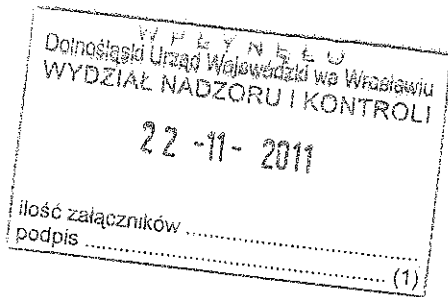




WOJEWODA DOLNOŚLĄSKI

Wrocław, dnia 22 listopada 2011r.

PS-NZP.9612.52.2011-4



Pan  
Bolesław Jakubiak  
Kierownik  
Przychodnia Rejonowa  
ul. Legnicka 12  
59-225 Chojnów

### WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

W dniu od 31 sierpnia do 7 października 2011 r. Zespół Kontrolny Wydziału Polityki Społecznej Dolnośląskiego Urzędu Wojewódzkiego we Wrocławiu – działając na podstawie z art.28., art. 30 oraz 36 ustawy z dnia 23 stycznia 2009 r. o wojewodzie i administracji rządowej w województwie ( Dz. U. z 2009 r., Nr 31, poz. 206 ), art. 111 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. Nr 112 z 2011 r. poz. 654) i § 7 Zarządzenia Nr 225 Wojewody Dolnośląskiego z dnia 26 lipca 2011 r. w sprawie kontroli zewnętrznych prowadzonych przez Wojewodę Dolnośląskiego oraz upoważnienia numer PS-NZP.0030-295 / 11 z dnia 20 lipca 2011 r. przeprowadził kontrolę problemową dotyczącą realizacji świadczeń zdrowotnych, ze szczególnym uwzględnieniem profilaktycznej opieki nad matką i dzieckiem wynikających z ustawy z dnia z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. Nr 112 z 2011 r. poz. 654).

Okres objęty kontrolą od 01.01.2010 r. do dnia kontroli.

Wyniki kontroli ujęto w protokole kontroli nr PS-NZP.9612.52.2011-3

## **Część I. Stwierdzono , że :**

### **1. W zakresie profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą od 0 do 18 r. ż. realizowanej przez lekarza.**

Profilaktyczną opiekę nad dziećmi i młodzieżą sprawują:

- dr n. med., pediatra II<sup>o</sup> Jerzy Liszewski,
- dr n. med. pediatra II<sup>o</sup> i specjalista medycyny rodzinnej Ewa Rudziak

Poradnia dla Dzieci Zdrowych jest czynna : 4 x w tygodniu (od wtorku do piątku w godzinach od 10 do 12.

W tych godzinach lekarz pediatra wykonuje okresowe, obowiązkowe badania profilaktyczne u dzieci i młodzieży oraz badania okresowe dzieci prze szczepieniami ochronnymi.

Opis czynności lekarskich (badania przedmiotowe i podmiotowe) znajduje się w historiach zdrowia i choroby pacjentów.

Podczas przeprowadzonej kontroli przeanalizowano wybrane losowo historie zdrowia i choroby dzieci i młodzieży

Na tej podstawie stwierdzono że:

- 1) Badania bilansowe dzieci w wieku 2, 4, 16 i 18 lat są wykonywane przez lekarza pediatrę w przychodni a opis badań lekarskich wpisywany jest do dokumentacji indywidualnej i zbiorczej. 6, 10 i 13 latki badane są przez pediatrę w szkole - oryginały karty profilaktycznego badania ucznia pozostają u pielęgniarki pracującej w gabinecie profilaktyki i pomocy przedlekarskiej w szkole a kserokopie tych kart dołączane są do historii zdrowia i choroby ucznia w przychodni.
- 2) Wizyty patronażowe wykonywane są przez lekarza pediatrę w domu noworodka a opisy pierwszego badania lekarskiego zawarte są w historii choroby badanych dzieci zgodnie z obowiązującym Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 22 października 2010 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, załącznik nr 1 ( Dz. U. Nr 208 z 2010 r. poz. 1376).
- 3) Niemowlęta po 6, 9 i 12 miesiącu życia dziecka są badane przez pediatrę a ich stan zdrowia , opisywany jest w dokumentacji indywidualnej.
  - Książka noworodków prowadzona prawidłowo, w formie papierowej.
  - Książka bilansów i grup dyspanseryjnych prowadzona w formie papierowej.
  - Prowadzony jest rejestr - zeszyt chorób zakaźnych.

Na podstawie skontrolowanej dokumentacji indywidualnej i zbiorczej dokumentacji medycznej, stwierdzam, że jest ona prowadzona zgodnie z wymogami Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania ( Dz. U. Nr 252 z 2010 r. poz. 1697).

**2. W zakresie profilaktycznej opieki zdrowotnej realizowanej przez pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej:**

Profilaktyczną opiekę w środowisku rodzinnym realizują: Pani Małgorzata Czudowska, Pani Joanna Wiklak, Pani Małgorzata Szechowska oraz Pani Grażyna Hepner – pielęgniarki poz posiadające wymagane kwalifikacje.

Dokumentacja medyczna – zbiorcza oraz indywidualna dokumentacja prowadzona jest w formie papierowej, dokumentacja zbiorcza – książka pracy terenowej prowadzona jest zgodnie z obowiązującymi przepisami.

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. z 2010 r., Nr 252, poz. 1697)

**Stwierdzone nieprawidłowości:**

1. W przychodni brak jest oznakowania gabinetu pielęgniarki oraz harmonogramu pracy zamieszczonego w widocznym dla pacjentów miejscu gdy zgodnie z Załącznikiem nr 2 Część I. ust. 2 pkt 1) rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 października 2010 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2010 r., Nr 208, poz. 1376) świadczeniodawca zapewnia dostępność do świadczeń pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej w miejscu ich udzielania od poniedziałku do piątku, w godzinach pomiędzy 8.00 do 18.00, z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy, zgodnie z harmonogramem pracy świadczeniodawcy.

2. Świadczenia gwarantowane ( wizyty patronażowe u niemowląt w 3-4 m-ca życia dziecka) nie są realizowane przez pielęgniarki poz pracujące w środowisku rodzinnym zgodnie z obowiązującym przepisami. Zgodnie z Załącznikiem nr 2 Część II. Lp. 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 października 2010 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2010 r., Nr 208, poz. 1376) pielęgniarka poz realizuje u każdego zadeklarowanego niemowlęcia w 3-4 miesiącu życia wizytę patronażową w środowisku rodzinnym

3. Dokumentacja indywidualna nie jest prowadzona jest prawidłowo - brak części dotyczącej opieki środowiskowej realizowanej przez pielęgniarkę poz.

Zgodnie z § 42 ust. 5 rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. z 2010 r., Nr 252, poz. 1697) Historia zdrowia i choroby w części dotyczącej opieki środowiskowej zawiera:

- opis środowiska epidemiologicznego,
- datę rozpoczęcia i zakończenia opieki pielęgniarskiej,
- rodzaj i zakres czynności pielęgniarki dotyczącej pacjenta i jego środowiska, w szczególności rozpoznanie problemów pielęgnacyjnych i psychospołecznych,
- plan opieki pielęgniarskiej lub położniczej oraz adnotacje związane z wykonywaniem czynności, w tym wynikających ze zleceń lekarskich, oznaczenie pielęgniarki;

### **3. W zakresie profilaktycznej opieki zdrowotnej realizowanej przez położną podstawowej opieki zdrowotnej**

Świadczenia położnej podstawowej opieki zdrowotnej realizują położne posiadające wymagane kwalifikacje. Położne korzystają z izolatki w poradni dzieci chorych i z pomieszczenia socjalnego do udzielania świadczeń zdrowotnych. Gabinety te nie są oznakowane, brak harmonogramu pracy położnych i nie są wyposażone zgodnie z Częścią III rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 października 2010 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2010 r., Nr 208, poz. 1376).

Położne realizują profilaktyczną opiekę nad kobietą ciężarną w zakresie praktycznego i teoretycznego przygotowania do porodu, położu, karmienia piersią i rodzicielstwa. W 2010 roku objęły opieką 3,6% kobieta ciężarnych zadeklarowanych do położnej, a w 2011 roku zwiększył się odsetek kobiet ciężarnych objętych opieką profilaktyczną do 12,9%. Położne prowadzą indywidualną dokumentację medyczną, w której brak jest planu opieki procesu pielęgnowania i potwierdzenia wykonania wizyty przez świadczeniobiorcę wbrew obowiązkowi wynikającemu z rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 października 2005 roku w sprawie zakresu zadań lekarza, pielęgniarki i położnej podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 214, poz. 1816), rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 23 września 2010 roku w sprawie standardów postępowania oraz procedur medycznych przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie

fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, położu oraz opieki nad noworodkiem (Dz. U. z 2010 r., Nr 187, poz. 1259), rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. z 2010 r., Nr 252, poz. 1697), Zarządzenia nr 74/2010/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 1 grudnia 2010 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: podstawowa opieka zdrowotna.

Położne realizowały świadczenia w zakresie opieki nad noworodkiem/niemowlęciem do końca 2 miesiąca. W 2010 roku średnio wykonały po 3,9 wizyt profilaktycznych u położnicy i noworodka/niemowlęcia, a w 2011 roku 4,3. Z analizy losowo wybranej dokumentacji medycznej prowadzonej przez położne wynika, że położne nie prowadzą Historii zdrowia i choroby w części dotyczącej środowiska, lecz dokonują wpisów w Historii zdrowia i choroby prowadzonej przez lekarza wbrew obowiązkowi wynikającemu z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. z 2010 r., Nr 252, poz. 1697). Noworodka zamieszkałego w Chojnowie obejmuje opieką po 48 godzinach od otrzymania zgłoszenia. U noworodków i położnic zamieszkałych poza Chojnowem pierwszą wizytę wykonują nawet po 7 dniach od otrzymania zgłoszenia ze względu na brak transportu wbrew obowiązkowi wynikającemu z rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 października 2010 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2010 r., Nr 208, poz. 1376), rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 23 września 2010 r. w sprawie standardów postępowania oraz procedur medycznych przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, położu oraz opieki nad noworodkiem (Dz. U. z 2010 r., Nr 187, poz. 1259). Wykonane wizyty nie są potwierdzone w dokumentacji indywidualnej podpisem świadczeniobiorcy lub opiekuna wbrew obowiązkowi wynikającemu z Zarządzenia Nr 74/2010/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 1 grudnia 2010 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń w rodzaju: podstawowa opieka zdrowotna.

Położne nie dokumentują w indywidualnej dokumentacji medycznej wykonanych kolejnych wizyt patronażowych u położnicy wbrew obowiązkowi wynikającemu z rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. z 2010 r., Nr 252, poz. 1697), rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 października 2010 r. zmieniające

rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2010 r., Nr 208, poz. 1376), rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 23 września 2010 r. w sprawie standardów postępowania oraz procedur medycznych przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, położu oraz opieki nad noworodkiem (Dz. U. z 2010 r., Nr 187, poz. 1259), Zarządzenia Nr 74/2010/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 1 grudnia 2010 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń w rodzaju: podstawowa opieka zdrowotna.

## **Część II. Zalecenia pokontrolne**

Na podstawie ustaleń kontroli, w celu dalszej poprawy profilaktycznej opieki nad matką i dzieckiem zalecamy:

### **1. W zakresie profilaktycznej opieki realizowanej przez pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej:**

1. Należy w przychodni oznaczyć gabinet pielęgniarki oraz zamieścić w widocznym dla pacjentów miejscu harmonogram pracy, zgodnie z Załącznikiem nr 2 Część I. ust. 2 pkt 1) rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 października 2010 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2010 r., Nr 208, poz. 1376) świadczeniodawca zapewnia dostępność do świadczeń pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej w miejscu ich udzielania od poniedziałku do piątku, w godzinach pomiędzy 8.00 do 18.00, z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy, zgodnie z harmonogramem pracy świadczeniodawcy.
2. Pielęgniarki poz powinny realizować u każdego zadeklarowanego niemowlęcia w 3-4 miesiącu życia wizytę patronażową w środowisku rodzinnym
3. Pielęgniarki powinny prowadzić obowiązującą indywidualną wewnętrzną dokumentację medyczną zawierającą zgodnie z § 42 ust. 5 rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. z 2010 r., Nr 252, poz. 1697) Historia zdrowia i choroby w części dotyczącej opieki środowiskowej zawiera opis środowiska epidemiologicznego, datę rozpoczęcia i zakończenia opieki pielęgniarskiej, rodzaj i zakres czynności pielęgniarki dotyczącej pacjenta i jego

środowiska, w szczególności rozpoznanie problemów pielęgnacyjnych i psychospołecznych, plan opieki pielęgniarstwa oraz adnotacje związane z wykonywaniem czynności, w tym wynikających ze zleceń lekarskich, oznaczenie pielęgniarki (imię, nazwisko, tytuł zawodowy oraz numer prawa wykonywania zawodu).

**2. W zakresie profilaktycznej opieki realizowana przez położną podstawowej opieki zdrowotnej:**

1. Oznaczyć gabinet położnej oraz umieścić w widocznym miejscu harmonogram pracy położnej podstawowej opieki zdrowotnej.
2. Wyposażyć gabinet położnej zgodnie z obowiązującymi wymaganiami.
3. Poprawić przepływ informacji między wszystkimi świadczeniodawcami (lekarze, pielęgniarki, położne) i nawiązać ściślejszą współpracę.
4. Uaktualnić dostępne informacje dla pacjentów na tablicy informacyjnej i na stronie internetowej (jeżeli placówka posiada stronę internetową) dotyczące profilaktycznej opieki nad kobietą ciężarną sprawowaną przez położną poz.
5. Opracować plan edukacji przedporodowej dla kobiet ciężarnych oraz wprowadzić edukację przedporodową dla kobiet ciężarnych w formie indywidualnej lub grupowej.
6. Obejmować profilaktyczną opieką noworodka przez położną do 48 godzin od daty wypisu ze szpitala.
7. Dokumentować wykonane świadczenia zdrowotne zgodnie z obowiązującymi przepisami.

**Część III. Postanowienia końcowe:**


1. Pan Bolesław Jakubiak- Kierownik kontrolowanego podmiotu, w terminie 30 dni od daty otrzymania wystąpienia pokontrolnego zobowiązany jest do wykonania wniosków i zaleceń pokontrolnych oraz zawiadomienia zarządzającego kontrolę o ich wykonaniu lub przyczynie ich nie wykonania.
2. Wystąpienie pokontrolne sporządza się w trzech jednobrzmiących egzemplarzach po jednym dla kierownika kontrolowanego podmiotu i dla przeprowadzającego kontrolę oraz dla Wydziału Nadzoru i Kontroli Dolnośląskiego Urzędu Wojewódzkiego we Wrocławiu.

z up. WOJEWODY DOLNOŚLĄSKIEGO

SPECJALISTA

  
Barbara Smektała

KIEROWNIK ODDZIAŁU

  
Lech Lenkiewicz

  
Piotr Kolbeka  
Z-CARDYREKTORA  
Wydziału Polityki Społecznej