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, położu oraz opieki nad noworodkiem (t.j. Dz. U. z 2016 r., poz. 1132).
7. Przeprowadzić procedurę konkursową na stanowisko zastępcy dyrektora ds. lecznictwa, naczelniej pielęgniarki oraz oddziałowych: Oddziału Ginekologiczno-Położniczego; Oddziału Chirurgii Ogólnej z Pododdziałem Urazowo-Ortopedycznym; Bloku Operacyjnego; Oddziału Dziecięcego; Oddziału Neonatologicznego; Oddziału Wewnętrzny; Izby Przyjęć oraz Zespołu Ratownictwa Specjalistycznego i Zespołu Transportu Sanitarnego. Brak przeprowadzenia konkursu na ww. stanowiska narusza art. 49 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (t.j. Dz. U. z 2016 r., poz. 1638 z późn. zm.).
8. Wyposażyć w kolposkop Poradnię Położniczo-Ginekologiczną Brak wymienionego sprzętu w ww. poradni narusza art. 17 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (t.j. Dz. U. z 2016 r., poz. 1638 z późn. zm.).
9. Prowadzić dokumentację medyczną zgodnie z wymogami rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 roku w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. z 2015 r., poz. 2069). Prowadzona dokumentacja medyczna w podmiocie była niezgodna z wymogami prawa, gdyż:
 - *Księga główna przyjęć i wypisów* nie zawierała:
 - oznaczenia podmiotu zgodnie z § 10 ust. 1 pkt. 1 (nazwa podmiotu leczniczego nieprawidłowa, brakowało: kodu resortowego stanowiącego część I systemu resortowych kodów identyfikacyjnych, nazwy zakładu leczniczego, nazwy jednostki organizacyjnej oraz jej kodu resortowego stanowiącego część V systemu resortowych kodów identyfikacyjnych, nazwy komórki organizacyjnej oraz jej kodu resortowego stanowiącego część VII systemu resortowych kodów identyfikacyjnych, adres miejsca udzielania świadczeń był nieprawidłowy; było ul. Kościuszki 96 a powinno być ul. Kościuszki 94), czym naruszono § 27 pkt 1 rozporządzenia,
 - rozpoznania onkologicznego po wypisaniu pacjenta, na podstawie wyniku badania diagnostycznego, który nie był znany w dniu wypisu, co narusza § 27 pkt 8 rozporządzenia.

- *Księga odmów przyjęć i porad ambulatoryjnych udzielanych w izbie przyjęć* nie zawierała: oznaczenia podmiotu zgodnie z § 10 ust. 1 pkt 1 (brakowało: kodu resortowego, nazwy zakładu leczniczego, nazwy jednostki organizacyjnej i jej kodu resortowego, stanowiącego część V systemu resortowych kodów identyfikacyjnych, nazwy komórki organizacyjnej oraz jej kodu resortowego stanowiącego część VII systemu resortowych kodów identyfikacyjnych), co narusza § 28 pkt 1 rozporządzenia.
 - *Księgi chorych oddziału* (dot. Oddziału Chorób Wewnętrznych, Oddziału Chirurgii Ogólnej z Pododdziałem Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej, Oddziału Ginekologiczno-Położniczego, Pediatricznego, Neonatologicznego, Anestezjologii i Intensywnej Terapii oraz Izby Przyjęć) nie zawierały: prawidłowego oznaczenia podmiotu (brakowało nazwy zakładu leczniczego oraz nazwy jednostki organizacyjnej; adres udzielania świadczeń zdrowotnych był nieprawidłowy, było ul. Kościuszki 96, a powinno być ul. Kościuszki 94); numeru pacjenta w księdze; rozpoznania onkologicznego po wypisaniu pacjenta, na podstawie wyniku badania diagnostycznego, który nie był znany w dniu wypisu oraz adnotacji o miejscu, do którego pacjent został wypisany. Ponadto w oddziale chirurgii ogólnej z pododdziałem chirurgii urazowo-ortopedycznej nazwa komórki organizacyjnej była nieprawidłowa (było Oddział Chirurgii Ogólnej a powinno być Oddział Chirurgii Ogólnej z Pododdziałem Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej); powyższe narusza § 29 pkt 1, 2, 10, 11 rozporządzenia.
 - *Księgi raportów lekarskich*
 - a) Oddział Chorób Wewnętrznych oraz Oddział Pediatriczny; oznaczenie podmiotu było niezgodne z § 10 ust. 1 pkt 1 rozporządzenia oraz brakowało numeru kolejnego wpisu, co narusza § 30 pkt 1 i pkt 2 rozporządzenia,
 - b) Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Oddział Neonatologiczny oraz Oddział Chirurgii Ogólnej z Pododdziałem Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej; oznaczenie podmiotu było niezgodne z § 10 ust. 1 pkt 1 rozporządzenia, co narusza § 30 pkt 1 rozporządzenia,
 - *Księgi raportów pielęgniarskich**
 - a) Oddział Chorób Wewnętrznych; księga nie zawierała oznaczenia podmiotu zgodnie z § 10 ust. 1 pkt 1 rozporządzenia, co narusza § 31 pkt 1 rozporządzenia,
 - b) Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii; księga nie zawierała: oznaczenia podmiotu zgodnie z § 10 ust. 1 pkt 1 rozporządzenia, numeru kolejnego wpisu oraz statystyki oddziału, co narusza § 31 pkt 1, 2 i 4 rozporządzenia,
 - c) Oddział Neonatologiczny; księga nie zawierała numeru kolejnego wpisu, co narusza § 31 pkt 2 rozporządzenia,
 - d) Oddział Pediatriczny; księga nie zawierała oznaczenia podmiotu zgodnie z § 10 ust. 1 pkt 1 rozporządzenia oraz treści raportu, co narusza § 31 pkt. 1 i pkt 3 rozporządzenia,
 - e) Oddział Chirurgii Ogólnej z Pododdziałem Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej; księga nie zawierała oznaczenia podmiotu zgodnie z § 10 ust. 1 pkt 1 rozporządzenia, numeru kolejnego pacjenta w księdze (był nr sali) natomiast oznaczenie pielęgniarki dokonującej wpisu nie było zgodne z § 10 ust. 1 pkt 3 rozporządzenia (brakowało tytułu zawodowego oraz podpisów pielęgniarek), co narusza § 31 pkt 1, 2, 6 rozporządzenia.
- * *W większości wpisów oznaczenie pielęgniarki dokonującej wpisu było niezgodne z § 10 ust. 1 pkt 3 rozporządzenia (brakowało tytułu zawodowego).*
- *Księga bloku operacyjnego* nie zawierała: oznaczenia podmiotu, zgodnie z § 10 ust. 1 pkt 1; kodu resortowego komórki organizacyjnej, w której pacjent przebywał; oznaczenia lekarza kierującego na zabieg albo operację, zgodnie z § 10 ust. 1 pkt 3 lit. a, a w przypadku gdy kierującym był inny podmiot - także nazwy tego podmiotu; rodzaju zabiegu albo operacji; szczegółowego opisu przebiegu zabiegu albo operacji; zleconych badań diagnostycznych; szczegółowego opisu znieczulenia zastosowanego u pacjenta oraz oznaczenia osób wchodzących odpowiednio w skład zespołu operacyjnego, zgodnie

z § 10 ust. 1 pkt 3, z wyszczególnieniem osoby kierującej wykonaniem operacji albo zabiegu. Powyższe stanowi naruszenie § 33 pkt 1, 4, 6, 9, 10, 11, 12 i 13 rozporządzenia.

- *Księga sali porodowej* nie zawierała: czasu trwania poszczególnych okresów porodu; adnotacji o miejscu, do którego pacjentka została wypisana z bloku porodowego albo Sali porodowej, co narusza odpowiednio § 34 pkt 11, 14 rozporządzenia.
 - *Księga noworodków* nie zawierała: numeru PESEL matki noworodka, a w razie braku PESEL - rodzaju i numeru dokumentu potwierdzającego tożsamość, co narusza § 35 pkt 3 rozporządzenia.
 - *Księgi zabiegów*
- a) Oddział Ginekologiczno-Położniczy - księga nie zawierała: oznaczenia lekarza zlecającego zabieg zgodnie z § 10 ust. 1 pkt 3 lit. a, a w przypadku gdy zlecającym był inny podmiot - także nazwy tego podmiotu, co narusza § 32 pkt 5 rozporządzenia,
- b) Poradnia Ginekologiczno-Położnicza - księga opisana jako „Rejestr wykonywanych zabiegów” nie zawierała: kodu resortowego, stanowiącego część I systemu resortowych kodów identyfikacyjnych; nazwy zakładu leczniczego; nazwy jednostki organizacyjnej oraz jej kodu resortowego stanowiącego część V systemu resortowych kodów identyfikacyjnych; kodu resortowego stanowiącego część VII systemu resortowych kodów identyfikacyjnych, co narusza § 32 pkt 1 rozporządzenia.

Na pozostałych kontrolowanych oddziałach prowadzono zamiast księgi zabiegów kartę diagnostyki i farmakoterapii dla poszczególnych pacjentów. Brak prowadzenia dokumentacji medycznej zbiorczej w formie księgi zabiegów narusza § 12 pkt 2 lit. g przytoczonego rozporządzenia.

- *Księga przyjęć* prowadzona dla Poradni Ginekologiczno-Położniczej nie zawierała oznaczenia podmiotu zgodnie z § 10 ust. 1 pkt 1; imienia i nazwiska oraz podpisu osoby dokonującej wpisu, co narusza odpowiednio § 43 pkt 1, 7 rozporządzenia.
- *Księga pracowni diagnostycznej*, prowadzona dla Pracowni Rentgenodiagnostyki Ogólnej, nie zawierała:
 - oznaczenia podmiotu, zgodnie z § 10 ust. 1 pkt 1 rozporządzenia (nazwa podmiotu nieprawidłowa, brakowało: kodu resortowego, stanowiącego część I systemu resortowych kodów identyfikacyjnych, nazwy zakładu leczniczego oraz nazwy jednostki organizacyjnej, kody resortowe jednostki i komórki były nieprawidłowe - kod jednostki organizacyjnej był 00, a powinno być 04, natomiast kod komórki był 001 a powinno być 011), czym naruszono § 36 pkt 1 rozporządzenia,
 - numeru kolejnego pacjenta w księdze (był nr skierowania), czym naruszono § 36 pkt 2 rozporządzenia,
 - oznaczenia osoby wykonującej badanie zgodnie z § 10 ust. 1 pkt 3 wymienionego rozporządzenia; (było imię i nazwisko), brak w oznaczeniu tytułu zawodowego narusza § 36 pkt 8 rozporządzenia.

Ponadto:

- Do historii choroby nie dołączało się dokumentu dodatkowego w formie Karty obserwacji, co narusza § 15 ust. 1 pkt 3 wymienionego rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 roku w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. z 2015 r., poz. 2069),
- Historia choroby, w części dotyczącej przyjęcia pacjenta do szpitala, nie zawierała numeru w księdze chorych oddziału, pod którym dokonano wpisu o przyjęciu pacjenta, co narusza § 16 ust. 1 pkt 2 ww. rozporządzenia,
- Do dokumentacji medycznej indywidualnej pacjenta dołączało się błędne oświadczenia o upoważnieniu osoby bliskiej do uzyskiwania dokumentacji medycznej; oświadczenia zawierały zapis „(...) w przypadku mojej śmierci (...)”, co narusza § 8 ust. 1 pkt 2 ww. rozporządzenia,

- Przy wypisywaniu pacjenta ze szpitala nie dokonywało się adnotacji w dokumentacji medycznej o dokonaniu sprawdzenia zgodności znaku identyfikacyjnego umieszczonego na opasce, ze znakiem identyfikacyjnym umieszczonym w indywidualnej dokumentacji medycznej, do czego zobowiązuje § 7 ust. 3 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 września 2012 roku w sprawie warunków, sposobu i trybu zaopatrywania pacjentów w znaki identyfikacyjne oraz sposobu postępowania w razie stwierdzenia ich braku (Dz. U. z 2012 r., poz. 1098).

Wobec powyższego, wnoszę o przekazanie informacji o wykonaniu zaleceń oraz podjętych działaniach, w celu wyeliminowania w przyszłości stwierdzonych nieprawidłowości lub przyczynach ich niepodjęcia.

Informację proszę przekazać w terminie 30 dni od daty otrzymania niniejszego pisma, informując Wielkopolski Urząd Wojewódzki w Poznaniu, Wydział Zdrowia, al. Niepodległości 16/18, 61-713 Poznań.

z up. Wojewody Wielkopolskiego
Damian Marciniak
Dyrektor
Wydziału Zdrowia

2018-01-12
Kierownik Oddziału Kontroli
w Podmiotach Leczniczych
Agata Goździewińska

Doradca
Wojewody Wielkopolskiego
Artur Janik

Zgodnie z Ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (t.j. Dz. U. z 2018 r., poz. 1000), poszczególne treści dokumentu zostały objęte anonimizacją.

Przygotowała: Zofia Rudkowska, specjalista, 26.11.2018 r.