WOJEWODA DOLNOŚLĄSKI

Wrocław, dnia 30 grudnia 2014 r.

PS-ZP.9612.73.2014.IS

Pani
Barbara Kosak
Wiceprezes Zarządu
„MIKULICZ" Sp. z o.o.
ul. Marii Skłodowskiej-Curie 3-7
58-160 Świebodzice

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 25 sierpnia 2014 r., sygn. PS-ZP.0030-307/14, 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 16 do 25 września 2014 r. (z przerwami), w podmiocie leczniczym „MIKULICZ" Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością, ul. Marii Skłodowskiej-Curie 3-7, 58-160 Świebodzice (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 01 września 2013 roku do dnia 31 sierpnia 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.9612.73.2014.IS, przesłanym Pani pismem z dnia 7 listopada 2014 r.

Protokół kontroli został podpisany przez Wiceprezesa Zarządu „MIKULICZ" Sp. z o.o. – Panią Barbarę Kosak w dniu 17.11.2014 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 uchybieniami.

Stwierdzone uchybienia 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 położniczo-ginekologiczny i neonatologiczny, w okresie objętym kontrolą, realizowały świadczenia zdrowotne w zakresie I poziomu referencyjnego.

Zgodnie z zapisem w Rejestrze Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą i w Regulaminie organizacyjnym kontrolowane przedsiębiorstwo podmiotu leczniczego, w zakresie opieki nad matką i dzieckiem, posiadało wyodrębnione komórki organizacyjne: *Oddział położniczo-ginekologiczny, Oddział neonatologiczny, Sala porodowa, Oddział położnictwa i ginekologii operacyjnej, Oddział noworodkowo-diagnostyczny.*

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 Regulaminie organizacyjnym podmiotu leczniczego nie zostało wskazane czy *Oddział położniczo-ginekologiczny* dzieli się na Oddziały, Pododdziały czy też odcinki pielęgniarskie. Natomiast w trakcie oględzin stwierdzono, że *Oddział położniczo-ginekologiczny* zlokalizowany był na dwóch piętrach. W Regulaminie organizacyjnym, brak było zapisów dotyczących organizacji opieki nad matką i dzieckiem i współpracy kontrolowanych oddziałów w tym zakresie. Oddział położniczo-ginekologiczny i Oddział neonatologiczny nie zostały opisane zgodnie ze stanem faktycznym** i z art. 23, 24 ust. 1 pkt 2 i 7 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. *o działalności leczniczej* (j.t. Dz. U. z 2013 r., poz. 217, ze zm.)

(dowód: akta kontroli str. 2÷6, 22÷26, 47÷63).

W celu czytelnego opisu w dalszej części wystąpienia pokontrolnego użyto nazwy *„Oddział położniczy”*. Nazwa ta była umieszczona na drzwiach wejściowych do Oddziału położniczo-ginekologicznego zlokalizowanego na II piętrze budynku.

Sala porodowa

Do *Sali porodowej* wchodziło się z korytarza wewnętrznego *Oddziału położniczego*. Sala porodowa umożliwiała zachowanie intymności kobiecie rodzącej. W trakcie porodu był stosowany do znieczulenia Entonox, Tens na zlecenie lekarza oraz sporadycznie znieczulenie zewnątrzoponowe. Wydzielona Sala cięć cesarskich znajdowała się w obrębie Bloku operacyjnego, gdzie również było stanowisko noworodkowe. W trakcie przeprowadzanych oględzin *Sali porodowej* nie było żadnej pacjentki, dyżur pełniła 1 położna.

Oddział Położniczy

Oddział położniczy w systemie rooming-in i *Oddział neonatologiczny* znajdowały się na II piętrze. Do oddziałów wchodziło się z klatki schodowej przez drzwi z opisem: *„Oddział Położniczy, Oddział Noworodkowy”*. W *Oddziale położniczym* w systemie rooming-in znajdowały się 2 sale 1- i 2-łóżkowe z łazienkami oraz 1 sala 3-łóżkowa, 2 sale 2-łóżkowe i 1 sala 1-łóżkowa bez łazienek. Wszystkie sale były wyposażone w stanowiska do pielęgnacji noworodków. W *Oddziale położniczym* znajdowały się także: 5-łóżkowa sala przedporodowa, łazienka dla położnic i dyżurka położnych. Położnice po cięciach cesarskich wymagające wzmożonego nadzoru, przebywały w 2-osobowej sali z łazienką. Podczas oględzin w oddziale przebywało 6 położnic i 6 noworodków. Dyżur pełniła 1 położna, która sprawowała opiekę pielęgnacyjną nad położnicami i noworodkami.

Pod koniec korytarza *Oddziału położniczego* w systemie rooming-in - za drzwiami - znajdował się ***Oddział neonatologiczny***. W oddziale znajdowała się sala reanimacyjna z 2 inkubatorami, gabinet zabiegowy, łazienka i 1 sala 3-łóżkowa dla położnic i chorych / obserwowanych noworodków. Podczas oględzin w *Oddziale neonatologicznym* przebywała 1 mama z noworodkiem na fototerapii. Dyżur pełniła 1 pielęgniarka

Personel położniczy i pielęgniarski:

W kontrolowanym podmiocie leczniczym zostały wyliczone minimalne normy zatrudnienia pielęgniarek i położnych w poszczególnych oddziałach na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 28 grudnia 2012 r. *w sprawie sposobu ustalania minimalnych norm zatrudniania pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych nie będących przedsiębiorcami.*

W *Oddziale położniczo-ginekologicznym* personelem położnych zarządzała Położna koordynująca. W Oddziale zatrudnionych było 14 położnych, w tym 21% położnych posiadało wykształcenie wyższe, 64% ukończyło kurs specjalistyczny z zakresu resuscytacji krążeniowo-oddechowej noworodka. Żadna położna nie posiadała specjalizacji z zakresu pielęgniarstwa położniczego.

Z analizy dokumentów (opis stanowiska pracy położnej i pielęgniarki) i wizji lokalnej wynika, że organizacja *Oddziału położniczo-ginekologicznego* oraz *Oddziału neonatologicznego* umożliwia sprawowanie opieki pielęgnacyjnej nad położnicą i zdrowym noworodkiem, przebywających razem w sali w *Oddziale położniczym*, przez jeden wspólny personel.

W *Oddziale neonatologicznym* zatrudnionych było 10 pielęgniarek i 4 położne. Wykształcenie wyższe posiadała 1 pielęgniarka. Kurs specjalistyczny z zakresu resuscytacji krążeniowo-oddechowej noworodka ukończyły 4 pielęgniarki i 2 położne, co stanowi 42,85%. Dwie pielęgniarki ukończyły specjalizację z zakresu pielęgniarstwa pediatrycznego.

2. Dokumentowanie udzielonych świadczeń zdrowotnych w oddziale ginekologiczno-położniczym i oddziale neonatologicznym zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. *w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania* (Dz. U. z 2010 r., Nr 252, poz. 1697 ze zm.)

Zbiorcza dokumentacja medyczna:

- w *Sali Porodowej* księga bloku porodowego i księga noworodków prowadzone były zgodnie z §34 i §35;
- w *Oddziale położniczo-ginekologicznym* oraz w *Oddziale neonatologicznym* książki raportów pielęgniarskich prowadzone były zgodnie z rozporządzeniem.

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.

Do analizy wybrano losowo 20 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 te zawierały informacje dotyczące przebiegu hospitalizacji pacjentek oraz dokumenty dodatkowe: badanie przedmiotowe, opis badania/konsultacji, kartę identyfikacji czynników ryzyka powikłań przedporodowych i śródporodowych, plan porodu, kartę położniczą,

przebieg porodu, kartę obserwacji porodu (patrogram), kartę gorączkową ogólną, indywidualną kartę zleceń lekarskich, kartę autoryzacji zleceń lekarskich (zlecenia jednorazowe, zlecenia stałe, badania diagnostyczne i konsultacje), indywidualną kartę pielęgnowania (ocena stanu pacjenta), kartę oceny ryzyka zakażeń, kartę Kontroli ASP i ruchów, informacje dla pacjentki oraz oświadczenie świadomej decyzji na nacięcie krocza, kartę informacyjną leczenia szpitalnego, wyniki badań laboratoryjnych, zapisy KTG. Z przeprowadzonej analizy dokumentacji wynika, że:

- 95% analizowanych *indywidualnych kart zleceń lekarskich* prowadzonych było zgodnie z § 4 ust. 2 i § 10 ust. 1 pkt 3 i § 18 ust. 4, a **w 5% przypadków podpisy osób zlecających wykonanie zlecenia lekarskiego były nieczytelne,** co jest niezgodne z § 10 ust. 1 pkt 3,
- 100% analizowanych historii chorób miało ponumerowane strony zgodnie z § 5,
- 100% analizowanych historii chorób zawierało *partogram*,
- 100% historii chorób zawierało wpisy z przebiegu porodu dokonane przez lekarzy lub położne,
- 100% *indywidualnych kart pielęgnowania* zawierało ocenę stanu pacjenta – wykonane czynności pielęgnacyjne, zabiegi, obserwacje chorego, rozpoznanie, potrzeby pacjenta, podpis i pieczątkę położnej zgodnie z § 10 ust 1 pkt. 5)

(dowód: akta kontroli str. 29, 132÷260).

W *Oddziale neonatologicznym* prowadzona dokumentacja medyczna zawierała: Historię choroby, Historię rozwoju noworodka, Kartę zleceń oraz indywidualnej pielęgnacji noworodka, Kartę autoryzacji zleceń lekarskich: zlecenia jednorazowe, zlecenia stałe oraz badania diagnostyczne i konsultacje, Indywidualną kartę pielęgnowania, Kartę oceny ryzyka zakażenia, Przebieg leczenia, Kartę przesiewowego badania słuchu, Kartę informacyjną leczenia szpitalnego.

W trakcie kontroli dokonano analizy 20 losowo wybranych dokumentacji medycznych pod kątem dokumentowania świadczeń zdrowotnych w zakresie opieki nad noworodkiem. Z analizy dokumentacji wynika, że w Kartach noworodków:

- w 100% była identyfikacja osoby, która wykonała ocenę noworodka w skali Apgar;
- w 100% była identyfikacja osoby, która wykonała szczepienia ochronne;
- w 100% była identyfikacja osoby, która wykonała zabieg Credego;
- **w 50% brak było identyfikacji osoby, która wykonała badanie pulsoksymetryczne,** co jest nie zgodne z § 4 i § 10 ust 3;

- **w 80% brak było identyfikacji osoby, która wykonała pomiary antropometryczne,** co jest nie zgodne z § 4 i § 10 ust 3;
- **w 100% brak było identyfikacji osoby**, która **oznakowała noworodka w znaki tożsamości,** co jest nie zgodne z § 4 i § 10 ust 3;
- **w 100% brak było danych identyfikujących osobę,** która dokonała **zaciśnięcia pępowiny i jej przecięcia**, co jest nie zgodne z § 4 i § 10 ust 3;
- w 100% dokumentacje noworodków zawierały Karty Informacyjne z zaleceniami żywieniowymi i pielęgnacyjnymi;
- w karcie zleceń, **brak było danych identyfikujących osobę wykonującą zlecenia,** co jest nie zgodne z § 4 i § 10 ust 3

(dowód: akta kontroli str. 32÷33, 104÷131).

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 zgłosiły się do szpitala i urodziły drogami natury oraz ich noworodków. W analizowanym okresie, przed porodem, nie wykonywało się rutynowo enemy, tylko na życzenie pacjentki. 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 zabiegu nacięcia krocza uzyskiwano pisemną zgodę pacjentki i wykonywano go w uzasadnionych medycznie przypadkach. Na wykonywanie badań w trakcie porodu, podłączenia kroplówki każdorazowo uzyskiwano ustną zgodę kobiety rodzącej.

Od 01.09.2013 roku do 31.08.2014 roku odbyło się:

- 422 porody, w tym 140 (33%) drogą cięcia cesarskiego, 282 (67%) porodów drogami natury, 7 porodów zabiegowych (2,5%);
- 127 (46%) porodów drogami natury samoistnych u pierwiastek i 146 (53%) u wieloródek;
- 5 (1,8%) porodów drogami natury do ukończenia 37 tygodnia ciąży;
- **nacięto krocze u 109 (85,8%) kobiet rodzących po raz pierwszy i u 68 (46,5%) wieloródek.** Wysoki odsetek (85,8%) 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. 40, 41, 72, 73).

Do analizy wybrano losowo 25 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:

- 100% historii chorób - zawierało kartę identyfikacji czynników ryzyka powikłań przedporodowych i śródporodowych określonych w części III ust. 1 i 2 Załącznika do rozporządzenia;
- w 85% analizowanej indywidualnej dokumentacji medycznej był dołączony plan porodu zgodnie z częścią IV Załącznika do rozporządzenia;
- *przebieg poszczególnych okresów porodu* opisany był w karcie położniczej, karcie badania/konsultacji, indywidualnej karcie pielęgnowania i partogramie. Wpisy autoryzowane były przez lekarzy i położne.

  W I okresie porodu w 100% analizowanej dokumentacji medycznej były udokumentowane wpisy zgodnie z częścią VIII Załącznika do rozporządzenia..

  W **II okresie porodu,** w indywidualnej dokumentacji medycznej **brak było informacji dotyczących informacji w jakiej pozycji odbył się poród (pozycje wertykalne),** co jest niezgodne z częścią IX Załącznika do rozporządzenia.

  W **III okresie porodu,** w indywidualnej dokumentacji medycznej **w 100% analizowanych dokumentacji brak było daty i godziny oznakowania i odpępnienia noworodka, oraz brak było danych identyfikujących osobę oceniającą stan noworodka bezpośrednio po porodzie**, co jest niezgodne z częścią X Załącznika do rozporządzenia.

  W **IV okresie porodu** w **100% wpisów brak było 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 **w 60% dokonanych wpisów brak było informacji dotyczących laktacji,** co jest niezgodne z częścią XIV Załącznika do rozporządzenia,
- Opieka nad położnicą i noworodkiem w *Oddziale położniczym* w systemie „rooming-in" była sprawowana przez jedną osobę zgodnie z częścią XII ust 4 Załącznika do rozporządzenia

(dowód: akta kontroli str. 27÷31, 132÷260).

Dokonano analizy 20 indywidualnych dokumentacji medycznej noworodka, z których wynika, że:

- 95% noworodków miało wykonaną ocenę w skali Apgar w określonym czasie;
- 100% noworodków miało wykonaną ocenę adaptacyjną pourodzeniową (układ krążenia i oddechowy), badania przesiewowe i szczepienia ochronne;
- 100% noworodków miało wykonane badanie pulsoksymetryczne, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa między 2 a 24 godziną po urodzeniu;
- 100% noworodków miało wykonany zabieg credego;
- w 100% dokumentacji noworodka, była informacja o zaopatrzeniu noworodka w znaki tożsamości. Do dokumentacji medycznej **jeden ze znaków identyfikujących noworodka (opaska) nie był dołączany do dokumentacji medycznej,** co jest niezgodne z częścią X ust 3 pkt 2 Załącznika do rozporządzenia;
- w 100% dokumentacji noworodka, były bieżące obserwacje dotyczące liczby stolców i mikcji;
- w 100% dokumentacji noworodka, były bieżące obserwacje dotyczące liczby karmień;
- w 90% dokumentacji noworodka, były zapisy jak przebiegał pierwszy kontakt matki z noworodkiem „skóra do skóry" po porodzie drogami natury;
- w 60% dokumentacji noworodka, poszerzone badanie kliniczne zdrowego noworodka było wykonane w odpowiednim terminie;
- w 85% dokumentacji noworodka, były wpisy dotyczące oceny cech pierwszego przystawienia noworodka do piersi;
- w 100% dokumentacji noworodka, były udokumentowane obserwacje cech prawidłowego przystawiania i pozycji przy piersi, czas odgłosu połykania podczas karmienia;
- w 100% dokumentacji noworodka, były zapisy dotyczące oceny stanu kikuta pępowinowego;
- **w 70%** dokumentacji noworodka, **brak było udokumentowania bieżących informacji na temat korzyści z karmienia piersią przekazanych matce,** co jest niezgodne z częścią XII ust. 8 Załącznika do rozporządzenia;
- w 58% dokumentacji noworodka był zdiagnozowany problem nieskutecznego karmienia i została zastosowana odpowiednia metoda dokarmiania dziecka;
- w oddziale nie były stosowane smoczki do uspakajania noworodków;

- noworodki badane były przez lekarza neonatologia w obecności matki zdrowego noworodka;
- edukacją matki w zakresie prawidłowego karmienia piersią i pielęgnacji noworodka zajmowała się położna w Oddziale położniczym sprawująca opiekę nad matką i dzieckiem, a w Oddziale neonatologicznym lekarz neonatolog oraz personel oddziału;
- noworodki nie były dopajane, sporadycznie lub z przyczyn medycznych były dokarmiane lub jeśli matka nie chciała karmić i składała stosowne oświadczenie;
- stosowana była sucha pielęgnacja pępka. W wyjątkowych sytuacjach stosowany był Octenisept;
- szpital powiadamiał położną rodzinną o urodzeniu noworodka

(dowód: akta kontroli str.32÷36, 42 ÷45).

Mając na uwadze ustalenia dokonane w wyniku kontroli, należy podjąć następujące działania celem wyeliminowania wskazanych w niniejszym wystąpieniu uchybień w zakresie realizacji świadczeń zdrowotnych, ze szczególnym uwzględnieniem opieki nad matką i dzieckiem w Oddziałach: położniczo-ginekologicznym i neonatologicznym:

1. Dostosować do stanu faktycznego zapisy w regulaminie organizacyjnym dotyczące struktury i organizacji *Oddziału położniczo-ginekologicznego 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, połogu oraz opieki nad noworodkiem* (Dz. U. z 2012 r., poz. 1100). **Termin realizacji – 30 dni.**
2. Oznakować właściwie przedsiębiorstwo podmiotu leczniczego wewnątrz budynku – wejścia do pododdziałów/odcinków *Oddziału położniczo-ginekologicznego i Oddziału neonatologicznego* z korytarza wewnętrznego. **Termin realizacji – 30 dni.**
3. Wyeliminować wskazane w pkt. 2 wystąpienia uchybienia w prowadzonej zbiorczej i indywidualnej dokumentacji medycznej. **Termin realizacji – na bieżąco.**
4. Wyeliminować wskazane w pkt. 3 wystąpienia nieprawidłowości w zakresie realizacji i dokumentowania opieki nad kobietą rodzącą, położnicą i noworodkiem zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 20 września 2012 r. *w sprawie standardów*

postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, połogu oraz opieki nad noworodkiem (Dz. U. z 2012 r., poz. 1100). **Termin realizacji – na bieżąco.**

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

O sposobie wykorzystania materiałów pokontrolnych i realizacji wniosków zawartych w niniejszym wystąpieniu proszę poinformować Wojewodę Dolnośląskiego w **terminie 30 dni** od daty otrzymania niniejszego wystąpienia.

Wystąpienie pokontrolne sporządza się w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach po jednym dla kierownika kontrolowanego podmiotu i dla przeprowadzającego kontrolę.

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

WOJEWODA DOLNOŚLĄSKI
2

Otrzymują:
1. Barbara Kosak, Wiceprezes Zarządu, „MIKULICZ" Sp. z o.o., ul. Marii Skłodowskiej-Curie 3-7, 58-160 Świebodzice
2. a/a