



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI
Delegatura w Białymstoku

LBI.410.008.01.2015

P/15/065



05722515

ONK 67450/15

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

I. Dane identyfikacyjne kontroli

Numer i tytuł kontroli	P/15/065 – Opieka okołoporodowa na oddziałach położniczych
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Białymstoku
Kontroler	Władysław Radgowski – gł. specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr 96768 z dnia 14 września 2015 r. (dowód: akta kontroli str. 1-2)
Jednostka kontrolowana	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Hajnówce (zwany dalej „SP ZOZ” lub „Szpitalem”), 17-200 Hajnówka, ul. Doc. Adama Dowgirda 9
Kierownik jednostki kontrolowanej	Grzegorz Tomaszuk, Dyrektor (od 30 sierpnia 2000 r.). (dowód: akta kontroli str. 3)

II. Ocena kontrolowanej działalności

Ocena ogólna

W Szpitalu zapewniono sprawowanie opieki okołoporodowej przez personel medyczny w liczbie i o kwalifikacjach wymaganych przez Narodowy Fundusz Zdrowia, a także z użyciem sprzętu i aparatury medycznej ustalonych w tych wymogach. Pomimo to prawo pacjentki do wyboru osoby sprawującej opiekę – przewidziane w części I ust. 12 pkt. 1 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, porodu oraz opieki nad noworodkiem¹ – ograniczono do jednego lekarza sprawującego dyżur na Oddziale położniczo-ginekologicznym. Przeprowadzone podczas kontroli NIK badanie ankietowe pacjentek, które w latach 2013–2015 rodziły dziecko w SP ZOZ² wykazało, że zdecydowana większość respondentek bardzo dobrze i dobrze oceniła jakość opieki w Oddziale położniczo-ginekologicznym z rooming in³.

Najwyższa Izba Kontroli zwraca uwagę na wysoki odsetek wykonywanych w Szpitalu zabiegów cesarskiego cięcia, który w latach 2013–2015 (III kwartał) wzrósł z 37,7% do 48,6% oraz stosunkowo wysoki odsetek innych interwencji medycznych (nacinanie krocza, stymulacja porodu, przebiecie pęcherza płodowego) podczas porodów fizjologicznych (u 70% analizowanych pacjentek). Tymczasem standardy postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej nakazują uzyskanie dobrego stanu zdrowia matki i dziecka, przy ograniczeniu do niezbędnego minimum interwencji medycznych, w szczególności: amniotomii, stymulacji czynności skurczowej, podawania opiodów, nacięcia krocza, cięcia cesarskiego. Zgodnie zaś z zaleceniem Światowej Organizacji Zdrowia wskaźnik liczby cesarskich cięć powinien wynosić 10%–15% ogółu porodów⁴.

Stwierdzone nieprawidłowości dotyczyły przede wszystkim:

- udzielania przez lekarzy zatrudnionych w oddziale świadczeń zdrowotnych ponad 24 godziny bez przerwy, co może mieć wpływ na jakość usług i zapewnienie bezpieczeństwa pacjentek,

¹ Dz. U. 2012 r., poz. 1100 ze zm. Rozporządzenie zwane jest dalej „rozporządzeniem w sprawie standardów opieki okołoporodowej”.

² Badaniem objęto 300 (53,4% wszystkich rodzących) losowo wybranych pacjentek (200 rodzących drogami natury i 100 w drodze cesarskiego cięcia). Zwrotnie wpłynęło 101 wypełnionych ankiet (33,7%). Wyniki badania będą omówione przy opisie poszczególnych zagadnień objętych kontrolą NIK oraz w pkt. 2.2. niniejszego wystąpienia pokontrolnego.

³ Najwyższa Izba Kontroli stosuje 3-stopniową skalę ocen: pozytywna, pozytywna mimo stwierdzonych nieprawidłowości, negatywna. Jeżeli sformułowanie oceny ogólnej według proponowanej skali byłoby nadmiernie utrudnione albo taka ocena nie dawałaby prawdziwego obrazu funkcjonowania kontrolowanej jednostki w zakresie objętym kontrolą, stosuje się ocenę opisową bądź uzupełnia ocenę ogólną o dodatkowe objaśnienie.

⁴ http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/161442/1/WHO_RHR_15.02_eng.pdf?ua=1

- braku właściwego zabezpieczenia anestezjologicznego po godzinie 15.30 i w dni wolne od pracy, co – zdaniem koordynatora Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii – stanowi bezpośrednie zagrożenie życia rodzącej i noworodka,
- udzielania świadczeń zdrowotnych przez jednego lekarza, który nie był wymieniony w umowie zawartej z NFZ, czym naruszono postanowienia tej umowy,
- zorganizowania dwóch sal porodowych i gabinetu badań w sposób niezapewniający intymności i poszanowania godności pacjentek,
- zorganizowania jednej z sal położnic w systemie „matka z dzieckiem” dla trzech pacjentek, tj. wbrew wymogom rozporządzenia Ministra Zdrowia dnia 26 czerwca 2012 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą⁵,
- niedokumentowania wykonania podczas porodu niektórych czynności wymaganych rozporządzeniem w sprawie standardów opieki okołoporodowej. Dokumentacja SP ZOZ nie pozwalała też ustalić, czy bezpośrednio po porodzie miał miejsce co najmniej dwugodzinny kontakt noworodka z matką „skóra do skóry” (większość z ankietowanych pacjentek wskazywała, że kontakt ten trwał znacznie krócej).

III. Opis ustalonego stanu faktycznego

1. Przygotowanie oddziału położniczego do udzielania świadczeń zdrowotnych

1.1. Działalność Oddziału w latach 2013–2015

Opis stanu
faktycznego

W latach 2013–2015 opiekę nad matką i noworodkiem sprawowano w SP ZOZ w Oddziale położniczo-ginekologicznym z rooming in (zwanym dalej „Oddziałem”), który był zaliczony do pierwszego poziomu referencyjnego. Oddział dysponował dwiema pojedynczymi salami porodowymi, przystosowanymi do porodów rodzinnych. Porody rozwiązywane cesarskim cięciem odbywały się w sali operacyjnej, znajdującej się na oddziale. Od 2006 roku SP ZOZ ma tytuł „Szpitala Przyjaznego Dziecku”, realizującego program „10 kroków do udanego karmienia piersią”.
(dowód: akta kontroli str. 4-5)

W 2013 roku w Oddziale przyjęto 212 porodów, w tym 132 fizjologiczne i 80 rozwiązanych cesarskim cięciem⁶ (37,7% porodów), w 2014 roku – 216 porodów, z tego 111 fizjologicznych i 105 w drodze c. c. (48,6%), zaś od stycznia do sierpnia 2015 roku 134 porody, z czego 77 fizjologicznych i 57 rozwiązanych c. c. (42,5%). W okresie objętym kontrolą zmniejszyła się, w porównaniu z poprzednimi latami, liczba porodów (z 263 w 2010 roku, 235 w 2011 roku i 219 w 2012 roku), wzrastał zaś odsetek c. c. (z 35,7% w 2010 roku, 33,2% w 2011 roku i 32% w 2012 roku) – więcej na temat porodów w drodze c. c w pkt. 2 wystąpienia pokontrolnego.

W latach 2013–2015 (do czasu kontroli NIK) w Szpitalu urodziło się kolejno 212, 219 i 134 dzieci, w tym w drodze c. c. odpowiednio 80, 105 i 57. W okresie objętym kontrolą podczas porodów nie stosowano kleszczy i vacuum. Nie było zgonów noworodków oraz kobiet w związku z porodem, miał miejsce natomiast jeden poród martwego dziecka (zgon wewnątrzmaciczny). W związku z porodem przekazano do oddziałów o wyższym stopniu referencyjności 26 kobiet (po pięć w 2013 roku i 2015 roku oraz 16 w 2014 roku).

(dowód: akta kontroli str. 6-7)

W okresie objętym kontrolą w Oddziale miały miejsce cztery kontrole, z tego jedna przeprowadzona przez pracowników Podlaskiego Urzędu Wojewódzkiego. Dotyczyła ona m.in. oceny opieki położniczo-ginekologicznej, w tym przestrzeganie w Oddziale rozporządzenia w sprawie standardów opieki okołoporodowej. Kontrolą objęto tylko opiekę nad kobietą podczas ciąży – nie stwierdzono nieprawidłowości i wydano pozytywną ocenę. Pozostałe kontrole dotyczyły funkcjonowania opieki nad noworodkiem (nie stwierdzono nieprawidłowości), analizy zgonów noworodków (nie było takich zdarzeń) oraz realizacji przepisów w zakresie norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych – z kontroli tej

⁵ Dz. U. 2012, poz. 739. Rozporządzenie zwane jest dalej „rozporządzeniem z dnia 26 czerwca 2012 r.”

⁶ Cięcia cesarskie w dalszej części wystąpienia będą nazywane w skrócie „c. c.”

(zakończonych 12 czerwca 2015 r.) dotychczas do SP ZOZ nie wpłynęły materiały pokontrolne. W okresie objętym kontrolą do SP ZOZ nie wpłynęły skargi związane z działalnością Oddziału, nie było również pozwów dotyczących tego Oddziału.

(dowód: akta kontroli str. 8-33 i 95)

W latach 2013–2015 w Oddziale doszło do sześciu zakażeń szpitalnych, z których pięć dotyczyło pacjentek, a jedno noworodka. Były to pojedyncze zdarzenia, w długich odstępach czasu. W czterech przypadkach było to zakażenie miejsca operowanego po c. c. – trzy bakteriami kałowymi i jedno gronkowcem skórnym. Miejscem pozostałych zakażeń była macica pacjentki i pępek noworodka. We wszystkich przypadkach wszczęto leczenie. W SP ZOZ opracowano „Księgę epidemiologiczną”, zgodnie z którą ognisko epidemiczne szpitalne ma miejsce, gdy wystąpią co najmniej dwa wyrażnie ze sobą powiązane przypadki zakażeń. Przewodnicząca Zespołu ds. zakażeń szpitalnych wyjaśniła, że Zespół nie prowadził dochodzeń epidemiologicznych, gdyż były to pojedyncze przypadki. Problemy zakażeń szpitalnych były omawiane podczas szkoleń w poszczególnych oddziałach, w tym położniczo-ginekologicznym, jak również podczas szkoleń personelu medycznego Szpitala. Według WHO do zakażeń szpitalnych dochodzi u 5–10% hospitalizowanych pacjentów, tak więc wskaźnik ten dla oddziału położniczego jest znacznie niższy, zaś dla całego szpitala wynosił on ok. 3%. (dowód: akta kontroli str. 34-48)

Stosownie do § 5 ust. 2 pkt 3 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 23 grudnia 2011 r. w sprawie listy czynników alarmowych, rejestrów zakażeń szpitalnych i czynników alarmowych oraz raportów o bieżącej sytuacji epidemiologicznej szpitala⁷, w Szpitalu sporządzano roczne raporty o sytuacji epidemiologicznej, które przekazywano do powiatowego inspektora sanitarnego. (dowód: akta kontroli str. 49-56)

Ustalone
nieprawidłowości

W działalności Szpitala w przedstawionym wyżej zakresie nie stwierdzono nieprawidłowości.

1.2. Zapewnienie odpowiedniej liczby wykwalifikowanych lekarzy, położnych i pielęgniarek

Opis stanu
faktycznego

W okresie objętym kontrolą świadczenia zdrowotne w Oddziale udzielane były przez pięciu lekarzy specjalistów z zakresu położnictwa i ginekologii, zatrudnianych na podstawie umów cywilnoprawnych w wymiarze po 4/5 etatu. Obsada lekarska zapewniała całodobową opiekę we wszystkie dni tygodnia (łącznie z dyżurami). Kontrola NIK wykazała jednak, że lekarze pracowali bez przerwy przez ponad 24 godzin, co szczegółowo opisano w dalszej części wystąpienia pokontrolnego, w sekcji „Ustalane nieprawidłowości”. Świadczenia z zakresu anestezjologii zabezpieczone były przez dziewięciu lekarzy, z których siedmiu posiadało specjalizację z zakresu anestezjologii i intensywnej terapii (pozostałe dwie osoby były w trakcie specjalizacji). Anestezjodzy obsługiwali Oddział Intensywnej Terapii i Blok Operacyjny, zaś w razie konieczności znieczulali pacjentki w sali cięć cesarskich. Tym samym spełnione zostały wymogi określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2009 r. i z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego⁸ oraz w zarządzeniach Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 20 października 2011 r. i z dnia 19 grudnia 2013 r.⁹ Organizację zapewnienia pacjentkom Oddziału zabezpieczenia anestezjologicznego po godzinie 15.30 i w dni wolne od pracy przedstawiono w dalszej części wystąpienia pokontrolnego, w sekcji „Ustalane nieprawidłowości”. (dowód: akta kontroli str. 57-71)

Analiza zapisów umowy zawartej z Podlaskim Oddziałem Wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia (zwanym dalej „POW NFZ”) wykazała, że personel medyczny udzielający w Oddziale świadczeń zdrowotnych, za wyjątkiem jednego z lekarzy, był

⁷ Dz. U. Nr 294, poz. 1741.

⁸ Odpowiednio: Dz. U. 2013, poz. 1082 ze zm. (rozporządzenie obowiązywało do 27 grudnia 2013 r.) i Dz. U. 2013, poz. 1520 ze zm.

⁹ Zarządzenie Nr 72/2011/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 20 października 2011 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: leczenie szpitalne. Zarządzenie to było zmieniane kolejnymi: 87/2011/DSOZ, 90/2011/DSOZ, 11/2012/DSOZ, 23/2012/DSOZ, 39/2012/DSOZ, 48/2012/DSOZ, 49/2012/DSOZ, 62/2012/DSOZ, 90/2012/DSOZ i 34/2013/DSOZ. Zarządzenie Nr 89/2013/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 19 grudnia 2013 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: leczenie szpitalne. Zarządzenie to było zmieniane kolejnymi: 1/2014/DSOZ, 4/2014/DSOZ, 23/2014/DSOZ, 81/2014/DSOZ i 88/2014/DSOZ.

wymieniony w załączniku do tej umowy, co szerzej przedstawiono w dalszej części wystąpienia pokontrolnego, w sekcji „Ustalone nieprawidłowości”.

(dowód: akta kontroli str. 72-91)

Zgodnie z art. 50 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej¹⁰, Dyrektor SP ZOZ ustalił minimalne normy zatrudnienia pielęgniarek i położnych m.in. na Oddziale. Do 31 marca 2014 r. wynosiła ona 12, zaś od 1 kwietnia 2014 r. 16 etatów. Normy te były dotrzymane. W latach 2013–2014 zatrudniano bowiem na Oddziale 17 pielęgniarek i położnych, a w 2015 roku 18.

(dowód: akta kontroli str. 96-99)

Z dokumentacji Oddziału wynika, że personel medyczny przeszedł szkolenie z zakresu rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 września 2010 r. w sprawie standardów postępowania oraz procedur medycznych przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, porodu oraz opieki nad noworodkiem¹¹ jak i obecnie obowiązujących standardów opieki okołoporodowej. Z protokołów wynika, że były to szkolenia wewnętrzne – poszczególne zagadnienia omawiały pielęgniarki położne. Ponadto w latach 2010–2012 personel Oddziału brał udział w konferencjach organizowanych przez Polskie Towarzystwo Ginekologiczne i Wydawnictwo Lekarskie PZWL, tematem których były m.in. standardy opieki okołoporodowej. W związku z ubieganiem się, a następnie uzyskaniem tytułu „Szpitala Przyjaznego Dziecku”, w SP ZOZ odbywały się coroczne wewnętrzne szkolenia położnych m.in. z zakresu upowszechniania i wspierania karmienia piersią oraz przyjaznej opieki okołoporodowej. Prowadziły je cztery położne zatrudnione w SP ZOZ, które odbyły kurs dokształcający w zakresie „Prowadzenia poradnictwa laktacyjnego i grup wsparcia dla matek karmiących”, zorganizowany przez Komitet Upowszechniania Karmienia Piersią. Dodatkowo koordynator Oddziału i położna oddziałowa w 2012 roku odbyli szkolenie zorganizowane przez Komitet Upowszechniania Karmienia Piersią, które było przeznaczone dla osób oceniających szpitale ubiegające się o tytuł „Szpitala Przyjaznego Dziecku”.

(dowód: akta kontroli str. 100-143 i 531-534)

Ustalone nieprawidłowości

W działalności Szpitala w przedstawionym wyżej zakresie stwierdzono następujące nieprawidłowości:

1. Lekarze zatrudnieni w Oddziale, w lipcu i w sierpniu lat 2013–2015, łącząc dyżury z pracą w ramach zwykłej ordynacji i w poradni, udzielali świadczeń zdrowotnych bez przerwy, w wymiarze od 31 godzin i 35 minut do 55 godzin i 35 minut, zaś w ciągu miesiąca takich nieprzerwanych zajęć mieli od trzech do sześciu (były to osoby zatrudnione na podstawie umów cywilnoprawnych). Sytuacja taka może stwarzać zagrożenie popelnienia przez zmęczonego lekarza błędu podczas udzielania świadczeń zdrowotnych.

(dowód: akta kontroli str. 144-167)

Według wyjaśnień Dyrektora SP ZOZ, w Oddziale przyjęta jest praktyka, że koordynator ma prawo do zwolnienia z pracy lekarza po dyżurze z obowiązku świadczenia usług w ramach zwykłej ordynacji pod warunkiem przekazania lekarzom raportu z odbytego dyżuru oraz udziału w porannym obchodzie lekarskim. W odniesieniu do przypadków świadczenia pracy w wymiarze przekraczającym 55 godzin, Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że były to przypadki incydentalne, lecz zostały podjęte działania w celu ich wyeliminowania – koordynatorzy oddziałów zostali poinformowani o bezwzględnym zakazie takiego planowania pracy. Odnosząc się do kwestii przemęczenia personelu lekarskiego, Dyrektor SP ZOZ wyjaśnił, że: *„posiadane w Oddziale zaplecze socjalne zapewnia personelowi lekarskiemu możliwość odpoczynku i regeneracji sił w trakcie pełnionego dyżuru medycznego w sposób umożliwiający utrzymanie właściwej dyspozycji psychofizycznej i gotowości do udzielania świadczeń medycznych”*.

Koordynator Oddziału ustalający grafik dyżurów wyjaśnił, że miał do dyspozycji tylko pięciu lekarzy i zawsze za ich zgodą odbywało się łączenie pracy w ramach dyżuru z udzielaniem świadczeń w ramach zwykłej ordynacji. Lekarze nie zgłaszali mu problemów ze zmęczeniem.

(dowód: akta kontroli str. 236-239 i 301)

¹⁰ Dz. U. z 2015 r., poz. 483 ze zm.

¹¹ Dz. U. Nr 187, poz. 1259; przepis uchylony z dniem 19 października 2012 r.

2. Jeden z lekarzy udzielających świadczeń pacjentkom hospitalizowanym w Oddziale w latach 2013–2015 nie był wymieniony w umowie zawartej z POW NFZ, czym naruszono § 2 ust. 1 pkt 1 tej umowy. (dowód: akta kontroli str. 72-91 i 168-173)

Dyrektor SP ZOZ wyjaśnił, że lekarz ten był zgłoszony do POW NFZ za pośrednictwem portalu SZOI od 1 października 2012 r. Jednak z nieznanых powodów technicznych dane te nie zostały uwzględnione w umowie z POW NFZ obowiązującej od 1 czerwca 2013 r. Szpital po stwierdzeniu brak danych tego lekarza w umowie, doprowadził do zawarcia 12 maja 2015 r. aneksu do umowy, w której lekarz został wymieniony.

(dowód: akta kontroli str. 236-243)

3. Wprowadzie Oddział spełniał warunki określone w rozporządzeniach Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2009 r. i z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego dotyczące stałej obecności lekarza anestezjologa w lokalizacji, jednak w razie konieczności natychmiastowego wykonania zabiegu c. c. (wynikającego z nagłego pogorszenia się stanu zdrowia pacjentki lub płodu) po godzinie 15.30 i w dni wolne od pracy, może być niemożliwe podanie w krótkim czasie znieczulenia. Jak wyjaśnił koordynator OAiT, z uwagi na brak lekarzy anestezjologów, cięcia planowe wykonywane są w godzinach ordynacji od 8.00 do 15.30. *Cięcia nagłe wykonywane są natychmiast po zgłoszeniu, doraźnie organizowany jest zespół anestezjologiczno-instrumentalny – zespół ten organizowany jest z osób pracujących na Bloku Operacyjnym – zespół ten niezwłocznie udaje się na salę cięciową. Ta procedura dotyczy działania anestezjologów w ramach ordynacji od 8.00 do 15.30. Po godzinie 15.30 na Bloku operacyjnym zostaje pielęgniarka anestezjologiczna, instrumentariuszka i salowa. Anestezjolog pełni stacjonarny dyżur na OAiT. Anestezjolog zabezpieczający pracę Bloku operacyjnego pełni dyżur pod telefonem, znajduje się poza szpitalem. W razie potrzeby cięcia cesarskiego anestezjolog jest wzywany telefonicznie. W ekstremalnym przypadku – natychmiastowa konieczność znieczulenia pacjentki, anestezjolog z OAiT musi przybyć na Oddział położniczy i rozpocząć znieczulenie przebywając tam do chwili przybycia wezwanego anestezjologa dyżurnego. Sytuacja taka jest stanem bezpośredniego zagrożenia życia rodzącej i noworodka.* (dowód: akta kontroli str. 92)

1.3. Zapewnienie odpowiednich pomieszczeń, sprzętu i aparatury medycznej

Opis stanu
faktycznego

Oddział spełniał warunki pierwszego poziomu referencyjnego, określone w załączniku nr 3 do rozporządzeń Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2009 r. i z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego. Zapewniono możliwość wykonywania badań przy użyciu kolposkopu, ultrasonografu, kardiomonitora oraz wykonywanie ciągłych badań KTG. Sprzęty i aparatura medyczna, były sprawne i dopuszczone do użytkowania, co potwierdzały wpisy w ich paszportach technicznych. Porody w drodze c. c. odbywały się w sali operacyjnej znajdującej się na Oddziale (naprzeciwko jednej z sal porodowych). Oprócz tego w budynku SP ZOZ znajdował się Blok Operacyjny. Zapewnione było wykonywanie badań histopatologicznych śródoperacyjnych przez podmiot zewnętrzny. Porody były dokumentowane m.in. w „Karcie obserwacji porodu” (partogram). (dowód: akta kontroli str. 174-217)

Oddział spełniał wymogi określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r. (wyjątek omówiono w dalszej części wystąpienia pokontrolnego, w sekcji „Ustalono nieprawidłowości”). Pacjentki zgłaszające się do porodu przyjmowane były w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym, zlokalizowanym na parterze budynku SP ZOZ – pod drzwiami wejściowymi można było podjechać samochodem. W stanach nagłych pacjentki kierowane były bezpośrednio na Oddział znajdujący się na pierwszym piętrze budynku (była możliwość wjechania windą). Na terenie Oddziału w części położniczej znajdowały m.in. się dwie jednostanowiskowe sale porodowe przystosowane do porodów rodzinnych, sala cięć cesarskich, pomieszczenie dla noworodków obserwowanych i sala intensywnej opieki noworodka posiadająca służbę umywalkowo-fartuchową. Jedną z sal porodowych wyposażoną była w ubikację wraz z prysznicem. W sali tej, oprócz łóżka porodowego, znajdowała się wanna do łagodzenia bólu (z liną zwisającą z sufitu), piłka, worek sako, krzeselko do rodzenia. Druga sala była skromniej wyposażona: oprócz łóżka porodowego

znajdowała się tam piłka i drabinka zwisająca z sufitu – nie było natomiast wężła sanitarnego. Jak wyjaśniła położna oddziałowa, sala ta jest traktowana jako sala zapasowa. Urządzenie sal porodowych oraz gabinetu badań nie zapewniało pacjentkom prawa do intymności i poszanowania ich godności, co szerzej opisano w dalszej części wystąpienia pokontrolnego, w sekcji „Ustalone nieprawidłowości”. Do sal porodowych wchodziło się bezpośrednio z korytarza Oddziału, mimo że ww. rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r. stanowi, iż personel do zespołu porodowego wchodzi przez służbę umywalkowo-fartuchową – wymóg określony w pkt. IV ust. 3 załącznika nr 1 do tego rozporządzenia. Służba taka znajdowała się w innej części Oddziału. Stosownie do art. 207 ust. 1 i 2 ustawy o działalności leczniczej, Szpital opracował program dostosowawczy, w którym zobowiązał się wykonać służbę przy wejściu do zespołu porodowego do 31 grudnia 2016 r.¹² (dowód: akta kontroli str. 176-213, 226-234)

W Oddziale znajdowały się cztery sale dla położnic, z czego trzy w systemie „matka z dzieckiem”. Zgodnie z wymogiem określonym w pkt. III ust. 1 załącznika nr 1 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r., przeznaczone były one dla dwóch matek i dwóch noworodków, z możliwością wstawienia trzeciego łóżeczka dla noworodka (była to sala dla jednej matki i dwie sale „podwójne”). Jedna z sal była zaś wyposażona w trzy łóżka dla pacjentek, co szczegółowo opisano w dalszej części wystąpienia pokontrolnego, w sekcji „Ustalone nieprawidłowości”. Pokoje te wyposażone były w węzły sanitarne (ubikacja, prysznic), w których pacjentka mogła się przebrać lub wykapać. Okna wszystkich pomieszczeń wyposażone były w rolety. Drzwi do sali przygotowawczej i USG, do sal porodowych oraz sal położnic opatrzone były tabliczkami z napisem „Każda pacjentka w naszym oddziale ma prawo do pełnej intymności”. W dniu przeprowadzania oględzin stwierdzono, że w pomieszczeniach Oddziału zachowano porządek i czystość. Na korytarzach, w salach porodowych, w salach położnic znajdowały się plakaty propagujące karmienie piersią i wykonywanie ćwiczeń pozwalających powrócić do sprawności po porodzie fizjologicznym. Personel Oddziału, zgodnie z art. 36 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej, nosił identyfikatory, na których znajdowało się logo Szpitala, imię i nazwisko pracownika oraz jego stanowisko (szerzej na ten temat w dalszej części wystąpienia pokontrolnego, w sekcji „Uwagi dotyczące badanej działalności”).

(dowód: akta kontroli str. 176-213)

Ustalone nieprawidłowości

W działalności Szpitala w przedstawionym wyżej zakresie stwierdzono następujące nieprawidłowości:

1. Jedna z sal położnic urządzona była w systemie „matka z dzieckiem” dla trzech pacjentek, czym naruszono pkt. III ust. 1 załącznika nr 1 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r., zgodnie z którym sala położnic maksymalnie może być przeznaczona dla dwóch matek z dziećmi, z możliwością dostawienia trzeciego łóżeczka dla noworodka. Zmiany tego stanu na zgodny z rozporządzeniem Ministra Zdrowia nie ujęto w planie dostosowawczym Oddziału, mimo wymogu określonego w art. 207 ust. 1 i 2 ustawy o działalności leczniczej. Z wyjaśnień położnej oddziałowej wynika, że trzecie łóżko w tej sali było wykorzystywane sporadycznie.

(dowód: akta kontroli str. 176-213 i 233)

Dyrektor SP ZOZ wyjaśnił, że trzecie łóżko, znajdujące się w sali w trakcie oględzin było tzw. łóżkiem rotacyjnym, które w tym czasie przekazane zostało do Oddziału po przebytych procesie dezynfekcji. Zgodnie z przyjętą w Oddziale praktyką, tego typu łóżka przetrzymywane są w sali, która aktualnie nie jest zajmowana przez pacjentki. W sytuacji gdy wszystkie sale łóżkowe są zajęte, zdezynfekowane łóżka przechowywane są poza Oddziałem.

(dowód: akta kontroli str. 235-237)

¹² Inne odstępstwa od wymagań wskazanych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r. objęte programem dostosowawczym dotyczyły niektórych pomieszczeń Oddziału, w tym: zakupu i montażu dozowników i pojemników na ręczniki, wyłożenia podłogi materiałem spełniającym wymagania i wykonania połączenia ze ścianą w sposób umożliwiający jego mycie i dezynfekcję, ułożenie glazury na całej wysokości ścian, doprowadzenie instalacji wentylacji nawiewno-wywiewnej, dostosowanie pomieszczenia higieniczno-sanitarnego dla pacjentek niepełnosprawnych, zamontowanie baterii uruchamianej bez kontaktu z dłońią. Termin wykonania do 31 grudnia 2016 r.

Jak wyjaśniła położna oddziałowa, trzecie łóżko w sali było jednak sporadycznie wykorzystywane. (dowód: akta kontroli str. 230-233)

2. Fotel ginekologiczny (pok. 143), wannę w sali porodowej nr 138 oraz łóżko porodowe w sali nr 111 usytuowano na wprost drzwi wejściowych, w sposób niezapewniający zachowania prawa pacjentki do intymności i godności podczas udzielania świadczeń zdrowotnych, wyrażonego w art. 20 ust. 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta¹³.

Koordinator Oddziału wyjaśnił, że planowany jest remont Oddziału, po którym wszystko będzie zgodne z zasadą poszanowania warunków do intymności. Dyrektor SP ZOZ wyjaśnił, że wszystkie ww. pomieszczenia zlokalizowane są w obrębie traktu porodowego, do którego dostęp osób postronnych jest zminimalizowany. Zdaniem Dyrektora, warunki intymności były zapewnione, zaś w najbliższym czasie pomieszczenia zostaną wyposażone w zasłony, dzięki którym poziom intymności będzie zwiększony. (dowód: akta kontroli str. 301, 520-522)

Uwagi dotyczące
badanej działalności

Najwyższa Izba Kontroli zwraca uwagę, że personel Oddziału nosił identyfikatory o wymiarach: szerokość 17 mm i długość 70 mm, na których znajdowało się logo Szpitala, imię i nazwisko pracownika oraz jego stanowisko. W ocenie NIK identyfikatory te są zbyt małe i z tego powodu nieczytelne.

Dyrektor SP ZOZ wyjaśnił, że identyfikatory zamówiono w oparciu o wzór zaoferowany przez działający w Hajnówce zakład grawerski, zaś istotny wpływ na taki wybór miało kryterium kosztowe. Obecnie personel Szpitala zaopatrywany jest w identyfikatory bardziej widoczne i czytelne, przygotowywane przez SP ZOZ we własnym zakresie.

(dowód: akta kontroli str. 520-522)

1.4. Organizacja udzielania świadczeń opieki zdrowotnej

Opis stanu
faktycznego

W Szpitalu opracowano i zatwierdzono do stosowania (22 października 2012 r.) „Księgę procedur położniczych”. Podstawą opracowania dokumentu była literatura fachowa (głównie z zakresu pielęgniarstwa) oraz przepisy prawa, w tym rozporządzenie w sprawie standardów opieki okołoporodowej oraz ustawa o prawach pacjenta. Z „Księgi procedur położniczych” wynika, że standardem postępowania personelu medycznego jest troskliwa i profesjonalna opieka nad pacjentką od przyjęcia do Oddziału do jego opuszczenia. W dniu 17 września 2015 r. dodano do niej rozdział „Wsparcie psychologiczne kobiet w okresie okołoporodowym” oraz „Procedura nawiązania i podtrzymywania kontaktu z rodzącą, położnicą, rodziną”, których celem jest rozpoznanie ewentualnych zaburzeń emocjonalnych, zapobieganie zaburzeniom oraz udzielenie wsparcia kobietom w okresie okołoporodowym.

(dowód: akta kontroli str. 244-274)

W okresie objętym kontrolą podczas porodów nie doszło do zgonów kobiet lub noworodków. W związku z przebiegiem porodu Oddział przekazał do szpitali o wyższym poziomie referencyjności 26 pacjentek (po pięć w 2013 roku i 2015 roku oraz 16 w 2014 roku). Nie opracowano procedur przekazywania pacjentek. Koordynator Oddziału wyjaśnił, że: „Po rozpoznaniu w Oddziale patologii ciąży podejmowana jest decyzja o odesłaniu pacjentki do szpitala o wyższym stopniu referencyjności. Do godziny 15 w dni powszednie decyduje o tym lekarz opiekujący się w porozumieniu ze mną. Po południu, w nocy i w dni świąteczne decyduje o tym lekarz dyżurny, a w skomplikowanych przypadkach po telefonicznym uzgodnieniu ze mną. Przeprowadzana jest rozmowa telefoniczna z lekarzem z ośrodka wyższego stopnia, przedstawiana jest sytuacja. Po wyrażeniu zgody przez tego lekarza wzywany jest transport medyczny (przeważnie z lekarzem). Nie ma znaczenia czy jest to w dzień, czy w nocy. Wadą systemu jest brak szybkiej ścieżki – np. numer telefonu alarmowego do lekarza decydującego o przyjęciu pacjentki, zaś po uzyskaniu takiej zgody trudność z przewiezieniem pacjentki (ambulans, śmigłowiec)”.

(dowód: akta kontroli str. 6, 277)

¹³ Dz. U. z 2012 r., poz. 159 ze zm. Ustawa zwana dalej „ustawą o prawach pacjenta”.

W okresie objętym kontrolą nie zapewniono pacjentkom możliwości korzystania z dodatkowej opieki pielęgnacyjnej określonej w art. 34 ustawy o prawach pacjenta¹⁴, co szerzej omówiono w dalszej części wystąpienia pokontrolnego, w sekcji „Ustalone nieprawidłowości”.

Pacjentki rodzące w Oddziale miały możliwość skorzystania z pomocy psychologów udzielających świadczeń w m.in. w Poradni Zdrowia Psychicznego i w Oddziale Psychiatrycznym (zatrudniano pięciu psychologów w wymiarze 4,5 etatu). Z wyjaśnień położnej oddziałowej wynika, że pacjentki korzystały z takich świadczeń, lecz nie wiadomo ile było takich przypadków. Położna oddziałowa wyjaśniła, że: „Z własnej inicjatywy proponujemy skorzystanie z takiej pomocy po poronieniach. Także jeśli widzimy, że z pacjentką dzieje się coś niepokojącego, wówczas proponujemy jej pomoc (pacjentka płacziwa, rozdrażniona). Po psychologa dzwoniemy do Poradni zdrowia psychicznego (w godzinach zwykłej ordynacji) lub na oddział psychiatryczny”.

(dowód: akta kontroli str. 278-289 i 299)

Ustalone
nieprawidłowości

W działalności Szpitala w przedstawionym wyżej zakresie stwierdzono nieprawidłowość, polegającą na braku możliwości korzystania przez pacjentki z dodatkowej opieki pielęgnacyjnej. Koordynator Oddziału wyjaśnił, że nie było przypadku aby pacjentka zgłosiła potrzebę dodatkowej opieki. Gdyby doszło do takiej sytuacji, przekazałby sprawę do Dyrektora SP ZOZ, bowiem nie ma w Szpitalu procedury postępowania w takim przypadku. Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że informacja o prawach wynikających z ww. ustawy znajduje się w ogólnej informacji, którą pacjentka uzyskuje podczas przyjmowania do Szpitala. Dotychczas żadna z pacjentek nie zadeklarowała woli skorzystania z takiej możliwości.

(dowód: akta kontroli str. 301, 309, 520-521)

1.5. Sytuacja finansowa SP ZOZ oraz Oddziału

Opis stanu
faktycznego

Przychody netto ze sprzedaży oraz zrównane z nimi wyniosły w kolejnych z lat 2013–2015 (do końca lipca) 56.208,6 tys. zł, 54.111,2 tys. zł i 29.623,2 tys. zł, zaś koszty działalności operacyjnej 53.514,8 tys. zł, 54.170,0 i 32.173,4 tys. zł. W okresie tym działalność Szpitala zamknęła się zyskiem netto w wysokości 3.193,6 tys. zł za 2013 rok i 944,3 tys. zł za 2014 rok. Za styczeń–lipiec 2015 roku Szpital odnotował stratę w wysokości 1.616,4 tys. zł. SP ZOZ nie posiadał zobowiązań wymagalnych.

(dowód: akta kontroli str. 290-298)

W 2013 roku SP ZOZ nie wykonywał zakładanej w umowach z POW NFZ ilości świadczeń zdrowotnych z zakresu hospitalizacja – położnictwo i ginekologia (procedury N01, N20). Pierwotna umowa na 2013 rok zakładała realizację 7203 pkt., wykonano zaś 6.963 (96,7%). W 2014 roku wykonano 7.560 pkt., tj. o 9% więcej od ustalonej w pierwotnej umowie (po podpisaniu aneksu do umowy, POW NFZ opłacił wszystkie świadczenia). Na 2015 rok założono realizację 7.199 pkt., a do końca sierpnia zrealizowano 4.690 pkt.

(dowód: akta kontroli str. 303-306)

Przychody z działalności Oddziału wyniosły 1.933,3 tys. zł w 2013 roku, 1.734,5 tys. zł w 2014 roku i 980,8 tys. zł od stycznia do lipca 2015 roku. Nie równoważyły one ponoszonych kosztów (odpowiednio 2.945,3 tys. zł, 2.852,3 tys. zł i 1.627,4 tys. zł), skutkiem czego wynik finansowy był ujemny i wynosił 1.012 tys. zł w 2013 roku, 1.117,8 tys. zł w 2014 roku i 646,6 tys. zł za styczeń–lipiec 2015 roku. W SP ZOZ nie analizowano opłacalności (kosztów) porodów fizjologicznych i w drodze c. c. Dyrektor i główna księgowa SP ZOZ wyjaśnili, że w Szpitalu analizowane są koszty bezpośrednie danego oddziału, które są ustalane w oparciu m.in. o wartość zużytych leków i materiałów medycznych, wartość zleconych badań, kosztów osobowych. Koszty pośrednie zaliczane są na poczet poszczególnych oddziałów wg stosowanych w SP ZOZ algorytmów ich podziału.

(dowód: akta kontroli str. 307-309, 520-523)

Sporządzone na potrzeby kontroli NIK kalkulacje wykazały, że w 2013 roku koszt porodu fizjologicznego wynosił 1.990,55 zł, zaś w drodze c. c. 2.986,17 zł. W 2014 roku natomiast odpowiednio 1.853,05 zł i 2.746,93 zł, a w 2015 roku kolejno 2.040,77 zł i 3.185,84 zł.

¹⁴ Stosownie do powołanego przepisu, przez dodatkową opiekę pielęgnacyjną, rozumie się opiekę, która nie polega na udzielaniu świadczeń zdrowotnych, w tym także opiekę sprawowaną nad pacjentką w warunkach ciąży, porodu i pogoju.

Ustalone nieprawidłowości	Do 30 czerwca 2015 roku opłata POW NFZ za poród fizjologiczny i w drodze c. c. była stała dla oddziału I poziomu referencyjnego i wynosiła 1.820 zł (35 pkt. x 52 zł). Tak więc koszty odbierania porodów fizjologicznych były od 33,05 zł do 220,77 zł wyższe w stosunku do wynagrodzenia uzyskiwanego z NFZ za tę procedurę i od 926,93 zł do 1.365,84 zł w przypadku porodów rozwiązywanych w drodze c. c. (dowód: akta kontroli str. 310-330) W działalności Szpitala w przedstawionym wyżej zakresie nie stwierdzono nieprawidłowości.
Opis stanu faktycznego	1.6. Pobieranie opłat od ubezpieczonych pacjentów W okresie objętym kontrolą w SP ZOZ nie przewidywano możliwości odpłatnego udzielania świadczeń zdrowotnych osobom ubezpieczonym za usługi finansowane ze środków publicznych. Nie były również pobierane dopłaty za wyższy standard świadczenia zdrowotnego. (dowód: akta kontroli str. 233, 309, 331-345, 520-523)
Ustalone nieprawidłowości	W działalności kontrolowanej jednostki w przedstawionym wyżej zakresie nie stwierdzono nieprawidłowości.
Ocena częściowa	Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie przygotowanie Oddziału do odbioru porodów i opieki nad noworodkami. Właściwie został zorganizowany proces udzielania świadczeń zdrowotnych, które były realizowane przez wykwalifikowany personel medyczny, zaś Oddział był wyposażony w niezbędny do tego sprzęt. Negatywnie NIK ocenia zbyt długi nieprzerwany czas pracy lekarzy, usytuowanie fotela ginekologicznego, wanny i jednego z łóżek porodowych w sposób niezapewniający pacjentkom prawa do intymności i godności, a także urządzenie jednej z sal położnic w systemie trzyłożkowym.
Opis stanu faktycznego	2. Przestrzeganie standardów opieki okołoporodowej i praw pacjenta 2.1. W okresie objętym kontrolą do SP ZOZ nie wpłynęły skargi związane z działalnością Oddziału. W okresie tym nie było zgonów noworodków oraz kobiet w związku z porodem. (dowód: akta kontroli str. 6-8) W latach 2010–2014 wzrastał w Oddziale odsetek porodów rozwiązanych w drodze c. c., odpowiednio z 35,7% do 48,6% (42,5% od stycznia do sierpnia 2015 roku), przy wskaźniku 10%–15% zalecanym przez Światową Organizację Zdrowia. Wyjaśniając przyczyny wzrostu odsetka porodów rozwiązanych c. c., koordynator Oddziału wyjaśnił, że często decyzje o zabiegu podejmowane były z obawy przed ewentualnymi skargami pacjentek z powodu nieprzeprowadzenia takiego zabiegu, naciskami rodzin. W 2014 roku w pracę położników wkraśla się pewna nerwowość spowodowana atakiem medialnym na ich środowisko. Prowadzona przez położną oddziałową analiza wykazuje, że w latach 2013–2015 spośród 242 porodów rozwiązanych c. c., 110 (45,5%) dotyczyło pierwiastek, 106 (43,8%) wieloródek, zaś dziewięć (3,7%) kobiet, które wcześniej urodziły w drodze c. c. (dowód: akta kontroli str. 448) W Oddziale sporadycznie stosowano znieczulenie podczas porodów fizjologicznych (dolargan). Nie stosowano znieczulenia zewnątrzoponowego, także po wprowadzeniu przez NFZ od 1 lipca 2015 r. dodatkowej opłaty za takie znieczulenie. Według wyjaśnień koordynatora Oddziału i Dyrektora Szpitala, brak znieczulania zewnątrzoponowego spowodowany jest brakiem anestezjologów. Być może po zakończeniu specjalizacji przez dwóch lekarzy obecnie zatrudnionych w SP ZOZ, w Oddziale będzie proponowane pacjentkom takie znieczulenie. (dowód: akta kontroli str. 237, 276) W latach 2013–2015 przy SP ZOZ funkcjonowała szkoła rodzenia, do której uczęszczało 121 kobiet, tj. 21,5% wszystkich rodzących w tym okresie (56 w 2013 roku, 34 w 2014 roku i 31 w 2015 roku). Z grupy objętej badaniem ankietowym, 16 pacjentek uczęszczało do szkoły rodzenia (16,2%), z tego osiem (12,3%), które urodziły dziecko w drodze c. c. Spośród pań uczęszczających do szkoły rodzenia, 12 urodziło pierwsze dziecko (75% uczestniczek szkoły). Spośród 92 respondentek, 69 dostarczyło do Szpitala plan porodu (75%), z których 22 (62,9%) urodziło w drodze c. c. Z informacji uzyskanych z gmin powiatu hajnowskiego wynika, że była to jedyna w powiecie szkoła rodzenia. Gminy z tego powiatu nie realizowały w okresie objętym kontrolą programów zdrowotnych dotyczących ochrony zdrowia i polityki prorodzinnej, polegających na organizowaniu szkół rodzenia. (dowód: akta kontroli str. 445-447, 499-500, 524, 569-570)

Szczegółową kontrolą objęto dokumentację medyczną 50 pacjentek (15,6%), które w latach 2013–2015 (do dnia kontroli) odbyły poród fizjologiczny oraz 50 pacjentek, które poród zakończyły w drodze c. c.¹⁵. Analiza dokumentacji porodów fizjologicznych wykazała, że u 15 pacjentek (30% z próby objętej kontrolą) nie stosowano żadnej z interwencji medycznych wymienionych w pkt. 11 standardów opieki okołoporodowej. Pozostałym:

- 21 (42%) pacjentkom podano oksytocynę w celu stymulacji porodu,
- 21 nacięto krocze,
- sześciu pacjentkom (12%) przebito pęcherz płodowy,
- czterem rodzącym podano dolargan – farmakologiczny środek przeciwbólowy.

(dowód: akta kontroli str. 346-447)

Stosownie do części I. ust. 1 załącznika do rozporządzenia w sprawie standardów opieki okołoporodowej, poszczególne elementy opieki medycznej mają na celu uzyskanie dobrego stanu zdrowia matki i dziecka, przy ograniczeniu do niezbędnego minimum interwencji medycznych, w szczególności amniotomii, stymulacji czynności skurczowej, podawania opioidów, nacięcia krocza, cięcia cesarskiego, podania noworodkowi mleka modyfikowanego, z uwzględnieniem zasad bezpieczeństwa zdrowotnego, w ramach których opieka opiera się na praktykach o udowodnionej skuteczności. Według wyjaśnień koordynatora Oddziału i położnej oddziałowej, każda interwencja medyczna podejmowana jest tylko w przypadku zaistnienia wskazań medycznych. Podawanie oksytocyny nie jest zabiegiem rutynowym. Świadczy o tym ewentualne zakładanie wenflonu dopiero na sali porodowej, po rozpoczętej akcji porodowej, gdy zachodziła potrzeba wynikająca z przebiegu porodu. W celu ochrony krocza stosowana była jałowa parafina. Do jego nacinania dochodziło w II fazie porodu, gdy zagrażało pęknięcie. Przebicie pęcherza płodowego także miało miejsce w II fazie porodu, gdy rodziła się główka noworodka, zaś pęcherz płodowy nadal był nienaruszony. Koordynator Oddziału ponadto wyjaśnił, że wraz z lekarzami codziennie analizowany był przebieg minionego dyżuru, w tym podjęte interwencje medyczne wobec rodzących pacjentek. Z analiz tych nie widać aby podejmowane były zbędne czynności – zawsze są wskazania. Nie widać nadmiernego szafowania tymi interwencjami.

(dowód: akta kontroli str. 230-232, 278-280, 301-302)

Zgodnie z rozporządzeniem w sprawie standardów opieki okołoporodowej, osoby sprawujące opiekę nad pacjentką, powinny każdorazowo uzyskać zgodę rodzącej na wykonanie wszelkich zabiegów i badań (wymóg części V ust. 2 pkt 6 załącznika do rozporządzenia). W SP ZOZ opracowano „Księgę procedur ogólnozakładowych”, która zawierała m.in. rozdział dotyczący uzyskiwania od pacjentów zgody na przyjęcie i leczenie w Szpitalu. Stosownie do procedury pacjentki zgłaszające się do Szpitala otrzymywały do podpisania „zgodę na przyjęcie do szpitala, wstępne badania diagnostyczne i działania terapeutyczne”. W razie konieczności wykonania zabiegu c. c. podpisywana była świadoma zgoda na operację. Formularz zawierał pouczenie o możliwych powikłaniach, zaś jako dające się przewidzieć następstwo zabiegu wymieniono wskazanie do kolejnego c. c. w przypadku następnej ciąży. Nie było natomiast pouczenia o możliwości wystąpienia niektórych chorób u dziecka narodzonego w drodze c. c., co przedstawiono w dalszej części wystąpienia pokontrolnego, w sekcji „Uwagi do badanej działalności”. Ponadto pacjentki podpisywały zgodę na zastosowanie znieczulenia oraz zgodę na założenie cewnika Foleya. W dokumentacji wszystkich 50 pacjentek znajdowały się ww. zgody.

(dowód: akta kontroli str. 449-498, 501-519)

W SP ZOZ nie pobierano zgody na piśmie od pacjentek na stosowanie interwencji medycznych, polegających na stymulacji porodu, nacinaniu krocza lub przebicciu pęcherza płodowego (wyjątkiem była pisemna zgoda jednej pacjentki na nacięcie krocza, którą wyrażono na formularzu ISO/11i, dotyczącym zgody na założenie cewnika Foleya). Ponadto funkcjonujący w Oddziale formularz planu porodu zawierał rubrykę, w której pacjentka mogła wyrazić swoją wolę m.in. w sprawie stymulacji porodu, ochrony krocza, pisemnej zgody na nacięcie krocza.

(dowód: akta kontroli str. 234)

¹⁵ Wylosowano po 20 dokumentacji z 2013 roku i 2014 roku oraz 10 z 2015 roku spośród pacjentek, które wcześniej wylosowano do badania ankietowego.

Spośród 21 pacjentek, którym nacięto krocze i 21, którym podano oksytocynę w celu stymulacji porodu (z 50, których dokumentację medyczną poddano analizie), odpowiednio 13 i 17 wyraziło na to zgodę w planie porodu. Z kolei 31 pacjentkom wkłucie do żyły obwodowej (wenflon) wykonano już po rozpoczęciu akcji porodowej (podawano oksytocynę, NaCl lub antybiotyk), pięciu przed rozpoczęciem I fazy porodu (było to spowodowane koniecznością podania leku, ewentualnie próbą indukcji porodu), zaś 14 kolejnym nie wykonywano takiego wkłucia. Według wyjaśnień koordynatora Oddziału i położnej oddziałowej, nie pobierano zgód przed porodem, bowiem trudno jest wtedy ocenić, czy taki zabieg będzie potrzebny. Podczas porodu sytuacja jest dynamiczna i nie ma czasu ani miejsca na pobieranie zgody na piśmie. Zawsze jest pobierana zgoda ustna.

(dowód: akta kontroli str. 278-280, 300-302, 346-444)

Z badania ankietowego wynika, że 40 pacjentkom (spośród 66, które zaznaczyły jakąkolwiek odpowiedź) nacięto krocze, a 21 z nich (52,5%) było pytanych o zgodę na ten zabieg. Koordynator Oddziału wyjaśnił, że „Nie ma nacinania krocza bez co najmniej ustnej zgody na ten zabieg. Być może pacjentki nie pamiętają o tym, że się zgodziły”. Dyrektor SP ZOZ wyjaśnił, że: „Nacięcie krocza u rodzących kobiet jest stosowane wyłącznie ze wskazań medycznych i warunkowane jest przebiegiem porodu. Przed podjęciem decyzji o zastosowaniu nacięcia każda pacjentka jest o tym informowana i każdorazowo wyraża na to swoją ustną zgodę. Tego typu forma wyrażenia zgody akceptowana jest przez pacjentki w planie porodu”.

(dowód: akta kontroli str. 557, 568)

Analiza dokumentacji porodów fizjologicznych wykazała również, że:

- 29 porodów (58%) odbyło się w obecności osoby bliskiej (porody rodzinne),
- 41 pacjentek (82%) dołączyło do dokumentacji medycznej plan porodu,
- 44 pacjentki (88%) korzystały z niefarmakologicznych form łagodzenia bólu (pilka, masaż, prysznic, wanna, worek sako, drabinka), zaś trzy nie korzystały z tych udogodnień, gdyż poród odbył się bardzo szybko. W dokumentacji pozostałych trzech pacjentek nie odnotowano korzystania z żadnych ww. form łagodzenia bólu. Korzystanie z tych udogodnień potwierdzają wyniki badania ankietowego przeprowadzonego przez NIK. Problematykę odnotowywania w dokumentacji medycznej informacji o rozwiązaniu porodu w pozycji wertykalnej omówiono w dalszej części wystąpienia pokontrolnego, w sekcji „Uwagi dotyczące badanej działalności”.

U wszystkich pacjentek wykonywano m.in. niżej wymienione czynności wymagane rozporządzeniem w sprawie standardów opieki okołoporodowej:

1. W pierwszym etapie porodu zakładano i prowadzono kartę obserwacji porodu, przeprowadzano wywiad ogólny i ginekologiczny (informacje o przebiegu obecnej ciąży, przebytych ciążach i porodach, powikłaniach z nimi związanych oraz rozwoju dzieci), oceniano położenia płodu i zaawansowania porodu oraz czynności skurczowe mięśnia macicy i ciągłość pęcherza płodowego, przeprowadzano badanie kardiotokograficzne.
2. W drugim etapie dokonywano oceny ogólnego stanu rodzącej, czynności skurczowej mięśnia macicy, przygotowywano się do przyjęcia porodu zgodnie z zasadami aseptyki i antyseptyki, współpracowano z rodzącą w celu przyjęcia dogodnej dla niej pozycji.
3. W trzecim etapie porodu dokonywano oceny stanu ogólnego rodzącej, oznakowania noworodka przed jego odpępnieniem, podawano leki, oceniano: stan noworodka, tkanki miękkie kanału rodnego, rozległość nacięcia krocza, krwawienie z dróg rodnych i stopień jego nasilenia, objawy oddzielenia i wydalenia łożyska oraz kompletności popłodu i ilość utraconej krwi. Obserwowano również przebieg kontaktu „skóra do skóry” oraz udzielano pomocy w przystawieniu noworodka do piersi (o ile stan ogólny dziecka i matki na to pozwalał).
4. W czwartym etapie porodu miała miejsce ocena stanu ogólnego pacjentki, zaś w razie konieczności opatrywano rany chirurgicznie w obrębie kanału rodnego. Przeprowadzano również instruktaż prawidłowego przystawiania noworodka do piersi i udzielano pomocy w tym zakresie.

Analiza dokumentacji medycznej 50 pacjentek (20,7%), które w latach 2013–2015 (do dnia kontroli) odbyły poród w drodze c. c. wykazała, że:

- 27 z tych porodów (54%) poprzedzono próbą porodu fizjologicznego, zaś 19 z nich odbywało się jako porody rodzinne,
- z planami porodu zgłosiło się na Oddział 27 pacjentek,
- wszystkim pacjentkom w I fazie porodu wykonywano czynności wymagane rozporządzeniem w sprawie standardów opieki okołoporodowej, w tym m.in.:
 - zakładano i prowadzono kartę obserwacji porodu,
 - przeprowadzano wywiad ogólny i ginekologiczny (informacje o przebiegu obecnej ciąży, przebytych ciążach i porodach, powikłaniach z nimi związanych oraz rozwoju dzieci),
 - oceniano położenie płodu i zaawansowanie porodu,
 - przeprowadzano badanie kardiotokograficzne.

Nie udokumentowano wykonania niektórych czynności wymaganych rozporządzeniem w sprawie standardów opieki okołoporodowej, co szczegółowo opisano w dalszej części wystąpienia pokontrolnego, w sekcji „Ustalone nieprawidłowości”.

Wskazaniem do zabiegu c. c. był głównie wcześniejszy poród odbyty tą drogą (17 pacjentek), brak postępu porodu wraz z innymi czynnikami (16 pacjentek), inne okoliczności wskazujące na konieczność wykonania zabiegu (np. złe ułożenie płodu). W dwóch przypadkach powodem c. c. były zaświadczenia od lekarzy specjalistów, w których wskazywano taką drogę rozwiązania ciąży (wystawione przez ortopedę i neurologa w obu przypadkach). W żadnym z porodów nie doszło wcześniej do przebicia pęcherza płodowego oraz do zakażenia pacjentki. We wszystkich porodach zastosowano znieczulenie podpajęczynówkowe. (dowód: akta kontroli str. 449-500)

Z badania ankietowego pacjentek, które urodziły w drodze c. c. wynika, że 29 (spośród 35, tj. 82,9%) było wcześniej pytanych o zgodę na ten zabieg, zaś siedem z nich (20%) przyznało, że poród tą drogą odbył się na ich życzenie. Koordynator Oddziału nie zgodził się z tą opinią, wskazując, że zawsze w dokumentacji medycznej są zawarte wskazania medyczne do tego zabiegu, dodając, że: *„Może wskazania medyczne były zgodne z ich życzeniami i dlatego zaznaczyły taką odpowiedź”*. Dyrektor SP ZOZ wyjaśnił, że c. c. stosowane są wyłącznie ze wskazań medycznych.

(dowód: akta kontroli str. 542-548, 557, 568)

W próbie dokumentacji medycznej objętej analizą dziewięciorgu noworodkom (9% próby) podawane było mleko modyfikowane Bebiko 1, w tym czworgu urodzonym drogami natury i pięciorgu w drodze c. c. Dzieci te były czasowo dokarmiane mlekiem modyfikowanym, zaś wskazaniem do tego był spadek masy ciała i problemy ze ssaniem. W jednym przypadku powodem była choroba matki, którą z powodu choroby zakaźnej przekazano do innego szpitala, a w innym był brak mleka matki dla urodzonych bliźniąt.

(dowód: akta kontroli str. 529-530)

W Oddziale znajdowały się dwa laktatory. Nie było oddzielnej lodówki do przechowywania odciągniętego mleka matek. W razie potrzeby mleko do 12 godzin było przechowywane w lodówce przeznaczonej do przechowywania leków. W razie „nawału mleka” i zagrożeniu przekroczenia 12 godzinnego okresu przechowywania tego pokarmu, mleko wydawano osobom bliskim pacjentce, do przechowania w domu. (dowód: akta kontroli str. 217, 579)

Wyniki ankiet wskazują, że tylko jedna pacjentka (spośród 100 respondentek) przed wyjściem ze Szpitala przestała karmić piersią, 85 matkom (85%) pokazano jak przystawić dziecko do piersi, zaś 21 noworodkom pacjentek podawane było mleko modyfikowane (21%), z tego 12, które urodziły w drodze c. c. (dowód: akta kontroli str. 535-548)

W okresie objętym kontrolą z apteki SP ZOZ na Oddział wydano 850 g mleka w proszku Nutramigen, 800 g mleka w proszku PreNan oraz 912 fl. mleka Bebiko 1 w płynie (jednorazowe buteleczki o pojemności 90 ml). Mleko Bebiko 1 kupowane było w PGF Urtica Sp. z o.o. w cenie 0,05 zł za buteleczkę do 22 czerwca 2015 r. i po 0,10 zł od 23 czerwca 2015 r. Według wyjaśnień lekarza neonatologa: *„Zgodnie ze standardem Szpitala Przyjaznego Dziecku zasadą jest karmienie piersią od sali porodowej. Dokarmiamy dzieci z niską masą urodzeniową, wcześniej urodzone, bowiem zdarza się, że takie dziecko*

nieefektywnie ssie i nie najada się. Jeśli matka jest w stanie ściągnąć pokarm z piersi to podajemy takie mleko. W sytuacji gdy nie ma pokarmu to podajemy mleko sztuczne. Nie mamy możliwości pozyskania mleka z banku mleka – najbliższy jest w Warszawie, a więc bardzo daleko. Nie практикуjemy podawania noworodkom mleka od innych dawczyń z oddziału, bowiem matki takie mają za mało pokarmu – wystarczy go dla własnego dziecka. Matki te leżą zbyt krótko, w ciągu 3 dni na ogół wychodzą do domu. Zaraz po porodzie matka ma niewielką ilość mleka, która wzrasta wraz z upływem dni i apetytu własnego dziecka. Ponadto w naszym Szpitalu nie ma możliwości przebadania mleka pod kątem podawania go innemu dziecku. Nutramigen stosujemy rzadko – podaje się jeśli matka ma alergię na mleko a noworodek wymaga dokarmienia. PreNan jest mlekiem dla noworodków z niską masą urodzeniową i wcześniaków – rzadko jest stosowany u nas. Bebiko 1 stosowane jest dla donoszonych, zdrowych noworodków wymagających dokarmienia. Preparaty są podawane po wydaniu zalecenia wpisanego do karty zleceń. Preparatu nie podajemy na sali położnic, ze względu na inne mamy – nie chcemy żeby one to widziały. Mamy na Oddziale wyznaczone miejsce do podawania preparatu. Matka nie widzi jak podajemy preparat, chyba że wymaga przyuczenia do podawania takiego preparatu – a wymaga przyuczenia bo np. nie chce karmić piersią lub przyjmuje leki, które są przeciwwskazaniem. Zdarza się też, że noworodka nie można karmić mlekiem matki z powodu jej choroby". Pielęgniarka koordynująca wyjaśniła, że: „Jeżeli dochodzi do konieczności karmienia takim mlekiem lub dokarmiania, robi to pielęgniarka lub położna. Na ogół wówczas dziecko jest zabierane od matki na czas karmienia. W sytuacji gdy matka odmawia karmienia piersią, wówczas szkolimy matkę jak przygotować mleko, jak je podawać i jak postępować po nakarmieniu. Robimy to tak, żeby inna matka tego nie widziała. Najczęściej podajemy mleko w opakowaniach jednorazowych, bo jest najłatwiejsze do przygotowania. Mleko podajemy łyżeczką, kieliszkiem, sondą – unikamy podawania mleka smoczkami. Mleka z 90 ml buteleczki nie rozdzielamy na porcje. To czego dziecko nie zje zostaje wyrzucone. Na naszym Oddziale nie ma reklam, materiałów informacyjnych na temat mleka modyfikowanego. Jeżeli matka pyta o rodzaj mleka podawanego dziecku, wówczas ją informujemy, że jest to np. Bebiko. Jest to również podawane przy wypisie (w karcie informacyjnej). Etykieta z buteleczki jednorazowej nie jest zakrywana lub zrywana. Jak już mówiłam, co do zasady karmimy mlekiem poza pokojem, w którym przebywa matka.

(dowód: akta kontroli str. 525-528)

2.2. Przeprowadzone przez NIK badanie ankietowe wykazało, że respondenci wysoko ocenili umiejętności zawodowe i ich traktowanie przez personel medyczny. I tak:

- 94,8% z nich miało zaufanie do umiejętności zawodowych lekarzy i położnych, zaś 93,8% miało poczucie bezpieczeństwa w Szpitalu,
- 90,9% ankietowanych uznało, że były traktowane z szacunkiem przez osobę prowadzącą poród, a 89,9% także przez pozostały personel medyczny,
- 91,7% respondentek stwierdziło, że było respektowane ich prawo do prywatności i intymności,
- 80,2% ankietowanych oceniło bardzo dobrze i dobrze troskliwość i okazywanie im szacunku,
- 88,9% ankietowanych od razu po porodzie było poinformowane o stanie noworodka, zaś podczas pobytu w szpitalu 90,9% wystarczająco było informowane o stanie noworodka, a 90,9% o sposobie karmienia piersią; 90,8% respondentek stwierdziło, że stan noworodka był oceniany zaraz po urodzeniu i w ich obecności,
- 95,4% ankietowanych pacjentek rodzących drogami natury stwierdziło, że po porodzie miało nieprzerwany kontakt z noworodkiem „skóra do skóry”.

Gorzej zostały ocenione niżej wymienione działania związane z porodem.

- Tylko 12 pacjentek rodzących drogami natury (spośród 64, które udzieliły odpowiedzi) mogło wybrać miejsce porodu. Poród odbywał się na łóżku porodowym (96,9% ankietowanych), a w dwóch przypadkach na krześle porodowym.
- 57 pacjentek (87,7%) rodziło drogami natury w pozycji leżącej, zaś osiem w innej pozycji. Tylko 15 (spośród 63) kobiet mogło wybrać pozycję, w jakiej będzie rodziło

(25%). Koordynator Oddziału wyjaśnił, że nie zgadza się z tymi opiniami. Miejsca do porodu są widoczne w sali porodowej i można z nich korzystać. Pacjentki mogły je wybierać, lecz zapewne nie zgłaszały takich potrzeb. Również Dyrektor SP ZOZ wyjaśnił, że pacjentki mają do dyspozycji różne wyposażenie i jeśli wyrazi takie życzenie, to jej oczekiwania są zazwyczaj spełniane, pod warunkiem że nie ma ku temu przeciwwskazań zdrowotnych.

- Spośród 17 pacjentek, które prosiły podczas porodu fizjologicznego o podanie znieczulenia, tylko dwie otrzymały taką pomoc, która w ich ocenie nie była skuteczna. Koordynator Oddziału wyjaśnił, że środki farmakologiczne mogą być podawane tylko w określonych sytuacjach, i w tych przypadkach zapewne nie można było ich podać. Dolargan, który był podawany ma za zadanie złagodzić ból, a nie jego zupełną likwidację – stąd brak skuteczności środka przeciwbólowego. Dyrektor SP ZOZ wyjaśnił, że w praktyce oddziału stosowana jest peptydyna, która nie jest lekiem zupełnie bezpiecznym i jego podawanie podlega ograniczeniom.
- Tylko 19 (spośród 99, tj. 21,1%) rodzących stwierdziło, że mogły wybrać osobę prowadzącą poród (takie prawo wynika z części I ust. 12 pkt 3 załącznika do rozporządzenia w sprawie standardów opieki okołoporodowej). Z wyjaśnień koordynatora Oddziału wynika, że wszyscy lekarze mają przydzielone obowiązki, więc do odbierania porodów wyznaczany jest jeden lekarz, chyba że jest to poród skomplikowany i wówczas przy porodzie jest ich więcej. Zwyczajem jest, że do prowadzenia porodu wyznaczany jest ten lekarz, który prowadził ciążę. Dyrektor SP ZOZ wyjaśnił, że porody w Oddziale przyjmowane są przez personel zgodnie z ustalonym harmonogramem. Dodał, że dotychczas żadna z pacjentek nie formułowała oczekiwań odnośnie indywidualnego wyboru osoby prowadzącej poród.
- 29 pacjentek (29%) uznało, że nie były wystarczająco informowane przez osobę prowadzącą poród o stanie zdrowia i zagrożeniach ciąży. Koordynator Oddziału nie zgodził się z taką oceną. Wyjaśnił, że pacjentka podczas przyjmowania do Szpitala jest badana i podczas rozmowy z lekarzem dowiadywała się podstawowych rzeczy o stanie swojego zdrowia. Nie wszystkie informacje są lekarzowi znane na etapie przyjmowania do Szpitala, część informacji o ewentualnych patologiach jest poznawana podczas pobytu w Oddziale po wykonaniu dokładniejszych badań. Dyrektor SP ZOZ wyjaśnił, że każda nowopryjmowana pacjentka jest informowana o stanie zdrowia zgodnie z wstępnym zdiagnozowaniem.
- 37 kobiet (37,4%) stwierdziło, że niewystarczająco objaśniono jak będzie przebiegał poród. Koordynator Oddziału wyjaśnił, że pacjentki podczas przyjmowania do Szpitala zapoznawaly się z dokumentacją, w której dane te były zamieszczone. Potwierdzały to nawet swoim podpisem. Ponadto miały możliwość zapoznania się z przebiegiem porodu w szkole rodzenia, na stronie internetowej Szpitala, forach internetowych. Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że z każdą pacjentką na sali porodowej prowadzona jest rozmowa, podczas której jest ona informowana o przebiegu porodu. Przekazanie tej informacji jest potwierdzane podpisem pacjentki.
- 19 pacjentek (19,1%) podczas pobytu w szpitalu niewystarczająco było informowanych o swoim stanie zdrowia, zaś 24 (24,2%) o stanie zdrowia dziecka przed porodem. Koordynator Oddziału stwierdził, że odpowiedzi te są dziwne, bowiem codziennie odbywają się dwa obchody, podczas których pacjentka zgłasza dolegliwości, może zadawać pytania dotyczące stanu swojego zdrowia oraz jest informowana przez zespół leczący o planowanym postępowaniu. Natomiast podczas porodu pacjentka jest w centrum wydarzeń, wszystko słyszy i może zadawać pytania. Dyrektor SP ZOZ wyjaśnił, że pacjentki są informowane na bieżąco o stanie zdrowia ich i noworodka.

(dowód: akta kontroli str. 555-557, 565-567)

W opinii koordynatora Oddziału barierą w stosowaniu standardów opieki okołoporodowej był brak wzorów dokumentów, które należałoby prowadzić w związku z tym rozporządzeniem. W tej sytuacji wdrożenie przepisu następowało intuicyjnie. Barierą są też koszty funkcjonowania Oddziału (konieczność ich minimalizowania). Zmianie powinien ulec sposób finansowania świadczeń. Zredukowana powinna być konieczność dokumentowania rzeczy

oczywistych, np. nie golenie krocza, pozostawanie w stałym kontakcie z rodzącą. Według położnej oddziałowej, w latach 2013–2015 nie występowały problemy lub bariery „w stosowaniu standardów opieki okołoporodowej. *Żle interpretowałam niektóre zapisy w rozporządzeniu i z tego powodu nie dokumentowaliśmy niektórych punktów (albo były zbyt oczywiste).*” Dyrektor SP ZOZ nie zauważył jakichkolwiek problemów i barier w stosowaniu standardów opieki okołoporodowej, nie ma też uwag dotyczących ewentualnych zmian w obowiązującym rozporządzeniu w sprawie standardów opieki okołoporodowej. (dowód: akta kontroli str. 520, 555, 562)

2.3. W okresie objętym kontrolą pacjentki hospitalizowane w Oddziale otrzymywały próbki reklamowe produktów do pielęgnacji niemowląt oraz materiały reklamowe. Według wyjaśnień położnej oddziałowej na Oddział od około 10 lat dostarczane były paczki: „Dzidziuś” oraz „Niebieskie pudełko”. „Z napisu na paczce „Niebieskie pudełko” wynika, że znajdujące się w niej produkty zostały pozytywnie zweryfikowane przez Naczelną Radę Pielęgniarek i Położnych. Znajduje się też zachęta, aby zeskanować kod z pudełka, aby otrzymywać kolejne prezenty. „Niebieskie pudełko” przywozi przedstawiciel firmy, zaś „Dzidziuś” kurier. Liczba paczek jest ustalana przez dostawców na podstawie liczby porodów. Paczki trafiają na Oddział bezpośrednio od dostawców. Wraz z paczkami dostarczane były ankiety do wypełnienia przez matki. Matki, które wypełniły ankiety dostawiały je w oddziale, zaś położna oddziałowa wkładała je do zaadresowanych kopert dostarczonych przez te firmy. Było to robione na prośbę dostawców, którą wyrazili na początku współpracy – było to dawno, nie pamiętam szczegółów. Od ok. połowy 2014 r. – po tym gdy dowiedziałam się z internetu, że dochodziło do nieprawidłowości związanych z tymi ankietami, nie rozdaję pacjentkom ankiet. Poinformowałam o tym obie firmy. Mimo tego paczki nadal są nam dostarczane. W paczkach znajdują się: „Dzidziuś”: osłonka przeciwsłoneczna na okno samochodowe, próbka maści ochronnej dla noworodków, próbka proszku do prania JELP, i jednorazowa pieluszka Dada, próbka linomagu, próbka olejku do kąpieli dla niemowląt wraz z płytą CD o udzielaniu pierwszej pomocy niemowlętom. „Niebieskie pudełko”: m.in. jednorazowa pieluszka „Pampers”, próbki olejku myjącego, próbka płynu do płukania prania, niegazowana woda źródlana, sudocrem”.

(dowód: akta kontroli str. 233)

Z badania ankietowego NIK wynika, że 55 (spośród 98) pacjentek, podczas pobytu w Szpitalu zetknęło się z reklamami albo ofertami zakupu produktów lub usług związanych z opieką nad noworodkiem, zaś 24 z nich otrzymywało później propozycje zakupu towarów lub usług. W grupie tej było sześć pacjentek, które urodziły dziecko w 2015 roku, po zaprzestaniu wysyłania ankiet przez położną oddziałową. Oświadczyła ona, że uzyskała telefonicznie informację od dostawców paczek, że w marcu 2015 roku wpłynęło do nich siedem ankiet, lecz nie wie kto je wysłał. Mogły je wysłać pacjentki lub położna oddziałowa w zbiorczej kopercie, lecz tego nie pamiętała.

(dowód: akta kontroli str. 535-549)

W odpowiedzi na pytanie kontrolującego Czy w oddziale położniczym prowadzona jest działalność marketingowa skierowana do pacjentek? Koordynator Oddziału stwierdził „Nie wiem, zajmuje się tym położna oddziałowa”.

(dowód: akta kontroli str. 277)

Z wyjaśnień Dyrektora SP ZOZ wynika, że przyzwoleń na dystrybucję próbek reklamowych oraz zasady tej działalności ustalane były przez personel medyczny Oddziału, bez ingerowania dyrekcji Szpitala.

(dowód: akta kontroli str. 553-554)

Ustalone
nieprawidłowości

W działalności Szpitala w przedstawionym wyżej zakresie stwierdzono następujące nieprawidłowości:

1. Nie dokumentowano niżej wymienionych czynności wykonywanych w trakcie analizowanych 50 porodów fizjologicznych.

- W dokumentacji wszystkich analizowanych porodów nie odnotowano faktu wykonania oceny czynności serca płodu po każdym skurczu mięśnia macicy (zgodnie z częścią IX ust. 4 pkt 2 załącznika do rozporządzenia w sprawie standardów opieki okołoporodowej, o ile jest to możliwe, pomiar powinien trwać co najmniej jedną minutę). Stosownie do § 34 pkt 12 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji

medycznej oraz sposobu jej przetwarzania¹⁶ w księdze bloku porodowego należy odnotować szczegółowy opis przebiegu porodu. Koordynator Oddziału wyjaśnił, że: „Jest to rutynowe postępowanie, nie da się inaczej działać. Nie odnotowywano tego w sytuacjach gdy poród przebiegał prawidłowo. Gdy były problemy z porodem, tętno było niewłaściwe (spadki tętna płodu) odnotowywano to razem z przedsięwziętymi krokami, np. wykonaniem cesarskiego cięcia”. Położna oddziałowa wyjaśniła, że tętno zawsze było badane po każdym skurczu mięśnia macicy, natomiast do karty „Przebieg porodu” wpisywano uśredniony wynik, który mieścił się w granicach normy 120–160 uderzeń na minutę. Gdyby były odchylenia od normy, wynik zostałby wpisany w rubryce dotyczącej powikłań, ale byłby to również wynik uśredniony, gdyż w obowiązujących w Oddziale formularzach nie było miejsca na odnotowywanie tętna po każdym skurczu. We wprowadzonej w Szpitalu „Księdze procedur położniczych” zapisany jest obowiązek oceniania tętna płodu po każdym skurczu mięśnia macicy.

- We wszystkich analizowanych porodach nie udokumentowano pozostawiania w stałym kontakcie z rodzącą po przygotowaniu zestawu do porodu (wymóg części IX ust. 4 pkt 4 załącznika do rozporządzenia w sprawie standardów opieki okołoporodowej). Koordynator Oddziału wyjaśnił, że: „Nie da się poprowadzić porodu bez aktywnego uczestnictwa rodzącej i personelu medycznego. Jest oczywiste, że taki kontakt był. Jest w kanonie postępowania stały kontakt z rodzącą. Nie jest możliwe aby takiego kontaktu nie było. Stosowana dotychczas w SP ZOZ dokumentacja (protokół z porodu) nie miała do odnotowania takiej pozycji”. Wyjaśnienia o podobnej treści złożyła położna oddziałowa.
- W dokumentacji żadnego z analizowanych porodów nie było informacji o skontrolowaniu odginania się główki płodu, a po jej urodzeniu o podjęciu czynności zapewniających prawidłowe wytaczanie się barków (wymóg części IX ust. 4 pkt 8 załącznika do powołanego rozporządzenia). Koordynator Oddziału wyjaśnił, że: „Oczywistość tego jest bezdyskusyjna. Jedno wynika z drugiego. To co jest fizjologiczne nie było dokumentowane. Dokumentowana jest sytuacja patologiczna”. Położna oddziałowa wyjaśniła: „Oczywiście prowadzona była kontrola odginania się główki płodu, zaś po urodzeniu główki podejmowano czynności zapewniające prawidłowe wytaczanie się barków. Obowiązek ten wynika z „Księgi procedur położniczych”, zaś potwierdzeniem, że było to wykonywane są wpisy do wskazań do cięcia cesarskiego, które często było wykonywane z powodu powikłań mechanizmu porodu – nawet w próbie objętej kontrolą NIK było kilka przypadków, że pacjentkę kierowano do cięcia cesarskiego z powodu niezstępowania główki, niewspółmierność porodowa itp. Nie dokumentowaliśmy kontroli odginania się główki, bowiem było to oczywiste i nie mieliśmy odpowiednich do tego rubryk w obowiązujących u nas formularzach”.
- Brak jest potwierdzenia, czy bezpośrednio po 39 porodach (z wyłączeniem czterech noworodków, których stan po urodzeniu wymagał dodatkowych czynności – np. umieszczenia w inkubatorze), położono noworodka na brzuchu matki, a następnie go osuszono i zabezpieczono przed utratą ciepła (wymóg części IX ust. 4 pkt 9 załącznika do wymienionego rozporządzenia). Koordynator Oddziału wyjaśnił, że: „Nie ma gdzie położyć dziecka – tylko na brzuchu matki. Dziecko ciągle jest połączone pępowiną, nie ma stołu żeby je położyć. Stosowana dotychczas w SP ZOZ dokumentacja nie miała do odnotowania takiej pozycji”. Położna oddziałowa udzieliła analogicznych wyjaśnień. Wyniki badania ankietowego potwierdzają realizację kontaktu „skóra do skóry” – 83 pacjentki (spośród 99) stwierdziło, że kontakt taki miał miejsce, zaś spośród respondentek rodzących drogami natury 63 (spośród 66) zaznaczyło taką odpowiedź.

(dowód: akta kontroli str. 278-279, 300)

Nie ma też możliwości ustalenia na podstawie dokumentacji medycznej Oddziału, jak długo trwał bezpośredni kontakt matki z dzieckiem. Zgodnie z rozporządzeniem

¹⁶ Dz. U. 2014, poz. 177 ze zm.

w sprawie standardów opieki okołoporodowej, kontakt taki powinien trwać co najmniej dwie godziny po porodzie (część XII ust. 1 załącznika do powołanego rozporządzenia). W dokumentacji medycznej porodów fizjologicznych odnotowano jedynie obserwacje z przystawienia noworodka do piersi (nie wiadomo czy od razu po urodzeniu) oraz, że karmienie trwało krócej niż dwie godziny. Z badania ankietowego wynika zaś, że u 41 respondentek (65,1%) kontakt ten trwał do jednej godziny, w tym u 32 pacjentek (50,8%) poniżej 30 minut. Koordynator Oddziału stwierdził, że nie zgadza się z taką opinią, bowiem kontakt trwa co najmniej dwie godziny, choćby z tego powodu, że nie ma gdzie położyć dziecka oprócz brzucha matki. Zdaniem Dyrektora SP ZOZ przeciwstawne opinie pacjentek, nie uwzględniały zapewne czasu trwania kontaktu „skóra do skóry” na sali porodowej, bezpośrednio po przebytym porodzie. Jednak zauważyć należy, że pytania w ankiecie brzmiały „Czy po urodzeniu położono noworodka przy Pani tak, że miała Pani z dzieckiem nieprzerwany kontakt „skóra do skóry?” oraz „Jeśli tak, to jak długo miała Pani dziecko przy sobie bezpośrednio po urodzeniu?”. (dowód: akta kontroli str. 556, 566)

- W dokumentacji nie było informacji o wykonaniu lewatywy i goleniu owłosienia łonowego czterech pacjentek, które w planie porodu prosiły o przeprowadzenie tych zabiegów (obowiązek wynikający z części VIII ust. 2 pkt 2 lit. „m” załącznika do rozporządzenia). Koordynator Oddziału wyjaśnił, że: „Nie dokumentujemy tego, nie wydaje mi się to ważne. Nie proponujemy wykonania lewatywy i golenia, a jeśli pacjentka sobie zażyczy to ją pewnie położna wykonuje. W dokumentacji stosowanej u nas nie ma pozycji (miejsca) żeby to odnotować”. Położna oddziałowa wyjaśniła: „zapewne wykonaliśmy te zabiegi, lecz nie odnotowaliśmy, bo tego do tej pory nie dokumentowaliśmy”. (dowód: akta kontroli str. 279, 301)

2. Trzem pacjentkom nacięto krocze, mimo braku ich pisemnych zgód na ten zabieg (kobiety te w planie porodu wybrały opcję nacięcia krocza po wyrażeniu pisemnej zgody). Z wyjaśnień położnych, które tym pacjentkom nacięły krocze wynika, że we wszystkich przypadkach uzyskały zgodę ustną, zaś konieczność nacięcia krocza wynikała z przebiegu akcji porodowej. Brak uzyskania pisemnego potwierdzenia zgody był spowodowany przeoczeniem. (dowód: akta kontroli str. 362, 364, 372, 550-552)

Uwagi dotyczące
badanej działalności

Najwyższa Izba Kontroli zwraca uwagę, że:

1. Prawo pacjentki do wyboru osoby sprawującej opiekę, przewidziane w części I ust. 12 pkt 3 załącznika do rozporządzenia w sprawie standardów opieki okołoporodowej, ograniczono do jednego lekarza sprawującego dyżur na Oddziale położniczo-ginekologicznym, co szerzej opisano w punkcie 2.2. wystąpienia.
2. Prawie co druga ciąża została rozwiązana w drodze c. c., zaś u 70% pacjentek z próby objętej kontrolą, wykonane były interwencje medyczne (podanie oksytocyny, nacięcie krocza, przebiecie pęcherza płodowego, podanie dolarganu). Tymczasem standardy postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej nakazują uzyskanie dobrego stanu zdrowia matki i dziecka, przy ograniczeniu do niezbędnego minimum interwencji medycznych, w szczególności: amniotomii, stymulacji czynności skurczowej, podawania opioidów, nacięcia krocza, cięcia cesarskiego. Zgodnie zaś z zaleceniem Światowej Organizacji Zdrowia wskaźnik liczby cesarskich cięć powinien wynosić 10%–15% ogółu porodów (szerzej problem ten przedstawiono w pkt 2.1. wystąpienia pokontrolnego).
3. Pacjentki w razie decyzji o porodzie w drodze c. c. podpisywały zgodę na operację, na formularzu w którym znajdowało się pouczenie o możliwych powikłaniach i negatywnych następstwach zabiegu, lecz nie było tam informacji o możliwych negatywnych skutkach porodu tą drogą dla noworodka. Z badań naukowych zaś wynika, że dzieci narodzone w drodze c. c. są bardziej podatne na niebezpieczne choroby¹⁷.

¹⁷ Zabieg ten, zdaniem Mikaela Normana z Karolinska Institutet, może zmienić strukturę DNA dziecka, skutkiem czego dzieci częściej zapadają na choroby immunologiczne, takie jak cukrzyca, rak, astma, alergie. Czynnikiem, który powoduje zmiany w kodzie genetycznym, to poziom stresu przy narodzinach. Przy porodzie fizjologicznym stres nasila się stopniowo, zaś przy c. c. występuje u noworodka olbrzymi szok, który prawdopodobnie „przeprogramuje” DNA. Z kolei Jianmeng Liu z Centrum Nauk o Zdrowiu na Uniwersytecie w Pekinie dowodzi, że dzieci urodzone przez c. c. są bardziej narażone w przyszłości na nadwagę i otyłość.

Koordinator Oddziału wyjaśnił, że obowiązujący w Szpitalu formularz opracowany został w Polskim Towarzystwie Ginekologicznym i dopóki nie ma rekomendacji PTG, nie można formułować tego rodzaju ostrzeżeń. (dowód: akta kontroli str. 555)

4. W skontrolowanej dokumentacji medycznej 47 pacjentek, które rodziły drogami natury odnotowano, że porody odbyły się w pozycji wertykalnej. Jednak, jak wynika z oględzin łóżek porodowych oraz wyjaśnień koordynatora Oddziału, porody w Szpitalu odbywały się na łóżku w pozycji siedzącej. Koordinator Oddziału dodał, że w SP ZOZ można rodzić w pozycji wertykalnej, ale stosuje się ją tylko na życzenie pacjentek. Większość ankietowanych pacjentek (96,9%) stwierdziła, że rodziły na łóżku porodowym.

(dowód: akta kontroli str. 232, 276, 445-447)

Ocena cząstkowa

W SP ZOZ stworzono warunki do przestrzegania standardów opieki okołoporodowej i praw pacjentek. Wyjątkiem było zorganizowanie dwóch sal porodowych i gabinetu badań w sposób niezapewniający prawa do intymności i poszanowania godności pacjentek. Prawo pacjentki do wyboru lekarza prowadzącego poród ograniczono zaś do lekarza będącego na dyżurze. Stosunkowo wysoki był też odsetek interwencji medycznych podczas porodów fizjologicznych (czyli takich, które z natury rzeczy powinny się odbyć bez ingerencji) oraz rozwiązywanie prawie co drugiej ciąży poprzez zabieg c. c.

IV. Wnioski

Wnioski pokontrolne

Przedstawiając powyższe oceny i uwagi wynikające z ustaleń kontroli, Najwyższa Izba Kontroli, na podstawie art. 53 ust. 1 pkt 5 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli¹⁸, wnosi o:

1. Podjęcie działań, mających na celu wyeliminowanie przypadków nieprzerwanej, trwającej ponad 24 godziny, pracy lekarzy w oddziale położniczo-ginekologicznym.
2. Rozważenie możliwości takiego zorganizowania pracy anestezjologów, aby było możliwe, w sytuacji natychmiastowej konieczności, wykonanie zabiegu cesarskiego cięcia.
3. Zorganizowanie sal porodowych i gabinetu badań w sposób zapewniający intymność i poszanowanie godności pacjentek.
4. Dostosowanie sali położnic do wymogów rozporządzenia z dnia 26 czerwca 2012 r.
5. Odnotowywanie w dokumentacji medycznej wszystkich czynności wymaganych rozporządzeniem w sprawie standardów opieki okołoporodowej.
6. Podjęcie działań organizacyjnych w celu umożliwienia pacjentom korzystania z dodatkowej opieki pielęgnacyjnej.
7. Dodanie do formularza świadomej zgody na poród drogą cesarskiego cięcia pouczenia o zagrażających dziecku następstwach takiego porodu.

V. Pozostałe informacje i pouczenia

Prawo zgłoszenia zastrzeżeń

Wystąpienie pokontrolne zostało sporządzone w dwóch egzemplarzach; jeden kierownikowi jednostki kontrolowanej, drugi do akt kontroli.

Zgodnie z art. 54 ustawy o NIK kierownikowi jednostki kontrolowanej przysługuje prawo zgłoszenia na piśmie umotywowanych zastrzeżeń do wystąpienia pokontrolnego, w terminie 21 dni od dnia jego przekazania. Zastrzeżenia zgłasza się do dyrektora Delegatury NIK w Białymstoku.

Obowiązek poinformowania NIK o sposobie wykorzystania uwag i wykonania wniosków

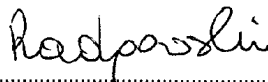
Zgodnie z art. 62 ustawy o NIK proszę o poinformowanie Najwyższej Izby Kontroli, w terminie 21 dni od otrzymania wystąpienia pokontrolnego, o sposobie wykorzystania uwag i wykonania wniosków pokontrolnych oraz o podjętych działaniach lub przyczynach niepodjęcia tych działań.

¹⁸ Dz. U. z 2015 r., poz. 1096. Ustawa zwana dalej „ustawą o NIK”.

W przypadku wniesienia zastrzeżeń do wystąpienia pokontrolnego, termin przedstawienia informacji liczy się od dnia otrzymania uchwały o oddaleniu zastrzeżeń w całości lub zmienionego wystąpienia pokontrolnego.

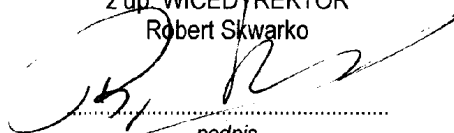
Białystok, dnia 23 grudnia 2015 r.

Kontroler
Władysław Radgowski
główny specjalista kontroli państwowej



.....
podpis

DYREKTOR DELEGATURY
Najwyższej Izby Kontroli w Białymstoku
z up. WICEDYREKTOR
Robert Skwarko



.....
podpis

