



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Gdańsku

LGD.410.023.03.2015

P/15/065

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Gdańsku

ul. Wały Jagiellońskie 36, 80-853 Gdańsk

T +48 58 768 36 00, F +48 58 768 36 05

lgd@nik.gov.pl

I. Dane identyfikacyjne kontroli

| | |
|-------------------------------------|---|
| Numer i tytuł kontroli | P/15/065 – „Opieka okołoporodowa na oddziałach położniczych” |
| Jednostka przeprowadzająca kontrolę | Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Gdańsku |
| Kontroler | Mariusz Syrek, główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr 96997 z 27 października 2015 r. (dowód: akta kontroli str. 1-2) |
| Jednostka kontrolowana | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Człuchowie, ul. Szczecińska 16, 77-300 Człuchów (dalej: „Szpital”). |
| Kierownik jednostki kontrolowanej | Zdzisław Rachubiński, Dyrektor Szpitala (dalej: „Dyrektor”). (dowód: akta kontroli str. 3-4) |

II. Ocena kontrolowanej działalności

Ocena ogólna Dyrektor Szpitala ustalił minimalne normy zatrudnienia położnych zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 28 grudnia 2012 r. w sprawie sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych¹. Lekarze, i położne udzielający świadczeń w Oddziale Ginekologiczno-Położniczym² (dalej: „Oddział”) na dzień 28.10.2015 r., byli wykazani w zgłoszeniu aktualizacyjnym na portalu Systemu Zintegrowanego Obiegu Informacji (dalej: „SZOI”). Zapewniono całodobową opiekę lekarską w miejscu udzielania świadczenia we wszystkie dni tygodnia oraz anesteziologów w lokalizacji, co zgodne było z rozporządzeniami Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego³ (dalej: rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych). Zadbano również o to, aby lekarze Oddziału oraz położne uczestniczyli w szkoleniach wewnętrznych z zakresu standardów opieki okołoporodowej określonych 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 noworodkiem⁴ (dalej: „standardy opieki okołoporodowej”). W Szpitalu wprowadzono wewnętrzne procedury dotyczące opieki okołoporodowej.

Stwierdzono jednak, że nie zapewniono stałej obecności lekarza specjalisty w dziedzinie położnictwa i ginekologii jak również równoważnika co najmniej dwóch etatów specjalistów w tej dziedzinie, wymaganych przepisami rozporządzeń Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych. Stwierdzono przypadki udzielania świadczeń zdrowotnych przez lekarzy Oddziału bez przerwy przez okres od 24 do 96 godzin, co w ocenie NIK może budzić wątpliwości, co do jakości usług i zapewnienia bezpieczeństwa pacjentek. Część sprzętu (tj. kolposkop oraz kardiomonitor), niezgodnie z rozporządzeniami Ministra Zdrowia w sprawie

¹ Dz. U. z 2012 r. poz. 1545

² Regulamin organizacyjny z dnia 21.11.2011 r.

³ rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz. U. z 2013 poz.1082 ze zm.), zał. nr 11 – obowiązujące do 26.12.2013 r. oraz rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz. U. z 2013 r., poz. 1520 ze zm.), zał. nr 12 – obowiązujące od 27.12.2013 r.

⁴ Dz. U. z 2012 r. poz. 1100.

świadczeń gwarantowanych, nie znajdowała się w Oddziale, tj. miejscu udzielania świadczeń, lecz była wykorzystywana w innych jednostkach organizacyjnych Szpitala. W Szpitalu nie zapewniono pacjentkom Oddziału prawa do poszanowania intymności, niezgodnie z art. 20 ust. 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta⁵ oraz ze standardami opieki okołoporodowej. Odsetek cięć cesarskich znacznie odbiegał od zaleceń Światowej Organizacji Zdrowia (dalej: „WHO”) w tym zakresie. Ponadto w dokumentacji medycznej dotyczącej badanej próby porodów nie udokumentowano wykonania wszystkich czynności, o których mowa w częściach VIII-XI standardów opieki okołoporodowej, pomimo takiego obowiązku.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego

1. Przygotowanie Oddziału Ginekologiczno-Położniczego do udzielania świadczeń zdrowotnych.

1.1. Działalność Oddziału Ginekologiczno-Położniczego w latach 2013-2015.

Opis stanu faktycznego

W Oddziale (pierwszy poziom referencyjności) funkcjonowały dwa stanowiska porodowe. W latach 2013-2015 (do 30 września) przeprowadzono 924 porody (odpowiednio: 352, 333 i 239), w tym: 497 fizjologicznych (odpowiednio: 204, 165 i 128) i 416 przy pomocy cięć cesarskich (odpowiednio: 141, 167 i 108). Jedenaście porodów zakończono z wykorzystaniem kleszczy (odpowiednio: siedem, jeden i trzy); w okresie tym nie wykorzystywano vacuum. Nie stwierdzono zgonów kobiet w związku z porodem. We wskazanym okresie stwierdzono zgon czterech noworodków⁶. W badanym okresie 16 kobiet przekazano w związku z porodem do innych szpitali, a przyjęto jedną pacjentkę.

W latach 2010-2012 liczba porodów wyniosła ogółem 1.129 (odpowiednio: 412, 328 i 389).

(dowód: akta kontroli str.5-21 i 75)

W latach 2013-2015 (do dnia zakończenia kontroli) jednostki zewnętrzne przeprowadziły w Oddziale cztery kontrole, tj.:

- dwie kontrole przeprowadzone w kwietniu 2014 r. przez konsultantów wojewódzkich Wojewody Pomorskiego w dziedzinie położnictwa i ginekologii oraz w dziedzinie neonatologii. W ich wyniku wydano następujące zalecenia: prowadzenie dokumentacji medycznej w sposób czytelny; uzupełnienie dokumentacji medycznej poprzez wpisanie do niej rozpoznania medycznego i zastosowanych zabiegów. W szpitalu przeprowadzono instruktaż dotyczący prawidłowego i czytelnego prowadzenia dokumentacji medycznej oraz uzupełniono brakujące wpisy w dokumentacji medycznej;
- kontrole przeprowadzone w dniach 04.06.2014 r. i 18.02.2015 r. przez Pomorskiego Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego. W ich wyniku zalecono wykonanie wentylacji mechanicznej w brudowniku Oddziału w terminie do dnia 30.08.2015 r. - zalecenie zostało wykonane w terminie.

(dowód: akta kontroli str. 22-24, 167-179, 191, 241 i 243)

W latach 2013-2015 (do dnia 11 grudnia 2015 r.) w Oddziale nie doszło do zakażeń wewnątrzszpitalnych. Szpital posiadał procedury dotyczące zasad postępowania epidemiologicznego.

(dowód: akta kontroli str. 26 i 63)

⁵ Dz. U. z 2012 r., poz.159 ze zm.

⁶ martwo urodzonych

1.2. Zapewnienie odpowiedniej liczby wykwalifikowanych lekarzy, położnych i pielęgniarek na Oddziale Ginekologiczno-Położniczym.

Opis stanu faktycznego

Według stanu na dzień 28.10.2015 r. w Oddziale zatrudniano ośmiu lekarzy (w tym: pięciu specjalistów z zakresu ginekologii i położnictwa, z czego dwóch dopiero od lipca 2015 r., urologa oraz dwóch lekarzy będących w trakcie specjalizacji w dziedzinie ginekologii i położnictwa), sekretarkę medyczną, pielęgniarkę i 14 położnych. Lekarzy zatrudniano na podstawie umów cywilno-prawnych.

(dowód: akta kontroli str. 73-74, 180-184 i 192)

Położne, pielęgniarka i lekarze udzielający świadczeń w Oddziale na dzień 28.10.2015 r., byli wykazani w zgłoszeniu aktualizacyjnym na portalu SZOI.

Analiza zatrudnienia lekarzy w miesiącach lipiec i sierpień lat 2013-2015 wykazała, że w Szpitalu (przy uwzględnieniu tygodniowego czasu pracy koordynatora oddziału i jego zastępcy, tj. razem 30 godzin) zapewniono całodobową opiekę lekarską w miejscu udzielania świadczenia we wszystkie dni tygodnia.

(dowód: akta kontroli str. 73-74, 84-151, 180-187, 192-204, 245 i 247)

W Szpitalu zatrudnionych było sześciu lekarzy anestezyjologów (wszyscy na podstawie umów cywilno-prawnych). Szpital zabezpieczał obecność anestezyjologów w lokalizacji (załącznik nr 3 do rozporządzeń Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych). Opieka była zorganizowana w formie dyżurów; jeden z lekarzy pełnił funkcję koordynującą, rozliczając dodatkowo po osiem godzin w dni od poniedziałku do piątku. Koordynator Oddziału poinformował, że przy porodach fizjologicznych brak jest możliwości korzystania z obecności anestezyjologa; zapewniona jest ich obecność przy porodach w drodze cesarskiego cięcia.

(dowód: akta kontroli str. 233-240, 241, 243 i 252-253)

Minimalne normy zatrudnienia położnych zostały ustalone na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 28 grudnia 2012 r. w sprawie sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych na podstawie informacji dotyczących 2013 r.; przy uwzględnieniu wskazanych w rozporządzeniu elementów⁷ ustalono, że minimalna norma zatrudnienia położnych w Oddziale, to 2,4 etatów (dla odcinka położniczego).

Dyrektor Szpitala, na podstawie art.50 ust.1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej⁸ - (dalej: „ustawa o działalności leczniczej”), zarządzeniem z dnia 27.03.2014 r.⁹ wprowadził minimalne normy zatrudnienia pielęgniarek i położnych wskazał, że w Oddziale niezbędne jest zapewnienie 14 etatów położnych. W wybranych do badania okresach¹⁰ zatrudnionych było 14 położnych na podstawie umów o pracę.

Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że ustalona liczba 14 etatów położnych dotyczy Oddziału ginekologiczno-położniczego. Organizacyjnie jest to całość – podzielona na dwie części: ginekologiczną mieszczącą się na I piętrze, położniczą mieszczącą się na III piętrze. Obie funkcjonują pod kierownictwem koordynatora Oddziału i p.o. położnej oddziałowej, dyżur pełni jeden lekarz specjalista w dziedzinie położnictwa i ginekologii. Ponadto, w przypadku problemów kadrowych dotyczących położnych możliwe są rotacje personelu między częścią ginekologiczną i położniczą. Wyliczona norma zatrudnienia położnych zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 28 grudnia 2012 r. dla odcinka położniczego wynosi 2,4 etatu, a dla odcinka ginekologicznego 3 etaty. Nie jest jednak możliwe zabezpieczenie

⁷ W szczególności: liczba pacjentów średnio dobowo; liczba etatów w czasie analizy; czasy opieki bezpośredniej, pośredniej; roczny i miesięczny średni czas dyspozycyjności położnych

⁸ Dz. U. z 2015 r. poz.618 ze zm.

⁹ Zarządzenie Dyrektora Nr 6/2014

¹⁰ miesiące lipiec i sierpień w latach 2013-2015

całodobowej opieki we wszystkie dni miesiąca taką ilością pracowników, z tego też względu podjąłem decyzję o zwiększeniu ilości etatów w Oddziale do 14. Pozwala to na prawidłowe ułożenie harmonogramu pracy położnych, biorąc pod uwagę ich czas dyspozycyjny w ciągu roku oraz bezpieczeństwo procesu leczenia i opieki nad ciężarnymi i położnicami.

(dowód: akta kontroli str. 68-72, 154-163, 241, 243 i 249-251)

W latach 2013-2015 (do dnia 15.10.2015 r.) lekarze Oddziału uczestniczyli w 10 szkoleniach wewnętrznych z zakresu standardów opieki okołoporodowej (odpowiednio: w pięciu w 2013 r.; trzech w 2014 r. i dwóch w 2015 r.); położne Oddziału uczestniczyły w 17 takich szkoleniach (odpowiednio: w pięciu w 2013 r., siedmiu w 2014 r. i pięciu w 2015 r.). W związku z wymienionymi szkoleniami Szpital poniósł koszty w wysokości 19,6 tys. zł (z czego 18,9 tys. zł dofinansowano z Krajowego Funduszu Szkoleniowego). Na podstawie wyjaśnień ustalono, że personel medyczny Oddziału był informowany o standardach opieki okołoporodowej jak i o sposobie odbierania porodu w pozycji wertykalnej podczas szkoleń. Koordynator Oddziału poinformował również, że drugi okres porodu przebiega w pozycji leżącej – nie ma możliwości rodzenia na siedząco lub w innej pozycji wertykalnej.

(dowód: akta kontroli str. 64-66, 81, 152, 164 i 230-231)

Ustalone
nieprawidłowości

W działalności kontrolowanej jednostki w przedstawionym wyżej zakresie stwierdzono, że:

- 1) W Szpitalu w latach 2013-2015 (do dnia zakończenia kontroli) nie sporządzano harmonogramów czasu pracy koordynatora Oddziału i jego zastępcy oraz zastępcy koordynatora anestezyjologów, co uniemożliwiało rzetelną weryfikację czasu udzielania świadczeń oraz wiarygodne potwierdzenie spełnienia warunków rozporządzeń w sprawie świadczeń gwarantowanych, dotyczących: stałej obecności lekarza specjalisty w dziedzinie anestezyjologii oraz całodobowej opieki lekarskiej na Oddziale we wszystkie dni tygodnia.

Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że nie sporządzano wymienionych harmonogramów czasu pracy z uwagi na to, że przestrzeganie zapisów z takich grafików powoduje zmniejszenie elastyczności udzielania świadczeń i w konsekwencji może w wielu przypadkach doprowadzić do dezorganizowania pracy.

(dowód: akta kontroli str. 84-151, 200-201, 235-240, 313-317, 374 i 377-378)

- 2) Zgodnie z art. 93 ust.1 ustawy o działalności leczniczej oraz § 27 ust.1 Regulaminu pracy Szpitala¹¹, czas pracy pracowników zatrudnionych w podmiocie leczniczym nie może przekraczać przeciętnie 37 godzin 55 minut na tydzień w przeciętnie pięciodniowym tygodniu pracy w przyjętym okresie rozliczeniowym – tym samym równoważnik dwóch etatów, to 75 godzin i 10 minut tygodniowo. Lekarze - zatrudnieni w ramach kontraktów -byli zobowiązani do przedstawiania rozliczeń za okresy miesięczne.

Analiza zatrudnienia lekarzy w wybranych do badania miesiącach¹², przy uwzględnieniu czasu pracy koordynatora Oddziału (średnio 20 godzin tygodniowo) i jego zastępcy (średnio 10 godzin tygodniowo) wykazała, że nie dochowano warunku (wynikającego z załącznika nr 3 do rozporządzeń w sprawie świadczeń gwarantowanych) zapewnienia równoważnika co najmniej dwóch etatów specjalistów w dziedzinie położnictwa i ginekologii (których czas pracy nie dotyczy dyżurów medycznych). Stwierdzono, że: w lipcu 2013 r. nie zabezpieczono średnio 13 godzin tygodniowo; sierpniu 2013 r. 15 godzin

¹¹ Zarządzenie Dyrektora Szpitala z dnia 19.02.2007 r. Nr 9/2007

¹² Miesiące lipiec-sierpień w latach 2013-2015

tygodniowo; w lipcu 2014 r. 38 godzin tygodniowo; w sierpniu 2014 r. 32 godzin tygodniowo; w lipcu 2015 r. 28 godzin tygodniowo; sierpniu 2015 r. nie zabezpieczono średnio 17 godzin tygodniowo.

Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że powodem nieprawidłowości jest znaczna fluktuacja specjalistów oraz trudności w zatrudnieniu pracowników zgodnie ze wskazanym wymogiem. Organizacja czasu pracy w Oddziale nie wynika z zaniedbań, lecz jest wymuszona warunkami pracy i zasobami kadrowymi. Według Dyrektora stwierdzona nieprawidłowość nie wpłynęła na dostępność świadczeń, ani ich jakość, a pacjenci nie ponieśli z tego tytułu żadnej szkody.

W ocenie NIK powyższe wyjaśnienia nie stanowią uzasadnienia niezapewnienia w Oddziale równoważnika co najmniej dwóch etatów specjalistów w dziedzinie położnictwa i ginekologii.

(dowód: akta kontroli str. 84-151, 155, 157, 193-199, 200-201, 245-248, 313-317, 379, 381 i 409)

- 3) Analiza zatrudnienia lekarzy w wybranych do badania miesiącach wykazała również, że nie był spełniony warunek wynikający z załącznika nr 3 do rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych, dotyczący obowiązku zapewnienia stałej obecności lekarza specjalisty w dziedzinie położnictwa i ginekologii lub lekarza ze specjalizacją I stopnia w dziedzinie położnictwa i ginekologii w miejscu udzielania świadczenia. Stwierdzono, że w dniach:
- od 4 do 6 lipca oraz od 29 do 31 sierpnia 2013 r.,
 - od 3 do 5, od 10 do 14 i od 19 do 21 lipca oraz od 2 do 4 i od 16 do 19 sierpnia 2014 r.,

dostępni byli w Oddziale tylko lekarze bez wymaganych specjalizacji.

Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że udzielanie świadczeń przez zgłoszony personel gwarantuje ich jakość i prawidłowość. W przypadku udzielania świadczeń przez lekarzy bez specjalizacji, wskazywany jest lekarz ze specjalizacją, który zabezpiecza i nadzoruje udzielanie świadczeń pod „dyżurem telefonicznym” – w razie potrzeby jest on wzywany do Szpitala. Przyjęta organizacja pracy nie wynika z zaniedbań – jest wymuszona warunkami pracy i zasobami kadrowymi.

W ocenie NIK złożone wyjaśnienia nie mogą stanowić uzasadnienia dla działania niezgodnego ze wskazanym przepisem.

(dowód: akta kontroli str. 73-74, 84-151 i 379-382)

- 4) W wybranych do badania miesiącach¹³ stwierdzono 33 przypadki świadczenia przez lekarzy Oddziału pracy bez przerwy ponad 24 godziny (tj. 24 razy po 48 godzin, osiem razy po 72 godziny i jeden raz przez 96 godzin). Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że organizacja takich dyżurów nie wynika z zaniedbań, ale jest wymuszona warunkami pracy i zasobami kadrowymi. W obliczu braku zabezpieczenia kadry medycznej jest to często jedyny sposób zabezpieczenia udzielania świadczeń i realizacji kontraktu z NFZ. Przyczynami takiego stanu są: znaczne fluktuacje specjalistów w poprzednich latach; zdarzenia losowe; staże specjalizacyjne lekarzy w trakcie specjalizacji. Zdaniem Dyrektora oraz Koordynatora Oddziału przyjęta w Oddziale organizacja pracy nie wpływa na obniżenie jakości usług i zmniejszenie bezpieczeństwa pacjentek, w szczególności z uwagi na małą liczbę porodów (średnio 1 poród na dobę).

W ocenie NIK udzielanie przez lekarzy świadczeń zdrowotnych bez przerwy przez wskazany okres (do 96 godzin) może budzić wątpliwości, co do jakości tych usług i zapewnienia bezpieczeństwa pacjentek.

(dowód: akta kontroli str. 84-151, 245-248 i 678-679)

¹³ lipiec i sierpień z lat 2013-2015

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

Opis stanu faktycznego

W latach 2013-2015 (do zakończenia kontroli) Oddział spełniał warunki realizacji świadczeń gwarantowanych w trybie hospitalizacji wynikające z rozporządzeń w sprawie świadczeń gwarantowanych w zakresie:

- zapewnienia realizacji badań, tj. zapewniał ciągłe badanie KTG przed i w trakcie porodu oraz dostęp do badań histopatologicznych. badania takie mogły być wykonywane w Szpitalu w Człuchowie (na podstawie umów zawieranych na roczne okresy¹⁴; w latach 2013-2015 nie zlecano wykonania takich badań),
- pozostałych wymagań takich jak: zapewnienie prowadzenia na Oddziale partogramu; w Szpitalu zorganizowano również blok operacyjny i wyodrębniono salę do cięć cesarskich.

W Oddziale znajdowały się trzy kardiokarografi (dalej: „KTG”). Kolposkop oraz kardiomonitor znajdowały się na terenie Szpitala (tj. w lokalizacji) odpowiednio: w Poradni dla Kobiet oraz na Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii (wg rozporządzeń w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego ww. sprzęt powinien znajdować się w miejscu udzielania świadczeń, tj. na Oddziale). Użytkowany na Oddziale sprzęt był sprawny (tzn. posiadał aktualne badania techniczne).

Oddział dysponował: salą jednoosobową oraz trzema salami dwuosobowymi i dwoma trzyosobowymi w tym jedną zorganizowaną w systemie „matka z dzieckiem” - sale były wyposażone w urządzenia umożliwiające mycie i pielęgnację noworodków. W Oddziale znajdowały się dwa pomieszczenia z natryskami – w części przy wejściu na Oddział znajdowało się pomieszczenie z jednym natryskiem, a w łazience dla pacjentek (oddzielne pomieszczenie) znajdowały się dwa natryski.

Oddział posiadał sprzęt do odsysania mleka matki (dwa laktatory elektryczne) oraz lodówki do jego przechowywania.

(dowód: akta kontroli str. 188-190, 205, 215-228, 229-230, 254-265, 406, 426, 434 i 704-705)

Pomieszczenia Oddziału spełniały warunki ogólnoprzestrzenne określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą¹⁵ (dalej: „rozporządzenie w sprawie szczegółowych wymagań jakim powinny odpowiadać pomieszczenia”) – zlokalizowane były w samodzielny budynek (§14 ust.1).

Oddział znajdował się na trzecim poziomie budynku Szpitala. Wejście do budynku Szpitala było zlokalizowane w bezpośrednim sąsiedztwie parkingu samochodowego, dzięki czemu możliwy był bezpośredni dojazd samochodem. Przy głównym wejściu, w korytarzu, znajdowała się winda, umożliwiająca dojazd do Oddziału. Pacjentki były przyjmowane na Oddziale. Przed pokojem w którym przyjmowane były pacjentki brak było jakiegokolwiek informacji (w formie np.: napisu, tablicy/sygnalizacji świetlnej) o trwającym badaniu. W gabinecie przyjęć było jedno stanowisko do badania pacjentek. Fotel ginekologiczny w tym gabinecie usytuowany był w taki sposób, że przy otwarciu drzwi, był widoczny z korytarza. W pokoju brak było parawanu; nie było w nim wydzielonego miejsca w którym pacjentka mogła się przebrać. Na bloku porodowym znajdowały się dwa stanowiska w jednej sali. Łóżka porodowe były od siebie oddzielone parawanem / plastikową ścianką o długości odpowiadającej długości łóżka – stojąc przy krótszej krawędzi łóżka, widać było drugie stanowisko.

¹⁴ umowa z dnia 08.03.2013 r., umowa z dnia 06.03.2014 r., umowa z dnia 23.02.2015 r.

¹⁵ Dz. U. z 2012 r., poz. 739

Sala mierzyła około 35 m², co tym samym umożliwiało swobodny dostęp do łóżek. W sali porodowej było miejsce dla osoby towarzyszącej jak i na aktywne rodzenie. Przed wejściem do sali porodowej brak było jakiegokolwiek informacji (w formie np.: napisu, tablicy / sygnalizacji świetlnej) o tym, czy trwa właśnie poród. Nie było zapewnione prawo pacjenta do poszanowania intymności (art. 20 ust. 1 i 22 ustawy o prawach pacjenta). Ustawienie łóżek w salach uniemożliwiało dostęp do nich z trzech stron; szerokość drzwi wejściowych do sal uniemożliwiała wyprowadzenie łóżek, co było niezgodne z §18 i 20 rozporządzenia w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia. W salach Oddziału znajdował się sprzęt ułatwiający rodzającym aktywność (piłki rehabilitacyjne, worek sako, podpórki, drabinki).

Zgodnie z art.36 ust.1 ustawy o działalności leczniczej Personel medyczny posiadał czytelne identyfikatory - obowiązek ich noszenia w widocznym miejscu określono w Księdze jakości Szpitala z dnia 17.03.2008 r.

W dniu przeprowadzania oględzin na terenie Oddziału nie stwierdzono materiałów promujących sztuczne mleko.

(dowód: akta kontroli str. 215-228, 230 i 438-441)

Koordynator Oddziału poinformował, że w trakcie porodu pacjentkom proponowane są farmakologiczne sposoby łagodzenia bólu (gaz entonox, leki dożylnie) oraz niefarmakologiczne (m.in. muzykoterapia; ćwiczenia z piłką; prysznic; masaż pleców przez partnera pacjentki).

(dowód: akta kontroli str. 230-233)

Ustalone
nieprawidłowości

W działalności kontrolowanej jednostki w przedstawionym wyżej zakresie stwierdzono, że:

1) Zgodnie z rozporządzeniami w sprawie świadczeń gwarantowanych w miejscu udzielania świadczenia (tj. w Oddziale) powinien znajdować się m.in.: kolposkop oraz kardiomonitor. Wymieniony sprzęt nie znajdował się w Oddziale lecz w Poradni dla Kobiet (zlokalizowanej na terenie Szpitala) oraz w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii.

Również dwie pompy infuzyjne, które zgodnie ze zgłoszeniem aktualizacyjnym na portalu SZOI powinny znajdować się w Oddziale, znajdowały się w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii; w wykazie ujęty był również sprzęt wycofany z użytkowania (diatermia i mammograf).

Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii jest oddziałem, w którym sprzęt jest wykorzystywany najintensywniej i jego zabezpieczenie do natychmiastowego użycia jest priorytetem. Poinformował również, że wykaz sprzętu został zaktualizowany.

W ocenie NIK wyjaśnienia nie stanowią dostatecznego uzasadnienia stwierdzonego naruszenia ww. przepisów obowiązującego prawa.

(dowód: akta kontroli str. 188-190, 205 215-228, 229, 374 i 376-377)

2) Ustawienie łóżek w salach pacjentek (zorganizowanych w systemie „matka z dzieckiem”) uniemożliwiało dostęp do nich z trzech stron, w tym z dwóch dłuższych, a szerokość drzwi wejściowych do sal uniemożliwiała wyprowadzenie łóżek, co było niezgodne z §18 i 20 rozporządzenia w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia. Ponadto niezgodnie z zał. nr 1 rozdział III ust. 1 pkt 1 wymienionego rozporządzenia w Oddziale znajdowała się sala trzyosobowa, podczas gdy zgodnie ze wskazanym przepisem pokoje łóżkowe urządzone w systemie "matka z dzieckiem", przeznaczone są maksymalnie dla dwóch matek i dwóch noworodków z możliwością wstawienia trzeciego łóżeczka dla noworodka.

Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że dostosowanie Oddziału do wymagań wymienionego rozporządzenia, ujęto w programie dostosowawczym na lata 2012-2016, pozytywnie zaopiniowanym przez Pomorskiego Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego (art. 207 ustawy o działalności leczniczej). NIK zauważa jednak, że zgodnie z tym programem, wymienione nieprawidłowości miały zostać usunięte w terminie do dnia 31.12.2013 r.

Zdaniem Dyrektora sposób ustawienia łóżek wynika z próśb pacjentek, które twierdzą, że ustawienie łóżek wzdłuż ścian zwiększa ich poczucie bezpieczeństwa i ułatwia opiekę nad dzieckiem; ponadto stan zdrowia pacjentek nie wskazuje na konieczność podejmowania takich działań medycznych do których niezbędny byłby dostęp z trzech stron; takie rozstrzygnięcie znalazło również zrozumienie wśród inspektorów Wojewódzkiej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej, którzy podczas kontroli w dniu 18.02.2015 r. nie zanegowali takiego sposobu ustawienia łóżek. Dyrektor wyjaśnił również, że do końca 2016 r. odbędzie się remont Oddziału, w wyniku którego wskazane nieprawidłowości zostaną usunięte.

(dowód: akta kontroli str. 173-179, 216, 226-227, 230, 373, 376, 385-386, 406 i 704-708)

- 3) Przed Izbą przyjęć na Oddziale brak było jakiegokolwiek informacji o obecności wewnątrz przyjmowanej pacjentki; fotel ginekologiczny był widoczny z korytarza przy otwartych drzwiach. Nie było wydzielonego miejsca dla przebrania się pacjentki. Z kolei łóżka na bloku porodowym oddzielono od siebie parawanem, jednak jego długość umożliwia – także osobom towarzyszącym rodzącej – widoczność drugiego stanowiska porodowego. Zarówno w Izbie Przyjęć jak i w Sali porodowej nie zapewniono zatem pacjentkom prawa do poszanowania intymności, niezgodnie z art. 20 ust.1 ustawy o prawach pacjenta i rzeczniku Praw Pacjenta jak również ze standardami opieki okołoporodowej (standard V ust. 2 pkt 3).

Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że planowany jest remont pomieszczeń Oddziału. Do tego czasu możliwe jest wprowadzenie rozwiązań zastępczych, które będą umożliwiały zachowanie zasad intymności. Aby zapewnić komfort i intymność w pokoju przyjęć, drzwi wejściowe można zamykać na klucz od wewnątrz; możliwe jest również umieszczenie nad drzwiami podświetlanej lampy sygnalizującej, że w pokoju trwa badanie – oba rozwiązania są możliwe i będą podjęte jak najszybciej. Przewidywany remont obejmuje również salę porodową, gdzie planowane jest wydzielenie osobnych boksów z łóżkami porodowymi, aby nie był możliwy kontakt wzrokowy pomiędzy osobami stojącymi przy poszczególnych łóżkach – do czasu wykonania tych działań ustawiony zostanie parawan, który oddzieli przestrzeń pomiędzy łóżkami. Fotel w gabinecie przyjęć został, w trakcie kontroli, przestawiony – obecnie stoi tyłem do wejścia.

(dowód: akta kontroli str. 215-218, 221-223, 374, 377, 426 i 433)

1.4. Zorganizowanie udzielania świadczeń opieki zdrowotnej.

Dyrektor Szpitala poinformował, że przestrzeganie standardów opieki okołoporodowej jest realizowane przede wszystkim w oparciu o rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 września 2012 r. w tej sprawie. W Szpitalu wprowadzono dwie wewnętrzne procedury dotyczące opieki okołoporodowej: „Postępowanie z ciężarną przyjętą do porodu”¹⁶ oraz „Opieka pooperacyjna w oddziale ginekologiczno-położniczym”¹⁷. Opracowano również procedurę dotyczącą przewożenia pacjenta do innej jednostki udzielającej świadczeń zdrowotnych¹⁸;

Opis stanu
faktycznego

¹⁶ Procedura P.5-2

¹⁷ Procedura P.5-1.1.

¹⁸ Procedura P.12.3.

w latach 2013-2015 przewieziono do innych Szpitali 32 pacjentki Oddziału; Ordynator Oddziału wyjaśnił, że Centrum Kliniczne w Gdańsku (III stopień referencyjności) zazwyczaj odmawia przyjmowania pacjentek, a problemów takich nie stwarza Szpital w Bydgoszczy (III stopień referencyjności) oraz Szpital w Ustce (II stopień referencyjności).

W latach objętych badaniem Szpital zapewniał dostęp pacjentek Oddziału do konsultacji psychologicznych świadczonych przez podmiot zewnętrzny (umowa z dnia 31.12.2012 r.) – z konsultacji skorzystały trzy pacjentki.

Dyrektor Szpitala określił zarządzeniami¹⁹ stawki opłat za dodatkową opiekę pielęgnacyjną. Pierwsza godzina opieki pielęgnarskiej lub położniczej kosztuje 30 zł, a każda następna 25 zł (stawka wynikała z sumy kosztów osobowych podzielonych przez średnią miesięczną ilość godzin pracy pielęgniarek i położnych); w latach 2013-2015 Szpital nie uzyskał przychodów z tego tytułu.

Brak było pisemnych procedur dotyczących dodatkowej opieki pielęgnacyjnej. Dyrektor wyjaśnił, że obecnie trwają prace nad zmianami w Regulaminie organizacyjnym Szpitala, do którego wprowadzone zostaną postanowienia dotyczące możliwości i zasad organizacyjnych sprawowania takiej opieki.

(dowód: akta kontroli str. 76, 153, 233, 241-244, 266-293, 318-372 i 375)

1.5. Sytuacja finansowa Szpitala oraz Oddziału.

Opis stanu
faktycznego

W latach 2013-2015 (na 30 września) Szpital ponosił stratę, która wynosiła odpowiednio: 298,4 tys. zł, 488,9 tys. zł i 315,3 tys. zł. Zobowiązania wymagalne na koniec poszczególnych okresów wyniosły: 388,1 tys. zł, 1.651,2 tys. zł i 3.038,3 tys. zł; dotyczyły one dostaw towarów i usług oraz naliczonego i nieodprowadzonego odpisu na Zakładowy Fundusz Świadczeń Socjalnych. Dyrektor wyjaśnił, że przyczyną nieregulowania wskazanych zobowiązań wymagalnych był brak środków spowodowany niewystarczającym finansowaniem usług Szpitala przez Narodowy Fundusz Zdrowia oraz rosnące koszty utrzymania.

W wymienionych okresach w Oddziale zakontraktowano: 11.931 pkt (hospitalizacja- N01²⁰ i N20²¹), 11.931 pkt (hospitalizacja- N01 i N20) i 8.784 pkt (hospitalizacja- N01 i N20); w każdym z wymienionych okresów stawka za pkt wyniosła 52 zł. Wykonano odpowiednio: 11.583 pkt, 11.655 pkt i 8.365 pkt. Szpital nie przekroczył liczby świadczeń zakontraktowanych w Oddziale.

Z tytułu zakontraktowanych świadczeń dotyczących Oddziału (odcinka położniczego), Szpital uzyskał z NFZ odpowiednio: 602,3 tys. zł, 606,1 tys. zł i 435,0 tys. zł. Szpital nie był w stanie określić kosztów jednostkowych porodów fizjologicznych oraz porodów przy pomocy cesarskiego ciecia (dalej: „c.c.”) z uwagi na sposób prowadzonej ewidencji księgowej - koszty (dotyczące np.: leków, materiałów czy też płac) nie były przypisywane do procedur. W latach objętych kontrolą działalność Oddziału Ginekologiczno-Położniczego generowała stratę w wysokości odpowiednio: 633,8 tys. zł; 747,9 tys. zł i 656,4 tys. zł.

(dowód: akta kontroli str. 67, 153, 180-184, 192, 206-214, 287-292, 294-312, 373, 375, 669-670 i 709-710)

Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że sytuacja finansowa Szpitala w latach 2013-2015 (do 30 września) mogła mieć wpływ na funkcjonowanie Oddziału w zakresie remontu i zakupu sprzętu. Według wyjaśnień Koordynatora Oddziału sytuacja finansowa nie wpływała na możliwość pozyskiwania i zatrudniania lekarzy; miała natomiast wpływ na planowany w Oddziale remont oraz planowaną wymianę mebli. Decyzja

¹⁹ W latach 2013-2015 zarządzenia, odpowiednio: nr 2/2013 z dnia 15.02.2013 r.; nr 4/214 z dnia 28.02.2014 r. i 1/2015 z 18.03.2015 r.

²⁰ Poród; kod produktu: 5.51.01.0013001

²¹ Noworodek wymagający normalnej opieki; kod produktu: 5.51.01.0013020

o zakresie i czasie przeprowadzenia remontu zostanie podjęta po 20 grudnia 2015 r. (tj. po podpisaniu planu rzeczowo-finansowego na 2016 r.).

(dowód: akta kontroli str. 669-670, 678-679 i 685)

Opis stanu
faktycznego

1.6. Pobieranie opłat od ubezpieczonych pacjentów.

W latach 2013-2015 (do dnia 20 listopada 2015 r.) Szpital nie pobierał opłaty od pacjentek za świadczenia w zakresie położnictwa; nie pobierał również opłat za porody rodzinne (pozycja taka nie była kalkulowana w cenniku usług medycznych Szpitala).

(dowód: akta kontroli str. 153, 287-292, 318-372 i 668)

Ocena cząstkowa

Najwyższa Izba Kontroli ocenia negatywnie²², działalność Oddziału w zakresie przygotowania do udzielania świadczeń zdrowotnych, co uzasadnione jest: niespełnieniem wymogów w zakresie: liczby i kwalifikacji lekarzy, aparatury medycznej, wymogów w zakresie dostosowania pomieszczeń Oddziału (program dostosowawczy nie został wdrożony), a także niezapewnieniem pacjentkom prawa do poszanowania intymności.

2. Przestrzeganie standardów opieki okołoporodowej i praw pacjenta.

Opis stanu
faktycznego

2.1. W latach 2013-2015 (do dnia 28.10.2015 r.) do Szpitala wpłynęła jedna skarga złożona przez męża pacjentki, który skarżył się na zbyt wczesne jej wypisanie ze Szpitala oraz wskazał błąd w dokumentacji medycznej. W wyniku rozpoznania skargi Dyrektor poinformował skarżącego o przyczynie nieprawidłowości oraz o wydanych zaleceniach.

W wymienionym okresie nie było postępowań sądowych związanych ze sprawowaniem przez Szpital opieki okołoporodowej.

(dowód: akta kontroli str. 59-62, 373 i 375)

W latach 2013-2015 (do dnia 6 listopada 2015 r.) przy porodach fizjologicznych nie stosowano znieczulenia zewnątrzoponowego pomimo, że od 01.07.2015 r. na podstawie zarządzenia Prezesa NFZ²³, NFZ płacił świadczeniodawcom dodatkowo 416 zł (8 pkt po 52 zł) za każdy poród, w trakcie którego zastosowano znieczulenie zewnątrzoponowe. Koordynator Oddziału wyjaśnił, że przy porodach fizjologicznych nie było możliwości korzystania z usług anestezjologa.

(dowód: akta kontroli str. 233 i 383-384)

Szpital nie zapewniał dostępu do mleka z banku mleka kobiecego - według wyjaśnień Dyrektora z powodu braku zainteresowania pacjentek. W latach 2013-2015 (do dnia 28 października) zużyto 164,3 l mleka modyfikowanego²⁴ (w poszczególnych latach okresu odpowiednio: 67,1 l, 54,0 l i 43,2 l) – nie używano mleka modyfikowanego w proszku; dostawca mleka był wybierany na okresy roczne w trybie przetargu nieograniczonego; cena mleka modyfikowanego dostarczanego na podstawie umów, w zależności od dostawcy i okresu wynosiła: BEBIKO 1 (90 ml) – od 0,07 zł do 0,63 zł za butelkę; BEBILON NENATAL Premium (70ml) – od 0,25 zł do 0,72 zł; BEBILON PEPTI (90 ml) – od 2,71 zł do 2,79 zł; NAN PRO 1 (90 ml) – od 0,02 zł do 2,67 zł; PRE NAN 1 (70 ml) – 0,41 zł za butelkę. Wg wyjaśnień pielęgniarki Oddziału Neonatologii, mleko było przelewane do szklanych opakowań, które po podgrzaniu przekazywano matkom noworodków.

²² Najwyższa Izba Kontroli stosuje 3-stopniową skalę ocen cząstkowych dotyczących działalności w badanym obszarze: pozytywna, pozytywna mimo stwierdzonych nieprawidłowości, negatywna.

²³ Zarządzenie nr 34/2015/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 30.06.2015 r. zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: leczeni szpitalne

²⁴ W 2013 r. i w 2014 r.: Bebiko 1, Bebilon Pepti i Bebilon Nenatal – producent NUTRICIA, a w 2015 r.: NAN PRO i Pre NAN – producent NESTLE

(dowód: akta kontroli str. 28, 383-384, 387-405 i 690-693)

Na terenie Miasta Człuchowa funkcjonowały dwie szkoły rodzenia, z czego jedna w strukturze organizacyjnej Szpitala; gminy z terenu Powiatu Człuchowskiego nie realizowały w kontrolowanym okresie programów zdrowotnych w zakresie ochrony zdrowia i polityki prorodzinnej, polegających na organizowaniu szkół rodzenia (art. 7 ust.1 pkt 5 i 16 ustawy z dnia 08 marca 1990 r. o samorządzie gminnym²⁵).

(dowód: akta kontroli str. 411-425)

W badanym okresie nie było przypadków uszkodzeń ciała noworodków; wystąpiły cztery przypadki urodzenia martwych noworodków. Koordynator Oddziału wyjaśnił, że w dwóch przypadkach przyczyną śmierci był zgon płodu przed przybyciem do Szpitala; w jednym przypadku skrajne wcześniactwo (23 tydzień ciąży) – ze względu na zaawansowanie porodu nie podjęto próby wysłania pacjentki do ośrodka wyższego rzędu; w jednym przypadku skrajne wcześniactwo (25 tydzień ciąży) i zakażenie wewnątrzmaciczne z towarzyszącą niewydolnością łożyska. Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że wskazane przypadki nie były omawiane na posiedzeniu Zespołu ds. analizy zgonów, ponieważ nie miały miejsca w trakcie hospitalizacji – były omawiane w zespole lekarskim wraz z oddziałową.

(dowód: akta kontroli str. 75, 383-384, 435-437 i 694-695)

Zbadanie dokumentacji medycznej 100 pacjentek Oddziału (w tym 50, które urodziły fizjologicznie oraz 50 – w wyniku cięcia cesarskiego) w zakresie stosowania standardów opieki okołoporodowej, określonych rozporządzeniem w sprawie standardów opieki okołoporodowej wykazało m.in., że w żadnym przypadku badana dokumentacja nie zawierała planu porodu (wg badania ankietowego 75% pacjentek nie posiadała takiego dokumentu).

Dyrektor Szpitala oraz Koordynator Oddziału wyjaśnili, że plan porodu jest dokumentem pacjentki. Nie wszystkie pacjentki posiadały taki plan, a część z nich zabierała ten dokument przy wypisie ze Szpitala. Z pacjentkami, które takiego planu nie mają, omawiany jest on ustnie. Obecnie plan ten będzie kserowany i dołączany do dokumentacji medycznej,

(dowód: akta kontroli str. 77-80, 410, 442-645, 682-684 i 686-687)

Spośród 50 porodów fizjologicznych objętych badaniem, 15 (30%) odbyło się bez ingerencji medycznej; 26 pacjentkom (52%) nacięto krocze, 12 (24%) podano oxytocynę w celu stymulacji porodu; w dokumentacji odnotowano również, że trzem pacjentkom (6%) podano entonox. Nie było przypadku stosowania amniotomii; pięciu noworodkom (10%) podano mleko modyfikowane. Mleko modyfikowane podano również czterem noworodkom urodzonym w drodze cesarskiego cięcia.

Stwierdzono, że 37 porodów przyjętych w drodze cesarskiego cięcia (74%) wynikało ze wskazań medycznych – w każdym przypadku decyzja odnotowana była w dokumentacji medycznej. W pozostałych 13 przypadkach (26%) pacjentki nie wyrażały zgody na poród drogami natury w związku z tym, że poprzedni poród był odebrany drogą cięcia cesarskiego. Ordynator Oddziału wyjaśnił, że krocze było nacinane tylko w uzasadnionych medycznie przypadkach.

(dowód: akta kontroli str. 442-645, 690-691 i 713-715)

W ośmiu przypadkach (8% badanych spraw) dokumentacje zawierały zgodę ogólną na przyjęcie do szpitala i leczenie, a w pozostałych zgodę na wskazane zabiegi i czynności medyczne²⁶.

²⁵ Dz. U. z 2015 r. poz. 1515

²⁶ Wskazane zabiegi i czynności medyczne: iniekcje: dożylna, domięśniowa, podskórna, śródskórna; przetaczanie płynów infuzyjnych; pobieranie krwi do badań; zakładanie wenflonów; zakładanie opatrunków na rany i odleżyny; zakładanie cewnika Foley'a; wlewy doodbytnicze; wykonanie badania EKG; pomiary ciśnienia i temperatury

Formularz świadomej zgody na operacyjne rozwiązanie ciąży metodą cięcia cesarskiego zawierał informacje o możliwości wystąpienia powikłań dla pacjentki (wskazano rodzaje zagrożeń) jak i noworodka, gdzie wzmiankowano jednak jedynie o możliwości powstania urazów, których nie wymieniono; Dyrektor Szpitala poinformował, że formularz zostanie niezwłocznie uzupełniony w tym zakresie. Ordynator Oddziału poinformował, że pacjentki były ustnie informowane o negatywnych skutkach cięć cesarskich dla zdrowia dziecka.

Pacjentki podpisywały również zgody na znieczulenie (ogólne, miejscowe lub przewodowe).

(dowód: akta kontroli str. 442-645, 659, 662-667, 674-677, 683-684, 702-703 i 711-712)

Uwaga dotycząca
badanej działalności

Liczba porodów rozwiązanych cięciem cesarskim stanowiła w kolejnych latach objętych kontrolą 2013-2015 (do 30 września) odpowiednio: 40,1%, 50,2% i 45,2% ogółu porodów, przy wskaźniku 10%-15% zalecanym przez Światową Organizację Zdrowia (w latach 2010-2012 wynosił odpowiednio: 38,6%, 37,5% oraz 41,9%). Zgodnie ze standardem opieki okołoporodowej wskazanym w postanowieniach ogólnych, poszczególne elementy opieki medycznej mającej na celu uzyskanie dobrego stanu zdrowia matki i dziecka, są realizowane przy ograniczeniu do niezbędnego minimum interwencji medycznych, w szczególności: cięcia cesarskiego.

Koordynator Oddziału wyjaśnił, że w Oddziale od ponad 15 lat był bardzo wysoki odsetek cięć cesarskich; pacjentki po przebytym cięciu cesarskim nie wyrażają zgody na poród drogami natury. Ponadto część pacjentek zgłasza się z zaświadczeniami o konieczności wykonania cięcia z przyczyn poza położniczych (zaświadczenia są wystawiane przez okulistów, neurologów, psychiatrów oraz ortopedów). Wskazał również, że nie zna oddziału w którym odsetek cięć cesarskich byłby zgodny z zalecanym przez Światową Organizację Zdrowia; przeważnie jest on zdecydowanie wyższy.

(dowód: akta kontroli str. 75 i 680-681)

Ustalona
nieprawidłowość

Zbadanie dokumentacji medycznej 100 pacjentek Oddziału (w tym 50, które urodziły fizjologicznie oraz 50 – w wyniku cięcia cesarskiego) w zakresie stosowania standardów opieki okołoporodowej, określonych rozporządzeniem w sprawie standardów opieki okołoporodowej wykazało, że:

- a) w 34 przypadkach (z czego 16 dotyczyło porodów fizjologicznych) nie odnotowano w dokumentacji przeprowadzenia instruktazu w zakresie prawidłowego przystawiania dziecka do piersi i pomocy w karmieniu piersią oraz przekazania informacji nt. zasad postępowania w laktacji w pierwszej dobie połogu (standard XI ust.2 pkt 5) - wg badania ankietowego, 27% pacjentek nie było poinformowanych o sposobie przystawiania dziecka do piersi,
- b) w 25 przypadkach (dot. porodów fizjologicznych) w dokumentacji nie odnotowano położenia noworodka bezpośrednio na brzuchu matki oraz osuszenia i zabezpieczenia noworodka przed utratą ciepła (standard IX ust. 4 pkt 9),
- c) w 26 przypadkach nie odnotowano informacji o rozległości nacięcia krocza (standard X ust.3 pkt 8),
- d) w 21 przypadkach w dokumentacji nie odnotowano przeprowadzenia obserwacji przebiegu kontaktu matki i dziecka „skóra do skóry” i pomocy w przystawieniu noworodka do piersi (standard X ust. 3 pkt 6),
- e) we wszystkich przypadkach dotyczących 50 porodów fizjologicznych nie odnotowano przeprowadzonej kontroli stanu kanału rodowego, ze szczególnym uwzględnieniem kontroli szyjki macicy we wziernikach

(standard XI ust.2 pkt 4) oraz współpracy z rodzącą umożliwiającą przyjęcie dogodnej dla niej pozycji oraz sposobu parcia przyczyniającego się do postępu porodu (standard IX ust. 4 pkt 6),

- f) w dwóch przypadkach w dokumentacji brak było zapisów potwierdzających przygotowanie się do przyjęcia porodu, zgodnie z zasadami aseptyki i antyseptyki (standard IX ust.4 pkt 5).

(dowód: akta kontroli str. 77-80, 410, 442-645 i 686-687)

Dyrektor Szpitala, Koordynator Oddziału oraz Koordynator Oddziału Neonatologicznego wyjaśnili, że:

ad. a) jeżeli stan noworodka i matki pozwala, dziecko jest przystawiane do piersi i matka jest instruowana jak przystawiać i karmić dziecko; od 2015 r. fakt ten jest odnotowywany w dokumentacji,

ad. b) po każdym porodzie fizjologicznym, jeżeli stan dziecka na to pozwala, położna osusza i układa dziecko na brzuchu matki; dziecko jest okrywane; fakt ten jest odnotowywany w Książeczce zdrowia dziecka,

ad. c) nacięcie krocza jest istotnym elementem ochrony centralnego układu nerwowego u płodu oraz ochrony niekontrolowanych uszkodzeń kanału rodnego. Nacięcie jest dokonywane skośnie po prawej stronie na długości 4-5 cm; adnotacje o tym fakcie będą zapisywane w historii choroby,

ad. d) po cięciu cesarskim dziecko jest przykładane do piersi matki, co od tej chwili będzie także odnotowywane w dokumentacji medycznej,

ad. e) kontrola stanu kanału rodnego we wziernikach jest postępowaniem nieodzownym w II okresie porodu; w historii choroby wprowadza się natomiast informację o zaopatrzeniu urazów krocza,

ad. f) przy porodach zawsze jest zachowywana aseptyka i antyseptyka. Wskazane dwa przypadki na 100 musiały być wynikiem przeoczenia zapisu w dokumentacji medycznej.

(dowód: akta kontroli str. 682-684, 696 i 700-701)

Opis stanu
faktycznego

2.2. Wyniki ankiet (52²⁷, w tym 38 dot. porodów fizjologicznych i 14 w drodze cięcia cesarskiego – dalej „c.c.”) dotyczących opieki okołoporodowej w Oddziale, wysłanych do 300 pacjentek szpitala w Człuchowie, które rodziły w latach 2013-2015, wykazały m.in., że:

- a) pacjentki nie mogły wybrać osoby prowadzącej jej poród w szpitalu (86,5% odpowiedzi),
- b) nie pytano czy podać znieczulenie (73,7% odpowiedzi dot. porodów fizjologicznych)
- c) w celu ulżenia bólowi w okresie skurczy porodowych nie proponowano wykonania masażu (97,4% odpowiedzi dot. porodów fizjologicznych), kąpieli pod prysznicem (89,5%) czy też spacerów (78,9%),
- d) w okresie skurczy porodowych nie zachęcano również do picia wody lub innych przejrzystych płynów (81,6% odpowiedzi dot. porodów fizjologicznych),
- e) podczas porodów fizjologicznych w 47,4% naciskano na brzuch, z czego w 28,9% dłonią.

(dowód: akta kontroli str. 407-408 i 646-658)

Dyrektor Szpitala oraz Koordynator Oddziału wyjaśnili, że:

- a) pacjentki nie wskazują położnej do prowadzenia porodu; ponadto organizacja pracy w znacznym stopniu utrudnia spełnienie tego wymogu,

²⁷ złożone w Delegaturze NIK w Gdańsku do dnia 01.12.2015 r.

- b) każdej pacjentce proponowane jest podanie znieczulenia w zależności od sytuacji położniczej,
- c) każda pacjentka jest zachęcana do aktywnego udziału w porodzie, m.in. do spacerowania,
- d) każda pacjentka w trakcie porodu ma prawo do picia wody,
- e) w czasie porodu fizjologicznego lekarz będący przy porodzie ewentualnie trzyma dłoń na brzuchu w celu oceny intensywności akcji porodowej.

(dowód: akta kontroli str. 697-699)

Wyniki ankiet wykazały również, że bezpośrednio po urodzeniu dziecka, położono noworodka przy pacjentce tak, że miała z dzieckiem nieprzerwany kontakt „skóra do skóry” (80,8% odpowiedzi), w tym krócej niż 30 minut - 73,1% odpowiedzi, a w zakresie od 30 do 60 minut – 3,8% odpowiedzi. Zgodnie ze standardami opieki okołoporodowej (XII pkt 1) bezpośrednio po urodzeniu należy umożliwić dziecku nieprzerwany kontakt z matką „skóra do skóry”, który będzie trwał co najmniej dwie godziny po porodzie.

(dowód: akta kontroli str. 646-658)

Dyrektor Szpitala oraz Koordynator Oddziału Neonatologicznego wyjaśnili, że po porodzie matki same często proszą żeby zabrać dziecko z brzucha przed upływem 2 godzin, ponieważ źle się czują i chcą odpocząć. .

(dowód: akta kontroli str. 697 i 700-701)

Umiejętności zawodowe personelu zostały w ankiecie ocenione jako dobre w 48,1%, a bardzo dobre w 36,5%; trzy osoby (5,8% ankietowanych) oceniły te umiejętności jako złe lub bardzo złe. Pozostałe osoby oceniły te umiejętności przeciętnie.

Sposób poinformowania o stanie zdrowia rodzącej i dziecka oceniono jako dobry w 28,8%, a bardzo dobry w 32,7%; siedem osób (13,5%) oceniło ten sposób jako zły lub bardzo zły. Pozostałe osoby oceniły te umiejętności przeciętnie.

Sposób traktowania pacjentek oceniony został jako dobry w 34,6%, a bardzo dobry w 38,5%; pięć osób (9,6%) oceniło ten sposób jako zły lub bardzo zły. Pozostałe osoby oceniły te umiejętności przeciętnie.

Dyrektor Szpitala oraz Ordynator Oddziału poinformowali, że wg ich wiedzy nie występowały problemy w stosowaniu standardów opieki okołoporodowej.

(dowód: akta kontroli str. 646-658 i 709-712)

Opis stanu
faktycznego

2.3. Wyniki ankiet wysłanych do 300 pacjentek wykazały, że w trakcie pobytu w Szpitalu zetknęły się one z reklamami lub ofertami zakupu produktów lub usług związanych z opieką nad noworodkiem (67,3% odpowiedzi).

W trakcie oględzin stwierdzono, że na ścianach korytarza Oddziału znajdowały się plakaty reklamujące: środki medyczne i pielęgnacyjne (firmy Emolium i Dermadic), lek przeciwko kolce jelitowej „Infacol simaticonum” (firmy Forest Laboratories UK), proszek do prania Lovela (firmy Reckitt Benckiser) oraz mleko dla noworodków (firmy Nestle).

Pacjentki otrzymywały próbki produktów dla noworodków (w szczególności: pampersy i podkłady poporodowe), które darczyńcy przekazywali do szkoły rodzenia Szpitala – Położna Oddziałowa wyjaśniła, że niewykorzystane zestawy były przekazywane pacjentkom Oddziału.

Stwierdzono również, że pacjentki Oddziału otrzymywały bezpłatnie próbki witaminy D, dostarczone przez OLEOFARM sp. z o.o. na podstawie umowy z 29.01.2015 r.; umowa nie przewidywała warunków przekazywania tego leku pacjentkom.

(dowód: akta kontroli str. 232, 242, 244, 426-432, 651, 657, 659-661 i 686-689)

Ustalona
nieprawidłowość

Na ścianie korytarza Oddziału znajdował się plakat reklamujący mleko dla noworodków (firmy Nestle), co było niezgodne z art. 25 ust. 2 ustawy z dnia 25 sierpnia 2006 r. o bezpieczeństwie żywności i żywienia²⁸, zabraniającym reklamy lub prowadzenia działalności promocyjnej preparatów do początkowego żywienia niemowląt, prowadzenia działalności promocyjnej przedmiotów służących do karmienia niemowląt oraz oferowania lub dostarczania konsumentom preparatów do początkowego żywienia niemowląt.

Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że plakat miał na celu edukację pacjentek (w zakresie karmienia piersią i pierwszej pomocy) oraz że plakat został usunięty.

(dowód: akta kontroli str. 232, 242, 244, 426-432, 651, 657, 659-661, 686-689 i 702-703)

Ocena cząstkowa

W ocenie Najwyższej Izby Kontroli personel medyczny, w miarę możliwości organizacyjnych, przestrzegał standardów opieki okołoporodowej i respektował wynikające z nich prawa pacjentek. Wyniki badania ankietowego wskazują jednak na niezadowolający poziom ich wdrożenia, głównie w zakresie zapewnienia nieprzerwanego i co najmniej dwugodzinnego kontaktu "skóra do skóry" po porodzie. Odsetek porodów drogą natury bez zastosowania interwencji medycznych był w ocenie NIK niewielki (jedynie 15 na 50 badanych, tj. 30%); NIK przyjmuje do wiadomości wyjaśnienia Ordynatora Oddziału, że interwencje medyczne stosowano tylko w sytuacjach w których należało je zastosować dla ochrony pacjentki lub płodu. Odsetek cięć cesarskich znacznie odbiegał od zaleceń WHO w tym zakresie. W dokumentacji medycznej dotyczącej badanej próby porodów nie udokumentowano wykonania wszystkich czynności, o których mowa w częściach VIII-XI standardów opieki okołoporodowej, pomimo takiego obowiązku. Stwierdzono ponadto prowadzenie na terenie Oddziału działalności promocyjnej preparatów do początkowego żywienia niemowląt, co było niezgodne z art. 25 ust. 2 ustawy z dnia 25 sierpnia 2006 r. o bezpieczeństwie żywności i żywienia.

IV. Wnioski

Wnioski pokontrolne

Przedstawiając powyższe oceny 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 Kontroli²⁹ (dalej: „ustawa o NIK”), wnosi o:

- 1) prowadzenie harmonogramów czasu pracy koordynatora Oddziału i jego zastępcy oraz zastępcy koordynatora anestezjologów;
- 2) podjęcie działań mających na celu zapewnienie równoważnika dwóch etatów specjalistów w dziedzinie położnictwa i ginekologii;
- 3) zapewnienie stałej obecności lekarza specjalisty w dziedzinie położnictwa i ginekologii lub lekarza ze specjalizacją I stopnia w położnictwie i ginekologii w miejscu udzielania świadczenia;
- 4) podjęcie działań organizacyjnych mających na celu wyeliminowanie przypadków nieprzerwanego udzielania przez lekarzy świadczeń w czasie dłuższym niż 24 godziny;
- 5) dostosowanie organizacji sali porodowej w sposób zapewniający prawo do poszanowania intymności pacjentek;
- 6) zapewnienie w Oddziale (tj. w miejscu udzielania świadczeń) kolposkopu oraz kardiomonitora;
- 7) dokumentowanie przebiegu porodu, zgodnie ze standardami opieki okołoporodowej.

²⁸ Dz. U. z 2015 r., poz. 594 ze zm.

²⁹ Dz. U. z 2015 r., poz. 1096

V. Pozostałe informacje i pouczenia

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

Prawo zgłoszenia
zastrzeżeń

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 Gdańsku.

Obowiązek
poinformowania
NIK o sposobie
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 uwagi i 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.

Gdańska, dnia 20 grudnia 2015 r.

Najwyższa Izba Kontroli
Delegatura w Gdańsku

Dyrektor

Kontroler
Mariusz Syrek
główny specjalista kontroli państwowej

Mariusz Syrek
.....
podpis

*p.o. Dyrektora
Joanna Wopnarowska*
.....
podpis