



WOJEWODA DOLNOŚLĄSKI

Wrocław, dnia 25 września 2013 r.

PS-ZP.9612.41.2013.IS

Pan
Krzysztof Konopka
Prezes Zarządu NZOZ ŁCM
Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej
Łużyckie Centrum Medyczne w Lubaniu
ul. Zawidowska 4
59-800 Lubań

Wystąpienie pokontrolne

Na podstawie art. 111, art. 112 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (j.t. Dz. U. z 2013 r., poz. 217), w związku z § 14 Zarządzenia Nr 40 Wojewody Dolnośląskiego z dnia 25 lutego 2013 r. w sprawie kontroli zewnętrznych prowadzonych przez Wojewodę Dolnośląskiego oraz imiennego upoważnienia Wojewody Dolnośląskiego z dnia 10 kwietnia 2013 r., sygn. PS-ZP.0030-150/13, zespół kontrolny z Wydziału Polityki Społecznej Dolnośląskiego Urzędu Wojewódzkiego, w składzie:

1. ██████████ – inspektor wojewódzki, przewodnicząca zespołu kontrolnego,
2. ██████████ – specjalista,

przeprowadził, w dniach 23 kwietnia do 30 kwietnia 2013 r. (z przerwami), w podmiocie leczniczym Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Łużyckie Centrum Medyczne w Lubaniu Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością, ul. Zawidowska 4, 59-800 Lubań (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 1 stycznia 2012 r. do dnia kontroli. Kontrolę przeprowadzono zgodnie z zatwierdzonym w dniu 28 grudnia 2012 r. przez Wojewodę Dolnośląskiego planem kontroli na I półrocze 2013 r.

Szczegółowe ustalenia przedmiotowej kontroli zostały przedstawione w protokole kontroli, sygn. PS-ZP.9612.41.2013, przesłanym Panu pismem z dnia 16 lipca 2013 r. Protokół kontroli został podpisany przez Prezesa Zarządu NZOZ ŁCM - ██████████

██████ w dniu 09 sierpnia 2013 roku, z wniesieniem w ustawowym terminie 12 zastrzeżeń. Wszystkie zastrzeżenia uznałem jako niezasadne. Odpowiedź na wniesione zastrzeżenia zostały przekazane pismem PS-ZP.9612.41.2013 z dnia 31 lipca 2013 r. Podpisany protokół wpłynął do Dolnośląskiego Urzędu Wojewódzkiego w dniu 18 sierpnia 2013 r.

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 negatywną.

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:

Oddziały ginekologiczno-położniczy i neonatologiczny, w okresie objętym kontrolą, realizowały świadczenia zdrowotne w zakresie I poziomu referencyjnego.

Zgodnie z zapisem do rejestru podmiotów leczniczych prowadzonego przez Wojewodę Dolnośląskiego kontrolowane przedsiębiorstwo podmiotu leczniczego, w zakresie opieki nad matką i dzieckiem, posiadało wyodrębnione komórki organizacyjne: Oddział ginekologiczno-położniczy, Oddział neonatologiczny.

W Regulaminie organizacyjnym przedsiębiorstwo podmiotu leczniczego posiadało podstawowe komórki organizacyjne w zakresie opieki nad matką i dzieckiem: Oddział ginekologiczno-położniczy oraz Oddział neonatologiczny. Zgodnie z informacją umieszczoną na stronie internetowej podmiotu leczniczego, w skład Oddziału ginekologiczno-położniczego wchodziły 3 pododdziały: sala porodowa, położnictwo, ginekologia.

W trakcie wizji lokalnej Oddziału ginekologiczno-położniczego i Oddziału neonatologicznego kontrolujący stwierdzili, że **oznakowanie, przy wejściu do oddziałów i do poszczególnych pododdziałów/odcinków, nie było zgodne z zapisami w rejestrze podmiotów leczniczych i Regulaminie organizacyjnym podmiotu leczniczego, jak również z informacją podaną na stronie internetowej podmiotu leczniczego.** Wejście do oddziałów, z korytarza ogólnego z klatką schodową i windami, oznakowane były „*Oddział*

ginekologiczno-położniczy". Natomiast wejście do poszczególnych pododdziałów/odcinków z korytarza wewnętrznego oznakowane były „*Oddział ginekologiczny*”, „*Oddział położniczy i Oddział neonatologiczny*”, „*Blok porodowy*".

Stan faktyczny stwierdzony w trakcie kontroli nie był zgodny z zapisem w Księdze rejestrowej podmiotu leczniczego oraz w Regulaminie organizacyjnym w zakresie organizacyjnym oddziałów. **W rejestrze podmiotów leczniczych brak wpisu komórki organizacyjnej - sala porodowa. Użyte nazewnictwo oraz opisy kontrolowanych oddziałów w rejestrze podmiotów leczniczych, regulaminie organizacyjnym oraz na stronie internetowej nie były zgodne ze stanem faktycznym.** Tworząc strukturę organizacyjną Oddziału ginekologiczno-położniczego i Oddziału Neonatologicznego nie uwzględniono zapisów § 117 i 118 Regulaminu organizacyjnego podmiotu leczniczego „*Oddział może dzielić się na pododdziały. Oddział lub pododdział dzieli się na odcinki pielęgniarские*". **Oddział ginekologiczno-położniczy i Oddział neonatologiczny nie zostały nazwane i opisane zgodnie ze stanem faktycznym** i z art. 23, 24 ust. 1 pkt 2 i 7 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. *o działalności leczniczej* (Dz. U. z 2011 r., Nr 112, poz. 654, ze zm.) oraz Załącznikiem Nr 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 17 maja 2012 r. *w sprawie systemu resortowych kodów identyfikacyjnych oraz szczegółowego sposobu ich nadawania* (Dz. U. z 2012 r., poz. 594).

W trakcie prowadzonych czynności kontrolnych Ordynator Oddziału Neonatologii przekazała kontrolującym **dokument:** „*Opieka nad noworodkiem zdrowym/chorym na porodówce i w oddziale noworodkowym. Obowiązki lekarza pediatri/neonatologa, pielęgniarki/położnej. Regulamin utworzony na podstawie ustawy Dz.U.2012.1100*". Ze względu na występujące w dokumencie błędy formalno-prawne i merytoryczne dokument ten nie był analizowany

(dowód: akta kontroli str. 16÷20, 25÷31, 57÷66, 97÷108).

W skład „*Bloku porodowego*” wchodziły: izba przyjęć, trzy sale porodowe: sala porodowa rodzinna, sala porodowa jednoosobowa, sala porodowa z dwoma łózkami porodowymi oddzielonymi ścianą bez drzwi oraz w osobnym boksie stanowisko noworodkowe. Sale porodowe wyposażone były w łóżka porodowe starego typu bez możliwości regulacji i przyjmowania różnych pozycji przez rodzącą. Sala porodów rodzinnych wyposażona była w drabinkę, linę, worek sako, piłki, stołek porodowy, Entonox. Sprzęt przenośny wykorzystywany również na pozostałych salach porodowych. Bezpośrednio przy salach porodowych nie było łazienek, kobiety rodzące mogły korzystać

tylko z jednego węzła sanitarnego znajdującego się przy izbie przyjęć. Sala porodowa dwułożkowa **nie umożliwiała zachowania intymności kobiecie rodzącej**. Należy zwrócić uwagę, że poprawienie warunków w zakresie umożliwienia zachowania intymności w trakcie przebiegu porodu w kontrolowanym przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego jest możliwe bez ponoszenia kosztów finansowych. Brak możliwości zachowania intymności jest niezgodne z Art. 20 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. *o prawach pacjenta i Rzecznika Praw Pacjenta* (Dz. U. z 2012 r., poz. 159, j.t.) oraz z Częścią V 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, położu oraz opieki nad noworodkiem* (Dz. U. z 2012 r., poz. 1100).

W skład „Oddziału położniczego i Oddziału neonatologicznego” wchodziły: Oddział położniczy zorganizowany w systemie rooming-in oraz Oddział neonatologiczny. W Oddziale położniczym znajdowało się 11 sal dla położnic z noworodkami, jedna wspólna łazienka dla pacjentek, dyżurka położnych. Jedna z sal przeznaczona była dla położnic po cięciach cesarskich w pierwszej dobie wymagających **wzmoczonego nadzoru, w której oprócz standardowego wyposażenia sali chorych, znajdował się tylko kardiomonitor, bez wydzielonego personelu medycznego** do sprawowania opieki nad pacjentkami, co jest niezgodne § 4 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2009 r. *w sprawie świadczeń gwarantowanych z leczenia szpitalnego* (Dz. U. z 2009 r., Nr 140, poz. 1143 ze zm.)

Na końcu korytarza Oddziału położniczego znajdowały się 3 sale obserwacyjne i dyżurka pielęgniarek wchodzące w skład Oddziału neonatologicznego
(*dowód: akta kontroli str. 30, 31, 43*).

Personel położniczy i pielęgniarski:

W kontrolowanym podmiocie leczniczym **nie były określone normy zatrudnienia pielęgniarek i położnych**, co jest niezgodne z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 28 grudnia 2012 r. *w sprawie sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych nie będących przedsiębiorcami* (Dz. U. z 2012 r., poz. 1545) oraz Stanowiskiem Ministra Zdrowia z dnia 20 marca 2013 roku *dotyczącym rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 28 grudnia 2012 r. w sprawie sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych nie będących przedsiębiorcami*.

W Oddziale ginekologiczno-położniczym personelem położnych zarządzała Położna oddziałowa. W oddziale pracowało 22 położne, w tym 5 położnych pracowało w Oddziale położniczym, 9 w Sali porodowej, 8 w Oddziale ginekologii. W Oddziale ginekologiczno-położniczym 36% (20% w Oddziale położniczym, 70% w Sali porodowej) położnych posiadało wyższe wykształcenie – licencjat położnictwa, a 23% (40% w Oddziale położniczym, 20% w Sali porodowej) posiadało specjalizację w zakresie pielęgniarstwa położniczego. Dyżurujące położne **nie ukończyły kursu specjalistycznego z zakresu resuscytacji krążeniowo-oddechowej noworodka**, co jest niegodne z Częścią I ust. 8, 9 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, porożu oraz opieki nad noworodkiem* (Dz. U z 2012 r., poz. 1100).

W Oddziale Neonatologicznym personelem pielęgniarek zarządzała Pielęgniarka oddziałowa. W oddziale pracowało 7 pielęgniarek, w tym 30% pielęgniarek posiadało specjalizację w zakresie pielęgniarstwa pediatrycznego. Dyżurujące pielęgniarki nie posiadały **dotychczasowych** kwalifikacji – ukończonego kursu kwalifikacyjnego w zakresie neonatologii, specjalizacji w zakresie pielęgniarstwa neonatologicznego, kursu specjalistycznego w zakresie resuscytacji krążeniowo-oddechowej noworodka. Zgodnie z ustawą z dnia 15 lipca 2011 r. *o zawodach pielęgniarki i położnej* (Dz. U. (Dz. U., Nr 174, poz.1039 ze zm.) oraz z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 7 listopada 2007 r. *w sprawie rodzaju i zakresu świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych udzielanych przez pielęgniarkę albo położną samodzielnie bez zlecenia lekarskiego* (Dz. U. z 2007 r., Nr 210, poz. 1540) pielęgniarka nie może udzielać świadczeń zdrowotnych na Sali porodowej i **samodzielnie** lub na zlecenie lekarza wykonywać zabiegu Credego u noworodka. Zgodnie ze Stanowiskiem Ministerstwa Zdrowia Departament Pielęgniarek i Położnych z 19 czerwca 2013 roku *w sprawie wykonywania przez pielęgniarkę i położną innych zabiegów niż wynikają one z toku kształcenia podstawowego jak i kształcenia podyplomowego na zlecenie lekarza*, pielęgniarka po ukończeniu szkoły pielęgniarskiej uzyskuje kwalifikacje ogólne i powierzanie jej świadczeń specjalistycznych wymaga ukończenia przez nią odpowiedniego szkolenia w tym zakresie.

Z analizy dokumentów, wizji lokalnej oraz wyjaśnień pracowników wynika, że **organizacja Oddziału ginekologiczno-położniczego oraz Oddziału neonatologicznego nie pozwalała na sprawowanie opieki pielęgnacyjnej nad położnicą i noworodkiem, przebywających razem na sali w Oddziale położniczym zorganizowanym w systemie**

rooming-in, przez jeden wspólny personel. Opiekę nad położnicą sprawowała położna zatrudniona w Oddziale ginekologiczno-położniczym, a opiekę nad noworodkiem sprawowała pielęgniarka zatrudniona w Oddziale neonatologii. Realizując zapisy pkt. 12 „*Obowiązki położnej odcinkowej - zmiana dzienna – Oddział Położniczy*” **położna opuszczając oddział przekazywała opiekę nad podległymi jej pacjentami personelowi zatrudnionemu w innym oddziale**, który nie jest do tego uprawniony. Należy podkreślić, że **pielęgniarka nie jest uprawniona do sprawowania opieki nad położnicą**, co jest niezgodne z art. 5 Ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. *o zawodach pielęgniarki i położnej* (Dz. U. z 2011 r., Nr 174, poz. 1039 z późn. zm.) oraz ze Stanowiskiem Ministerstwa Zdrowia Departament Pielęgniarek i Położnych z 19 czerwca 2013 roku *w sprawie wykonywania przez pielęgniarkę i położną innych zabiegów niż wynikają one z toku kształcenia podstawowego jak i kształcenia podyplomowego na zlecenie lekarza.*

W kontrolowanym podmiocie leczniczym stosowana była całkowita dowolność organizacyjna. Stan faktyczny, stwierdzony w trakcie kontroli, nie był zgodny z zapisami w zakresie obowiązków pracowników. Należy podkreślić, że w ten sposób zorganizowana opieka sprzyja występowaniu sytuacji niepożądanych. W toku kontroli ustalono, że **w oddziałach nie zostały wprowadzone zmiany organizacyjne umożliwiające realizację przepisów 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, porożu oraz opieki nad noworodkiem* (Dz. U z 2012 r., poz. 1100).

Właściwa organizacja Oddziałów ginekologiczno-położniczego i neonatologicznego opisana w dokumentach (rejestr podmiotów leczniczych, regulamin podmiotu leczniczego, zarządzenia Prezesa podmiotu leczniczego, zakresy obowiązków zatrudnionego personelu medycznego, procedury, standardy) oraz realizacja zapisów 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, porożu oraz opieki nad noworodkiem* (Dz. U z 2012 r., poz. 1100), które weszło w życie w kwietniu 2011 roku po półrocznym *vacatio legis*, powinna przyczynić się do podniesienia jakości świadczonych usług zdrowotnych, jak również racjonalizacji ponoszonych przez podmiot leczniczy kosztów działalności (dowód: akta kontroli str. 38÷46, 67÷96).

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 Sali porodowej księga bloku porodowego prowadzona była w wersji papierowej zgodnie z przepisami prawa,
- w Sali porodowej prowadzona była księga noworodków w formie elektronicznej. Nie u wszystkich noworodków urodzonych w szpitalu, wpisywana była ocena noworodka w skali Apgar, co jest niezgodne z § 35,
- w Oddziale ginekologiczno-położniczym i Oddziale neonatologicznym prowadzone były książki raportów pielęgniarских zgodnie z przepisami prawa

(dowód: akta kontroli str. 54, 110 ÷ 113).

Indywidualna dokumentacja medyczna

W trakcie czynności kontrolnych dokonano analizy indywidualnej dokumentacji medycznej kobiet ciężarnych, które zgłosiły się do szpitala między 38 a 41 tygodniem ciąży i urodziły drogami natury oraz ich noworodków.

Wybrano do analizy 20 losowo wybranych 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. Karty te zawierały informacje dotyczące przebiegu hospitalizacji pacjentek oraz dokumenty dodatkowe: kartę położniczą, kartę obserwacji porodu (patrogram), kartę gorączkową położniczą, indywidualną kartę zleceń lekarskich, kartę indywidualnej pielęgnacji pacjenta, wywiad epidemiologiczny dotyczący pacjenta w okresie 6 miesięcy przed przyjęciem do szpitala, kartę informacyjną leczenia szpitalnego, pisemne zgłoszenie urodzenia dziecka, zapisy KTG, wyniki badań dodatkowych. Z przeprowadzonej analizy wynika, że:

- w 100% analizowanych kart zleceń lekarskich podpisy osób wykonujących zlecenie lekarskie były nieczytelne, co jest niezgodne z § 4 ust. 2 i § 10 ust. 1 pkt 3 i § 18 ust. 4,
- w 100% analizowanych historii chorób brak było numerów stron, co jest niezgodne z § 5,
- w 100% historii chorób w części dokumentacji dotyczącej przeprowadzonego wywiadu przy przyjęciu do szpitala i badania przedmiotowego brak było danych identyfikujących osobę przeprowadzającą wywiad i badanie, co jest niezgodne z § 4,

- w indywidualnej karcie pielęgnacji pacjenta dokonane były wpisy z przebiegu porodu przez lekarzy, co jest niezgodne z § 18 ust. 2 pkt 1) i 3),
- karta pielęgnacji pacjenta zawierały tylko obserwacje i zabiegi pielęgnacyjne oraz uwagi i wskazówki, co jest niezgodnie z §10 ust. 5

(dowód: akta kontroli str. 53, 149÷212).

W trakcie kontroli dokonano analizy 20 losowo wybranych dokumentacji medycznych pod kątem dokumentowania świadczeń zdrowotnych w zakresie opieki nad noworodkiem. Z analizy kart noworodka wynika, że:

- w 95% kart brak było identyfikacji osoby, która wykonała oznakowanie noworodka oraz oceniła noworodka w skali Apgar,
- w 75 % kart nie można było zidentyfikować osoby, która wykonała pomiary antropometryczne,
- w 60 % kart nie można było zidentyfikować osoby, która wykonała badanie pulsoksymetryczne,

co jest niezgodne z § 4.

(dowód: akta kontroli str. 34÷35, 49).

W oddziale noworodkowym prowadzona była indywidualna karta pielęgnacji noworodka zgodnie z przepisami prawa, z wyjątkiem **braku numeracji stron**, co jest niezgodne z § 5

(dowód: akta kontroli str. 116 ÷125).

Prowadzona w Oddziale noworodkowym Indywidualna karta Zleceń Lekarskich **nie zawierała identyfikacji osoby wykonującej zlecenie, a jedynie podpis**, co jest niezgodne z § 4 ust. 2 i § 10 ust. 1 pkt 3 i § 18 ust. 4

(dowód: akta kontroli str. 120).

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, położu oraz opieki nad noworodkiem (Dz. U z 2012 r., poz. 1100)

W podmiocie leczniczym został opracowany regulamin „Opieka nad noworodkiem zdrowym/chorym na porodówce i w oddziale noworodkowym. Obowiązki lekarza pediatri/neonatologa, pielęgniarki/położnej. Regulamin utworzony na podstawie ustawy

Dz.U.2012.1100". Ze względu na błędy formalno-prawne oraz merytoryczne dokument ten nie był analizowany

(dowód: akta kontroli str. 97÷108).

W trakcie kontroli dokonano analizy indywidualnej dokumentacji medycznej kobiet ciężarnych, które zgłosiły się do szpitala między 38 a 41 tygodniem ciąży i urodziły drogami natury oraz ich noworodków. Przed porodem nie wykonywało się rutynowo enemu. W trakcie I okresu porodu rodzące mogły przyjmować przejrzyste płyny. Do wykonywania zabiegów i badań w trakcie porodu każdorazowo uzyskiwano ustną zgodę kobiety rodzącej. W razie konieczności wykonania cięcia cesarskiego uzyskiwano zgodę pisemną. W 2012 roku odbyło się 337 porodów drogami natury u kobiet między 38 a 41 tygodniem ciąży, w tym 152 u pierwiastek i 185 u wieloródek. U pierwiastek w 86% porodów nacięto krocze, a u wieloródek w 33% przypadków. W 7% porodów u pierwiastek nie wystąpiły obrażenia, a w 50% u wieloródek. W Sali porodowej jednoosobowej nie było ograniczeń do uczestniczenia w trakcie porodu osoby bliskiej, natomiast w Sali wieloosobowej przebywanie osób towarzyszących było możliwe tylko w sytuacji jeżeli w tym czasie przebywa jedna rodząca, co jest niezgodne z częścią V ust 3 Załącznika do rozporządzenia

(dowód: akta kontroli str. 36÷35, 109, 126÷212).

Wybrano do analizy 20 losowo wybranych 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, z których wynika, że:

- w karcie położniczej zawarty katalog czynników ryzyka przedporodowego nie był zgodny z częścią III ust. 1 i 2 Załącznika do rozporządzenia;
- czynniki ryzyka przedporodowego i śródporodowego w 100% analizowanych kart położniczych określały położne. Natomiast tylko w 35% historiach chorób w części dokumentacji prowadzonej w wersji elektronicznej w „wywiadzie” lekarze (brak danych identyfikujących) określali czynniki ryzyka dokonując wpisów „Pacjentka zakwalifikowana do porodu siłami natury. Brak w chwili obecnej czynników ryzyka.”;
- w dokumentacji medycznej brak było wpisów wskazujących kto sprawuje opiekę nad kobietą rodzącą – lekarz czy położna. W 100% analizowanych dokumentacji w I okresie porodu przebieg porodu dokumentowały położne w karcie obserwacji porodu (partogram) oraz w karcie indywidualnej pielęgnacji. W karcie indywidualnej pielęgnacji wpisy dokonywali również lekarze. Zgodnie z wyjaśnieniami Ordynatora Oddziału ginekologiczno-położniczego i Położnej Oddziałowej Oddziału ginekologiczno-

położniczego „Osobami sprawującymi opiekę nad kobietą we wszystkich porodach drogami natury są położna i lekarz”, co jest niezgodnie z częścią I ust 2 pkt 7) Załącznika do rozporządzenia;

- w analizowanej dokumentacji **brak było planu porodu**, tylko w 25% historiach chorób w wywiadzie lekarskim dokonane były wpisy „Plan porodu – Przewidywany poród siłami natury” bez identyfikacji osoby dokonującej wpisu (lekarza), co jest niezgodne z częścią IV Załącznika do rozporządzenia;

- **przebiegu poszczególnych okresów porodu** opisany był w karcie położniczej, partogramie, oraz w karcie indywidualnej pielęgnacji pacjenta. Wpisy w karcie położniczej i partogramie były autoryzowane przez położne i lekarzy. W karcie indywidualnej pielęgnacji pacjentów dokonane były, oprócz wpisów położnych, również wpisy lekarzy.

W dokumentacji, w **I okresie porodu**, była określana i aktualizowana ocena stanu położniczego oraz stanu płodu. Dokonana była ocena stanu rodzącej, z wyjątkiem **braku kontroli mikcji co 4 godziny oraz oceny samopoczucia rodzącej. 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. **Brak było uzasadnienia zastosowania nacięcia krocza oraz informacji w jakiej pozycji odbył się poród (pozycje wertykalne) oraz czy bezpośrednio po porodzie położono noworodka na brzuchu matki**, co jest niezgodne z częścią IX Załącznika do rozporządzenia.

W **III okresie porodu** udokumentowana była, w karcie położniczej oraz w karcie indywidualnej pielęgnacji pacjenta 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, ale **brak było oceny w przypadku nacięcia krocza – jego rozległości**. Udokumentowano również godzinę oznakowania i odpeñnienia noworodka, ocenę stanu noworodka, informację że noworodka przystawiono do piersi, ale **brak było danych identyfikujących osobę oznakowującą noworodka oraz oceniającą stan noworodka bezpośrednio po porodzie, brak było obserwacji 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, informację że noworodka przystawiono do piersi, **brak było 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 położu**, co jest niezgodne z częścią XI Załącznika do rozporządzenia;

- W zakresie opieki nad położnicą w pierwszych dobach położu 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. **Brak było informacji dotyczących laktacji, stanu psychicznego położniczcy, relacji rodzinnych i wydolności opiekuńczej rodziny**, co jest niezgodne z częścią XIV Załącznika do rozporządzenia

(dowód: akta kontroli str. 32÷37, 51, 126÷212).

Opieka nad położnicą i noworodkiem w Oddziale położniczym w systemie „rooming-in” nie była sprawowana przez jedną osobę, co jest niezgodne z częścią XII ust 4 Załącznika do rozporządzenia. Położnicą zajmowała się położna z Oddziału położniczego, a noworodkiem zarówno położna z Oddziału położniczego, jak i pielęgniarka z Oddziału noworodkowego. Położne pełniące dyżur w Oddziale położniczym również prowadziły obserwację noworodków i przekazywały pielęgniarce informacje dotyczące dokonanych obserwacji u noworodka (np. ile razy przewinęły dziecko, czy był stolec, mocz, czy i ile razy przystawiły noworodka do piersi oraz inne niepokojące ją objawy występujące u dziecka). **Pielęgniarki z Oddziału noworodkowego dokumentowały wyniki obserwacji przeprowadzonych przez położne**, co jest niezgodne z § 10 ust. 1 pkt 3 rozporządzenia 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.). Jednocześnie położna zatrudniona w Oddziale położniczym, zgodnie z Zakresem obowiązków położnej odcinkowej w Oddziale Ginekologiczno – Położniczym, przekraczała swoje uprawnienia w zakresie sprawowania opieki nad noworodkiem przebywającym na Sali razem z matką. Natomiast pielęgniarka, zgodnie z Zakresem obowiązków pielęgniarki w Oddziale neonatologicznym, nie realizowała powierzonych jej zadań

(dowód: akta kontroli str. 89 ÷92).

Dokonano analizy 20 losowo wybranych dokumentacji medycznych na podstawie wpisu w księdze bloku porodowego, z której wynika że:

- położnica przebywająca w Oddziale położniczym zorganizowanym w systemie „rooming - in” **nie otrzymywała wyczerpujących informacji na temat korzyści i metod karmienia piersią,**
- w 100% analizowanych dokumentacjach **brak było wpisu dotyczącego oceny cech pierwszego przystawienia noworodka do piersi, przekazania matce informacji na temat korzyści z karmienia piersią, obserwacji cech prawidłowego przystawiania i pozycji przy piersi,** co jest niezgodne z częścią XII ust. 8 Załącznika do rozporządzenia;
- w oddziale stosowane były smoczki dla noworodków. Zgodnie z wyjaśnieniem Pielęgniarki Oddziałowej oraz Ordynatora Oddziału Noworodkowego, smoczki stosowane były w sytuacji dzieci pozostawionych w oddziale np. do adopcji lub karmionych sztucznie z powodów medycznych lub niechęci matki do karmienia piersią. Noworodki dokarmiane były z kieliszka mlekiem początkowym na życzenie matki lub pokarmem matki ze wskazań medycznych. Noworodki nie były dopajane;
- z analizy dokumentacji medycznej wynika, że wszystkie noworodki w 100% zostały ocenione w skali Apgar, miały wykonane pomiary antropometryczne, zabieg Credego, badania przesiewowe i szczepienia ochronne;
- noworodek badany był w obecności przedstawicieli ustawowych. Przy wypisie opiekunowie noworodka otrzymywali Kartę informacyjną leczenia szpitalnego, w której zawarte były zalecenia dotyczące pielęgnacji, **brak było natomiast zaleceń żywieniowych,** co jest niezgodne z częścią XII ust 17 Załącznika do rozporządzenia;
- Oddział neonatologiczny powiadamiał położną podstawowej opieki zdrowotnej o urodzeniu noworodka zgodnie z przepisami prawa;
- w 80 % kart noworodków pierwszy kontakt matki z noworodkiem „skóra do skóry”, po porodzie drogami natury, trwał przez 2 godziny, a w 20 % taki kontakt nie miał miejsca, co jest niezgodne z częścią XII ust.1 Załącznika do rozporządzenia;
- w 85 % analizowanych kart została dokonana ocena noworodka w skali Apgar w określonym terminie. W trzech kartach noworodka została zapisana wyłącznie w 1 minucie życia dziecka, co jest niezgodne z częścią XII ust. 3 Załącznika do rozporządzenia;
- przesiewowe badanie pulsoksymetryczne noworodka wykonywane było zgodnie z przepisami prawa między 2 a 24 godziną po urodzeniu;

(dowód: akta kontroli str. 34 ÷ 35, 39 ÷ 42, 47, 48, 50, 116 ÷ 117, 119).

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. Dokonać wpisu do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą komórkę organizacyjną pod nazwą sala porodowa. **Termin realizacji - 2 tygodnie.**
2. Dostosować do stanu faktycznego zapisy w regulaminie organizacyjnym dotyczące struktury i organizacji Oddziału ginekologiczno-położniczego i Oddziału neonatologicznego. **Termin realizacji – 30 dni.**
3. Opracować regulamin Oddziału ginekologiczno-położniczego i Oddziału neonatologicznego opisujący m.in. 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, położu oraz opieki nad noworodkiem (Dz. U. z 2012 r., poz. 1100). **Termin realizacji – 30 dni.**
4. Oznakować właściwie przedsiębiorstwo podmiotu leczniczego wewnątrz budynku – wejście do Oddziału ginekologiczno-położniczego i Oddziału neonatologicznego z korytarza głównego, oraz wejścia do pododdziałów/odcinków Ginekologii, Położnictwa, Sali porodowej oraz Oddziału neonatologicznego z korytarza wewnętrznego. **Termin realizacji – 30 dni.**
5. Ustalić minimalne normy zatrudnienia pielęgniarek i położnych na poszczególnych oddziałach. **Termin realizacji - do dnia 31 marca 2014 r.**
6. Przeprowadzić reorganizację i opracować zakresy obowiązków oraz opisy stanowisk pracy na poszczególnych stanowiskach pracy:
 - położnej pracującej w Sali porodowej i położnej pracującej w Pododdziale (odcinku) położniczym (z uwzględnieniem sprawowanej opieki nad noworodkiem przebywającym razem z mamą na Sali porodowej oraz w Pododdziale położniczym),
 - położnej lub pielęgniarki pracującej w Oddziale neonatologicznym (obserwacja i opieka nad noworodkiem przebywającym bez matki w Oddziale neonatologicznym).**Termin realizacji - do dnia 31 grudnia 2013 r.**

7. Przestrzegać zasad zatrudniania pracowników zgodnie z posiadanymi kwalifikacjami, kompetencjami i zadaniami na określonych stanowiskach pracy. **Termin realizacji – na bieżąco.**
8. Spowodować, aby wszystkie położne sprawujące opiekę nad kobietą rodzącą i noworodkiem ukończyły kurs specjalistyczny z zakresu resuscytacji krążeniowo-oddechowej noworodka. **Termin realizacji – do dnia 31.12.2014 r.**
9. Wyposażyć w Oddziale położniczym salę wzmożonego nadzoru zgodnie z przepisami rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z leczenia szpitalnego (Dz. U. z 2009. r., Nr 1140, poz. 1143 z późn. zm.). **Termin realizacji – do dnia 31.12.2014 r.**
10. Wycelminować wskazane w pkt. 2 wystąpienia nieprawidłowości w prowadzonej zbiorczej i indywidualnej dokumentacji medycznej. **Termin realizacji – na bieżąco.**
11. 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, porożu oraz opieki nad noworodkiem (Dz. U. z 2012 r., poz. 1100), z uwzględnieniem:
 - wskazywania wszystkich czynników ryzyka przedporodowego i śródporodowego w dokumentacji medycznej określonych w rozporządzeniu i wskazywania osoby sprawującej opiekę nad kobietą rodzącą zgodnie z Częścią I ust. 2 pkt 7) i Częścią III ust. 1 i 2 Załącznika do rozporządzenia,
 - dokonywania dokładnych wpisów w dokumentacji medycznej z przebiegu porodu i porożu zgodnie z Częścią VIII, IX, X, XI, XII, XIV Załącznika do rozporządzenia,
 - dokonywania dokładnych wpisów w dokumentacji medycznej z przebiegu porodu (badanie położnicze i ginekologiczne, zalecenia, zlecenia lekarskie) przez lekarza sprawującego opiekę nad rodzącą w sytuacji wystąpienia czynników ryzyka,
 - opracowania i modyfikowania w trakcie porodu opracowanego planu porodu zgodnie z Częścią IV Załącznika do rozporządzenia,
 - realizowania opieki nad noworodkiem i położnicą przez jedną osobę zgodnie z Częścią XII Załącznika do rozporządzenia,
 - udokumentowania oceny pierwszego kontaktu noworodka z matką „skóra do skóry” zgodnie z Częścią XII Załącznika do rozporządzenia,

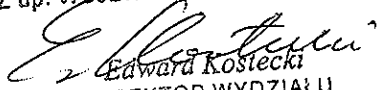
- wpisywania w Karcie informacyjnej leczenia szpitalnego noworodka zaleceń żywieniowych zgodnie z Częścią XII Załącznika do rozporządzenia. **Termin realizacji – na bieżąco.**

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 dwóch jednobrzmiących egzemplarzach po jednym dla kierownika kontrolowanego podmiotu i dla przeprowadzającego kontrolę.

Z up. WOJEWODY DOLNOŚLĄSKIEGO

Edward Kostecki
DYREKTOR WYDZIAŁU
Polityki Społecznej