WOJEWODA DOLNOŚLĄSKI

Wrocław, dnia 24 września 2014 r.

PS-ZP.9612.40.2014.IS

Pan
Stanisław Woźniak
Dyrektor
Wojewódzkiego Centrum Szpitalnego
Kotliny Jeleniogórskiej

Wystąpienie pokontrolne

Na podstawie art. 111, art. 112 ustawy z dnia 15 kwietnia 20011 r. o działalności leczniczej (j.t. Dz. U. z 2013 r., poz. 217 ze zm.), w związku z § 14 Zarządzenia Nr 428 Wojewody Dolnośląskiego z dnia 13 grudnia 2013 r. w sprawie kontroli zewnętrznych prowadzonych przez Wojewodę Dolnośląskiego oraz imiennego upoważnienia Wojewody Dolnośląskiego z dnia 23 kwietnia 2014 r., sygn. PS-ZP.0030-157/14, zespół kontrolny z Wydziału Polityki Społecznej Dolnośląskiego Urzędu Wojewódzkiego, w składzie:

1. **Iwona Stasiak** – inspektor wojewódzki, przewodnicząca zespołu kontrolnego,
2. **Mirosława Ryba-Romanowska** – specjalista,

przeprowadził w dniach od 19 do 30 maja 2014 r. (z przerwami), w podmiocie leczniczym Wojewódzkie Centrum Szpitalne Kotliny Jeleniogórskiej ul. Ogińskiego 6, 58-506 Jelenia Góra (zwany dalej podmiotem leczniczym), kontrolę problemową w trybie zwykłym w zakresie realizacji świadczeń zdrowotnych, ze szczególnym uwzględnieniem opieki nad matką i dzieckiem w Oddziałach: ginekologiczno-położniczym i neonatologicznym.

Kontrolą objęto okres od 01 maja 2013 roku do dnia 30 kwietnia 2014 roku. Kontrolę przeprowadzono zgodnie z zatwierdzonym w dniu 20 grudnia 2013 r. przez Wojewodę Dolnośląskiego planem kontroli na I półrocze 2014 r.

Szczegółowe ustalenia przedmiotowej kontroli zostały przedstawione w protokole kontroli, sygn. PS-ZP.9612.40.2014.IS, przesłanym Panu pismem z dnia 20 sierpnia 2014 r. Protokół kontroli został podpisany przez Dyrektora Wojewódzkiego Centrum Szpitalnego

Kotliny Jeleniogórskiej – Pana Stanisława Woźniaka w dniu 11.09.14 roku, bez wnoszenia zastrzeżeń.

W związku z przedmiotową kontrolą przekazuję Panu niniejsze wystąpienie pokontrolne.

W zakresie realizacji świadczeń zdrowotnych, ze szczególnym uwzględnieniem opieki nad matką i dzieckiem w Oddziałach: ginekologiczno-położniczym i neonatologicznym, przez podmiot leczniczy wydaję ocenę pozytywną z nieprawidłowościami.

Stwierdzone nieprawidłowości mogą powodować następstwa dla kontrolowanej działalności, jak i na wykonywanie zadań. Powyższą ocenę uzasadniam następująco:

1. Warunki i wymagania jakie spełnia podmiot leczniczy realizujący świadczenia zdrowotne w zakresie opieki nad matką i dzieckiem w Oddziale ginekologiczno-położniczym oraz w Oddziale neonatologicznym

Organizacja oddziałów:

Oddział położniczo-ginekologiczny realizował świadczenia zdrowotne w zakresie II poziomu referencyjnego, natomiast Oddział neonatologiczny w zakresie III poziomu.

Zgodnie z zapisem w Rejestrze Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą kontrolowane przedsiębiorstwo podmiotu leczniczego, w zakresie opieki nad matką i dzieckiem, posiadało wyodrębnione komórki organizacyjne pod nazwą: **Oddział położniczo-ginekologiczny, Pododdział Położniczy, Pododdział Patologii Ciąży, Sala porodowa, Oddział neonatologiczny, Pododdział Patologii Noworodka, Szkoła Rodzenia.**

Zgodnie z § 11 Regulaminu organizacyjnego przedsiębiorstwo podmiotu leczniczego posiadało podstawowe komórki organizacyjne w zakresie opieki nad matką i dzieckiem: **Oddział Położniczo-Ginekologiczny oraz Oddział Neonatologiczny**. W obrębie Oddziału położniczo-ginekologicznego wyodrębniono **pododdziały: Pododdział Położniczy, Pododdział Patologii Ciąży i inną komórkę organizacyjną – Salę Porodowa oraz *Pododdział Ginekologiczny***. Natomiast **Oddział Neonatologiczny** w swoje strukturze wyodrębniony miał **Pododdział Patologii Noworodka**. Natomiast zgodnie z § 54 i § 56 w skład **Oddziału neonatologicznego** wchodziły **pododdziały: Pododdział Patologii Noworodka oraz *Pododdział Neonatologii***

(dowód: akta kontroli str. 2÷10, 66÷94).

W trakcie kontroli podmiotu leczniczego kontrolujący przeprowadzili wizję lokalną Oddziału Położniczo-Ginekologicznego i Oddziału Neonatologicznego.

Oddział Położniczo-Ginekologiczny - Sala Porodowa

Na I piętrze budynku podmiotu leczniczego z korytarza głównego przechodząc przez *„Oddział Położniczy" i „Oddział Neonatologiczny – Fizjologia Noworodka"* i korytarz wewnętrzny *Oddziału położniczo-ginekologicznego i Oddziału neonatologicznego* znajdowało się wejście do *„Bloku Porodowego"*. **W trakcie wizji lokalnej stwierdzono, że oznakowanie oddziałów, pododdziałów, komórek organizacyjnych było niezgodne z zapisami w Regulaminie organizacyjnym kontrolowanego podmiotu leczniczego, w którym *„Oddział Położniczy"* nazwany był Pododdziałem Położniczym, *„Oddział Neonatologiczny – Fizjologia Noworodka"* nazwany był Pododdziałem Neonatologii, a *„Blok Porodowy"* - Salą Porodową.**

Z korytarza wewnętrznego *Oddziału położniczo-ginekologicznego i Oddziału neonatologicznego* znajdowały się kolejno wejścia do: *„Bloku Porodowego"*, sali przedporodowej z ubikacją, Izby Przyjęć Położniczej, przez śluzę do sal obserwacyjnych noworodków, sal dla kobiet ciężarnych, i na końcu korytarza do Pododdziału Ginekologicznego i *sali porodowej rodzinnej* składającej się z dwóch pomieszczeń i łazienki.

W skład *„Bloku Porodowego"* wchodziły: sala cięć cesarskich; 1 sala 3-stanowiskowa, w tym jedno stanowisko zamykane drzwiami przesuwanymi, pozostałe dwa stanowiska przedzielone ścianką z otwartym przejściem od strony okna, stanowisko znajdujące się przy wejściu było stanowiskiem awaryjnym; boks noworodkowy z 2 stanowiskami; 1 węzeł sanitarny z prysznicem do dyspozycji wszystkich pacjentek, również przebywających w Sali przedporodowej zlokalizowanej poza *„Blokiem Porodowym"*. *Blok porodowy* i *sala porodowa rodzinna* wyposażone były w 4 nowe łóżka porodowe oraz w 1 worek sako, 3 piłki. W trakcie porodu był stosowany do znieczulenia Entonox na zlecenie lekarza.

W trakcie przeprowadzanych oględzin na *„Bloku Porodowym"* obecne były 2 kobiety ciężarne, w sali przedporodowej - 2 pacjentki, w *sali porodów rodzinnych* nie było pacjentki. Na *„Bloku Porodowym"* na dyżurze pracowały 4 położne obejmujące opiekę nad kobietami rodzącymi na *„Bloku Porodowym"* oraz na *sali porodów rodzinnych* oraz nad pacjentkami przebywającymi na sali przedporodowej oraz obsługujące salę cięć cesarskich i Izbę Przyjęć Położniczą

(dowód: akta kontroli str. 26÷27).

Oddział Położniczo-Ginekologiczny - Pododdział Położniczy i Oddział Neonatologiczny - Pododdział Neonatologiczny i Pododdział Patologii Noworodka

Na I piętrze budynku podmiotu leczniczego z korytarza głównego znajdowały się wejścia do dwóch oddziałów/pododdziałów - do *„Oddziału Położniczego"* w systemie rooming-in, *„Oddziału Neonatologicznego – Fizjologia Noworodka"* oraz do *„Oddziału Neonatologicznego - Pododdział Patologii Noworodka"*. **W trakcie wizji lokalnej stwierdzono, że oznakowanie oddziałów, pododdziałów było niezgodne z zapisami w Regulaminie organizacyjnym kontrolowanego podmiotu leczniczego, w którym *„Oddział Położniczy"* nazwany był Pododdziałem Położniczym, *„Oddział Neonatologiczny – Fizjologia Noworodka"* nazwany był Pododdziałem Neonatologii.**

W *„Oddziale Położniczym"* w systemie rooming-in było 8 sal 2-łóżkowych i 2 sale 1 łóżkowe z węzłami sanitarnymi. Wszystkie pokoje wyposażone były w stanowiska do kąpieli i pielęgnacji noworodków. Dla położnic po cięciach cesarskich przeznaczone były 2 sale 2-osobowe, w których okresowo przebywają kobiety ciężarne z ciężką patologią. W oddziale znajdowały się również: pokój badań dla położnic, 2 łazienki oraz pokój zabiegowy dla noworodków. W trakcie kontroli w oddziale przebywało 20 położnic i 5 noworodków, którymi opiekowały się 2 położne dyżurne i 2 położne w godzinach przedpołudniowych. Za *„Oddziałem Położniczym"* w systemie rooming-in, w obrębie *Pododdziału Patologii Ciąży* znajdowała się 8-stanowiskowa sala obserwacyjna dla noworodków. W trakcie kontroli na obserwacji przebywały 4 noworodki. Dyżur pełniły 2 pielęgniarki.

W *„Oddziale Neonatologicznym, Pododdziale Patologii Noworodka"* znajdowały się 4 stanowiska Intensywnej Opieki (OJOM), 9 stanowisk Patologii noworodka, Izba przyjęć dla noworodków przyjmowanych z zewnątrz, która jest jednocześnie pokojem badań w trakcie dyżuru, 2 sale 3-łóżkowe dla matek chorych noworodków przyjętych spoza szpitala, 2 sale 2-łóżkowe dla matek chorych noworodków (warunki hotelowe), Pokój laktacyjny oraz pomieszczenie gospodarcze
(dowód: akta kontroli str. 28 ÷30).

Personel położniczy i pielęgniarski:

W *Oddziale Położniczo-Ginekologicznym* personelem położnych zarządzała, w okresie podlegającym kontroli, Położna Oddziałowa. W oddziale zatrudnionych było 40 położnych i 8 pielęgniarek dyżurujących w *Pododdziale Ginekologicznym*. W *Oddziale Położniczo-Ginekologicznym* 40% położnych posiadało wyższe wykształcenie,

15% posiadało specjalizację w zakresie pielęgniarstwa położniczego. Pielęgniarki zatrudnione w *Odcinku Ginekologicznym* w 25% posiadały wyższe wykształcenie.

W *Oddziale Neonatologicznym* personelem pielęgniarskim zarządzała Pani Pielęgniarka Oddziałowa. W oddziale zatrudnionych było 30 pielęgniarek, w tym 16 z wyższym wykształceniem, co stanowiło 53,3% zatrudnionego personelu oraz 5 położnych.

Panie położne i Panie pielęgniarki zatrudnione w *Oddziale Położniczo-Ginekologicznym* oraz w *Oddziale Neonatologicznym* nie ukończyły kursu specjalistycznego z zakresu „Resuscytacji krążeniowo-oddechowej noworodka", co jest niezgodne z częścią XII ust 5 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 września 2012 r. *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). Pan Stanisław Woźniak – Dyrektor kontrolowanego podmiotu leczniczego oświadczył, że złożono wniosek do dofinansowania szkolenia „w zakresie resuscytacji krążeniowo-oddechowej dla noworodka" w ramach Norweskiego Mechanizmu Finansowego 2009-2014 i Mechanizmu Finansowego Europejskiego Obszaru Gospodarczego, w ramach Programu: PL07 Poprawa i lepsze dostosowanie ochrony zdrowia do trendów demograficzno-epidemiologicznych. Zgodnie z harmonogramem 50 osób rozpocznie szkolenie w czerwcu 2014 roku

(dowód: akta kontroli str. 59÷67, 132÷141).

2. Dokumentowanie udzielonych świadczeń zdrowotnych w oddziale ginekologiczno-położniczym i oddziale neonatologicznym 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 ze zm.)

Zbiorcza dokumentacja medyczna:

- w *Bloku Porodowym* księga bloku porodowego prowadzona była zgodnie z § 34 rozporządzenia,
- księga noworodków prowadzona była w *Oddziale Neonatologicznym* zgodnie z § 35 rozporządzenia,
- w *Oddziale Położniczo-Ginekologicznym i Oddziale Neonatologicznym* prowadzone były książki raportów pielęgniarskich zgodnie z przepisami prawa.

Indywidualna dokumentacja medyczna:

W trakcie czynności kontrolnych dokonano analizy indywidualnej dokumentacji medycznej kobiet ciężarnych, które urodziły drogami natury oraz ich noworodków, w okresie od 01.05.2013 roku do 30.04.2014 roku.

Do analizy wybrano losowo 28 indywidualnych dokumentacji medycznych na podstawie wpisu w księdze bloku porodowego, pod kątem dokumentowania świadczeń zdrowotnych w zakresie opieki nad kobietą rodzącą i położnicą po porodach drogami natury. **Kontrolującym udostępniono indywidualną dokumentację medyczną prowadzoną w wersji papierowej.** Historia Chorób Ogólna zawierała: informacje dotyczące wywiadu epidemiologicznego, identyfikacji czynników ryzyka powikłań przed- i okołoporodowych, identyfikacji śródporodowych czynników ryzyka powikłań, kartę położniczą, kartę indywidualnej opieki pielęgniarskiej, kartę obserwacji porodu (patrogram), kartę gorączkową, zleceń i opieki, kartę CSP, kartę informacyjną, oświadczenie pacjenta, kartę obserwacji wkłucia, kartę ewidencyjną do badań nad profilaktyką konfliktu Rh, wyniki badań dodatkowych, kartę przebiegu ciąży. Z przeprowadzonej analizy dokumentacji udostępnionej kontrolującym wynika, że:

- 100% analizowanych *indywidualnych kart zleceń lekarskich* prowadzonych było zgodnie z § 4 ust. 2 i § 10 ust. 1 pkt 3 i § 18 ust. 4,
- **100% analizowanych historii chorób nie miało ponumerowanych stron, co jest niezgodnie z § 5,**
- 100% analizowanych historii chorób zawierało *partogram*,
- **50%** analizowanych historii chorób zawierało wpisy z przebiegu porodu dokonane przez lekarzy lub położne,
- **100%** *kart indywidualnej opieki pielęgniarskiej* zawierało **tylko** listę wykonanych czynności pielęgniarskich, podpis i pieczątkę położnej, **brak było dokumentacji w zakresie planu opieki, diagnozy problemów położniczych, podjętych i realizowanych działań u kobiety rodzącej, bieżącej oceny działań położniczych,** co jest niezgodnie z § 10 ust 1 pkt. 5).

Indywidualna dokumentacja medyczna prowadzona była również w wersji elektronicznej, bez dołączanych wydruków do dokumentacji prowadzonej w wersji papierowej. Tylko jedna, z udostępnionych kontrolującym do analizy historii chorób, została uzupełniona o wydruki dokumentacji prowadzonej w wersji elektronicznej, która zawierała dodatkowo: arkusz oceny stanu zdrowia pacjenta, historię choroby -

obserwacje lekarskie, plan opieki i problemy pielęgniarskie, arkusz oceny stanu zdrowia pacjenta, kartę realizacji opieki, zalecenia pielęgniarskie
(dowód: akta kontroli str. 39, 40, 256÷289, 333÷363, 399÷415).

W Oddziale neonatologicznym prowadzona dokumentacja medyczna zawierała: Historię choroby ogólną, Historię choroby dziecka, Historię rozwoju noworodka, kartę gorączkową zleceń i opieki, kartę indywidualnej opieki pielęgniarskiej, kartę informacyjną, oświadczenie wypisu dziecka ze szpitala, oświadczenie przedstawiciela ustawowego/opiekuna dziecka, kartę przesiewowego badania słuchu, kartę pobierania posiewów, kartę obserwacji wkłuć obwodowych / centralnych / tętniczych / cewników do HD. **Karta indywidualnej opieki pielęgniarskiej zawierała wyłącznie informacje dotyczące wykonanych czynności**, natomiast **brak było zgodnie z § 10 ust. 5 informacji dotyczących procesu diagnostycznego, leczniczego, pielęgnacyjnego lub rehabilitacyjnego, opisu udzielonych świadczeń zdrowotnych, rozpoznanie problemu zdrowotnego, zaleceń.**

W trakcie kontroli dokonano analizy 28 losowo wybranych dokumentacji medycznych pod kątem dokumentowania świadczeń zdrowotnych w zakresie opieki nad noworodkiem. Z analizy dokumentacji wynika, że w Kartach noworodków:

- w 100% była identyfikacja osoby, która oznakowała noworodka w znaki tożsamości ,
- w 100% była identyfikacja osoby, która wykonała pomiary antropometryczne,
- w 100% była identyfikacja osoby, która wykonała zabieg Credego,
- w 100% była identyfikacja osoby, która wykonała badanie pulsoksymetryczne,
- w 100% była identyfikacja osoby, która wykonała szczepienia ochronne,
- **w 100% brak było danych identyfikujących osobę**, która wykonała ocenę noworodka w skali Apgar, co jest nie zgodne z § 4 i § 10 ust 3;
- **w 100%, brak było danych identyfikujących osobę,** która dokonała **zaciśnięcia pępowiny i jej przecięcia**, co jest nie zgodne z § 4 i § 10 ust 3;
- dokumentacje noworodków w 100% zawierały Karty Informacyjne z zaleceniami żywieniowymi i pielęgnacyjnymi,
- **w 100%** analizowanych dokumentacji **brak było numerów kolejnych stron**, co jest nie zgodne z § 5

(dowód: akta kontroli str. 37÷38, 364 ÷398).

3. Realizacja i dokumentowanie świadczeń zdrowotnych w zakresie opieki nad kobietą rodzącą, położnicą i noworodkiem zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia

20 września 2012 r. ***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)**

W trakcie kontroli dokonano analizy indywidualnej dokumentacji medycznej kobiet ciężarnych, które urodziły drogami natury oraz ich noworodków, w okresie od 01.05.2013 roku do dnia 30.04.2014 roku. W analizowanym okresie odbyło się 1185 porodów, w tym 556 porodów drogami natury (46,9%). Między 38 a 41 tygodniem ciąży odbyło się 293 porodów drogami natury. W trakcie I okresu porodu rodzące mogły przyjmować przejrzyste płyny. Każda rodząca mogła korzystać ze wsparcia wybranej przez siebie osoby bliskiej. Tylko w sytuacji zagrożenia pęknięcia krocza lub porodu zabiegowego nacinało się krocze. Do wykonywania badań i zabiegów w trakcie porodu uzyskiwana była ustna zgoda pacjentki. Enemę wykonywało się za zgodą pacjentki.

Do analizy wybrano losowo 42 indywidualne dokumentacje medyczne na podstawie wpisu w księdze bloku porodowego, pod kątem dokumentowania świadczeń zdrowotnych w zakresie opieki nad kobietą rodzącą i położnicą po porodach drogami natury, z których wynika, że:

- w 66,7% historii chorób zawierało *identyfikacje wszystkich czynników ryzyka powikłań przedporodowych i śródporodowych* określonych w rozporządzeniu. Czynniki te przy przyjęciu do szpitala określał lekarz przyjmujący kobietę ciężarną do szpitala.;
- **w 100% analizowanej indywidualnej dokumentacji medycznej brak było dołączonego planu porodu,** co jest niezgodne z częścią IV Załącznika do rozporządzenia. W trakcie prowadzonych czynności kontrolnych został opracowany i przedstawiony kontrolującym „Plan porodu" dołączony do akt kontroli;
- przebieg poszczególnych okresów porodu opisany był w *karcie położniczej* i *partogramie,* dokonane wpisy autoryzowane były przez położne i lekarzy. W 73,3% analizowanej dokumentacji medycznej, przy występujących czynnikach ryzyka, wpisy w *karcie położniczej* z przebiegu I okresie porodu dokonywali lekarze.

  W I okresie porodu określana i aktualizowana była ocena stanu położniczego oraz stanu płodu w indywidualnej dokumentacji medycznej. Dokonana była ocena stanu rodzącej, z wyjątkiem **braku kontroli mikcji co 4 godziny oraz identyfikacji potrzeb i rodzaju wsparcia w 48% przypadków. W 100% analizowanej dokumentacji medycznej brak było informacji dotyczącej psychoprofilaktyki położniczej oraz łagodzenia dolegliwości występujących u rodzącej, stosowanych udogodnień i form aktywności,**

metod łagodzenia bólu porodowego oraz **współpracy z osobą bliską**, co jest niezgodne z częścią VIII Załącznika do rozporządzenia.

W **II okresie porodu,** na podstawie obserwacji zachowania rodzącej, jej odczuć oraz wyniku badania położniczego wewnętrznego udokumentowana była ocena stanu ogólnego, czynność serca płodu, czynność skurczowa macicy. W analizowanej dokumentacji **brak było informacji: w 100%** przypadków **w jakiej pozycji odbył się poród (pozycje wertykalne), czy bezpośrednio po porodzie położono noworodka na brzuchu matki**, co jest niezgodne z częścią IX Załącznika do rozporządzenia.

W **III okresie porodu** była udokumentowana, w karcie położniczej i partogramie: ocena stanu ogólnego rodzącej, krwawienia z dróg rodnych, obkurczenia mięśnia macicy, kompletności popłodu, ilości utraconej krwi podczas porodu ogółem w III i IV okresie porodu, stanu tkanek miękkich kanału rodnego. Udokumentowano również datę i godzinę oznakowania, ocenę stanu noworodka, ale **brak było daty i godziny odpępnienia noworodka, danych identyfikujących osobę oznakowującą noworodka oraz informacji czy noworodka przystawiono do piersi i obserwacji z przebiegu kontaktu matki i dziecka „skóra do skóry"**, co jest niezgodne z częścią X Załącznika do rozporządzenia.

W **IV okresie porodu** udokumentowano ocenę stanu ogólnego, stanu obkurczenia mięśnia macicy i wielkości krwawienia z dróg rodnych, kontrolę stanu dróg rodnych, zaopatrzenia chirurgicznego ran w obrębie kanału rodnego i krocza, **brak było informacji czy noworodka przystawiono do piersi i oceny kontaktu noworodka z matką bezpośrednio po porodzie „skóra do skóry"** (jak długo trwał, jeżeli był przerwany, to z jakiego powodu, czy noworodek był gotowy do ssania piersi, czy wystąpiły cechy dobrego przystawienia) oraz **informacji o przeprowadzonym instruktażu w zakresie przystawiania dziecka do piersi i zasad postępowania w laktacji w pierwszej dobie połogu**, co jest niezgodne z częścią XI Załącznika do rozporządzenia,

- W zakresie opieki nad położnicą w pierwszych dobach połogu udokumentowano stan ogólny i położniczy pacjentki (inwolucja macicy, ilość i jakość odchodów połogowych, gojenia się rany krocza, stanu gruczołów piersiowych i brodawek), czynności pęcherza moczowego i jelit. **W historii pielęgnowania brak było informacji dotyczących przebiegu laktacji, problemów laktacyjnych, stanu psychicznego położniczy**, co jest niezgodne z częścią XIV Załącznika do rozporządzenia,

- Opieka nad położnicą i noworodkiem w Pododdziale Położniczym od 01.01.2014 roku sprawowana była przez jedną osobę, co jest zgodne z częścią XII ust 4 Załącznika do rozporządzenia

(dowód: akta kontroli str. 32, 33, 39÷44, 45÷54, 256÷289, 333÷363, 399÷415).

Do analizy wybrano losowo 28 indywidualnych dokumentacji medycznych na podstawie wpisu w księdze bloku porodowego, pod kątem dokumentowania świadczeń zdrowotnych w zakresie opieki nad noworodkiem, z których wynika, że:

- 100% noworodków miało wykonaną ocenę adaptacyjną pourodzeniową (układ krążenia i oddechowy), badania przesiewowe i szczepienia ochronne;
- 100% noworodków miało wykonane badanie pulsoksymetryczne, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa między 2 a 24 godziną po urodzeniu;
- 100% noworodków miało wykonany zabieg credego;
- 100% noworodków było oznakowanych w znaki tożsamości;
- **89,2%** noworodków **nie miało wykonanej oceny w skali Apgar w określonym czasie, co jest niezgodne z częścią XII ust 3**;
- **w 100%** dokumentacji noworodka **brak było bieżących obserwacji dotyczących liczby stolców i mikcji;**
- **w 92,8%** dokumentacji noworodka **brak było bieżących obserwacji dotyczących liczby karmień;**
- **w 100%** dokumentacji noworodka **brak było zapisu jak przebiegał pierwszy kontakt** matki z noworodkiem **„skóra do skóry"** po porodzie drogami natury i czy **trwał 2 godziny, co jest niezgodne z częścią XII ust 1**;
- **w 100 %** dokumentacji noworodka **poszerzone badanie kliniczne zdrowego noworodka było wykonane w pierwszych minutach po urodzeniu,** co jest niezgodne z częścią XII ust. 9 Załącznika do rozporządzenia;
- **w 92,8 %** dokumentacji noworodka **brak było wpisu dotyczącego oceny cech pierwszego przystawienia noworodka do piersi,** co jest niezgodne z częścią XII ust. 8 Załącznika do rozporządzenia;
- **w 100%** dokumentacji noworodka **brak było udokumentowania bieżących informacji na temat korzyści z karmienia piersią przekazanych matce,** co jest niezgodne z częścią XII ust. 8 Załącznika do rozporządzenia;

- **w 100%** dokumentacji noworodka **brak było udokumentowania obserwacji cech prawidłowego przystawiania i pozycji przy piersi, czasu odgłosu połykania podczas karmienia,** co jest niezgodne z częścią XII ust. 8 Załącznika do rozporządzenia;
- **w 81,8%** dokumentacji noworodka **brak było udokumentowania stwierdzonego nieskutecznego karmienia piersią oraz zdiagnozowania problemu** w celu umożliwienia skutecznego nakarmienia noworodka mlekiem matki z piersi, co jest niezgodne z częścią XII ust.8 Załącznika do rozporządzenia;
- **w 100%** dokumentacji noworodka **brak było zapisu** dotyczącego **oceny stanu kikuta pępowinowego**;
- zgodnie z oświadczeniem Pielęgniarki Oddziałowej, smoczki w oddziale podawane są *„wyjątkowo w sytuacjach uzasadnionych medycznie"*;
- zgodnie z oświadczeniem Ordynatora Oddziału Neonatologicznego, noworodki badane są przez lekarza neonatologia *„zawsze w obecności"* matki lub ojca;
- Oddział neonatologiczny powiadamia położną podstawowej opieki zdrowotnej o urodzeniu noworodka, zgodnie z przepisami prawa

(dowód: akta kontroli str. 34 ÷36, 55÷ 58).

Mając na uwadze ustalenia dokonane w wyniku kontroli, należy podjąć następujące działania celem wyeliminowania wskazanych w niniejszym wystąpieniu nieprawidłowości w zakresie realizacji świadczeń zdrowotnych, ze szczególnym uwzględnieniem opieki nad matką i dzieckiem w Oddziałach: ginekologiczno-położniczym i neonatologicznym:

1. Dostosować do stanu faktycznego zapisy w regulaminie organizacyjnym dotyczące struktury i organizacji *Oddziału położniczo-ginekologiczno i Oddziału neonatologicznego*, uwzględniające organizację i zasady współpracy tych oddziałów oraz przebieg procesu udzielania świadczeń zdrowotnych kobiecie ciężarnej, rodzącej w przebiegu porodu fizjologicznego i patologicznego, położnicy oraz noworodkowi zdrowemu i choremu uwzględniając zapisy rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 września 2012 r. *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). **Termin realizacji – 30 dni.**
2. Oznakować właściwie przedsiębiorstwo podmiotu leczniczego wewnątrz budynku – wejścia do pododdziałów/odcinków *Oddziału położniczo-ginekologicznego i Oddziału neonatologicznego.* **Termin realizacji – 30 dni.**

3. Wyeliminować wskazane w pkt. 2 wystąpienia nieprawidłowości w prowadzonej indywidualnej dokumentacji medycznej. **Termin realizacji – na bieżąco.**
4. Realizować i dokumentować opiekę nad kobietą rodzącą, położnicą i noworodkiem zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 20 września 2012 r. *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), z uwzględnieniem Części IV, VIII, IX, X, XI, XII, XIV Załącznika do rozporządzenia. **Termin realizacji – na bieżąco.**

Zgodnie z art.48 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o kontroli w administracji rządowej (Dz. U. Nr 185, poz. 1092) od wystąpienia pokontrolnego nie przysługują środki odwoławcze.

O sposobie wykorzystania materiałów pokontrolnych i realizacji wniosków zawartych w niniejszym wystąpieniu proszę poinformować Wojewodę Dolnośląskiego w **terminie 30 dni** od daty otrzymania niniejszego wystąpienia.

Ponadto przypominam, iż nieprzestrzeganie zapisów art. 108 ust. 2 pkt 4 ustawy o działalności leczniczej tj. niezastosowanie się do zaleceń pokontrolnych, może spowodować wykreślenie z rejestru, po uprzednim wydaniu decyzji przez organ prowadzący rejestr o zakazie wykonywania działalności objętej wpisem do rejestru. Podmiot wykonujący działalność leczniczą, który wykreślono z rejestru, może uzyskać ponowny wpis do tego rejestru nie wcześniej niż po upływie 3 lat od dnia wykreślenia z rejestru.

Wystąpienie pokontrolne sporządza się w trzech jednobrzmiących egzemplarzach po jednym dla kierownika kontrolowanego podmiotu i dla przeprowadzającego kontrolę oraz do wiadomości organu założycielskiego Marszałka Województwa Dolnośląskiego.

WOJEWODA DOLNOŚLĄSKI

Z up. WOJEWODY DOLNOŚLĄSKIEGO
Piotr Kollbek
Piotr Kollbek
Z-CA DYREKTORA
Wydziału Polityki Społecznej

Otrzymują:
1. Pan Stanisław Woźniak - Dyrektor, Wojewódzkiego Centrum Szpitalnego Kotliny Jeleniogórskiej w Jeleniej Górze, 58-506 Jelenia Góra ul. Ogińskiego 6
2. Pan Cezary Przybylski – Marszałek Województwa Dolnośląskiego, 50-411 Wrocław, ul. Wybrzeże Juliusza .Słowackiego 12-14.