



WOJEWODA DOLNOŚLĄSKI

Wrocław, dnia 30 stycznia 2014 r.

PS-ZP.9612.122.2013.IS

Pan
Andrzej Dronsejko
Dyrektor
Zespół Opieki Zdrowotnej w Oławie
ul. Baczyńskiego 1
55-200 Oława

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 01 października 2013 r., sygn. PS-ZP.0030-356/13, 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 15 do 24 października 2013 r. (z przerwami), w podmiocie leczniczym Zespół Opieki Zdrowotnej w Oławie, ul. Baczyńskiego 1, 55-200 Oława (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.9612.122.2013.IS, przesłanym Pani pismem z dnia 09 stycznia 2014 r. Protokół kontroli został podpisany przez Dyrektora Zespołu Opieki Zdrowotnej - Pana Andrzeja Dronsejko (brak daty podpisania. protokołu), bez wnoszenia zastrzeżeń.

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:

Oddział ginekologiczno-położniczy oraz Oddział neonatologiczny realizowały świadczenia zdrowotne w zakresie I poziomu referencyjnego.

Zgodnie z zapisem w rejestrze podmiotów leczniczych 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.**

Zgodnie z Regulaminem 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.** Zgodnie z § 18 Regulaminu „*Oddział Neonatologiczny (...) Przy oddziale funkcjonuje system rooming-in (pobyt matki z noworodkiem na sali) (...) oraz Oddział Ginekologiczno-Położniczy z pododdziałem patologii ciąży (...) W strukturze Oddziału Ginekologiczno-Położniczego z pododdziałem patologii ciąży wyodrębniony był Oddział Położniczy zorganizowany w systemie rooming-in (matka-dziecko) z 20 łózkami i 4 salami porodowymi w nowocześnie zorganizowanym bloku porodowym oraz Szkołę Rodzenia*”. Natomiast z § 5 Regulaminu wynika, że w skład Oddziału Ginekologiczno-Położniczego wchodzi **Izba Przyjęć Oddziału Ginekologiczno-Położniczego, Blok Porodowy i Szkoła Rodzenia**

(dowód: akta kontroli str. 17÷36, 61÷89).

Lokalizacja oddziałów:

W trakcie kontroli podmiotu leczniczego, kontrolujący przeprowadzili wizję lokalną Oddziału ginekologiczno-położniczego z pododdziałem patologii ciąży i Oddziału

neonatologicznego. Oddziały mieściły się na IV piętrze budynku przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego. W korytarzu głównym z klatką schodową i windami oznakowane były wejścia do oddziałów/odcinków: „**Blok Porodowy**”, „**Położnictwo Noworodki**”, „**Patologia Ciąży Ginekologia**”, „**Izba Przyjęć Oddziału Ginekologiczno-Położniczego**”.

Blok Porodowy

Do *Bloku Porodowego* wchodziło się bezpośrednio z korytarza ogólnego z windami oraz przez „*Położnictwo*”. W skład *Bloku Porodowego* wchodziły: sala cięć cesarskich, 1 stanowisko noworodkowe, 3 boksy porodowe przedzielone ścianami z przejściami od strony okien bez drzwi oraz każdy z wejściem od strony korytarza, 2 sale poporodowe z ubikacją, dyżurka położnej oddziałowej, dyżurka lekarza dyżurnego, dyżurka położnych dyżurnych. *Blok porodowy* wyposażony był w nowe łóżka porodowe oraz w 3 worki sako, 1 stołek porodowy oraz 2 drabinki. W trakcie porodu był stosowany do znieczulenia Entonox na zlecenie lekarza. W trakcie przeprowadzanych oględzin *Bloku Porodowego* przebywała jedna pacjentka w trakcie I okresu porodu. **Boksy porodowe nie spełniają wymagań dotyczących zachowania intymności kobiecie rodzącej z uwagi na brak drzwi oddzielających boksy od strony okien**, 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, porożu oraz opieki nad noworodkiem* oraz z Rozdziałem 6 Ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o *prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta*.

Oddział Położniczy

Wejście do *Oddziału Położniczego* oznakowane było jako „*Położnictwo*”. W *Oddziale położniczym* znajdowało się 10 sal 2-osobowych wyposażonych w stanowiska do kąpieli i pielęgnacji noworodka, w tym 6 sal zorganizowanych w systemie rooming-in, w których przebywały położnice wraz z noworodkami, oraz 2 sale 2-osobowe przeznaczone dla matek, których dzieci otrzymywały antybiotyki i 2 sale 2-osobowe przeznaczone dla położnic po cięciach cesarskich w pierwszej dobie, wymagających wzmożonego nadzoru, pokój odwiedzin, sala zabiegowa dla położnic, lada dla pielęgniarek i położnic. Podczas oględzin w *Oddziale położniczym* przebywało 12 położnic i 12 noworodków.

Oddział neonatologiczny

Wejście do *Oddziału neonatologicznego* oznakowane było jako „*Noworodki*”. Na końcu korytarza Oddziału położniczego znajdowały się sale *Oddziału neonatologicznego*. W ramach oddziału zorganizowana była sala obserwacyjna dla noworodków z cięcia

cesarskiego, w której wykonywane są zabiegi i szczepienia, sala obserwacyjna dla noworodków wymagających leczenia, izolacji lub transportu do ośrodka wyższego poziomu referencyjnego. W ramach oddziału znajdował się także Punkt wypisu i kontroli noworodka, w którym wykonuje się w razie konieczności badanie słuchu. W trakcie wizji lokalnej w *Oddziale neonatologicznym* przebywał 1 noworodek, który miał zostać przekazany do adopcji.

Nazwy odcinków *Oddziału Ginekologiczno-położniczego z pododdziałem patologii ciąży i Oddziału neonatologicznego* wywieszane przy wejściach nie były zgodne z opisanymi nazwami oddziałów i odcinków w § 5 i § 18 Regulaminu organizacyjnego podmiotu leczniczego

(dowód: akta kontroli str. 37÷40).

Personel położniczy i pielęgniarSKI:

W *Oddziale ginekologiczno-położniczym z pododdziałem patologii ciąży* personelem położnych zarządzała, w okresie podlegającym kontroli, Położna Oddziałowa. W oddziale pracowało 29 położnych i 1 pielęgniarka, w tym 9 położnych w *Oddziale Położniczym* i 8 położnych w *Bloku Porodowym*. W *Oddziale Położniczym* i w *Bloku Porodowym* 53% położnych posiadało wyższe wykształcenie, 6% posiadało specjalizację w zakresie pielęgniarstwa położniczego, i **tylko 35% położnych ukończyło kurs specjalistyczny z zakresu resuscytacji krążeniowo-oddechowej noworodka**

(dowód: akta kontroli str. 171, 173÷176, 188÷196).

W *Oddziale neonatologicznym* personelem 11 pielęgniarek zarządzała Pielęgniarka Oddziałowa. Zatrudnione pielęgniarki w 33,3% posiadały wyższe wykształcenie, 1 pielęgniarka posiadała specjalizację w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego, 1 pielęgniarka była w trakcie specjalizacji neonatologicznej, **4 pielęgniarki, co stanowi 33,3%, ukończyło kurs specjalistyczny z zakresu „Resuscytacji krążeniowo-oddechowej noworodka”**. Dyżurujące w oddziale pielęgniarki w **91,6 % nie posiadały dodatkowych kwalifikacji** tj. ukończonego kursu kwalifikacyjnego w zakresie neonatologii lub specjalizacji w zakresie pielęgniarstwa neonatologicznego, co jest zgodne z ustawą z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. Nr 174, poz.1039 ze zm.)

(dowód: akta kontroli str. 172).

Opiekę nad położnicą sprawowała położna zatrudniona w *Oddziale ginekologiczno-położniczym z pododdziałem patologii ciąży*, a opiekę nad noworodkiem sprawowała pielęgniarka zatrudniona w *Oddziale neonatologii*. Z analizy dokumentów, wizji lokalnej oraz

wyjaśnić pracowników wynika, że **organizacja Oddziału ginekologiczno-położniczego z pododdziałem patologii ciąży oraz Oddziału neonatologicznego nie pozwala na sprawowanie opieki pielęgnacyjnej nad położnicą i zdrowym noworodkiem, przebywających razem na sali w Oddziale Położniczym, 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, porożu oraz opieki nad noworodkiem. 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. 41÷50).

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 *Bloku 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 było rubryk 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, szczegółowego opisu przebiegu 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* prowadzone były książki raportów pielęgniarских zgodnie z przepisami prawa

(dowód: akta kontroli str. 58, 205, 206).

Indywidualna dokumentacja medyczna:

W trakcie czynności kontrolnych dokonano analizy indywidualnej dokumentacji medycznej kobiet ciężarnych, które urodziły drogami natury oraz ich noworodków, w okresie od 01.07.2012 roku do 15.10.2013 roku.

Do analizy wybrano losowo 19 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 wywiadu ogólnego i epidemiologicznego dotyczącego pacjenta w okresie 6 miesięcy przed przyjęciem do szpitala oraz przebiegu hospitalizacji pacjentek, świadomą zgodę przy porodzie siłami natury oraz przy pobraniu krwi pępowinowej, oświadczenie przy rezygnacji z karmienia piersią oraz dokumenty dodatkowe: kartę przebiegu choroby, kartę obserwacji porodu (partogram), kartę identyfikacji czynników ryzyka powikłań przedporodowych i śródporodowych, kartę obserwacji tętna płodu, kartę gorączkową ogólną, indywidualną kartę zleceń lekarskich, historię pielęgnowania, kartę opieki pielęgniarstwa Położnictwo, Patologia Ciąży, Ginekologia, kartę informacyjną leczenia szpitalnego, zapisy KTG, kartę obserwacji wkluc obwodowych, wyniki badań dodatkowych. Z przeprowadzonej analizy dokumentacji wynika, że:

- 47% analizowanych *indywidualnych kart zleceń lekarskich* prowadzonych było zgodnie z § 4 ust. 2 i § 10 ust. 1 pkt 3 i § 18 ust. 4, a w **53% przypadków podpisy osób wykonujących zlecenie lekarskie były nieczytelne**, co jest niezgodne z § 10 ust. 1 pkt 3,
- **100% analizowanych historii chorób nie miało ponumerowanych stron, co jest niezgodnie z § 5,**
- 100% analizowanych historii chorób zawierało *partogram*,
- 100% historii chorób zawierało wpisy z przebiegu porodu dokonane przez lekarzy lub położne,
- 100% *historii pielęgnowania* zawierało sprawozdanie o stanie chorego – bieżąca ocena działań pielęgniarstwa/położniczych, podpis i pieczętkę położnej oraz wykonane czynności pielęgniarstwa, **brak było dokumentacji w zakresie podjętych i realizowanych działań u kobiety rodzącej, informacji dotyczących stanu zdrowia i choroby oraz procesu diagnostycznego, leczniczego, pielęgnacyjnego, rehabilitacyjnego, w szczególności opisu udzielonych świadczeń zdrowotnych, rozpoznanie choroby, problemu zdrowotnego, urazu, oraz zaleceń**, co jest niezgodnie z § 10 ust 1 pkt. 5)

(dowód: akta kontroli str. 56, 128÷132, 377÷477).

W Oddziale neonatologicznym prowadzona dokumentacja medyczna zawierała: Historię rozwoju noworodka, Oświadczenie w sprawie potwierdzenia tożsamości dziecka w wieku do 7 lat przy przyjęciu do szpitala, Oświadczenie zgody, Indywidualną kartę zleceń lekarskich, Kartę przesiewowego badania słuchu, Historię pielęgnowania noworodka i Kartę indywidualnej pielęgnacji.

Karta indywidualnej pielęgnacji noworodka prowadzona przez pielęgniarki, zawierała wyłącznie realizację czynności pielęgniarских, co jest niezgodnie z § 10 ust 5. W karcie **brak było informacji dotyczących stanu zdrowia i choroby, procesu diagnostycznego, leczniczego, pielęgnacyjnego, rehabilitacyjnego, opisu udzielonych świadczeń zdrowotnych, rozpoznania choroby, problemu zdrowotnego, urazu, oraz zaleceń.**

W *Indywidualnej karcie zleceń lekarskich* **brak było danych identyfikujących osoby wykonujące zlecenia**, co jest niezgodne z § 10 ust 5.

Prowadzona dokumentacja **nie zawierała karty informacyjnej z leczenia szpitalnego noworodka**, co jest nie zgodne z § 2 ust 4 rozporządzenia oraz częścią XII ust 17 Załącznika do 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, połogu oraz opieki nad noworodkiem* (Dz. U z 2012 r., poz. 1100).

W trakcie kontroli dokonano analizy 19 losowo wybranych dokumentacji medycznych pod kątem dokumentowania świadczeń zdrowotnych w zakresie opieki nad noworodkiem. Z analizy dokumentacji wynika, że:

- w 78,9% *Historii rozwoju noworodka* można było zidentyfikować osobę, która oceniła noworodka w skali Agar,
- w 100% *Historii rozwoju noworodka* była identyfikacja osoby, która wykonała badanie pulsoksymetryczne,
- w 94,7% *Historii rozwoju noworodka* **brak było identyfikacji osoby**, która wykonała **zabieg Credego**, co jest nie zgodne z § 4 i § 10 ust 3;
- w 89,4% *Oświadczeniach w sprawie potwierdzenia tożsamości dziecka w wieku do 7 lat przy przyjęciu do szpitala*, **brak było danych identyfikujących osoby**, która **oznakowała noworodka**, co jest nie zgodne z § 4 i § 10 ust 3;
- w 100% *Historii rozwoju noworodka* **nie można było zidentyfikować osoby**, która dokonała **zaciśnięcia pępowiny i jej przecięcia**, co jest nie zgodne z § 4 i § 10 ust 3;
- w 100% *Historii rozwoju noworodka* **nie można było zidentyfikować osoby**, która wykonała **pomiary antropometryczne**, co jest nie zgodne z § 4 i § 10 ust 3

(dowód: akta kontroli str. 53, 251÷252, 263÷264, 327÷328).

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, w okresie od 01.07.2012 roku do dnia 30.09.2013 roku. W analizowanym okresie odbyły się, między 38 a 41 tygodniem ciąży, 652 porody drogami natury, w tym 379 porodów (58%) z naciętym kroczem – 270 porodów z naciętym kroczem u pierwiastek (41%) i 109 u wieloródek (16,7%). W trakcie I okresu porodu rodzące mogły przyjmować przejrzyste płyny. Każda rodząca mogła korzystać ze wsparcia wybranej przez siebie osoby bliskiej. Do wykonywania w trakcie porodu następujących działań: stymulacja czynności skurczowej macicy, nacięcia i szycia krocza, wyłyżeczkowania jamy macicy oraz innych, które mogły okazać się konieczne ze względów medycznych, jak również na pobranie krwi pępowinowej oraz żylniej po porodzie na podstawie umowy pacjentki z bankiem komórek macierzystych, uzyskiwana była pisemna świadoma zgoda kobiety rodzącej. Zgodnie z wyjaśnieniem Położnej Oddziałowej oraz Ordynatora Oddziału Ginekologiczno-Położniczego zgodnie z Częścią II pkt. 2 Procedury Systemu Zarządzania Jakością QP/6/Pat.C./Bl.Por/Poł. „**Zalecane jest wykonanie lewatywy i golenia owłosienia łonowego, jednak po wcześniejszym uzyskaniu zgody kobiety rodzącej**”, **co jest niezgodne** z Częścią VIII ust 2 pkt 2m

(dowód: akta kontroli str. 45÷48, 144÷156, 203, 204).

Do analizy wybrano losowo 19 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:

- 95% historii chorób zawierało *kartę Identyfikacji czynników ryzyka powikłań przedporodowych i śródporodowych* określonych zgodnie z rozporządzeniem;
- 89% *kart Identyfikacji czynników ryzyka powikłań przedporodowych i śródporodowych* zawierało dane identyfikujące osobę określającą czynniki ryzyka przedporodowego przy przyjęciu kobiety ciężarnej do szpitala,

- w 100% analizowanej indywidualnej dokumentacji medycznej **brak było dołączonego planu porodu**, co jest niezgodne z częścią IV Załącznika do rozporządzenia,
- przebieg poszczególnych okresów porodu opisany był w *karcie przebiegu choroby* i *partogramie*. Autoryzowane były wpisy przez położne i lekarzy w *partogramie* w 100% analizowanej dokumentacji medycznej, natomiast w *karcie przebiegu choroby* w 26%. W *karcie przebiegu choroby* w 68% analizowanej dokumentacji były dokonane wpisy z przebiegu I okresu porodu tylko przez położne, a w 5% tylko przez lekarzy. **W 16% analizowanej dokumentacji medycznej, przy występujących czynnikach ryzyka, wpisy w I okresie porodu dokonały położne, brak było wpisów lekarzy.**

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 26% przypadków**. 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**, 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. Udokumentowano również datę i godzinę oznakowania, ocenę stanu noworodka, ale **brak daty i godziny odpępnienia noworodka, danych identyfikujących osobę oznakowującą noworodka oraz brak informacji czy noworodka przystawiono do piersi i obserwacji z 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 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, stanu gruczołów piersiowych i brodawek), czynności pęcherza moczowego i jelit. **W historii pielęgnowania brak było informacji dotyczących przebiegu laktacji, problemów laktacyjnych, stanu psychicznego położniczy**, co jest niezgodne z częścią XIV Załącznika do rozporządzenia,
- **Opieka nad położnicą i noworodkiem w Oddziale Położniczym nie była sprawowana przez jedną osobę**, co jest niezgodne z częścią XII ust 4 Załącznika do rozporządzenia (*dowód: akta kontroli str. 54, 55, 207÷477*).

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;
 - 100% noworodków miało wykonane bieżące obserwacje dotyczące liczby stolców i mikcji;
 - 100% noworodków miało wykonane badanie pulsoksymetryczne, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa między 2 a 24 godziną po urodzeniu;
 - 100% noworodków miało wykonany zabieg Credego;
 - 100% noworodków było oznakowanych w znaki tożsamości, natomiast **nie było informacji czy znaki tożsamości** zostały założone przed odpepnieniem, np. 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). Zgodnie z oświadczeniem p.o. Ordynatora Oddziału neonatologicznego, noworodka oznakowuje „położna na Sali porodowej w tzw. „Kąciku noworodka”;

- w 100% Historii rozwoju noworodka, **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;
- w 100% Historii rozwoju noworodka **poszerzone badanie kliniczne zdrowego noworodka było wykonane bezpośrednio po porodzie**, co jest niezgodne z częścią XII ust. 9 Załącznika do rozporządzenia;
- 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;
- zgodnie z oświadczeniem Oddziałowej Oddziału neonatologicznego nie są stosowane smoczki w celu uspokajania noworodka;
- noworodki badane są w obecności matki lub ojca zgodnie z oświadczeniem p.o. Ordynatora Oddziału neonatologicznego;
- Oddział neonatologiczny powiadamia położną podstawowej opieki zdrowotnej o urodzeniu noworodka, zgodnie z przepisami prawa

(dowód: akta kontroli str. 42÷44, 135÷137, 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*, 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, porodu 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 *Bloku Porodowym* i położnej pracującej w *Oddziale Położniczym* (z uwzględnieniem sprawowanej opieki nad noworodkiem przebywającym razem z mamą na sali porodowej oraz w *Oddziale 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. Oznakować właściwie przedsiębiorstwo podmiotu leczniczego wewnątrz budynku – wejścia do pododdziałów/odcinków *Oddziału ginekologiczno-położniczego z pododdziałem patologii ciąży i Oddziału neonatologicznego* 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, porodu oraz opieki nad noworodkiem* (Dz. U. z 2012 r., poz. 1100), z uwzględnieniem:

- dołączania do dokumentacji medycznej plan porodu modyfikowanego odpowiednio do sytuacji zdrowotnej ciężarnej w trakcie opieki zgodnie z Częścią IV, V Załącznika do rozporządzenia,
- postępować w trakcie porodu zgodnie z Częścią V Załącznika do rozporządzenia,
- wykonywania lewatywy jedynie na życzenie rodzącej zgodnie z Częścią VIII Załącznika do rozporządzenia **lub w uzasadnionych przypadkach za zgodą pacjentki,**
- dokonywania dokładnych wpisów w dokumentacji medycznej z przebiegu porodu i porodu zgodnie z Częścią VIII, IX, X, XI, XII, XIV Załącznika do rozporządzenia,

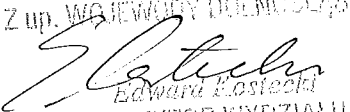
- realizowania opieki nad noworodkiem i położnicą przez jedną osobę zgodnie z Częścią XII Załącznika do rozporządzenia,
- udokumentowania informacji nt. czasu i miejsca oznakowania noworodka w znaki tożsamości zgodnie z Częścią X Załącznika do rozporządzenia,
- udokumentowania obserwacji i oceny pierwszego 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 Oławie.

Z up. WOJEWODY DOLNOŚLĄSKIEGO

 Edward Kosiński
 DYREKTOR WYDZIAŁU
 Polityki Społecznej

Otrzymują:

1. Pani Andrzej Dronsejko, Dyrektor, Zespół Opieki Zdrowotnej w Oławie, 55-200 Oława, ul. Baczyńskiego 1.
2. Pan Zdzisław Brezdeń – Starosta Oławski, Starostwo Powiatowe w Oławie, 55-200 Oława, ul. 3 Maja 1.
3. a/a

