

KONTROLE WYKONANE W 2007 ROKU PRZEZ **WOJEWÓDZKIE CENTRUM ZDROWIA PUBLICZNEGO W ŁODZI**

Kontrole zakładów opieki zdrowotnej przeprowadzane są na podstawie art. 65 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 roku o zakładach opieki zdrowotnej /j.t.Dz.U. z 2007r Nr14, poz.89/ w związku z §1, pkt 2 Porozumienia z dnia 11 maja 2007 roku zawartego pomiędzy Wojewodą Łódzkim a Dyrektorem Wojewódzkiego Centrum Zdrowia Publicznego w Łodzi w sprawie przekazania zadań oraz Zarządzeniem Nr 25/2007 Dyrektora Wojewódzkiego Centrum Zdrowia Publicznego w Łodzi z dnia 17 września 2007 roku w sprawie regulaminu kontroli przeprowadzanych przez Wojewódzkie Centrum Zdrowia Publicznego w Łodzi .

WOJEWÓDZKI OŚRODEK DOSKONALENIA KADR MEDYCZNYCH

W okresie od czerwca do grudnia 2007 roku pracownicy WODKM dokonali 10 kontroli dotyczących realizacji stażu podyplomowego.

Główne uwagi przekazane w wystąpieniach pokontrolnych do poszczególnych dyrektorów w/w szpitali dotyczyły:

1. Koordynatorzy nie ustalają harmonogramu przebiegu stażu dla poszczególnych przypisanych mu osób – co jest niezgodne z zapisem § 6 ust.5 pkt.1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 24 marca 2004 roku w sprawie stażu podyplomowego lekarza i lekarza stomatologa (Dz.U.2004;nr 57;poz.553 z późn.zm.) **koordynator ustala indywidualny harmonogram realizacji stażu na podstawie ramowego programu.**
2. Koordynatorzy nie zapoznają stażystów przed rozpoczęciem stażu z ramowym programem i indywidualnym harmonogramu stażu, sposobem jego dokumentowania w karcie stażu oraz obowiązkami i uprawnieniami stażysty – co jest niezgodne z zapisem § 6 ust.5 pkt.2 w/w rozporządzenia MZ **koordynator winien zapoznać stażystę przed rozpoczęciem stażu z ramowym programem i indywidualnym harmonogramu stażu, sposobem jego dokumentowania w karcie stażu oraz obowiązkami i uprawnieniami stażysty.**
3. Koordynatorzy nie posiadają wiedzy na temat gdzie przebywają poszczególni , przypisani mu stażyści (gdzieś są- na jakimś szkoleniu), co jest niezgodne z zapisem § 6 ust.5 pkt.3 w/w rozporządzenia MZ **koordynator kieruje stażystów do odbycia staży częściowych lub części stażu częściowego oraz na szkolenie – a więc powinien mieć pełną wiedzę na temat pobytu poszczególnych przypisanych jego opiece stażystów.**
4. Koordynatorzy nie dokonują okresowych ocen z przebiegu stażu – co jest niezgodne z zapisem § 6 ust.5 pkt.4 – **koordynator dokonuje okresowych ocen przebiegu stażu z udziałem ordynatorów, kierowników innych zakładów opieki zdrowotnej, opiekunów stażystów.**
5. Koordynatorzy nie organizują i nie przeprowadzają seminariów dotyczących realizacji programu poszczególnych staży częściowych - co jest niezgodne z zapisem § 6 ust.5 pkt.6 w/w rozporządzenia MZ – **koordynator organizuje i przeprowadza co najmniej raz na 2 tygodnie, seminaria dotyczące realizacji programu poszczególnych staży częściowych.**
6. Koordynatorzy stażu nie posiadają żadnej dokumentacji potwierdzającej jego pracę ze stażystami.
7. Stażyści nie mają możliwości oceny na bieżąco odbywanych staży częściowych – nie otrzymują z Okręgowej Rady Lekarskiej anonimowej ankiety oceniającej przebieg poszczególnych staży częściowych – **zgodnie z zapisem §3 ust.4 pkt.3 w/w rozporządzenia MZ – właściwa Okręgowa Rada Lekarska wydaje odpowiednio lekarzowi, lekarzowi stomatologowi ankietę – „Ocena stażu podyplomowego lekarza”, „Ocena stażu podyplomowego lekarza stomatologa”, której wzór stanowią odpowiednio załączniki nr 5 i 6 do rozporządzenia.**

DZIAŁ PROMOCJI I NADZORU OPIEKI NAD MATKĄ I DZIECKIEM

W 2007 roku przeprowadzono 64 kontrole w placówkach lecznictwa stacjonarnego i ambulatoryjnego realizującego świadczenia medyczne z zakresu opieki nad matką i dzieckiem.

Najczęściej występujące nieprawidłowości:

1. Realizacja profilaktycznych świadczeń u dzieci do ukończenia 6 roku życia niezgodne z **Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2004 roku w sprawie zakresu świadczeń opieki zdrowotnej, w tym badań przesiewowych, oraz okresów, w których te badania są przeprowadzane** /Dz.U.04.278.2740/.
Wizyta lekarska patronażowa nie zawiera wszystkich wymaganych informacji często jest traktowana jako bilans „O”, a ten wykonywany jest przez lekarza neonatologa w dniu wypisu noworodka ze szpitala.
Brak w dokumentacji: brak oceny klinicznej stawów biodrowych, brak oceny wieku zębowego, pomiarów ciśnienia tętniczego krwi, oznaczeń centylogowych w rozwoju somatycznym, brak poprawnej oceny ostrości wzroku, brak testu w kierunku utajonego zęza. Brak lub niewłaściwa ocena zdrowotnej dojrzałości szkolnej.
Nie we wszystkich przypadkach testy przesiewowe wykonywane są przez pielęgniarkę, a ich wykonanie nie jest potwierdzone danymi ją identyfikującymi oraz podpisem. Kwalifikacja lekarska do obowiązkowych szczepień ochronnych nie zawsze właściwa.
2. Przeprowadzanie profilaktycznych świadczeń u dzieci od 7 do 19 roku życia niezgodne z **Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 22 grudnia 2004 roku w sprawie zakresu i organizacji profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą** /Dz.U.04.282.2814/ z późniejszymi zmianami /Dz.U.07.56.379/. Profilaktyczne badania lekarskie oraz zakres badań są określone w załączniku nr 3 do rozporządzenia.
W indywidualnej dokumentacji pacjenta lakoniczne wpisy dotyczące badań bilansowych, a szczególnie brak oceny adaptacji ucznia w środowisku szkolnym (10 latek), brak oceny dojrzwania płciowego u 14, 16, 18 latka, brak oceny orientacji zawodowej (16 latek), brak oceny stanu zdrowia somatycznego i psychicznego w końcowym okresie rozwoju pod kątem zdrowia reprodukcyjnego (samobadania piersi, jąder i stosowanie kwasu foliowego). Wnioski badań profilaktycznych szkolnych nie zawsze są poprawnie i do końca wypełniane (brak określenia wykrytych problemów zdrowotnych, brak kwalifikacji lub niewłaściwe kwalifikowanie do zajęć wychowania fizycznego.
3. Prowadzenie dokumentacji według **Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2006 roku w sprawie rodzajów i zakresów dokumentacji medycznej w zakładach opieki zdrowotnej oraz sposobu jej przetwarzania** /Dz.U.06.247.1819/.

Najczęstsze nieprawidłowości:

- W skontrolowanych placówkach lecznictwa stacjonarnego księga raportów pielęgniarskich i lekarskich- nie zawierała: opisu zdarzenia, jego okoliczności i podjętych działań. Zgodnie z ustawą z dnia 30 sierpnia 1991 roku o zakładach opieki zdrowotnej /j.t.Dz.U. z 2007r Nr14, poz.89 art. 18. pkt 2a/ dokumentacja medyczna zawiera co najmniej opis stanu zdrowia pacjenta, o którym mowa w pkt 1, lub udzielonych mu świadczeń zdrowotnych.
- Brak kontroli dokumentacji indywidualnej pacjenta przez kierownika komórki organizacyjnej.
- Dokumentacja prowadzona mało czytelnie i lakonicznie, nie zachowana chronologia wpisów.
- Dokonywane skreślenia nie zawierają: daty skreślenia, krótkiego omówienia skreślenia i podpisu osoby dokonującej skreślenia
- Pielęgniarki i położne udzielające świadczeń zdrowotnych powinny posługiwać się pełnymi danymi ją identyfikującymi: nazwisko i imię, tytuł zawodowy, uzyskane specjalizacje, numer prawa wykonywania zawodu.

- W zakładach podstawowej opieki zdrowotnej nie jest prowadzona kartoteka środowisk epidemiologicznych, która powinna zawierać:
 - a) dane identyfikujące zakład
 - b) dane identyfikujące środowisko epidemiologiczne, a szczególności: oznaczenie środowiska epidemiologicznego i adres
 - c) listę osób zamieszkałych wspólnie w domu jednorodzinnym lub w jednym lokalu domu wielorodzinnego w układzie: nazwisko i imię (imiona) oraz numer PESEL, jeżeli został nadany, lub datę urodzenia
 - d) ocenę warunków socjalnych w środowisku, jeżeli mogą mieć znaczenie dla stanu zdrowia pacjenta
 - Część historii zdrowia i choroby dotycząca opieki środowiskowej nie zawiera:
 - daty rozpoczęcia i zakończenia opieki pielęgniarskiej lub położniczej
4. Warunki sanitarne i fachowe wymagają dostosowania do określonych w **Rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie wymagań jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładu opieki zdrowotnej** /Dz.U.06.213.1568/
- Dostosowanie warunków pod względem fachowym i sanitarnym powinno być dokonywane sukcesywnie. Ostateczny termin upływa, dla:
- Zakładów opieki zdrowotnej inny niż zakład opieki zdrowotnej zamkniętej do dnia **31 grudnia 2008 roku**.
 - Zakładów opieki zdrowotnej zamkniętej- do **dnia 31 grudnia 2012 roku**.
- Najczęstsze nieprawidłowości w placówkach lecznictwa stacjonarnego:
- brak podziału na odcinek dzieci młodszych do 3 lat i dzieci starszych
 - brak wydzielonych sanitariatów wg płci w odcinku dzieci starszych
 - pokoje łóżkowe pobytu stałego nie zawsze są przeznaczone dla max. 5 pacjentów (dzieci starszych) (§18)
 - brak dostępu do łóżek z trzech stron, w tym z dwóch dłuższych (§ 21)
 - nie zachowane odstęp między łóżkami co uniemożliwia swobodny dostęp do pacjentów i wynosić powinien co najmniej 0,7 m, a od ściany zewnętrznej- co najmniej 0,8 m (§ 22)
5. Zakres zadań pielęgniarki i położnej podstawowej opieki zdrowotnej powinien być realizowany zgodnie z **Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 20 października 2005 r. w sprawie zakresu zadań lekarza, pielęgniarki i położnej podstawowej opieki zdrowotnej.** /Dz.U.05.214.1816/ załącznik nr 2.
- o Świadczenia diagnostyczne powinny obejmować wywiad środowiskowo- rodzinny
 - o Opieka nad świadczeniobiorcą w miejscu zamieszkania powinna być kompleksowa i uwzględniać świadczenia z zakresu: promocji zdrowia, świadczeń pielęgnacyjnych, diagnostycznych, leczniczych oraz rehabilitacyjnych.
 - o Położna powinna realizować kompleksową pielęgnacyjną opiekę położniczo- neonatologiczno- ginekologiczną obejmującą:
 - edukację w zakresie planowania rodziny
 - opiekę w okresie ciąży, porodu i połogu
 - opiekę nad kobietą, noworodkiem i niemowlęciem do ukończenia 2 miesiąca życia
 - opiekę w chorobach ginekologicznych
 - opiekę nad kobietą w każdym okresie jej życia
6. Wyposażenia nesesera położnej nie jest zgodne z **Informacją o Warunkach Umowy o Udzielanie Świadczeń Opieki Zdrowotnej** , załącznik do zarządzenia Nr 102/2006 z dnia 9 listopada 2006 Prezesa NFZ (Rozdz.V § 21 pkt 2).
- zestaw przeciwwstrząsowy (ppkt 2)
 - zestaw do porodu nagłego (ppkt 8)

DZIAŁ ANALIZ STATYSTYCZNYCH I EKONOMICZNYCH

Dział Analiz Statystycznych Wojewódzkiego Centrum Zdrowia Publicznego w Łodzi w 2007 roku przeprowadził 76 kontroli w zakładach opieki zdrowotnej na terenie województwa łódzkiego.

Kontrole dotyczyły:

- Zgodności komórek organizacyjnych realizujących świadczenia zdrowotne z decyzją Wojewody Łódzkiego o wpisie do rejestru zakładów opieki zdrowotnej, na podstawie *rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 16 lipca 2004 r. w sprawie rejestru zakładów opieki zdrowotnej* (Dz. U. Nr 169, poz.1781).
- Prawidłowości prowadzenia zbiorczej dokumentacji medycznej z przepisami rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2006 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej w zakładach opieki zdrowotnej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. Nr 247, poz. 1819),
- Zgodności przekazywanych danych sprawozdawczych w ramach statystyki publicznej z danymi zawartymi w zbiorczej dokumentacji medycznej.

W kontrolowanych zakładach stwierdzone zostały liczne nieprawidłowości wynikające z nieprzestrzegania obowiązujących przepisów, które w szczególności dotyczyły:

1. Niezgodności stanu faktycznego komórek organizacyjnych realizujących świadczenia zdrowotne z wpisem do księgi rejestrowej Zakładu. Wpisane do księgi rejestrowej komórki organizacyjne nigdy nie podjęły działalności, bądź aktualnie nie udzielają świadczeń zdrowotnych, co nie zostało zgłoszone organowi prowadzącemu rejestr - art. 14 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (t.j. Dz. U.z 2007 r. Nr 14, poz. 89).
2. Prowadzenia zbiorczej dokumentacji medycznej niezgodnie z przepisami rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2006 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej w zakładach opieki zdrowotnej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. Nr 247, poz. 1819), tj.:
 - brak ksiąg przyjęć w poszczególnych komórkach organizacyjnych leczenia ambulatoryjnego,
 - prowadzenie jednej księgi dla kilku komórek organizacyjnych w zakładzie,
 - w prowadzonych księgach brak wszystkich wymaganych rozporządzeniem danych,
3. Nie przekazywania do Wojewódzkiego Centrum, zgodnie z programem badań statystycznych statystyki publicznej danych sprawozdawczych z działalności zakładu, bądź niezgodność przekazanych danych z dokumentacją zbiorczą zakładu.

W związku ze stwierdzonymi nieprawidłowościami wydano ogółem 55 zaleceń pokontrolnych w formie wystąpień pokontrolnych i 1 decyzję nakazującą usunięcie nieprawidłowości.

KONSULTANCI WOJEWÓDZCY

W ramach nadzoru prowadzonego przez Konsultantów Wojewódzkich wykonano 64 kontrole zakładów opieki zdrowotnej.

Najczęściej występujące nieprawidłowości:

Do najczęściej wskazywanych nieprawidłowości dotyczących personelu zatrudnionego w zakładach opieki zdrowotnej konsultanci wskazywali:

1. Zbyt małą liczbę zatrudnionych lekarzy specjalistów, szczególnie anestezjologów i alergologów, a także pielęgniarek i położnych
2. Zbyt ogólne wykształcenie osób obsługujących aparaturę, brak uprawnień części pielęgniarek do przetaczania krwi
3. Brak odpowiedniej specjalizacji farmacji aptecznej pracowników aptek
4. Zbyt małą aktywność lekarza w zakresie doskonalenia zawodowego

W zakresie dokumentowania świadczeń udzielanych pacjentom konsultanci stwierdzali najczęściej:

1. Niepełne, mało czytelne dokumentowanie terapii w historii choroby,
2. W placówkach stomatologicznych brak dokumentacji wyleczonych dzieci
3. Brak listy oczekujących pacjentów
4. Niepełne dokumentowanie opieki pielęgniarskiej
5. Niepełne informacji o przetoczeniu w książkach transfuzyjnych

W odniesieniu do warunków, w jakich udzielane są świadczenia nieprawidłowości dotyczyły głównie:

1. Braku możliwości przebywania pacjenta poza łóżkiem-brak fotela w zakładach opiekuńczo-leczniczych
2. Zbyt dużego zagęszczenia pacjentów na salach
3. Braku właściwego sprzętu do pielęgnacji pacjentów
4. Nie zachowania intymności w trakcie zabiegów pielęgnacyjnych – brak parawanów, przeszkłone drzwi
5. Złych warunków lokalowych, udzielania świadczeń w pomieszczeniach wymagających generalnego remontu
6. Niewystarczającego wyposażenie w sprzęt diagnostyczny i zabiegowy, braku systematycznych przeglądów aparatury
7. Braku podjazdu dla inwalidów prowadzącego do wejścia
8. Niedostępnej informacji o prawach pacjenta