



05720315

NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI
Delegatura w Białymstoku

LBI.410.008.02.2015
P/15/065

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI
Delegatura w Białymstoku
ul. Akademicka 4, 15-267 Białystok
T +48 85 874 81 00, F +48 85 874 81 33
lbi@nik.gov.pl

I. Dane identyfikacyjne kontroli

Numer i tytuł kontroli	P/15/065 – Opieka okołoporodowa na oddziałach położniczych ¹
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Białymstoku
Kontroler	Wojciech Zambrzycki – inspektor kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr 96769 z dnia 15 września 2015 r. (dowód: akta kontroli str. 1-2)
Jednostka kontrolowana	Szpital Wojewódzki im. dr. Ludwika Rydygiera w Suwałkach, ul. Szpitalna 60, 16-400 Suwałki
Kierownik jednostki kontrolowanej	Adam Szałanda – Dyrektor Szpitala (dowód: akta kontroli str. 3)

II. Ocena kontrolowanej działalności

Ocena ogólna

Oddział Ginekologii, Patologii Ciąży i Położnictwa (dalej: „Oddział Położniczy”) przygotowany był do udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie opieki okołoporodowej. Spełniał bowiem wymagania wymienione w pkt. 36 i 37 części I załącznika nr 3 do rozporządzeń Ministra Zdrowia odpowiednio z dnia 29 sierpnia 2009 r. i z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego², dotyczące minimalnej liczby i kwalifikacji personelu medycznego udzielającego świadczeń zdrowotnych. Prawidłowa była też organizacja udzielania świadczeń, w tym współpraca z ośrodkami o wyższym poziomie referencyjności³. Oddział Położniczy posiadał niezbędny sprzęt i aparaturę medyczną, zaplecze organizacyjno-techniczne do odbycia porodu i realizacji niezbędnych badań laboratoryjnych. Niezbędnego remontu wymagają jednak sale Oddziału Położniczego, łazienki i sanitariaty.

W Szpitalu stosunkowo wysoki był udział porodów fizjologicznych, w trakcie których zastosowano interwencje medyczne (76% tych porodów) oraz porodów odebranych w drodze cesarskiego cięcia (47,1% ogółu porodów). Większości noworodków (80% z tych, których dokumentację analizowano) podawane było mleko modyfikowane. 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 kroczca, cięcia cesarskiego, podawania noworodkowi mleka modyfikowanego. Zgodnie zaś z zaleceniem Światowej Organizacji Zdrowia wskaźnik liczby cesarskich cięć powinien wynosić 10%–15% ogółu porodów⁴.

Stwierdzono też nieprawidłowości, polegające na:

- udzielaniu przez lekarzy zatrudnionych w Oddziale Położniczym świadczeń zdrowotnych ponad 24 godziny bez przerwy,
- braku odpowiednich warunków do zapewnienia intymności dla rodzących pacjentek w dwóch z trzech sal porodowych,
- niezapewnieniu możliwości skorzystania z dodatkowej opieki pielęgnacyjnej,

¹ Kontrolą objęto okres od stycznia 2013 roku do września 2015 roku.

² Odpowiednio: Dz. U. 2013, poz. 1082 ze zm. (rozporządzenie zwane dalej: „rozporządzeniem z dnia 29 sierpnia 2009 r.”) i Dz. U. 2013, poz. 1520 ze zm. (rozporządzenie zwane dalej: „rozporządzeniem z dnia 22 listopada 2013 r.”).

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

- nieudokumentowaniu realizacji niektórych czynności wymaganych rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 20 września 2012 r. w sprawie standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, porodu oraz opieki nad noworodkiem⁵.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego

1. Przygotowanie oddziału położniczego do udzielania świadczeń zdrowotnych

Opis stanu
faktycznego

W latach 2013–2015⁶ opiekę nad matką i noworodkiem sprawowano w Oddziale Położniczym i w Oddziale Neonatologicznym.

Do zadań Oddziału Położniczego należało w szczególności: [1] świadczenie opieki okołoporodowej nad kobietą ciężarną, prowadzenie porodów oraz opieka poporodowa nad położnicą, [2] prowadzenie działań profilaktycznych i edukacyjnych, mających na celu przekazanie wiedzy i przygotowanie kobiet ciężarnych do porodu i porodu oraz [3] diagnostyka i leczenie chorób ginekologicznych, w tym o charakterze onkologicznym. Do 31 października 2014 r. był to oddział o II poziomie referencyjnym⁷, zaś od 1 listopada 2014 r. oddział o I poziomie referencyjnym⁸ (przyczyny zmiany omówiono w punkcie 1.5. wystąpienia pokontrolnego).

Do Oddziału Neonatologicznego (o II poziomie referencyjnym) należało natomiast głównie: [1] sprawowanie opieki nad noworodkiem po urodzeniu, w tym czuwanie nad prawidłowym przebiegiem okresu adaptacyjnego zdrowego noworodka oraz uczestnictwo w budowaniu prawidłowej więzi macierzyńskiej między matką i dzieckiem, [2] diagnozowanie i leczenie noworodków z cięż patologicznymi oraz wykazujących objawy schorzeń i wad wrodzonych, a także [3] świadczenie usług konsultacyjnych dla noworodków przebywających na innych oddziałach dziecięcych. (dowód: akta kontroli str. 5-6, 12, 44-45, 86-87)

Przy Oddziale Położniczym od 2001 roku funkcjonowała szkoła rodzenia. W kursach przez nią organizowanych uczestniczyć mogły kobiety w ciąży (także wraz z partnerami), które co najmniej od trzech miesięcy były zameldowane w Suwałkach. Zgodnie z programem szkoły, zajęcia obejmowały m.in. omówienie zagadnień takich jak higiena ciąży, przygotowanie do macierzyństwa i ojcostwa, poród, poród, pielęgnacja noworodka, karmienie naturalne. Odbywały się także ćwiczenia ogólnoustrojowe, oddechowe i relaksacyjne, symulacja parcia oraz słuchanie tętna płodu i wizyta na sali porodowej oraz w oddziale położniczym. Cykl szkoleniowy trwał 7–8 tygodni, a spotkania odbywały się dwa razy w tygodniu w godzinach popołudniowych. W latach 2013–2015 (do 30 września) ze szkoły rodzenia skorzystało kolejno 120, 132 i 146 kobiet, co stanowiło odpowiednio 14,7%, 16,4% i 24,3% wszystkich porodów. (dowód: akta kontroli str. 108-109, 677)

Z uzyskanych w toku kontroli informacji wynika m.in., że Miasto Suwałki realizowało zadanie *Promowanie zdrowego stylu życia wśród kobiet w ciąży poprzez wspieranie szkół rodzenia*. Wójt Gminy Suwałki poinformował zaś, że na terenie jego gminy nie znajdują się szkoły rodzenia oraz że nie realizował żadnego programu zdrowotnego, ukierunkowanego na ich organizowanie. (dowód: akta kontroli str. 112-115)

W latach 2013–2015 (do 5 listopada) do Szpitala wpłynęły dwie skargi pacjentek, dotyczące opieki sprawowanej na Oddziale Położniczym. W obu pacjentki skarżyły się na złe traktowanie przez personel Oddziału. W odpowiedziach udzielonych pacjentkom Szpital stwierdził, że w celu zbadania sprawy przeprowadzono postępowanie wyjaśniające oraz przeprosił za zachowanie personelu. Jedną ze skarg uznano za zasadną, skutkiem czego lekarz został upomniany naganą z wpisem do akt osobowych. (dowód: akta kontroli str. 110)

⁵ Dz. U. 2012, poz. 1100. Rozporządzenie zwane dalej „rozporządzeniem w sprawie standardów opieki okołoporodowej”.

⁶ Do zakończenia kontroli – 30 listopada 2015 r.

⁷ W Szpitalu o takim poziomie referencyjności powinna być zapewniona opieka nad patologią ciąży średniego stopnia (na tym poziomie można prowadzić porody mnogie lub przedwczesne oraz patologię ciąży lub płodu wraz z porodem, gdzie pobyt w szpitalu trwa ponad pięć dni, a także możliwe jest udzielanie świadczeń właściwych dla poziomu I).

⁸ W Szpitalu o tym poziomie referencyjnym powinna być zapewniona opieka nad fizjologicznie przebiegającą ciążą, porodem i pobytem oraz zdrowym noworodkiem, a także opieka nad niespodziewanie występującą patologią.

Ustalono
nieprawidłowości

W działalności kontrolowanej jednostki w przedstawionym wyżej zakresie nie stwierdzono nieprawidłowości.

1.1. Działalność Oddziału Położniczego w latach 2013–2015

Opis stanu
faktycznego

W latach 2013–2015 (do 30 września) na Oddziale Położniczym przyjęto kolejno 819, 806 i 601 porodów, z czego odpowiednio 455, 411 i 311 było porodami fizjologicznymi, a 364, 395 i 290 porodami w drodze cesarskiego cięcia (44,4%, 49% i 48,3% ogółu porodów – szerzej problematykę tą przedstawiono w punkcie 2. wystąpienia pokontrolnego).

W trakcie ww. porodów urodziło się fizjologicznie kolejno 456, 413 i 313 dzieci (w tym 322, 368 i 267 w ramach porodów rodzinnych), zaś w wyniku cesarskiego cięcia odpowiednio 375, 400 i 292 dzieci. Żaden poród nie odbył się z użyciem vacuum⁹ lub kleszczy. Wystąpiło pięć przypadków noworodka martwo urodzonego, w tym trzy po cesarskim cięciu. Nie wystąpiły przypadki zgonów kobiet związanych z porodem.

Prawidłowo przebiegała współpraca Szpitala ze szpitalami o III poziomie referencyjnym¹⁰, do których przekazano odpowiednio 29, 36, 48 pacjentek, co było zgodne z pkt. I ust. 4. rozporządzenia w sprawie standardów opieki okołoporodowej. Szpital nie prowadził zaś statystyk ile pacjentek trafiło na Oddział Położniczy z innych szpitali, w okresie, w którym posiadał II poziom referencyjny. (dowód: akta kontroli str. 111, 350-351)

W okresie objętym kontrolą działalność Oddziału Położniczego kontrolowana była przez Konsultanta Wojewódzkiego w dziedzinie położnictwa i ginekologii oraz Konsultanta Wojewódzkiego w dziedzinie neonatologii. Przedmiotem ich kontroli były dwa przypadki obumarcia ciąży przed porodem oraz jeden wczesny zgon noworodka (do szóstej doby życia łącznie) z wynikiem 4 i poniżej w skali Apgar w roku 2013. Konsultanci stwierdzili, że postępowanie okołoporodowe ginekologiczno-położnicze i neonatologiczne było prawidłowe i bez uchybień.

Kontrolę przeprowadził też Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny w Sejnach w ramach oceny kuchni oddziałowej Oddziału Położniczego. Nie wykazała ona nieprawidłowości i uchybień, a kontrolowany obiekt był zgodny z wymaganiami sanitarnymi.

(dowód: akta kontroli str. 116-131)

W okresie objętym kontrolą na Oddziale Położniczym doszło do zakażeń dwóch pacjentek. W roku 2013 było to poza szpitalne zakażenie staphylococcus aureus MRSA¹¹, a w roku 2014 jedno wewnątrzzpitalne zakażenie klebsiella spp. ESBL¹². W obu przypadkach zastosowane zostały zasady postępowania epidemiologicznego. Ordynator Oddziału Położniczego wyjaśnił, że w takich sytuacjach standardowym zachowaniem była m.in. izolacja pacjentki, włączenie antybiotykoterapii celowanej, oznakowanie sali gdzie przebywa chora, stosowanie jednorazowych ręczników, codzienna zmiana pościeli i ścisłe przestrzeganie zasad antyseptyki. Szpital powiadamiał Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Suwałkach o stwierdzonych zakażeniach.

(dowód: akta kontroli str. 134-144, 350-351)

Ustalono
nieprawidłowości

W działalności kontrolowanej jednostki w przedstawionym wyżej zakresie nie stwierdzono nieprawidłowości.

1.2. Zapewnienie odpowiedniej liczby wykwalifikowanych lekarzy, położnych i pielęgniarek na oddziale położniczym

Opis stanu
faktycznego

Na Oddziale Położniczym zapewniona była stała opieka lekarska we wszystkie dni tygodnia przez co najmniej dwóch lekarzy i stała obecność lekarza specjalisty w dziedzinie położnictwa i ginekologii, a w Szpitalu stała obecność specjalisty w dziedzinie anestezjologii. Obsada lekarska była więc zgodna z pkt. 36 i 37 części I załącznika

⁹ Próżniociąg położniczy – narzędzie używane w celu skrócenia drugiego okresu porodu, gdy widoczna jest już główka dziecka. Aby dziecko mogło się urodzić, zwykle potrzebne są jeszcze kilkakrotne skurcze partu, które zastępuje próżniociąg.

¹⁰ W szpitalu o tym poziomie referencyjnym sprawuje się opiekę nad najcięższą patologią ciąży (na tym poziomie obejmuje się opieką pacjentki z ciężką patologią ciąży, z porodem z rozszerzoną diagnostyką i leczeniem kompleksowym trwającym ponad sześć dni (N09) lub ponad 10 dni (N11)).

¹¹ Gronkowiec złocisty.

¹² Należą do rodziny pałeczek jelitowych grupującej szereg bakterii chorobotwórczych dla człowieka, jak pałeczka duru brzuszego, pałeczki durów rzekomych, odzwierzęce pałeczki Salmonella, pałeczki czerwonki i jersiniozy.

nr 3 do rozporządzeń Ministra Zdrowia odpowiednio z dnia 29 sierpnia 2009 r. i z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego¹³. Według stanu na 17 września 2015 r. na Oddziale Położniczym stan zatrudnienia wynosił:

- dziewięciu lekarzy zatrudnionych na podstawie umów o pracę (w tym ośmiu specjalistów położnictwa i ginekologii oraz jeden w trakcie takiej specjalizacji) i jeden pracujący w ramach wolontariatu,
- 32 położne, w tym jedna ze specjalizacją z pielęgniarstwa położniczo-ginekologicznego.

Wszystkie te osoby były wymienione w umowach z Podlaskim Oddziałem Wojewódzkim NFZ¹⁴. Jednocześnie Szpital zatrudniał 20 anestezjologów, w tym 13 na podstawie umów cywilno-prawnych i siedmiu na podstawie umów o pracę. Do dyspozycji pacjentów byli też czterech psychologowie.

Analiza grafików pracy lekarzy w wybranych miesiącach wykazała, że wystąpiły przypadki świadczenia przez nich pracy ponad 24 godziny bez odpoczynku, co szerzej przedstawiono w dalszej części wystąpienia pokontrolnego, w sekcji *Ustalono nieprawidłowości*.

(dowód: akta kontroli str. 145-237, 271-273)

Zarządzeniem wewnętrznym¹⁵ Dyrektor Szpitala ustalił minimalne normy zatrudnienia pielęgniarek i położnych w poszczególnych oddziałach Szpitala. Minimalna norma wyliczona dla Oddziału Położniczego wynosiła 36,93 etatów. W roku 2015 z oddziału odeszły cztery położne, stąd ich stan (32) był niższy od normy ustalonej jako minimalna. Ordynator Oddziału Położniczego wyjaśnił, że ogólnie widoczna jest tendencja do zmniejszania zatrudnienia, bo ten czynnik najbardziej pogarsza wyniki ekonomiczne. Dyrektor Szpitala dodał, że zmiana poziomu referencyjnego Oddziału Położniczego w roku 2014 spowodowała zmianę obciążenia pracą położnych i planowane jest ustalenie nowych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w grudniu 2015 roku, na podstawie których weryfikowana będzie ilość personelu zatrudnionego w każdym oddziale.

(dowód: akta kontroli str. 240-242, 648-650, 672-675)

Personel Oddziału Położniczego szkolony był w zakresie sprawowania opieki okołoporodowej. W latach 2013–2015 co miesiąc Położna Oddziałowa przeprowadzała wewnętrzne szkolenia, z których część dotyczyła sprawowania opieki okołoporodowej (np. pozycje wertykalne w I i II okresie porodu, ćwiczenia poprawiające kondycję rodzącej i wpływające na jakość porodu, nauka karmienia piersią, zasady aseptyki i antyseptyki w pracy, opieka nad rodzącą, jej dzieckiem i mężem). Poza nielicznymi wyjątkami, w szkoleniach brały udział wszystkie położne. Lekarze Oddziału Położniczego wzięli zaś udział w wewnętrznym szkoleniu *Standardy postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, porodu i porożu*, zorganizowanym 7 stycznia 2015 r. Poza tym Ordynator Oddziału Położniczego wyjaśnił, że czerpie on wiedzę o standardach opieki okołoporodowej z udziału w konferencjach i kongresach tematycznych (problematykę tę przedstawiono też w dalszej części wystąpienia pokontrolnego, w sekcji *Uwagi dotyczące badanej działalności*).

(dowód: akta kontroli str. 243-248, 561-563)

Ustalono
nieprawidłowości

W działalności kontrolowanej jednostki w przedstawionym wyżej zakresie stwierdzono nieprawidłowość, polegającą na wykonywaniu przez czterech lekarzy, zatrudnionych na Oddziale Położniczym, obowiązków przez okres dłuższy niż 24 godziny¹⁶ bez przerwy:

- lekarz M.K., zatrudniony na podstawie umowy o pracę, pracował nieprzerwanie raz przez 48 godzin (od 7:30 w dniu 19 lipca 2014 r. do 7:30 w dniu 21 lipca 2014 r.) oraz raz przez 31 godzin i 35 minut (od 7:30 w dniu 31 lipca 2014 r. do 15:05 w dniu 1 sierpnia 2014 r.,

¹³ Odpowiednio: Dz. U. 2013, poz. 1082 ze zm. (rozporządzenie zwane dalej: „rozporządzeniem z dnia 29 sierpnia 2009 r.”) i Dz. U. 2013, poz. 1520 ze zm. (rozporządzenie zwane dalej: „rozporządzeniem z dnia 22 listopada 2013 r.”).

¹⁴ Umowa 10-00-00077-14-44-03/01 z 29 października 2014 r., a wcześniej nr 10-00-00077-12-31-03/01 z 30 grudnia 2011 r.

¹⁵ Zarządzenie Nr 76/2014 Dyrektora Szpitala z dnia 14 maja 2014 r. w sprawie ustalenia minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w Szpitalu Wojewódzkim im. dr. Ludwika Rydygiera w Suwałkach.

¹⁶ Analiza objęła lipiec i sierpień w latach 2013–2015.

- lekarz J.S., zatrudniony na podstawie umowy o pracę, pracował raz nieprzerwanie przez 31 godzin i 35 minut (od 7:30 w dniu 31 lipca 2014 r. do 15:05 w dniu 1 sierpnia 2014 r.),
- lekarz B.C., zatrudniony na podstawie umowy o pracę, pracował raz nieprzerwanie przez 48 godzin (od 7:30 w dniu 12 lipca 2015 r. do 7:30 w dniu 14 lipca 2015 r.),
- lekarz G.P., zatrudniony na podstawie umowy o pracę na Oddziale Położniczym i na podstawie umowy cywilno-prawnej w Poradni Ginekologicznej, pracował nieprzerwanie raz przez 31 godzin i 35 minut (od 7:30 w dniu 16 lipca 2015 r. do 15:05 w dniu 17 lipca 2015 r. – naprzemiennie na oddziale i w poradni wraz z dyżurem pomiędzy tymi dniami) oraz dwa razy przez 48 godzin (od 7:30 w dniu 18 lipca 2015 r. do 7:30 w dniu 20 lipca 2015 r. i od 7:30 w dniu 8 sierpnia 2015 r. do 7:30 w dniu 10 sierpnia 2015 r. – po dwa dyżury na oddziale). (dowód: akta kontroli str. 258-270)

Stosownie do art. 97 ust. 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej¹⁷, pracownikowi pełniącemu dyżur medyczny, bezpośrednio po jego zakończeniu, powinien być udzielony co najmniej 11-godzinny okres odpoczynku. Ponadto praca ponad 24 godziny bez przerwy budzić może uzasadnione wątpliwości co do jakości usług i zapewnienia bezpieczeństwa pacjentek.

Ordynator Oddziału Położniczego wyjaśnił, że do takich sytuacji dochodziło sporadycznie, z powodu zbyt małej liczby personelu, szczególnie w okresach wakacyjnych i świątecznych. Dodał, że lekarze wykonują też inne zajęcia zawodowe np. w prywatnych praktykach lekarskich, co utrudnia planowanie dyżurów. (dowód: akta kontroli str. 648-650)

Uwagi dotyczące
badanej działalności

Najwyższa Izba Kontroli zwraca uwagę, że lekarze Oddziału Położniczego dopiero w 2015 roku, tj. ponad dwa lata od wejścia w życie rozporządzenia w sprawie standardów opieki okołoporodowej, wzięli udział w szkoleniu dotyczącym stosowania tych standardów, co mogło być przyczyną nieprawidłowości opisanych w punkcie 2. wystąpienia pokontrolnego.

(dowód: akta kontroli str. 248)

1.3. Zapewnienie odpowiednich pomieszczeń, sprzętu i aparatury medycznej do świadczenia opieki okołoporodowej

Opis stanu
faktycznego

Od 1 stycznia 2013 r. do 31 października 2014 r. Oddział Położniczy spełniał wymogi zawarte w rozporządzeniu z dnia 29 sierpnia 2009 r. oraz w rozporządzeniu z dnia 22 listopada 2013 r. dla oddziału o II stopniu referencyjności, bowiem m.in.:

- zapewniony był sprzęt medyczny w postaci kolposkopu, czterech aparatów KTG, dwóch kardiomonitorów, aparatu USG i histeroskopu na Oddziale Położniczym oraz laparoskopu na innych oddziałach Szpitala (sprzęt ten posiadał paszporty techniczne z aktualnymi przeglądami technicznymi),
- Szpital wykonywał badania laboratoryjne oraz miał dostęp do badań histopatologicznych (poprzez podwykonawcę),
- w Szpitalu zorganizowany był blok operacyjny, a na bloku porodowym wyodrębniona była sala do cesarskich cięć.

Od 1 listopada 2014 r. Oddział Położniczy spełniał zaś wymogi zawarte w ww. rozporządzeniach dla oddziału o I stopniu referencyjności, gdyż nadal posiadał ten sam sprzęt medyczny i wyposażenie oraz zatrudniał ten sam personel medyczny, co w czasie posiadania II stopnia referencyjnego. (dowód: akta kontroli str. 271-318)

Pacjentka zgłaszająca się do porodu miała łatwy dostęp do szpitalnej Izby Przyjęć (swobodny dojazd samochodem pod drzwi wejściowe), gdzie m.in. następowała pierwsza konsultacja z lekarzem. W celu zachowania intymności i poszanowania godności, po przybyciu na blok porodowy (schodami lub windą) pacjentka miała do dyspozycji zamknięte pomieszczenie do przebrania się, wyposażone w łóżko, toaletę, prysznic, wieszak i szafkę. Gabinety zabiegowe na Oddziale Położniczym były tak zorganizowane, że po otwarciu drzwi nie był widoczny fotel do badań ginekologicznych. Na blok porodowy nie prowadziła śluza umywalkowo-fartuchowa. Jej wybudowanie było jednym z elementów programu dostosowania Szpitala do wymagań określonych w cz. IV pkt 3 załącznika

¹⁷ Dz. U. z 2015 r., poz. 618 ze zm.

nr 1 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą¹⁸. Na bloku porodowym znajdowały się trzy sale porodowe z łącznie czterema stanowiskami porodowymi (w tym jedna sala do porodów rodzinnych, przy czym obecność osoby bliskiej możliwa była również w pozostałych salach porodowych) oraz sala do cesarskich cięć. (dowód: akta kontroli str. 293-327, 334)

Położna Oddziałowa oświadczyła, że osoby postronne nie są wpuszczane na blok porodowy i czuwa nad tym personel. Jednocześnie w dwóch z trzech z sal porodowych odpowiednie umiejscowienie łóżek powodowało, że nawet jeśli osoba niepowołana trafiłaby na blok porodowy i chciała wejść do jednej z sal porodowych, po otwarciu drzwi nie ujrzałaby rodzącej w intymnej sytuacji (problematykę niezapewnienia intymności w salach porodowych przedstawiono w dalszej części wystąpienia pokontrolnego, w sekcji *Ustalona nieprawidłowość*). Blok porodowy wyposażony był w trzy łóżka nowego typu z możliwością zmiany pozycji oparcia i dodatkowo montowanymi elementami ułatwiającymi przybranie dogodnej pozycji, czwarte łóżko było łóżkiem starego typu. Oświadczyła też, że nie ma zasad umieszczania pacjentek na salach pojedynczych lub wieloosobowej – pacjentki umieszczane są wg kolejności przyjęć. Blok porodowy wyposażony był w instrumenty do niefarmakologicznego łagodzenia bólu takie jak worek sako, piłki, materace, wannę do relaksacji i immersji wodnej oraz TENS¹⁹. Sala do porodów rodzinnych wyposażona była dodatkowo w wannę, prysznic, sprzęt muzyczny i gaz entonox (podtlenek azotu) z możliwością jego przemieszczenia do innych sal. (dowód: akta kontroli str. 293-327)

Oddział Położniczy dysponował ośmioma salami z 16 łózkami dla położnic²⁰ w systemie „matka z dzieckiem”. W każdej z nich znajdowały się dwa łóżka dla położnic i dwa łóżka dla noworodków. Wyposażone były w umywalki z ciepłą i zimną wodą, dozownik z mydłem, ręczniki papierowe i kosz na śmieci. W każdej sali był system do przywoływania personelu. Sale wyposażone były w urządzenia do pielęgnacji noworodka (do mycia i przewijania), co było zgodne z cz. III pkt 1 ust. 1 załącznika nr 1 do rozporządzenia w sprawie pomieszczeń. Do łóżek był dostęp z trzech stron, w tym z dwóch dłuższych. Odstępy między łózkami umożliwiały swobodny dostęp do pacjentek, a szerokość drzwi do sal umożliwia przewożenie pacjentek na łózkach. Było to zgodne z § 18 – § 20 rozporządzenia w sprawie pomieszczeń. Do sal był bezpośredni dostęp światła dziennego. Prysznice i toalety dostępne były dla pacjentek po wyjściu z sali – były to oddzielne pomieszczenia po wyjściu na korytarz. Dla maksymalnie 16 pacjentek przygotowane były cztery prysznice i cztery toalety. (dowód: akta kontroli str. 293-318)

Wizualny stan Oddziału Położniczego: sal pobytu, korytarzy, toalet i pryszniców, z trudnym do utrzymania w czystości połączeniem ścian i podłóg – wskazywał na konieczność remontu. Od 5 października 2015 r. na Oddziale Neonatologicznym remont się już rozpoczął. Położna Oddziałowa wyjaśniła, że pomimo uciążliwości w związku z remontem na sąsiednim oddziale, praca na Oddziale Położniczym odbywa się z zachowaniem standardów opieki okołoporodowej, w zachowaniu zasad aseptyki i antyseptyki, wprowadzony został wzmożony reżim sanitarny polegający na odizolowaniu odcinka remontowanego i zwiększeniu częstotliwości prac porządkowych. Ordynator Oddziału Położniczego dodał, że prace remontowe w znacznym stopniu utrudniają bezpieczne realizowanie zadań, jednak personel stara się utrzymać należyty poziom usług, zgodnie z obowiązującymi standardami.

(dowód: akta kontroli str. 293-318, 571-574, 591-593, 658-661)

Szpital miał program dostosowawczy, zatwierdzony przez Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Suwałkach²¹, w celu spełnienia wszystkich wymagań stawianych Szpitalowi w rozporządzeniu w sprawie pomieszczeń. Dotyczył on m.in. takich kwestii jak: [1] stworzenie pomieszczenia przeznaczonego dla położnic i noworodka w pierwszych godzinach życia, po porodach powikłanych, [2] zapewnienie stanowiska resuscytacji

¹⁸ Dz. U. z 2012 r., poz. 739. Rozporządzenie zwane dalej „rozporządzeniem w sprawie pomieszczeń”.

¹⁹ Rodzaj stymulacji nerwów – nie jest to metoda farmakologiczna. TENS nie leczy przyczyn bólu, ale zmniejsza jego odczuwanie.

²⁰ Ponadto na Oddziale Położniczym znajdowało się 20 łóżek dla pacjentek z zakresu ginekologii i patologii ciąży.

²¹ Decyzja Nr 28/D/NZ/12 z 27 czerwca 2012 r.

noworodka na sali do cesarskich cięć i [3] zapewnienia pomieszczenia higieniczno-sanitarnego przystosowanego dla osób niepełnosprawnych, w szczególności poruszających się na wózkach inwalidzkich. Termin dostosowania został ustalony na 31 grudnia 2016 r.

(dowód: akta kontroli str. 328-335)

Ustalone
nieprawidłowości

W działalności kontrolowanej jednostki w przedstawionym wyżej zakresie stwierdzono nieprawidłowość, polegającą na niezapewnieniu intymności dla pacjentek rodzących w sali wielostanowiskowej oraz w sali do porodów rodzinnych. Stanowiło to naruszenie prawa pacjenta, określonego w art. 20 ust. 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta²². W sali wielostanowiskowej łóżka znajdowały się w bezpośredniej bliskości i poruszające się pacjentki, osoby towarzyszące i personel medyczny mogli zaobserwować akcję porodową trwającą na sąsiednim łóżku. Zwłaszcza, że – jak wynika z badania ankietowego przeprowadzonego przez NIK (szerzej przedstawionego w punkcie 2. wystąpienia pokontrolnego) – spacer był często stosowany jako metoda łagodzenia bólu. W sali do porodów rodzinnych, po otwarciu do niej drzwi, łóżko porodowe było widoczne dla osób wchodzących na salę, a odpowiedni parawan został ustawiony dopiero podczas kontroli NIK. Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że poprawa komfortu pacjentek nastąpi po przeprowadzeniu modernizacji Oddziału Położniczego.

(dowód: akta kontroli str. 293-327, 656-657, 662-665)

Uwagi dotyczące
badanej działalności

Najwyższa Izba Kontroli zwraca uwagę, że:

1. Oddział Położniczy wymagał remontu, jego stan wizualny znacząco mógł zmniejszać komfort pobytu, w szczególności dotyczyło to toalet, pryszniców dla położnic i sal pobytu. Ordynator Oddziału Położniczego w wyjaśnieniach podał, że w obecnym stanie technicznym sal porodowych, gabinetów zabiegowych, bloku porodowego – utrzymanie obowiązujących standardów w stosunku do rodzących kobiet jest bardzo utrudnione. Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że Szpital jest przygotowany do modernizacji Oddziału Położniczego (posiada odpowiednią dokumentację techniczną i aktualne pozwolenie na budowę), jednakże nie posiada obecnie wystarczających środków finansowych na jej przeprowadzenie. Planuje pozyskanie funduszy ze źródeł zewnętrznych i liczy, że w połowie 2016 roku ruszy program, w ramach którego takie finansowanie uzyska.

(dowód: akta kontroli str. 293-318, 575-578, 658-661)

2. W toaletach dla pacjentek na Oddziale Położniczym nie było papieru toaletowego i ręczników. Położna Oddziałowa oświadczyła, że pacjentki przynoszą własne środki higieniczne. Na stronie internetowej Szpitala w opisie Oddziału Położniczego zawarta była informacja, że przy przyjęciu do Szpitala pacjent powinien mieć ze sobą m.in. środki higieny i niezbędne artykuły osobiste.

(dowód: akta kontroli str. 293-318, 336)

1.4. Organizowanie udzielania świadczeń opieki zdrowotnej

Opis stanu
faktycznego

W Szpitalu wprowadzony był system zarządzania jakością ISO 9001:2008²³ oraz wydanych zostało 212 procedur lub instrukcji związanych z tym systemem (nie było wśród nich procedur lub instrukcji bezpośrednio związanych z opieką okołoporodową). Pracownicy Oddziału Położniczego opierali się na zapisach rozporządzenia w sprawie standardów opieki okołoporodowej oraz wiedzy i doświadczeniu zdobytych na szkoleniach oraz w codziennej pracy. Prawidłowo przebiegała współpraca Szpitala ze szpitalami o III poziomie referencyjnym, do których w latach 2013–2015 (do 30 września) przekazano kolejno 29, 36, 48 pacjentek, co było zgodne z pkt. I ust. 4 rozporządzenia w sprawie standardów opieki okołoporodowej. Ordynator Oddziału Położniczego wyjaśnił, że nie występowały żadne problemy z przekazywaniem pacjentek ciężarnych do ośrodków o wyższym stopniu referencyjności i istniały dobre relacje z Kliniką Perinatologii Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku. Po zbadaniu pacjentki i zakwalifikowaniu do takiego przekazania, telefonicznie uzgadniane było to z przejmującym szpitalem. Pacjentka przesyłana była transportem drogowym (w szczególnych przypadkach lotniczym).

(dowód: akta kontroli str. 111, 337-351, 666-667)

²² Dz. U. z 2012 r., poz. 159 ze zm., Ustawa zwana dalej „ustawą o prawach pacjenta”.

²³ Certyfikat wydany 25 sierpnia 2015 r.

W latach 2013–2015 (do 30 września) wystąpiło pięć przypadków noworodka martwo urodzonego (tętno płodu zginęło przed przybyciem matki do szpitala). W tych przypadkach nie było zatem możliwości przekazania pacjentki do szpitala o wyższym stopniu referencyjności. (dowód: akta kontroli str. 111)

Pacjentki przebywające na Oddziale Położniczym miały możliwość skorzystania z pomocy psychologa (Szpital zatrudniał czterech). Zgodnie z § 22 pkt 9 Regulaminu Organizacyjnego Szpitala²⁴, do zadań Pracowni psychologii klinicznej należała w szczególności identyfikacja i podejmowanie działań umożliwiających zaspokojenie potrzeb psychospołecznych pacjenta hospitalizowanego, w celu przeciwdziałania powstaniu i pogłębianiu się zaburzeń psychicznych. Ponadto, zgodnie z § 20 pkt 5 i 6 Regulaminu Organizacyjnego Szpitala, wszystkie komórki organizacyjne działalności podstawowej miały obowiązek współpracować z psychologiem, w zakresie prowadzenia adaptacji pacjentów hospitalizowanych do warunków szpitalnych, wspomagania psychicznego i przygotowania do zabiegów. Ponadto psycholog udzielał porad i konsultacji niezbędnych w procesie leczenia. Ordynator Oddziału Położniczego wyjaśnił, że usługi psychologa wykorzystywane były w przypadkach, gdy pacjentka zgłaszała taką potrzebę. Usługi te proponowane były też w każdym przypadku klinicznym, wymagającym takiego postępowania, np. ciąża obumarła, urodzenie dziecka z wadą rozwojową. (dowód: akta kontroli str. 84, 89, 147, 350-351)

W Szpitalu nie było zaś możliwości skorzystania z dodatkowej opieki pielęgnacyjnej, co przedstawiono poniżej.

Ustalone
nieprawidłowości

W działalności kontrolowanej jednostki w przedstawionym wyżej zakresie stwierdzono nieprawidłowość, polegającą na niezapewnieniu pacjentkom możliwości skorzystania z dodatkowej opieki pielęgnacyjnej, o której mowa w art. 34 ustawy o prawach pacjenta. Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że Szpital podejmował próby wprowadzenia takiej opieki, jednakże spotkało się to z negatywnymi opiniami wśród pacjentek, w związku z koniecznością opłat za takie świadczenia. Dodał, że gdyby pacjentka poprosiła o taką opiekę, wysokość opłaty ustalona zostałaby w oparciu o rzeczywiste koszty jej świadczenia oraz że obecnie trwają prace nad ustaleniem zasad oraz wysokości opłat związanych z dodatkową opieką pielęgnacyjną. (dowód: akta kontroli str. 658-661, 672-675)

1.5. Sytuacja finansowa szpitala oraz oddziału położniczego

Opis stanu
faktycznego

W latach 2013–2014 Szpital wypracowywał zysk, wynoszący w kolejnych latach 478.296 zł i 286.592 zł, przy przychodach z tytułu realizacji umów z Podlaskim Oddziałem Wojewódzkim NFZ w wysokości odpowiednio 75.128.598 zł i 75.678.909 zł, przychodach z innych źródeł w kwotach 12.158.058 zł i 14.253.173 zł oraz kosztach w wysokości 86.808.360 zł i 89.645.490 zł. Na koniec tych lat Szpital posiadał zobowiązania wymagalne w kwotach odpowiednio 1.192.737 zł i 1.374.419 zł. Za dziewięć miesięcy 2015 roku Szpital miał nadal dodatni wynik finansowy w wysokości 45.042 zł (54.302.066 zł przychodów z umów z Podlaskim Oddziałem Wojewódzkim NFZ, 12.884.712 zł innych przychodów i 67.141.737 zł kosztów) oraz 2.274.390 zł zobowiązań wymagalnych. Oddział Położniczy generował Szpitalowi straty, wynoszące w kolejnych z lat objętych kontrolą: 1.533.052 zł, 1.424.132 zł i 972.735 zł. (dowód: akta kontroli str. 600-601)

W ramach umów z Podlaskim Oddziałem Wojewódzkim NFZ na Oddziale Położniczym zakontraktowane były świadczenia opieki zdrowotnej w zakresach:

- Położnictwa i Ginekologii – hospitalizacja II poziom referencyjny (od 1 listopada 2014 r. I poziom referencyjny) – obejmujący opiekę na oddziale z uwagi na potrzebę leczenia (w tym dolegliwości ginekologicznych) i patologię ciąży,
- Położnictwa i Ginekologii – hospitalizacja N01, N02, N03, N20 II poziom referencyjny (od 1 listopada 2014 r. hospitalizacja N01, N20 I poziom referencyjny) – obejmujący odebranie porodu drogą fizjologiczną lub poprzez cesarskie cięcie.

²⁴ Zarządzenia Dyrektora Szpitala Wojewódzkiego Nr 46/2012 z dnia 14 kwietnia 2012 r. (zmienione Zarządzeniami Nr 108/2012 z 6 sierpnia 2012 r., 110/2012 z 7 sierpnia 2012 r., 179/2012 z 26 listopada 2012 r. i 199/2012 z 21 grudnia 2012 r.) oraz Nr 56/2013 z dnia 2 kwietnia 2013 r. (zmienione Zarządzeniami Nr 105/2013 z 21 czerwca 2013 r., 156/2013 z 28 października 2013 r. i 122/2014 z 30 września 2014 r.).

Pierwotną wartość umów na świadczenia medyczne wykonywane na Oddziale Położniczym w latach 2013–2014 ustalono kolejno na: 4.332.640 zł (83.320 jednostek rozliczeniowych) i 4.796.532 zł (92.241 jednostek rozliczeniowych). W wyniku aneksowania, wartość zakontraktowanych świadczeń medycznych Oddziału w 2013 roku zmalała o 252.427 zł (o 4.854 jednostki rozliczeniowe), a w 2014 roku o 859.260 zł (o 16.524 jednostki rozliczeniowe), tj. odpowiednio o 5,8% i o 17,9%²⁵. Zafakturowane świadczenia medyczne zostały opłacone przez NFZ. (dowód: akta kontroli str. 148-239, 602)

Od 1 stycznia 2014 r. Szpital miał możliwość ustalania kosztów procedur medycznych, po wprowadzeniu systemu informatycznego, który zintegrował aplikacje obsługiwane w Szpitalu i taką kalkulację przeprowadzał. Refundacja Podlaskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ (1.820 zł za poród, niezależnie od jego formy) nie pokrywała kosztów, jakie Szpital ponosił w związku z przeprowadzeniem porodu. Koszty porodów wynosiły bowiem:

- w 2014 roku: dla porodu fizjologicznego bez znieczulenia 1.900 zł, zaś w drodze cesarskiego cięcia 2.589 zł,
- w 2015 roku: dla porodu fizjologicznego bez znieczulenia 1.932 zł, zaś porodu w drodze cesarskiego cięcia 2.643 zł.

Strata Szpitala na jednym porodzie fizjologicznym wynosiła zatem odpowiednio 80 zł i 112 zł, a na jednym porodzie w drodze cesarskiego cięcia 769 zł i 823 zł.

(dowód: akta kontroli str. 603-608, 676)

Brak rentowności Oddziału Położnictwa był powodem zmiany poziomu referencyjnego Oddziału Położniczego z II na I stopień. Zadanie polegające na zmianie poziomu referencyjnego zostało wskazane jako jedno z zadań restrukturyzacyjnych w Programie Restrukturyzacji Naprawczej Szpitala z 2012 roku. Z uwagi na II poziom referencyjny Oddział Położniczy ponosił bowiem koszty ok. 60.000 zł miesięcznie z tytułu utrzymania w gotowości drugiego pionu dyżurowego. Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że zmiana ta nie skutkowałą zmniejszeniem zakresu świadczonych usług lub ograniczeniem dostępności świadczeń zdrowotnych. Świadczenia udzielane na Oddziale Położniczym możliwe do rozliczenia w oddziałach o II stopniu referencyjnym, mogą być bowiem rozliczane na podstawie indywidualnej zgody Podlaskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ. Od 1 listopada 2014 r. tj. dnia, w którym Oddział Położniczy rozpoczął udzielanie świadczeń na I poziomie referencyjnym, szpital wystąpił o taką zgodę trzy razy: dwukrotnie została ona udzielona (na kwotę łącznie 15.897 zł), a raz spotkał się z odmową (kwota 6.977 zł).

(dowód: akta kontroli str. 609-618)

Ustalone
nieprawidłowości

W działalności kontrolowanej jednostki w przedstawionym wyżej zakresie nie stwierdzono nieprawidłowości.

1.6. Pobieranie opłat od ubezpieczonych pacjentów

Opis stanu
faktycznego

Nie były pobierane opłaty za świadczenia gwarantowane objęte kontraktem z Podlaskim Oddziałem Wojewódzkim NFZ, dopłaty za wyższy standard świadczenia zdrowotnego, lepszy materiał, poród w lepszych warunkach. (dowód: akta kontroli str. 352)

Ustalone
nieprawidłowości

W działalności kontrolowanej jednostki w przedstawionym wyżej zakresie nie stwierdzono nieprawidłowości.

Ocena cząstkowa

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie pomimo stwierdzonych nieprawidłowości przygotowanie Oddziału Położniczego do udzielania świadczeń zdrowotnych.

2. Przestrzeganie standardów opieki okołoporodowej i praw pacjenta

Opis stanu
faktycznego

Od stycznia 2013 roku do września 2015 roku na Oddziale Położniczym doszło do jednego zgonu noworodka (wczesny zgon noworodka do szóstej doby życia włącznie). Przyczyną zgonu było skrajne wcześniactwo (24 tydzień ciąży, masa noworodka 680 g), zamartwica urodzeniowa, niewydolność oddechowa. Dziecko przyszło na świat w wyniku cesarskiego cięcia z powodu krwawienia z dróg rodnych matki. Nie toczyło się w związku z tym

²⁵ Praktyka aneksowania umów przez Podlaski Oddział Wojewódzki NFZ wynika z niewykonania świadczeń w zakontraktowanych ilościach.

postępowanie sądowe i nie było przeprowadzone postępowanie wyjaśniające. Ojciec dziecka złożył wniosek o nieprzeprowadzenie sekcji zwłok. Stwierdził, że sposób postępowania leczniczego oraz przyczyna śmierci dziecka jest mu znana oraz nie budzi jego wątpliwości i zastrzeżeń. Przypadek ten był zaś objęty kontrolą Konsultanta Wojewódzkiego w dziedzinie neonatologii, który stwierdził, że:

- wyniki czynności życiowych noworodka były monitorowane adekwatnie do jego stanu klinicznego,
- były podjęte zabiegi resuscytacyjne; noworodka przekazano na oddział anestezjologii i intensywnej terapii dziecięcej,
- postępowanie okołoporodowe było prawidłowe. (dowód: akta kontroli str. 122-131, 655)

Standardy postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej, nakazują ograniczenie do niezbędnego minimum interwencji medycznych, w szczególności amniotomii, stymulacji czynności skurczowej, podawania opioidów, cięcia cesarskiego. Szczegółową analizą objęto dokumentację medyczną 100 losowo wybranych pacjentek, po 50 dla dwóch rodzajów porodów: fizjologicznego i w drodze cesarskiego cięcia. Wykazała ona, że porody fizjologiczne w 12 przypadkach (24%) nastąpiły bez zastosowania interwencji medycznych, w pozostałych zaś 38 (76%) zastosowano interwencje medyczne, które dotyczyły: [1] podania oksytocyny w celu wywołania akcji porodowej u 20 pacjentek (40% badanych porodów fizjologicznych), [2] nacięcia krocza 34 pacjentkom (68%) i [3] przebicia pęcherza płodowego jednej pacjentce (2%)²⁶ – problematykę tę przedstawiono też w dalszej części wystąpienia pokontrolnego, w sekcji *Uwagi dotyczące badanej działalności*.

(dowód: akta kontroli str. 558-560)

Ordynator Oddziału Położniczego wyjaśnił, że jego zdaniem zastosowanie tych interwencji nie było zjawiskiem nagminnym. Oksytocyna stosowana była w II okresie porodu, częściej jako stymulacja porodu przy osłabieniu czynności porodowej oraz w celu przyspieszenia porodu w sytuacji zagrożenia infekcją. Przez to w pewnym stopniu zostały zmniejszone patologie noworodków. Indukcji porodu przeprowadzano zaś niewiele. O nacięciu krocza decyduje położna w II okresie porodu. Szpital nie posiada w asortymencie kremów lub żeli do rozluźniania krocza i z chwilą zagrożenia pęknięciem – dokonywane jest nacięcie. Najczęściej cięcia są niewielkie (wymagają założenia kilku drobnych szwów). W rezultacie praktycznie nie występują pęknięcia II i III stopnia oraz inne poważne obrażenia kanału rodowego.

(dowód: akta kontroli str. 648-650)

Dyrektor Szpitala dodał, że podanie oksytocyny lub nacięcie krocza były niezbędne do przeprowadzenia prawidłowej akcji porodowej i uniknięcia powikłań. W przypadku zastosowania interwencji medycznych zwrócić należy uwagę, że inna jest sytuacja wieloródek, a inna kobiet rodzących po raz pierwszy. W związku z tym każdy przypadek należy rozpatrywać indywidualnie. Dodał też, że Ordynator Oddziału Położniczego corocznie analizował takie przypadki i omawiał je z Konsultantem wojewódzkim w dziedzinie położnictwa i ginekologii.

(dowód: akta kontroli str. 658-661, 683-684)

Położna Oddziałowa wyjaśniła, że na izbie przyjęć pacjentki podpisywały ogólną zgodę na leczenie, zaś na bloku porodowym zgody na nacięcie krocza, cesarskie cięcie, indukcję²⁷, stymulację²⁸, wyłżeczowanie macicy, przetoczenie krwi, znieczulenie gazem rozweselającym.

(dowód: akta kontroli str. 564-567, 678-681)

W trakcie analizy dokumentacji medycznej 100 losowo wybranych pacjentek, które na Oddziale Położniczym odbyły poród (po 50 porodów fizjologicznych i w drodze cesarskiego cięcia) stwierdzono, że strony dokumentacji były opatrzone imieniem i nazwiskiem pacjentki oraz były ponumerowane, co było zgodne z § 5 i § 6 ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu

²⁶ Nacięcie krocza i podanie oksytocyny było też stosowane jednocześnie podczas jednego porodu, stąd suma interwencji medycznych jest wyższa niż 34 porodów fizjologicznych, w których je zastosowano.

²⁷ Poród indukowany to poród, w którym nie ma żadnej czynności skurczowej mięśnia macicy, ciąża jest „przenoszona” i odeszły wody płodowe.

²⁸ Poród stymulowany to poród, w którym występują czynności skurczowe mięśnia macicy, lecz są zbyt słabe.

dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania²⁹, a świadczeń medycznych udzielał personel wymieniony w umowach z Podlaskim Oddziałem Wojewódzkim NFZ. Do żadnej z analizowanych dokumentacji medycznych nie dołączono planu porodu³⁰, którego wymóg sporządzenia i dołączenia do dokumentacji medycznej wynika z pkt. IV ust. 3. załącznika do rozporządzenia w sprawie standardów opieki okołoporodowej. Położna Oddziałowa wyjaśniła, że bardzo mało rodzących zgłaszało się z planem porodu na blok porodowy. Dodała, że położna opiekująca się rodzącą omawiała z nimi prawdopodobny przebieg porodu i sposoby radzenia sobie w określonych sytuacjach.

(dowód: akta kontroli str. 357-557, 571-574)

Analiza dokumentacji medycznej 50 porodów fizjologicznych wykazała, że:

1. W pierwszym etapie porodu³¹ następowało m.in. zebranie wywiadu ogólnego ginekologicznego, w którym znajdowały się m.in. informacje o: przebiegu obecnej ciąży, przebytych ciążach i porodach, powikłaniach z nimi związanych oraz rozwoju dzieci, a także oceny: położenia płodu, zaawansowania porodu, czynności skurczowej mięśnia macicy i ciągłości pęcherza płodowego. Wykonywano badanie kardiotokograficzne oraz łagodząco dolegliwości bólowe, aktywowano rodzącą.
2. W drugim etapie porodu³² m.in. oceniano stan ogólny rodzącej, czynności skurczowe mięśnia macicy, przygotowania do porodu zgodnie z zasadami aseptyki i antyseptyki (w dokumentacji znajdowały się paski kodów kreskowych zestawu porodowego) oraz czynności serca płodu po każdym skurczu przez jedną minutę.
3. W trzecim etapie porodu³³ w dokumentacji medycznej znajdowały się informacje dotyczące m.in. oznakowania noworodka, przecięcia pępowiny, oceny stanu tkanek miękkich kanału rodnego, krwawienia z dróg rodnych i jego nasilenia, ilości krwi utraconej podczas porodu, obkurczania mięśnia macicy i kompletności popłodu.
4. W czwartym etapie porodu³⁴ dokonywano m.in. kontroli i oceny stanu ogólnego pacjentki, kontroli i oceny stanu obkurczenia mięśnia macicy i wielkości krwawienia z dróg rodnych, kontroli stanu kanału rodnego oraz zaopatrzenia chirurgicznego ran (jeśli była taka potrzeba), co dokumentowano w karcie obserwacji lekarskiej i/lub pielęgniarskiej. Ponadto w dokumentacji znajdowało się potwierdzenie odbycia instruktażu prawidłowego przystawiania dziecka do piersi i pomoc w karmieniu piersią.

Jednocześnie w dokumentacji medycznej nie znajdowały się zapisy dotyczące niektórych czynności, o których mowa w cz. VIII-XI rozporządzenia w sprawie standardów opieki okołoporodowej, co szerzej opisano w dalszej części wystąpienia pokontrolnego, w sekcji *Ustalone nieprawidłowości*.

(dowód: akta kontroli str. 357-557)

Położna Oddziałowa i położna z Oddziału Położniczego wyjaśniły, że w celu złagodzenia bólu podczas porodu fizjologicznego, proponowane pacjentce były m.in.: techniki oddechowe i relaksacyjne, aktywność fizyczna (chodzenie, kucanie), korzystanie z piłki, worka sako, materaca, immersji wodnej, prądów TENS, podtlenku azotu. Wyniki badania ankietowego³⁵ przeprowadzonego wśród rodzących wskazują jednak, że sposoby łagodzenia bólu proponowane rodzącym to najczęściej zmiana pozycji (66,7%), spacer (51,7%), wykonanie ćwiczeń oddechowych (36,7%)³⁶, czyli niewymagające udziału personelu medycznego. Masaż został natomiast zaproponowany trzem respondentkom (z 60, tj. 5%). Łagodzenie bólu za pomocą gazu entonox stwierdzono zaś tylko w sześciu z 50 (12%) analizowanych dokumentacji medycznych porodów fizjologicznych. Według Położnej Oddziałowej i położnej z Oddziału Położniczego nacięcie krocza nie było stosowane rutynowo, a tylko gdy zaistniała taka konieczność. W celu ochrony krocza

²⁹ Dz. U. z 2014 r., poz. 177 ze zm. Rozporządzenie zwane dalej: „rozporządzeniem w sprawie dokumentacji medycznej”.

³⁰ Plan porodu to dokument obejmujący wszystkie elementy postępowania medycznego podczas porodu i miejsce porodu.

³¹ Okres liczony od pojawienia się pierwszych regularnych skurczów macicy, powodujących zgłazdzenie i rozwieranie szyjki macicy aż do jej pełnego rozwarcia.

³² Okres pomiędzy całkowitym rozwarciem szyjki macicy a urodzeniem noworodka.

³³ Okres rozpoczynający się po urodzeniu noworodka i obejmujący oddzielenie oraz wydalenie płodu.

³⁴ Okres trwający do dwóch godzin po oddzieleniu i wydaleniu popłodu.

³⁵ Ankiety zostały wysłane do 300 kobiet, które od stycznia 2013 roku do września 2015 roku odbyły na Oddziale Położniczym poród (200 ankiet dotyczyło porodu fizjologicznego – zwrotnie otrzymano 60 wypełnionych, a 100 ankiet dotyczyło porodu w drodze cesarskiego cięcia – zwrotnie otrzymano 27 wypełnionych).

³⁶ Ankietowane mogły zaznaczyć kilka odpowiedzi, stąd suma nie musi wynosić 100%.

położna przyjmowała pozycję wyczekującą i proponowała rodzącej odpowiednią pozycję, stosowano wówczas np. parafinę i oddychanie. Stosownie do wyjaśnień personelu medycznego, po urodzeniu noworodka zawsze stosowany był kontakt „skóra do skóry”, trwający co najmniej dwie godziny po porodzie. W opinii ankietowanych kobiet, kontakt taki nie trwał tak długo. Jedynie sześć z nich (10%) przyznało, że trwał on ponad dwie godziny. Najczęściej długość tego kontaktu wynosiła krócej niż 30 minut (40 z 60 przypadków, tj. 66,7%), zaś siedem ankietowanych (11,7%) stwierdziło, że takiego kontaktu nie było.

(dowód: akta kontroli str. 558-570, 579-590)

W odczuciu ankietowanych, nie zawsze były respektowane standardy opieki okołoporodowej przy porodzie fizjologicznym, bowiem:

- 57 pacjentek (z 60, tj. 95%) nie miało możliwości wyboru osoby prowadzącej poród,
- 36 pacjentek (60%) nie miało wystarczającej informacji ze strony personelu o tym, jak będzie przebiegał poród,
- 50 pacjentek (83,3%) nie miało możliwości wyboru pozycji w jakiej mogły rodzić.

W dodatkowych, pojedynczych dopiskach poczynionych na odesłanych ankietach pacjentki podkreślały, że nie miały nic do powiedzenia podczas porodu, miały duże trudności z uzyskaniem od lekarzy informacji o stanie zdrowia swoim lub noworodka oraz podkreślały, że spotykały się z bardzo mało życzliwą postawą personelu medycznego. Szczególnie dotyczyło to personelu z Oddziału Neonatologicznego, gdzie pacjentki miały trudności z uzyskaniem informacji o stanie zdrowia dziecka. Stwierdzały też, że pomimo problemów z karmieniem piersią, nie uzyskały odpowiedniej pomocy w celu przystawienia dziecka. Tymczasem w części V załącznika do rozporządzenia w sprawie standardów opieki okołoporodowej sformułowano nakaz traktowania rodzącej z szacunkiem, umożliwiania jej brania udziału w podejmowaniu świadomych decyzji związanych z porodem oraz postulat, że osoby sprawujące opiekę powinny umieć nawiązać dobry kontakt z rodzącą i mieć świadomość, jak ważny jest ton rozmowy, ich postawa oraz słowa kierowane do rodzącej.

(dowód: akta kontroli str. 579-593)

Jak wynika z ankiet, podczas trzech porodów fizjologicznych (z 60, tj. 5%) zastosowano wobec pacjentek tzw. chwyt Kristellera, który polega na uciskaniu brzucha pacjentki w celu przyspieszenia porodu (naciskanie całym ciałem na rodzącą podczas II okresu porodu). Stosowanie tej techniki w opinii położników (w tym konsultanta krajowego w dziedzinie położnictwa i ginekologii) może prowadzić do powikłań takich jak przedwczesne oddzielenia łożyska, uszkodzenia krocza, uraz mechaniczny dziecka³⁷. Ordynator Oddziału Położniczego wyjaśnił, że zabieg ten nie jest wykonywany już od wielu lat i przypuszcza, że w trakcie odpowiedzi na pytania ankietowe mogło dojść do pomyłki.

(dowód: akta kontroli str. 579-584, 651-653)

Z kolei 79 z 87 (90,8%) ankietowanych (rodzących fizjologicznie i w drodze cesarskiego cięcia) wskazało, że były traktowane z szacunkiem przez osobę prowadzącą poród, a 61 (70,1%) przez pozostały personel Szpitala. 65 ankietowanych (74,7%) stwierdziło, że w Szpitalu respektowano ich prawo do prywatności i intymności.

(dowód: akta kontroli str. 579-590)

Szpital z własnej inicjatywy przeprowadzał badania ankietowe pacjentów. W badaniu przeprowadzonym w marcu i kwietniu 2015 roku na Oddziale Położniczym i Neonatologicznym ankietowane oceniły usługi świadczone w Szpitalu na 3,9 (średnia dla wszystkich oddziałów to 4,4) w skali pięciopunktowej³⁸, przestrzeganie praw pacjenta przez personel pielęgniarski ocenione zostało na 4,4 (średnia dla wszystkich oddziałów to 4,6), a stosunek do pacjenta przez ten personel na 4,1 (przy średniej 4,6). Wyczerpujący i zrozumiały sposób przekazywania informacji na temat przebiegu leczenia przez lekarzy został oceniony na 3,8 (średnia dla Szpitala 4,5), a dostępność lekarza na 4,1 (przy średniej 4,6) i były to najniższe wyniki w całym Szpitalu.

(dowód: akta kontroli str. 594-596)

³⁷ Ankietowane odpowiadały na pytania czy naciskano na ich brzuch, jaką częścią ciała i w którym okresie. Zaznaczenie w ankiecie odpowiedzi, że naciskanie było całym ciałem w II okresie porodu (okresie parcia) było podstawą do przypuszczenia, że zastosowany został chwyt Kristellera.

³⁸ 1 – ocena bardzo zła, 2 – ocena zła, 3 – ocena przeciętna, 4 – ocena dobra, 5 – ocena bardzo dobra.

Ordynator Oddziału Położniczego wyjaśnił, że brak możliwości spełnienia wszystkich standardów wynika z rozwiązań organizacyjnych. Tylko jedna sala posiada wannę, zatem może z niej korzystać tylko jedna pacjentka, po czym wanna musi zostać poddana zabiegom dezynfekcyjnym. Brak możliwości wyboru osoby prowadzącej poród to wynik grafika pracy personelu i kwestia prawnej odpowiedzialności pracy nie na swoim dyżurze. O przebiegu porodu każda pacjentka jest informowana na bieżąco – być może wyjaśnienia te nie są wystarczające. Kontakt dziecka z matką jest zwykle przerywany na prośbę matki lub na zlecenie lekarzy neonatologów i od tego jest uzależniony.

(dowód: akta kontroli str. 651-653)

Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że pracownicy świadczą pracę na podstawie umów o pracę i harmonogramów czasu pracy, zatem dostosowanie składu zespołu do oczekiwań każdej rodzącej jest niemożliwe. Poza tym nie wszystkie zaproponowane pozycje rodzenia spotykają się z akceptacją rodzących (np. pozycja kuczna), a czas kontaktu „skóra do skóry” uzależniony jest od stanu pacjentki, a przede wszystkim noworodka. Dodał też, że planowany remont zmieni zarówno warunki lokalowe jak też zwiększy komfort rodzących. Zwrócił jednocześnie uwagę, że funkcjonująca w Szpitalu szkoła rodzenia przygotowuje ciężarne i towarzyszące im osoby do nowej sytuacji i wskazanych zachowań, które pozwolą na świadome i aktywne przeżycie porodu, a w trakcie akcji porodowej trudno uzupełnić wiedzę pacjentki na temat ciąży, porodu i pójściu oraz przygotować ją do macierzyństwa.

Z przeprowadzonego przez NIK badania ankietowego wynika, że do szkół rodzenia uczęszczało jedynie 18 z 87 (20,7%) rodzących, w tym przy pierwszym dziecku 14 (77,8%) z nich. Dla porodów ostatecznie odebranych w drodze cesarskiego cięcia odsetek uczęszczających do szkoły rodzenia wynosił 25,9% (siedem z 27 ankietowanych).

(dowód: akta kontroli str. 579-593, 662-665)

W Szpitalu nie było dostępne znieczulenie zewnątrzoponowe przy porodzie fizjologicznym, także po wprowadzeniu od 1 lipca 2015 r. dodatkowego finansowania tego rodzaju procedury przez NFZ³⁹. Jak podała Położna Oddziałowa i Ordynator Oddziału Położniczego – pacjentki pytają o taki rodzaj łagodzenia bólu. Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że zgodnie z wytycznymi konsultanta krajowego w dziedzinie anestezjologii – podanie takiego znieczulenia wymaga stałej obecności lekarza anestezjologa w trakcie porodu, który trwać może ponad 20 godzin, a Szpital nie jest w stanie zapewnić oddzielnego pionu dyżurowego z powodu braku anestezjologów. Szpital czeka na zmianę rozporządzenia Ministra Zdrowia w tym zakresie, zezwalające na obecność pielęgniarki anestezjologicznej, która zamiast lekarza będzie czuwała nad pacjentką. Jednocześnie istnieją obawy kadry anestezjologów, dotyczące wzrostu roszczeń wobec tej grupy zawodowej, dotyczących powikłań u rodzącej i u noworodka.

(dowód: akta kontroli str. 574, 658-661)

Analiza 50 porodów w drodze cesarskiego cięcia wykazała, że w przypadku 11 (22%) z nich konieczność przeprowadzenia tego rodzaju procedury wynikała w trakcie porodu fizjologicznego. Przyczyną zastosowania procedury cesarskiego cięcia były m.in.: [1] zagrażająca zamarowica wewnątrzmaciczna, [2] nieprawidłowe wstawianie się główki, [3] przedłużający się II okres porodu, [4] wahania tętna płodu, [5] wysokie proste stanie główki. Pozostałe 39 (78%) porodów w drodze cesarskiego cięcia odbyło się z przyczyn, które zostały ustalone przed rozpoczęciem akcji porodowej i były to m.in.: [1] stan po cesarskim cięciu (kolejna ciąża)⁴⁰, [2] duży płód, [3] położenie pośladowe płodu, [4] cukrzyca ciążowa, [5] nadciśnienie indukowane ciążą. (dowód: akta kontroli str. 358-557)

W badanej próbie 50 porodów w drodze cesarskiego cięcia każda z pacjentek wyraziła zgodę na rozwiązanie ciąży tą drogą. Podpisywany przez pacjentki *Formularz świadomej zgody na operacyjne rozwiązanie ciąży metodą cesarskiego cięcia* zawierał m.in. informacje o możliwych powikłaniach dla matki, takich jak uszkodzenia pęcherza moczowego lub moczowodu, wystąpienie krwotoków, uszkodzeniach lub niedrożności jelit. Wymienione w *Formularzu* możliwe do wystąpienia powikłania dla dziecka to jedynie urazy podczas

³⁹ Zarządzenie Nr 34/2015/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 30 czerwca 2015 r. zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: leczenie szpitalne.

⁴⁰ Stanowiło to 28,2% (11 z 39) porodów w drodze cesarskiego cięcia, gdy konieczność rozwiązania ciąży tą drogą została ustalona przed rozpoczęciem akcji porodowej.

otwierania macicy lub wydobywania płodu. Jak wyjaśnił Ordynator Oddziału Położniczego, przed wykonaniem zabiegu cesarskiego cięcia pacjentka była informowana o wyższości porodu fizjologicznego nad porodem w drodze cesarskiego cięcia. Wzór *Formularza* jest autorstwa Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego, nie był dotąd kwestionowany przez Konsultantów krajowych w dziedzinie ginekologii i położnictwa. Zdaniem Ordynatora Oddziału Położniczego wzór zgody na poród w drodze cesarskiego cięcia powinien być taki sam na wszystkich salach porodowych we wszystkich podmiotach leczniczych (problem odpierania świadomej zgody na cesarskie cięcie przedstawiono też w dalszej części wystąpienia pokontrolnego, w sekcji *Uwagi dotyczące badanej działalności*).

(dowód: akta kontroli str. 678-680, 685-686)

Analiza dokumentacji medycznej 100 porodów (po 50 fizjologicznych i w drodze cesarskiego cięcia) wykazała, że 20 noworodków (20%) było karmionych wyłącznie mlekiem matki, odpowiednio 15 w przypadku porodów fizjologicznych (30% takich porodów) i pięć w przypadku cesarskich cięć (10% takich porodów), a w pozostałych 80 przypadkach (80% ogółu) noworodki były dokarmiane mlekiem modyfikowanym:

- 35 noworodków urodzonych fizjologicznie (70% takich porodów objętych analizą), w tym 32 z nich (64%) – jak odnotowano w dokumentacji medycznej – z powodu małej ilości pokarmu matki; w trzech przypadkach (6%) podawanie mleka modyfikowanego wynikało z innych przyczyn (np. matka po krwotoku),
- 45 noworodków urodzonych w drodze cesarskiego cięcia (90% takich porodów objętych analizą), w tym w 40 z nich (80%) – jak odnotowano w dokumentacji medycznej – z powodu małej ilości pokarmu matki; w pięciu pozostałych przypadkach (10%) wynikało to z innych przyczyn (np. noworodek przebywał w inkubatorze lub był karmiony sondą).

Szpital nie korzystał z mleka z banku mleka kobiecego od kwalifikowanych dawczyń. Problematykę podawania noworodkom mleka modyfikowanego przedstawiono też w dalszej części wystąpienia pokontrolnego, w sekcji *Uwagi dotyczące badanej działalności*.

(dowód: akta kontroli str. 558-560)

Oddział Położniczy dysponował sześcioma laktatorami (w tym dwoma nowymi, zakupionymi w 2015 roku). Znajdowały się tam też cztery chłodziarki i podgrzewacz do mleka.

(dowód: akta kontroli str. 276, 278-284)

Pielęgniarka Oddziałowa z Oddziału Neonatologicznego wyjaśniła, że mleko podawane było noworodkom przez smoczek, strzykawkę lub sondę, w zależności od stopnia dojrzałości stanu klinicznego dziecka. Wcześniaki zawsze były karmione przez pielęgniarkę, a noworodki urodzone w terminie, w zależności od stanu klinicznego, przez pielęgniarkę lub matkę pod nadzorem pielęgniarki – w salach w systemie „matka z dzieckiem”. Na Oddziale Położniczym nie stwierdzono reklam mleka modyfikowanego, jednakże nazwa handlowa i producent widoczne były na opakowaniu. Po przeprowadzonym w 2015 roku przetargu na zakup leków, cena zakupu mleka modyfikowanego od sierpnia 2015 roku wyniosła 0,11 zł za butelkę 90 ml⁴¹, zaś cena tego samego mleka w obrocie detalicznym od 2,60 zł do 3,20 zł⁴².

(dowód: akta kontroli str. 293-327, 645, 654, 668-669, 682)

Położna Oddziałowa wyjaśniła, że widzi istotne zagrożenie w sprawowaniu odpowiedniego poziomu opieki nad rodzącymi w braku młodego personelu, któremu można przekazać zdobytą wiedzę i doświadczenie. Według niej, na bloku porodowym pracują położne, które posiadają ogromną wiedzę i średnio trzydziestoletnie doświadczenie w zawodzie, ale brak jest młodych położnych, którym obecnie pracujące mogłyby przekazać wiedzę i wprowadzić w arkana zawodu, zwłaszcza że sala porodowa jest miejscem pracy, gdzie umiejętności i doświadczenie nabywa się przy łóżku rodzącej. Wspomniała również o warunkach lokalowych (konieczność remontu), które zostały omówione w punkcie 1.3. wystąpienia pokontrolnego. Ordynator Oddziału Położniczego wyjaśnił, że w obecnym stanie technicznym sal porodowych, gabinetów zabiegowych, bloku porodowego – utrzymanie obowiązujących standardów w stosunku do rodzących kobiet jest bardzo utrudnione.

(dowód: akta kontroli str. 571-578)

⁴¹ Wcześniej w 2015 roku cena ta wynosiła 0,01 zł za butelkę 90 ml.

⁴² Dane na podstawie porównywarki cenowej ceneo.pl dla stosowanego w Oddziale preparatu Bebilon z 1 Pronutra.

Pacjentki w pierwszej dobie po urodzeniu dziecka otrzymywały paczkę, zawierającą bezpłatne próbki produktów dla noworodków (pieluchy, kosmetyki). Praktyka ta usankcjonowana była porozumieniem zawartym 12 listopada 1996 r. przez Szpital z Present Service S.A. Zgodnie z porozumieniem paczki trafiały do Szpitala bezpłatnie i wręczane były nieodpłatnie w charakterze prezentu każdej położnicy. Z przeprowadzonego w trakcie kontroli NIK badania ankietowego wynika, że 35 z 87 (40,2%) respondentek otrzymywało po wyjściu ze szpitala propozycje zakupu towarów i usług. Według Położnej Oddziałowej paczki wręczane były z wyraźnym zaznaczeniem, że wypełnienie dołączonej ulotki (zawierającej zgodę na przetwarzanie danych osobowych) było dobrowolne, a otrzymanie paczki do niczego pacjentki nie zobowiązywało.

(dowód: akta kontroli str. 579-590, 597-599, 670-671)

W roku 2009 Szpital objęty był kontrolą NIK *Opieka nad matką i noworodkiem w oddziałach położniczych i neonatologicznych*, po której w skierowanym do Dyrektora Szpitala wystąpieniu pokontrolnym Izba wnioskowała o pobieranie opłat z tytułu usług świadczonych pacjentom wyłącznie w przypadkach przewidzianych przepisami prawa oraz o doposażenie Oddziału Położniczego w aparat USG. Jak wykazała bieżąca kontrola NIK wnioski te zostały zrealizowane.

(dowód: akta kontroli str. 276, 352)

Ustalone
nieprawidłowości

W działalności kontrolowanej jednostki w przedstawionym wyżej zakresie stwierdzono nieprawidłowości, polegające na niedokumentowaniu następujących czynności wykonywanych w trakcie wszystkich analizowanych 50 porodów fizjologicznych:

- współpraca z rodzącą umożliwiającą przyjęcie dogodnej dla niej pozycji oraz sposobu parcia przyczyniającego się do postępu porodu, ze szczególnym uwzględnieniem pozycji wertykalnych,
- wzmianka o wykonaniu lewatywy i goleniu owłosienia łonowego (życzenie rodzącej lub brak takiego życzenia),
- kontrola odginania się główki płodu, a po jej urodzeniu podjęcie czynności zapewniających prawidłowe wytaczanie się barków,
- obserwacja przebiegu kontaktu matki i dziecka „skóra do skóry” oraz pomocy w przystawieniu noworodka do piersi, jeśli stan ogólny noworodka i matki na to pozwalały (w 25 z 50 przeanalizowanych przypadków nie udokumentowano kontaktu matki i dziecka „skóra do skóry”; w pozostałych udokumentowany był w formie elektronicznej poprzez zaznaczenie odpowiedniego check boxu w systemie informatycznym).

(dowód: akta kontroli str. 358-557)

Obowiązek wykonywania i dokumentowania ww. czynności wynika z cz. VIII ust. 2 pkt 2 lit. m, cz. IX ust. 4 pkt 6, 8 i 9, cz. X ust. 3 pkt 6 załącznika do rozporządzenia w sprawie standardów opieki okołoporodowej oraz § 34 pkt 12 rozporządzenia w sprawie dokumentacji medycznej. Ordynator Oddziału Położniczego wyjaśnił, że powyższe czynności są i były wykonywane jeszcze przed opublikowaniem rozporządzenia w sprawie standardów opieki okołoporodowej, gdyż są to czynności wykonywane rutynowo, które nie były opisywane w dokumentacji medycznej, ponieważ były standardem postępowania.

(dowód: akta kontroli str. 575-578)

Położna Oddziałowa dodała, że w przypadku porodu fizjologicznego położna towarzyszy rodzącej, nadzorując samoistny przebieg porodu, zgodny z mechanizmem porodowym integralnie związanym z budową kanału rodniczego kobiety. Położna ma przede wszystkim sprostować wymaganiom rodzącej i zapewnić jej poczucie bezpieczeństwa, a dokumentowanie zachowań rodzącej nie ma uzasadnionego celu. Dodatkowe adnotacje czyniłyby historię choroby nieczytelną. Nie ma zaś rubryki w której jednoznacznie byłoby dokumentowane, czy wykonanie lewatywy i golenie owłosienia łonowego odbyło się na życzenie pacjentki, choć zawsze jest to wykonywane na życzenie pacjentki i dokumentowane w karcie pielęgnacyjnej pacjenta.

(dowód: akta kontroli str. 571-574)

Uwagi dotyczące
badanej działalności

Najwyższa Izba Kontroli zwraca uwagę, że:

1. Porody rozwiązane w drodze cesarskiego cięcia stanowiły na Oddziale Położniczym blisko połowę i systematycznie rosły w ostatnim pięcioleciu. Biorąc pod uwagę lata 2010–2015 (do 30 września) odsetek takich porodów w ogólnej liczbie porodów wynosił

kolejno 37,3%, 39,8%, 41,6%, 44,4%, 49% i 48,3%, przy wskaźniku 10%–15% zalecanym przez Światową Organizację Zdrowia⁴³. Ordynator Oddziału Położniczego wyjaśnił, że duży odsetek cięć cesarskich to problem nie tylko Szpitala ale ogólnokrajowy. Wynika z intensywnego monitorowania ciężarnych, braku akceptacji na poród drogami natury u rodzących po przebytych wcześniej cesarskich cięciach, przy podejrzeniu zagrożenia niekorzystnego rozwiązania drogami natury, np. niska punktacja noworodka w skali Apgar. Zdaniem Ordynatora Oddziału Położniczego, nadrzędnym celem położnika jest urodzić zdrowe dziecko. Często jest on poddawany presji ze strony rodzącej bądź towarzyszących jej osób aby wykonać cesarskie cięcie. Pojawiające się w przekazach medialnych informacje o nagannych błędach lekarzy, którzy nie wykonali w porę lub w ogóle cięcia cesarskiego, ma też duże znaczenie. Powstrzymaniu wzrostu odsetka cesarskich cięć nie sprzyja też brak możliwości wykonania znieczulenia porodu, a zabiegi jak kleszcze i vacuum nie są zabiegami przychylnie akceptowanymi.

(dowód: akta kontroli str. 111, 648-650)

Dyrektor Szpitala dodał, że każdorazowo przeprowadzenie cesarskiego cięcia wynikało ze wskazań medycznych oraz, że w przypadku wykonania cesarskiego cięcia u kobiet rodzących po raz pierwszy – skutkuje w przyszłości kolejnymi cięciami, co powoduje progresywny wzrost.

(dowód: akta kontroli str. 658-661)

W badaniu ankietowym dwie z 27 pacjentek (7,4%) stwierdziło, że poród w drodze cesarskiego cięcia odbył się na ich życzenie. Ordynator Oddziału Położniczego wyjaśnił, że nie wykonuje się takich procedur, a podane odpowiedzi mogły być wynikiem niezrozumienia pytania. Sugeruje też, że omawiane sytuacje mogły dotyczyć pacjentek po uprzednio przeżytym cesarskim cięciu – wówczas zadawane było pytanie, czy wyraża zgodę na poród drogami natury, a brak takiej zgody mógł zostać uznany za wykonanie cesarskiego cięcia na życzenie pacjentki.

(dowód: akta kontroli str. 585-590, 666-667)

2. Wysoki, bo wynoszący 76% próby objętej badaniem, był też odsetek porodów fizjologicznych, w których zastosowano interwencję medyczną. Tymczasem standardy postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej, nakazują ograniczenie do niezbędnego minimum takich interwencji (szczegółowe dane na temat interwencji medycznych oraz wyjaśnienia Dyrektora szpitala, Ordynatora Oddziału Położniczego i Położnej Oddziałowej przytoczono na str. 11 wystąpienia pokontrolnego).

3. Wysoki był odsetek noworodków dokarmianych mlekiem modyfikowanym, miało to bowiem miejsce w 80 ze 100 (80%) zbadanych porodów. Dokarmianie mlekiem początkowym, zgodnie z rozporządzeniem w sprawie standardów opieki okołoporodowej, jest interwencją medyczną i powinno być ograniczone do niezbędnego minimum oraz zgodnie z cz. XII, ust. 8, pkt. 5 tego rozporządzenia, powinno mieć miejsce tylko wówczas, gdy wynika to ze wskazań medycznych.

Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że stosowanie mleka modyfikowanego wynikało z trudności w pozyskaniu i przebadaniu mleka od innych matek z Oddziału Położniczego. Związane było to z koniecznością uzyskania zgody matki na dokarmianie jej dziecka mlekiem innej matki oraz koniecznością przeprowadzania badań takiego mleka, co zdaniem Dyrektora Szpitala trwa od dwóch do czterech dni (niewiele krócej niż pobyt matki i dziecka w Szpitalu) i nawet po przeprowadzeniu takich badań nie gwarantuje bezpieczeństwa noworodków. Nie można bowiem w tym czasie stwierdzić, czy dawczyni nie była w okresie wylęgania infekcji. Dyrektor Szpitala dodał też, że ze względów organizacyjnych Szpital nie jest w stanie korzystać z zewnętrznych banków mleka, zlokalizowanych w dużych miastach odległych od Suwałk oraz sam nie jest w stanie stworzyć własnego banku mleka przy takiej liczbie porodów.

(dowód: akta kontroli str. 558-560, 658-661, 683-684)

4. W 34 z 50 badanych dokumentacjach medycznych porodów fizjologicznych doszło do nacięcia, a następnie szycia krocza. W 24 z owych 34 przypadków pacjentki udzieliły

⁴³ http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/161442/1/WHO_RHR_15.02_eng.pdf?ua=1

zgody na ten zabieg, zaś w pozostałych 10 zgody pacjentek nie znajdowały się w dokumentacji medycznej (stosowano formularz z łączną zgodą na nacięcie i szycie krocza). W jednym z 50 przypadków w dokumentacji medycznej nie znajdowała się też zgoda na wkłucie do żyły obwodowej, chociaż stosowano taką zgodę u pozostałych 50 pacjentek. Położna Oddziałowa wyjaśniła, że w tych analizowanych przypadkach najprawdopodobniej pacjentki zgłosiły się z bardzo zaawansowanym porodem i położna zajęła się przede wszystkim pacjentką, uzyskując ustną zgodę na nacięcie krocza, a po porodzie nie dopełniono obowiązku uzyskania wstecznej pisemnej zgody, w przypadku zaś wkłucia do żyły obwodowej – nastąpiło przeoczenie.

(dowód: akta kontroli str. 358-557, 571-574)

5. W *Formularzu świadomej zgody na operacyjne rozwiązanie ciąży metodą cesarskiego cięcia* nie były podane pełne informacje o możliwych konsekwencjach jakie mogą wystąpić u noworodka. *Formularz* zawierał informacje jedynie o możliwości wystąpienia urazów podczas otwierania macicy i wydobywania płodu. Pomijał zaś informacje o korzyściach płynących z rozwiązania ciąży drogami natury, opisanych w literaturze fachowej⁴⁴, takich jak kontakt dziecka z naturalną florą bakteryjną matki (pierwsza naturalna szczepionka w życiu dziecka).

(dowód: akta kontroli str. 678-680)

6. W analizowanej dokumentacji medycznej prowadzonej papierowo znajdowały się nie zawsze czytelne zapisy czynione przez lekarzy. Ordynator Oddziału Położniczego wyjaśnił, że wraz z systematycznym wprowadzaniem elektronicznego prowadzenia dokumentacji medycznej uniknie się nieczytelnych odręcznych wpisów.

(dowód: akta kontroli str. 358-557, 575-578)

Ocena cząstkowa

Na Oddziale Położniczym na ogół przestrzegane były standardy opieki okołoporodowej, chociaż w odczuciu pacjentek uczestniczących w badaniu ankietowym nie wszystkie lub w niewystarczającym zakresie (np. zbyt krótki kontakt „skóra do skóry”). Stosunkowo wysoki był odsetek porodów (76%) w trakcie których zostały zastosowane interwencje medyczne (podanie oksytocyny, nacięcie krocza, przebicie pęcherza płodowego) oraz noworodków, którym było podawane mleko modyfikowane (80%), a odsetek cięć cesarskich znacząco przekraczał rekomendacje Światowej Organizacji Zdrowia. W dokumentacji wszystkich analizowanych porodów fizjologicznych nie udokumentowano zaś wykonania niektórych czynności przewidzianych w tych standardach.

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 Kontroli⁴⁵, wnosi o:

1. Zapewnienie lekarzom, bezpośrednio po zakończeniu dyżuru medycznego, co najmniej 11-godzinnego odpoczynku, stosownie do art. 97 ust. 2 ustawy o działalności leczniczej.
2. Dokumentowanie wykonania wymaganych czynności lub zadań, określonych w rozporządzeniu w sprawie standardów opieki okołoporodowej.
3. Przeanalizowanie wyników ankiet przeprowadzonych przez NIK wśród pacjentek oddziału położniczo-ginekologicznego.
4. Podjęcie działań organizacyjnych w celu umożliwienia pacjentkom korzystania z dodatkowej opieki pielęgnacyjnej.
5. Zorganizowanie sal porodowych w sposób zapewniający intymność i poszanowanie godności pacjentek.
6. Dodanie do formularza świadomej zgody na poród drogą cesarskiego cięcia pouczenia o zagrażających dziecku następstwach takiego porodu.

⁴⁴ Np. „Cięcie cesarskie i krwiotwórczych komórek macierzystych epigenetyka noworodka – konsekwencje dla przyszłego zdrowia”, opublikowane w *American Journal of Obstetrics and Technology* z 01.07.2014 r. <http://ki.se/en/news/cesarean-section-may-cause-epigenetic-changes>, artykuł „Rodzić po polsku”, zamieszczony w tygodniku „Polityka” nr 9 (2947), 26.02-4.03.2014.

⁴⁵ Dz. U. z 2015 r., poz. 1096. Ustawa zwana dalej „ustawą o NIK”.

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.

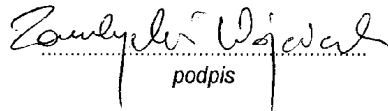
Obowiązek
poinformowania
NIK o sposobie
wykorzystania uwag
i wykonania wniosków

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

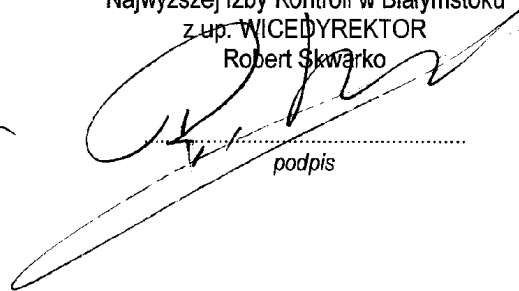
W przypadku wniesienia zastrzeżeń do wystąpienia pokontrolnego, termin przedstawienia informacji liczy się od dnia otrzymania uchwały o oddaleniu zastrzeżeń w całości lub zmienionego wystąpienia pokontrolnego.

Białystok, dnia 23 grudnia 2015 r.

Kontroler
Wojciech Zambrzycki
inspektor kontroli państwowej


podpis

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


podpis