



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Łodzi

LLO.410.015.02.2015

P/15/065

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Łodzi

ul. Kilińskiego 210, 90-980 Łódź

T +48 42 239 32 00, F +48 42 239 32 90

llo@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 Łodzi
Kontroler	Jan Pawlak - główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr 97879 z dnia 2 października 2015 r. (dowód: akta kontroli str. 1-2)
Jednostka kontrolowana	Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej Szpital Powiatowy im. E. Biernackiego w Opocznie, ul. Partyzantów 30, kod 26-300 Opoczno, Regon 000304272, zwany dalej „Szpitalem”.
Kierownik jednostki kontrolowanej	Marek Ksyta – powołany na stanowisko Dyrektora Szpitala od 10 września 2015 r. ¹ . Wcześniej obowiązki Dyrektora Szpitala pełnił Jerzy Filipecki. (dowód: akta kontroli str. 3-4)

II. Ocena kontrolowanej działalności²

Ocena ogólna

W ocenie Najwyższej Izby Kontroli, organizacja udzielania przez Szpital świadczeń z zakresu opieki okołoporodowej zapewniała całodobową opiekę lekarską we wszystkie dni tygodnia, stałą obecność lekarza specjalisty w miejscu udzielania świadczeń oraz stałą obecność lekarza specjalisty w dziedzinie anestezjologii. Stan i kwalifikacje personelu lekarskiego zatrudnionego w Oddziale Położniczo-Ginekologicznym Szpitala³, spełniały wymogi określone w rozporządzeniach Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego⁴. Jak wynika z analizy otrzymanych od pacjentek ankiet⁵, 91,4% kobiet traktowanych było przez osobę prowadzącą poród z szacunkiem, 75,9% pacjentek potwierdziło dobre traktowanie przez pozostały personel medyczny Szpitala. Respektowanie w Szpitalu należnego prawa do prywatności i intymności potwierdziło 77,6% rodzających.

Liczba porodów w Szpitalu w badanym okresie miała tendencję malejącą. W porównaniu do 2010 r. ich ilość spadła w 2014 r. o 40,8%. Liczba porodów siłami natury zmniejszyła się w tym okresie o 53,1% (z 729 do 342), a cięć cesarskich zaledwie o 5,2% (z 249 do 236).

Porody rozwiązane cięciem cesarskim stanowiły w kolejnych latach objętych kontrolą 31,7%, 40,5% i 41,9% ogółu porodów, przy zalecanym przez Światową Organizację Zdrowia wskaźniku na poziomie 10%–15%. Wśród przyczyn takiego stanu Dyrektor Szpitala wskazał m.in. roszczenia pacjentek i ich rodzin. Analiza dokumentacji potwierdziła przypadki zastosowania cięcia cesarskiego z powodu negatywnego stosunku rodzącej do porodu siłami natury. Rodzenie w drodze

¹ Uchwała Nr 32/81/15 Zarządu Powiatu Opoczyńskiego z dnia 9 września 2015 r.

² 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

³ Zwanego dalej „OPG” lub „Oddziałem”.

⁴ z dnia 29 sierpnia 2009 r. (Dz. U. z 2013 r. poz. 1082 ze zm. uchylony z dniem 27 grudnia 2013 r.), a następnie z dnia 22 listopada 2013 r. (Dz. U. z 2013 r., poz. 1520 ze zm.).

⁵ Ankietę rozesłano do 300 losowo wybranych pacjentek (200 rodzących siłami natury i 100 rodzących w drodze cięcia cesarskiego). Odpowiedzi udzieliło odpowiednio: 42 i 16 pacjentek.

cesarskiego cięcia na życzenie rodzącej potwierdziło 25% ankietowanych kobiet. NIK zwraca uwagę w tym miejscu, że ingerencja w naturalny proces porodu winna wiązać się wyłącznie z uzasadnionym wskazaniem.

W Szpitalu pobierano od ubezpieczonych pacjentów opłaty za poród w wodzie oraz poród rodzinny. Zgodnie ze Standardami opieki okołoporodowej⁶, rodząca ma prawo do opieki osoby bliskiej podczas porodu. Standardem jest także wykorzystywanie imersji wodnej oraz relaksacji w wodzie jako sposobów łagodzenia bólu. Izba wskazuje przy tym, że równy dostęp ubezpieczonych do świadczeń opieki zdrowotnej zapisany został w art. 65 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych⁷.

Szpital nie organizował szkoleń z zakresu Standardów opieki okołoporodowej. Położne Oddziału wiedzę na ten temat czerpały z mediów, Internetu oraz czasopism. W konsekwencji Szpital nie w pełni przestrzegał Standardów opieki okołoporodowej, m.in. nie zawsze dotrzymywano zalecanych po porodzie dwóch godzin nieprzerwanego kontaktu matki z dzieckiem „skóra do skóry”. Kontakt „skóra do skóry” potwierdziło wprawdzie 85,7% ankietowanych pacjentek rodzących siłami natury i 25% rodzących w drodze cięcia cesarskiego, jednak tylko jedna pacjentka potwierdziła taki kontakt przez okres dwóch godzin. Kontrola wykazała, że we wszystkich objętych analizą porodach fizjologicznych⁸ zastosowano ingerencję medyczną (m.in. 86% pacjentkom nacięto krocze, 98% podano oxytocynę, 46% wykonano amniotomię). Zgodnie ze Standardami należy do niezbędnego minimum ograniczyć interwencje medyczne.

Szpital w ograniczonym zakresie stosował niefarmakologiczne sposoby łagodzenia bólu. Według ankietowanych pacjentek, w okresie skurczy porodowych zaproponowano kąpiel w wannie zaledwie 4 pacjentkom (6,9%), kąpiel pod prysznicem - 7 pacjentkom (12,1%), wykonanie masażu – 11 pacjentkom (19,0%), spacer - 22 pacjentkom (37,9%), wykonanie ćwiczeń oddechowych - 28 pacjentkom (48,3%), zmianę pozycji - 33 pacjentkom (56,9%).

Wbrew zapisom § 6 ust. 3 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania⁹ oraz obowiązkom wynikającym ze Standardów opieki okołoporodowej, w dokumentacji medycznej porodów siłami natury nie dokumentowano wszystkich obserwacji z przebiegu porodu, a także wszystkich podejmowanych działań i informacji istotnych dla procesu diagnostycznego, leczniczego lub pielęgnacyjnego. Na nieprawidłowości w zakresie prowadzenia dokumentacji medycznej w Oddziale zwrócił uwagę także Konsultant Krajowy w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii po kontroli przeprowadzonej w 2015 r. Stwierdzono ponadto przypadki niestaranego prowadzenia dokumentacji medycznej pacjentek.

Szpital nie aktualizował danych o potencjale wykonawczym przeznaczonym do realizacji umowy. Analiza dokumentacji medycznej¹⁰ wykazała realizację świadczeń zdrowotnych przez położne OPG niewymienione w kontrakcie z NFZ. W okresie objętym kontrolą, obsada kadrowa położnych OPG przez dwa miesiące 2015 r. (październik i listopad) nie spełniała minimalnych norm zatrudnienia ustalonych przez Dyrektora Szpitala.

⁶ Rozporządzenie 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 noworodkiem, zwane dalej „Standardami opieki okołoporodowej” lub „Standardami”.

⁷ Dz. U. z 2015 r., poz. 581 ze zm.

⁸ Analizą objęto 50 dokumentacji medycznych porodów odbytych siłami natury.

⁹ Dz. U. z 2014 r., poz. 177 ze zm.

¹⁰ Na 100 zbędnych dokumentacji medycznych, w 72 wskazano położne niewykazane w załączniku do umowy z NFZ.

NIK zwraca ponadto uwagę, że Szpital nie zrealizował zaleceń Konsultanta Wojewódzkiego w dziedzinie pielęgniarstwa ginekologicznego i położnictwa dla województwa łódzkiego, po przeprowadzonej w marcu 2013 r. kontroli wdrażania zadań wynikających ze Standardów opieki okołoporodowej.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego

1. Przygotowanie oddziału położniczego do udzielania świadczeń zdrowotnych.

Opis stanu
faktycznego

1.1. Działalność oddziału położniczego w latach 2013 – 2015

1.1.1. Według Regulaminu Organizacyjnego Szpitala¹¹ zadania związane z prowadzeniem ciąży i porodu wykonywał Oddział Położniczo – Ginekologiczny, dysponujący 17 salami i 38 łózkami. Szpital posiadał I poziom referencyjności. Zadania związane z przyjęciem noworodka i resuscytacji porodowej wykonywał Oddział Noworodków¹², dysponujący dwiema salami i 20 łózkami. W obu Oddziałach zatrudniony był oddzielny personel, zarówno lekarski, jak i pielęgniarско-położniczy.

(dowód: akta kontroli str. 760)

1.1.2. Szpital, jako jedyny w powiecie opoczyńskim podmiot prowadził „Szkołę rodzenia” w formie cyklu spotkań przygotowujących przyszłych rodziców do narodzin dziecka, poszerzenia swojej wiedzy i zdobycia praktycznych umiejętności. W ramach zajęć w „Szkołę rodzenia” pacjentki mogły obejrzeć Oddział przed porodem. Program „Szkoły rodzenia” obejmował 10 godzin wykładów, 8 godzin ćwiczeń, 2 godziny ćwiczeń relaksacyjnych, 2 spotkania wspólne z mężem. Program obejmował, m.in. naukę oddychania w poszczególnych fazach ciąży, ćwiczenia relaksacyjne stosowane w ciąży i w czasie I okresu porodu, naukę parcia.

(dowód: akta kontroli str. 13-29, 455-456)

Według prowadzonej ewidencji, w zajęciach w „Szkołę rodzenia” brało udział 66 ciężarnych w 2012 r., 79 w 2013 r., 59 w 2014 r., 66 w 2015 r. (3 kwartały). Stanowiło to odpowiednio 8,3%, 11,8%, 10,1%, 15,5% liczby porodów przyjętych w Szpitalu.

(dowód: akta kontroli str. 457)

Według przeprowadzonych w toku kontroli NIK badań zaledwie jedna spośród 42 ankietowanych kobiet rodzących siłami natury (2,4%) oraz 4 spośród 16 rodzących przez cesarskie cięcie (25%), uczestniczyły w zajęciach w „Szkołę rodzenia”.

(dowód: akta kontroli str. 748)

W ocenie NIK, niewielkie zainteresowanie tą formą zdobywania wiedzy na temat opieki okołoporodowej spowodowane było wprowadzeniem przez Szpital odpłatności za szkolenie kobiet oczekujących narodzin dziecka (patrz punkt 1.6. niniejszego wystąpienia).

1.1.3. Szpital nie planował cięć cesarskich i porodów fizjologicznych. Według ordynatora OPG przeważająca większość pacjentek (ok. 90%) prowadzona była przez lekarzy zatrudnionych w Szpitalu. Lekarze prowadzący wyznaczali pacjentce termin porodu. Wszystkie zabiegi wykonywane były na bieżąco, po przyjęciu rodzącej do Szpitala, w zależności od zaistniałej sytuacji położniczej

(dowód: akta kontroli str. 794)

¹¹ Regulamin wprowadzony Zarządzeniem nr 52/2012 dyrektora Szpitala z dnia 24 października 2012 r.

¹² Zwany dalej „ON”.

Ogólną zgodę na proponowane leczenie rodząca podpisywała w Izbie Przyjęć. Zgodę na zabieg cięcia cesarskiego – bezpośrednio przed cięciem. W Izbie Przyjęć nie było informacji o negatywnych skutkach cięcia cesarskiego dla matki i dziecka. Szpital zapewniał możliwość przebywania matkom wspólnie z nowonarodzonym dzieckiem w salach w systemie „rooming-in”.

(dowód: akta kontroli str. 401-404, 440-442, 452-454)

1.1.4. Dział Dokumentacji Medycznej i Rozliczeń nie posiadał wiedzy o wykonanych w Szpitalu świadczeniach zaliczonych do grupy N02 „Poród mnogi lub przedwczesny”. Według statystyki ON, porodów przedwczesnych (poniżej 37 tygodnia ciąży) było: 17 w 2013 r., 28 w 2014 r. oraz 15 w 2015 r. (do końca października). Porody przedwczesne ujmowane były w księdze głównej Szpitala jako porody normalne (kod N01).

Według Ordynatora OPG, powodem przyjmowania w Szpitalu porodów przedwczesnych i bliźniaczych, zaliczanych do grupy N02, było uniknięcie zagrożenia ciąży transportem do placówki o wyższym poziomie referencyjnym.

(dowód: akta kontroli str. 238-239, 396, 509-511)

Porody w grupie N02 nie były wykazywane w statystyce szpitalnej. NFZ nie płacił Szpitalowi za porody w tej grupie wyjaśniając, że powinny być odbywane w placówce z wyższym stopniem referencyjności.

(dowód: akta kontroli str. 794)

Uwagi dotyczące
badanej działalności

NIK zauważa, że podmioty lecznicze o I poziomie referencyjnym, powinny zapewnić opiekę perinatalną nad fizjologicznie przebiegającą ciążą, porodem i pójciem oraz zdrowym noworodkiem, a także krótkotrwałą opiekę nad niespodziewanie występującą patologią ciąży. Zgodnie zaś z pkt I.4. załącznika do rozporządzenia w sprawie Standardów opieki okołoporodowej, w każdym przypadku wystąpienia czynników ryzyka, ciężarna lub rodząca winna być kierowana do oddziału położniczego o odpowiednim do jej stanu zdrowia poziomie referencyjnym.

W jednym przypadku w księdze głównej Szpitala do porodu fizjologicznego zaliczona została pacjentka, która urodziła dziecko w wyniku cięcia cesarskiego (poz. nr 1977/2014). Wg wyjaśnienia kierownika Działu Dokumentacji Medycznej i Rozliczeń niewłaściwy wpis w księdze głównej spowodowany został błędnym przypisaniem rozpoznania z wypisu pacjenta. Kwalifikacja porodów prowadzona była przez OPG.

(dowód: akta kontroli str. 238-239, 396, 509-511)

1.1.5. Liczba porodów w Szpitalu w badanym okresie miała tendencję malejącą. W porównaniu do 2010 r. (985 porodów), ich ilość spadła w 2014 r. o 40,8% (do 583 porodów). Liczba porodów siłami natury zmniejszyła się w tym samym okresie o 53,1% (z 729 do 342), a cięć cesarskich zaledwie o 5,2% (z 249 do 236).

Udział w porodach operacji cięcia cesarskiego wzrósł z 31,7% w 2013 r. do 40,5% w 2014 r. oraz do 41,9% w okresie 3 kwartałów 2015 r.

(dowód: akta kontroli str. 8)

1.1.6. Wg ewidencji Szpitalnej oraz wyjaśnień pielęgniarki epidemiologicznej w badanym okresie w OPG doszło do 5 przypadków zakażeń wewnątrzszpitalnych. Wszystkie przypadki dotyczyły zakażeń miejsc operowanych. Chore pacjentki odizolowano oraz zastosowano antybiotykoterapię celowaną. W ON zakażeń szpitalnych nie stwierdzono.

Dla zapobieżenia zakażeniom wewnątrzszpitalnym przestrzegane były obowiązujące w Szpitalu procedury, dotyczące m.in. toalety oraz dbałości o higienę

osobistą pacjentek, wykonywana była dezynfekcja powierzchni, wyposażenia i sprzętu medycznego. Po wypisie pacjentki przeprowadzane było gruntowne mycie i dezynfekcja wykorzystywanego przez nią sprzętu i wyposażenia. Raz w miesiącu wykonywane były próby czystości mikrobiologicznej na Bloku Porodowym oraz w OPG i ON.

(dowód: akta kontroli str. 443-444, 506-507)

Ustalone
nieprawidłowości

W badanym podobszarze nie stwierdzono nieprawidłowości.

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

1.2.1. Stan i kwalifikacje personelu lekarskiego zatrudnionego w OPG spełniały wymogi określone w rozporządzeniach Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego. Ogółem w badanym okresie w OPG pracowało 9 lekarzy specjalistów w dziedzinie położnictwa i ginekologii (stan stabilny), 22 położne oraz 8 salowych. Czas pracy lekarzy nie przekraczał 24 godzin bez odpoczynku.

Organizacja udzielania świadczeń z zakresu opieki okołoporodowej zapewniała całodobową opiekę lekarską we wszystkie dni tygodnia, stałą obecność lekarza specjalisty w miejscu udzielania świadczeń oraz stałą obecność lekarza specjalisty w dziedzinie anestezjologii w Szpitalu.

(dowód: akta kontroli str. 9-11, 341)

1.2.2. Stosownie do wymogów art. 50 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej¹³ oraz zaleceń Konsultanta Krajowego w dziedzinie pielęgniarstwa ginekologicznego i położniczego z dnia 15 marca 2013 r. w sprawie realizacji przepisów rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 28 grudnia 2012 r. w sprawie sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami¹⁴, dyrektor Szpitala ustalił w kwietniu 2014 r. minimalne normy zatrudnienia pielęgniarek w ON i położnych w OPG, wynoszące odpowiednio 10 i 18 etatów.

(dowód: akta kontroli str. 390, 395, 434-437)

Obsada kadrowa położnych OPG, wynosiła na dzień 1 października 2015 r. łącznie 17 położnych, w tym 5 w Bloku Porodowym, 6 w Oddziale Położniczym oraz 6 w Oddziale Ginekologicznym.,

(dowód: akta kontroli str. 9-11, 86-97, 341, 431-437, 474)

1.2.3. Zatrudnione w OPG położne legitymowały się głównie świadectwem ukończenia medycznego studium zawodowego, licencjat położnictwa posiadały cztery położne, dyplom magistra - trzy położne. Szkolenia specjalizacyjne w dziedzinie pielęgniarstwa położniczo-ginekologicznego odbyły dwie położne.

(dowód: akta kontroli str. 314, 448-451)

Według danych księgowych koszt szkoleń pracowników OPG zamknął się w badanym okresie zaledwie kwotą 315 zł. Przeszkolonych zostało 5 osób w zakresie BHP oraz 3 osoby w zakresie transfuzjologii klinicznej.

(dowód: akta kontroli str. 504)

¹³ Dz. U. z 2015 r. poz. 618 ze zm., zwanej dalej „ustawą o działalności leczniczej”.

¹⁴ Dz. U. 2012, poz. 1545.

Ordynator OPG oraz pielęgniarka oddziałowa ON uczestniczyły dwukrotnie w roku w konferencjach szkoleniowych „Co nowego w neonatologii”, na których omawiane były Standardy opieki okołoporodowej i nowości dotyczące opieki okołoporodowej i opieki nad noworodkiem. Swoją wiedzę wykorzystywały w pracy szpitalnej.

Wg wyjaśnienia dyrektora Szpitala, pielęgniarki i położne uczestniczyły w szkoleniach wewnątrzoddziałowych prowadzonych przez personel Szpitala w formie pogadanek, zgodnie z planem szkoleń.

Według planu szkoleń na 2015 r. pogadanki dotyczyły m.in. pękniętego krocza, wpływu zakażeń bakteryjnych na rozwój płodu i przebiegu ciąży, prowadzenia dokumentacji medycznej, przygotowania gabinetów zabiegowych i punktów położniczych do pracy. W jednym przypadku (w 2014 r.) szkolenie przeprowadził przedstawiciel handlowy zaopatrujący szpitale w „ENTONOX” na temat jego zastosowania jako środka ułatwiającego znoszenie bólu przy porodzie.

(dowód: akta kontroli str. 766-788)

1.2.4. Kontrola wykazała, że w przypadku kobiet rodzących siłami natury, rozmowy z położną na temat ciąży i porodu prowadziło zaledwie 22,2% ankietowanych kobiet będących po raz pierwszy w ciąży oraz 14,7% kobiet rodzących po raz kolejny. Rodzące wiedzę czerpały głównie od własnej matki (odpowiednio 88,9% i 55,9%), lekarza ginekologa (77,8% i 82,4%), kobiet które miały dzieci (77,8% i 79,4%).

W przypadku kobiet rodzących w wyniku cięcia cesarskiego rozmowy z położną na temat ciąży i porodu prowadziło odpowiednio 44,4% ankietowanych kobiet będących po raz pierwszy w ciąży oraz 33,3% kobiet rodzących po raz kolejny. Wiedzę czerpały one głównie od lekarza ginekologa (77,8% i 83,3%), od innych matek (66,7% i 77,0%), własnej matki (66,7% i 58,3%).

(dowód: akta kontroli str. 512-747)

1.2.5. Analiza 100 dokumentacji medycznych dotyczących porodów z lat 2013-2015 wykazała realizację przez OPG świadczeń zdrowotnych przez położne niewymienione w kontrakcie zawartym z NFZ. Dotyczyło to 97,5% zbadanych dokumentacji medycznych z 2015 r. (39 spośród 40), 80% z 2014 r. (24 spośród 30) i 30% z 2013 r. (9 spośród 30). Świadczenia realizowane były przez cztery położne nieujęte w kontrakcie z NFZ.

(dowód: akta kontroli str. 86-97, 98-297)

Zgodnie z § 2 ust. 1 zawartego kontraktu z NFZ świadczenia w poszczególnych zakresach winny być udzielane przez osoby wymienione w załączniku nr 2 do umowy. Świadczeniodawca zobowiązany był do bieżącego aktualizowania danych o swoim potencjale wykonawczym przeznaczonym do realizacji umowy, na który składały się zasoby będące w jego dyspozycji, w szczególności osoby udzielające świadczenia zdrowotne oraz sprzęt.

(dowód: akta kontroli str. 506)

W toku kontroli NIK Szpital wystąpił do NFZ o uzupełnienie w kontrakcie na 2015 r. personelu niewykazanego w umowie oraz usunięcie z kontraktu położnych, które zakończyły w 2015 r. wykonywanie świadczeń medycznych (jedna zakończyła pracę z dniem 5 stycznia 2015 r., druga - z dniem 30 września 2015 r.).

(dowód: akta kontroli str. 11, 63-70, 336, 475-477)

Ustalone
nieprawidłowości

W badanym podobszarze stwierdzono następujące nieprawidłowości:

1. Obsada kadrowa położnych OPG w październiku i listopadzie 2015 r. nie spełniała minimalnych norm zatrudnienia ustalonych przez Dyrektora Szpitala.

W okresie tym zatrudnionych było 17 pielęgniarek, tj. o jedną mniej niż ustalił Dyrektor.

Według wyjaśnienia Naczelnej Pielęgniarki, niespełnienie norm zatrudnienia w OPG spowodowane było zwolnieniem się z dniem 30 września 2015 r. jednej z położnych.

2. Szpital nie aktualizował na bieżąco danych o potencjale wykonawczym, przeznaczonym do realizacji kontraktu z NFZ. W latach objętych kontrolą świadczenia realizowane były przez cztery pielęgniarki nie wykazane w umowie z NFZ. NIK wskazuje, że umową Szpital zobowiązany był do bieżącego aktualizowania danych o swoim potencjale wykonawczym przeznaczonym do jej realizacji za pomocą udostępnionej aplikacji informatycznej Portal potencjału.

Według wyjaśnienia dyrektora Szpitala realizowanie świadczeń przez personel OPG nie wykazany w umowie z NFZ wynikał z przeoczenia.

Uwagi dotyczące
badanej działalności

Zatrudnione w OPG położne nie były przeszkolone w zakresie Standardów opieki okołoporodowej. Żadna z nich nie odbyła kursów kwalifikacyjnych w zakresie pielęgniarstwa neonatologicznego, operacyjnego, rodzinnego, epidemiologicznego, czy kursów specjalistycznych w zakresie edukacji i wsparcia kobiety w laktacji, czy wykonywania i interpretacji zapisu EKG lub KTG. Położne nie posiadały certyfikatu kursu specjalistycznego w zakresie monitorowania dobrostanu płodu podczas ciąży i podczas porodów.

(dowód: akta kontroli str. 314, 336, 448-451)

Według położnej oddziałowej OPG zbyt szczupły personel utrudniał realizowanie standardów opieki okołoporodowej. Normy rozmiły się z rzeczywistością. W ON pracowały dwie pielęgniarki, z których jedna pilnowała oddziału, druga odbierała i donosiła dziecko matce. Wiedzę na temat standardów opieki okołoporodowej czerpano z mediów, Internetu oraz czasopism. Położna oddziałowa nie wiedziała jak wygląda poród w pozycji wertykalnej, bo tego rodzaju porody, według jej wyjaśnień, nie odbywały się w Szpitalu.

(dowód: akta kontroli str. 452-454)

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

Dostępność do ON odbywała się poprzez OPG. Stosownie do postanowień § 15 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą¹⁵, zespoły pomieszczeń stanowiących oddziały łóżkowe szpitala, nie mogą być przechodnie.

W Zespole porodowym brak było co najmniej jednego pomieszczenia przeznaczonego dla położnic i noworodka w pierwszych godzinach życia, po porodach powikłanych, w którym zapewnia się możliwość obserwacji bezpośredniej lub przy użyciu kamer wyposażonych w funkcje autostartu, w szczególności możliwość obserwacji twarzy¹⁶.

Szpital posiadał program dostosowania pomieszczeń OPG do obowiązujących wymagań z dnia 10 czerwca 2013 r., zakładający dokonanie w terminie do końca 2016 r. reorganizacji polegającej na utworzeniu Oddziału Ginekologicznego z lokalizacją zachodnią części II piętra oraz Oddziału Położniczo-Noworodkowego z lokalizacją wschodnią części II piętra.

¹⁵ Dz. U. z 2012 r., poz. 739.

¹⁶ Wymóg załącznika nr 1 pkt IV, ppkt 4 rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r.

W programie tym przewidziano także zaadoptowanie, w terminie do końca 2015 r., jednego z pomieszczeń na Bloku Porodowym do potrzeb pomieszczenia dla położnic i noworodka w pierwszych godzinach życia, po porodach powikłanych. Do czasu kontroli NIK w Szpitalu nie przystąpiono do realizacji Programu naprawczego.

(dowód: akta kontroli str. 762, 802-804)

OPG posiadał wymagane wyposażenie, a organizacja świadczeń była zgodna z zasadami ustalonymi przez Ministra Zdrowia w rozporządzeniach w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego i powtórzonymi w zarządzeniach Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: leczenie szpitalne.

Poddany oględzinom NIK sprzęt wykorzystywany na OPG, ON oraz na sali operacyjnej cięć cesarskich był sprawny i posiadał ważne przeglądy techniczne.

W miejscu udzielania świadczeń prowadzone były ciągłe badania KTG przed i w trakcie porodu. Zapewniony był dostęp do badań histopatologicznych śródoperacyjnych.

Pacjentki zgłaszające się do porodu miały łatwy dostęp do izby przyjęć i OPG. Tylko jedna ankietowana pacjentka, zgłaszająca się do porodu wskazała problem z dojściem do Izby Przyjęć (drzwi były zamknięte).

(dowód: akta kontroli str. 401-404, 688)

Sale były prawidłowo wyposażone. Zapewnione zostały warunki do intymności, poszanowania godności kobiet. Pacjentki miały możliwość nieskrępowanego przebrania się, czy wykąpania.

Do dyspozycji rodzących trakt porodowy wyposażony był w prysznic, drabinki, piłki, materace, worek sako.

(dowód: akta kontroli str. 401-403, 795)

Ustalone
nieprawidłowości

W badanym podobszarze nie stwierdzono nieprawidłowości. Datą końcową realizacji Programu dostosowania pomieszczeń OPG do obowiązujących wymagań jest 31 grudnia 2016 r.

1.4. Zorganizowanie udzielania świadczeń opieki zdrowotnej

1.4.1. W Szpitalu nie było wewnętrznych procedur dotyczących przekazywania pacjentek z patologią ciąży do szpitali o wyższym poziomie referencyjności.

Według zastępcy dyrektora ds. leczenia Szpital opierał się na postanowieniach zarządzenia Nr 81/2014/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 5 grudnia 2014 r. oraz rekomendacjach i zaleceniach nadzoru ginekologicznego. Przy przekazywaniu pacjentek z patologią ciąży na oddziały o wyższym stopniu referencyjności nie występowały problemy.

(dowód: akta kontroli str. 502)

Uwagi dotyczące
badanej działalności

W Szpitalu nie umożliwiono pacjentkom korzystania z pomocy psychologa. Nie zapewniono także dodatkowej opieki pielęgnacyjnej, będącej prawem pacjenta, określonym w art. 34 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta¹⁷. Jedna z ankietowanych pacjentek, która urodziła dziecko z zespołem Downa wskazywała na brak po porodzie fachowej opieki, wsparcia oraz informacji dotyczącej wad genetycznych oraz postępowania z noworodkiem.

Zastępca dyrektora Szpitala ds. leczniczych powyższy fakt tłumaczył względami finansowymi.

(dowód: akta kontroli str. 502, 602, 639, 690)

¹⁷ Dz. U. z 2012, poz. 159, ze zm., zwanej dalej „ustawą o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta”.

NIK wskazuje, że stosownie do art. 35 powyższej ustawy, koszty realizacji praw pacjenta, jeśli ich realizacja skutkuje kosztami poniesionymi przez podmiot leczniczy, ponosi pacjent. Wysokość opłaty rekompensującej koszty, ustala kierownik podmiotu.

1.5. Sytuacja finansowa szpitala oraz oddziału położniczego

1.5.1. W badanym okresie Szpital zamknął swoją działalność stratą w łącznej wysokości 1.768 tys. zł. Ujemny wynik odnotowano w kolejnych latach - w 2013 r. (353,4 tys. zł), 2014 r. (185 tys. zł) oraz 3 kwartałach 2015 r. (1.229 tys. zł).

Przychody Szpitala zmniejszyły się z 33.324 tys. zł w 2013 r. do 32.830 tys. zł w 2014 r. oraz do 24.762 tys. zł po III kwartałach 2014 r.

OPG w całym badanym okresie ponosił straty, które wzrosły z 503 tys. zł w 2013 r. do 616 tys. zł na koniec września 2015 r., a wielkość przychodów obniżyła się o 4,4% w 2014 r. (z 2.588 tys. zł do 1.713 tys. zł) oraz o 5,4% w okresie III kwartałów 2015 r. (z 1.810 tys. zł do 1.713 tys. zł).

Zobowiązania wymagalne wyniosły 568 zł na koniec 2013 r., 14.739 zł na koniec 2014 r. oraz 5.563 zł na koniec III kwartałów 2015 r.

(dowód: akta kontroli str. 74, 417-422, 438)

1.5.2. Na lata 2013-2015 zakontraktowane zostały świadczenia opieki zdrowotnej z zakresu położnictwa i ginekologii w łącznej wysokości 7.152 tys. zł, w tym:

a) na 2013 r. na kwotę 2.484 tys. zł¹⁸, obejmujące:

- hospitalizację (25.728 punktów rozliczeniowych wycenionych w cenie 52 zł),
- hospitalizację N01 i N20 (22.044 punktów rozliczeniowych w cenie 52 zł),

b) na 2014 r. na kwotę 2.403 tys. zł¹⁹, obejmujące:

- hospitalizację (25.728 punktów rozliczeniowych wycenionych w cenie 52 zł),
- hospitalizację N01 i N20 (20.475 punktów rozliczeniowych w cenie 52 zł),

c) na 2015 r. na kwotę 2.265 tys. zł²⁰, obejmujące:

- hospitalizację (25.683 punkty rozliczeniowe wycenione w cenie 52 zł),
- hospitalizację N01 i N20 (17.829 punktów rozliczeniowych w cenie 52 zł),
- hospitalizacja - pakiet onkologiczny (45 punktów rozliczeniowych w cenie 52 zł).

W porównaniu z kontraktem na 2012 r.²¹ wartość zakontraktowanych świadczeń (2.585 tys. zł) niższa była odpowiednio o 101 tys. zł (3,9%) w 2013 r., 182 tys. zł (7,0%) w 2014 r., 320 tys. zł (12,4%) w 2015 r.

Z uwagi na nielimitowanie przez NFZ świadczeń związanych z porodem w kontrakcie uwzględnione zostały wszystkie zrealizowane przez Szpital świadczenia.

(dowód: akta kontroli str. 30-71, 498)

Według wyjaśnienia dyrektora Szpitala na rosnące straty Szpitala i OPG składała się głównie nieprawidłowa wycena procedur medycznych, jednakowa ilość punktów za poród fizjologiczny i drogą cesarskiego cięcia, co w ocenie dyrektora Szpitala jest nieporozumieniem, gdyż nie uwzględnia się kosztów sali cięć cesarskich i bloku operacyjnego, a szczególnie kosztów personelu obsługującego te zabiegi. Ponadto wpływ na ponoszone straty miało:

- ograniczenie zabiegów przeprowadzanych w OPG, brak zgody Konsultanta Wojewódzkiego, na porody mnogie i wszelkie inne budzące podejrzenia o komplikacje. Takie przypadki muszą być odsyłane do szpitala o wyższym poziomie referencyjnym,

¹⁸ Po zmianie do umowy z NFZ Nr 054/140045/03/010/13/1 wprowadzonej aneksem z dnia 21 stycznia 2014 r.

¹⁹ Po zmianie do umowy z NFZ Nr 054/140045/03/010/14/1 wprowadzonej aneksem z dnia 5 lutego 2015 r.

²⁰ Po zmianie do umowy z NFZ Nr 054/140045/03/010/15/1 wprowadzonej aneksem z dnia 21 lipca 2015 r.

²¹ Zakontraktowano łącznie 49.706 jednostek rozliczeniowych w cenie 52 zł – aneksem z dnia 1 lutego 2013 r. do umowy Nr 054/140045/03/010/12/1

- położenie Szpitala w niewielkiej odległości od Centrum Zdrowia Matki Polki oraz konkurencyjnych szpitali w Tomaszowie Mazowieckim i Końskich, posiadających oddziały o II stopniu referencyjności,
- obniżająca się ilość porodów, co jest problemem ogólnopolskim.

W celu ograniczenia kosztów zmniejszono zatrudnienie położnych, co skutkowało dużymi perturbacjami ze związkami zawodowymi i Konsultantem Wojewódzkim. Mimo obniżenia kosztów wynagrodzeń z pochodnymi z 1.548.707 zł (w 2012 r.) do 1.298.106 zł (w 2014 r.), sytuacja nie uległa poprawie z uwagi na ograniczenie przychodów ze sprzedaży usług NFZ.

(dowód: akta kontroli str. 506)

Wg dokonanej w toku kontroli NIK kalkulacji kosztów porodu, koszty procedury cięcia cesarskiego przewyższały koszty porodu fizjologicznego o 1.071 zł (56,9%) w 2012 r., 1.190 zł (60,7%) w 2013 r., 1.214 zł (62,2%) w 2014 r. i 1.269 zł (60,9%) w 2015 r.

(dowód: akta kontroli str. 337-340, 409-416, 439)

Ustalone
nieprawidłowości

W badanym podobszarze nie stwierdzono nieprawidłowości.

1.6. Pobieranie opłat od ubezpieczonych pacjentów

Zarządzeniem nr 40/2010 z dnia 20 września 2010 r. Dyrektor Szpitala ustalił wysokość opłat za świadczenia dodatkowej opieki pielęgnacyjnej wobec pacjentek OPG. Za poród w wodzie ustalono opłatę 250 zł, za poród rodzinny – 100 zł. Ustalono także opłatę za uczestnictwo w zajęciach w szkole rodzenia w wysokości 100 zł.

(dowód: akta kontroli str. 72)

Łącznie w latach 2012-2015 (do końca września) wpływy z tytułu porodu w wodzie wyniosły 20,5 tys. zł, porodu rodzinnego 58,8 tys. zł.

Ilość porodów rodzinnych zmniejszyła się w badanym okresie ze 175 w 2012 r., do 140 w 2013 r., 130 w 2014 r. oraz 102 po 3 kwartałach 2015 r.

Ilość odpłatnych porodów w wodzie obniżyła się z 24 w 2012 r. do 14 w 2013 i 2014 r. oraz 21 w okresie 3 kwartałów 2015 r.

(dowód: akta kontroli str. 73, 761)

Zajęcia w „Szkole rodzenia” prowadzone były przez położną zatrudnioną w OPG w ramach kontraktu zawartego z NFZ na świadczenia opieki zdrowotnej z zakresu położnictwa i ginekologii, nie były więc związane z dodatkowymi kosztami dla Szpitala, czym uzasadnił ten fakt Pan dyrektor Szpitala w złożonym wyjaśnieniu.

(dowód: akta kontroli str. 72, 789)

Kierownik Działu Organizacyjnego, Nadzoru i Kadr wyjaśnił, że wprowadzenie opłat za poród w wannie i poród rodzinny spowodowane było ponoszeniem dodatkowych kosztów przez Szpital, których nie finansował NFZ.

Uwagi dotyczące
badanej działalności

NIK zwraca uwagę, że zgodnie ze Standardami opieki okołoporodowej rodząca ma prawo do opieki osoby bliskiej podczas porodu. Standardem jest także wykorzystywanie imersji wodnej oraz relaksacji w wodzie jako sposobów łagodzenia bólu. Położna oddziałowa jako jedną z metod łagodzenia bólu dostępną w OPG, wskazała odpłatny masaż relaksacyjny w wannie (250 zł). NIK wskazuje ponadto, że zajęcia w „Szkole rodzenia” prowadzone były przez położną zatrudnioną w OPG w ramach kontraktu zawartego z NFZ na świadczenia opieki zdrowotnej z zakresu położnictwa i ginekologii.

(dowód: akta kontroli str. 789)

Szpital zapewnił całodobową opiekę lekarską we wszystkie dni tygodnia, stałą obecność lekarza specjalisty w miejscu udzielania świadczeń oraz stałą obecność lekarza specjalisty w dziedzinie anestezjologii. Uwag kontroli nie budził także stan i kwalifikacje personelu lekarskiego zatrudnionego w OPG. NIK wskazała jednak, iż Szpital nie aktualizował danych o potencjale wykonawczym przeznaczonym do realizacji umowy. Kontrola wykazała ponadto, że Szpital nie organizował szkoleń z zakresu Standardów opieki okołoporodowej. Położne OPG wiedzę na ten temat czerpały z mediów, Internetu oraz czasopism. W Szpitalu nie umożliwiono pacjentkom korzystania z pomocy psychologa w przypadku wystąpienia np. depresji poporodowej. Nie zapewniono także dodatkowej opieki pielęgnacyjnej.

2. Przestrzeganie standardów opieki okołoporodowej i praw pacjenta.

Opis stanu
faktycznego

2.1. W badanym okresie w Szpitalu nie odnotowano skarg pacjentów na personel lub funkcjonowanie OPG.

(dowód: akta kontroli str. 497)

Wystąpił jeden przypadek śmierci noworodka podczas cięcia cesarskiego. Poród przedwczesny (w 34 tygodniu), miał miejsce w lipcu 2015 r. Przed narodzinami martwego noworodka, na Bloku Operacyjnym, odnotowano prawidłowe tętno płodu. W protokole operacyjnym odnotowano luźno kręconą pępowinę wokół szyi płodu. Według karty informacyjnej zabieg wykonany został w wyniku braku postępu porodu, w dokumentacji medycznej odnotowano zakażenie wewnątrzmaciczne, całkowite oddzielenie łożyska.

Przeprowadzone zostało wewnętrzne postępowanie wyjaśniające. Uznano, że sekcja zwłok noworodka i powiadomienie Prokuratury Rejonowej w Opocznie jest konieczne.

Zabezpieczona przez Prokuraturę w Opocznie dokumentacja medyczna nie została zwrócona, a sprawa nie została zamknięta do czasu zakończenia niniejszej kontroli NIK.

(dowód: akta kontroli str. 507, 761)

2.2. W zakresie przestrzegania przez Szpital Standardów opieki okołoporodowej dotyczących sprawowania opieki pielęgnacyjnej nad położnicą i zdrowym noworodkiem każdorazowo przez jedną osobę, kontrola wykazała, że noworodek przekazywany był bezpośrednio po porodzie pielęgniarce ON, które zajmowały się jego osuszeniem i zabezpieczeniem przed utratą ciepła oraz oceną jego stanu na podstawie skali Apgar. Opieka pielęgnacyjna nad położnicą sprawowana była przez położne OPG.

(dowód: akta kontroli str. 98-297)

Na obowiązek realizacji opieki nad położnicą i zdrowym noworodkiem przez jedną osobę zwracał uwagę Konsultant Wojewódzki w 2013 r.

Odpowiadając na zalecenia pokontrolne, dyrektor Szpitala pismem z dnia 25 października 2013 r. poinformował o niemożliwym do realizacji zapewnieniu sprawowania opieki pielęgnacyjnej nad położnicą i zdrowym noworodkiem przez jedną osobę w sytuacji funkcjonowania dwóch odrębnych oddziałów realizujących odrębne kontrakty i zatrudniających własny personel o odmiennych kwalifikacjach zawodowych.

Jednocześnie dyrektor Szpitala zapewnił, że w miejscu narodzin noworodka, każdorazowo znajduje się co najmniej jedna osoba z ON, posiadająca umiejętności resuscytacji, dysponująca niezbędnym sprzętem.

(dowód: akta kontroli str. 385-395)

2.3. Kontrola 100 wybranych losowo do badań dokumentacji medycznych dotyczących porodów z lat 2013-2015 wykazała brak planu porodu w przypadku 11 spośród 50 zbadanych dokumentacji medycznych dotyczących porodów fizjologicznych (22%) oraz 25 spośród 50 dokumentacji dotyczących cięcia cesarskiego (50%).

(dowód: akta kontroli str. 98-297)

Zgodnie ze Standardami opieki okołoporodowej, osoba sprawująca opiekę nad rodzącą oraz ciężarną ustalają plan porodu obejmujący wszystkie elementy postępowania medycznego podczas porodu i miejsce porodu.

Podkreślić należy, że na brak planu opieki prenatalnej i planu porodu zwracał uwagę Konsultant Wojewódzki, po kontroli zakończonej w marcu 2013 r., zalecając przyjmowanie pacjentek z planem porodu i jego każdorazowe dołączanie do dokumentacji medycznej.

W odpowiedzi na zalecenia pokontrolne dyrektor Szpitala, pismem z dnia 25 października 2013 r., zapewnił o wykonaniu zalecenia pokontrolnego i dołączaniu planu porodu każdorazowo do dokumentacji medycznej.

(dowód: akta kontroli str. 385-395)

Analiza wybranych losowo 70 dokumentacji medycznych z lat 2014-2015 wykazała nadal brak w dokumentacji medycznej pacjentki planu porodu w 26,7% w 2014 r. (w 8 na zbadanych 30 dokumentacji) oraz 22,5% w 2015 r. (w 9 spośród zbadanych 40 dokumentacji).

W przeważającej ilości (82,4%) brak planu porodu dotyczył pacjentek rodzących w wyniku cesarskiego cięcia.

(dowód: akta kontroli str. 98-167, 198-267)

Wg wyjaśnienia Ordynatora OPG w przypadku porodów fizjologicznych brak planu porodu spowodowany był przybyciem pacjentek w II okresie porodu lub zaawansowaną czynnością porodową. W przypadku cięć cesarskich brak planu porodu spowodowany był zakwalifikowaniem pacjentek do planowanego cięcia cesarskiego.

Wg Naczelnej Pielęgniarki oraz Położnej Oddziałowej OPG, rodzące przybywały do Szpitala bez planu porodu. Plan ten omawiany był z częścią pacjentek z położną prowadzącą w OPG szkołę rodzenia.

(dowód: akta kontroli str. 445, 452, 792)

2.4. We wszystkich zbadanych dokumentacjach medycznych pacjentki podpisały w karcie położniczej zgodę na proponowaną operację oraz wszelkie zabiegi, które w czasie pobytu w Szpitalu mogły okazać się konieczne, a także pisemną zgodę na operację cięcia cesarskiego, wyrażoną bezpośrednio przed operacją

(dowód: akta kontroli str. 98-297)

Kontrola 100 wybranych losowo do badań dokumentacji porodów odebranych w Szpitalu w latach 2013-2015 wykazała, że w Szpitalu nie stosowano znieczulenia podczas porodu siłami natury w postaci prądów TENS, czy znieczulenia dołędźwiowego. Z powodu oszczędności znieczulenie wziewne w postaci Entonoxu podane zostało zaledwie jednej pacjentce, która urodziła dziecko w wyniku cesarskiego cięcia.

(dowód: akta kontroli str. 342-345)

Wg Ordynatora OPG znieczulenie dołędźwiowe przy porodzie drogami natury nie było dostępne w Szpitalu, także po wprowadzeniu dodatkowego finansowania przez NFZ od 1 lipca 2015 r.²². Brak dostępności leżał po stronie anestezjologii.

Z przeprowadzonych wśród pacjentek Szpitala ankiet, 92,9% pacjentek rodzących siłami natury nie była pytana o podanie znieczulenia, 90,5% rodzących nie prosiła o podanie znieczulenia, a 83,3% pacjentek znieczulenie nie zostało podane. Do picia wody lub innych przejrzystych płynów w okresie skurczy porodowych zachęcano 48,3% ankietowanych pacjentek.

(dowód: akta kontroli str. 748-759)

Kontrola wykazała, że z powodu oszczędności w badanym okresie zakupiono trzy butle Entonoxu, służącego do uśmierzania bólu podczas porodu. Analiza 50 dokumentacji medycznych dotyczących porodu siłami natury wykazała, że żadnej pacjentce nie podano tego gazu.

(dowód: akta kontroli str. 98-197, 342-343, 379-384, 502-503)

Terapia podtlenkiem azotu (procedura 00.121) ujęta była w wykazie świadczeń gwarantowanych, stanowiącym załącznik nr 1 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego.

Według zastępcy dyrektora Szpitala ds. leczenia, znieczulenie pacjentek OPG nie było problemem dla Szpitala, nie było skarg z ich strony.

Od miesiąca października 2015 r. zakupy Entonoxu prowadzone są w ilościach umożliwiających jego podanie każdej pacjentce OPG. Procedury jego użycia przy porodach zostaną stworzone jak najszybciej, aby funkcjonowały od dnia 1 stycznia 2016 r.

(dowód: akta kontroli str. 502-503)

2.5. Liczba porodów rozwiązanych cięciem cesarskim stanowiła w kolejnych latach objętych kontrolą 31,7%, 40,5% i 41,9% ogółu porodów.

Spośród 50 porodów fizjologicznych objętych analizą, we wszystkich odbyły się ingerencje medyczne. W trakcie porodów – 43 pacjentkom nacięto krocze, 49 podano oxytocynę w celu wywołania porodu, zaś 23 pacjentkom przebito pęcherz płodowy, co nie miało wpływu na poród siłami natury.

W jednym przypadku podanie pacjentce oxytocyny nie zostało odnotowane w karcie informacyjnej leczenia szpitalnego.

(dowód: akta kontroli str. 342-345, 468-471, 793)

Standardy opieki okołoporodowej przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych, nakazywały ograniczenie do niezbędnego minimum interwencji medycznych, w szczególności: amniotomii, stymulacji czynności skurczowej, podawania opioidów, nacięcia krocza, cięcia cesarskiego.

W Szpitalu nie analizowano przyczyn wysokiego odsetka cięć cesarskich (41,9%) oraz interwencji medycznych (100%).

Wg dyrektora Szpitala wzrost ilości cięć cesarskich spowodowany był rozszerzeniem wskazań medycznych do cięć cesarskich, roszczeniami pacjentek i ich rodzin, negatywnym nastawieniem pacjentek do porodu naturalnego, znacznym wzrostem mas płodów, wzrostem ilości pacjentek po cięciu cesarskich (cięcie indukuje cięcie), możliwością indukcji porodu oksytocyną oraz koniecznością zakończenia zabiegu cięciem w przypadku braku reakcji.

(dowód: akta kontroli str. 508)

²² 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.

NIK zwraca uwagę, że zgodnie z obowiązującymi Standardami opieki okołoporodowej, ingerencja w naturalny proces porodu winna wiązać się z uzasadnionym medycznie wskazaniem, do którego nie zalicza się roszczenia rodzącej lub jej rodziny.

Wśród zbadanej dokumentacji zdarzały się rodzące, wobec których zastosowano cięcie cesarskie z powodu negatywnego stosunku do porodu siłami natury.

Dotyczyło to, m.in. pacjentki przyjętej do Szpitala około 2 godziny przed operacją, będącej w 38 tygodniu ciąży (nr księgi głównej 6095/2014).

Nadmienić należy, że wobec pacjentki (nr 5875/2013), zaplanowanej do porodu siłami natury w 38 tygodniu ciąży, w wyniku przedwczesnego odpływania wód płodowych, poród prowadzony był od godziny 3.30 do godziny 18.55 i zakończony został cesarskim cięciem, po dwukrotnym podawaniu rodzącej preparatu w celu zakończenia ciąży.

Wobec innej pacjentki, będącej w 40 tygodniu ciąży (nr księgi głównej 5595/2014), podjęto kilka prób porodu fizjologicznego - w dniach 18, 21 i 22 lipca 2014 r., w efekcie pacjentka urodziła noworodka w wyniku cięcia cesarskiego.

Wg wyjaśnienia Ordynatora OPG pacjentka ta miała wykonany test stresowy z użyciem oxytocyny, celem oceny dobrostanu płodu, a nie indukcję porodu. Następnego dnia pacjentce zlecono kroplówkę naskurczową celem przygotowania szyjki do porodu. Z powodu braku reakcji na kroplówkę naskurczową wykonano cięcie cesarskie.

(dowód: akta kontroli str. 240-241, 254-257, 282-283, 793)

W dokumentacji medycznej 20 pacjentek rodzących w wyniku cięcia cesarskiego (40% badanej dokumentacji) odnotowano próby doprowadzenia do porodu fizjologicznego, poprzez podanie oksytocyny. Ze względu na brak postępów porodu oraz zagrażającą martwicę wewnątrzmaciczną do porodu siłami natury nie doszło.

(dowód: akta kontroli str. 342-345)

2.7. W zakresie przestrzegania przez Szpital Standardów opieki okołoporodowej dotyczących stosowania tuż po porodzie co najmniej dwugodzinnego nieprzerwanego kontaktu pomiędzy noworodkiem oraz matką, kontrola 50 wybranych losowo do badań dokumentacji medycznych dotyczących porodów siłami natury wykazała, że czas ten nie przekraczał 30 minut, a noworodek bezpośrednio po porodzie przekazywany był personelowi ON.

(dowód: akta kontroli str. 98-297)

2.8. Według odpowiedzi udzielonych przez 58 ankietowanych pacjentek rodzących w Szpitalu w badanym okresie, za wystarczająco poinformowaną przez osobę prowadzącą poród w Szpitalu o stanie swojego zdrowia i zagrożeniach ciąży, uznało 63,8% rodzących, za wystarczająco poinformowaną, jak będzie przebiegał poród, uznało 56,9% rodzących,

W okresie parcia, poinformowanie przez prowadzącego, w jakim stanie w tym okresie jest rodząca i jej dziecko potwierdziło 66,7% rodzących siłami natury.

Obecność przy porodzie osoby bliskiej potwierdziło zaledwie 38,1% rodzących siłami natury.

Nacięcie krocza, podczas porodu siłami natury, potwierdziło 76,2% rodzących.

Poinformowanie rodzącej po narodzinach, przez prowadzącego poród, o stanie noworodka, potwierdziło 79,5% rodzących.

Dokonanie oceny stanu noworodka w obecności rodzącej potwierdziło zaledwie 45,2% rodzących siłami natury i 28,1% rodzących w drodze cięcia cesarskiego.

Rodzące, ze względu na umiejętności zawodowe, oceniły odbierającego poród dobrze – 50%, bardzo dobrze – 39,7%, przeciętnie – 6%, źle – 2,6% i bardzo źle – 1,7%.

Ze względu na sposób informowania rodzącej o stanie jej zdrowia i zdrowia dziecka, personel odbierający poród oceniony został dobrze – 46,6%, bardzo dobrze – 24,1%, przeciętnie – 19,0%, źle – 8,6% i bardzo źle – 1,7%.

Ze względu na sposób traktowania rodzącej, troskliwość i okazywanie szacunku, personel odbierającego poród oceniony został dobrze – 46,6%, bardzo dobrze – 32,8%, przeciętnie – 12,1%, źle – 6,9% i bardzo źle – 1,7%.

Kłopoty z pierwszym karmieniem dziecka piersią potwierdziło 35,7% położnic rodzących siłami natury i 31,3% rodzących w drodze cięcia cesarskiego.

Wskazanie, przez personel OPG, jak przystawiać dziecko do piersi, potwierdziło zaledwie 45,2% położnic rodzących siłami natury i 75% rodzących w drodze cięcia cesarskiego.

Zaprzestanie karmienia dziecka piersią przed wyjściem ze Szpitala potwierdziło 5,2% ankietowanych matek.

Fakt podawania dziecku w Szpitalu mleka z proszku potwierdziło 60,3% ankietowanych pacjentek.

W zakresie ogólnej oceny pobytu w Szpitalu, rodzące czuły się wystarczająco poinformowane o: swoim stanie zdrowia (72,4% pozytywnych odpowiedzi), stanie zdrowia dziecka przed porodem (67,2% pozytywnych odpowiedzi), stanie zdrowia noworodka (81,0% pozytywnych odpowiedzi), sposobie karmienia dziecka piersią (60,3% pozytywnych odpowiedzi).

Podczas pobytu w Szpitalu zaufanie do umiejętności zawodowych zajmujących się porodem położnych i lekarzy wyraziło 83,6%, a poczucie bezpieczeństwa 87,1% ankietowanych pacjentek.

Traktowanie z szacunkiem przez osobę prowadzącą poród potwierdziło 91,4% pacjentek, przez pozostały personel medyczny Szpitala – 75,9% pacjentek.

Respektowanie w Szpitalu należnego prawa do prywatności i intymności potwierdziło 77,6% rodzących.

Zarażenie rodzącej lub dziecka drobnoustrojami, w trakcie pobytu w Szpitalu, potwierdziło 3,4% pacjentek.

Zetknięcie się podczas pobytu w Szpitalu z reklamami albo ofertami zakupu produktów, lub usług związanych z opieką nad noworodkiem, a później w związku z tymi działaniami marketingowymi otrzymywaniem propozycji zakupu towarów lub usług potwierdziło odpowiednio 72,4% i 48,3% ankietowanych pacjentek.

(dowód: akta kontroli str. 748-759)

Wg Dyrektora Szpitala w funkcjonowaniu opieki okołoporodowej w OPG występowały w badanym okresie i nadal występują obszary, gdzie nie można w pełni stosować Standardów opieki okołoporodowej. Głównym problemem jest sprawowanie opieki nad noworodkiem i położnicą przez personel dwóch oddziałów realizujących odrębne kontrakty, a mianowicie nad noworodkiem opiekę sprawuje personel lekarski i pielęgniarski zatrudniony w ON, a matką opiekują się lekarze i położne z OPG. Istnienie tych dwóch odrębnych oddziałów wymusza niejako taką organizację pracy. Taka forma opieki jest uwarunkowana głównie umowami zawartymi z NFZ. Aby zapewnić nieprzerwany kontakt matki z dzieckiem zorganizowane są w oddziale sale w systemie „rooming-in”. Na bloku porodowym również opieka nad matką i dzieckiem jest sprawowana przez personel położniczy, a dodatkowo personel ON, co w ocenie dyrekcji Szpitala, tylko wzmacnia bezpieczeństwo matki i dziecka. Obecność dwóch, a niekiedy trzech osób w miejscu, gdzie rodzi się noworodek pozwala na szybkie działania medyczne, w sytuacji zagrożeń, zarówno dla matki, jak i jej dziecka. Kontakt skóra do skóry

przez 2 godziny niejednokrotnie jest skracany z uwagi na wolę matki, która jest zmęczona porodem. Stwarzane są warunki do tego kontaktu zawsze, gdy stan matki i dziecka na to pozwala. Większość pacjentek przybywa do porodu bez planu porodu, który powstaje dopiero w OPG. Aby wyeliminować lub zminimalizować te bariery należy zmienić organizację oddziałów szpitalnych realizujących świadczenia w zakresie objętym Standardami opieki okołoporodowej na szczeblu centralnym. Wiele można zmienić szeroką edukacją obejmującą przede wszystkim przyszłe matki, np. większość matek chce karmić swoje dzieci piersią, bo to dzisiaj jest modne, ogromna większość rodziców z tych samych powodów chce towarzystwa osób bliskich przy narodzinach, itp. Niestety zmiany w świadomości ludzkiej nie dzieją się szybko, niedawno jeszcze porodówki były oddziałami zamkniętymi dla rodzin, dziecko i całe jego otoczenie musiało być jałowe, a poród był stanem chorobowym. W działaniach poprawiających stosowanie Standardów opieki okołoporodowej w szpitalach na pewno dużą rolę odgrywa dokumentacja medyczna, a właściwie dowolność formy tej dokumentacji. Wg dyrekcji Szpitala, jednolita dokumentacja wymuszałaby stosowanie niektórych czynności i zachowań. O ujednolicenie dokumentacji medycznej bezskutecznie apelują od dawna środowiska różnych zawodów medycznych. Edukacja powinna obejmować również personel medyczny, najlepiej na poziomie studiów medycznych, aby medycy wchodzący do zawodu już nowocześniej pojmowali opiekę okołoporodową.

(dowód: akta kontroli str. 508)

2.9. Kontrola dokumentacji medycznej wykazała dokarmianie noworodków, w przypadku braku lub niedoboru mleka matki. Dotyczyło to 16% noworodków urodzonych siłami natury i 96% noworodków urodzonych w drodze cięcia cesarskiego.

Dokarmianie noworodków nie było prowadzone mlekiem od kwalifikowanych dawczyń (z banku mleka kobiecego), lecz mlekiem sztucznym w płynie.

(dowód: akta kontroli str. 342-345)

W badanym okresie Szpital zakupił łącznie 3.316 butelek mleka sztucznego w płynie łącznej wartości 222 zł, w tym: 276 szt. „Enfamil 1 Premium” (pojemności 59 ml), 672 szt. „Bebiko 1” (90 ml), 448 szt. „Nan Pro 1” (90 ml), 1.920 szt. „Bebilon 1” (90 ml),

Zakupione mleko sztuczne dla niemowląt pochodziło od 4 producentów oraz dwóch różnych dostawców. Jego cena wahała się od 1,03 zł w 2012 r. do 0,02 zł w 2014 r. Wg wyjaśnienia Zastępcy Dyrektora ds. Finansowych i Głównego Księgowego asortyment zamawianego w przetargu mleka sztucznego dla noworodków ustalał kierownik Apteki oraz pielęgniarka oddziałowa ON.

Zakupione w 2014 r. mleko „Nan Pro 1” w cenie jednostkowej 0,02 zł, było dziesięciokrotnie tańsze od ceny zakontraktowanej, wynoszącej 0,20 zł za szt. (patrz punkt 1.5.2 niniejszego wystąpienia)

(dowód: akta kontroli str. 346-378)

Szacunkowo (mleko sztuczne w ON nie było ujmowane w inwentaryzacjach przeprowadzanych na koniec roku), na jednego noworodka urodzonego w Szpitalu w latach 2013-2015 (do końca września) przypadały 2 butelki mleka sztucznego.

W przeliczeniu na liczbę noworodków urodzonych przez cięcie cesarskie było to 5,3 butelki mleka.

(dowód: akta kontroli str. 8, 399, 400)

OPG dysponował jednym laktatorem, wykorzystywanym sporadycznie. Według wyjaśnień Ordynatora OPG pacjentki posługiwały się własnymi laktatorami.

Pozyskane mleko, wykorzystywane było na bieżąco, bez potrzeby korzystania z lodówki, dostępnej na OPG.

Fakt nieodciągania matkom mleka do nakarmienia dziecka potwierdziło 98,3% ankietowanych pacjentek.

(dowód: akta kontroli str. 795)

Wg dyrektora Szpitala, banki mleka kobiecego zajmują się pozyskiwaniem mleka od kobiet i dostarczaniem go do najbardziej potrzebujących, tzn. dla dzieci przedwcześnie urodzonych i chorych, przebywających głównie w oddziałach intensywnej terapii. W Polsce działają pojedyncze banki mleka kobiecego, które zaopatrują w mleko własne oddziały neonatologiczne, tylko jeden bank jest bankiem publicznym, otwartym w 2015 roku.

W Szpitalu przebywają jedynie noworodki zdrowe. Szpital nie posiada oddziału patologii noworodka, ani intensywnej terapii noworodka. Noworodki przebywające w ON są w znakomitej większości karmione mlekiem własnych matek, nawet gdy z różnych przyczyn, muszą być dokarmiane mieszanką. Są to pojedyncze przypadki. Matki przebywające w OPG, wg wyjaśnień dyrektora Szpitala, są edukowane zarówno w zakresie techniki karmienia naturalnego jak również jego nieocenionej roli w rozwoju dziecka. Działania edukacyjne przyczyniają się do zrozumienia roli i znaczenia pokarmu naturalnego, dlatego jest coraz mniej matek, które nie są zainteresowane karmieniem swoich dzieci. Z uwagi powyższe, w ocenie Dyrektora, nie ma potrzeby korzystania z banku mleka kobiecego.

(dowód: akta kontroli str. 507)

2.10. W toku oględzin dokonanych na OPG i ON nie stwierdzono reklam produktów związanych z opieką nad noworodkiem.

(dowód: akta kontroli str. 401-404, 440-442)

Fakt zetknięcia się w Szpitalu z reklamami, albo ofertami zakupu produktów lub usług związanych z opieką nad noworodkiem potwierdziło 72,4% pacjentek OPG.

W związku z tymi działaniami marketingowymi 48,3% ankietowanych pacjentek potwierdziło otrzymywanie, po wyjściu ze Szpitala, propozycji zakupu towarów lub usług.

(dowód: akta kontroli str. 748-759)

Ustawa z dnia 25 sierpnia 2006 r. o bezpieczeństwie żywności i żywienia²³ zakazywała reklamowania lub prowadzenia działalności promocyjnej preparatów do początkowego żywienia niemowląt, prowadzenia działalności promocyjnej przedmiotów służących do karmienia niemowląt, oferowania lub dostarczania konsumentom preparatów do początkowego żywienia niemowląt (w art. 25 ust. 2 ustawy). Naruszanie powyższego zakazu zagrożone było sankcjami karnymi (art. 100 ust. 1 pkt 4-6 ustawy).

Wg wyjaśnień dyrektora Szpitala, działania marketingowe prowadzone w OPG dotyczyły przekazywania pacjentkom po urodzeniu dziecka nieodpłatnie paczek od firm Present-Service oraz Peragros z próbkami produktów zarówno dla matki, jak i dziecka. Warunkiem otrzymania paczki było wypełnienie ankiety osobowej ze zgodą na przetwarzanie danych osobowych. Szpital nie czerpał ze współpracy z ww. firmami żadnych korzyści finansowych.

(dowód: akta kontroli str. 765, 796-801)

Ustalone
nieprawidłowości

W działalności Szpitala stwierdzono następujące nieprawidłowości:

1. Prowadzenie dokumentacji medycznej niezgodnie z wymogami rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania.

²³ Dz. U. z 2006 r. Nr 171, poz. 1225

W prowadzonej przez OPG dokumentacji medycznej nr 26/2014 znajdowała się karta indywidualnej pielęgnacji innej pacjentki (nr 580/2014), w dokumentacji medycznej nr 6991/2013 znajdował się plan porodu niepodpisany przez pacjentkę, w dokumentacji medycznej nr 2081/2014 znajdował się plan porodu niewypełniony przez pacjentkę, a karta obserwacji porodu odbytego przez cięcie cesarskie nie zawierała wypełnionych pozycji dotyczących daty i godziny porodu, jego przebiegu, podanych leków.

W dokumentacji medycznej porodów siłami natury nie odnotowywano wykonania czynności wymaganych rozporządzeniem w sprawie Standardów opieki okołoporodowej m.in. w zakresie:

- dokonania oceny przygotowania do porodu oraz aktywnego w nim uczestnictwa (w 100% badanej dokumentacji),
- kontroli odginania się główki płodu, a po jej urodzeniu podjęcie czynności zapewniających prawidłowe wytaczanie się barków (100%),
- oznakowania noworodka przed jego odpępnieniem (100%),
- zaciśnięcia pępowiny po ustaniu tętnienia (100%),
- obserwacji przebiegu kontaktu matki i dziecka „skóra do skóry” i pomocy w przystawieniu noworodka do piersi (100%),
- kontroli stanu kanału rodniego, ze szczególnym uwzględnieniem kontroli szyjki macicy we wziernikach (48%),
- zaopatrzenia chirurgicznego ran w obrębie kanału rodniego i krocza (56%),
- instruktażu w zakresie prawidłowego przystawiania dziecka do piersi i pomocy w karmieniu piersią oraz przekazania informacji nt. zasad postępowania w laktacji w pierwszej dobie połogu (44%),

W 98 na 100 analizowanych dokumentacji medycznych porodów nie stwierdzono zapisów wskazujących na stosowanie nefarmakologicznych sposobów łagodzenia bólu.

(dowód: akta kontroli str. 98-197, 188-189, 240-241, 244-245, 342-345, 499, 791)

Obowiązek dokumentowania powyższych czynności nałożony został na Szpital w Standardach opieki okołoporodowej. Zgodnie z § 6 ust. 3 rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania, do dokumentacji indywidualnej wewnętrznej włącza się kopie przedstawionej przez pacjenta dokumentacji lub odnotowuje się zawarte w niej informacje istotne dla procesu diagnostycznego, leczniczego lub pielęgnacyjnego.

Wg wyjaśnienia Ordynatora OPG wszystkie wymienione wyżej świadczenia zdrowotne z zakresu opieki okołoporodowej były realizowane.

(dowód: akta kontroli str. 792-793)

NIK zwraca ponadto uwagę, że na prowadzenie dokumentacji medycznej niezgodnie z wymogami wymienionego wyżej rozporządzenia Ministra Zdrowia, w tym na nieodnotowywanie w niej wszystkich istotnych zdarzeń, mogących mieć wpływ na dalszy proces diagnostyczno-terapeutyczny, zwrócił uwagę Konsultant Krajowy w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii, podczas kontroli oceny prawidłowości postępowania personelu medycznego oraz prawidłowości procesu diagnostyczno-terapeutycznego zastosowanego wobec pacjentki chorującej na padaczkę, która wybudziła się podczas wykonywania cesarskiego cięcia, będąc w stanie znieczulenia ogólnego, przeprowadzonej w kwietniu 2015 r.

W wystąpieniu pokontrolnym, z dnia 22 września 2015 r., Minister Zdrowia zalecił prowadzenie dokumentacji medycznej zgodnie z przepisami oraz wzmożenie nadzoru nad wypełnieniem dokumentacji medycznej dotyczącej znieczulenia pacjentów.

Odpowiadając na zalecenia pokontrolne dyrektor Szpitala, pismem z dnia 27 października 2015 r., poinformował Ministra Zdrowia o zobowiązaniu personelu Szpitala do właściwego prowadzenia dokumentacji medycznej, ordynatora Oddziału Intensywnej Terapii do bezpośredniego nadzoru i kontroli nad nią oraz dyrektora ds. leczenia do okresowej kontroli wykonania zaleceń.

(dowód: akta kontroli str. 423-430, 761-762)

1. Szpital nie w pełni przestrzegał Standardów opieki okołoporodowej w zakresie strategii uśmierzania bólu podczas porodu.

Ordynator OPG wskazał, że w trakcie porodu na życzenie pacjentki stosowane były niefarmakologiczne sposoby łagodzenia bólu, takie jak masaż, piłka, drabinki, materac, worek sako, a także poród w wodzie.

Według ankietowanych pacjentek, w celu ulżenia w bólach w okresie skurczy porodowych zaproponowano kąpiel w wannie 4 pacjentkom (6,9%), kąpiel pod prysznicem 7 pacjentkom (12,1%), wykonanie masażu 11 pacjentkom (19,0%), spacer 22 pacjentkom (37,9%), wykonanie ćwiczeń oddechowych 28 pacjentkom (48,3%), zmianę pozycji 33 pacjentkom (56,9%).

(dowód: akta kontroli str. 440-442, 748-759, 795)

Najwyższa Izba Kontroli wskazuje, że zgodnie ze Standardami osoba sprawująca opiekę podczas porodu powinna przedstawić rodzącej pełną informację o niefarmakologicznych i farmakologicznych metodach łagodzenia bólów porodowych, a także wspierać rodzącą w jej własnym wyborze tych metod oraz respektować jej decyzje w tym zakresie.

2. Szpital nie w pełni przestrzegał Standardów opieki okołoporodowej w zakresie ograniczenia do niezbędnego minimum interwencji medycznych podczas porodu, w tym cięć cesarskich.

W Szpitalu odnotowano bardzo wysoki, bo ponad 40%, odsetek porodów rozwiązywanych w OPG w drodze cięcia cesarskiego. Zgodnie z zaleceniami Światowej Organizacji Zdrowia, odsetek ten powinien mieścić się w przedziale od 10% do 15%²⁴. Ponadto, spośród 50 porodów fizjologicznych objętych analizą, we wszystkich odbyły się ingerencje medyczne, podczas gdy Standardy opieki okołoporodowej przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych, nakazywały ograniczenie do niezbędnego minimum interwencji medycznych, w szczególności: amniotomii, stymulacji czynności skurczowej, podawania opioidów, nacięcia krocza, cięcia cesarskiego.

Według Dyrektora Szpitala wzrost ilości cięć cesarskich spowodowany był rozszerzeniem wskazań medycznych do cięć cesarskich, roszczeniami pacjentek i ich rodzin, negatywnym nastawieniem pacjentek do porodu naturalnego, znacznym wzrostem mas płodów, wzrostem ilości pacjentek po cięciu cesarskich (cięcie indukuje cięcie), możliwością indukcji porodu oksytocyną oraz koniecznością zakończenia zabiegu cięciem w przypadku braku reakcji.

(dowód: akta kontroli str. 508)

NIK zwraca uwagę, że zgodnie z obowiązującymi Standardami opieki okołoporodowej, ingerencja w naturalny proces porodu winna wiązać się z uzasadnionym medycznie wskazaniem, do którego nie zalicza się roszczenia rodzącej lub jej rodziny.

²⁴ http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/161442/1/WHO_RHR_15.02_eng.pdf?ua=1.

3. W OPG nie zawsze zapewniano tuż po porodzie co najmniej dwugodzinny, nieprzerwany kontakt matki z dzieckiem „skóra do skóry”.

Położenie noworodka przy matce tak, aby miała z dzieckiem nieprzerwany kontakt „skóra do skóry”, potwierdziło wprawdzie 85,7% rodzących siłami natury i 25% rodzących w drodze cięcia cesarskiego, jednak nieprzerwany kontakt przez okres dłuższy niż 2 godziny potwierdziła tylko jedna rodząca.

NIK zwraca uwagę, że na obowiązek przestrzegania Standardów postępowania medycznego w tym zakresie zwracał uwagę Konsultant Wojewódzki, po kontroli przeprowadzonej w 2013 r., a Dyrektor Szpitala zapewnił o umożliwianiu dziecku, bezpośrednio po porodzie, kontaktu z matką „skóra do skóry”, o ile stan zdrowia matki i noworodka na to pozwala.

(dowód: akta kontroli str. 385-395, 748-759)

Ocena częściowa

Szpital nie w pełni przestrzegał Standardów opieki okołoporodowej. NIK wskazuje przede wszystkim na bardzo wysoki odsetek cięć cesarskich i innych podejmowanych interwencji medycznych, które - zgodnie ze Standardami – należy ograniczać do niezbędnego minimum. W ocenie Najwyższej Izby Kontroli Szpital nierzetelnie prowadził dokumentację medyczną pacjentek. Stwierdzono m.in. braki we wpisach oceniających stan kobiet rodzących na każdym etapie porodu.

IV. Uwagi i 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 Kontroli²⁵, wnosi o:

1. Podjęcie działań zmierzających do ograniczenia do niezbędnego minimum interwencji medycznych przy porodach.
2. Przedstawianie rodzącej przez osobę sprawującą opiekę podczas porodu pełnej informacji o nefarmakologicznych i farmakologicznych dostępnych w Szpitalu metodach łagodzenia bólów porodowych, wspieranie rodzącej w stosowaniu tych metod oraz respektowanie jej decyzji w tym zakresie.
3. Zapewnienie bezpośrednio po porodzie – jeśli stan dziecka i matki na to pozwala – nieprzerwanego, co najmniej dwugodzinnego kontaktu matki i dziecka „skóra do skóry”.
4. Zapewnienie stanu zatrudnienia położnych w OPG spełniającego warunki minimalnych norm zatrudnienia ustalonych przez Dyrektora Szpitala.
5. Bieżące aktualizowanie w NFZ danych o potencjale wykonawczym przeznaczonym do realizacji kontraktu.
6. Prowadzenie dokumentacji medycznej zgodnie z wymogami rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania.
7. Zrealizowanie zaleceń pokontrolnych wydanych przez Konsultanta Wojewódzkiego w dziedzinie pielęgniarstwa ginekologicznego i położnictwa dla województwa łódzkiego.

V. Pozostałe informacje i pouczenia

Prawo zgłoszenia zastrzeżeń

Wystąpienie pokontrolne zostało sporządzone w dwóch egzemplarzach; jeden dla kierownika 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

²⁵ Dz. U. z 2015 r., poz. 1096.

Obowiązek
poinformowania
NIK o sposobie
wykorzystania uwag
i wykonania wniosków

pokontrolnego, w terminie 21 dni od dnia jego przekazania. Zastrzeżenia zgłasza się do dyrektora Delegatury NIK w Łodzi.

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

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.

Łódź, dnia 11 grudnia 2015 r.

Kontroler
Jan Pawlak

Główny specjalista kontroli państwowej


.....
podpis

Najwyższa Izba Kontroli
Delegatura w Łodzi

Dyrektor
Przemysław Szewczyk


.....
Podpis