



WOJEWODA DOLNOŚLĄSKI

Wrocław, dnia 26 września 2011r.

PS-NZP.9612.27.2011

Pan  
**Jerzy Wester**  
Kierownik  
SP ZOZ Przychodnia Miejska w Pieszycach  
ul. Królowej Jadwigi 1  
58-250 Pieszyce

### WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

W dniu 20 maja 2011 r. Zespół Kontrolny Wydziału Polityki Społecznej Dolnośląskiego Urzędu Wojewódzkiego we Wrocławiu – działając na podstawie z art. 28., art. 30 oraz art. 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. 65 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej<sup>1</sup> (Dz. U. z 2007 r., Nr 14, poz. 89 ze zm.) i § 7 Zarządzenia Nr 299 Wojewody Dolnośląskiego z dnia 30 października 2009 r. w sprawie kontroli zewnętrznych prowadzonych przez Wojewodę Dolnośląskiego oraz upoważnienia numer PS-NZP.0030-188/11 z dnia 6 maja 2011 r. przeprowadził kontrolę problemową dotyczącą realizacji świadczeń zdrowotnych, ze szczególnym uwzględnieniem profilaktycznej opieki nad matką i dzieckiem wynikających z ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2007 r., Nr 14, poz. 89 ze zm.).

Kontrolę przeprowadzono zgodnie z zatwierdzonym w dniu 15 lutego 2011 r. przez Wojewodę Dolnośląskiego planem kontroli zewnętrznych w jednostkach podporządkowanych Wojewodzie Dolnośląskiemu oraz samorządu terytorialnego, realizowanych przez Wydział Dolnośląskiego Urzędu Wojewódzkiego w 2011 roku.

<sup>1</sup> Z dniem 1 lipca 2011 r. weszła w życie ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. Nr 112, poz. 654), na mocy której została uchylona dotychczas obowiązująca ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2007 r., Nr 14, poz. 89 z późn. zm.).

Wyniki kontroli ujęto w protokole kontroli problemowej nr PS-NZP.9612.27.2011, podpisanym w dniu 19 lipca 2011 r.

Profilaktyczna opieka nad dziećmi i młodzieżą sprawowana jest przez lekarza pediatrę Katarzynę Bugaj zgodnie z obowiązującymi przepisami. Dokumentacja indywidualna i zbiorcza jest prowadzona prawidłowo w formie papierowej - 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).

Opiekę pielęgniarską w środowisku rodzinnym w poz, realizują: Pani Krystyna Klimuntowska, Pani Celina Dąbrowska oraz Pani Ryszarda Krasoń - pielęgniarki dyplomowane, posiadające wymagane kwalifikacje do pracy w środowisku rodzinnym.

W przychodni nie ma wydzielonego gabinetu pielęgniarek podstawowej opieki zdrowotnej udzielających świadczeń w środowisku rodzinnym. Pielęgniarki udzielają świadczeń medycznych w wolnym gabinecie. Brak jest również oznakowania gabinetu pielęgniarek oraz harmonogramu pracy pielęgniarek, zamieszczonego w widocznym dla pacjentów miejscu.

Świadczenia gwarantowane realizowane są przez pielęgniarki poz zgodnie z obowiązującymi przepisami. Pielęgniarki wykonały wizyty patronażowe u wszystkich niemowląt urodzonych w roku 2010 w obowiązującym terminie tzn. w 3-4 miesiącu życia dziecka 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).

Dokumentacja medyczna – zbiorcza oraz indywidualna dokumentacja prowadzona jest w formie papierowej. Dokumentacja zbiorcza – książka zabiegów (tzw. książka pracy terenowej) - odnosząca się do ogółu pacjentów korzystających ze świadczeń zdrowotnych udzielanych przez pielęgniarkę poz w środowisku rodzinnym zgodnie 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), nie zawiera wszystkich istotnych elementów tj. brak:

- numeru PESEL pacjenta lub data urodzenia,
- dane identyfikujące lekarza zlecającego zabieg,

- adnotacje o rodzaju zabiegu i jego przebiegu,
- danych identyfikujących osobę wykonującą zabieg (imię, nazwisko, nr prawa wykonywania zawodu).

Dokumentacja indywidualna – prowadzona przez pielęgniarki poz, w historii zdrowia i choroby w części dotyczącej opieki pielęgniarskiej nie zawiera :

- opis środowiska epidemiologicznego,
- datę rozpoczęcia i zakończenia opieki pielęgniarskiej,
- części dokumentującej rodzaj i zakres 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.
- oznaczenie osoby udzielającej świadczeń - pielęgniarki środowiskowej (nazwisko i imię, tytuł zawodowy, numer prawa wykonywania zawodu, podpis oraz datę dokonania wpisu).

Świadczenia położnej podstawowej opieki zdrowotnej realizuje położna Małgorzata Fiks posiadająca wymagane kwalifikacje. Położna udziela świadczeń zgodnie z ustalonym harmonogramem pracy w środowisku domowym pacjentów, jak i w gabinecie praktyki. Harmonogram pracy położnej nie jest udostępniony dla pacjentów w widocznym miejscu.

W 2010 roku położna realizowała profilaktyczną opiekę nad kobietą ciężarną w zakresie praktycznego i teoretycznego przygotowania do porodu, położu, karmienia piersią i rodzicielstwa u 38% zadeklarowanych kobiet ciężarnych. W indywidualnej dokumentacji medycznej brak jest planu opieki nad kobietą ciężarną oraz potwierdzenia wykonania świadczenia przez świadczeniobiorcę. Zgodnie z rozporządzeniem 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) osoba sprawująca opiekę kieruje kobietę ciężarną w okresie pomiędzy 21 – 26 tygodniem ciąży do położnej podstawowej opieki zdrowotnej w celu objęcia jej opieką. Od 21 tygodnia ciąży do rozwiązania kobieta ciężarna powinna mieć udzielone świadczenia profilaktyczne w zakresie praktycznego i teoretycznego przygotowania do porodu, położu, karmienia piersią i rodzicielstwa w formie grupowej lub

indywidualnie. Natomiast zgodnie z Rozdziałem 6 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 określone są świadczenia gwarantowane realizowane przez położną poz w zakresie realizacji świadczeń profilaktycznych oraz z zakresu promocji zdrowia, w tym prowadzenie edukacji kobiet w ciąży oraz w ciąży wysokiego ryzyka, przygotowującej kobiety do odbycia porodu i rodzicielstwa. Podstawą prowadzenia edukacji przedporodowej dla kobiet w ciąży jest opracowany przez położną poz plan edukacji obejmujący praktyczne i teoretyczne przygotowanie do porodu, porożu, karmienia piersią i rodzicielstwa. Edukacja przedporodowa może być prowadzona indywidualnie lub w formie grupowej od 21 do 31 tygodnia ciąży z częstotliwością 1 raz w tygodniu, a od 32 tygodnia ciąży do rozwiązania 2 razy w tygodniu. Położna poz dokumentuje udzielane świadczenia w indywidualnej dokumentacji medycznej, a wykonanie wizyt potwierdza podpisem świadczeniobiorcy.

Położna realizowała również profilaktyczną opiekę nad noworodkiem i położnicą. W 2010 roku wykonała średnio po 5,1 wizyt u każdego, zadeklarowanego noworodka i położnicy. Wykonane świadczenia zdrowotne udokumentowane są w zbiorczej i indywidualnej dokumentacji medycznej. Indywidualna dokumentacja prowadzona jest w formie procesu pielęgnowania, zawierający opis badania, rozpoznane problemy pielęgnacyjne, plan opieki oraz ocenę podjętych działań i współpracy z pacjentem. Każdy wpis podpisany jest przez położną. W dokumentacji medycznej brak potwierdzenia wykonanych świadczeń zdrowotnych przez świadczeniobiorcę lub opiekuna zgodnie z Rozdziałem 6 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.

W zakresie realizacji profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą w środowisku nauczania i wychowania w wyniku przeprowadzonej kontroli ustalono następujące nieprawidłowości:

- w zestawie brak aparatu do pomiaru ciśnienia tętniczego krwi brak mankietu o szerokości dostosowanej dla dzieci,
- nieaktualne wzory indywidualnej dokumentacji medycznej ucznia - karty profilaktycznego badania lekarskiego dziecka 7 -letniego,

- dokumentacja medyczna nie jest przechowywana zgodnie z obowiązującymi przepisami (brak zamknięcia), dokumenty medyczne znajdują się w segregatorach na szafce,
- nie jest prowadzony rejestr dokumentacji medycznej wydanej rodzicom /opiekunom uczniów zmieniających szkołę lub kończących kształcenie, tylko pojedyncze listy.

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

1. Oznaczyć gabinet pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej.
2. Ustalony harmonogram pracy pielęgniarek i położnej podstawowej opieki zdrowotnej udostępnić dla pacjentów w widocznym miejscu.
3. Prowadzić obowiązującą zbiorczą i indywidualną wewnętrzną dokumentację medyczną zgodnie 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).
4. Opracować plan edukacji przedporodowej dla kobiet ciężarnych dla kobiet ciężarnych w formie indywidualnej lub grupowej.
5. 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.
6. Dopuszący zestaw w aparat do pomiaru ciśnienia tętniczego krwi w mankiet o szerokości dostosowanej dla dzieci.
7. Zastosować aktualne wzory indywidualnej dokumentacji medycznej ucznia - karta profilaktycznego badania lekarskiego dziecka 7-letniego.
8. Przechowywać dokumentację medyczną zgodnie z obowiązującymi przepisami.
9. Założyć rejestr dokumentacji medycznej wydanej rodzicom /opiekunom uczniów zmieniających szkołę lub kończących kształcenie.

Pan Jerzy Wester - kierownik kontrolowanego podmiotu, w terminie 30 dni od daty otrzymania wystąpienia pokontrolnego zobowiązana jest do wykonania wniosków i zaleceń

pokontrolnych oraz zawiadomienia zarządzającego kontrolę o ich wykonaniu lub przyczynie ich nie wykonania.

Wystąpienie pokontrolne sporządza się w czterech jednobrzmiących egzemplarzach po jednym dla kierownika kontrolowanego podmiotu i dla przeprowadzającego kontrolę oraz do wiadomości dla organu założycielskiego Gmina Pieszycy i Wydziału Nadzoru i Kontroli Dolnośląskiego Urzędu Wojewódzkiego we Wrocławiu.

Z up. WOJEWODY DOLNOŚLĄSKIEGO

*Pi = L. Kollek*  
Piotr Kollek  
Z-CA DYREKTORA  
Wydziału Polityki Społecznej

Otrzymują:

1. Pan Jerzy Wester – Kierownik SP ZOZ Przychodnia Miejska w Pieszycach, ul. Królowej Jadwigi 1.
2. Pan Mirosław Obal – Burmistrz Miasta, Urząd Miejski w Pieszycach, ul. Kościuszki 2.
3. Wydział Nadzoru i Kontroli Dolnośląskiego Urzędu Wojewódzkiego we Wrocławiu, pl. Powstańców Warszawy 1.
4. a/a

SPECJALISTA

*Iwona Stasiak*  
Iwona Stasiak

KIEROWNIK ODDZIAŁU

*Lech Lenkiewicz*  
Lech Lenkiewicz