



**WOJEWODA DOLNOŚLĄSKI**  
PS-ZP.9612.71.2013.IS

Wrocław, dnia 19 listopada 2013 r.

Pani  
**Jadwiga Radziejewska**  
Dyrektor  
Zespół Opieki Zdrowotnej w Kłodzku  
ul. Szpitalna 1a  
57-300 Kłodzko

*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 28 maja 2013 r., sygn. PS-ZP.0030-213/13, zespół kontrolny z Wydziału Polityki Społecznej Dolnośląskiego Urzędu Wojewódzkiego, w składzie:

1. [REDAKTED] – inspektor wojewódzki, przewodnicząca zespołu kontrolnego,
2. [REDAKTED] – specjalista,

przeprowadził, w dniach od 12 do 20 czerwca 2013 r. (z przerwami), w podmiocie leczniczym „Zespole Opieki Zdrowotnej” w Kłodzku, ul. Szpitalna 1, 57-300 Kłodzko (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.9612.71.2013, przesłanym Pani pismem z dnia 6 września 2013 r. Protokół kontroli został podpisany przez Dyrektora Zespołu Opieki Zdrowotnej - Panią Jadwigę Radziejewską w dniu 01 października 2013 roku, bez wnoszenia zastrzeżeń.

W związku z przedmiotową kontrolą przekazuję Pani 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:**

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

Zgodnie z zapisem w Rejestrze Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą, kontrolowane przedsiębiorstwo podmiotu leczniczego, w zakresie opieki nad matką i dzieckiem, posiadało wyodrębnione komórki organizacyjne: Sala porodowa, **Oddział ginekologiczny, Oddział położniczy, Oddział ginekologiczno-położniczy, Oddział neonatologiczny.**

Zgodnie z Regulaminem organizacyjnym przedsiębiorstwo podmiotu leczniczego posiadało podstawowe komórki organizacyjne w zakresie opieki nad matką i dzieckiem: Oddział ginekologiczno-położniczy oraz Oddział neonatologiczny. W Regulaminie porządkowym oraz na stronie internetowej podmiotu leczniczego użyto nazwy oddziału - **Oddział noworodkowy.**

W trakcie kontroli podmiotu leczniczego kontrolujący przeprowadzili wizję lokalną Oddziału ginekologiczno-położniczego i Oddziału neonatologicznego. **Oddział ginekologiczno-położniczy składał się z trzech wydzielonych odcinków: ginekologicznego, położniczego i Sali porodowej. Oddział neonatologiczny znajdował się na końcu korytarza Odcinka położniczego**

*(dowód: akta kontroli str. 3÷13, 27÷29, 63÷95).*

**Lokalizacja oddziałów:**

Oddziały mieściły się na II piętrze budynku przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego. Do oddziałów wchodziło się z korytarza ogólnego z klatką schodową i windami. Oddział ginekologiczno-położniczy składał się z trzech wydzielonych odcinków: ginekologicznego, położniczego i Sali porodowej. W skład **Sali porodowej** wchodziło **jedno pomieszczenie**

z 2 łózkami porodowymi nowego typu przedzielonymi ścianą z matowymi szybami bez drzwi, która nie umożliwiała zachowania intymności kobiecie rodzącej, co jest niezgodne z ustawą z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzecznika Praw Pacjenta (Dz. U. z 2012 r., poz. 159, j.t.) i 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).

Na Sali znajdowało się 1 stanowisko neonatologiczne oraz sprzęt do prowadzenia porodu w sposób aktywny – piłki, worki sako. W trakcie porodu pacjentki mogły korzystać tylko z 1 prysznicza znajdującego się przy Izbie przyjęć położniczej (łazienka przylegająca bezpośrednio do Sali porodowej była w trakcie remontu) oraz ze znieczulenia Entonoxem i, jeżeli dostępny był lekarz anestezjolog, ze znieczulenia zewnątrzoponowego. W obrębie Sali porodowej zlokalizowana była sala cięć cesarskich, sala zabiegowa (Izba przyjęć położnicza).

Po przeciwległych stronach Sali porodowej znajdowały się Odcinek położniczy i Odcinek ginekologiczny, do których wchodziło się przez oszklone drzwi.

W skład **Odcinka położniczego** wchodziło 6 sal – 2 sale 3-osobowe przedporodowe i 3 sale 3-osobowe dla położnic i przebywających z nimi noworodków, wyposażone w zespół urządzeń do mycia i pielęgnacji noworodka oraz 4-osobowa sala wzmożonego nadzoru dla położnic po cięciu cesarskim **bez wymaganego przepisami wyposażenia**, co jest niezgodne z rozporządzeniem 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.) oraz z częścią III Załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. z 2012 r., poz. 739).

**Oddział neonatologiczny** znajdował się na końcu korytarza **Odcinka położniczego**. W skład oddziału wchodziła: sala do fototerapii i sala zabiegowa z obserwacyjną oraz dyżurka pielęgniarska wyposażone zgodnie z wymaganiami (dowód: akta kontroli str. 27÷29).

#### **Personel położniczy i pielęgniarski:**

W Oddziale ginekologiczno-położniczym personelem położnych zarządzała Położna. W oddziale zatrudnionych było w systemie zmianowym 20 położnych i 1 pielęgniarka,

w tym 10 położnych pracowało w Odcinku położniczym, 5 w Sali porodowej, 5 położnych i 1 pielęgniarka w Odcinku ginekologii. W Oddziale ginekologiczno-położniczym tylko 14% położnych posiadało wyższe wykształcenie, żadna nie posiada specjalizacji. Dyżurujące położne **nie ukończyły kursu specjalistycznego z zakresu resuscytacji krążeniowo-oddechowej noworodka**, co jest niezgodne 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, porodu oraz opieki nad noworodkiem (Dz. U z 2012 r., poz. 1100) i rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 7 listopada 2007 r. w sprawie rodzaju i zakresu świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych udzielanych przez pielęgniarkę lub położną samodzielnie bez zlecenia lekarskiego (Dz. U. z 2007 r., Nr 210, poz. 1540) (dowód: akta kontroli str. 35÷38, 41÷44, 47÷50, 122÷146).

W Oddziale neonatologicznym personelem pielęgniarek zarządzała Pielęgniarka oddziałowa. W oddziale zatrudnionych było 2 położne i 9 pielęgniarek. Tylko 1 pielęgniarka posiadała kurs kwalifikacyjny w zakresie pielęgniarstwa neonatologicznego. Dyżurujące pielęgniarki nie posiadały specjalizacji w zakresie pielęgniarstwa neonatologicznego oraz kursu specjalistycznego z zakresu resuscytacji krążeniowo-oddechowej noworodka, co jest niezgodne 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). 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

(dowód: akta kontroli str. 130÷131, 133÷134).

Z analizy dokumentów oraz wizji lokalnej 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 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, co jest niezgodne 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). Właściwa organizacja Oddziałów ginekologiczno-położniczego i neonatologicznego opisana w dokumentach (Rejestr Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą, Regulamin organizacyjny podmiotu leczniczego, zarządzenia Dyrektora 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 i zminimalizowania wystąpienia zdarzeń niepożądanych  
(dowód: akta kontroli str. 36÷37).

**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 i księga noworodków prowadzone były w formie jednej książki, w formie papierowej zgodnie z przepisami prawa, z wyjątkiem **braku daty i godziny wypisu noworodka lub daty i przyczyny zgonu noworodka**, co jest niezgodne z § 35,
- w Oddziale ginekologiczno-położniczym i Oddziale neonatologicznym prowadzone były książki raportów pielęgniarskich zgodnie z przepisami prawa  
(dowód: akta kontroli str. 57).

**Indywidualna dokumentacja medyczna:**

W trakcie czynności kontrolnych dokonano analizy indywidualnej dokumentacji medycznej kobiet ciężarnych, które urodziły drogami natury oraz ich noworodków.

Do analizy wybrano losowo 29 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. Historie chorób zawierały informacje dotyczące przebiegu hospitalizacji pacjentek oraz dokumenty dodatkowe: kartę położniczą, kartę obserwacji porodu (patrogram), kartę gorączkową ogólną, indywidualną kartę zleceń lekarskich, historię pielęgnowania, wywiad epidemiologiczny dotyczący pacjenta w okresie 6 miesięcy przed przyjęciem do szpitala, kartę informacyjną leczenia szpitalnego, karta TSP, oświadczenie pacjentki – zgoda na nacięcie krocza przy porodzie fizjologicznym, zapisy KTG, wyniki badań dodatkowych. Z przeprowadzonej analizy dokumentacji wynika, że:

- w 100% analizowanych kart zleceń **lekarskich podpisy osób wykonujących zlecenie lekarskie były nieczytelne** oraz w 24% **brak było podpisu lekarza zlecającego**, 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 zapisem § 5

(dowód: akta kontroli str. 34, 54, 56, 57, 147÷223).

W trakcie kontroli dokonano analizy 21 losowo wybranych dokumentacji medycznych pod kątem dokumentowania świadczeń zdrowotnych w zakresie opieki nad noworodkiem. Z analizy kart noworodka wynika, że:

- w 90% kart **brak było danych identyfikujących osobę** - jedynie nazwisko- **która oceniła noworodka w skali Apgar** oraz w dwóch przypadkach nie było żadnego podpisu,
- w 85,7 % kart **nie można było zidentyfikować osoby, która wykonała pomiary antropometryczne**,
- w 38% kartach **nie można było zidentyfikować osoby, która wykonała zabieg Credego** u noworodka, a w 52,3% zabieg ten **wykonała pielęgniarka z Oddziału neonatologicznego**, co jest niezgodne z § 4 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),
- w 100% kart oceniono adaptację pourodzeniową noworodka (układ krążenia i oddechowy), zapisano liczbę stolców i mikcji,
- indywidualna karta pielęgnacji noworodka prowadzona była zgodnie z przepisami prawa, z wyjątkiem **braku numeracji stron**, co jest niezgodne z § 5,

- 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. 33, 58, 60÷61, 170÷179, 185÷200).

### **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, porożu 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. Od 01.01.2012 roku do dnia 12.06.2013 roku odbyły się 524 porody drogami natury, w tym 450 porodów (85,9%) z naciętym kroczem. Przed porodem nie wykonywało się rutynowo enem. W trakcie I okresu porodu rodzące mogły przyjmować przejrzyste płyny. Każda rodząca mogła korzystać ze wsparcia wybranej przez siebie osoby bliskiej. Do wykonywania zabiegów i badań, w trakcie porodu, każdorazowo uzyskiwana była ustna zgoda kobiety rodzącej oraz pisemna na nacięcie krocza przy porodzie fizjologicznym

(dowód: akta kontroli str. 30, 31, 41÷46, 147÷223).

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, 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;
- w 100% kart położniczych brak było identyfikacji osobowej określającej czynniki ryzyka, co jest niezgodnie z § 4 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania
- w dokumentacji medycznej brak było wpisu wskazującego kto sprawuje opiekę nad kobietą rodzącą – lekarz czy położna, co jest niezgodne z częścią I ust 2 pkt 7) i ust. 8,
- w analizowanej dokumentacji brak było planu porodu, co jest niezgodne z częścią IV Załącznika do rozporządzenia,

- **przebieg 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 I okresie porodu** określana i aktualizowana była ocena stanu położniczego oraz stanu płodu w indywidualnej dokumentacji medycznej.

**Opis postępu i przebiegu I okresu porodu** udokumentowany był tylko przez położne w 81% analizowanej dokumentacji z przebiegu porodu drogami natury w terminie porodu i w 100% analizowanych dokumentacji z przebiegu porodu drogami natury przed 38 tygodniem i po zakończonym 41 tygodniu ciąży. Tylko w 1 przypadku, wystąpienia czynników ryzyka u rodzącej, dokonane były wpisy lekarza z przebiegu I okresu porodu. Z analizy dokumentacji medycznej wynika, że położna, pełniąca rolę asystującą lekarzowi w przebiegu porodu patologicznego (czynniki ryzyka przed- i śródporodowe, np. poród wcześniaczy, indukcja porodu), dokonuje obserwacji i oceny postępu i przebiegu I okresu porodu, samodzielnie (bez obecności lekarza, bez zlecenia lekarskiego), do czego nie jest uprawniona. Przebieg porodu patologicznego nie jest prowadzony i nadzorowany przez lekarzy.

Dokonana była ocena stanu rodzącej, z wyjątkiem braku kontroli mikcji co 4 godziny.

**W 69%** w historii pielęgnowania rodzącej udokumentowano informacje dotyczące psychoprofilaktyki położniczej oraz łagodzenia dolegliwości występujących u rodzącej, stosowanych udogodnień i form aktywności, metod łagodzenia bólu porodowego oraz współpracy z osobą bliską.

**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 76% przypadków w jakiej pozycji odbył się poród (pozycje wertykalne), a w 100% czy bezpośrednio po porodzie położono noworodka na brzuchu matki oraz uzasadnienia zastosowania nacięcia krocza, co jest niezgodne z częścią IX Załącznika do rozporządzenia.

**W III okresie porodu** była udokumentowana, 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 w 100% analizowanych dokumentacji brak było oceny, w przypadku nacięcia krocza, jego rozległości. Udokumentowano również datę i godzinę oznakowania,



ocenę stanu noworodka, ale **brak było daty i godziny odpępnienia noworodka, danych identyfikujących osobę oznakowującą noworodka oraz oceniającą stan noworodka bezpośrednio po porodzie, brak informacji czy noworodka przystawiono do piersi i 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, **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 porodu, co jest niezgodne z częścią XI Załącznika do rozporządzenia,**

- W zakresie opieki nad położnicą w pierwszych dobach porodu udokumentowano stan ogólny i położniczy pacjentki (inwolucja macicy, ilość i jakość odchodów porodowych, gojenia się rany krocza), czynności pęcherza moczowego i jelit. **Brak było informacji dotyczących stanu gruczołów piersiowych i brodawek, laktacji, stanu psychicznego położniczy, relacji rodzinnych i wydolności opiekuńczej rodziny, co jest niezgodne z częścią XIV Załącznika do rozporządzenia,**

- **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**

*(dowód: akta kontroli str. 30÷61, 147÷223).*

Dokonano analizy 21 losowo wybranych dokumentacji medycznych na podstawie wpisu w księdze bloku porodowego, z których wynika, że:

- położnica przebywająca w Odcinku położniczym 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, oraz nie zawsze zdiagnozowany był problem nieskutecznego**

- karmienia piersią**, co jest niezgodne z częścią XII ust. 8 Załącznika do rozporządzenia. W oddziale stosowane były smoczki podczas dokarmiania noworodków,
- z analizy dokumentacji medycznej wynika, że wszystkie noworodki zostały ocenione w skali Apgar, miały wykonane pomiary antropometryczne, zabieg Credego, badania przesiewowe i szczepienia ochronne,
  - noworodki badane były w obecności przedstawicieli ustawowych,
  - przy wypisie opiekunowie noworodka **nie zawsze otrzymywali Kartę informacyjną noworodka** z leczenia szpitalnego, co jest niezgodne z częścią XII ust 17 Załącznika do rozporządzenia,
  - w Karcie informacyjnej noworodka z leczenia szpitalnego **brak było zaleceń dotyczących pielęgnacji i 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 72,2 % analizowanych kart noworodków z porodów drogami natury **pierwszy kontakt matki z noworodkiem „skóra do skóry” nie trwał przez 2 godziny**, co jest niezgodne z częścią XII ust.1 Załącznika do rozporządzenia, taki kontakt miał miejsce jedynie w 27 % kart,
  - w 95,2 % analizowanych kart została dokonana ocena noworodka w skali Apgar w określonym terminie. W jednej karcie noworodka została zapisana wyłącznie w 1 i 3 minucie życia dziecka, co jest niezgodne z częścią XII ust. 3 Załącznika do rozporządzenia,
  - przesiewowe badanie pulsoksymetryczne u noworodka wykonywane było zgodnie z przepisami prawa między 2 a 24 godziną po urodzeniu  
(dowód: akta kontroli str. 32÷33, 51÷52, 59, 147÷180, 191).

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 ginekologiczno-położniczego 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, porożu oraz opieki nad noworodkiem (Dz. U. z 2012 r., poz. 1100). **Termin realizacji – 30 dni.**

2. Przeprowadzić **reorganizację oddziałów** i opracować zakresy obowiązków oraz opisy stanowisk pracy na poszczególnych stanowiskach pracy:

- położnej pracującej w Sali porodowej i położnej pracującej w Odcinku położniczym (z uwzględnieniem sprawowanej opieki nad noworodkiem przebywającym razem z mamą na Sali porodowej oraz w Odcinku położniczym),
- położnej lub pielęgniarki pracującej w Oddziale neonatologicznym (obserwacja i opieka nad noworodkiem przebywającym bez matki w Oddziale neonatologicznym).

**Termin realizacji - do dnia 31.12.2014 r.**

3. 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.**

4. 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.**

5. Wyeliminować wskazane w pkt. 2 wystąpienia nieprawidłowości w prowadzonej zbiorczej i indywidualnej dokumentacji medycznej. **Termin realizacji – na bieżąco.**

6. Wyeliminować wskazane w pkt. 3 wystąpienia nieprawidłowości w zakresie realizacji i dokumentowania 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, porożu oraz opieki nad noworodkiem (Dz. U. z 2012 r., poz. 1100). **Termin realizacji – na bieżąco.**

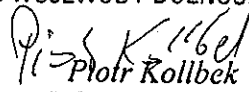
Zgodnie z art.48 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o kontroli w administracji rządowej (Dz. U. Nr 185, poz. 1092) od wystąpienia pokontrolnego nie przysługują środki odwoławcze.

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 Starostwo Powiatowe w Kłodzku.

Z up. WOJEWODY DOLNOŚLĄSKIEGO

  
Piotr Kollbek  
Z-CADYREKTORA  
Wydziału Polityki Społecznej