



WOJEWODA DOLNOŚLĄSKI

Wrocław, dnia 12 września 2013 r.

PS-ZP. 9612.100. 2013

W P Ł Y N Ę Ł O	
Dolnośląski Urząd Wojewódzki we Wrocławiu	
WYDZIAŁ NADZORU I KONTROLI	
12 -09- 2013	
Ilość załączników	
Podpis	

Kierownik

SP Gminny Ośrodek Zdrowia

ul. Długa 15

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

W dniach od 13 do 30 sierpnia 2013r. na podstawie art. 111 i 112 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej (t. j Dz. U. z dnia 15 lutego 2013 poz. 217), § 14 Zarządzenia nr 40 Wojewody Dolnośląskiego z dnia 25 lutego 2013 r. w sprawie kontroli realizowanych przez Wojewodę Dolnośląskiego oraz upoważnienia numer PS-Z.0030-270/2013 z dnia 22 lipca 2013 r. wydanego z upoważnienia Wojewody Dolnośląskiego przez Zastępcę Dyrektora Wydziału Polityki Społecznej Dolnośląskiego Urzędu Wojewódzkiego we Wrocławiu, zespół kontrolny w składzie: *[Signature]* – inspektor wojewódzki - przewodnicząca zespołu oraz *[Signature]* - inspektor wojewódzki - kontroler z Wydziału Polityki Społecznej Dolnośląskiego Urzędu Wojewódzkiego we Wrocławiu przeprowadził kontrolę problemową w trybie zwykłym w **Samodzielnym Publicznym Gminnym Ośrodku Zdrowia ul. Długa 15, 58-521 Jeżów Sudecki** **Przedmiotem kontroli była ocena realizacji przez podmiot leczniczy profilaktycznej opieki zdrowotnej nad niemowlęciem, dzieckiem i młodzieżą (pielęgniarka poz).**

Okres objęty kontrolą: od 1 stycznia 2012 roku do dnia kontroli.

Osobami odpowiedzialnymi za wykonywanie zadań w zakresie kontrolowanych zagadnień były:

1. Pan *[Signature]* - kierownik kontrolowanej jednostki,
2. Pani *[Signature]* – pielęgniarka poz,
3. Pani *[Signature]* - pielęgniarka poz.

INSPEKTOR WOJEWÓDZKI

[Signature]

Kontrola realizowana była zgodnie z zatwierdzonym w dniu 28 czerwca 2013 r. przez Wojewodę Dolnośląskiego planem kontroli na II półrocze 2013 r.

W związku z przedmiotową kontrolą, której szczegółowe ustalenia zostały zawarte w protokole kontroli sygn. PS-Z.9612.100.2013 wysłanym do kontrolowanej jednostki w dniu 2 września 2013 roku, podpisanym przez Pana Andrzeja Żywickiego - kierownika kontrolowanej jednostki w dniu 4 września 2013 r., bez wnoszenia zastrzeżeń, przekazuję niniejsze wystąpienie pokontrolne.

Na podstawie wyników przeprowadzonej kontroli przyznaję ocenę pozytywną z nieprawidłowościami.

W wyniku przeprowadzonej kontroli stwierdzono następujące uchybienia i nieprawidłowości w wykonywaniu kontrolowanej działalności:

W zakresie realizacji profilaktycznej opieki zdrowotnej nad niemowlętami, dziećmi i młodzieżą sprawowanej przez pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej w przychodni oraz w środowisku rodzinnym.

Profilaktyczną opiekę w poradni dzieci zdrowych sprawuje pielęgniarka, posiadająca wymagane kwalifikacje.

Profilaktyczną opiekę w środowisku rodzinnym realizuje pielęgniarka posiadająca wymagane kwalifikacje (kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa środowiskowo-rodzinnego).

W wyniku przeprowadzonej kontroli stwierdzono następujące nieprawidłowości w wykonywaniu kontrolowanej działalności:

1. Pielęgniarka. poz realizuje świadczenia gwarantowane tj. u wszystkich dzieci w określonych grupach wiekowych wykonuje testy przesiewowe, ale nie dokumentuje oraz nie poświadcza w indywidualnej dokumentacji medycznej wewnętrznej dzieci (historia zdrowia i choroby dziecka) wykonania badań profilaktycznych pełnymi danymi identyfikującymi osobę wykonującą świadczenia (imię, nazwisko, tytuł zawodowy, numer prawa wykonywania zawodu, podpis oraz data wpisu),

gdzie zgodne z Załącznikiem nr 2 Część II. Lp. 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 października 2010 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2010 r., Nr 208, poz. 1376) pielęgniarka poz wykonuje u wszystkich dzieci w określonych grupach wiekowych testy przesiewowe :

2-6 miesiąc życia (w terminach odpowiadających szczepieniom ochronnym)

1. Wykrywanie zaburzeń rozwoju fizycznego - pomiary: masy i długości ciała, obwodu głowy i klatki piersiowej.
2. Podstawowa ocena rozwoju psychomotorycznego.
3. Orientacyjne badanie wzroku.

9 miesiąc życia

1. Wykrywanie zaburzeń rozwoju fizycznego - pomiary: masy i długości ciała, obwodu głowy i klatki piersiowej.
2. Orientacyjna ocena rozwoju psychomotorycznego.
3. **Orientacyjne badanie wzroku i słuchu.**

12 miesiąc życia

1. Wykrywanie zaburzeń rozwoju fizycznego - pomiary: masy i długości ciała, obwodu głowy i klatki piersiowej, BMI
2. Orientacyjna ocena rozwoju psychomotorycznego.
3. Orientacyjne badanie wzroku i słuchu.
4. Pomiar ciśnienia tętniczego krwi.
5. Instruktaż w zakresie higieny jamy ustnej.

2 lata

1. Wykrywanie zaburzeń rozwoju fizycznego - pomiary: masy i długości ciała, BMI.
2. Orientacyjna ocena rozwoju psychomotorycznego.
3. Orientacyjne badanie słuchu.
4. Test Hirschberga w kierunku wykrywania zezów.
5. Pomiar ciśnienia tętniczego krwi.

4 lata

1. Wykrywanie zaburzeń rozwoju fizycznego - pomiary wzrostu i masy ciała, BMI.
2. Orientacyjne wykrywanie zaburzeń ostrości wzroku i uszkodzeń słuchu.
3. Orientacyjne wykrywanie zaburzeń statyki ciała.
4. Pomiar ciśnienia tętniczego krwi.

5 lat

1. Orientacyjne wykrywanie zaburzeń rozwoju fizycznego. BMI
2. Orientacyjne wykrywanie zaburzeń ostrości wzroku i uszkodzeń słuchu.
3. Orientacyjne wykrywanie zaburzeń statyki ciała.
4. Orientacyjne wykrywanie wad wymowy.
5. Pomiar ciśnienia tętniczego krwi.

oraz

zgodnie z §4.1, §4.2, §5, §6.1, §10.1 pkt 3 i pkt 5 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). pielęgniarka wpisów w dokumentacji medycznej dokonuje się niezwłocznie po udzieleniu świadczenia zdrowotnego, w sposób czytelny i w porządku chronologicznym.

Każdy wpis w dokumentacji opatruje się oznaczeniem osoby dokonującej wpisu- oznaczeniem osoby udzielającej świadczeń zdrowotnych tj. **pielęgniarka powinna poświadczać w indywidualnej dokumentacji wewnętrznej (historia zdrowia i choroby dziecka) wykonanie badań profilaktycznych pełnymi danymi identyfikującymi osobę wykonującą świadczenia (imię, nazwisko, tytuł zawodowy, numer prawa wykonywania zawodu, podpis oraz datę dokonania wpisu).**

2. Dokumentacja wewnętrzna indywidualna prowadzona przez pielęgniarki poz, w historii zdrowia i choroby w części dotyczącej opieki środowiskowej w tym wizyt patronażowych zawiera :

- opis środowiska epidemiologicznego,
- datę rozpoczęcia i zakończenia opieki pielęgniarskiej,

nie zawiera:

- oznaczenia osoby udzielającej świadczeń - pielęgniarki środowiskowej (nazwisko i imię, tytuł zawodowy, **numer prawa wykonywania zawodu**, podpis oraz datę dokonania wpisu)- w trakcie trwania kontroli zostały zmienione pieczętki pielęgniarek poz zgodnie z zaleceniami tj. nazwisko i imię, tytuł zawodowy, **numer prawa wykonywania zawodu**),
- rodzaju i zakresu czynności pielęgniarki dotyczących pacjenta i jego środowiska, w szczególności rozpoznanie problemów pielęgnacyjnych i psychosomatycznych, planu opieki pielęgniarskiej oraz adnotacji związanych z wykonaniem czynności, w tym wynikających ze zleceń lekarskich.

gdzie zgodnie z § 42.5 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). Historia zdrowia i choroby w części dotyczącej opieki środowiskowej zawiera:

a. opis środowiska epidemiologicznego,

b. datę rozpoczęcia i zakończenia opieki pielęgniarstwa,

c. oznaczenie osoby udzielającej świadczeń - pielęgniarki środowiskowej (nazwisko i imię, tytuł zawodowy, numer prawa wykonywania zawodu, podpis oraz datę dokonania wpisu),

d. rodzaj i zakres czynności pielęgniarki dotyczących pacjenta i jego środowiska, w szczególności rozpoznanie problemów pielęgnacyjnych i psychosomatycznych, planu opieki pielęgniarstwa oraz adnotacji związanych z wykonaniem czynności, w tym wynikających ze zleceń lekarskich.

Mając na uwadze ustalenia dokonane w wyniku kontroli należy podjąć następujące działania celem wyeliminowania wskazanych w niniejszym wystąpieniu uchybień i nieprawidłowości:

1. Prowadzić dokumentację medyczną wewnętrzną zbiorczą i dokumentację wewnętrzną indywidualną oraz dokumentować wykonane świadczenia gwarantowane zgodnie z obowiązującymi przepisami.

Termin realizacji: na bieżąco.

2. Poświadczać w zbiorczej i indywidualnej dokumentacji wykonanie profilaktycznych badań pełnymi danymi identyfikującymi osobę udzielającą świadczeń zdrowotnych oraz oznaczenie podmiotu leczniczego.

Termin realizacji: na bieżąco

Postanowienia końcowe:

1. Pan ~~Włodzisław Kozłowski~~ – 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, dla przeprowadzającego kontrolę oraz dla Wydziału Nadzoru i Kontroli Dolnośląskiego Urzędu Wojewódzkiego we Wrocławiu .

Zgodnie z art. 48 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o kontroli w administracji rządowej (Dz. U. Nr 185, poz. 1092) od wystąpienia pokontrolnego nie przysługują środki odwoławcze.

Z up. WOJEWODY DOLNOŚLĄSKIEGO
Pibir Kollbek
Z-CA DYREKTORA
Wydziału Polityki Społecznej

