



WOJEWODA DOLNOŚLĄSKI

PS-NZP.9612.88.2011

KW.32464.2012

Wrocław, dnia 11 lipca 2012 r.

Pan

[REDACTED]
Dyrektor
Akademicki Szpital Kliniczny
im. Jana Mikulicza-Radeckiego
ul. Borowska 213
50-556 Wrocław

Wystąpienie pokontrolne

Na podstawie art. 111, art. 112, ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2011 r., Nr 112, poz. 654) i § 7 Zarządzenia Nr 225 Wojewody Dolnośląskiego z dnia 26 lipca 2011 r. w sprawie kontroli zewnętrznych prowadzonych przez Wojewodę Dolnośląskiego, oraz imiennego upoważnienia Wojewody Dolnośląskiego z dnia 22 listopada 2011 r., sygn. PS-NZP.0030-461/11, zespół kontrolny z Wydziału Polityki Społecznej Dolnośląskiego Urzędu Wojewódzkiego w składzie:

1. [REDACTED] – kierownik oddziału - przewodniczący zespołu kontrolnego,
2. [REDACTED] – główny specjalista,
3. [REDACTED] – specjalista,
4. [REDACTED] – specjalista,

przeprowadził w dniach od 2 grudnia do 16 grudnia 2011 r. (z przerwami) w Akademickim Szpitalu Klinicznym im. Jana Mikulicza-Radeckiego z siedzibą przy ul. Borowskiej 213, 50-556 Wrocław (zwany dalej podmiotem leczniczym) kontrolę problemową w trybie zwykłym w zakresie realizacji świadczeń zdrowotnych, ze szczególnym uwzględnieniem opieki nad matką i dzieckiem w oddziale ginekologiczno-położniczym i neonatologicznym.

Kontrolą objęto okres od 1 stycznia 2010 r. do dnia kontroli. Kontrolę przeprowadzono zgodnie z zatwierdzonym w dniu 15 lutego 2011 r. przez Wojewodę Dolnośląskiego Aneks nr 2 do planu kontroli zewnętrznych w jednostkach podporządkowanych

Wojewodzie Dolnośląskiemu oraz jednostkach samorządu terytorialnego, realizowanych przez Wydziały Dolnośląskiego Urzędu Wojewódzkiego w 2011 roku.

W dniu 13 kwietnia 2012 r. wysłałam do [REDAKTOWANE] - Dyrektora podmiotu leczniczego protokół kontroli, sygn. PS-NZP.9612.88.2011. Protokół kontroli został podpisany przez Kierownika podmiotu leczniczego w dniu 13 czerwca 2012 r., bez wnoszenia zastrzeżeń.

W wyniku przeprowadzonej kontroli przekazuję Panu wystąpienie pokontrolne.

W zakresie realizacji profilaktycznej opieki nad matką i dzieckiem przez podmiot leczniczy wydaję ocenę pozytywną z nieprawidłowościami.

Stwierdzone nieprawidłowości mogą powodować niekorzystne następstwa dla kontrolowanej działalności, jak i dla wykonywanych zadań. Ocenę uzasadniam następująco:

Oddziały Ginekologiczno-Położniczy i Neonatologiczny realizują świadczenia zdrowotne w zakresie III poziomu referencyjnego.

BLOK PORODOWY

Kadra medyczna

W toku kontroli ustalono, że zgodnie z rozkładem pracy położnych zatrudnionych w Bloku Porodowym w miesiącu czerwcu 2011 roku w oddziale zatrudnionych było 18 położnych, w tym położna oddziałowa. W analizowanym okresie położne dyżurowały w obsadzie 3-osobowej. Biorąc pod uwagę to, że w skład oddziału wchodzi 2 sale porodów rodzinnych, 3-osobowa sala porodowa, 2 sale cięć cesarskich tworząc złożoną strukturę organizacyjną oraz ilość przyjmowanych porodów, duża ilość porodów patologicznych i zwiększone wymagania w zakresie sprawowania opieki nad rodzącą, obsada kadrowa położnych na dyżurze jest niewystarczająca. W sytuacji konieczności wykonania w tym samym czasie 2 cięć cesarskich przy obsadzie 3-osobowej położnych, kobiety rodzące na sali porodowej ogólnej i w salach porodów rodzinnych pozostają bez opieki. Natomiast przy obsadzie 4-osobowej położnych, przy pełnym obłożeniu, nie wszystkie rodzące mogą mieć zapewnioną opiekę położnej. Zgodnie z wyjaśnieniem [REDAKTOWANE] – Dyrektora podmiotu leczniczego w razie potrzeby istnieje możliwość zwiększenia obsady położnych w Sali porodowej w ramach umowy zawartej z firmą zewnętrzną. W analizowanym okresie mimo niewystarczającej liczby położnych na dyżurze nie została zwiększona obsada kadrowa (dowód: akta kontroli str. 7, 49, 424).

W trakcie przeprowadzania kontroli ustalono, że położne pracujące w sali porodowej nie ukończyły kursu specjalistycznego w zakresie resuscytacji krążeniowo-oddechowej noworodków. Zgodnie z częścią I ust. 8, 9 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 23 września 2010 r. w sprawie standardów postępowania oraz procedur medycznych 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 2010 r., Nr 187, poz. 1259) osoba sprawująca opiekę nad kobietą rodzącą podczas porodu musi być przygotowana do wykonywania czynności interwencyjnych w zakresie opieki nad rodzącą oraz opieki nad noworodkiem i być przeszkolona w resuscytacji noworodka. Dyrektor podmiotu leczniczego w piśmie z dnia 24 kwietnia 2012 r. przekazał informację, że obecnie 2 położne posiadają kurs specjalistyczny z resuscytacji krążeniowo-oddechowej noworodka i zaplanowane są kolejne szkolenia położnych

(dowód: akta kontroli str. 5, 424).

Pomieszczenia.

Blok porodowy mieści się na trzecim piętrze budynku „A” Akademickiego Szpitala Klinicznego we Wrocławiu, w którym realizowane są świadczenia w zakresie leczenia szpitalnego. Wejście do Bloku Porodowego znajduje się z dwóch stron - od korytarza głównego budynku A oraz od korytarza głównego budynku B. Korytarz główny jest ogólnie dostępny, stanowi drogę przeciwpożarową i przedziela Blok Porodowy na dwie części. Z jednej strony korytarza głównego znajduje się pokój badań oraz pokój przyjęć. Z drugiej strony znajduje się właściwy Blok Porodowy. Z pokoju badań wchodzi się do łazienki wyposażonej w prysznic i kozetkę. Z korytarza Bloku Porodowego, przez służbę wchodzi się do trzystanowiskowej Sali porodowej. Stanowiska porodowe oddzielone są ściankami bez drzwi. Według informacji [REDAKTOWANE] – Dyrektora podmiotu leczniczego, planowane parawany panelowe oddzielające boks porodowy od ogólnej części Sali porodowej aktualnie są w trakcie realizacji. Każde stanowisko wyposażone jest w łóżko porodowe, stanowisko noworodkowe do resuscytacji z promiennikiem ciepła, aparat KTG, szafkę przyłóżkową, podręczną szafkę na sprzęt medyczny, piłkę, łódeczko noworodkowe i oddzielone jest parawanem od części ogólnej Sali porodowej wyposażonej w stanowisko położnych i lekarzy, stanowisko do wstępnej dezynfekcji narzędzi, szafę z lekami, umywalkę do mycia rąk, jeden sanitariat bez prysznica dla trzech pacjentek. Kobiety rodzące chcące skorzystać z prysznica, muszą przejść do pokoju badań przez korytarz ogólnodostępny, który

stanowi drogę przeciwpożarową. Z trzystanowiskowej sali porodowej znajduje się wejście do korytarza wewnętrznego Bloku Porodowego, z którego wchodzi się do 2 sal porodów rodzinnych oraz wejście do części operacyjnej – dwóch sal cięć cesarskich oraz przechodzi się do oddziału patologii ciąży i wydzielonej windy tylko do użytku Bloku Porodowego. Każda z sal porodów rodzinnych posiada łazienkę z natryskiem, łóżko porodowe, stanowisko do resuscytacji noworodka z promiennikiem ciepła, szafkę na sprzęt medyczny i leki pod zamknięciem, biurko, krzesło, fotel dla osoby towarzyszącej, piłkę, worek sako. Część operacyjna Bloku porodowego składa się z przebieralni, 2 sal cięć cesarskich z osobnymi myjniami. Wszystkie stanowiska porodowe wyposażone jest w aparat KTG w systemie Monako. W salach porodów rodzinnych aparat KTG wyposażony jest w system bezprzewodowy (telemetry).

(dowód: akta kontroli str. 20, 21, 424).

Postępowanie w trakcie porodu.

W szpitalu została opracowana Procedura przyjęcia rodzącej na Blok Porodowy i postępowanie w trakcie porodu, która jest na etapie zatwierdzania. Czynności kontrolne dotyczyły postępowania przed wprowadzeniem do stosowania procedury medycznej.

Rodząca przyjmowana jest na Blok porodowy z Izby Przyjęć lub z oddziału. Badana jest w Izbie przyjęć lub w pokoju badań na Bloku porodowym przez lekarza specjalistę z lekarzem bez specjalizacji. Lekarz określa czynniki ryzyka i kwalifikuje rodzącą do porodu. Jeżeli pacjentka została zakwalifikowana do porodu fizjologicznego, to opiekę nad rodzącą pełni położna z młodszym lekarzem, a nadzór ma lekarz specjalista. Położna omawia z rodzącą plan porodu i możliwości jego realizacji. Lewatywa i golenie wykonywane jest wyłącznie na życzenie kobiety. Przy przyjęciu rodząca otrzymuje Kartę zgody, w której zgadza się na wykonanie w miarę niezbędnej konieczności proponowanych zabiegów (nacięcie krocza, podłączenie kroplówki, stały monitoring KTG). Przyjęta pacjentka na salę porodową ma wykonany zapis KTG. Jeżeli zapis jest prawidłowy, to wynik badania nie jest drukowany lecz pozostaje w bazie systemu Monako. Po odłączeniu KTG, tętno płodu osłuchiwane jest co 15 minut i odnotowane przez położną w partogramie. Pierwszy okres porodu fizjologicznego prowadzi położna pod nadzorem lekarza dyżurnego. Badanie wewnętrzne wykonuje co 2 godziny położna sama lub w obecności lekarza dyżurnego. Rodząca w czasie I okresu porodu może korzystać z piłki, worka sako, imersji wodnej. Na sali wielostanowiskowej korzystanie z imersji wodnej jest utrudnione z powodu braku prysznic. W trakcie porodu rodzącej może towarzyszyć wybrana przez nią osoba wyłącznie

w sali do porodów rodzinnych. Drugi okres porodu odbywa się na łóżku porodowym w pozycji siedzącej lub na boku w obecności młodszego lekarza dyżurnego lub lekarza specjalisty z dziedziny położnictwa i ginekologii oraz lekarza neonatologa. U pierwiastek krocze nacinane jest w razie potrzeby. Noworodek bezpośrednio po porodzie układany jest na brzuchu matki. Położna ocenia dziecko wg skali APGAR, przecinana pępowinę po ustaniu tętnienia, oznakowuje noworodka i pomaga matce przystawić dziecko do piersi. Noworodek przez 2 godziny pozostaje w kontakcie z matką „skóra do skóry”. Po tym czasie noworodek jest badany przez lekarza neonatologa, ma wykonane niezbędne zabiegi medyczne i wraz z mamą przekazywany jest na oddział położniczy „rooming-in”. W trakcie kontroli stwierdzono, że w sali porodów rodzinnych przebywała położnica po porodzie drogami natury razem z noworodkiem, ze względu na brak miejsc w oddziale położniczym. Zdarza się, że jeśli w oddziale położniczym nie ma miejsca, to położnica z noworodkiem pozostaje na sali porodowej nawet kilka dni

(dowód: akta kontroli str. 8, 9).

Dokumentacja medyczna

Na Bloku Porodowym prowadzona jest księga bloku porodowego, księga noworodków, księga raportów pielęgniarских. księgi nie są prowadzone zgodnie z § 34 i § 35 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania. Księga bloku porodowego zawiera: oznaczenie podmiotu, nr księgi głównej, nr księgi oddziałowej, nazwisko i imię, numer PESEL, adres zamieszkania, rozpoznanie wstępne i ostateczne, grupę krwi oraz czynnik Rh, zastosowane procedury lecznicze, osoby obecne w czasie porodu na sali porodowej i sali cięć cesarskich, data godzina i minuta przyjęcia rodzącej na salę porodową, data godzina i minuta porodu, przebieg porodu. W księdze bloku porodowego umieszczone są dane księgi noworodków zawierające: pod jednym numerem wpisana jest matka i noworodek (dwa noworodki z porodu bliźniaczego), dane identyfikujące matkę, datę urodzenia, płeć, masę i długość ciała noworodka. W księdze brak jest identyfikacji osoby przyjmującej poród, informacji o zastosowanych produktach leczniczych, szczegółowego opisu zastosowanego znieczulenia oraz danych identyfikujących lekarza udzielającego świadczenia, czasu trwania poszczególnych okresów porodu, daty i miejsca wypisu położnicy z sali porodowej, numeru kolejnego noworodka, oceny noworodka wg. skali APGAR, daty i miejsca wypisu noworodka

(dowód: akta kontroli str. 27, 90÷92).

Księga raportów pielęgniarских Bloku Porodowego zawiera: oznaczenie oddziału, numer kolejny wpisu, datę sporządzenia raportu, dane statystyczne oddziału, dane identyfikujące położnych zdających i przyjmujących dyżur. Brak danych identyfikujących pacjentek, opis zdarzenia, jego okoliczności i podjęte działania na dyżurze. Nie można przyjąć wyjaśnienia Pana Piotra Pobrotyna – Dyrektora podmiotu leczniczego, że opis stanu zdrowia każdego pacjenta jest prowadzony w indywidualnej dokumentacji medycznej – historii pielęgnowania i nie ma zatem przesłanek, żeby powielać te informacje w raporcie pielęgniarским. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania wyraźnie określa wymagania, jakie musi spełnić zarówno zbiorcza, jak i indywidualna dokumentacja medyczna prowadzona w szpitalu. Zgodnie z § 31 cytowanego rozporządzenia Księga raportów pielęgniarских jest zbiorczą dokumentacją medyczną, a więc nie zawiera wszystkich informacji, które są umieszczone w indywidualnej dokumentacji medycznej i powinna zawierać oprócz oznaczenia podmiotu, numeru kolejnego wpisu, statystyki oddziału, w tym liczbę osób przyjętych i wypisanych, oraz zmarłych, datę sporządzenia raportu, oznaczenie położnej zawierające imię i nazwisko, tytuł zawodowy, specjalizacje, numer prawa wykonywania zawodu, podpis, również treść raportu zawierającą w szczególności imię i nazwisko pacjenta, a w razie potrzeby inne dane pozwalające na ustalenie tożsamości pacjenta, opis zdarzenia, jego okoliczności i podjęte działania. Należy zwrócić uwagę, że opis zdarzenia, jego okoliczności i podjęte działania nie są sformułowaniami tożsamymi z informacjami dotyczącymi procesu pielęgnowania, czy też wynikami obserwacji stanu zdrowia pacjenta. Tak więc informacje zawarte w indywidualnej dokumentacji medycznej zawierają szczegółowe informacje dotyczące procesu pielęgnowania, obserwacji i wyników obserwacji, wykonanych czynności położniczych, natomiast informacja zawarte w zbiorczej dokumentacji medycznej – książce raportów pielęgniarских zawierają wybrane informacje dotyczące szczególnych zdarzeń podczas dyżuru wymagające podjęcia określonych działań, a więc nie wymagają powtarzania wszystkich informacji zawartych w indywidualnej dokumentacji medycznej

(dowód: akta kontroli str. 26, 99÷101, 424).

Księga raportów lekarskich zawiera: oznaczenie podmiotu, datę sporządzenia raportu, treść raportu (dane pacjenta, opis zdarzenia i jego okoliczności, podjęte działania), statystyka oddziału, dane identyfikujące lekarza, brak wpisu kolejnego numeru raportu

(dowód: akta kontroli str. 26, 105÷107).

W czerwcu 2011 roku w Oddziale odbyło się 67 porodów drogami natury. Do analizy wybrano losowo 34 historii chorób – karty położnicze kobiet, których poród przebiegał drogami natury. Indywidualną dokumentację medyczną poddano analizie pod kątem prowadzenia i dokumentowania porodu fizjologicznego zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 23 września 2010 r. w sprawie standardów postępowania oraz procedur medycznych 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 2010 r., Nr 187, poz. 1259). W analizowanych historiach chorób – kartach położniczych osoba przyjmująca kobietę ciężarną do szpitala określa czynniki ryzyka identyfikowane podczas ciąży oraz przed porodem na podstawie wywiadu oraz na podstawie badania oprócz następujących czynników ryzyka powikłań przedporodowych: choroby ciężarnej (choroby nerek, choroby neurologiczne, znaczna otyłość, zaburzenia krzepnięcia, trombofilia, zespół antyfosfolipidowy), sytuacja, gdy ciężarna jest pierwiastką poniżej 18. roku życia lub powyżej 35. roku życia oraz gdy ciężarna jest wieloródką powyżej 40. roku życia lub wieloródką po urodzeniu 4 dzieci, wystąpienie krwawienia przed porodem, wystąpienie temperatury ciała powyżej 38 stopni częściej niż raz w czasie ciąży, używanie środków odurzających, alkoholu i nikotyny w czasie ciąży i w okresie bezpośrednio poprzedzającym ciążę, przybór masy ciała większy niż 500 g na tydzień w ostatnim trymestrze ciąży, odmiedniczkowe zapalenie nerek, przebyte krwawienia z dróg rodnych, konflikt serologiczny, nieadekwatność wielkości macicy lub wielkości dziecka do czasu trwania ciąży (problemy w precyzyjnym ustaleniu terminu porodu, ograniczenie wewnątrzmacicznego wzrastania płodu, makrosomia płodu, wielowodnie, małowodzie, mięśniak, ciąża wielopłodowa, niewspółmierność matczyno-płodowa), ciążę wielopłodową z patologicznie położonymi płodami, przekroczenie terminu porodu, dodatni wynik posiewu w kierunku paciorkowców B-hemolizujących grupy B (GBS), położenie inne niż główkowe powyżej 37. tygodnia ciąży, nieprawidłową objętość płynu owodniowego, więcej niż dwa rozpoznania porodu fałszywego

(dowód: akta kontroli str. 24, 129, 171, 212).

Położna na sali porodowej prowadzi partogram oraz historię pielęgnowania rodzącej, w której zawarte są informacje z przebiegu porodu oraz wpisy z obserwacji i pielęgnacji rodzącej 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), z wyjątkiem udokumentowania osoby dokonującej wpisu.

W analizowanej dokumentacji brak podpisu położnej po każdym dokonanym wpisie, są wpisane przy pierwszym badaniu wszystkie nazwiska położnych będących na dyżurze, gdy zgodnie z cytowanym wyżej przepisem wpisu w dokumentacji dokonuje się niezwłocznie po udzieleniu świadczenia zdrowotnego, każdy wpis w dokumentacji opatruje się oznaczeniem osoby dokonującej wpisu zawierającym nazwisko i imię, tytuł zawodowy, uzyskane specjalizacje, numer prawa wykonywania zawodu, podpis. Dokumentacja medyczna powinna być prowadzona w taki sposób, aby można było zidentyfikować osobę, która wykonywała poszczególne świadczenia zdrowotne czy też badała pacjentkę. Jeżeli w trakcie porodu opiekę nad kobietą rodzącą sprawowało kilka położnych, to z dokumentacji medycznej powinno wyraźnie wynikać, w jakim okresie czasu położna sprawowała opiekę nad kobietą rodzącą. Wpisu do dokumentacji medycznej dokonuje położna sprawująca opiekę nad kobietą rodzącą

(dowód: akta kontroli str. 63, 64÷67).

W dniu 9 grudnia 2011 r. oględzin 44 historii chorób. W toku oględzin dokonano ustalenia stanu prowadzonej dokumentacji medycznej i jej zgodności z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010r. *w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania* (Dz. U. z dnia 29 grudnia 2010 r. nr 252, poz.1697) i za pomocą wybranych historii chorób, w wyniku których ustalono co następuje:

W 44 historiach chorób, prowadzonych w formie papierowej stwierdzono, że znajdujące się w nich dokumenty dodatkowe w postaci kart indywidualnej opieki pielęgniarskiej, karty indywidualnej opieki prowadzonej przez położną, karty obserwacji lub karty obserwacji przebiegu porodu, karty gorączkowej, karty zleceń lekarskich, karty przebiegu znieczulenia, jeśli było wykonane w związku z udzielonymi świadczeniami zdrowotnymi, karty informacyjnej z leczenia szpitalnego, dołączanej po wypisaniu pacjenta ze szpitala, wyniki badań diagnostycznych nie wpisanych do historii choroby, wyniki konsultacji nie wpisanych do historii choroby, protokoły operacyjne, jeżeli wykonana była operacja, a także dokumentacja indywidualna zewnętrzna pacjenta z innych podmiotów leczniczych, bądź innych komórek organizacyjnych szpitala i wyniki wcześniejszych badań diagnostycznych, umieszczono w kopertach zbiorczych luzem, nie ponumerowane, nie stanowiące chronologicznie uporządkowanej całości. Stwarza to możliwość usunięcia dokumentu włączonego do dokumentacji indywidualnej wewnętrznej. Powyższe stanowi naruszenie § 4, ust.1, § 5 oraz § 6 ust.1 i ust .4 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010r. *w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania*

(Dz. U. z dnia 29 grudnia 2010 r. nr 252, poz.1697) i powoduje ocenę prowadzenia dokumentacji - pozytywna z nieprawidłowościami, ponieważ stwierdzone nieprawidłowości nie mają zasadniczego wpływu na kontrolowaną działalność

(dowód: akta kontroli str. 29, 30, 171-420).

ODDZIAŁ POŁOŻNICZY I NEONATOMICZNY w systemie „ROOMING-IN”

Obsada kadrowa

W oddziale położniczo-neonatologicznym zatrudniony jest 1 lekarz specjalista w dziedzinie położnictwa i ginekologii, 2 lekarzy w trakcie specjalizacji z położnictwa i ginekologii, 1 lekarz specjalista w dziedzinie neonatologii, 2 lekarzy w trakcie specjalizacji z neonatologii, 22 położne w tym jedna położna zabiegowa – koordynująca, pracująca w systemie jednozmianowym. Pozostałe położne pracują w systemie zmianowym 12 godzinnym. Dyżur pełnią 4 położne, w tym 2 położne na sali obserwacyjnej po cięciu cesarskim i 2 położne w oddziale „roming-in”.

Pomieszczenia

Oddział położniczy i neonatologiczny w systemie „rooming-in” znajduje się na IV piętrze w budynku „A” Akademickiego Szpitala Klinicznego we Wrocławiu. W oddziale jest 9 sal dwuosobowych, sala obserwacyjna po cięciach cesarskich, punkt pielęgniarski połączony z gabinetem zabiegowym, pokój laktacyjny, pokój socjalny, 2 dyżurki lekarskie – jedna dla położników, druga dla neonatologów, kuchenka oddziałowa. W oddziale są 24 łóżka dla położnic i 40 łóżeczek dla noworodków. Sale matek i noworodków wyposażone zgodnie z wymaganiami z przydzielonym do każdej sali węzłem sanitarnym, z wyjątkiem czterech sal, w których brakuje promiennika ciepła. W sali obserwacyjnej po cięciach cesarskich znajduje się 6 łóżek dla położnic o podwyższonym standardzie z kolumnami wyposażonymi w sprzęt do monitorowania stanu pacjentek, konsola pielęgniarska. Z salą obserwacyjną dla położnic jest bezpośrednio połączenie z salą obserwacyjną dla noworodków, która wyposażona jest w sprzęt monitorujący stan dziecka (kardiomonitor, pulsoksymetr) oraz urządzenie umożliwiające mycie i pielęgnację dziecka. Opiekę nad położnicami i opiekę nad noworodkami sprawuje wydzielony personel położnych. W obrębie sali obserwacyjnej znajduje się węzeł sanitarny. Obok gabinetu zabiegowego dla położnic wyposażonego standardowo, jest gabinet zabiegowy dla noworodków, w którym znajduje się stanowisko dla noworodka z promiennikiem ciepła, szafa z lekami oraz stolik zabiegowy. Pokój laktacyjny wyposażony jest w szafki, stolik, krzesła, wieszak, podgrzewacz do pokarmu

(dowód: akta kontroli str. 22, 23).

Postępowanie z położnicą i noworodkiem

Po przywiezieniu z sali porodowej matki z dzieckiem na oddział „rooming-in” opiekę nad nimi przejmuje położna z oddziału. Obserwuje noworodka, obserwuje i edukuje matkę w zakresie karmienia piersią, pielęgnacji i opieki nad dzieckiem. Położna kąpie noworodka, jeżeli jest taka potrzeba. Noworodki dokarmiane są w oddziale wyłącznie na zlecenie lekarza, gotową mieszanką z butelki z jednorazowym smoczkiem. Stosowana jest sucha pielęgnacja pępka, tylko w razie potrzeby po konsultacji z lekarzem stosowany jest do dezynfekcji Octenisept. Fototerapia u noworodków z żółtaczką fizjologiczną wykonywana jest w sali, gdzie przebywa matka z dzieckiem.

Zgłoszenie o urodzeniu noworodka wysyłane jest przez szpital do położnej rodzinnej.

Postępowanie z położnicą i noworodkiem po cięciu cesarskim

Po cięciu cesarskim położnica i noworodek w inkubatorze przywożeni są na salę obserwacyjną, gdzie pozostają na obserwacji przez minimum 6 godzin. Jeżeli stan ogólny matki i dziecka jest dobry noworodek przystawiany jest do piersi. Po uruchomieniu położnicy i ocenie stanu zdrowia jej i noworodka - jeśli jest miejsce w oddziale „rooming-in” – oboje zostają przeniesieni z sali obserwacyjnej do sali, w której matka przebywa razem z noworodkiem.

Dokumentacja medyczna

Księga raportów pielęgniarских oddziału położniczego i neonatologicznego w systemie „rooming-in” zawiera: oznaczenie oddziału, numer kolejny wpisu, datę sporządzenia raportu, statystykę przyjęcia i wypisu pacjentów z oddziału z podaniem nazwiska i imienia pacjenta. Brak opisu treści raportu. Nie można przyjąć wyjaśnienia Pana Piotra Pobrotyna – Dyrektora podmiotu leczniczego, że opis stanu zdrowia każdego pacjenta jest prowadzony w indywidualnej dokumentacji medycznej – historii pielęgnowania i nie ma zatem przesłanek, żeby powielać te informacje w raporcie pielęgniarским. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania wyraźnie określa wymagania, jakie musi spełnić zarówno zbiorcza, jak i indywidualna dokumentacja medyczna prowadzona w szpitalu. Zgodnie z § 31 cytowanego rozporządzenia księga raportów pielęgniarских jest zbiorczą dokumentacją medyczną, a więc nie zawiera wszystkich informacji, które są umieszczone w indywidualnej dokumentacji medycznej i powinna zawierać oprócz oznaczenia podmiotu, numeru kolejnego wpisu, statystyki oddziału, w tym liczbę osób przyjętych i wypisanych, oraz zmarłych, datę sporządzenia raportu, oznaczenie położnej zawierające imię i nazwisko, tytuł zawodowy,

specjalizacje, numer prawa wykonywania zawodu, podpis, również treść raportu zawierającą w szczególności imię i nazwisko pacjenta, a w razie potrzeby inne dane pozwalające na ustalenie tożsamości pacjenta, opis zdarzenia, jego okoliczności i podjęte działania. Należy zwrócić uwagę, że opis zdarzenia, jego okoliczności i podjęte działania nie są sformułowaniami tożsamymi z informacjami dotyczącymi procesu pielęgnowania, czy też wynikami obserwacji stanu zdrowia pacjenta. Tak więc informacje zawarte w indywidualnej dokumentacji medycznej zawierają szczegółowe informacje dotyczące procesu pielęgnowania, obserwacji i wyników obserwacji, wykonanych czynności położniczych, natomiast informacje zawarte w zbiorczej dokumentacji medycznej – książce raportów pielęgniarzkich zawierają wybrane informacje dotyczące szczególnych zdarzeń podczas dyżuru wymagające podjętych określonych działań, a więc nie wymagają powtarzania wszystkich informacji zawartych w indywidualnej dokumentacji medycznej

(dowód: akta kontroli str. 26, 96÷98, 424).

Położne prowadzoną historię pielęgnowania noworodka i historię pielęgnowania położnicy zgodnie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania.

ODDZIAŁ NEONATOLOGII

W oddziale zatrudnionych jest 6-ciu lekarzy na etatach akademickich (5-ciu lekarzy specjalistów pediatrii i neonatologii oraz 1 lekarz specjalista pediatrii i neurologii dziecięcej), 1 lekarz specjalista pediatrii i neonatologii - na etacie szpitalnym, 1 lekarz kontraktowy – specjalista pediatrii i neurologii dziecięcej, 9-ciu lekarzy rezydentów.

Oddział składa się z części przeznaczanej na odcinek patologii noworodka i odcinek intensywnej terapii noworodka. W Oddziale Patologii Noworodka zatrudnionych jest 11 pielęgniarek (1 rano, 2 w dzień i 2 w nocy), natomiast w Oddziale Intensywnej Terapii Noworodka pracuje 18 pielęgniarek i 5 położnych (w systemie: 4 – dzień, 4 – noc i jedna rano).

Oddział Patologii noworodka mieści się w salach z 10-cioma stanowiskami noworodkowymi, wyposażone w stanowisko do resuscytacji z NeoPuffem, stacje dokujące pompy infuzyjne strzykawkowe i przepływowe, pulsoksymetry, kardiomonitor, analizator parametrów krytycznych. W obrębie tej części oddziału znajduje się pokój laktacyjny, pokój socjalny, dyżurka lekarza neonatologa, pokój zabiegowy oraz dyżurka pielęgniarki oddziałowej.

Odcinek Intensywnej Terapii Noworodka składa się z 4-ech sal, z których 3 sale przeznaczone są dla pacjentów intensywnie leczonych. Na każdej sali znajdują się 3 stanowiska. W czwartej jest 5 stanowisk pointensywnych. Każda sala wyposażona jest w sprzęt medyczny zgodnie z wymaganiami.

Księga noworodków prowadzona przez ██████████ oddziałową oddziału Neonatologii zawiera: numer kolejny noworodka, numer księgi głównej, nazwisko, imię, numer PESEL matki, przebyte choroby w czasie ciąży, dane dotyczące ciąży, porodu, płci, masy i długości ciała noworodka, skali APGAR, rozpoznania, wykonanych szczepień, badań przesiewowych, daty i miejsca wypisu dziecka z oddziału.

W 2010 roku odnotowano 36 zgonów noworodków, w tym 26 zmarłych noworodków było z porodów przedwczesnych. W 10 przypadkach przyczyną zgonów były wrodzone wady rozwojowe. W 2011 (do 2 grudnia) odnotowano 19 zgonów noworodków. Analizy zgonów są przeprowadzane indywidualnie na formularzach przekazywanych do oddziału statystyki szpitala oraz zbiorczo w czasie okresowych posiedzeń dotyczących umieralności okołoporodowych, które odbywają się w Klinice. W czasie kontroli dokonano analizy dokumentacji medycznej zmarłych noworodków. Wyniki tej analizy nie wykazały nieprawidłowości w prowadzeniu dokumentacji medycznej.

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

1. Zwiększyć zatrudnienie położnych w Bloku Porodowym.
2. Spowodować, aby wszystkie położne sprawujące opiekę nad kobietą rodzącą i noworodkiem ukończyły kurs specjalistyczny z zakresu resuscytacji krążeniowo-oddechowej noworodka.
3. W 3-stanowiskowej Sali porodowej zorganizować łazienkę wyposażoną w prysznic.
4. Zwiększyć liczbę łóżek położniczych w Oddziale Położniczym i Neonatologicznym w systemie „rooming-in”.
5. Wyposażyć wszystkie sale, w których przebywają położnice z noworodkami w promienniki ciepła.
6. Zbiorczą dokumentację medyczną – księgę bloku porodowego, księgę noworodków prowadzoną w Bloku Porodowym, książkę raportów lekarskich i książkę raportów

pielęgniarskich prowadzić 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).

7. W indywidualnej dokumentacji medycznej numerować wszystkie strony dokumentacji oraz w historii pielęgnowania i partogramie potwierdzać wykonane wszystkie świadczenia zdrowotne przez położną podstawowej opieki zdrowotnej 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).
8. Opracować nowy druk Karty położniczej uwzględniający wymagania zawarte w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 23 września 2010 r. w sprawie standardów postępowania oraz procedur medycznych 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 2010 r., Nr 187, poz. 1259).

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.

Wystąpienie pokontrolne sporządza się w trzech jednobrzmiących egzemplarzach po jednym dla kierownika kontrolowanego podmiotu i dla przeprowadzającego kontrolę oraz do wiadomości organu założycielskiego Akademii Medycznej im. Piastów Śląskich we Wrocławiu.

Otrzymują:

1. [REDAKTOR] – Dyrektor ASK im. J.Mikulicza-Radeckiego we Wrocławiu, ul. Borowska 213.
2. [REDAKTOR] – Rektor Akademii Medycznej im. Piastów Śląskich we Wrocławiu, Wybrzeże L.Pasteura 1.
3. a/a