WOJEWODA DOLNOŚLĄSKI

Wrocław, dnia 01 grudnia 2014 r.

PS-ZP.9612.58.2014.IS

Pani
Jolanta Syposz
Dyrektor
Samodzielny Publiczny Zespół
Opieki Zdrowotnej w Bogatyni
ul. Wyczółkowskiego 15
59-920 Bogatynia

Wystąpienie pokontrolne

Na podstawie art. 111, art. 112 ustawy z dnia 15 kwietnia 20011 r. o działalności leczniczej (j.t. Dz. U. z 2013 r., poz. 217 ze zm.), w związku z § 14 Zarządzenia Nr 428 Wojewody Dolnośląskiego z dnia 13 grudnia 2013 r. w sprawie kontroli zewnętrznych prowadzonych przez Wojewodę Dolnośląskiego oraz imiennego upoważnienia Wojewody Dolnośląskiego z dnia 30 czerwca 2014 r., sygn. PS-ZP.0030-236/14, zespół kontrolny z Wydziału Polityki Społecznej Dolnośląskiego Urzędu Wojewódzkiego, w składzie:

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

przeprowadził w dniach od 17 do 25 lipca 2014 r. (z przerwami), w podmiocie leczniczym, Samodzielnym Publicznym Zespole Opieki Zdrowotnej Bogatyni ul. Wyczółkowskiego 15, 59-920 Bogatynia, 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 2013 roku do dnia 30 czerwca 2014 roku. Kontrolę przeprowadzono zgodnie z zatwierdzonym w dniu 24 czerwca 2014 r. przez Wojewodę Dolnośląskiego planem kontroli na II półrocze 2014 r.

Szczegółowe ustalenia przedmiotowej kontroli zostały przedstawione w protokole kontroli, sygn. PS-ZP.9612.58.2014.IS, przesłanym Pani pismem z dnia 28 października 2014 r. Protokół kontroli został podpisany przez Dyrektora Samodzielnego Publicznego

Zespołu Opieki Zdrowotnej w Bogatyni – Panią Jolantę Syposz w dniu 06.11.2014 roku, bez wnoszenia zastrzeżeń.

W związku z przedmiotową kontrolą przekazuję Pani niniejsze wystąpienie pokontrolne.

W zakresie realizacji świadczeń zdrowotnych przez podmiot leczniczy, ze szczególnym uwzględnieniem opieki nad matką i dzieckiem w Oddziałach: ginekologiczno - położniczym i neonatologicznym, wydaję ocenę negatywną.

Stwierdzone nieprawidłowości mogą powodować następstwa dla kontrolowanej działalności, jak i na wykonywanie zadań. Powyższą ocenę uzasadniam następująco:

1. Warunki i wymagania jakie spełnia podmiot leczniczy realizujący świadczenia zdrowotne w zakresie opieki nad matką i dzieckiem w Oddziale ginekologiczno-położniczym oraz w Oddziale neonatologicznym

Organizacja oddziałów:

Oddziały ginekologiczno-położniczy i neonatologiczny, w okresie objętym kontrolą, realizowały świadczenia zdrowotne w zakresie I poziomu referencyjnego. Zgodnie z zapisem w Rejestrze Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą oraz w Załączniku nr 2 do Regulaminu Organizacyjnego Samodzielnego Publicznego Zespołu Opieki Zdrowotnej w Bogatyni, kontrolowane przedsiębiorstwo podmiotu leczniczego, w zakresie opieki nad matką i dzieckiem, posiadało wyodrębnione komórki organizacyjne pod nazwą: **Oddział ginekologiczno-położniczy, Oddział neonatologiczny.**

W trakcie kontroli podmiotu leczniczego kontrolujący przeprowadzili wizję lokalną Oddziału ginekologiczno-położniczego i Oddziału neonatologicznego, w trakcie której stwierdzili, **że oznakowanie oddziałów, pododdziałów, komórek organizacyjnych było niezgodne z zapisami w Regulaminie organizacyjnym kontrolowanego podmiotu leczniczego.**

W skład *„Bloku Porodowego"* wchodziła sala porodowa 2-stanowiskowa przedzielona ścianką wysokości około 150 cm z otwartym przejściem. Sala ta **nie umożliwia zachowanie intymności kobiecie rodzącej, co jest niezgodne** z ustawą z dnia 6 listopada 2008 r. *o prawach pacjenta i Rzecznika Praw Pacjenta* (j.t. Dz. U. z 2012 r., poz. 159, ze zm.) oraz 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, połogu oraz opieki nad noworodkiem* (Dz. U z 2012 r., poz. 1100).

W trakcie porodu był stosowany do znieczulenia Entonox na zlecenie lekarza oraz znieczulenie zewnątrzoponowe na życzenie pacjentki jeżeli był dostępny anestezjolog. W trakcie przeprowadzanych oględzin na *„Bloku Porodowym"* nie było żadnej rodzącej.
(dowód: akta kontroli str. 21÷22, 54÷97, 120÷122).

Pododdział położniczy w systemie rooming-in i *Oddział neonatologiczny* znajdowały się na I piętrze, w jednym korytarzu. Wejście do oddziałów było z głównego korytarza z windami. **Wejście do oddziałów nie było oznakowane.** Podczas oględzin w *Pododdziale położniczym* w systemie rooming-in przebywały 3 położnice i 3 noworodki. Na *„Bloku Porodowym"* oraz w *„Pododdziale położniczym* **dyżur pełniła 1 położna dla obu odcinków, oddzielonych od siebie korytarzem wewnętrznym i drzwiami**

W *Oddziale neonatologicznym* znajdowały się: sala obserwacyjna z jednym stanowiskiem dla noworodka, gabinet zabiegowy, dyżurka pielęgniarska. W obrębie oddziału neonatologicznego nie przebywał żaden noworodek. W czasie oględzin oddziału, dyżur pełniła 1 pielęgniarka
(dowód: akta kontroli str. 23 ÷24, 120).

Personel położniczy i pielęgniarski:

W kontrolowanym podmiocie leczniczym zostały opracowane minimalne normy zatrudnienia pielęgniarek i położnych wyliczone na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 28 grudnia 2012 r. oraz otrzymanych materiałów z oddziałów szpitala przez Panią Naczelną Pielęgniarkę.

W ***Oddziale ginekologiczno-położniczym*** personelem położnych zarządzała, w okresie podlegającym kontroli, Położna Oddziałowa. W oddziale zatrudnionych było 9 położnych i 5 pielęgniarek dyżurujących w *Pododdziale Ginekologii*. Pielęgniarki zatrudnione w *Pododdziale ginekologii* w 60% posiadały wyższe wykształcenie. W *Oddziale Położniczo-Ginekologicznym* 67% położnych posiadało wyższe wykształcenie, 22% posiadało specjalizację w zakresie pielęgniarstwa położniczego, **żadna nie ukończyła kursu z zakresu resuscytacji krążeniowo-oddechowej noworodka**, co jest niezgodne z częścią XII ust 5 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 ***Oddziale neonatologicznym*** personelem pielęgniarskim zarządzała Pani Pielęgniarka Oddziałowa. W oddziale zatrudnionych było 6 pielęgniarek, w tym 2 z wyższym wykształceniem, co stanowi 33,3%. Jedna pielęgniarka posiadała specjalizację

w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego. Kurs specjalistyczny z zakresu „Resuscytacji krążeniowo-oddechowej noworodka" ukończyły 4 pielęgniarki, co stanowi 66,6%. Dyżurujące w oddziale pielęgniarki nie posiadały **dodatkowych** kwalifikacji w zakresie neonatologii 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.) *(dowód: akta kontroli str. 48, 129, 130÷135, 144).*

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:

- księga bloku porodowego prowadzona była zgodnie z § 34 rozporządzenia,
- księga noworodków prowadzona była zgodnie z § 35 rozporządzenia,
- w *Oddziale ginekologiczno-położniczym i Oddziale neonatologicznym* prowadzone były książki raportów pielęgniarskich zgodnie z przepisami prawa.

Indywidualna dokumentacja medyczna

W trakcie czynności kontrolnych dokonano analizy indywidualnej dokumentacji medycznej kobiet ciężarnych, które urodziły drogami natury oraz ich noworodków, w okresie od 01.07.2013 roku do 30.06.2014 roku.

Do analizy wybrano losowo 10 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. Historia choroby zawierała: kartę położniczą, kartę przebiegu porodu, kartę obserwacji porodu (patrogram), kartę oceny ryzyka i rejestracji zakażenia szpitalnego, kartę wywiadu epidemiologicznego, wywiad i diagnozę pielegniarską, raport pielęgniarski, kartę gorączkową, kartę zleceń lekarskich, kartę informacyjną, oświadczenie pacjenta. Z przeprowadzonej analizy dokumentacji udostępnionej kontrolującym wynika, że:

- **w 100% analizowanych *indywidualnych kart zleceń lekarskich* brak było danych identyfikujących osobę zlecającą i wykonującą zlecenie lekarskie**, co jest niezgodne z § 4 ust. 2 i § 10 ust. 1 pkt 3 i § 18 ust. 4,
- **100% analizowanych historii chorób nie miało ponumerowanych stron, co jest niezgodnie z § 5,**

- **50% analizowanych historii chorób nie zawierało *partogramu***, co jest niezgodne z § 15 i § 16,
- **50% analizowanych historii chorób zawierało wpisy z przebiegu porodu** dokonane przez lekarzy lub położne,
- 60% *kart indywidualnej opieki pielęgniarskiej* prowadzonych było zgodnie z rozporządzeniem

(dowód: akta kontroli str. 29, 157÷185).

W Oddziale neonatologicznym prowadzona dokumentacja medyczna zawierała: Historię rozwoju noworodka, Indywidualną kartę zleceń lekarskich, Historię pielęgniarską, Kartę obserwacji pielęgniarskiej, Kartę indywidualnej obserwacji noworodka, Indywidualną kartę czynności pielęgnacyjnych, Kartę obserwacji wkłuć obwodowych.

W trakcie kontroli dokonano analizy 10 losowo wybranych dokumentacji medycznych pod kątem dokumentowania świadczeń zdrowotnych w zakresie opieki nad noworodkiem, z której wynikało, że:

- **w 100% historii chorób brak było karty informacyjnej z leczenia szpitalnego**, co jest nie zgodne z § 2 ust. 4 pkt. 5;
- **w 100% brak było znaku identyfikacyjnego – opaski** – w jaki noworodek został zaopatrzony po urodzeniu, co jest niezgodne z § 2, § 3 i § 7 rozporządzenia 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 z dnia 4 października 2012 r.) i art. 25 pkt 1 Ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. *o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta;*
- w 100% była identyfikacja osoby, która wykonała ocenę noworodka w skali Apgar;
- w 90% była identyfikacja osoby, która wykonała pomiary antropometryczne;
- w 80% była identyfikacja osoby, która wykonała zabieg Credego;
- **w 100% brak było identyfikacji osoby, która oznakowała noworodka w znaki tożsamości,** co jest nie zgodne z § 10 ust 2 i 3;
- **w 100% brak było identyfikacji osoby, która dokonała zaciśnięcia pępowiny i jej przecięcia**, co jest nie zgodne z § 4 i § 10 ust 3;
- **w 100% brak było identyfikacji osoby, która wykonała badanie pulsoksymetryczne,** co jest nie zgodne z § 4 i § 10 ust 3;
- **w 100% brak było identyfikacji osoby, która wykonała szczepienia ochronne u noworodka,** co jest nie zgodne z § 4 i § 10 ust 3;
- **w 100% strony dokumentacji nie były ponumerowane**, co jest nie zgodne z §5;

- **w indywidualnej karcie zleceń lekarskich, wpisy zleceń lekarskich były nieczytelne**, oraz **brak było danych identyfikujących osobę zlecającą jak i wykonującą zlecenia**, co jest nie zgodne z § 4 i § 10 ust 3;
- prowadzona przez Panie pielęgniarki w Oddziale neonatologicznym dokumentacja zawierała wyłącznie wykonane czynności, natomiast **brak było** zgodnie z § 10 ust. 5 **informacji dotyczących procesu diagnostycznego, leczniczego, pielęgnacyjnego lub rehabilitacyjnego, opisu udzielonych świadczeń zdrowotnych, rozpoznania problemu zdrowotnego, zaleceń**

(dowód: akta kontroli str.32÷34, 161 ÷172).

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, połogu 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 01.06.2013 roku do dnia 31.05.2014 roku. W trakcie I okresu porodu rodzące mogły przyjmować przejrzyste płyny. Każda rodząca mogła korzystać ze wsparcia wybranej przez siebie osoby bliskiej. Nacięcie krocza wykonywane jest na życzenie pacjentki lub gdy krocze jest grube i małopodatne oraz w sytuacji gdy rodzi się duże dziecko. Nie wykonuje się rutynowego nacięcia krocza. Enemę wykonywało się na prośbę pacjentki W analizowanym okresie odbyło się 171 porodów, w tym 100 porodów drogami natury (58,5%). Między 38 a 41 tygodniem ciąży odbyło się 88 porodów drogami natury. W analizowanym okresie odbyło się 26 **(60%)** porodów drogami natury z naciętych kroczem u pierwiastek oraz 11 (19%) u wieloródek. Wysoki odsetek (60%) naciętych kroczy u pierwiastek może świadczyć o **ograniczeniu w wyborze pozycji wertykalnych w trakcie II okresu porodu**, co jest niezgodne z częścią IX ust 4 pkt 6) Załącznika do rozporządzenia

(dowód: akta kontroli str. 39÷43, 53).

Do analizy wybrano losowo 15 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 analizy indywidualnej dokumentacji medycznej udostępnionej kontrolującym w wersji papierowej wynika, że:

- **100% historii chorób - kart położniczych nie zawierało wszystkich czynników ryzyka przedporodowego, co jest niezgodne** z **częścią III ust. 1 i 2 Załącznika do rozporządzenia;**
- **w 78% analizowanej indywidualnej dokumentacji medycznej brak było dołączonego planu porodu,** co jest niezgodne z częścią IV Załącznika do rozporządzenia;
- przebieg poszczególnych okresów porodu opisany był *karcie przebiegu porodu* i *partogramie* przez położne oraz w *karcie położniczej* przez lekarzy i położne. **Tylko w 33,3% analizowanej dokumentacji medycznej, przy występujących czynnikach ryzyka, wpisy w *karcie położniczej* z przebiegu I okresie porodu dokonywali lekarze.**

  W I okresie porodu określana i aktualizowana była ocena stanu położniczego oraz stanu płodu w indywidualnej dokumentacji medycznej. **W 89% 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: oceny 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 było daty i godziny odpępnienia noworodka, danych identyfikujących osobę oznakowującą noworodka oraz 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

(dowód: akta kontroli str. 27÷31, 39÷43, 157÷225).

W Oddziale położniczym w systemie „rooming-in" opieka pielęgnacyjna nad położnicą i zdrowym noworodkiem **nie była sprawowana przez jedną osobę, co jest niezgodne z** Częścią XII ust 4 Załącznika do rozporządzenia

(dowód: akta kontroli str. 49 ÷50).

Dokonano analizy 10 indywidualnych dokumentacji medycznych noworodków, z których wynika, że:

- 100% noworodków miało wykonaną ocenę adaptacyjną pourodzeniową (układ krążenia i oddechowy) oraz szczepienia ochronne;
- **100% noworodków na Sali porodowej miało wykonany zabieg credego i pomiary antropometryczne przez pielęgniarkę z Oddziału noworodkowego** zgodnie z Załącznikiem Nr 73/2007r. (PZiZZSz) z dnia 5.03.2007 r. **Przedstawiony załącznik nie jest zgodny z częścią X, XI i XII 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);**
- **100% noworodków miało wykonaną ocenę w skali Apgar wyłącznie w 1 minucie życia**, co jest niezgodne z częścią XII ust 3 Załącznika do rozporządzenia;
- **w 100% dokumentacji brak było potwierdzenia o oznakowaniu noworodków w znaki tożsamości,** co jest niezgodne z częścią XII ust 3 pkt 2 Załącznika do rozporządzenia;

- **w 100% dokumentacji noworodka, poszerzone badanie kliniczne zdrowego noworodka było wykonane w pierwszych minutach po urodzeniu,** co jest niezgodne z częścią XII ust. 9 Załącznika do rozporządzenia;
- **w 100%, brak było udokumentowania czasu trwania - przez 2 godziny - pierwszego kontaktu „skóra do skóry"** matki z noworodkiem po porodzie drogami natury, co jest niezgodne z częścią XII ust 1;
- **60% noworodków nie miało wykonanego badania pulsoksymetrycznego** między 2 a 24 godziną po urodzeniu, co jest niezgodne z częścią XII ust 15 Załącznika do rozporządzenia;
- w 30% dokumentacji noworodka, **brak było wpisu dotyczącego oceny cech pierwszego przystawienia noworodka do piersi,** co jest niezgodne z częścią XII ust. 8 Załącznika do rozporządzenia;
- **w 100% dokumentacji noworodka brak było bieżących obserwacji dotyczących liczby stolców i mikcji,** co jest niezgodne z częścią XII ust 8 pkt 4 Załącznika do rozporządzenia;;
- **w 100% dokumentacji noworodka, brak było bieżących informacji na temat korzyści z karmienia piersią przekazanych matce,** co jest niezgodne z częścią XII ust. 8 Załącznika do rozporządzenia;
- **w 100% dokumentacji noworodka, brak było obserwacji cech prawidłowego przystawiania i pozycji przy piersi, czasu odgłosu połykania podczas karmienia, liczby karmień,** co jest niezgodne z częścią XII ust. 8 Załącznika do rozporządzenia;
- **w 100% dokumentacji noworodka, brak było stwierdzenia nieskutecznego karmienia piersią oraz zdiagnozowania problemu** w celu umożliwienia skutecznego nakarmienia noworodka mlekiem matki z piersi, co jest niezgodne z częścią XII ust.8 Załącznika do rozporządzenia;
- **w 100% dokumentacji noworodka brak było zapisu** dotyczącego **oceny stanu kikuta pępowinowego;**
- smoczki w oddziale stosowane były w przypadku wskazań medycznych i na żądanie matki;
- noworodki badane były przez lekarza neonatologa w obecności matki;
- Oddział neonatologiczny powiadamiał położną podstawowej opieki zdrowotnej o urodzeniu noworodka, zgodnie z przepisami prawa

(dowód: akta kontroli str. 32÷ 36, 100÷102, 161÷172).

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 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, połogu 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 na *Bloku Porodowym* z uwzględnieniem sprawowanej opieki nad rodzącą i noworodkiem w III, IV okresie porodu,
   - położnej pracującej w *Pododdziale Położniczym* z uwzględnieniem sprawowanej opieki nad zdrowym noworodkiem przebywającym razem z mamą w *Pododdziale Położniczym*,
   - położnej lub pielęgniarki pracującej w *Oddziale neonatologicznym* (obserwacja i opieka nad noworodkiem przebywającym bez matki w *Oddziale neonatologicznym*.

   Termin realizacji - do dnia 31.12.2015 r.
3. Przestrzegać zasad zatrudniania pracowników zgodnie z posiadanymi kwalifikacjami, kompetencjami i zadaniami na określonych stanowiskach pracy. **Termin realizacji – na bieżąco.**
4. Spowodować, aby wszystkie położne sprawujące opiekę nad kobietami rodzącymi i noworodkami, ukończyły kurs specjalistyczny z zakresu resuscytacji krążeniowo-oddechowej noworodka. **Termin realizacji – do dnia 31.12.2015 r.**
5. Oznakować właściwie przedsiębiorstwo podmiotu leczniczego wewnątrz budynku – wejście do pododdziałów/odcinków Oddziału ginekologiczno-położniczego i Oddziału

neonatologicznego z korytarza głównego i korytarza wewnętrznego zgodnie z Regulaminem organizacyjnym. **Termin realizacji – 30 dni.**

6. Dostosować Salę Porodową do warunków umożliwiających zachowanie prywatności i intymności kobiecie rodzącej w tracie całego przebiegu porodu. **Termin realizacji – do dnia 31.12.2015 r.**
7. Wyeliminować wskazane w pkt. 2 wystąpienia nieprawidłowości w prowadzonej indywidualnej dokumentacji medycznej. **Termin realizacji – na bieżąco.**
8. 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, połogu 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 zgodnie z Częścią III ust.1 i 2 Załącznika do rozporządzenia,
   - dołączania do dokumentacji medycznej planu porodu modyfikowanego odpowiednio do sytuacji zdrowotnej ciężarnej w trakcie opieki zgodnie z Częścią IV, V Załącznika do rozporządzenia,
   - dokonywania dokładnych wpisów w dokumentacji medycznej z przebiegu porodu i połogu zgodnie z Częścią VI, IX, X, XI, XII, XIV Załącznika do rozporządzenia,
   - postępowania w trakcie porodu zgodnie z Częścią IX Załącznika do rozporządzenia,
   - realizowania opieki nad noworodkiem i położnicą przez jedną osobę zgodnie z Częścią XII Załącznika do rozporządzenia ,
   - dokumentowania informacji nt. czasu i miejsca oznakowania noworodka w znaki tożsamości oraz dołączania do dokumentacji medycznej opaski identyfikacyjnej noworodka zgodnie z Częścią X Załącznika do rozporządzenia,
   - dokumentowania obserwacji i oceny pierwszego kontaktu noworodka z matką „skóra do skóry", pierwszego i dalszego karmienia noworodka, przebiegu laktacji u położnicy zgodnie z Częścią XII Załącznika do rozporządzenia,
   - dokumentowania liczby stolcy, mikcji i karmień noworodka, zgodnie z Częścią XII Załącznika do rozporządzenia,
   - wykonywania poszerzonego badania klinicznego noworodka w terminie wskazanym w Części XII Załącznika do rozporządzenia,

- dokonywania wstępnej oceny stanu noworodka na podstawie skali Apgar zgodnie z Częścią XII Załącznika do rozporządzenia,
- wykonywania przesiewowego badania pulsoksymetrycznego 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, dla przeprowadzającego kontrolę oraz do organu założycielskiego – Burmistrz Miasta i Gminy Bogatynia.

WOJEWODA DOLNOŚLĄSKI * 2 *

Z up. WOJEWODY DOLNOŚLĄSKIEGO
Piotr Kolbek
Z-CA DYREKTORA
Wydziału Polityki Społecznej

Otrzymują:
1. Jolanta Syposz – Dyrektor, Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej, ul. Wyczółkowskiego 15, 59-920 Bogatynia
2. Andrzej Grzmielewicz – Burmistrz Miasta i Gminy Bogatynia, Urząd Miasta i Gminy, ul. Daszyńskiego 1, 59-920 Bogatynia
3. a/a