



WOJEWODA DOLNOŚLĄSKI

Wrocław, dnia 20 stycznia 2014 r.

PS-ZP.9612.85.2013.IS

Pan  
**Dariusz Brzeziński**  
Prezes Zarządu  
Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej  
Szpital Powiatowy w Dzierżoniowie  
Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością  
ul. Cicha 1  
58-200 Dzierżoniów

*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.0030-241/13, zespół kontrolny z Wydziału Polityki Społecznej Dolnośląskiego Urzędu Wojewódzkiego, w składzie:

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

przeprowadził, w dniach 11 do 24 lipca 2013 r. (z przerwami), w podmiocie leczniczym Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Szpital Powiatowy w Dzierżoniowie Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością, ul. Cicha 1, 58-200 Dzierżoniów (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 lipca 2012 r. do dnia kontroli. Kontrolę przeprowadzono zgodnie z zatwierdzonym w dniu 28 czerwca 2013 r. przez Wojewodę Dolnośląskiego planem kontroli na II półrocze 2013 r.

Szczegółowe ustalenia przedmiotowej kontroli zostały przedstawione w protokole kontroli, sygn. PS-ZP.9612.85.2013, przesłanym Panu pismem z dnia 22 października 2013 r.

Protokół kontroli został podpisany przez Prezesa Zarządu NZOZ Szpital Powiatowy w Dzierżoniowie Sp. z o.o. - Pana Dariusza Brzezińskiego w dniu 19 grudnia 2013 roku, z wniesieniem w ustawowym terminie 8 zastrzeżeń. Wszystkie zastrzeżenia uznałem jako niezasadne. Odpowiedź na wniesione zastrzeżenia zostały przekazane pismem PS-ZP.9612.85.2013.IS z dnia 26 listopada 2013 r. Podpisany protokół wpłynął do Dolnośląskiego Urzędu Wojewódzkiego w dniu 23 grudnia 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 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 (zwany dalej Oddziałem noworodkowym zgodnie z używanym nazewnictwem w kontrolowanym podmiocie leczniczym), 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 pod nazwą: Oddział ginekologiczno-położniczy, Oddział noworodkowy, **Izba przyjęć położnicza.**

Zgodnie z Regulaminem organizacyjnym przedsiębiorstwo podmiotu leczniczego posiadało podstawowe komórki organizacyjne w zakresie opieki nad matką i dzieckiem: Oddział ginekologiczno-położniczy z **Izbą przyjęć ginekologiczno-położniczą** oraz Oddział noworodkowy.

W trakcie kontroli podmiotu leczniczego kontrolujący przeprowadzili wizję lokalną Oddziału ginekologiczno-położniczego i Oddziału noworodkowego. Kontrolujący stwierdzili, że wejścia do wydzielonych oddziałów/odcinków, z korytarza ogólnego z klatką

schodową i windami, oznakowane były: „*Blok porodowy*”, „*Ginekologia*”, „*Oddział Położniczo-Noworodkowy*”. Oznakowanie, przy wejściu do oddziałów i do poszczególnych pododdziałów/odcinków, nie było zgodne z zapisami w Rejestrze Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą i Regulaminie organizacyjnym podmiotu leczniczego. W Regulaminie organizacyjnym nie uwzględniono faktu, że w skład Oddziału ginekologiczno-położniczego wchodzi pododdziały lub odcinki o nazwach: „*Blok porodowy*”, „*Ginekologia*” i „*Oddział Położniczo-Noworodkowy*”. W przyjętej przez podmiot leczniczy strukturze organizacyjnej nazwa oddziału/pododdziału/odcinka „*Oddział Położniczo-Noworodkowy*” jest nieprawidłowa. Brak było również zapisów dotyczących organizacji i współpracy kontrolowanych oddziałów, co jest niezgodne 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.)

(dowód: akta kontroli str. 17÷26, 46÷60).

#### **Lokalizacja oddziałów:**

W trakcie kontroli podmiotu leczniczego kontrolujący przeprowadzili wizję lokalną Oddziału ginekologiczno-położniczego i Oddziału noworodkowego. Oddział ginekologiczno-położniczy znajdował się na I i II piętrze budynku B, natomiast Oddział noworodkowy na I piętrze. Na II piętrze w korytarzu głównym znajdowały się wejścia do pododdziałów/odcinków Oddziału ginekologiczno-położniczego oznakowane jako: „*Blok porodowy*” i „*Ginekologia*”, natomiast na I piętrze budynku znajdował się oddział oznakowany „*Oddział Położniczo-Noworodkowy*”. Pomieszczenia „*Bloku porodowego*” tworzyły odrębną całość, tak jak pomieszczenia „*Oddziału Położniczo-Noworodkowego*” i „*Ginekologii*”.

Do „*Bloku porodowego*” wchodziło się z korytarza głównego przez służbę. Blok porodowy tworzył odrębną całość. Po prawej stronie korytarza wewnętrznego znajdowały się kolejno: sala porodów rodzinnych, 2 sale przedporodowe 2-łóżkowe z osobnymi łazienkami. Po lewej stronie korytarza sala cięć cesarskich z pomieszczeniami przygotowawczymi, sala pooperacyjna, sala porodowa 2-łóżkowa, gabinet zabiegowy. Blok porodowy wyposażony w materace, piłki, worki sako, Entonox.

**Sala porodów rodzinnych** wyposażona była w nowe łóżko porodowe, stanowisko noworodkowe, szafki na leki i sprzęt medyczny. Z sali porodów rodzinnych wchodziło się bezpośrednio do łazienki, przez którą przechodziło się do sali przedporodowej.

**Sala porodowa 2-lóżkowa** wyposażona była w **2 nowe łóżka porodowe, które nie były w żaden sposób od siebie oddzielone**, biurka dla personelu medycznego, szafki na leki i sprzęt medyczny. W sali porodowej znajdowały się 3 wyjścia – na korytarz wewnętrzny, do sali cięć cesarskich i do gabinetu zabiegowego. Kobiety rodzące mogły korzystać z 2 łazienek znajdujących się przy salach porodów rodzinnych. Sala porodowa dwulóżkowa **nie umożliwia 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.) oraz 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).

**Sala pooperacyjna** wyposażona była w 1 łóżko wchodzące w skład Odcinka położniczego, kardiomonitor, pozostały sprzęt znajduje się w sali cięć cesarskich.

W trakcie oględzin w Bloku porodowym przebywały 2 pacjentki – 1 kobieta ciężarna, która w obecności osób kontrolujących wyszła sama z Bloku porodowego na teren szpitala oraz 1 położnica po cięciu cesarskim wraz z noworodkiem na sali pooperacyjnej. Obecne były 2 położne, w tym 1 położna pełniąca dyżur w Odcinku położniczym, która opuściła stanowisko pracy w celu sprawowania opieki nad pacjentką przebywającą na sali pooperacyjnej znajdującej się w Bloku porodowym.

W skład „*Oddziału Położniczo-Noworodkowego*” wchodziły Odcinek położniczy oraz Oddział noworodkowy.

**W Odcinku położniczym** znajdowało się 7 sal 2-osobowych dla położnic z noworodkami, gabinet zabiegowy położniczy, dyżurka położnych. Wszystkie sale wyposażone były w zespół urządzeń do mycia i pielęgnacji noworodka.

W obrębie Odcinka położniczego znajdowała się 1 sala zabiegowa wchodząca w skład **Oddziału noworodkowego**. Brak było sali obserwacyjnej noworodków.

W dniu przeprowadzania oględzin w Odcinku położniczym przebywało 5 położnic wraz z noworodkami. W Odcinku położniczym dyżur pełniła 1 położna, która w trakcie oględzin nie była obecna, ponieważ przebywała na sali pooperacyjnej Bloku porodowego, gdzie sprawowała opiekę nad położnicą i noworodkiem po cięciu cesarskim. Natomiast w Oddziale noworodkowym dyżur pełniły 2 położne, które sprawowały opiekę nad przebywającymi w Odcinku położniczym noworodkami oraz, w zastępstwie położnej przebywającej na Bloku porodowym, nad położnicami

(dowód: akta kontroli str. 25, 26).

### **Personel położniczy i pielęgniarSKI:**

W kontrolowanym podmiocie leczniczym określone są normy zatrudnienia położnych i pielęgniarek w poszczególnych oddziałach. W Oddziale ginekologiczno-położniczym oraz w Oddziale noworodkowym personelem położnych i pielęgniarek zarządzała Położna oddziałowa.

**W Oddziale ginekologiczno-położniczym** pracowało 18 położnych, w tym 5 położnych w Odcinku położniczym, 5 na Bloku porodowym, 6 na Ginekologii, 1 w Poradni K. W Oddziale ginekologiczno-położniczym 50% położnych posiadało wykształcenie wyższe położnicze, natomiast żadna nie posiadała specjalizacji. Natomiast w Odcinku położniczym 60% położnych posiadało wyższe wykształcenie, a w Bloku porodowym 80% położnych. Dyżurujące położne ukończyły kurs specjalistyczny z zakresu resuscytacji krążeniowo-oddechowej noworodka.

**W Oddziale noworodkowym** pracowało 6 położnych i 5 pielęgniarek. Tylko 9% personelu położniczego i pielęgniarSKiego posiadało wyższe wykształcenie – licencjat położnictwa. Położne i pielęgniarSKI nie posiadały specjalizacji. Dyżurujące pielęgniarSKI i 4 położne ukończyły kurs specjalistyczny w zakresie resuscytacji krążeniowo-oddechowej noworodka. Natomiast 100% pielęgniarek nie posiadało  **dodatkowych**  kwalifikacji tj. ukończonego kursu kwalifikacyjnego w zakresie neonatologii lub specjalizacji w zakresie pielęgniarstwa neonatologicznego, co jest niezgodne z ustawą z dnia 15 lipca 2011 r. *o zawodach pielęgniarki i położnej* (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.

Z analizy dokumentów, wizji lokalnej oraz wyjaśnień pracowników wynika, że **organizacja Oddziału ginekologiczno-położniczego oraz Oddziału noworodkowego, mimo iż Położnej Oddziałowej podlegają bezpośrednio położne i pielęgniarSKI zatrudnione w obydwu oddziałach, mimo wprowadzonych w kontrolowanym podmiocie leczniczym zmian organizacyjnych, nie pozwala na sprawowanie opieki pielęgnacyjnej**

**nad położnicą i noworodkiem, przebywających razem w sali w Odcinku położniczym, przez jeden wspólny personel.** Opiekę nad położnicą sprawuje położna zatrudniona w Oddziale ginekologiczno-położniczym, a opiekę nad noworodkiem sprawuje położna lub pielęgniarka zatrudniona w Oddziale noworodkowym, 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. 126÷146, 368÷370).

**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:**

- Na Bloku porodowym księga bloku porodowego prowadzona była w wersji papierowej, w której **brak było określenia rodzaju znieczulenia zastosowanego u pacjentki, jeżeli było wykonane, i jego szczegółowego opisu oraz oznaczenia lekarza anestezjologa zawierające imię i nazwisko, tytuł zawodowy, uzyskane specjalizacje, numer prawa wykonywania zawodu, podpis oraz czasu trwania poszczególnych okresów porodu, daty i godziny wypisania pacjentki z bloku porodowego, adnotacji o miejscu, do którego pacjentka została wypisana z bloku porodowego oraz oznaczenia lekarza**

- albo położnej przyjmującej poród zawierającego imię i nazwisko, tytuł zawodowy, uzyskane specjalizacje, numer prawa wykonywania zawodu, co jest niezgodne z § 34,**
- Na Bloku porodowym nie była prowadzona księga noworodków, w księdze bloku porodowego dokonane były wpisy zawierające płeć, długość i ciężar ciała noworodka, natomiast **brak było oceny noworodka według skali Apgar oraz daty wypisu, co jest niezgodne z § 35,**
  - w Oddziale ginekologiczno-położniczym oraz w Oddziale noworodkowym prowadzone były Książki raportów pielęgniarских, które **nie zawierały opisu zdarzenia, jego okoliczności i podjętych działań, co jest niezgodne z § 33.**

*(dowód: akta kontroli str. 175 ÷ 189, 360 ÷ 370).*

### **Indywidualna dokumentacja medyczna**

W trakcie czynności kontrolnych dokonano analizy indywidualnej dokumentacji medycznej kobiet ciężarnych, które zgłosiły się do szpitala i urodziły drogami natury oraz ich noworodków, w okresie od 01.07.2012 roku do 11.07.2013 roku.

Do analizy wybrano losowo 16 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 opieki prowadzoną przez położną Położnictwo, historię pielęgnowania ginekologiczno-położniczą, sprawozdanie o stanie pacjenta, bieżącą ocenę działań pielęgniarских, wywiad epidemiologiczny dotyczący pacjenta w okresie 6 miesięcy przed przyjęciem do szpitala, kartę informacyjną leczenia szpitalnego, kartę statystyczną szpitalną ogólną, oświadczenie pacjenta przyjmowanego do szpitala, zapisy KTG, wyniki badań dodatkowych. Z przeprowadzonej analizy wynika, że dokumentacja medyczna prowadzona była zgodnie z przepisami rozporządzenia, z wyjątkiem stwierdzonych nieprawidłowości:

- 100% analizowanych kart zleceń lekarskich **nie zawierały identyfikacji osoby wykonującej zlecenie, a jedynie podpis, 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.,**
- **wpisy dokonywane przez lekarzy były nieczytelne, co jest niezgodne z § 4 ust. 1**

(dowód: akta kontroli str. 35, 36, 249÷359, 370).

W trakcie kontroli dokonano analizy 16 losowo wybranych dokumentacji medycznych pod kątem dokumentowania świadczeń zdrowotnych w zakresie opieki nad noworodkiem, z której wynika, że:

- w 93,75% kart **nie można było zidentyfikować osoby**, która wykonała oznakowanie noworodka,
- w 100% kart **nie można było zidentyfikować osoby**, która oceniła noworodka w skali Apgar,
- w 93,75% kart **nie można było zidentyfikować osoby**, która wykonała pomiary antropometryczne,
- w 75% kart **nie można było zidentyfikować osoby**, która wykonała zabieg Credego, a w 2 przypadkach była to pielęgniarka z Oddziału noworodkowego, 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) pielęgniarka nie może **samodzielnie wykonywać zabiegu Credego u noworodka**. Podczas wykonywania czynności kontrolnych Pani Położna Oddziałowa przedstawiła dokumentację - kartę noworodka o numerze księgi głównej 4335, w której uzupełniono danymi identyfikującymi: osobę, która oznakowała noworodka oraz osobę, która oceniła noworodka w skali Apgar i osobę, która wykonała zabieg Credego u noworodka,
- w 100 % kart noworodka była identyfikacja osoby, która wykonała badanie pulsoksymetryczne,
- w Oddziale noworodkowym prowadzona była indywidualna karta pielęgnacji noworodka zgodnie z przepisami prawa, z wyjątkiem **braku numeracji stron**, co jest niezgodne z § 5,
- 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. 33, 41, 194÷ 248).

**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 trakcie kontroli dokonano analizy indywidualnej dokumentacji medycznej kobiet ciężarnych, które zgłosiły się do szpitala i urodziły drogami natury oraz ich noworodków, w okresie od 01.07.2012 roku do dnia 11.07.2013 roku. W analizowanym okresie przed porodem nie wykonywało się rutynowo enemy, a jeżeli była taka konieczność pacjentka wyraża zgodę, co było udokumentowane. W trakcie I okresu porodu rodzące mogły przyjmować przejrzyste płyny. W Sali porodowej nie było ograniczeń do uczestniczenia w trakcie porodu osoby bliskiej. Do wykonywania zabiegów i badań w trakcie porodu każdorazowo uzyskiwano ustną zgodę kobiety rodzącej. Na procedury wykonywane przez lekarza pacjentka wyrażała zgodę pisemną. Od 01.07.2012 roku do 30.06.2013 roku odbyło się 553 porodów drogami natury. W analizowanym okresie odbyło się 271 porodów u kobiet rodzących po raz pierwszy i 280 porodów u wieloródek. U wieloródek w 24% przypadków nacięto krocze, natomiast u pierwiastek w 56% porodów.

Do analizy wybrano losowo 46 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 w 100% analizowanych kart położniczych określali lekarze. W dokumentacji medycznej brak było wpisu wskazującego kto sprawuje opiekę nad kobietą rodzącą – lekarz czy położna. W trakcie prowadzonych czynności kontrolnych została opracowana i wdrożona karta – „Identyfikacja czynników ryzyka powikłań przed i okołoporodowych”, w której czynniki ryzyka określał lekarz oraz wskazywał osobę sprawującą opiekę w trakcie porodu;
- w analizowanej dokumentacji brak było planu porodu, co jest niezgodne z częścią IV Załącznika do rozporządzenia. W trakcie prowadzonych czynności kontrolnych została opracowana i wdrożona karta – „Plan porodu”;
- przebieg poszczególnych okresów porodu opisany był w karcie położniczej, partogramie, oraz w historii pielęgnowania ginekologiczno-położniczej. 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 (partogramie) w 100% analizowanych dokumentacji. **Opis postępu i przebiegu I okresu porodu udokumentowany był przez lekarzy w karcie położniczej w 37,5% analizowanej dokumentacji z przebiegu porodu drogami natury w terminie porodu, oraz w 83% z przebiegu porodu drogami natury przed 38 tygodniem i po zakończonym 41 tygodniu ciąży oraz w przebiegu porodu zabiegowego i z ciążą obumarłą.** Natomiast położne nie dokonywały opisu i przebiegu I okresu porodu w historii pielęgnowania ginekologiczno-położniczej. 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, w karcie położniczej oraz w partogramie, udokumentowana była ocena stanu ogólnego, rozwarcie ujścia szyjki macicy, umiejscowienie części przodującej, czynność serca płodu, czynność skurczowa macicy, zastosowane leczenie. **Brak w 100% analizowanych dokumentacji udokumentowanych obserwacji zachowania rodzącej, jej odczuć oraz wyniku badania położniczego wewnętrznego oraz 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 udokumentowano, w karcie położniczej oraz partogramie, ocenę stanu ogólnego rodzącej, wielkość krwawienia z dróg rodnych, obkurczenie mięśnia macicy, kompletność popłodu, ilość utraconej krwi podczas porodu ogółem w III i IV okresie porodu, stan tkanek miękkich kanału rodnego, ale w 100% analizowanych dokumentacji **brak było oceny w przypadku nacięcia krocza – jego rozległości.** Udokumentowano również ocenę stanu noworodka, ale **brak było daty i godziny oznakowania i odpełnienia noworodka, informacji że noworodka przystawiono do piersi oraz brak było danych identyfikujących osobę oceniającą stan noworodka bezpośrednio po porodzie, brak obserwacji przebiegu kontaktu matki i dziecka „skóra do skóry”,** co jest niezgodne z częścią X Załącznika do rozporządzenia.

W IV okresie porodu udokumentowano w karcie położniczej, 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**

- informacji czy noworodka przystawiono do piersi i oceny kontaktu noworodka z matką bezpośrednio po porodzie „skóra do skóry”** (jak długo trwał, jeżeli był przerwany, to z jakiego powodu, czy noworodek był gotowy do ssania piersi, czy wystąpiły cechy dobrego przystawienia) oraz **informacji o przeprowadzonym instruktażu w zakresie przystawiania dziecka do piersi i zasad postępowania w laktacji w pierwszej dobie połogu**, co jest niezgodne z częścią XI Załącznika do rozporządzenia,
- W zakresie opieki nad położnicą w pierwszych dobach połogu udokumentowano stan ogólny i położniczy pacjentki (inwolucję macicy, ilość i jakość odchodów połogowych, gojenie się rany krocza, stan gruczołów piersiowych i brodawek), czynności pęcherza moczowego i jelit. **Brak informacji dotyczących 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 jest sprawowana przez jedną osobę**, co jest niezgodne z częścią XII ust 4 Załącznika do rozporządzenia

*(dowód: akta kontroli str. 27÷30, 37, 38, 42, 191÷193, 249÷359).*

Dokonano analizy dokumentacji medycznej wybranych losowo 16 karty noworodka, z których wynika, że:

- w 100% analizowanej dokumentacji, była ocena adaptacji pourodzeniowej noworodka (układ krążenia i oddechowy),
- w 100% analizowanej dokumentacji, **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 70% analizowanej dokumentacji, **nie został zdiagnozowany problem laktacyjny** i nie została odnotowana metoda dokarmiania noworodka. W karcie noworodka o nr księgi głównej 5122 stwierdzono, że noworodek został 2x dokarmiony Bebiko, co zostało odnotowane w karcie „Karmienie sztuczne” (dokarmianie), bez zlecenia lekarskiego (brak karty zleceń lekarskich) oraz bez zdiagnozowania problemu laktacyjnego, co jest niezgodne z częścią XII ust. 8 pkt. 4 Załącznika do rozporządzenia;
- w oddziale nie były stosowane smoczki dla noworodków;

- 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;
- noworodki badane były zawsze w obecności matki lub obojga rodziców, jeśli sobie tego życzą;
- nie wszystkie dokumentacje noworodków zawierały **Kartę Informacyjną Leczenia Szpitalnego**, a w dołączonych kartach **brak było zaleceń pielęgnacyjnych**, co jest niezgodne z częścią XII ust 17 Załącznika do rozporządzenia. Zgodnie z wyjaśnieniem Pani Położnej Oddziałowej „do września 2012 r. karta informacyjna była przekazywana wyłącznie u chorych noworodków. Obecnie wszystkie noworodki otrzymują kartę informacyjną”;
- w 100% analizowanej dokumentacji medycznej noworodka, były odnotowane bieżące obserwacje dotyczące liczby stolców i mikcji;
- Oddział noworodkowy powiadamia położną podstawowej opieki zdrowotnej o urodzeniu noworodka zgodnie z przepisami prawa;
- w 86,6% kartach noworodków, **pierwszy kontakt** matki z noworodkiem „**skóra do skóry**” po porodzie drogami natury, **nie trwał przez 2 godziny**, co jest niezgodne z częścią XII ust.1 Załącznika do rozporządzenia;
- w 100% analizowanych kart noworodka, została dokonana ocena noworodka w skali Apgar w określonym terminie;
- w 100% analizowanych kart, przesiewowe badanie pulsoksymetryczne noworodka, wykonywane było zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa między 2 a 24 godziną po urodzeniu

(dowód: akta kontroli str. 31÷34, 39÷41, 121÷122, 215÷248, 371).

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

3. Oznakować właściwie przedsiębiorstwo podmiotu leczniczego wewnątrz budynku – wejścia do pododdziałów/odcinków Oddziału ginekologiczno-położniczego i Oddziału noworodkowego z korytarza głównego, **Termin realizacji – 30 dni.**
4. Przeprowadzić reorganizację i opracować zakresy obowiązków oraz opisy stanowisk pracy na poszczególnych stanowiskach pracy:
  - położnej pracującej w Bloku porodowym i położnej pracującej w Pododdziale (odcinku) położniczym (z uwzględnieniem sprawowanej opieki nad noworodkiem przebywającym razem z mamą w Bloku porodowym oraz w Pododdziale (odcinku) położniczym),
  - położnej lub pielęgniarki pracującej w Oddziale neonatologicznym (obserwacja i opieka nad noworodkiem przebywającym bez matki w Oddziale neonatologicznym).

**Termin realizacji - 30 dni.**

5. Przestrzegać zasad zatrudniania pracowników zgodnie z posiadanymi kwalifikacjami, kompetencjami i zadaniami na określonych stanowiskach pracy. **Termin realizacji – na bieżąco.**
6. Wyeliminować wskazane w pkt. 2 wystąpienia nieprawidłowości w prowadzonej zbiorczej i indywidualnej dokumentacji medycznej. **Termin realizacji – na bieżąco.**
7. 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:
  - 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,
- realizowania opieki nad noworodkiem i położnicą przez jedną osobę zgodnie z Częścią XII Załącznika do rozporządzenia,
- udokumentowania obserwacji i oceny pierwszego kontaktu noworodka z matką „skóra do skóry”, oraz dalszego karmienia noworodka i przebiegu laktacji u położnicy, 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 ur. WOJEWODY DOLNOŚLĄSKIEGO

*Edward Kostecki*  
Edward Kostecki  
DYREKTOR WYDZIAŁU  
Polityki Społecznej

INSPEKTOR WOJEWÓDZKI

*Iwona Stasiak*  
Iwona Stasiak