WOJEWODA DOLNOŚLĄSKI

PS-ZP.9612.46.2014.BS

Wrocław, dnia 8 sierpnia 2014 r.

Piotr Wieszaczewski

Dyrektor

Samodzielny Publiczny Gminny

Zespół Opieki Zdrowotnej w Przewornie

ul. Pocztowa 6

57-130 Przeworno

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

Dnia 27 czerwca 2014 r na podstawie art. 111, 112, ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (t. j. Dz. U. z 2013 poz. 217 ze zm.), § 14 Zarządzenia Nr 428 Wojewody Dolnośląskiego z dnia 13 grudnia 2014 r. w sprawie kontroli realizowanych przez Wojewodę Dolnośląskiego oraz upoważnienia numer PS-ZP.0030-205/2014 z dnia 3 czerwca 2014 r. wydanego z upoważnienia Wojewody Dolnośląskiego przez Dyrektora Wydziału Polityki Społecznej Dolnośląskiego Urzędu Wojewódzkiego we Wrocławiu Pana Edwarda Kosteckiego, zespół kontrolny w składzie Barbara Smektała – inspektor wojewódzki- przewodnicząca zespołu, Krystyna Bartków - inspektor wojewódzki - kontroler oraz Iwona Stasiak- inspektor wojewódzki - kontroler z Wydziału Polityki Społecznej Dolnośląskiego Urzędu Wojewódzkiego we Wrocławiu przeprowadził kontrolę problemową w trybie zwykłym w podmiocie leczniczym SPG ZOZ w Przewornie.

Przedmiotem kontroli była ocena realizacji świadczeń zdrowotnych, ze szczególnym uwzględnieniem profilaktycznej opieki nad matką i dzieckiem.

Okres objęty kontrolą: od 1 stycznia 2013 roku do dnia kontroli.

Kontrola realizowana była zgodnie z zatwierdzonym w dniu 20 grudnia 2013 r. przez Wojewodę Dolnośląskiego planem kontroli na I półrocze 2014 r.

W związku z przedmiotową kontrola, której szczegółowe ustalenia zostały zawarte w protokole kontroli sygn. PS-Z.9612.46.2014.BS przekazanym do kontrolowanej jednostki

oraz podpisanym przez Pana Piotra Wieszaczewskiego – Dyrektora SP ZOZ w Przewornie w dniu 23 lipca 2014r., przekazuję niniejsze wystąpienie pokontrolne.

Na podstawie wyników przeprowadzonej kontroli przyznaję ogólną **ocenę pozytywną z nieprawidłowościami.**

Ocena jest składową ocen z poszczególnych (trzech) kontrolowanych obszarów tj.:

I. W zakresie realizacji profilaktycznej opieki zdrowotnej nad niemowlętami, dziećmi i młodzieżą sprawowanej przez pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej.

Na podstawie wyników przeprowadzonej kontroli przyznaję **ocenę pozytywną**.

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

1. W podmiocie leczniczym brak harmonogramu pracy pielęgniarek poz w miejscu widocznym dla pacjentów np. na tablicy umieszczonej przy rejestracji (dostępność pielęgniarek poz w gabinecie praktyki oraz w środowisku rodzinnym).

Za wskazane wyżej uchybienie odpowiada Dyrektor podmiotu leczniczego.

Mając na uwadze ustalenia dokonane w wyniku kontroli zalecam :

1. Oznakować właściwie przedsiębiorstwo podmiotu leczniczego wewnątrz budynku w zakresie realizacji świadczeń zdrowotnych przez pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej .

Termin realizacji: niezwłocznie.

II. W zakresie realizacji profilaktycznej opieki zdrowotnej nad uczniami przez pielęgniarkę środowiska nauczania i wychowania:

Na podstawie wyników przeprowadzonej kontroli przyznaję ocenę **pozytywną z nieprawidłowościami.**

Powyższą oceną ogólną uzasadniają przedstawione niżej oceny szczegółowe.

1. Kwalifikacje personelu do udzielania świadczeń zdrowotnych wobec uczniów należy ocenić pozytywnie. Pielęgniarka realizująca profilaktyczną opiekę zdrowotną nad uczniami posiada kwalifikacje zgodnie z przepisami.

2. Jakość i dostępność usług medycznych udzielanych przez kontrolowany podmiot leczniczy w środowisku nauczania i wychowania należy ocenić pozytywnie z uchybieniami.

- brak harmonogramu pracy w gabinecie profilaktyki zdrowotnej i pomocy przedlekarskiej. Powyższe stanowi naruszenie *art.14 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej (tj. Dz. U. z 2013 r.,poz.217) w powiązaniu z art.12 ustawy z dnia 6 listopada 2008 roku o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (tj. Dz.U. z 2012,poz 159 ze zm.).*

Za wskazane wyżej uchybienie odpowiada Dyrektor podmiotu leczniczego.

3. Warunki lokalowe i wyposażenie gabinetu profilaktyki zdrowotnej i pomocy przedlekarskiej na terenie szkoły należy ocenić pozytywnie z nieprawidłowościami.

Pod względem warunków lokalowych skontrolowany gabinet spełnia ustawowe warunki dotyczące powierzchni. W wyposażeniu gabinetu profilaktyki zdrowotnej i pomocy przedlekarskiej brak:

- sprzętu do udzielania pomocy medycznej - **szyn Kramera,**
- pomocy do wykonywania testów przesiewowych i interpretacji ich wyników - **latarki wytwarzającej wąską wiązkę promieni do badania odbicia światła na rogówkach (test Hirschberga),**
- **zestawu przeciwwstrząsowego,**

co stanowi naruszenie *rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2013 r., poz. 1248)* oraz jest niezgodne ze *Standardami w profilaktycznej opiece zdrowotnej nad uczniami sprawowanej przez pielęgniarkę lub higienistkę szkolną - Instytut Matki i Dziecka, Warszawa, 2003.* **Waga lekarska bez legalizacji**, co jest niezgodne z wymogami art.8 ustawy z dnia 11 maja 2001 r. Prawo o miarach (tj. z 20104 r. Dz. U. Nr 243,poz.2441 ze zm.)

Nieprawidłowa nazwa gabinetu tj. „Pielęgniarka szkolna", gdzie zgodnie z *rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 28 sierpnia 2009 r. w sprawie organizacji profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą (Dz. U. z 2009r., Nr 139, poz.1133)*, prawidłowa nazwa brzmi – „Gabinet profilaktyki zdrowotnej i pomocy przedlekarskiej".

Za wskazane wyżej nieprawidłowości odpowiada Dyrektor podmiotu leczniczego.

4. Realizację profilaktycznych świadczeń zdrowotnych wobec uczniów przez pielęgniarki środowiska nauczania i wychowania na terenie szkół należy ocenić pozytywnie z uchybieniami.

Pielęgniarka nie realizuje wszystkich wymaganych testów przesiewowych w określonych grupach wiekowych tj.:

- nie wykonuje testów przesiewowych do wykrywania zaburzeń układu ruchu, w tym bocznego skrzywienia kręgosłupa oraz pomiarów ciśnienia tętniczego uczniom klas V,

co jest niezgodne z warunkami określonymi w *części II, Załącznika Nr 4 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 23 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2013 r., poz. 1248).*

Za wskazane wyżej uchybienie odpowiada Pani Maria Łuczak.

5. Prowadzenie dokumentacji medycznej zbiorczej należy ocenić pozytywnie z nieprawidłowościami, a dokumentację medyczną indywidualną należy ocenić pozytywnie z uchybieniami.

Dokumentacja medyczna zbiorcza prowadzona nieprawidłowo, tj.:

- Listy klasowe – brak identyfikacji świadczeniodawcy i osoby udzielającej świadczeń zdrowotnych, brak udokumentowania uczestnictwa uczniów w nadzorowanym szczotkowaniu zębów, brak wpisu grup wychowania fizycznego oraz wykonanego profilaktycznego badania lekarskiego. Brak list klasowych uczniów klasy II i III Gimnazjum. Listy klasowe uczniów klas V szkoły podstawowej prowadzone w formie wykazu, nie zawierają wszystkich obowiązujących elementów.
- Rejestr wydanej dokumentacji medycznej w przypadku zmiany szkoły lub po zakończeniu kształcenia ucznia - nie zawiera numeracji stron, identyfikacji świadczeniodawcy i osoby udzielającej świadczeń zdrowotnych.
- Zeszyt porad ambulatoryjnych – nie zawiera numeracji stron, dawek podawanych leków, danych identyfikacyjnych świadczeniodawcy i osoby udzielającej świadczeń zdrowotnych,

co stanowi naruszenie *§ 11, § 71 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. z 2014 r., poz. 177).*

W indywidualnej dokumentacji medycznej brak identyfikacji świadczeniodawcy oraz identyfikacji osoby udzielającej świadczeń zdrowotnych, co jest niezgodne *z § 10.1. ust.3*

rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. z 2014, poz. 177).

Pielęgniarka poświadcza w dokumentacji medycznej wykonanie profilaktycznych świadczeń zdrowotnych niepełnymi danymi identyfikującymi osobę wykonującą świadczenia (**brak numer prawa wykonywania zawodu**), gdy zgodnie z *§ 10 ust. 1 pkt 3 lit. a-d rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. z 2014 r., poz. 177)*, pielęgniarka powinna poświadczać w dokumentacji medycznej wykonanie badań profilaktycznych pełnymi danymi identyfikującymi osobę wykonującą świadczenia (imię, nazwisko, tytuł zawodowy, uzyskane specjalizacje oraz **numer prawa wykonywania zawodu**). Pozostałe wymogi dotyczące prowadzenia indywidualnej dokumentacji medycznej są zachowane.

Za wskazane wyżej nieprawidłowości i uchybienia odpowiada Pani Maria Łuczak.

5. Przechowywanie dokumentacji medycznej należy ocenić pozytywnie.

Dokumentacja medyczna zbiorcza i indywidualna przechowywana jest zgodnie z przepisami.

Mając na uwadze ustalenia dokonane w wyniku kontroli zalecam:

2. Wyposażyć gabinet profilaktyki zdrowotnej i pomocy przedlekarskiej w brakujący sprzęt i pomoce do wykonywania i interpretacji testów przesiewowych. Dokonać legalizacji wagi zgodnie z wymogami prawa. Termin realizacji: na bieżąco.
3. Realizować profilaktyczne świadczenia gwarantowane zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa. Termin realizacji: na bieżąco.
4. Prowadzić dokumentację medyczną zbiorczą i indywidualną oraz dokumentować wykonane świadczenia gwarantowane zgodnie z obowiązującymi przepisami. Termin realizacji: na bieżąco.
5. Poświadczać w zbiorczej i indywidualnej dokumentacji wykonanie profilaktycznych badań pełnymi danymi identyfikującymi osobę udzielającą świadczeń zdrowotnych oraz oznaczenie podmiotu leczniczego. Termin realizacji: na bieżąco.
6. Usunąć uchybienie naruszające prawa pacjenta,
   - uzupełnić brakujący harmonogram pracy pielęgniarki.

III. Realizacja przez podmiot leczniczy profilaktycznej opieki nad kobietą ciężarną, położnicą, noworodkiem i niemowlęciem do ukończenia 2 miesiąca życia.

Na podstawie wyników przeprowadzonej kontroli przyznaję **ocenę pozytywną z nieprawidłowościami.**

W trakcie przeprowadzonych oględzin stwierdzono, że w podmiocie leczniczym **brak było wydzielonego Gabinetu położnej podstawowej opieki zdrowotnej. Położna wyjaśniła, że nie posiada Gabinetu położnej podstawowej opieki zdrowotnej. Pomieszczenie, w którym położna podstawowej opieki zdrowotnej przechowywała neseser oraz prowadziła i uzupełniała dokumentację medyczną nie było oznakowane – Gabinet położnej podstawowej opieki zdrowotnej. Przy rejestracji oraz przy wejściu do przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego brak było informacji dla pacjentów dotyczącej udzielanych świadczeń zdrowotnych przez położną podstawowej opieki zdrowotnej. Brak było udostępnionego harmonogramu pracy położnej w gabinecie praktyki i w środowisku domowym pacjentów**, co jest niezgodne z Załącznikiem nr 3 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2009 r. *w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej* (Dz. U. z 2009 r., Nr 139, poz. 1139 ze zm.)

Świadczenia z zakresu położnictwa rodzinnego realizowała położna podstawowej opieki zdrowotnej posiadająca wymagane kwalifikacje – kurs kwalifikacyjny w dziedzinie „Pielęgniarstwo rodzinne. Program dla położnych".

Położna realizowała świadczenia zdrowotne w środowisku domowym zadeklarowanych pacjentów zgodnie z ustalonym harmonogramem pracy.

W harmonogramie pracy położnej nie były wyszczególnione godziny pracy w gabinecie oraz w środowisku domowym pacjentów. Położna współpracowała z zespołem terapeutycznym w podmiocie leczniczym. Położna posiadała neseser położnej wyposażony zgodne z wymaganiami określonymi w Załączniku nr 3 rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. *w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej* (Dz. U. z 2013 r., poz. 1248).

Liczba przyjętych deklaracji na dzień 25.06.2014 r. – 1591

Położna prowadziła zbiorczą dokumentację medyczną, w formie książki pracy terenowej.

Profilaktyczna opieka nad kobietą ciężarną

Profilaktyczna opieka nad kobieta ciężarną w zakresie edukacji kobiet w ciąży oraz w ciąży wysokiego ryzyka, przygotowującej kobiety do odbycia porodu i rodzicielstwa nie była realizowana przez położną podstawowej opieki zdrowotnej, co jest niezgodne z Załącznikiem Nr 2 Cześć II B ust. 1 pkt 2 oraz pkt 3 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); oraz z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 4 października 2012 roku *w sprawie standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, połogu oraz opieki nad noworodkiem* (Dz. U. z 2012 r., poz. 1100); oraz z § 20 ust. 3 Zarządzenia nr 69/2013/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 17 listopada 2011 r. *w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: podstawowa opieka zdrowotna*

Profilaktyczna opieka nad noworodkiem i położnicą.

Położna podstawowej opieki zdrowotnej w okresie kontrolowanym objęła opieką 22 noworodki i położnice, u których wykonała średnio po 3,6 wizyt patronażowych. Dokonano analizy indywidualnej dokumentacji medycznej położnic i noworodków, które urodziły się po 01 stycznia 2013 roku – losowo wybrano 10 kart noworodków i 10 kart położnic. Dokumentacja była prowadzona czytelnie, zachowano chronologię wpisów, zamieszczono datę wpisu i podpis położnej. Z przeprowadzonej analizy indywidualnej dokumentacji wynika, że:

- w 100% analizowanej dokumentacji określone było środowisko epidemiologiczne,
- w 100% przypadków wpisana była data rozpoczęcia opieki położniczej,
- w 100% rozpoznane były problemy pielęgnacyjne i psychospołeczne,
- 100% dokumentacji zawierało plan opieki położniczej u położnicy i noworodka,
- 100% kart zawierało adnotacje związane z wykonywaniem czynności, przeprowadzone badania,
- 100% analizowanej dokumentacji zawierało dane identyfikujące położną,
- po zakończeniu sprawowanej opieki położna przekazywała ustnie opiekę pielęgniarce podstawowej opieki zdrowotnej,
- w 62,5% analizowanych dokumentacji medycznej pierwszą wizytę patronażową położna wykonała, zgodnie z obowiązującym przepisem, do 48 godzin od otrzymania zgłoszenia o urodzeniu noworodka,

- w 70% przypadków położna wykonała po 4 i 5 wizyt,
- w 100% przypadków dokonana była identyfikacja czynników ryzyka w rodzinie, diagnoza i ustalona hierarchia podjętych działań, ocena zaleceń położnej,
- w 90% przypadków dokonana była ocena stanu ogólnego, położniczego i psychicznego położnicy oraz relacji rodziny z noworodkiem,
- w 100% przypadków dokonana była ocena stanu ogólnego, odruchów i zachowania oraz sposobu i technik karmienia, sposobu zapewnienia higieny,
- **w 100% przypadków brak było daty zakończenia opieki położniczej,**
- **w 100% dokumentacji brak było potwierdzenia wykonania wizyty patronażowej** przez świadczeniobiorcę lub opiekuna, co może świadczyć o niezrealizowaniu przez położną wykazanej liczby wizyt,
- **w 100% analizowanej dokumentacji medycznej brak było numerów stron,**
- **w 40% analizowanych dokumentacjach położna zakańczała opiekę w 6 tygodniu życia dziecka,** w pozostałych przypadkach w 5 tygodniu,
- **w 100% przypadków brak było oceny rozwoju fizycznego noworodka oraz przyrostu masy ciała oraz wykonania badań przesiewowych i szczepień,**

co jest niezgodne z częścią XIV Połóg ust. 8 i 9 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 4 października 2012 roku *w sprawie standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, połogu oraz opieki nad noworodkiem* (Dz. U. z 2012 r., poz. 1100) oraz § 42 ust. 5 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. *w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania* (j.t. Dz. U. z 2014 r., poz. 177) oraz § 20 Zarządzenia nr 69/2013/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 27 listopada 2013 r. *w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: podstawowa opieka zdrowotna*

Mając na uwadze ustalenia dokonane w wyniku kontroli, należy podjąć następujące działania celem wyeliminowania wskazanych nieprawidłowości:

1. Oznakować właściwie przedsiębiorstwo podmiotu leczniczego wewnątrz budynku w zakresie realizacji świadczeń zdrowotnych oraz umieścić w widocznym miejscu harmonogram pracy położnej podstawowej opieki zdrowotnej w gabinecie oraz w środowisku domowym pacjentów. **Termin realizacji: niezwłocznie.**

2. Wydzielić gabinet praktyki położnej podstawowej opieki zdrowotnej wyposażony i oznakowany zgodnie z obowiązującymi przepisami. **Termin realizacji: niezwłocznie.**

3. Wyeliminować wskazane w wystąpieniu nieprawidłowości oraz realizować i dokumentować profilaktyczną opiekę nad kobietą ciężarną, położnicą i noworodkiem zgodnie z Załącznikiem Nr 2 Cześć II B 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) oraz z Załącznikiem nr 3 Część II. rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2009 r. *zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej* (Dz. U. z 2009 r., Nr 139, poz. 1139 z późn. zm.) oraz z częścią XIV Połóg ust. 8 i 9 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 4 października 2012 roku *w sprawie standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, połogu oraz opieki nad noworodkiem* (Dz. U. z 2012 r., poz. 1100) oraz z § 20 ust. 3 Zarządzenia nr 85/2011/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 27 listopada 2013 r. *w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: podstawowa opieka zdrowotna.* **Termin realizacji: na bieżąco.**

Postanowienia końcowe:

1. Pan Piotr Wieszaczewski – Dyrektor SP ZOZ w Przewornie, 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
Piotr Kollbek
Z-CA DYREKTORA
Wydziału Polityki Społecznej

KIEROWNIK ODDZIAŁU
Agnieszka Błaszejewicz

INSPEKTOR WOJEWÓDZKI
Barbara Smektała