

KONTROLE WYKONANE W 2008 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 ze zmianami/ 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 .

OŚRODEK DOSKONALENIA KADR MEDYCZNYCH

Na podstawie Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 24 marca 2004 roku w sprawie stażu podyplomowego lekarza i lekarza stomatologa (Dz. U.2004.57.553 ze zmianami) oraz na podstawie Ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentystry z dnia 05 grudnia 1996 roku (Dz.U.1997.28.152 ze zmianami) art 15 ust 5 i 6b, wykonano od stycznia do grudnia 2008 roku **27 kontroli** problemowych w zakresie sprawowania nadzoru nad odbywaniem stażu podyplomowego lekarzy i lekarzy dentyistów.

Na podstawie ustaleń opisanych w protokołach, stwierdzono:

1. W placówkach powołani są koordynatorzy.
2. Koordynatorzy ustalali harmonogram przebiegu stażu dla stażystów.
3. Koordynatorzy zapoznają stażystów przed rozpoczęciem stażu z ramowym i indywidualnym harmonogramem stażu, sposobem jego dokumentowania w karcie stażu oraz obowiązkami i uprawnieniami stażysty.
4. Koordynatorzy posiadają pełną wiedzę na temat miejsca przebywania stażystów.
5. Kierownik zakładu lub ordynator wyznacza opiekuna- opiekunowie posiadali odpowiednie kwalifikacje.
6. Opiekunowie wraz ze stażystami prowadzą od 3 do 5 pacjentów- konsultują i akceptują proponowane przez stażystę badania diagnostyczne i ich interpretację, rozpoznanie choroby, sposób leczenia (zastosowanie leków, zabiegów operacyjnych i innych zabiegów lekarskich, pielęgnacji), rehabilitacji oraz leczenia poszpitalnego. Nie wszystkie placówki realizują to zadanie w pełnym zakresie.
7. Koordynatorzy nie dokonują okresowych ocen przebiegu stażu w formie pisemnej.
8. Koordynatorzy nie zawsze organizują i nie prowadzą seminariów dotyczących realizacji programu poszczególnych staży częściowych.

DZIAŁ PROMOCJI ZDROWIA, NADZORU ŚWIADCZEŃ MEDYCZNYCH

I KONTROLI ZAKŁADÓW OPIEKI ZDROWOTNEJ

Przeprowadzono **103 kontrole** w placówkach lecznictwa stacjonarnego i ambulatoryjnego realizującego świadczenia profilaktyczne z zakresu opieki nad matką i dzieckiem. Wydano 87 zaleceń pokontrolnych w celu usunięcia uchybień.

PODSTAWOWA OPIEKA ZDROWOTNA

Najczęściej powtarzające się nieprawidłowości:

1. Niepełne kwalifikacje pielęgniarek udzielających świadczeń z zakresu medycyny szkolnej. Kwalifikacje określa:

- Zarządzenie Nr 69/2007/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 25 września 2007 roku w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna
- Rozporządzenie 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/ § 4 pkt 3 „profilaktyczną opiekę zdrowotną sprawują:... 3) pielęgniarka, która ukończyła szkolenie specjalizacyjne w dziedzinie pielęgniarstwa środowiska nauczania i wychowania lub ukończyła kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa środowiska nauczania i wychowania, zwaną dalej pielęgniarką, albo higienistka”
- Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych art. 5, pkt. 25 „szkolenie specjalizacyjne w dziedzinie pielęgniarstwa:.. środowiska nauczania i wychowania lub .. kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa:... środowiska nauczania i wychowania”

2. Braki lub uchybienia w prowadzeniu dokumentacji medycznej. Prowadzenie dokumentacji medycznej reguluje **Rozporządzeniem 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/.**

- Dokumentację należy prowadzić czytelnie (§4, pkt 1).
- Kolejne wpisy sporządza się w porządku chronologicznym, zaznaczając koniec każdego wpisu, i opatruje czytelnym podpisem osoby je sporządzającej z podaniem danych ją identyfikujących (§4, pkt 2).
- Dokumentacja indywidualna i zbiorcza powinna zawierać dane identyfikujące zakład (§6,7, pkt 1.1).
- Wpis dokonany w dokumentacji nie może być z niej usunięty, a jeżeli został dokonany błędnie, należy go skreślić oraz opatrzyć datą skreślenia, krótkim omówieniem skreślenia i podpisem osoby dokonującej skreślenia (§4, pkt 3).
- Dane identyfikujące pielęgniarkę, połączną udzielających świadczeń zdrowotnych powinny zawierać: nazwisko i imię, tytuł zawodowy, uzyskane specjalizacje, **numer prawa wykonywania zawodu** (§6, pkt 4).

3. Udzielanie świadczeń profilaktycznych u dzieci do ukończenia 6 roku życia. Zakres świadczeń reguluje **Rozporządzenie 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/.

Okresy ich wykonywania oraz zakres badań określone są w załączniku nr 2 do rozporządzenia.

Pielęgniarki praktyki testy przesiewowe wykonują w niepełnym zakresie. Najczęściej powtarzającym się uchybieniem jest brak pomiarów ciśnienia tętniczego krwi, oznaczeń centylowych w rozwoju somatycznym, brak poprawnej oceny ostrości wzroku, brak testu w kierunku utajonego zezu. Nie wszystkie testy przesiewowe wykonywane są przez pielęgniarki samodzielnie. Brak pełnych danych identyfikujących pielęgniarkę/ położną potwierdzających wykonanie świadczeń.

W badaniach profilaktycznych lekarza pediatry brak w dokumentacji: oceny klinicznej stawów biodrowych, oceny wieku zębowego, brak lub niewłaściwa ocena zdrowotnej dojrzałości szkolnej.

Udzielanie profilaktycznych świadczeń u dzieci od 7 do 19 roku życia. Zakres świadczeń reguluje **Rozporządzenie 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 rok życia), brak oceny dojrzewania płciowego u młodzieży w wieku 14, 16, 18 lat, brak oceny orientacji zawodowej (16 rok życia), 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 lub niewłaściwe kwalifikowanie do zajęć wychowania fizycznego).

Brak zaleceń dla pielęgniarki szkolnej dotyczących postępowania poprzemiesiewowego.

GABINETY PROFILAKTYKI I POMOCY PRZEDLEKARSKIEJ W SZKOŁACH

W związku z przeprowadzanymi kontrolami, zwrócić należy większą uwagę na:

1. prowadzenie postępowania poprzemiesiewowego u uczniów z dodatnim wynikiem testu oraz prawidłowe dokumentowanie (bieżące wpisy w dokumentacji potwierdzone pełnymi danymi osoby wykonującej).

W dokumentacji medycznej ucznia powinny znajdować się obserwacje pielęgniarki, zapisy bieżące, udzielane porady i wydane zalecenia.

2. zwiększenie skuteczności zbierania kart profilaktycznych badania lekarskiego od uczniów
3. prowadzenie grupowej profilaktyki fluorkowej metodą nadzorowanego szczotkowania-technika przeprowadzania określona jest w opracowaniu „Standardy i metodyka pracy pielęgniarki i higienistki szkolnej”.

4. zawartość apteczki szkolnej zgodna z §43 w/w Zarządzenia

5. systematyczną kontrolę terminów ważności leków znajdujących się w apteczce szkolnej

6. przekazywanie Dyrektorowi Szkoły zbiorczych informacji dotyczących stanu zdrowia dzieci

7. udział w zebraniach Rady Pedagogicznej szkoły i zebraniach z Rodzicami

8. czynny udział pielęgniarki w akcjach promocyjnych i programach promocji zdrowia na terenie szkoły

9. przekazywanie informacji o kwalifikacji lekarskiej do wychowania fizycznego i sportu szkolnego oraz współpraca z nauczycielami wychowania fizycznego

Położnictwo środowiskowo-rodzinne

- Brak sprawowania kompleksowej opieki nad zadeklarowanymi kobietami i prowadzenia stosownej dokumentacji medycznej z przebiegu wizyty patronażowej zwłaszcza u kobiety ciężarnej i chorej ginekologicznie.
- Objęcie opieką środowiskową kobiety dopiero w okresie poporodowym - brak wizyty środowiskowej położnej u tej samej kobiety w okresie ciąży.
- Brak dokładnej orientacji położnych co do listy zadeklarowanych kobiet oraz nie umieszczanie w sposób widoczny w miejscu ogólnie dostępnym informacji o zakresie świadczeń im przysługujących, a realizowanych przez położną rodzinną.
- Zdarza się w dokumentacji medycznej położnej brak pisemnego potwierdzenia przekazania opieki nad niemowlęciem po 8 tyg. życia pielęgniarce rodzinnej (wraz z datą i czytelnymi podpisami pielęgniarki i położnej).
- Brak pisemnego potwierdzenia w dokumentacji medycznej położnej obiegu informacji między położną a lekarzem pediatrą czy ginekologiem w sytuacjach innych niż stan fizjologiczny.
- Zdarza się niekompletne wyposażenie walizki medycznej położnej.
- Zdarza się niewłaściwe prowadzenie i przechowywanie dokumentacji medycznej położnej. Brak odnotowywania właściwych dat, tj. daty urodzenia, wypisu i daty zgłoszenia noworodka do placówki, brak dokładnego opisu wywiadu środowiskowego, prowadzonej edukacji oraz podjętych zaleceń i działań.

PORADNIE STOMATOLOGICZNE

Większość placówek w których przeprowadzone zostały kontrole wyposażone są w nowoczesny sprzęt. Organizacja przyjęć pacjentów właściwa: pacjenci zapisywani są na określoną godzinę, w przypadku bólu pacjent przyjmowany jest w dniu zgłoszenia. Dokumentacja medyczna indywidualna prowadzona prawidłowo, w większości poradni brak Księgi Przyjęć.

Brak informacji o prawach pacjenta w niektórych zakładach.

Na podstawie skontrolowanej dokumentacji indywidualnej pacjenta stwierdza się niski odsetek badań profilaktycznych dentystycznych w populacji wieku rozwojowego.

**LECZNICTWO ZAMKNIĘTE
ODDZIAŁY PEDIATRYCZNE, NEONATOLOGICZNE, POŁOŻNICZO- GINEKOLOGICZNE**

1. Dokumentacja medyczna nie zawsze prowadzona jest zgodnie z **Rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej w zakładach opieki zdrowotnej oraz sposobu jej przetwarzania** /Dz.U.06.247.1819/
- Dane identyfikujące pielęgniarkę, położną udzielających świadczeń zdrowotnych powinny zawierać: nazwisko i imię, tytuł zawodowy, uzyskane specjalizacje, numer prawa wykonywania zawodu (§6, pkt 4). Pielęgniarki i położne udzielające świadczeń powinny posługiwać się pełnymi danymi identyfikującymi,
 - Dokumentacja w szpitalach- zbiorcza wewnętrzna
 - ✓ księga raportów pielęgniarских zgodnie z § 25 powinna zawierać:
 - krótką statystykę oddziału, w tym liczbę osób przyjętych, wypisanych, zmarłych;
 - numer kolejny wpisu;
 - datę sporządzenia raportu
 - treść raportu uwzględniająca w szczególności: dane identyfikujące pacjenta, opis zdarzenia, jego okoliczności i podjęte działania;
 - dane identyfikujące pielęgniarkę lub położną dokonującą wpisu oraz jej podpis,
 - Wpis dokonany w dokumentacji nie może być z niej usunięty, a jeżeli został dokonany błędnie, należy go skreślić oraz opatrzyć datą skreślenia, krótkim omówieniem skreślenia i podpisem osoby dokonującej skreślenia (§4, pkt 3),
 - Szpital sporządza i prowadzi dokumentację zbiorczą wewnętrzną, składającą się między innymi z księgi zabiegów (§8, pkt 2h),
 - Dokumentacja zbiorcza i indywidualna powinna zawierać zgodnie z § 6 :
 - dane identyfikujące zakład: nazwę zakładu i jego siedzibę, adres zakładu wraz z numerem telefonu, kod identyfikujący zakład stanowiący I część systemu kodu resortowego.
 - dane identyfikujące jednostkę organizacyjną zakładu: nazwę jednostki organizacyjnej zakładu, adres jednostki organizacyjnej zakładu wraz z numerem telefonu, kod identyfikacyjny jednostki organizacyjnej zakładu stanowiący V część systemu kodu resortowego,
 - Księga operacyjna w oddziale powinny być prowadzone zgodnie z § 27,
 - *Historia choroby* powinna zawierać zgodnie z § 12, pkt,6 imię i nazwisko przedstawiciela ustawowego pacjenta, opiekuna lub innej osoby wskazanej przez pacjenta oraz dane umożliwiające kontakt z tą osobą.
Zgodnie z § 12, pkt,7 oświadczenie pacjentki zawierające imię i nazwisko osoby upoważnionej przez pacjentkę do otrzymywania informacji o jej stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych oraz dane umożliwiające kontakt z tą osobą,
 - Lekarz wypisujący pacjenta wystawia na podstawie historii choroby kartę informacyjną z leczenia szpitalnego w jednym egzemplarzu z dwiema kopiami (§16,)
 - Za prowadzenie dokumentacji odpowiada kierujący komórką organizacyjną zakładu (§4, pkt 4),
 - Wpisy dotyczące przebiegu hospitalizacji są dokonywane na bieżąco przez lekarza prowadzącego i okresowo kontrolowane przez ordynatora (§13, pkt2),
 - Dokumentację podpisuje pracownik zakładu zgodnie z uprawnieniami zawodowymi i ustalonym w zakładzie zakresem czynności (§2),
 - Dokumentacja indywidualna i zbiorcza powinna zawierać dane identyfikujące zakład (§6,7, pkt 1.1),
 - Wpis dokonany w dokumentacji nie może być z niej usunięty, a jeżeli został dokonany błędnie, należy go skreślić oraz opatrzyć datą skreślenia, krótkim omówieniem skreślenia i podpisem osoby dokonującej skreślenia (§4, pkt 3).

ZAKŁADY OPIEKUŃCZO- LECZNICZE

1. Dostosowanie pomieszczeń zakładu do *Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 10 listopada 2006 r. w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładu opieki zdrowotnej - Dz. U. 2006 r., Nr 213, poz. 1568*) nie zawsze sukcesywnie realizowane. Ostateczny termin ich realizacji dla zakładów opieki zdrowotnej zamkniętej upływa z dniem 31 grudnia 2012 roku.
 - Łóżka w pokojach pacjentów powinny być ustawione w sposób umożliwiający dostęp z trzech stron; należy zapewnić odpowiednie odstępy pomiędzy łózkami.
 - Liczba łóżek w pokojach powinna być dostosowana do ich powierzchni; w pokoju może się znajdować maksymalnie 5 łóżek.
 - Brak parawanów na salach chorych uniemożliwia zachowanie intymności w trakcie wykonywania czynności pielęgnacyjnych bądź zabiegów u pacjenta.
 - Brak pokoju, gdzie można umieścić osobę ze wskazaniami do izolacji.
 - W Zakładach powinny być wyodrębnione: pomieszczenie porządkowe oraz pomieszczenia lub miejsca do składowania czystej i brudnej bielizny oraz odpadów.
 - W zakładzie powinno się wyodrębnić miejsce dla okryć wierzchnich osób odwiedzających, miejsce na wózki inwalidzkie dla pacjentów, udostępnić toaletę dla osób odwiedzających.
 - Pomieszczenia higieniczno – sanitarnych powinny być wyposażone w odpowiednią liczbę urządzeń, biorąc pod uwagę liczbę pacjentów przebywających w Zakładzie.
 - Ściany pokoiów i podłogi powinny być połączone w sposób bezszczelinowy.
2. W zakładzie powinien znajdować się depozyt, w którym pacjenci będą mogli przechowywać rzeczy wartościowe (*zgodnie z art. 19 b Ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 roku o zakładach opieki zdrowotnej - tekst jednolity z 2007, Dz. U. z 2007 r. Nr14, poz. 89 ze zm. oraz Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 25 lipca 2005 roku w sprawie depozytu wartościowych rzeczy pacjenta w zakładzie opieki zdrowotnej – Dz. U. 2005 r.,Nr 145, poz. 1220*).
3. Dokumentacja medyczna zbiorcza i indywidualna nie zawsze odpowiada zakresowi określonemu w ***Rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej w zakładach opieki zdrowotnej oraz sposobu jej przetwarzania*** /Dz.U.06.247.1819 ze zmianami/. Dokumentacja medyczna bywa przechowywana w sposób, który nie zabezpiecza jej przed zniszczeniem lub dostępem osób nieuprawnionych.
4. W związku z występującymi nieprawidłowościami w sposób niepełny przestrzegane są prawa pacjentów do intymności, odpowiedniego pomieszczenia, umierania w spokoju i godności, ochrony danych osobowych. W przypadku niektórych pacjentów stwierdzono niepełne przestrzeganie prawa do: wyrażenia zgody na leczenie, zabiegi.

DZIAŁ ANALIZ STATYSTYCZNYCH, EKONOMICZNYCH

I INFORMATYZACJI OCHRONY ZDROWIA

DZIAŁ REJESTRU ZAKŁADÓW OPIEKI ZDROWOTNEJ

W 2008 roku wykonano **101 kontroli** w zakładach opieki zdrowotnej na terenie województwa łódzkiego.

W związku ze stwierdzonymi nieprawidłowościami wydano ogółem 71 zaleceń pokontrolnych w formie wystąpień pokontrolnych i 1 decyzję nakazującą usunięcie nieprawidłowości.

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 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,

Ponadto w związku z pismem Wicepremiera – Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji przy współudziale pracowników łódzkiego Urzędu Wojewódzkiego przeprowadzono 5 kontroli samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej w zakresie prawidłowości gospodarowania mieniem publicznym i w zakresie gospodarki finansowej.

KONSULTANCI WOJEWÓDZCY

W ramach nadzoru prowadzonego przez Konsultantów Wojewódzkich wykonano **107 kontroli** zakładów opieki zdrowotnej. W 74 zakładach wskazane zostały nieprawidłowości dotyczące funkcjonowania placówki.

Najczęściej występujące nieprawidłowości:

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

1. Zbyt małą liczbę zatrudnionych lekarzy specjalistów 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.
5. Niewielka ilość szkoleń wewnątrzzakładowych.
6. Brak opracowanych minimalnych norm zatrudnienia.

W zakresie dokumentowania świadczeń udzielanych pacjentom konsultanci stwierdzali najczęściej:

1. Niepełne, mało czytelne dokumentowanie terapii w historii choroby.
2. Brak listy oczekujących pacjentów.
3. Niepełne dokumentowanie opieki pielęgniarskiej.
4. Niepełne informacje o przetoczeniu w książkach transfuzyjnych.
5. Brak zgody pacjenta na proponowane leczenie.

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

1. Zbyt dużego zagęszczenia pacjentów na salach.
2. Złych warunków lokalowych, udzielania świadczeń w pomieszczeniach wymagających remontu.
6. Niewystarczającego wyposażenie w sprzęt diagnostyczny i zabiegowy, braku systematycznych przeglądów aparatury.
7. Braku podjazdu dla osób niepełnosprawnych.
8. Niedostępnej informacji o prawach pacjenta.
9. Dostosowanie systemów informatycznych z zakresu farmacji aptecznej.