



**WOJEWODA DOLNOŚLĄSKI**

Wrocław, dnia 30 stycznia 2014 r.

PS-ZP.9612.107.2013.IS

Pani  
**Zofia Barczyk**  
Dyrektor  
Wielospecjalistyczny Szpital – Samodzielny  
Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej  
w Zgorzelcu  
ul. Lubańska 11-12  
59-900 Zgorzelec

*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 08 sierpnia 2013 r., sygn. PS-ZP.0030-297/13, 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 od 03 do 13 września 2013 r. (z przerwami), w podmiocie leczniczym Wielospecjalistyczny Szpital – Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Zgorzelcu, ul. Lubańska 11-12, 59-900 Zgorzelec (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.9612.107.2013.IS, przesłanym Pani pismem z dnia 17 grudnia 2013 r.

Protokół kontroli został podpisany przez Dyrektora Zespołu Opieki Zdrowotnej - Panią Zofię Barczyk w dniu 14 stycznia 2014 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:**

Oddział ginekologiczno-położniczy oraz Oddział neonatologiczny 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 z pododdziałem patologii ciąży, Oddział neonatologiczny z pododdziałem patologii noworodka.**

Zgodnie z zapisami w Regulaminie organizacyjnym przedsiębiorstwo podmiotu leczniczego posiadało podstawowe komórki organizacyjne w zakresie opieki nad matką i dzieckiem: **Oddział ginekologiczno-położniczy z pododdziałem patologii ciąży oraz Oddział neonatologiczny z pododdziałem patologii noworodka.** Zgodnie z § 15, 16, 17 Regulaminu „*Oddział jest podstawową komórką organizacyjną leczniczo-profilaktycznej działalności Szpitala. Oddział może zostać podzielony na odcinki pielęgniarские za wiedzą ordynatora oddziału w porozumieniu z przełożoną pielęgniarek i pielęgniarką oddziałową (...) W zależności od specjalności oddziału – mogą się w nim znajdować również pomieszczenia w szczególności trakty (zespoły) operacyjne i porodowe, pokój opatrunkowy, pokój wypisowy, pokój karmienia niemowląt*”. W Regulaminie Oddziału ginekologiczno-położniczego z pododdziałem patologii ciąży scharakteryzowano oddział: „**Oddział Ginekologiczno-Położniczy jest podstawową komórką organizacyjną (...) składa się z poszczególnych odcinków (...): Położnicza Izba Przyjęć, Trakt Porodowy (...), Odcinek**

*Matek (...)*". W dalszej części regulaminu opisany jest również „*Odcinek Ginekologii z Patologią Ciąży*". Natomiast w Regulaminie Oddziału neonatologicznego z pododdziałem patologii noworodka scharakteryzowano oddział: „*Oddział Noworodków i Wcześnieaków jest podstawową komórkę organizacyjną (...) W strukturze oddziału znajduje się: stanowisko resuscytacyjne na trakcie porodowym, sala noworodków wymagających obserwacji, łóżeczka dla noworodków zdrowych w zintegrowanym systemie opieki nad matką i noworodkiem (tzw. rooming in), sale intensywnej terapii noworodka, sala dla noworodków wymagających leczenia i stałej obserwacji*".

*(dowód: akta kontroli str. 17÷24, 76÷230).*

### **Lokalizacja oddziałów:**

W trakcie kontroli podmiotu leczniczego kontrolujący przeprowadzili wizję lokalną Oddziału ginekologiczno-położniczego z pododdziałem patologii ciąży i Oddziału neonatologicznego z pododdziałem patologii noworodka. Oddziały mieściły się na III piętrze budynku przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego. Do oddziałów wchodziło się z korytarza ogólnego z klatką schodową i windami.

### **Trakt Porodowy**

**Wejście do Traktu Porodowego oznakowane było jako „Blok Porodowy”.** Do *Traktu Porodowego* wchodziło się bezpośrednio z korytarza ogólnego z windami oraz przez „*Położniczą Izbę Przyjęć*". W skład *Traktu Porodowego* wchodziły: sala cięć cesarskich, stanowisko noworodkowe, sala porodów rodzinnych składająca się z 2 pomieszczeń i łazienki, sala porodowa 3-stanowiskowa wyposażona w 3 łóżka porodowe przedzielone niskimi ściankami i parawanami. *Trakt Porodowy* wyposażony był w materace, piłki, worki sako oraz w drabinki w sali porodów rodzinnych. W trakcie porodu był stosowany do znieczulenia Entonox, była również możliwość w sytuacjach tego wymagających, zastosowania znieczulenia zewnątrzoponowego. W trakcie przeprowadzanych oględzin *Traktu Porodowego* przebywały dwie pacjentki - jedna w sali porodów rodzinnych i jedna w trakcie przeprowadzanego cięcia cesarskiego. **Sala porodowa 3-stanowiskowa nie spełniała wymagań dotyczących zachowania intymności kobiecie rodzącej**, co jest niezgodne z Częścią V Postępowanie w trakcie porodu 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, porożenia oraz opieki nad noworodkiem oraz*

z Rozdziałem 6 Ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o *prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta*.

### **Odcinek Matek**

Wejście do *Odcinka Matek* oznakowane było jako „*Oddział Położniczy*”. Do *Odcinka Matek* były dwa wejścia, jedno z *Traktu Porodowego*, drugie z ogólnodostępnej klatki schodowej z windą. W korytarzu przed *Odcinkiem Matek* znajdowały się dwa gabinety lekarskie: Ordynatora Oddziału neonatologicznego oraz lekarzy z Oddziału Położniczo-Ginekologicznego.

W *Odcinku Matek* znajdowało się 19 łóżek dla położnic i 12 łóżeczek dla noworodków w 4 salach 2-osobowych wyposażonych w stanowiska do kąpieli i pielęgnacji noworodka oraz w 4 salach 1-osobowych, w tym 1 sala posiadała węzeł sanitarny. W *Odcinku Matek* znajdował się także, gabinet diagnostyczno – zabiegowy, 5-osobowa sala przedporodowa oraz jedna sala 2-osobowa przeznaczona dla położnic po cięciach cesarskich w pierwszej dobie, wymagających wzmożonego nadzoru.

### **Oddział neonatologiczny z pododdziałem patologii noworodka**

Wejście do *Oddziału neonatologicznego z pododdziałem patologii noworodka* oznakowane było jako „*Oddział Neonatologiczny*”. *Oddział neonatologiczny z pododdziałem patologii noworodka* znajdował się na końcu korytarza *Odcinka Matek*, oddzielony drzwiami. W Oddziale neonatologicznym z pododdziałem patologii noworodka znajdowały się: sala dla wcześniaków z 2 stanowiskami, 2 sale ogólne - do fitoterapii i obserwacyjna, kuchenka oraz dyżurka pielęgniarek.

Nazwy odcinków Oddziału Ginekologiczno-położniczego z pododdziałem patologii ciąży i Oddziału neonatologicznego z pododdziałem patologii noworodka wywieszane przy wejściach były inne, niż opisane w Regulaminie Oddziału ginekologiczno-położniczego z pododdziałem patologii ciąży i Oddziału neonatologii z pododdziałem patologii noworodka (*dowód: akta kontroli str. 25 ÷ 27*).

### **Personel położniczy i pielęgniarzki:**

W *Oddziale ginekologiczno-położniczym z pododdziałem patologii ciąży* personelem położnych zarządzała, w okresie podlegającym kontroli, Położna Oddziałowa. W oddziale pracowało w systemie zmianowym 17 położnych i 2 pielęgniarki, w tym 12 położnych w *Odcinku Matek* i *Trakcie Porodowym*. W *Odcinku Matek* i *Trakcie Porodowym Oddziału ginekologiczno-położniczego z pododdziałem patologii ciąży* 42% położnych posiadało

wyższe wykształcenie, żadna nie posiadała specjalizacji, natomiast 83% położnych ukończyło kurs specjalistyczny z zakresu resuscytacji krążeniowo-oddechowej noworodka.

W *Oddziale neonatologicznym z pododdziałem patologii noworodka* personelem 11 pielęgniarek zarządzała Pielęgniarka Oddziałowa. Zatrudnione pielęgniarki w 50% posiadały wyższe wykształcenie, 1 pielęgniarka posiadała specjalizację w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego, 7 pielęgniarek, co stanowi 58%, ukończyło kurs specjalistyczny z zakresu resuscytacji krążeniowo-oddechowej noworodka.

Dyżurujące w oddziale pielęgniarki w 100% nie posiadały  **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. (Dz. U., Nr 174, poz.1039 ze zm) (*dowód: akta kontroli str. 48 ÷50*).

Opiekę nad położnicą, przebywającą w *Odcinku Matek*, sprawowała położna zatrudniona w *Oddziale ginekologiczno-położniczym z pododdziałem patologii ciąży*, a opiekę nad noworodkiem, przebywającym na Sali razem z matką, sprawowała pielęgniarka zatrudniona w *Oddziale neonatologii z pododdziałem patologii noworodka*. Z analizy dokumentów oraz wizji lokalnej oraz wyjaśnień pracowników wynika, że **organizacja Oddziału ginekologiczno-położniczego z pododdziałem patologii ciąży oraz Oddziału neonatologicznego z pododdziałem patologii noworodka nie pozwalała na sprawowanie opieki pielęgnacyjnej nad położnicą i zdrowym noworodkiem, przebywających razem na sali w Odcinku Matek, przez jeden wspólny personel**, co jest niezgodne z Częścią XII. Opieka nad noworodkiem 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*. Właściwa organizacja *Oddziałów ginekologiczno-położniczego z pododdziałem patologii ciąży i Oddziału neonatologicznego z pododdziałem patologii noworodka* opisana w dokumentach (Rejestr Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą, Regulamin organizacyjny podmiotu leczniczego, zarządzenia Dyrektora podmiotu leczniczego, opisy stanowisk pracy, 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, porodu 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. 28, 35, 48÷53).

**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 *Trakcie Porodowym* księga bloku porodowego i księga noworodków prowadzone były w formie jednej książki, w wersji papierowej. W dokumentacji stwierdzono, w części dotyczącej *księgi bloku porodowego*, brak rubryki i wpisów: określenia rodzaju znieczulenia zastosowanego u pacjentki, jeżeli było wykonane, i jego szczegółowego opisu oraz oznaczenia lekarza anestezjologa, oraz czasu trwania poszczególnych okresów porodu, daty wypisania pacjentki z bloku porodowego, ze wskazaniem roku, miesiąca, dnia oraz godziny i minuty, oznaczenia lekarza albo położnej przyjmującej poród zgodnie z §10 ust. 1 pkt 3 – w dokumentacji znajdowały się tylko podpisy. Natomiast w części dokumentacji dotyczącej *księgi noworodków* stwierdzono brak rubryki i wpisów daty i godziny wypisu noworodka lub daty i przyczyny zgonu noworodka, ze wskazaniem roku, miesiąca, dnia oraz godziny i minuty, co jest naruszeniem §34 i § 35,
- w *Oddziale ginekologiczno-położniczym z pododdziałem patologii ciąży i Oddziale neonatologicznym z pododdziałem patologii noworodka* prowadzone były książki raportów pielęgniarskich zgodnie z przepisami prawa

(dowód: akta kontroli str. 37).

**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 22 indywidualne dokumentacje medyczne na podstawie wpisu w księdze bloku porodowego, pod kątem dokumentowania świadczeń zdrowotnych w zakresie opieki nad kobietą rodzącą i położnicą po porodach drogami natury. Historie chorób zawierały informacje dotyczące przebiegu hospitalizacji pacjentek oraz dokumenty dodatkowe: kartę położniczą, kartę obserwacji porodu (patrogram), plan porodu, kartę

gorączkową ogólną, indywidualną kartę zleceń lekarskich, indywidualną kartę pielęgnowania oddział położniczy, kartę obserwacji tętna i ruchu płodu, kartę oceny czynników ryzyka wystąpienia zakażenia szpitalnego ocena przy przyjęciu chorego do szpitala, wywiad epidemiologiczny dotyczący pacjenta w okresie 6 miesięcy przed przyjęciem do szpitala, kartę informacyjną leczenia szpitalnego, kartę obserwacji wkluc obwodowych, oświadczenie pacjentki dotyczące udzielania informacji i udostępniania dokumentacji medycznej, zapisy KTG, wyniki badań dodatkowych. Z przeprowadzonej analizy dokumentacji wynika, że:

- 100% analizowanych *indywidualnych kart zleceń lekarskich* prowadzonych było zgodnie z § 4 ust. 2 i § 10 ust. 1 pkt 3 i § 18 ust. 4,
- 100% analizowanych historii chorób miało ponumerowane strony zgodnie z § 5,
- 100% analizowanych historii chorób zawierało *partogram*,
- 77% kart położniczych zawierało wpisy z przebiegu porodu dokonane przez lekarzy, a w 14% wpisy dokonały położne,
- **100% indywidualnych kart pielęgnowania oddział położniczy** zawierało gotowy, do wyboru, katalog diagnoz pielęgniarских, działań pielęgniarских i realizacji tych działań w odniesieniu tylko do położnic, karta prowadzona schematycznie, **brak było indywidualnych opisów z przebiegu podjętych działań i ich oceny oraz brak było dokumentacji w zakresie podjętych i realizowanych działań u kobiety ciężarnej i rodzącej**, co jest niezgodnie z § 10 ust 1 pkt. 5), w którym wskazano, iż **dokumentacja indywidualna zawiera informacje dotyczące stanu zdrowia i choroby oraz procesu diagnostycznego, leczniczego, pielęgnacyjnego, rehabilitacyjnego, w szczególności opis udzielonych świadczeń zdrowotnych, rozpoznanie choroby, problemu zdrowotnego, urazu, oraz zaleceń**

(dowód: akta kontroli str. 38, 39, 351÷519).

W trakcie kontroli dokonano analizy 22 losowo wybranych dokumentacji medycznych pod kątem dokumentowania świadczeń zdrowotnych w zakresie opieki nad noworodkiem. Z analizy kart noworodka wynika, że:

- 100% *kart historii rozwoju noworodka* zawierała dane identyfikujące osobę, która oznakowała noworodka,
- 100% *kart historii rozwoju noworodka* zawierała dane identyfikujące osobę, która wykonała zabieg Credego,
- 100% *kart historii rozwoju noworodka* zawierała dane identyfikujące osobę, która wykonała badanie pulsoksymetryczne noworodka,

- w 100% kart historii rozwoju noworodka nie można było zidentyfikować osoby, która oceniła noworodka w skali Apgar,
- w 100% kart historii rozwoju noworodka nie można było zidentyfikować osoby, która dokonała zaciśnięcia pępownicy i jej przecięcia,
- w 100% kart historii rozwoju noworodka nie można było zidentyfikować osoby, która wykonała pomiary antropometryczne,
- 100% kart opieki pielęgniarzkiej noworodka zawierała wyłącznie realizację czynności pielęgniarzskich, co jest niezgodne z § 10 ust 1 pkt 5), w którym wskazano, iż dokumentacja indywidualna zawiera informacje dotyczące stanu zdrowia i choroby oraz procesu diagnostycznego, leczniczego, pielęgnacyjnego, rehabilitacyjnego, w szczególności opis udzielonych świadczeń zdrowotnych, rozpoznanie choroby, problemu zdrowotnego, urazu, oraz zaleceń

(dowód: akta kontroli str. 43, 357÷358, 405÷406, 441÷442, 480÷ 481).

### **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 urodziły drogami natury oraz ich noworodków. Od 01.07.2012 roku do dnia 31.08.2013 roku odbyły się, między 38 a 41 tygodniem ciąży, 424 porody drogami natury, w tym 178 porodów (42%) z naciętym kroczem – 141 porodów z naciętym kroczem u pierwiastek (67,8%) i 37 u wieloródek (17,1%). Przed porodem nie wykonywało się rutynowo enemy. 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 uzyskiwano ustną i pisemną zgodę kobiety rodzącej

(dowód: akta kontroli str. 29÷32, 46, 47).

Do analizy wybrano losowo 22 indywidualne dokumentacje medyczne na podstawie wpisu w księdze bloku porodowego, pod kątem dokumentowania świadczeń zdrowotnych w zakresie opieki nad kobietą rodzącą i położnicą po porodach drogami natury, z których wynika, że:



- w karcie położniczej zawarty katalog czynników ryzyka przedporodowego nie był zgodny z częścią III ust. 1 i 2 Załącznika do rozporządzenia;
- w 45% analizowanych przypadków, indywidualna dokumentacja medyczna zawierała dane identyfikujące osobę określającą czynniki ryzyka przedporodowego przy przyjęciu kobiety ciężarnej do szpitala. Tą osobą była położna,
- w 68% analizowanej dokumentacji medycznej wskazana była osoba sprawująca opiekę nad kobietą rodzącą,
- w 82% analizowanej dokumentacji dołączony był plan porodu,
- przebieg poszczególnych okresów porodu opisany był w karcie położniczej i partogramie. W 100% analizowanej dokumentacji wpisy w partogramie były autoryzowane przez położne i lekarzy. Natomiast w karcie położniczej w 68% analizowanej dokumentacji były dokonane wpisy z przebiegu I okresu porodu przez lekarzy, a w 23% przez położne, w 18% brak było wpisów. Natomiast przebieg pozostałych okresów porodu opisany był w 100% analizowanych kart położniczych.

**W I okresie porodu** określana i aktualizowana była ocena stanu położniczego oraz stanu płodu w indywidualnej dokumentacji medycznej. Dokonana była ocena stanu rodzącej, z wyjątkiem **braku kontroli mikcji co 4 godziny**. W 100% analizowanej dokumentacji medycznej brak było informacji dotyczącej psychoprofilaktyki położniczej oraz łagodzenia dolegliwości występujących u rodzącej, stosowanych udogodnień i form aktywności, metod łagodzenia bólu porodowego oraz **współpracy z osobą bliską**, co jest niezgodne z częścią VIII Załącznika do rozporządzenia.

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

**W III okresie porodu** była udokumentowana, w karcie położniczej i partogramie, ocena stanu ogólnego rodzącej, krwawienia z dróg rodnych, obkurczenia mięśnia macicy, kompletności popłodu, ilości utraconej krwi podczas porodu ogółem w III i IV okresie porodu, stanu tkanek miękkich kanału rodnego, ale w 100% analizowanych dokumentacji **brak oceny w przypadku nacięcia krocza – jego rozległości**. Udokumentowano również datę i godzinę oznakowania, ocenę stanu noworodka, ale **brak daty i godziny**

odpepnienia 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 informacji czy noworodka przystawiono do piersi i oceny kontaktu noworodka z matką bezpośrednio po porodzie „skóra do skóry”** (jak długo trwał, jeżeli był przerwany, to z jakiego powodu, czy noworodek był gotowy do ssania piersi, czy wystąpiły cechy dobrego przystawienia) oraz **informacji o przeprowadzonym instruktażu w zakresie przystawiania dziecka do piersi i zasad postępowania w laktacji w pierwszej dobie połogu**, co jest niezgodne z częścią XI Załącznika do rozporządzenia,

- W zakresie opieki nad położnicą w pierwszych dobach połogu udokumentowano stan ogólny i położniczy pacjentki (inwolucja macicy, ilość i jakość odchodów połogowych, gojenia się rany krocza), czynności pęcherza moczowego i jelit. **Brak było informacji dotyczących stanu gruczołów piersiowych i brodawek, laktacji, stanu psychicznego położniczy**, co jest niezgodne z częścią XIV Załącznika do rozporządzenia,
- **Opieka nad położnicą i noworodkiem w Odcinku Matek nie była sprawowana przez jedną osobę**, co jest niezgodne z częścią XII ust 4 Załącznika do rozporządzenia

*(dowód: akta kontroli str. 29÷32, 40, 41, 351÷519).*

Dokonano analizy wybranych losowo 22 indywidualnych dokumentacji medycznych

- historii rozwoju noworodka, na podstawie wpisu w księdze bloku porodowego, z których wynika, że:

- 100% noworodków miało wykonaną ocenę adaptacyjną pourodzeniową (układ krążenia i oddechowy), badania przesiewowe i szczepienia ochronne;
- w 100% dokumentacji były odnotowane bieżące obserwacje dotyczące liczby stolców i mikcji;
- w 100% dokumentacji było wykonane badanie pulsoksymetryczne noworodka, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa między 2 a 24 godziną po urodzeniu;
- 100% noworodków było oznakowanych w znaki tożsamości, natomiast **nie było informacji czy znaki tożsamości** zostały założone przed odpepnięciem (na brzuchu matki), czy w innym miejscu oraz **na jakich częściach ciała** noworodka zostały

- umieszczone, co jest niezgodne z częścią X ust 2 Załącznika do rozporządzenia oraz nie jest zgodne z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 20 września 2012r. w sprawie warunków, sposobu i trybu zaopatrywania pacjentów szpitala w znaki identyfikacyjne oraz sposobu postępowania w razie stwierdzenia ich braku (Dz.U.12.1098);
- w 80% analizowanej dokumentacji 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 **oznakowanie noworodka i zabieg Credego były wykonywane przez pielęgniarki z Oddziału neonatologicznego z pododdziałem patologii noworodka, nie będące pracownikami Traktu porodowego oraz nie posiadające kompetencji do sprawowania opieki nad kobietą ciężarną, rodzącą, położnicą i noworodkiem**, co jest niezgodne z Częścią I ust. 2 pkt 7) i Częścią X ust. 3, XI, XII ust. 1, 2, 4, 6, 7, 13 pkt. 2) Załącznika do rozporządzenia oraz z § 4 i § 5 Ustawy z dnia 15 lipca 2011 roku o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. z 2011 Nr 174 poz. 1039) 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% analizowanej dokumentacji, **brak było wpisu dotyczącego oceny cech pierwszego przystawienia noworodka do piersi, przekazanych matce bieżących informacji na temat korzyści z karmienia piersią, obserwacji cech prawidłowego przystawiania i pozycji przy piersi, czasu odgłosu polykania podczas karmienia, liczby karmień**, co jest niezgodne z częścią XII ust. 8 Załącznika do rozporządzenia;
  - w 81,8% **poszerzone badanie kliniczne noworodka nie było wykonane w odpowiednim terminie**, co jest niezgodne z częścią XII ust. 9 Załącznika do rozporządzenia;
  - w oddziale nie są stosowane smoczki dla noworodków;
  - w kartach informacyjnych leczenia szpitalnego, **brak było zaleceń pielęgnacyjnych i żywieniowych**, co jest niezgodne z częścią XII ust 17 Załącznika do rozporządzenia;
  - noworodki badane były w obecności matki lub obojga rodziców;
  - Oddział neonatologiczny z pododdziałem patologii noworodka powiadamiał położną podstawowej opieki zdrowotnej o urodzeniu noworodka, zgodnie z przepisami prawa,
  - zgodnie z oświadczeniem Pani Oddziałowej Oddziału neonatologicznego opieka nad położnicą i noworodkiem przebywających razem w *Odcinku Matek* „**nie jest sprawowana**

*przez jedną osobę, matki edukowane są przez lekarza, pielęgniarkę, położną”, co jest niezgodne z częścią XII ust 4 Załącznika do rozporządzenia. Sprawowanie opieki i edukowanie położnicy przez różne osoby, często mające odmienne zdanie i inny sposób rozwiązania tego samego problemu, powoduje dezorientację matki, która otrzymuje sprzeczne informacje dotyczące karmienia i pielęgnacji noworodka*  
(dowód: akta kontroli str. 33÷36, 42÷ 44, 353÷ 354, 398÷399, 476÷477).

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 z pododdziałem patologii ciąży i Oddziału neonatologicznego z pododdziałem patologii noworodka*, 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, położu 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 w zakresie:
  - położnej pracującej w *Trakcie Porodowym* i położnej pracującej w *Odcinku Matek* (z uwzględnieniem sprawowanej opieki nad noworodkiem przebywającym razem z mamą na sali porodowej oraz w *Odcinku Matek*),
  - położnej lub pielęgniarki pracującej w *Oddziale neonatologicznym z pododdziałem patologii noworodka* (obserwacja i opieka nad noworodkiem przebywającym bez matki w *Oddziale neonatologicznym z pododdziałem patologii noworodka*). **Termin realizacji - do dnia 31.12.2014 r.**
- √ 3. Przestrzegać zasad zatrudniania pracowników zgodnie z posiadanymi kwalifikacjami, kompetencjami i zadaniami na określonych stanowiskach pracy. **Termin realizacji – na bieżąco.**


4. Oznakować właściwie przedsiębiorstwo podmiotu leczniczego wewnątrz budynku – wejścia do pododdziałów/odcinków *Oddziału ginekologiczno-położniczego z pododdziałem patologii ciąży i Oddziału neonatologicznego z pododdziałem patologii noworodka* z korytarza głównego, **Termin realizacji – 30 dni.**
5. Wyeliminować wskazane w pkt. 2 wystąpienia nieprawidłowości w prowadzonej zbiorczej i indywidualnej dokumentacji medycznej. **Termin realizacji – na bieżąco.**
6. 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,
  - realizowania opieki nad noworodkiem i położnicą przez jedną osobę zgodnie z Częścią XII Załącznika do rozporządzenia,
  - udokumentowania informacji nt. czasu i miejsca oznakowania noworodka w znaki tożsamości zgodnie z Częścią X 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,
  - wykonania poszerzonego badania klinicznego noworodka w terminie wskazanym w Części 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 trzech jednobrzmiących egzemplarzach po jednym dla kierownika kontrolowanego podmiotu i dla przeprowadzającego kontrolę oraz do wiadomości organu założycielskiego Starostwo Powiatowe w Zgorzelcu.

Z up. WOJEWODY DOLNOŚLĄSKIEGO  
  
DYREKTOR WYDZIAŁU  
Prawidł Spolecznej

Otrzymują:

1. Pani Zofia Barczyk, Dyrektor, Wielospecjalistyczny Szpital SPZOZ w Zgorzelcu, 59-900 Zgorzelec, ul.Lubańska 11-12.
2. Pan Artur Bielinski – Starosta Zgorzelecki, Starostwo Powiatowe w Zgorzelcu, 59-900 Zgorzelec, ul. Bohaterów II Armii WP 8A.
3. a/a