

PROTOKÓŁ KONTROLI
przeprowadzonej przez Konsultanta Wojewódzkiego
w dziedzinie **mikrobiologia lekarska**

I. INFORMACJE PODSTAWOWE

Jednostka kontrolowana:

Pracownia Bakteriologiczna Samodzielnego Publicznego Szpitala nr 1 im. Prof. Stanisława Szyszko SUM, 41-600 Zabrze, ul. 3 Maja 13 - 15 (pieczęć pracowni)

z siedzibą w

41 - 500 Zabrze, ul. 3 Maja 13 - 15

nr REGON

zwanym dalej „podmiotem kontrolowanym”

kierowanym w okresie objętym kontrolą przez (dyrektor/osoba zarządzająca podmiotem kontrolowanym):

mgr Bożena Findysz-Wyłąg *od 01 stycznia 2008 r. - p.o. Kierownika, od 15 grudnia 2008 r. Kierownik*
(imię i nazwisko, data objęcia stanowiska służbowego)

Podstawa prawna podjęcia kontroli: art. 10 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o konsultantach w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2009r. Nr 52, poz. 419 z późn. zm.)

Komórka organizacyjna podlegająca kontroli

Data rozpoczęcia kontroli... **16.07.2013 godz. 11:30**

Data zakończenia kontroli... **16.07.2012 godz. 14:30**

Kontrolujący:

Prof.dr hab.med. Gayane Martirosian

(imię i nazwisko kontrolującego)

Przedmiot kontroli:

Pracownia bakteriologiczna: stan faktyczny pomieszczeń, sprzętu, jakość wykonywanych badań, książki i wpisy, komputerowa baza danych, dotycząca wykonywanych badań

*) niepotrzebne skreślić

Przed rozpoczęciem czynności kontrolnych kontrolujący zawiadomił kierownika podmiotu kontrolowanego o przedmiocie kontroli oraz dokonał adnotacji w księdze ewidencji kontroli prowadzonej przez podmiot pod numerem z dnia 16.07.2013

Wyjaśnień udzielał(a) kierownik podmiotu kontrolowanego/osoba upoważniona ~~Pan/Pani~~

mgr Bożena Findysz-Wyłąg

II. OPIS STANU FAKTYCZNEGO

1. Personel medyczny kontrolowanej komórki organizacyjnej (oddział, poradnia, zakład itp.):

Ordynator/Kierownik kontrolowanej komórki organizacyjnej:

mgr Bożena Findysz-Wyłąg.....

(imię nazwisko, data objęcia stanowiska służbowego)

Liczba osób udzielających świadczenia zdrowotne w ramach jednostki (zakładu, oddziału, poradni, pracowni itd.): **6 osób**.....

1.1. Personel medyczny jednostki:

- Liczba:

- profesorów
- dr hab.
- dr n. med.
- specjalistów

w tym

- specjalistów I°
- specjalistów II° **.1**.....
- lekarzy w trakcie specjalizacji **.1**.....

w tym

- w trybie rezydenckim
- w trybie pozarezydenckim
- stażystów

- Liczba pielęgniarek/położnych
- Liczba diagnostów laboratoryjnych **.3**.....
- Liczba rehabilitantów
- Liczba psychologów
- Inne grupy zawodowe **.3 (technicy analityki medycznej)**..

1.2. Ocena kadry medycznej podmiotu pod względem zabezpieczenia udzielanych świadczeń medycznych

*) niepotrzebne skreślić

- kadra lekarska:	wystarczająca	<u>TAK</u>	NIE
- kadra pielęgniarska:	wystarczająca	TAK	NIE
- pozostały personel:	wystarczająca	<u>TAK</u>	NIE

Uwagi: *Pracownicy wykonują szerokoprofilową diagnostykę mikrobiologiczną. Badane materiały biologiczne: krew, płyny mózgowo-rdzeniowe, inne płyny, wymazy (różne), mocz, kał. W roku 2012 przeprowadzono ponad 17000 badań.*

1.3. Realizacja kształcenia i doskonalenia zawodowego lekarzy, lekarzy dentystów, pielęgniarek, położnych, farmaceutów, osób wykonujących inne zawody medyczne lub inne zawody mające zastosowanie w ochronie zdrowia*) w zakresie wynikającym z programów kształcenia

Prowadzenie stażu podyplomowego:

- a) czy jednostka jest uprawniona do prowadzenia stażu podyplomowego i czy spełnia wymagane warunki w tym zakresie:

2 tygodniowe staże studentów analityki medycznej Śląskiego Uniwersytetu Medycznego, a także studentów wydziału biologii i biotechnologii Uniwersytetu Śląskiego.....

- b) liczba osób odbywających staż: ... *do 10 osób 2-3 krotnie w roku*

- c) realizacja programu stażu:

Wg programu

Specjalizacje:

- a) liczba lekarzy, którzy rozpoczęli specjalizację w kontrolowanym okresie
- b) aktualna liczba osób realizujących specjalizację
- c) liczba miejsc szkoleniowych ogółem
- d) liczba miejsc szkoleniowych w systemie rezydenckim
- e) liczba miejsc szkoleniowych w systemie pozarezydenckim
- f) liczba lekarzy, którzy złożyli dokumenty do PES w kontrolowanym okresie

Realizacja doskonalenia zawodowego wynikającego z programów szkoleniowych i ocena poziomu kształcenia:

.....

.....

.....

*) niepotrzebne skreślić

1.4. Formy doskonalenia zawodowego:

- 1) *Udział personelu w regularnie organizowanych zebraniach naukowo-szkoleniowych katowickiego oddziału PTM*
- 2) *Udział personelu w zebraniach wojewódzkiego oddziału PTDL*
- 3) *Udział kierownika pracowni w zjeździe PTM w Lublinie w 2012 roku*
- 4) *Udział w szkoleniach organizowanych przez firmy farmaceutyczne i inne na terenie woj. Śląskiego*
- 5) *Regularne zebrania szkoleniowe personelu laboratorium, rejestrowane w zeszycie, dostępnym w pracowni, podczas zebrań dyskutowane są aktualne nowości w związku z wprowadzeniem przepisów unijnych do pracowni i laboratoriów mikrobiologicznych na terenie Polski*

(podnoszenie kwalifikacji personelu – rodzaj i częstotliwość)

- *Comiesięczne szkolenia, tematyka dostępna w książce zebrań...*

(szkolenia wewnątrzzakładowe – częstotliwość i tematyka)

- *Udział w zjeździe PTM w Lublinie (kierownik)*- *Udział w konferencji „Postępy Mikrobiologii” w Warszawie, rok 2012 (kierownik).*- *Udział w wiosennej szkole mikrobiologii w Zakopanym w roku 2011 (kierownik i asystent)...*

(udział w zjazdach, konferencjach)

2. Organizacja jednostki (oddziału) :Liczba łóżek zarejestrowanych **298 + 12 dializa dorosłych i dzieci...**

Liczba łóżek rzeczywistych w dniu kontroli

Liczba sal chorych

Liczba hospitalizacji:

- w roku minionym: **12.650**.....

- w roku bieżącym do dnia kontroli

- liczba pacjentów w dniu kontroli

- % obłożenia łóżek w dniu kontroli **65,03% w roku 2012**.....

Czas oczekiwania na przyjęcie planowe

Czas oczekiwania na przyjęcia w przypadkach pilnych

Przyczyny oczekiwania na przyjęcie na oddział (medyczne, pozamedyczne)

.....

.....

Średni czas hospitalizacji pacjentów (za okres objęty kontrolą): **5,61 (wskaźnik pobytu)**.....

*) niepotrzebne skreślić

W przypadku kontroli oddziałów zabiegowych (dane od początku roku do dnia kontroli, w przypadku kontroli w pierwszym kwartale – dane za rok poprzedni oraz za roku bieżący do dnia kontroli):

- ilość zabiegów operacyjnych
- stosunek pacjentów operowanych do nieoperowanych
- ilość zabiegów operacyjnych wykonanych w czasie dyżurów
(tj. w godzinach 15.00-8.00) i w dni wolne od pracy

(UWAGA: prośba o powyższe dane powinna być wysłana z odpowiednim wyprzedzeniem)

Ocena warunków udzielania świadczeń medycznych

.....
.....
.....
.....

3. Wyposażenie podmiotu kontrolowanego (zakładu, oddziału, poradni, pracowni itd.)

Główny sprzęt medyczny

Baktalert (głównie posiewy krwi), Vitek 2 compact (identyfikacja i antybiogramy), Previcolor do barwienia preparatów, ATB expression (stary), ciepłarka CO₂ „Binder”, komora laminarna „Farma fil”, Mikroskop Nikon, wirówka MPW, 2 autoklawy ASVE, aparat Kocha, ciepłarki, chłodnia, lodówki, waga, destylarka i inny drobny podręczny sprzęt niezbędny w laboratorium

Stan sprzętu (m. in. oznaczenie CE, legalizacje i paszporty techniczne)

Sprzęt w stanie dobrym, paszporty dostępne do wglądu, regularne wpisy o przeglądach technicznych.....

...

Ewentualne braki sprzętu

Pracownia nie wykonuje niektórych badań serologicznych (np. poszukiwanie Ag i Ab grzybów czy wirusów) ze względu na brak czytnika ELISA. Udostępnienie takiego czytnika bardzo usprawniło by diagnostykę, zwłaszcza ze względu na oddział hematologii dziecięcej, zlokalizowany na terenie kampusu szpitalnego.....

*) niepotrzebne skreślić

.....

Ocena wyposażenia w związku z zakresem wykonywanych świadczeń zdrowotnych

Wystarczająca

Wnioski dotyczące wyposażenia podmiotu kontrolowanego

(ocena wyposażenia podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych w aparaturę i sprzęt medyczny, aparaturę analityczną oraz aparaturę do przygotowania i badania produktów leczniczych i kontrola ich efektywnego wykorzystania w realizacji zadań dydaktycznych)

.....
Wyposażenie pracowni bakteriologicznej w sprzęt uważam za wystarczające, ale uzupełnienie sprzętu w czytnik ELISA znacznie usprawni i rozszerzy zakres wykonywanych badań. W przyszłości należałoby rozważyć wprowadzenie metod genetycznych do szybkiej diagnostyki wybranych zakażeń wirusowych, grzybiczych i bakteryjnych.

4. Dokumentacja medyczna:

- | | | |
|---|------------|-----|
| a) czytelna | <u>tak</u> | nie |
| b) kompletna | <u>tak</u> | nie |
| c) autoryzowana | <u>tak</u> | nie |
| d) każdy dokument dotyczący pacjenta jest autoryzowany i datowany | <u>tak</u> | nie |
| e) każdy pacjent w ciągu 24 godzin od przyjęcia ma wypełnioną historię choroby z kompletnym badaniem fizykalnym | tak | nie |
| f) okres uzupełnienia i zakończenia historii choroby nie przekracza 3 dni od wypisu | tak | nie |
| g) inne spostrzeżenia dotyczące dokumentacji: | | |

Pracownia posiada system komputerowy do rejestracji pacjentów i badań, a także odrębny zeszyt do rejestracji pracy laboratoryjnej i codziennych czynności. Każde badanie rejestruje się i jest dostępne w formie komputerowej, wydruku z komputera, a także w odrębnym zeszycie pracowni.....

Ocena w odniesieniu do obowiązujących przepisów prawnych regulujących aspekt praw pacjenta, dokumentacji medycznej oraz innych aktów prawnych dotyczących dokumentacji wyróżnionych ze względu na specyfikę reprezentowanej dziedziny:

Archiwizacja danych z ostatnich 5 lat - w piwnicy budynku laboratoryjnego, natomiast starsze dokumenty przekazują do archiwum szpitalnego. Pełna baza danych znajduje się w programie Kam soft, który służy także do automatycznego wglądu do wyników „na bieżąco” przez lekarzy oddziałów szpitala.....

*) niepotrzebne skreślić

5. Dostępność świadczeń zdrowotnych

5.1. Czas pracy podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych:

codziennie w godzinach od **7:00...do 19:00 poniedziałek - piątek...**

inny (jaki?) **8:00 – 12:00 soboty, niedziele i święta.....**

5.2. Czas oczekiwania na planowaną poradę (świadczenie zdrowotne lub przyjęcie na oddział):

- | | | |
|--|-----------|------|
| • w dniu zgłoszenia | tak | nie |
| • w dniu następnym | tak | nie |
| • po kilku dniach/tygodniach/miesiącach/latach | tak | nie, |
| | ilu | |

5.3. Przyczyny oczekiwania na planowaną poradę/przyjęcie na oddział (medyczne, pozamedyczne):

5.4. Czy w jednostce udzielającej świadczeń zdrowotnych zamieszczona jest informacja dla pacjentów o:

- | | | |
|--------------------------------------|------------|-----|
| a) godzinach pracy lekarzy | <u>tak</u> | nie |
| b) oferowanych świadczeniach | <u>tak</u> | nie |
| c) opłatach za dodatkowe świadczenia | <u>tak</u> | nie |
| d) prawach pacjenta | tak | nie |
| e) innych świadczeniach (jakich?) | tak | nie |

-
- | | | |
|------------------------------|-----|-----|
| f) inne informacje, (jakie?) | tak | nie |
|------------------------------|-----|-----|

Informacje dostępne także w Biurze Obsługi Pacjenta i na stronie internetowej szpitala

III. Wnioski konsultanta wojewódzkiego dotyczące działalności podmiotu kontrolowanego pod względem wymogów związanych ze specyfiką reprezentowanej dziedziny:

Pracownia zlokalizowana w starym zabytkowym budynku z początku XX wieku. Pracownia nie odpowiada obecnym standardom: brak klimatyzacji, otwarte okna, kafelki na ścianach, budynek stary, pracownia znajduje się w budynku od lat 90 XX wieku, gdzie sporadycznie przeprowadzano tylko malowanie ścian. Pracownia wymaga kapitalnego remontu i modernizacji zgodnie z obowiązującymi przepisami.

.....

*) niepotrzebne skreślić

- IV. Opis stwierdzonego w wyniku kontroli stanu faktycznego (w tym opis ustalonych nieprawidłowości lub naruszeń prawa, z uwzględnieniem przyczyn powstania zakresu i skutków tych nieprawidłowości lub naruszeń, osiągnięcia podmiotu kontrolowanego):

Pewne badania (borelioza, WZW, Ag i Ab wirusowe itd.) wykonuje i autoryzuje Laboratorium analityczne. Jednak wg obowiązujących przepisów należy to do kompetencji specjalisty mikrobiologa.....

- V. Zalecenia pokontrolne:

Remont i modernizacja pracowni, unowocześnienie, zakup systemu klimatyzacji, zakup czytnika ELISA, rozszerzenie diagnostyki mykologicznej, wprowadzenie badań genetycznych (poszukiwanie genów kodujących toksyny bakterii, lub DNA czy RNA drobnoustrojów itd). Rozmawiałam z dyrektorem szpitala, który bardzo dobrze orientuje się w specyfice i roli pracowni bakteriologicznej ze względu na zawód (anestezjolog-pediatra) i pozytywnie odreagował na powyższe uwagi, obiecując w miarę możliwości dostosować się do wymienionych wyżej zaleceń i zapewnić że pracownia pozostanie na terenie szpitala i w jego strukturze i nie zostanie oddana w „out-sourcing”.....

- VI. Informacja o odmowie udzielenia wyjaśnień przez pracowników podmiotu kontrolowanego

.....
.....
.....

Załączniki do protokołu :

1.
2.
3.

Na tym kontrolę zakończono.

Protokół doręczono kierownikowi podmiotu kontrolowanego (dyrektor/osoba zarządzająca podmiotem kontrolowanym) w dniu **16.07.2013**.....

Kierownikowi podmiotu kontrolowanego, po zapoznaniu się z treścią protokołu kontroli, przysługuje prawo zgłoszenia – przed podpisaniem protokołu – umotywowanych zastrzeżeń dotyczących ustaleń zawartych w protokole. Zastrzeżenia zgłasza się na piśmie w terminie 7 dni od dnia otrzymania protokołu.

*) niepotrzebne skreślić

Kierownik podmiotu kontrolowanego, po zapoznaniu się z treścią protokołu kontroli, może odmówić jego podpisania, składając w terminie 7 dni od dnia jego otrzymania pisemne wyjaśnienie przyczyn tej odmowy.

Protokół sporządzono w trzech jednobrzmiących egzemplarzach, z których jeden pozostawia się kierownikowi podmiotu kontrolowanego.

O sposobie wykonania zaleceń zawartych w protokole należy powiadomić Konsultanta Wojewódzkiego oraz Wojewodę Śląskiego za pośrednictwem Dyrektora Wydziału Nadzoru nad Systemem Opieki Zdrowotnej Śląskiego Urzędu Wojewódzkiego w Katowicach w terminie 30 dni od daty otrzymania niniejszego protokołu.

Zabrze, dnia ...16.07.2013...

(miejscowość, data sporządzenia protokołu)

Kierownik podmiotu kontrolowanego
(dyrektor/osoba zarządzająca
podmiotem kontrolowanym albo upoważniony pracownik)

DYREKTOR
[Podpis]
.....
Prof. dr hab. Dariusz Budziński
(data podpisania protokołu, podpis)

Konsultant Wojewódzki

Konsultant wojewódzki
ds. Mikrobiologii Lekarskiej
Prof. dr hab. med. Lesław Mikroszan

.....
(data podpisania protokołu, podpis) *16.07.13*

Oświadczam, że uzyskane w trakcie kontroli dane będą przetwarzane jedynie w związku z przeprowadzoną kontrolą.

Konsultant wojewódzki
ds. Mikrobiologii Lekarskiej
Prof. dr hab. med. Lesław Mikroszan
.....
data i podpis konsultanta wojewódzkiego *16.07.13*

*) niepotrzebne skreślić

DYREKTOR

Prof. Dr. hab. Budz