



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Łodzi

LLO.410.015.03.2015
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	Piotr Rydygier, główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr 97880 z dnia 6.10.2015 r. (dowód: akta kontroli str. 1 – 2)
Jednostka kontrolowana	Zespół Opieki Zdrowotnej w Łęczycy, ul. Zachodnia 6, kod poczt. 99-100 Łęczycy ¹
Kierownik jednostki kontrolowanej	Lek. med. Andrzej Pietruszka, Dyrektor Zespołu Opieki Zdrowotnej w Łęczycy (dowód: akta kontroli str. 176)

II. Ocena kontrolowanej działalności²

Ocena ogólna

W ocenie Najwyższej Izby Kontroli organizacja udzielania przez ZOZ świadczeń z zakresu opieki okołoporodowej zapewniała całodobową opiekę lekarską we wszystkie dni tygodnia, stałą obecność lekarza specjalisty w miejscu udzielania świadczeń oraz lekarza specjalisty w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii w lokalizacji. Stan i kwalifikacje personelu lekarskiego zatrudnionego w Oddziale Ginekologiczno-Położniczym³ spełniały wymogi określone w rozporządzeniach Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego⁴. Jak wynika z analizy otrzymanych od pacjentek ankiet⁵, 83,3% respondentek traktowanych było z szacunkiem przez osobę prowadzącą poród, a 87% potwierdziło dobre traktowanie przez pozostały personel medyczny; respektowanie prawa do prywatności i intymności potwierdziło 83,3% ankietowanych pacjentek. Dobrze albo bardzo dobrze oceniło umiejętności zawodowe personelu odbierającego poród 87% respondentek.

W ocenie NIK, organizacja zespołu porodowego nie zapewniała w pełni pacjentkom rodzącym prawa do poszanowania intymności i godności w czasie porodu, do czego prawo przyznaje im ustawa o prawach pacjenta w art. 20. Do każdego boksu i na

¹ Dalej: „ZOZ”.

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 wyjaśnienie.

³ Dalej: „OGP”.

⁴ Rozporządzenie z dnia 29 sierpnia 2009 r. (Dz.U. z 2013 r. poz. 1082 ze zm., uchylony z dniem 27 grudnia 2013 r.), a następnie rozporządzenie z dnia 22 listopada 2013 r. (Dz.U. z 2013 r. poz. 1520 ze zm.), zwane dalej odpowiednio „rozporządzeniem z dnia 29 sierpnia 2009 r.” i „rozporządzeniem z dnia 22 listopada 2013 r.”.

⁵ Ankiety rozesłano do losowo wybranych 200 pacjentek, które urodziły siłami natury i 100, które urodziły w drodze cięcia cesarskiego; odpowiedzi udzieliły odpowiednio 42 pacjentki i 12 pacjentek.

salę operacyjną dla porodów rozwiązywanych cięciem cesarskim możliwe było wejście personelu niezwiązanego z porodem. Z korytarza Traktu Porodowego, po otwarciu drzwi częściowo widoczne były łóżka porodowe w dwóch boksach porodowych oraz stół operacyjny w sali cięć cesarskich. NIK wskazuje także, że niewielkie były możliwości pacjentek rodzących w zakresie nefarmakologicznych form łagodzenia bólu. Brak było także możliwości porodu w pozycji wertykalnej.

Odsetek porodów rozwiązywanych w drodze cięcia cesarskiego w relacji do wszystkich porodów był bardzo wysoki, wzrósł z poziomu 36,9% w 2010 r. do 47,1% w 2014 r. i 47,5% w 2015 r. (do 30 września), wobec 10% - 15% zalecanych przez Światową Organizację Zdrowia. Wśród przyczyn takiego stanu p.o. Ordynatora OGP wskazał, obok względów medycznych, podwyższenie wieku rodzących i roszczenia pacjentek.

Pomimo organizowanych wewnętrznych szkoleń z zakresu Standardów opieki okołoporodowej, Standardy te nie były w pełni przestrzegane, m.in. nie dotrzymywano zalecanych po porodzie dwóch godzin nieprzerwanego kontaktu matki z dzieckiem „skóra do skóry”, co potwierdził Ordynator OGP i Położna Oddziałowa. Kontakt ten potwierdziły wprowadzie 24 respondentki, które rodziły siłami natury, i 4 respondentki po cięciu cesarskim, jednak tylko w 3 przypadkach kontakt ten trwał przez dwie godziny.

Kontrola wykazała, że we wszystkich objętych analizą 50 porodach fizjologicznych dokonano ingerencji medycznej (m.in. u 68% pacjentek nacięto krocze, 94% podano oxytocynę, 36% dokonano amniotomii). Zgodnie ze Standardami należy do niezbędnego minimum ograniczać interwencje medyczne, w szczególności amniotomię, stymulację czynności skurczowej, podawanie opioidów, nacięcie krocza.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego

1. Przygotowanie oddziału położniczego do udzielania świadczeń zdrowotnych

1.1. Działalność oddziału położniczego w latach 2013 – 2015

Opis stanu
faktycznego

W latach 2013 – 2015 (do 30 września) OGP, który udzielał świadczeń na I poziomie referencyjnym, przyjął w związku z porodem 1.498 pacjentek, z tego: 555 w 2013 r., 528 w 2014 r. i 415 w 2015 r. W latach poprzednich liczba przyjętych pacjentek była większa – 638 w 2010 r., 648 w 2011 r. i 590 w 2012 r.

(dowód: akta kontroli, str. 270)

W 2010 r. odbyło się 647 porodów, a w latach następnych: 648, 587, 559, 529 i 419 (do 30 września 2015 r.), w tym porodów fizjologicznych odpowiednio: 408, 417, 355, 303, 280 i 220. Liczba noworodków żywo urodzonych wynosiła w ww. okresach: 650, 650, 590, 565, 527 i 419, a noworodków martwo urodzonych: 3, 4, 1, 1, 3 i 1.

W ww. okresie Oddział posiadał 3 stanowiska porodowe, wszystkie do porodów rodzinnych. Oddział nie prowadził statystyki porodów rodzinnych; Położna Oddziałowa wyjaśniła, że stanowią one około 80% wszystkich porodów.

Oddział posiadał wydzieloną salę operacyjną do cięć cesarskich, których w ww. latach wykonano odpowiednio: 239, 231, 232, 256, 249 oraz 199, i także była liczba noworodków żywo urodzonych; w wyniku porodów w drodze cięcia cesarskiego nie było przypadków noworodków martwo urodzonych.

W Oddziale nie miały miejsca porody z wykorzystaniem kleszczy ani z użyciem vacuum. Nie wystąpiły zgony kobiet w związku z porodem.

Nie wystąpiły przypadki przyjęcia, w związku z porodem, pacjentek z innego szpitala. Do innego szpitala przekazano w związku z porodem: dwie pacjentki w 2010 r., jedną w 2011 r., po cztery w 2012 r. i 2013 r., 19 w 2014 r. i 16 pacjentek w 2015 r. (do 30 września).

(dowód: akta kontroli, str. 3, 56 – 61, 203 – 205, 266)

W 2009 r. Najwyższa Izba Kontroli przeprowadziła w ZOZ kontrolę w zakresie sprawowania opieki nad matką i noworodkiem w OGP i Oddziale Noworodkowym w latach 2008-2009 (do 30 czerwca). Wnioski pokontrolne zostały zrealizowane.

(dowód: akta kontroli, str. 153 – 158)

W latach 2013 -2015 (do 30 września) ZOZ nie był kontrolowany przez Najwyższą Izbę Kontroli; nie był również kontrolowany przez Narodowy Fundusz Zdrowia w zakresie dotyczącym OGP i Oddziału Noworodków.

(dowód: akta kontroli, str. 159)

Inspekcja Sanitarna przeprowadziła w ZOZ w okresie 2013 -2015 (do 30 września) 9 kontroli, w tym 3 kontrole dotyczyły m.in. OGP i Oddziału Noworodków.

W protokole kontroli z 6.03.2013 r. Inspekcja Sanitarna stwierdziła niedostosowanie pomieszczeń OGP do wymogów rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą⁶ (Dz. U. z 2012 r., poz. 739). Niedostosowania te polegały na: braku wyposażenia brudownika w myjnię-dezynfektor, braku urządzeń przeciwsłonecznych w kilku salach chorych, występowaniu połączenia ścian z podłogą w części sal w sposób uniemożliwiający skuteczne mycie i dezynfekcję; program dostosowawczy ZOZ w łączycy do wymagań rozporządzenia, zatwierdzony przez Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego w Łodzi w dniu 27.06.2012 r., zakładał dostosowanie Oddziału w ww. zakresie do wymogów rozporządzenia w terminie do 31.12.2015 r.

Na Oddziale Noworodkowym stwierdzono różnicę (3°C) pomiędzy pomiarem dokonany termometrem wzorcowym a termometrem umieszczonym w lodówce ze szczepionkami. W tym samym dniu awaria lodówki została usunięta przez wezwany serwis.

W protokole kontroli z 6.03.2014 r. Inspekcja Sanitarna zaleciła zaopatrzenie materacy na OGP w pokrowce umożliwiające ich mycie i dezynfekcję. Zalecenie zostało zrealizowane.

Kontrola Inspekcji Sanitarnej z 16.04.2015 r. nie wykazała nieprawidłowości.

(dowód: akta kontroli, str. 177 – 197)

W programie dostosowawczym z czerwca 2012 r. określono zakres odstępstw od wymagań rozporządzenia z dnia 26 czerwca 2012 r., sposób ich likwidacji i termin dostosowania do przepisu. Nie występowały w programie odstępstwa na Oddziale Noworodkowym.

W Izbie Przyjęć odstępstwo polegało na braku osobnego pomieszczenia przyjęć dla kobiet ciężarnych – termin dostosowania wyznaczony został na 31.12.2015 r.; do czasu niniejszej kontroli ww. odstępstwa nie usunięto.

W OGP wykazano następujące odstępstwa:

- brak dozownika z mydłem w płynie oraz pojemnika z ręcznikami jednorazowego użycia w pokojach łóżkowych oraz w pomieszczeniach higieniczno-sanitarnych – termin dostosowania wyznaczony został na 31.12.2013 r.,
- brak urządzeń przeciwsłonecznych w kilku salach chorych – termin dostosowania wyznaczony został na 31.12.2015 r.,

które zostały usunięte do czasu niniejszej kontroli, oraz:

⁶ Dz. U. z 2012 r., poz. 739; dalej: „rozporządzenie z dnia 26 czerwca 2012 r.”

- połączenie ścian z podłogami uniemożliwiające skuteczne mycie i dezynfekcje w pomieszczeniach oddziału – termin dostosowania wyznaczony został na 31.12.2015 r., do czasu niniejszej kontroli zadanie zrealizowano w około 80%;
- brak wyposażenia brudownika w myjnię-dezynfektor oraz w wentylację mechaniczną wyciągową – termin dostosowania wyznaczony został na 31.12.2015 r., do czasu niniejszej kontroli zostały wykonane instalacje i przyłącza pod potrzeby podłączenia myjni-dezynfektora,

które nie zostały w pełni zrealizowane.

Zastępca Dyrektora ds. Administracyjno-Eksploatacyjnych wyjaśnił, że: w związku z niewystarczającą ilością środków finansowych na usunięcie odstępstw określonych w programie dostosowawczym, a także pracami legislacyjnymi parlamentu mającymi na celu przesunięcie terminu usunięcia odstępstw do 31 grudnia 2017 r., ZOZ przewiduje wystąpić do Urzędu Wojewódzkiego w Łodzi z aneksem do programu dostosowawczego, który będzie uwzględniał nowe terminy dostosowania pomieszczeń do wymogów rozporządzenia; w sytuacji natomiast braku akceptacji dla przesunięcia terminów usunięcia niezgodności z przepisami, ZOZ będzie chciał dochować terminów opisanych w programie dostosowawczym.

(dowód: akta kontroli, str. 199 – 202, 216 – 217)

W lutym 2014 r. konsultant wojewódzki w dziedzinie położnictwa i ginekologii dla województwa łódzkiego przeprowadził w ZOZ kontrolę umieralności okołoporodowej. Kontrolujący nie przedstawił żadnych wniosków.

(dowód: akta kontroli, str. 206)

W kwietniu 2014 r. konsultant wojewódzki w dziedzinie neonatologii dla województwa łódzkiego przeprowadził kontrolę w zakresie oceny postępowania przedporodowego; postępowania w trakcie porodu dzieci urodzonych z wynikiem 4 i poniżej w skali Apgar; postępowania w przypadkach zgonów śródporodowych; kontrolę wskazań do rozwiązania porodu metodą cięcia cesarskiego oraz rozwiązania ciąży przy pomocy vacuum, kleszczy i pomocy ręcznej. Kontrolujący nie stwierdził nieprawidłowości i nie przedstawił wniosków pokontrolnych; postępowanie diagnostyczno-terapeutyczne w kontrolowanych przypadkach uznał za prawidłowe, a prowadzenie dokumentacji medycznej za zgodne z przepisami rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania⁷ i przepisami ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta⁸.

(dowód: akta kontroli, str. 207 – 211)

W dniu 26 sierpnia 2014 r. Wojewódzkie Centrum Zdrowia Publicznego w Łodzi w likwidacji przeprowadziło kontrolę, której przedmiotem była m.in. realizacja rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 września 2012 r. w sprawie standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej, sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, porożu oraz opieki nad noworodkiem⁹. Zaleceń pokontrolnych nie wydano.

(dowód: akta kontroli, str. 212 – 215)

Zgodnie z wymogiem art. 14 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi¹⁰ w ZOZ powołane zostały Zespół i Komitet Kontroli Zakażeń Szpitalnych. Ustalony został schemat organizacyjny systemu kontroli zakażeń, w tym szczegółowo określono zadania Komitetu Kontroli Zakażeń Szpitalnych oraz zadania poszczególnych

⁷ Dz. U. z 2014 r., poz. 177 ze zm.

⁸ Dz. U. z 2012, poz. 159, ze zm.; dalej: „ustawa o prawach pacjenta”.

⁹ Dz. U. z 2012 r. poz. 1100; dalej: „rozporządzenie ws. standardów opieki okołoporodowej”.

¹⁰ Dz. U. z 2013 r. poz. 947 ze zm.

członków Zespołu Kontroli Zakażeń Szpitalnych. ZOZ posiada System Zarządzania Jakością, w tym procedury i instrukcje epidemiologiczne, zgodne z normą ISO 9001:2008.

(dowód: akta kontroli, str. 94 – 108, 218 – 224, 257 – 265)

W okresie 2013-2015 (do 30 września) nie doszło do zakażeń szpitalnych na Oddziale Noworodków.

Na OGP u pacjentek przyjętych w związku z porodem zarejestrowano w ww. okresie dwa zakażenia szpitalne w 2013 r. i cztery w 2014 r.; zakażenia te dotyczyły ran pooperacyjnych po wykonaniu cięcia cesarskiego.

(dowód: akta kontroli, str. 225 – 238)

W 2013 r. oba zakażenia zostały zgłoszone po wypisie pacjentek do domu. Pacjentka wypisana 26 marca 2013 r. zgłosiła zakażenie w dniu 29.03.2013 r. – w badaniu bakteriologicznym wyhodowano posiewy jałowe.

Nie wykonano badania bakteriologicznego w przypadku zakażenia zgłoszonego 12 kwietnia 2013 r. przez pacjentkę wypisaną 8 kwietnia 2013 r. – Przewodnicząca Zespołu Zakażeń Szpitalnych wyjaśniła, że nie było możliwości uzyskania materiału klinicznego od pacjentki, który spełniałby kryteria materiału wartościowego diagnostycznie, ponieważ nie występował wyciek z rany z lekkim stanem zapalnym.

(dowód: akta kontroli, str. 239 – 244, 267 – 269)

W 2014 r. w dwóch przypadkach stwierdzono zakażenie gronkowcem złocistym u pacjentek wypisanych ze szpitala: pacjentka wypisana 10 lipca 2014 r. zgłosiła zakażenie w dniu 7 sierpnia 2014 r., a pacjentka wypisana 8 września 2014 r. zgłosiła zakażenie w dniu 10 września 2014 r.

W przypadku zakażeń zarejestrowanych w dniu 9.09.2014 r. i 16.09.2014 r. u pacjentek przebywających w Oddziale, badania bakteriologiczne nie potwierdziły zakażenia.

(dowód: akta kontroli, str. 245 – 256)

Nie zostały ustalone źródła ww. zakażeń. Przewodnicząca Zespołu Zakażeń Szpitalnych wyjaśniła, że: występowanie zakażeń szpitalnych jest wypadkową oddziaływania wielu czynników; są to czynniki środowiskowe, czynniki zależne od pacjenta oraz czynniki związane z diagnostyką i leczeniem; w przypadku zakażeń zgłoszonych przez pacjentki po ich wypisie do domu, na ranę mogło oddziaływać wiele czynników zarówno w trakcie pobytu w szpitalu jak i w warunkach domowych, nie można ze 100% pewnością wskazać, że źródło zakażenia pochodziło ze szpitala; nie można również określić źródła zakażenia w przypadku niewyhodowania czynnika biologicznego w badaniu bakteriologicznym.

(dowód: akta kontroli, str. 267 – 269)

Po każdym zgłoszeniu zakażenia ustalano zasady postępowania w danym przypadku; np. w przypadku zgłoszeń zakażeń u pacjentek przebywających w szpitalu były to: pielęgnacja zgodna z opracowanymi standardami, zmiana opatrunku zgodna z zasadami w ostatniej kolejności, wydzielenie zestawu do pielęgnacji, dezynfekcja sali, po wypisaniu pacjentki dezynfekcja w komorze dezynfekcyjnej koców i poduszki.

(dowód: akta kontroli, str. 239 – 256)

W przypadku stwierdzenia w dniu 10 września 2014 r. zakażenia gronkowcem złocistym u pacjentki, która miała wykonane cięcie cesarskie w dniu 4 września 2014 r. i została wypisana w dniu 8 września 2014 r., wykonano następujące działania: w dniu 10 września 2014 r. pobrano wymazy powierzchni z sali cięć – w posiewach nie wyhodowano *Staphylococcus aureus* MRSA; przeprowadzono kontrolę Oddziału – stan higieniczno-sanitarny nie budził zastrzeżeń; wykonano badania mikrobiologiczne pacjentek z Oddziału – nie stwierdzono *Staphylococcus aureus* MRSA; wykonano dezynfekcję powierzchni sali cięć, traktu porodowego i sali chorych, w której przebywała pacjentka; przeprowadzono dezynfekcje sali cięć

poprzez zamgławianie nadtlenkiem wodoru. Do końca 2014 r. w żadnym badaniu mikrobiologicznym, pobranym w Oddziale, nie stwierdzono *Staphylococcus aureus* MRSA.

W celu poprawy bezpieczeństwa epidemiologicznego Oddziału zakupiono w marcu 2013 r. urządzenie do dezynfekcji suchą parą wodną powierzchni szpitalnych i urządzenie do dezynfekcji powierzchni i pomieszczeń poprzez zamgławianie nadtlenkiem wodoru; zakupiono w marcu 2014 r. pokrowce na materace, umożliwiające ich dezynfekcję; zakupiono podajniki na ręczniki, dozowniki mydła i dozowniki na preparaty do dezynfekcji rąk; w lutym 2015 r. wdrożono procedurę pobierania posiewów przedślonka nosa rutynowo u wszystkich ciężarnych przyjmowanych do porodu oraz u wszystkich pacjentek przyjmowanych do operacji ginekologicznych; raz na kwartał odbywają się szkolenia dla personelu Oddziału z tematyki zakażeń szpitalnych.

(dowód: akta kontroli, str. 225 – 226, 267 – 269)

W Oddziale nie wystąpił potwierdzony epidemiczny wzrost liczby zakażeń szpitalnych, którego zgłoszenie w ciągu 24 godzin właściwemu państwowemu inspektorowi sanitarnemu wymagane jest przepisem art. 14 ust. 1 pkt 6 ww. ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r.

(dowód: akta kontroli, str. 225 – 256)

Ustalone
nieprawidłowości

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

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

Opis stanu
faktycznego

1.2.1.

Analiza kontrolna zatrudnienia w OGP w lipcu i sierpniu 2013 r., 2014 r. i 2015 r. wykazała, że zgodnie z wymogami określonymi dla trybu hospitalizacji w rozporządzeniach z dnia 29 sierpnia 2009 r. (załącznik nr 3, część I, liczba porządkowa 36), a następnie z dnia 22 listopada 2013 r. (załącznik nr 3, część I, liczba porządkowa 37), zapewniono:

- Równoważnik co najmniej dwóch etatów (nie dotyczy dyżuru medycznego) lekarza specjalisty w dziedzinie położnictwa i ginekologii.
- Całodobową opiekę lekarską we wszystkie dni tygodnia.
- Stałą obecność lekarza specjalisty w dziedzinie położnictwa i ginekologii lub lekarza ze specjalizacją I stopnia w dziedzinie położnictwa i ginekologii – w miejscu udzielania świadczeń, z wyjątkiem dyżurów pełnionych przez lekarza odbywającego szkolenie specjalizacyjne, co miało miejsce od 3 do 6 razy w miesiącu. O dopuszczeniu ww. lekarza do samodzielnego pełnienia dyżurów zdecydował kierownik specjalizacji, za aprobatą ówczesnego Ordynatora OGP i Dyrektora ZOZ. Możliwość pełnienia samodzielnego dyżuru przez lekarza odbywającego szkolenie specjalizacyjne wynika z § 15 ust. 1 pkt 6 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 2 stycznia 2013 r. w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy dentystów¹¹.

Zapewniono również stałą obecność w lokalizacji lekarza specjalisty w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii. W strukturze organizacyjnej ZOZ wyodrębniony był Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii, w którym przykładowo pracowało: 8 lekarzy w lipcu i sierpniu 2013 r., w tym 5 na podstawie kontraktów; 10 lekarzy w lipcu i sierpniu 2014 r., w tym 7 na podstawie kontraktów; 11 lekarzy w lipcu 2015 r., w tym 8 na podstawie kontraktów i jeden na podstawie umowy zlecenia; 10 lekarzy w sierpniu 2015 r., w tym 7 na podstawie kontraktów i jeden na podstawie umowy zlecenia. Jeden lekarz, zatrudniony na stanowisku asystenta, posiadał

¹¹ Dz.U. z 2013 r. poz. 26

I stopień specjalizacji z anestezjologii i intensywnej terapii, a pozostali posiadali II stopień specjalizacji. W 2013 r. dyżury pełnił jeden anestezjolog, a od roku 2014 dyżury pełniło dwóch anestezjologów, również w dni wolne od pracy.

(dowód: akta kontroli, str. 399 — 402, 407 — 419, 590 — 616, 915)

Analiza kontrolna zatrudnienia w Oddziale Noworodków w lipcu i sierpniu 2013 r., 2014 r. i 2015 r. wykazała, że zgodnie z wymogami określonymi dla trybu hospitalizacji w rozporządzeniach z dnia 29 sierpnia 2009 r. (załącznik nr 3, część II, lit. A liczba porządkowa 25), a następnie z dnia 22 listopada 2013 r. (załącznik nr 3, część I, liczba porządkowa 26), zapewniono:

- równoważnik co najmniej 1 etatu (nie dotyczy dyżuru medycznego) specjalisty w dziedzinie neonatologii,
- równoważnik co najmniej 0,44 etatu pielęgniarki lub położnej na jedno stanowisko noworodkowe w systemie „matka z dzieckiem”,
- całodobową opiekę lekarską we wszystkie dni tygodnia (łącznie z oddziałem dziecięcym) sprawowaną przez lekarzy posiadających udokumentowane potwierdzenia odbytego szkolenia w zakresie resuscytacji noworodka.

(dowód: akta kontroli, str. 408 — 412, 558 — 589, 643)

1.2.2.

Umowa nr 053/13002/03/010/12/1 z NFZ z dnia 2 lutego 2012 r. stanowi w § 2 ust. 7, że: „Świadczeniodawca zobowiązany jest do bieżącego aktualizowania danych o swoim potencjale wykonawczym przeznaczonym do realizacji umowy, przez który rozumie się zasoby będące w dyspozycji świadczeniodawcy służące wykonywaniu świadczeń opieki zdrowotnej, w szczególności osoby udzielające tych świadczeń i sprzęt.”.

Analiza stanu zatrudnienia personelu medycznego OGP w lipcu i sierpniu 2013r., 2014 r. i 2015 r. oraz analiza dokumentacji medycznej z 50 porodów fizjologicznych i 50 porodów w drodze cięcia cesarskiego wykazała, że osoby zatrudnione w tych miesiącach lub osoby wykonujące świadczenia przy ww. porodach, były wykazane w umowie z NFZ lub zgłoszone do Portalu Świadczeniodawcy, z wyjątkiem starszej położnej E.L., co przedstawiono szczegółowo w dalszej części punktu 1.2. niniejszego wystąpienia.

(dowód: akta kontroli, str. 286 — 388, 312, 314, 399 — 402, 617 — 618, 670 — 722, 723— 874)

Analiza stanu zatrudnienia personelu medycznego Oddziału Noworodkowego w lipcu i sierpniu 2013r., 2014 r. i 2015 r. oraz dokumentacji medycznej z 50 porodów fizjologicznych i 50 porodów w drodze cięcia cesarskiego wykazała, że zatrudniony personel Oddziału Noworodkowego był wykazany w umowie z NFZ.

(dowód: akta kontroli, str. 558 — 561, 286 — 388, 670 — 874)

1.2.3.

Analiza kontrolna czasu pracy lekarzy OGP w lipcu i sierpniu 2013 r., 2014 r. i 2015 r. wykazała zgodność tego czasu z art. 93 ust. 1, art. 94 ust. 1, 2, i 3, art. 95 ust. 1,2,3 i 4, art. 96 ust. 1 oraz art. 97 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej¹². Nie wystąpiły sytuacje pracy lekarzy, w tym lekarzy zatrudnionych na podstawie kontraktów, przez czas dłuższy niż 24 godziny bez przerwy.

(dowód: akta kontroli, str. 407 — 466)

W przypadku pracy w wymiarze większym od normy miesięcznej (2 lekarzy w sierpniu 2014 r. i po 1 lekarzu w pozostałych ww. miesiącach), wynikającej z art. 96 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej, lekarze wyrazili zgody na piśmie.

(dowód: akta kontroli, str. 417, 418, 421 — 450, 457 — 459, 621 — 622)

Lekarze zatrudnieni na podstawie umów o pracę w OGP nie łączyli tego zatrudnienia z zatrudnieniem na podstawie umów cywilnoprawnych.

¹² Dz.U. z 2015 r. poz.618, ze zm.; dalej: „ustawa o działalności leczniczej”.

(dowód: akta kontroli, str. 467)

Opieka lekarska na Oddziale Noworodków łączona jest z Oddziałem Dziecięcym. Analiza kontrolna czasu pracy lekarzy Oddziału Noworodkowego i Oddziału Dziecięcego w lipcu i sierpniu 2014 r. i 2015 r. wykazała zgodność tego czasu z art. 93 ust. 1, art. 94 ust. 1, 2, i 3, art. 95 ust. 1, 2, 3 i 4, art. 96 ust. 1 oraz art. 97 ustawy o działalności leczniczej. Nie wystąpiły sytuacje pracy lekarzy, w tym lekarzy zatrudnionych na podstawie kontraktów, przez czas dłuższy niż 24 godziny bez przerwy.

Normy czasu pracy, wynikające z art. 96 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej, zostały przekroczone za pisemną zgodą: 3 lekarzy w lipcu i 2 lekarzy w sierpniu 2013 r., 3 lekarzy w lipcu i 2 lekarzy w sierpniu 2014 r., 2 lekarzy w lipcu i 1 lekarza w sierpniu 2015 r.

(dowód: akta kontroli, str. 407 — 412, 421, 436, 451, 536, 563 — 577, 623 — 642)

1.2.4.

Zgodnie z wymogiem art. 50 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej Dyrektor ZOZ corocznie ustalał minimalne potrzeby szpitala w zakresie zatrudnienia pielęgniarek i położnych. Na lata 2013, 2014 i 2015 normy te wynosiły:

- dla OGP – 18 położnych na 2013 r. i 2014 r. oraz 19 położnych na 2015 r.;
- dla Oddziału Noworodków – 7 pielęgniarek w każdym roku.

Kontrola wykazała, na przykładzie miesięcy lipiec i sierpień z ww. lat, że normy te były zachowane.

(dowód: akta kontroli, str. 393 — 402, 404 — 406, 558 — 561)

1.2.5.

Personel medyczny OGP był przeszkolony w zakresie standardów opieki okołoporodowej podczas szkoleń wewnątrzoddziałowych. Przeprowadzono szkolenia położnych: „Świadomość wartości karmienia naturalnego u przyszłych matek. Położna edukator.” — w maju 2014 r., „Rekomendacje – Plan porodu” — w październiku 2014 r., „Samodzielność zawodowa położnych a dobry poród. Standardy Opieki Okołoporodowej” — w styczniu 2015 r. Szkolenie dla lekarzy pt. „Rekomendacje PTG: Standardy opieki okołoporodowej — Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 września 2012 r.” odbyło się w lutym 2015 r. P.o. Ordynatora brał udział w szkoleniu poświęconym standardom opieki okołoporodowej, zorganizowanym przez Polskie Towarzystwo Ginekologiczne.

Szkolenia wewnątrzoddziałowe prowadzone były, zgodnie z zatwierdzonym rocznym planem szkoleń, przez pracowników OGP, którzy nie otrzymywali z tego tytułu dodatkowego wynagrodzenia.

Z wyjaśnień p.o. Ordynatora i Położnej Oddziałowej OGP wynika, że wiedzę o standardach opieki okołoporodowej personel medyczny Oddziału czerpał ponadto ze Standardów Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego oraz ze standardów opieki okołoporodowej, a informacje o porodach w pozycji wertykalnej z dostępnych w Oddziale czasopism medycznych i publikacji „Poród aktywny” J. Balaskasa.

Z ww. wyjaśnień wynika ponadto, że porody z reguły odbywają się w pozycji półsiedzącej. P.o. Ordynatora wyjaśnił, że pozycja jest uzgadniana z pacjentką w zakresie dopuszczalnym wskazaniami medycznymi; Położna Oddziałowa stwierdziła ponadto, że pacjentkom proponuje się też pozycje na boku lub w kucki, jednak najczęściej wybierają pozycję półsiedzącą, w której czują się bezpiecznie, oraz że nie było przypadku, aby pacjentka domagała się porodu w pozycji wertykalnej poza łóżkiem porodowym.

(dowód: akta kontroli, str. 53 — 61, 160 — 166, 276 — 278, 391, 392)

Przeprowadzone oględziny wykazały, że sale porodowe wyposażone są w dwa łóżka porodowe starego typu, płaskie, z obniżaną częścią oraz jeden fotel nowego typu, umożliwiający poród w pozycji siedzącej, który można rozłożyć do formy łóżka.

W zespole porodowym nie ma stołeczka porodowego, wanny, materaca ani innych sprzętów umożliwiających poród w innym miejscu, niż na łóżku/fotelu porodowym.

(dowód: akta kontroli, str. 484 — 488, 493, 496, 497)

Spośród 42 kobiet po porodach fizjologicznych, które odpowiadały na pytania ankiety: 38 (90,5%) wskazało łóżko porodowe, a 3 (7,1%) fotel porodowy, jako miejsce odbycia porodu; 36 kobiet (85,7%) stwierdziło, że nie mogły, a 5 (11,9%), że mogły wybrać miejsce porodu; 38 (90,5%) rodziło w pozycji leżącej, a 1 w pozycji innej niż leżąca bądź stojąca; 34 kobiety (81%) stwierdziły, że nie mogły, a 6 (14,3%), że mogło wybrać pozycję, w jakiej będzie rodzić.

W sprawie braku możliwości wyboru przez rodzącą miejsca porodu p.o. Ordynatora OGP wyjaśnił, że: 8 lat temu zlikwidowano wannę do porodów wodnych ze względów bezpieczeństwa — sanitarno-technicznych, głównie z powodu nieodpowiedniej instalacji kanalizacyjnej — zbyt wolny odpływ wody; w zespole porodowym personel wskazuje rodzącej jedno z miejsc porodowych, pomiędzy którymi nie ma istotnych różnic; wdrożenie porodów wertykalnych wymagałoby zmian technicznych w obrębie bloku porodowego, w przyszłości podjęte będą działania w celu umożliwienia pacjentkom porodów w pozycji wertykalnej.

(dowód: akta kontroli, str. 646 — 652, 875 — 879)

Ustalone
nieprawidłowości

W działalności kontrolowanej jednostki w przedstawionym wyżej zakresie stwierdzono następujące nieprawidłowości:

1. Analiza stanu zatrudnienia personelu medycznego OGP w lipcu i sierpniu 2013r., 2014 r. i 2015 r. oraz analiza dokumentacji medycznej z 50 porodów fizjologicznych i 50 porodów w drodze cięcia cesarskiego wykazała, że starsza położna E.L., zatrudniona w ZOZ od 1976 r. do 28.05.2015 r., wprowadzona została do wykazu personelu w umowie z NFZ nr 053/130002/03/010/13/1 dopiero aneksem z dnia 20.09.2013 r., z okresem dostępności od 20.09.2013 r. do 31.12.2013 r., mimo że od początku 2013 r. wykonywała pracę, m.in. udzielała świadczeń zdrowotnych przy 4 porodach fizjologicznych (np. karta choroby nr 10927/2013, data porodu 26.07.2013 r.) oraz przy 6 porodach w drodze cięcia cesarskiego (np. karta choroby nr 10522/2013, data porodu — 19.07.2013 r.).

Kierownik Sekcji Organizacji i Nadzoru wyjaśniła, że starsza położna E.L. nie była wykazana w Portalu Świadczeniodawcy do 20.09.2013 r. z powodu pomyłki.

(dowód: akta kontroli, str. 286 — 388, 399 — 402,
617 — 618, 670 — 722, 728 — 780)

Uwagi dotyczące
badanej działalności

Najwyższa Izba Kontroli uważa, że szkolenia personelu medycznego OGP, przeprowadzone w zakresie standardów opieki okołoporodowej dopiero w 2014 r. i 2015 r., nie odbyły się odpowiednio wcześniej w stosunku do terminu — 19 października 2012 r. — wprowadzenia tych standardów.

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

Opis stanu
faktycznego

1.3.1.

Przeprowadzone oględziny OGP wykazały, że zgodnie z wymogiem określonym dla trybu hospitalizacji w rozporządzeniach z dnia 29 sierpnia 2009 r. (załącznik nr 3, część I, liczba porządkowa 36), a następnie z dnia 22 listopada 2013 r. (załącznik nr 3, część I, liczba porządkowa 37):

- Sale chorych, zorganizowane w systemie "matka z dzieckiem", wyposażone były w urządzenia umożliwiające mycie i pielęgnację noworodków.

(dowód: akta kontroli, str. 484 — 488)

- OGP w miejscu udzielania świadczeń posiadał wymagany sprzęt i aparaturę medyczną (kolposkop, aparat KTG, kardiomonitor).

W stosunku do stanu zasobów wykazanego w Portalu Potencjału, brak było w OGP:

- inhalatora nr 094669/LI i ssaka nr 19526, przekazanych do naprawy, (w Oddziale znajdowało się 9 innych kardiokografów i 3 inne ssaki);
- kardiokografu nr TI523028 z 1985 r., który pomyłkowo, jak oświadczył konserwator sprzętu, nie został usunięty z Portalu Potencjału; w trakcie kontroli dokonano uaktualnienia wpisu na ww. Portalu.

P.o. Ordynatora OGP wyjaśnił, że inhalator jest używany u pacjentek ginekologicznych; w przypadku konieczności jego zastosowania istnieje możliwość wykorzystania inhalatorów dostępnych w obrębie Oddziału Laryngologicznego, nie ma zagrożenia zdrowotnego dla pacjentek ciężarnych spowodowanego awarią inhalatora.

Sprzęt, który znajdował się na OGP, posiadał paszporty z wpisami o przeprowadzeniu przeglądów technicznych, których terminy ważności upłynęły w 2016 r.

(dowód: akta kontroli, str. 484 – 488, 513 – 515, 537 – 539, 660 – 664)

- Posiadany sprzęt zapewniał w miejscu udzielania świadczeń realizację badań kardiokograficznych przed i w trakcie porodu.

(dowód: akta kontroli, str. 484 – 488)

Wyżej wymienione przepisy rozporządzeń z dnia 29 sierpnia 2009 r., a następnie z dnia 22 listopada 2013 r. wymagały dla położnictwa i ginekologii zapewnienia dostępu do realizacji badań histopatologicznych śródoperacyjnych. ZOZ zapewnił możliwość realizacji ww. badań przez Centralny Szpital Kliniczny Uniwersytetu Medycznego w Łodzi lub firmę SYNEVO.

ZOZ posiada opracowaną procedurę, w ramach Systemu Zarządzania Jakością, postępowania z materiałem pobranym do badania histopatologicznego.

(dowód: akta kontroli, str. 543 – 545, 644)

Badanie kontrolne dokumentacji z 50 porodów fizjologicznych wykazało, że we wszystkich przypadkach prowadzona była karta obserwacji porodu (partogram), zgodnie z wymogiem ww. przepisów.

(dowód: akta kontroli, str. 286 – 390)

Zgodnie z wymogami ww. przepisów w lokalizacji znajduje się blok operacyjny, a w OGP wydzielona sala operacyjna do cięć cesarskich.

(dowód: akta kontroli, str. 94 – 96, 484 – 488)

Oględziny wykazały, że Oddział Noworodków w miejscu udzielania świadczeń posiadał sprzęt i aparaturę medyczną wymaganą dla trybu hospitalizacji przepisami rozporządzenia z dnia 29 sierpnia 2009 r. (załącznik nr 3, część I, liczba porządkowa 25), a następnie z dnia 22 listopada 2013 r. (załącznik nr 3, część I, liczba porządkowa 26), z wyjątkiem niezgodności w zakresie wymagań dotyczących pomp infuzyjnych, co przedstawiono szczegółowo w dalszej części punktu 1.3. niniejszego wystąpienia.

W stosunku do stanu listy zasobów z Portalu Potencjału NFZ, brak było w Oddziale Noworodkowym jednej lampy terapeutycznej do foto- lub fotochemioterapii (nr seryjny 98046), która została zdana do naprawy (w oddziale znajdowały się 4 inne lampy terapeutyczne), a zamiast kardiomonitora o numerze seryjnym 2315893, wykazanego w ww. liście zasobów, w Oddziale Noworodków znajdował się kardiomonitor o numerze seryjnym 2466. Pełnomocnik Dyrektora ds. Kierowania Oddziałem Noworodków wyjaśnił, że do Portalu Potencjału błędnie podano numer kardiomonitora. W trakcie kontroli dokonano uaktualnienia wpisów sprzętu na Portalu Potencjału.

Pozostały sprzęt z listy zasobów, który powinien być dostępny „w miejscu”, znajdował się w Oddziale Noworodków i posiadał paszporty z aktualnymi wpisami o przeprowadzeniu przeglądów technicznych.

(dowód: akta kontroli, str. 516 – 517, 534 – 536, 537, 540 – 541, 645)

1.3.2.

Przeprowadzone oględziny wykazały, że Izba Przyjęć (w ramach Szpitalnego Oddziału Ratunkowego), OGP i Oddział Noworodkowy spełniają wymagania ogólnoprzestrzenne, określone w rozdziale 2 rozporządzenia z dnia 26 czerwca 2012 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą¹³.

Pomieszczenia ZOZ przy ul. Zachodniej 6 w Łęczycy zlokalizowane są w samodzielnym budynku, w którym m.in. na parterze znajduje się Izba Przyjęć, a na piętrze trzecim OGP i Oddział Noworodkowy (§ 14 ust. 1 i ust. 4). Zespoły pomieszczeń stanowiących ww. oddziały nie są przechodnie (§ 15). Kształt i powierzchnia pomieszczeń obu oddziałów umożliwiają prawidłowe rozmieszczenie, zainstalowanie i użytkowanie urządzeń, aparatury i sprzętu, stanowiących ich funkcjonalne wyposażenie (§ 16). W Izbie Przyjęć i oddziałach nie ma zsyków (§ 17).

(dowód: akta kontroli, str. 468, 484, 516)

Oględziny wykazały, że pacjentka zgłaszająca się do porodu ma łatwy dostęp do Izby Przyjęć. Wejście oznaczone jest napisem „IZBA PRZYJĘĆ”. Dojazd na drogach wewnętrznych ZOZ oznakowany drogowskazami. Można podjechać samochodem bez problemu pod wejście, nie występują bariery w postaci schodów. Możliwe jest też wejście do Izby Przyjęć z korytarza budynku.

Izba Przyjęć spełnia wymagania określone rozporządzeniem z dnia 26 czerwca 2012 r. w załączniku nr 1 rozdział I:

- ust. 1 – posiada bezpośrednio zadaszone wejście z dojazdem umożliwiającym podjazd dla jednego pojazdu;
- ust. 2 pkt 1 – posiada punkt rejestracji pacjentów i poczekalnię;
- ust. 2 pkt 2 – posiada pomieszczenia zapewniające przeprowadzenie badań związanych z przyjęciem pacjenta do szpitala:
 - dwa pokoje przeznaczone do przyjmowania od pacjentów wywiadu, można w nich przeprowadzić badanie usg, leżanki zasłonięte parawanami nie są widoczne z korytarza przy otwartych drzwiach;
 - pomieszczenie resuscytacyjno-zabiegowe, w którym udzielana jest pomoc w stanie zagrożenia życia; znajduje się w nim m.in. stół zabiegowy, który można dostosować do potrzeb badania ginekologicznego, odgradzony od reszty pomieszczenia parawanem, niewidocznym z korytarza przy otwartych drzwiach; badania ginekologiczne w pomieszczeniu resuscytacyjno-zabiegowym przeprowadzone są w sytuacji zagrożenia życia, a w pozostałych przypadkach badanie ginekologiczne odbywa się dopiero w OGP.

Nad drzwiami do ww. pomieszczeń znajdują się lampy elektryczne z napisem „NIE WCHODZIĆ”;

- ust. 3 – w skład Izby Przyjęć wchodzi dwa pomieszczenia higieniczno-sanitarne, w tym łazienka przeznaczona do przebierania się pacjentów, przyjmowanych do szpitala, m.in. w związku z porodem; w łazience tej znajduje się miska ustępowa, umywalka, natrysk z krzesłem do kąpieli i leżanka, na której można usiąść w trakcie przebierania się, nie będąc widocznym z korytarza przy otwartych drzwiach, natrysk wyposażony jest w zasłony; z powyższych urządzeń przy otwartych drzwiach widoczny jest tylko fragment leżanki – około 1/3 jej długości.

W oknach ww. pomieszczeń Izby Przyjęć zamocowane są żaluzje.

¹³ Dz.U. z 2012 r. poz. 739

Nie zorganizowano osobnego pomieszczenia przyjęć dla kobiet ciężarnych, co jest wymagane rozporządzeniem z dnia 26 czerwca 2012 r. w załączniku nr 1 rozdział I ust. 4. W programie dostosowawczym przewidziano likwidację tego odstępstwa do 31 grudnia 2015 r.

Nie jest spełniony w Izbie Przyjęć wymóg wyposażenia co najmniej jednego pomieszczenia higieniczno-sanitarnego w wózek-wannę, określony w załączniku nr 1 rozdział I ust. 2 pkt 3 rozporządzenia z dnia 26 czerwca 2012 r.; program dostosowawczy przewiduje usunięcie tego odstępstwa od wymogów rozporządzenia do 31 grudnia 2015 r.

W punkcie 1.1. niniejszego wystąpienia pokontrolnego przedstawione zostało wyjaśnienie Zastępcy Dyrektora ZOZ ds. Administracyjno-Technicznych, który stwierdził, że ZOZ przewiduje wystąpić do Urzędu Wojewódzkiego w Łodzi z aneksem do programu dostosowawczego; który będzie uwzględniał nowe terminy dostosowania pomieszczeń do wymogów rozporządzenia. Obecnie art. 207 ust. 1. ustawy o działalności leczniczej ustala 31 grudnia 2017 r. terminem dostosowania pomieszczeń i urządzeń do wymagań rozporządzenia z dnia 26 czerwca 2012 r.

Na OGP pacjentki przyjmowane są w gabinecie zabiegowym, po uprzednim przebraniu się w Izbie Przyjęć. Nad wejściem do gabinetu znajduje się niepodświetlany napis: „Nie WCHODZIĆ”. Znajdujący się w gabinecie fotel ginekologiczny odgradzony jest parawanem.

Kobietom przyjmowanym do porodu zapewniono w Izbie Przyjęć i OGP warunki do intymności i poszanowania godności.

(dowód: akta kontroli, str. 198 — 199, 468 — 484)

1.3.3.

Ogłędziny wykazały, że wymagania wobec niektórych pomieszczeń, określone w rozdziale 3 rozporządzenia z dnia 26 czerwca 2012 r., spełnione były w przypadku jednoosobowego pokoju przedporodowego, 7 pokoi położniczych dwuosobowych i 2 pokoi położniczych jednoosobowych; w pokojach tych łóżka dostępne były z trzech stron, w tym z dwóch dłuższych, zgodnie z wymogiem § 18 ww. rozporządzenia. W 2 pokojach dwuosobowych przedporodowych ustawienie łóżek nie spełniało ww. wymogu dostępności, co szczegółowo przedstawiono w dalszej części punktu 1.3. niniejszego wystąpienia.

We wszystkich ww. pokojach odstęp między łóżkami umożliwiały swobodny dostęp do pacjentek, a szerokość pokoi wyprowadzenie łóżka, zgodnie z § 19 i § 20 rozporządzenia; pokoje wyposażone były, zgodnie z § 24 rozporządzenia, w umywalkę z ciepłą i zimną wodą, dozownik z mydłem w płynie oraz pojemnik z ręcznikami jednorazowego użycia i pojemnik na zużyte ręczniki.

(dowód: akta kontroli, str. 484 — 488, 516 — 533)

Sale przedporodowe dwuosobowe posiadały wspólną, a sala przedporodowa jednoosobowa własną, toaletę. Dwie kabiny prysznicowe znajdowały się w odrębnym pomieszczeniu z wejściem z korytarza Traktu Porodowego. Toalety i prysznice dla pacjentek po porodzie znajdowały się w odrębnych pomieszczeniach, z wejściem z korytarza.

(dowód: akta kontroli, str. 484 — 488)

1.3.4.

W zakresie wymagań ogólnobudowlanych, określonych w rozdziale 4 rozporządzenia z dnia 26 czerwca 2012 r., ogłędziny wykazały, że w pomieszczeniach Traktu Porodowego, w pokojach położniczych, w pokoju dla noworodków obserwowanych, pokoju dla wcześniaków i pokoju intensywnej opieki noworodka, podłogi wykonane były z materiałów umożliwiających ich mycie i dezynfekcję, zgodnie z wymogiem § 29 ust. 1, a szerokość drzwi

w pomieszczeniach umożliwiała ruch pacjentów na łóżkach, zgodnie z § 32 rozporządzenia.

W dwóch pokojach położniczych połączenia ścian z podłogami nie były wykonane w sposób umożliwiający ich mycie i dezynfekcję, czyli nie spełniały wymogu § 29 ust. 2 rozporządzenia z dnia 26 czerwca 2012 r. Program dostosowawczy przewiduje usunięcie tego odstępstwa do 31 grudnia 2015 r.

W pozostałych pokojach położniczych połączenie ścian z podłogami było wykonane w sposób umożliwiający jego mycie i dezynfekcję.

(dowód: akta kontroli, str.198 – 199, 484 – 488, 516)

1.3.5.

Przeprowadzone oględziny wykazały, że zgodnie z § 33 i § 34 rozporządzenia z dnia 26 czerwca 2012 r. w pokojach łóżkowych zapewniony był bezpośredni dostęp światła dziennego, a w oknach zainstalowane były urządzenia przeciwsłoneczne. Oświetlenie sali cięć cesarskich spełniało wymogi § 35 rozporządzenia.

(dowód: akta kontroli, str. 484 – 504, 516 – 533)

1.3.6.

Oględziny wykazały, że:

- pokoje łóżkowe, urządzone w systemie "matka z dzieckiem", przeznaczone są dla maksymalnie dwóch matek i dwóch noworodków z możliwością wstawienia trzeciego łóżeczka dla noworodka, i są wyposażone w urządzenia umożliwiających mycie i pielęgnację noworodka, zgodnie z wymogiem określonym w załączniku nr 1, rozdział III ust. 1 pkt 1 rozporządzenia z dnia 26 czerwca 2012 r.
- w Oddziale Noworodkowym, zgodnie z wymogiem określonym w załączniku nr 1 rozdział III ust. 2 ww. rozporządzenia, wyodrębniony jest pokój dla noworodków obserwowanych, pokój dla wcześniaków i pokój intensywnej opieki noworodka (sala intensywnego nadzoru), wyposażone w urządzenia umożliwiające mycie i pielęgnację noworodka.
- pokój dla noworodków obserwowanych nie posiada wymaganej śluzy umywalkowo-fartuchowej, a śluza do pokoju wcześniaków i do pokoju intensywnej opieki noworodka posiadają niewłaściwe baterie do umywalk, co szczegółowo przedstawiono w dalszej części punktu 1.3. niniejszego wystąpienia.

(dowód: akta kontroli, str. 484 – 488, 516 – 533)

1.3.7.

Oględziny wykazały, że zespół porodowy spełnia wymogi określone w załączniku nr 1 rozdział IV rozporządzenia z dnia 26 czerwca 2012 r.; składa się z sali porodowej podzielonej na trzy boksy porodowe, oddzielone od siebie murem i ścianami (przegrodami) łączącymi się z sufitem i ścianą oddzielającą salę od korytarza Traktu Porodowego; każdy boks ma odrębne wejście z korytarza Traktu; naprzeciwko ściany z drzwiami znajduje się ściana z oknami, z którą ww. przegrody nie łączą się, co pozwala na przemieszczanie się personelu pomiędzy boksami bez wychodzenia na korytarz. W każdym boksie jest jedno stanowisko do porodu. Rodzące, przebywające na łóżkach porodowych w sąsiednich boksach, nie widzą się wzajemnie. Osoba bliska, towarzysząca rodzącej, może zobaczyć sąsiedni boks tylko po celowym obejściu ww. przegrody.

Dla zespołu porodowego zapewniono salę operacyjną dla porodów rozwiązywanych cięciem cesarskim, wyposażoną w stanowisko resuscytacji noworodka. Zespół porodowy posiada śluzę umywalkowo-fartuchową, spełniającą wymogi § 22 rozporządzenia z dnia 26 czerwca 2012 r. W zespole porodowym znajduje się pomieszczenie – sala intensywnego nadzoru – przeznaczone dla położnic

i noworodka w pierwszych godzinach życia, w którym zapewniona jest możliwość obserwacji bezpośredniej przez okno z dyżurki położnych.

Wielkość boksów porodowych pozwala na obecność w trakcie porodu osoby bliskiej pacjentce, a także na aktywne rodzenie. W zespole porodowym znajduje się również pomieszczenie do badania noworodka po porodach fizjologicznych, z wydzieloną kabiną dla osoby towarzyszącej, która może badanie obserwować przez okno.

Ww. pomieszczenia zespołu porodowego oraz sale przedporodowe znajdują się w Trakcie Porodowym; drzwi do Traktu posiadają zamki elektryczne, do otwarcia których potrzebna jest znajomość kodu.

(dowód: akta kontroli, str. 483 — 504)

Ustawa o prawach pacjenta w art. 20 stanowi, że pacjent ma prawo do poszanowania intymności i godności, w szczególności w czasie udzielania mu świadczeń zdrowotnych. Przeprowadzone oględziny wykazały, że otwierane z użyciem kodu drzwi do Traktu Porodowego w zasadzie zabezpieczają pomieszczenia zespołu porodowego przed wejściem osób innych niż personel OGP i Oddziału Noworodkowego. Zachowanie intymności w trakcie badania lub porodu zapewnia organizacja tylko jednego boksu porodowego, w przypadku którego przy otwartych drzwiach nie było widoczne z korytarza łóżko porodowe ani fotel ginekologiczny.

(dowód: akta kontroli, str. 484 — 504)

Spośród 54 ankiet wypełnionych przez kobiety, które odbyły w szpitalu poród fizjologiczny (42 kobiety) albo w drodze cięcia cesarskiego (12 kobiet):

- 45 kobiet (83,3%) uznało, że w ZOZ respektowano ich prawo do prywatności i intymności, a w ocenie 6 kobiet (11,1%) nie respektowano tego prawa;
- 45 kobiet (83,3%) uznało, że osoba prowadząca poród traktowała je z szacunkiem, a 8 (14,8%) wskazało na brak szacunku ze strony osoby prowadzącej poród;
- 47 kobiet (87%) uznało, że pozostały personel medyczny traktował je z szacunkiem, a 6 kobiet (11,1%), że nie były traktowane z szacunkiem.

Spośród 42 kobiet, które odbyły poród fizjologiczny, 9 (21,4%) stwierdziło, że w okresie parcia obecne były przy porodzie inne osoby oprócz personelu medycznego przyjmującego poród. P.o. Ordynatora OGP wyjaśnił, że: „Co do zasady nie ma możliwości obecności osób innych niż personel uczestniczący przy porodzie. Być może kobiety, które wskazały na obecność innych osób, miały np. na uwadze pielęgniarkę noworodkową, bądź lekarza neonatologa lub pediatrę, którzy są obecni w II okresie porodu, ale w nim nie uczestniczą bezpośrednio.”

(dowód: akta kontroli, str. 646 — 659, 875 — 879)

1.3.8.

Oględziny wykazały, że spośród metod niefarmakologicznego uśmierzania bólu rodzące mają możliwość skorzystania z imersji wodnej (prysznic) w łazience z dwiema kabinami prysznicowymi, do której wchodzi się z korytarza Traktu Porodowego. W boksach porodowych rodzące mogą skorzystać z piłki. W Trakcie Porodowym nie ma sprzętów ułatwiających rodzącej aktywność, takich jak drabinki, worek sako ani możliwości relaksacji w wodzie w wannie.

(dowód: akta kontroli, str. 484 — 488, 498)

Z wyjaśnień p.o. Ordynatora i Położnej Oddziałowej wynika, że: pacjentkom oferowane są następujące sposoby uśmierzania bólu: metoda aktywności rodzącej w czasie trwania porodu, masaż okolicy lędźwiowo-krzyżowej, muzykoterapia (relaks międzyskurczowy), masaż wodą (prysznic) oraz wdychanie podczas skurczy gazu znieczulającego „Entonox”; w czasie porodu pacjentki przeważnie poruszają się; są zachęcane do aktywności; nie korzystają z wanny, ponieważ nie ma jej na wyposażeniu sali porodowej; pacjentki mogą pić w trakcie porodu wodę

niegazowaną; wspieranie rodzącej polega na ciągłym kontakcie z nią poprzez rozmowę – wykorzystywane są zalecenia zawarte w rozporządzeniu ws. standardów opieki okołoporodowej – pkt V „Postępowanie w trakcie porodu”; w szpitalu nie jest dostępne znieczulenie dołędźwiowe przy porodzie drogami natury.

Położna oddziałowa wyjaśniła, że wśród rodzących fizjologicznie u około 80% stosowany jest gaz Entonox, a około 50% korzysta z masażu okolicy lędźwiowo krzyżowej (w przypadku bóli krzyżowych), prysznic, prawie wszystkie rodzące korzystają z aktywności fizycznej podczas porodu. Szczegółowych statystyk w tym zakresie Oddział nie prowadzi.

Metody łagodzenia bólu omawia położna na sali porodowej, zachęca kobietę do aktywności (spacery, kucanie, bocieni chód, aktywność fizyczna na piłce,) pomaga jej w przyjmowaniu odpowiednich pozycji, np. podtrzymuje podczas kucania.

Z prysznicu rodzące mogą korzystać bez ograniczeń, jeżeli ich stan położniczy na to pozwala.

(dowód: akta kontroli, str. 53 – 61)

Spośród 42 ankietowanych kobiet, które odbyły poród fizjologiczny, na pytanie, czy w celu ulżenia bólom w okresie skurczy porodowych zaproponowano im:

- wykonanie masażu – 6 kobiet (14,3%) odpowiedziało, że tak, a 34 (81%), że nie zaproponowano;
- wykonanie ćwiczeń oddechowych – 28 kobiet (66,7%) odpowiedziało, że tak, a 12 (28,6%), że nie zaproponowano;
- kąpiel pod prysznicem – 10 kobiet (23,8%) odpowiedziało, że tak, a 30 (71,4%) że nie;
- zmianę pozycji – 27 kobiet (64,3%) odpowiedziało, że tak, a 15 (35,7%), że nie;
- spacer – 23 (54,8%) kobiety odpowiedziały, że tak, a 28 (66,7%), że nie.

P.o. Ordynatora OGP wyjaśnił: „Nie rozumiem udzielonych w ankietach odpowiedzi, co do brania prysznicu w trakcie porodu. Wg stanu mojej wiedzy położne proponują wzięcie prysznicu i większość pacjentek korzysta z prysznicu, masaż bardzo często wykonuje rodzącej osoba towarzysząca, mogą zachodzić przypadki, że położne nie proponują masażu, nie jestem w stanie sprawdzić przebiegu każdego porodu. Z uwagi na wysoki wskaźnik kobiet, które stwierdziły, że nie miały propozycji masażu od położnej, na zebraniu położnych zwrócę uwagę na konieczność oferowania tego zabiegu i wprowadzimy pisemne adnotacje do historii choroby o zaproponowaniu i ewentualnym wykonaniu masażu.”

(dowód: akta kontroli, str. 646 – 652, 875 – 879)

1.3.9.

Personel OGP i Oddziału Noworodkowego, który uczestniczył w oględzinach ww. oddziałów lub był napotkany w trakcie oględzin, posiadał czytelne identyfikatory, zgodnie z wymogiem 36 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej. Z wyjaśnienia Położnej Oddziałowej wynika ponadto, że również w trakcie porodu personel nosi identyfikatory i przedstawia się pacjentce.

(dowód: akta kontroli, str. 56 – 61, 484 – 485, 516)

Ustalone
nieprawidłowości

W działalności kontrolowanej jednostki w przedstawionym wyżej zakresie stwierdzono następujące nieprawidłowości:

1. Oddział Noworodków posiadał 2 pompy infuzyjne dwutorowe i jedną pompę infuzyjną jednotorową, co było niezgodne z przepisami rozporządzenia z dnia 22 listopada 2013 r. (załącznik nr 3, część I, liczba porządkowa 26), które wymagały posiadania przynajmniej 6 strzykawek z jednym torem infuzyjnym albo 3 z dwoma torami infuzyjnymi.

P.o. Pielęgniarki Oddziałowej wyjaśniła, że posiadane pompy w zupełności zabezpieczają Oddział; nigdy nie było sytuacji, aby stan 3 pomp z 5 torami infuzyjnymi nie zaspokajał potrzeb ani nigdy nie było potrzeby stosowania równocześnie 3 pomp.

(dowód: akta kontroli, str. 516 — 517, 534 — 535, 645)

2. W OGP w obu salach przedporodowych dwuosobowych zapewniony był dostęp do łóżek z jednej krótszej i tylko z jednej dłuższej strony łóżka, co nie spełnia wymogu określonego § 18 rozporządzenia z dnia 26 czerwca 2012 r., który stanowi, że: „Łóżka w pokojach łóżkowych są dostępne z trzech stron, w tym z dwóch dłuższych.”

P.o. Ordynatora OGP wyjaśnił, że z względów technicznych – wielkość pokoiów, łóżka ustawiono przy ścianach, przez co otrzymano więcej miejsca w przestrzeni międzylóżkowej, co umożliwia swobodny wjazd łóżkiem lub wózkiem do transportu pacjentów; w razie potrzeby łóżko może być bez problemu od ściany odsunięte; pacjentki w sali przedporodowej z reguły nie wymagają konieczności dostępu z dwóch dłuższych stron łóżka.

(dowód: akta kontroli, str. 484 — 488, 875 — 879)

3. W Oddziale Noworodkowym:

- pokój dla noworodków obserwowanych nie posiada śluzy umywalkowo-fartuchowej, co jest wymagane przepisem określonym w załączniku nr 1 rozdział III ust. 2 rozporządzenia z dnia 26 czerwca 2012 r.;
- umywalki w śluzach umywalkowo-fartuchowych do pokoju wcześniaków i pokoju intensywnej opieki noworodka posiadają baterie uruchamiane dłonią, niezgodnie z wymogami § 22 rozporządzenia z dnia 26 czerwca 2012 r.

Powyższe odstępstwa od stanu wymaganego nie zostały uwzględnione w programie dostosowawczym.

Dyrektor ZOZ wyjaśnił, że: „ (...) nie zauważono na etapie pisania programu dostosowawczego odstępstw od wymogów na Oddziale Noworodkowym w postaci braku śluzy umywalkowo-fartuchowej w pokoju dla noworodków obserwowanych oraz braku baterii umywalkowych uruchamianych bez kontaktu z dłonią w śluzach do pokoju wcześniaków i pokoju intensywnej opieki noworodka. Za zaistniałą sytuację ponosi odpowiedzialność Zastępca Dyrektora ds. Administracyjno-Eksploatacyjnych (...). W najbliższym czasie wystąpimy do oddziału Polityki Społecznej ŁUW w Łodzi z aneksem do programu dostosowawczego. Aneks ten będzie zawierał uaktualnione terminy realizacji programu, uwzględniające zapisy ustawy z dnia 25 września 2015 r. o zmianie ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym, ustawy o działalności leczniczej oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. poz. 1887). Nowy termin realizacji programów dostosowawczych został określony na 31.12.2017 r. W tym aneksie uwzględnimy także odstępstwa od wymogów zauważonych na oddziale Noworodkowym. Do końca br. zamierzamy wyposażyć umywalki w baterie uruchamiane bez kontaktu z dłonią w śluzach do pokoju wcześniaków i do pokoju intensywnej opieki noworodka.”

(dowód: akta kontroli, str. 516 — 517, 664 — 666)

4. Oględziny wykazały, że organizacja zespołu porodowego nie zapewnia w pełni pacjentkom rodzącym prawa do poszanowania intymności i godności w czasie porodu, do czego prawo przyznaje im ustawa o prawach pacjenta w art. 20. Nad drzwiami, prowadzącymi z korytarza Traktu Porodowego do boksów porodowych i na salę operacyjną dla porodów rozwiązywanych cięciem cesarskim nie ma napisów zabraniających wejścia. Do każdego boksu i na salę operacyjną dla porodów rozwiązywanych cięciem cesarskim możliwe jest wejście personelu niezwiązanego z porodem. Z korytarza Traktu Porodowego, po otwarciu drzwi, częściowo widoczne były łóżka porodowe w dwóch boksach porodowych oraz stół operacyjny w sali cięć cesarskich.

(dowód: akta kontroli, str. 484 — 504)

1.4. Zorganizowanie udzielania świadczeń opieki zdrowotnej

W OGP w celu zapewnienia przestrzegania standardów opieki okołoporodowej p.o. Ordynatora OGP wprowadził pisemnie następujące rozwiązania organizacyjne:

- Od lutego 2015 r. rutynowe pobieranie posiewu z przedsionka nosa, w kierunku nosicielstwa MRSA, u wszystkich ciężarnych przyjmowanych do porodu.
- Od października 2014 r. obowiązek, w przypadku pacjentek nieposiadających planu porodu, wypełniania i analizowania planu porodu przez położną dyżurną w obrębie bloku porodowego; ustalono wzór planu porodu.

Z analizy 50 dokumentacji z porodów fizjologicznych wynika, że wprowadzenie ww. procedury spowodowało istotne zmniejszenie się liczby ciężarnych niemających w dokumentacji historii choroby planu porodu: w 2013 r. nie było planu porodu w 15 dokumentacjach (94%) na 16 zbadanych, w 2014 r. w 13 (65%) na 20 zbadanych, a w 2015 r. (do 30 września) w 3 (21%) na 14 zbadanych.

- Od października 2014 r. obowiązek dokonywania w historii choroby, bezpośrednio po urodzeniu, pisemnych adnotacji o oznaczeniu noworodka z użyciem pieczętki o treści „Noworodka zaopatrzone w znaki tożsamości, nr historii chorobydatagodzina.... w obecności....”.

We wszystkich badanych 50 dokumentacjach z porodów fizjologicznych udokumentowane było dokonanie oznakowania noworodka.

- Od października 2014 r. obowiązek wykonywania szybkich testów w kierunku nosicielstwa GBS u rodzących, które nie posiadają wyników GBS.

(dowód: akta kontroli, str. 56-61, 279-284, 286-388)

Ponadto p.o. Ordynatora OGP wyjaśnił, że w formie ustnych poleceń wprowadzona została, przed 2013 r., zasada niestosowania żadnych ograniczeń dla osób towarzyszących ciężarnej w trakcie porodu; niewykonywania lewatyw, a golenie krocza tylko na życzenie ciężarnej. Wskazał również przeprowadzony w latach 2011 – 2012 remont bloku porodowego jako działanie sprzyjające dochowaniu standardów opieki okołoporodowej.

(dowód: akta kontroli, str. 53 – 55, 160 – 166, 285)

P.o. Ordynatora OGP w sprawie przekazywania pacjentek do szpitali o wyższym poziomie referencyjności wyjaśnił, że w trakcie godzin pracy należy to do obowiązków ordynatora/zastępcy ordynatora, a w trakcie dyżuru medycznego do obowiązku lekarza dyżurnego; do historii choroby dokonywany jest wpis o przekazaniu pacjentki do szpitala o wyższej referencyjności, ewentualnie o odmowie przyjęcia; w dyżurce lekarskiej znajduje się wykaz telefonów do klinik; na terenie województwa łódzkiego brak jest koordynatora, z którym można uzgadniać przesłanie ciężarnej, z możliwością udokumentowania tego (np. nagranie, fax); z powodu braku koordynatora nie wprowadzono w Oddziale pisemnych procedur odnośnie przekazywania pacjentek; w okresie 2013-2015 (do 30 września) nie wystąpiły poważniejsze kłopoty z przekazywaniem ciężarnych do szpitali o wyższym stopniu referencyjności.

W zaistniałych przypadkach noworodków martwo urodzonych (1 przypadek w 2013 r., 3 w 2014 r. i 1 w 2015 r. (do 30 września) nie podjęto decyzji o przesłaniu ciężarnych do szpitali o wyższym stopniu referencyjności, ponieważ nastąpiły zgony wewnątrzmaciczne płodów przed przyjęciem ciężarnych do OGP.

(dowód: akta kontroli, str. 160 – 166)

ZOZ zatrudnia psychologa, do którego zadań należy m.in. rozwiązywanie problemów psychologicznych i udzielanie porad pacjentom. Na OGP psycholog prowadziła konsultacje dla potrzeb lekarzy prowadzących pacjentki lub na życzenie samych pacjentek; pomocą psychologiczną objęte były pacjentki w związku ze zbliżającym się porodem oraz pacjentki po porodzie; w okresie 2013 -2015 (do 30

września) przeprowadziła na Oddziale 25 konsultacji z uwagi na manifestowane przez pacjentki objawy symptomatyczne dla zaburzeń adaptacyjnych, zaburzeń lękowych, zaburzeń nastroju i ostrej reakcji na stres.

(dowód: akta kontroli, str. 94 – 108, 113 – 150, 271 – 275)

Dyrektor nie ustalił wysokości opłat rekompensujących koszty dodatkowej opieki pielęgnacyjnej, do czego zobowiązywał go art. 35 ust. 2 ustawy o prawach pacjenta. Dyrektor wyjaśnił, że: stosownie do art. 34 ww. ustawy osoby hospitalizowane mają możliwość korzystania z dodatkowej opieki pielęgnacyjnej; opiekę tę, polegającą na wykonywaniu usług niebędących świadczeniami zdrowotnymi, wykonywać może każda osoba wskazana przez pacjenta; zarządzeniem Dyrektora, wydanym w przedmiocie realizacji omawianego prawa pacjenta, ustalono jedynie kwotę, jaką pacjent – w przypadku całonocnej dodatkowej opieki pielęgnacyjnej – powinien uiścić tytułem zwrotu kosztów zapewnienia wskazanej przez niego osobie świadczeń typu hotelowego; koszty te skalkulowano na kwotę 20 zł; kwestia odpłatności za świadczenie na rzecz pacjenta dodatkowej opieki pielęgnacyjnej leży poza sferą interesu prawnego Szpitala, bowiem reguluje ją, o ile nie wynika ona ze stosunków rodzinnych lub osobistych, umowa cywilnoprawna pomiędzy pacjentem a osobą zapewniającą dodatkową pielęgnację; z tych względów nie ustalono w ZOZ wysokości opłat na dodatkowe usługi pielęgnacyjne.

(dowód: akta kontroli, str. 75 – 76, 110 – 112)

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

Najwyższa Izba Kontroli uważa, że dobrą praktyką w ZOZ było zapewnienie pacjentkom możliwości korzystania z pomocy psychologa.

(dowód: akta kontroli, str. 271 – 275)

1.5. Sytuacja finansowa szpitala oraz oddziału położniczego

W 2013 r. przychody ZOZ wyniosły 40.553.593,10 zł, z tego: przychody netto ze sprzedaży i zrównane z nimi - 40.129.343,46 zł, pozostałe przychody operacyjne – 411.589,08 zł, przychody finansowe – 12.660,56 zł; poniesiono koszty w kwocie 38.722.296,22 zł, z tego: koszty działalności operacyjnej – 37.224.696,02 zł, pozostałe koszty operacyjne – 799.778,55 zł, koszty finansowe – 697.821,65 zł; zysk brutto wyniósł 1.831.296,88 zł, a zysk netto – 1.753.728,88 zł.

W 2014 r. przychody ZOZ wyniosły 41.743.504,58 zł, z tego: przychody netto ze sprzedaży i zrównane z nimi – 41.080.310,40 zł, pozostałe przychody operacyjne – 631.693,69 zł, przychody finansowe – 31.500,49 zł; poniesiono koszty w kwocie 39.482.713,99 zł, z tego: koszty działalności operacyjnej – 39.038.559,84 zł, pozostałe koszty operacyjne – 160.814,53 zł, koszty finansowe – 283.339,62 zł; zysk brutto wyniósł 2.260.790,59 zł, a zysk netto – 2.255.500,59 zł.

W 2015 r. (do 30 września) przychody ZOZ wyniosły 29.808.162,06 zł, z tego: przychody netto ze sprzedaży i zrównane z nimi – 29.554.084,80 zł, pozostałe przychody operacyjne – 230.378,67 zł, przychody finansowe – 23.698,59 zł; poniesiono koszty w kwocie 30.892.715,01 zł, z tego: koszty działalności operacyjnej – 30.658.908,74 zł, pozostałe koszty operacyjne – 42.470,37 zł, koszty finansowe – 191.335,90 zł; strata brutto wyniosła 1.084.552,95 zł, a strata netto – 1.084.552,95 zł.

Główny Księgowy oświadczył, że strata występująca za 9 miesięcy 2015 r. powinna ulec zmniejszeniu, a nawet zamienić się na zysk, po zakończeniu roku i całkowitym rozliczeniu z NFZ.

Zobowiązania wymagalne ZOZ wynosiły: 5.701.930 zł na początek 2013 r., 142.101 zł na koniec 2013 r., 11.730 zł na koniec 2014 r. i 47.802 zł na 30 września 2015 r.

(dowód: akta kontroli, str. 70 – 74)

Ustalone
nieprawidłowości

Uwagi dotyczące
badanej działalności

Opis stanu
faktycznego

W zakresie „położnictwo i ginekologia — hospitalizacja, N01, N20” NFZ zakontraktował świadczenia o kodzie 03.4450.240.02-01, o wartości:

- 921.908 zł (17.729 jednostek rozliczeniowych) w 2013r.,
- 944.580 zł (18.165 jednostek rozliczeniowych) w 2014 r.,
- 713.440 zł (13.720 jednostek rozliczeniowych) w 2015 r.

Główny Księgowy oświadczył, że: kontrakty na tzw. porody są Nielimitowane, tzn. każdy poród jest sfinansowany przez NFZ po przedstawieniu odpowiedniej dokumentacji; ZOZ nie monitoruje kosztów poszczególnych świadczeń, lecz określa zyskowność całego oddziału; monitorowanie kosztów na poziomie poszczególnych świadczeń — porodów nie ma sensu ze względu na monopolistyczną pozycję NFZ, gdyż nie ma to żadnego wpływu zarówno na cennik punktowy, jak i cenę jednostkową.

W kalkulacji sporządzonej przez Głównego Księgowego dla celów niniejszej kontroli ustalono koszt procedury „cięcie cesarskie” na kwotę 2.977 zł oraz koszt procedury „poród fizjologiczny” na kwotę 2.451,46 zł w 2013 r., a także w 2014 r. i 2015 r.

(dowód: akta kontroli, str. 880 — 893)

Ustalone
nieprawidłowości

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

1.6. Pobieranie opłat od ubezpieczonych pacjentek

Opis stanu
faktycznego

W okresie 2013-2015 (do 30 września) ZOZ nie pobierał od ubezpieczonych pacjentek dodatkowych opłat, w związku z porodem, za świadczenia gwarantowane objęte kontraktem zawartym z NFZ ani dopłat za wyższy standard świadczenia zdrowotnego.

(dowód: akta kontroli, str. 167 — 175, 94 — 108, 109, 160 — 163)

Ustalone
nieprawidłowości

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

Uwagi dotyczące
badanej działalności

NIK zwraca uwagę, że w zarządzeniu nr 23/2012/QZ Dyrektora z dnia 30 marca 2012 r., wprowadzającym cennik za świadczenie usług zdrowotnych, oraz w kolejnych zarządzeniach zmieniających cennik, jako podstawa prawna wskazany został niewłaściwie art. 46 ustawy o działalności leczniczej, który zawiera postanowienia o odpowiedzialności kierownika podmiotu leczniczego niebędącego przedsiębiorcą, wymaganiach formalnych, jakie powinien spełniać kierownik podmiotu leczniczego oraz o formach nawiązania z nim stosunku pracy. Zdaniem NIK jako podstawa wydania ww. zarządzeń powinien być wskazany art. 45 tej ustawy, który stanowi m.in., że wysokość opłat za świadczenia zdrowotne udzielone osobom innym niż wymienione w art. 44 ustala kierownik.

(dowód: akta kontroli, str. 151 — 152)

Ocena częściowa

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie mimo stwierdzonych nieprawidłowości działalność kontrolowanej jednostki w zbadanym zakresie.

2. Przestrzeganie standardów opieki okołoporodowej i praw pacjenta

2.1. Skargi, interwencje medyczne, dokumentowanie realizacji poszczególnych etapów postępowania określonych w rozporządzeniu w sprawie standardów opieki okołoporodowej, dokarmianie noworodków.

Opis stanu
faktycznego

2.1.1

Do ZOZ wpłynęły dwie skargi oraz złożony został jeden pozew do sądu, dotyczące opieki okołoporodowej:

- Pełnomocnik pacjentki wypisanej ze szpitala 8.09.2014 r., u której w dniu 10.09.2014 r. stwierdzono zakażenie rany pooperacyjnej po cięciu cesarskim gronkowcem złocistym MRSA, pismem z 12 listopada 2014 r. zgłosił wobec ZOZ roszczenie o wypłatę zadośćuczynienia, odszkodowania z tytułu kosztów poniesionych w związku z leczeniem oraz przyznanie renty miesięcznej. ZOZ nie uznał zgłoszonych żądań. Pismem z 30.01.2015 r. pełnomocnik powódki złożył do sądu pozew o zadośćuczynienie, odszkodowanie i przyznanie renty. ZOZ nie uznał powództwa i wniósł o jego oddalenie w całości, stwierdzając m.in., że: w przebiegu pooperacyjnym nie wystąpiły żadne powikłania i powódka w stanie ogólnym dobrym została wypisana do domu; w okresie pobytu powódki w OGP nie stwierdzono u żadnej z pacjentek, hospitalizowanych w tym samym czasie co powódka, obecności gronkowca złocistego MRSA; do końca 2014 r. w badaniach mikrobiologicznych materiału pobranego w OGP nie stwierdzono obecności ww. bakterii. Zdaniem ZOZ, z uwagi na bardzo krótki okres inkubacji tej bakterii (2 do 6 godzin) występuje znaczne prawdopodobieństwo nadkażenia rany pooperacyjnej opisaną bakterią we własnym środowisku pacjentki. Biegły specjalista w zakresie chorób zakaźnych i epidemiologii, powołany przez Sąd, w opinii z dnia 27.08.2015 r. uznał m.in., że: „U powódki należy z przeważającym prawdopodobieństwem graniczącym z pewnością rozpoznać zakażenie szpitalne (...)”. Pismem procesowym z 22.09.2015 r. ZOZ podtrzymał swoje stanowisko, m.in. zakwestionował opinię biegłego, zwracając uwagę, że opinia ta w żadnym fragmencie nie porusza zagadnienia krótkiego okresu inkubacji bakterii, i wniósł o dopuszczenie opinii innego biegłego. Do czasu niniejszej kontroli postępowanie sądowe nie zostało zakończone.
- W dniu 26.08.2015 r. do Dyrektora ZOZ wpłynęła skarga pacjentki na stosunek do niej jednego z lekarzy OGP w trakcie przyjęcia na Oddział w związku z porodem. Pacjentka zgłosiła się w sobotę 4.07.2015 r. ze skierowaniem od lekarza prowadzącej. Lekarz w Oddziale w odczuciu pacjentki był niezadowolony i nieprzyjemny, zbadał pacjentkę i zrobił badanie KTG. Stwierdził, że jej pozostanie w szpitalu nie ma sensu i polecił przyjechać w poniedziałek. Pacjentka została na Oddział przyjęta w poniedziałek, a w dniu następnym został wykonany zabieg cięcia cesarskiego. Pacjentka w skardze przedstawiła również wyrazy uznania kierowane do pozostałych lekarzy i położnych OGP. Nie wносиła żadnych zastrzeżeń do jakości przeprowadzonego zabiegu. Dyrektor ZOZ poinformował pacjentkę o przeprowadzonym postępowaniu wyjaśniającym, w wyniku którego uznał, że lekarz po przeprowadzonym badaniu nie znalazł wskazań do natychmiastowej interwencji i wyznaczył termin planowanego rozwiązania, nie znalazł medycznej potrzeby zatrzymania pacjentki w szpitalu na dwa dni przed rozwiązaniem ciąży. Dyrektor nie znalazł podstaw do przyjęcia złej woli lekarza względem skarżącej jako pacjentki innego lekarza. Uwzględniając negatywne odczucia pacjentki odniesione w trakcie zdarzenia, Dyrektor przeprowadził rozmowę z lekarzem zwracając uwagę na potrzebę szczególnie przyjaznego zachowania w kontaktach ze wszystkimi pacjentkami zgłaszającymi się do porodu.
- W dniu 22.01.2015 r. wpłynęła skarga na lekarzkę i położną z powodu ich obraźliwego zachowania i niewybrednych komentarzy pod adresem pacjentki w trakcie porodu fizjologicznego. Po przeprowadzeniu przez p.o. ordynatora OGP rozmowy wyjaśniającej z personelem odbierającym poród, skarga została uznana za zasadną, a pacjentkę przeproszono za zaistniałą sytuację.

(dowód: akta kontroli, str. 667 — 668)

2.1.2

Wprowadzenie standardów opieki okołoporodowej nie ograniczyło liczby porodów rozwiązanych w drodze cięcia cesarskiego. Ich odsetek w relacji do wszystkich

porodów był bardzo wysoki, np. w 2013 r. o 5,9 punktu procentowego wyższy niż wskaźnik w Polsce, który wynosił 39,9%¹⁴). Porody rozwiązane cięciem cesarskim stanowiły w 2010 r. 36,9%, a w następnych latach 35,6%, 39,5%, 45,8%, 47,1% i 47,5% (do 30 września 2015 r.) ogółu porodów, przy wskaźniku 10% - 15% zalecanym przez Światową Organizację Zdrowia (WHO)¹⁵. Na 50 porodów fizjologicznych objętych analizą, w każdym przypadku dochodziło do interwencji medycznej. W celu wywołania porodu podano 47 pacjentkom oxytocynę; 34 pacjentkom nacięto krocze (wśród pozostałych 16 porodów w 5 przypadkach doszło do pęknięcia krocza), u 18 pacjentek przebito pęcherz płodowy. Standardy postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej nakazują ograniczanie do niezbędnego minimum interwencji medycznych, w szczególności amniotomii, stymulacji czynności skurczowej, podawania opioidów, nacięcia krocza, cięcia cesarskiego.

(dowód: akta kontroli, str. 3, 286 – 390)

W sprawie przyczyn stosunkowo wysokiego odsetka interwencji medycznych dotyczących porodu p.o. Ordynatora OGP wyjaśnił, że:

- W Oddziale prowadzona jest analiza zdarzeń medycznych w trakcie codziennych porannych odpraw lekarskich, w których uczestniczy również Położna Oddziałowa.
- Amniotomie, co do zasady, wykonywane są u rodzących w II okresie porodu, jeżeli rodząca przy obciążeniach medycznych wymaga tego zabiegu w celu indukowania akcji porodowej. Każdorazowo są dokumentowane wskazania położnicze do jej wykonania w historii choroby; wymagana jest ustna akceptacja rodzącej, która pytana jest o zgodę na przebicie pęcherza płodowego; decyzję o jego przebicciu zawsze podejmuje lekarz.
- Stymulacja czynności skurczowej macicy wlewem oxytocyny każdorazowo dokumentowana jest w historii choroby (partogram, karta zleceń, obserwacje lekarskie). Wskazania medyczne do stymulacji są odnotowane w historii przez lekarza nadzorującego poród.
- Na sali porodowej nie są podawane rodzącym opioidy.
- Zasadą jest niewykonywanie rutynowych nacięć krocza, Decyzję o nacięciu podejmuje położna prowadząca poród i lekarz nadzorujący poród. Opinie o zaletach i wadach ww. zabiegu są różne w piśmiennictwie. Większość autorów jest zgodna, że w przypadku zwiększonego ryzyka uszkodzeń okołoporodowych krocza i pochwy (pęknięcia krocza III stopnia, uszkodzenie zwieracza odbytu, dysfunkcji przepony moczowo-płciowej) i zwiększonego ryzyka uszkodzeń okołoporodowych u noworodka (szczególnie uszkodzenia obojczyków, porażenia splotu ramienia) nacięcie krocza jest wskazane. Położna Oddziałowa wyjaśniła ponadto, że krocze jest nacinane m.in. przy braku współpracy ze strony rodzącej (zdaniem Położnej Oddziałowej lepsza współpraca z rodzącą możliwa jest przy znieczuleniu dołędźwiowym, czego w ZOZ nie stosuje się); decyzję o nacięciu podejmuje położna i ona nacina krocze, lekarz natomiast szyje krocze; jeżeli kobieta zgłasza prośbę o nienacinanie krocza, to stosowany jest wówczas masaż krocza oraz powolne wytaczanie główki noworodka; odsetek nacięć krocza Położna Oddziałowa oszacowała na około 80% u pierworódek i 40 – 50% u wieloródek.
- Zwiększony odsetek cięć cesarskich spowodowany jest względami medycznymi: podwyższeniem wieku rodzących, poszerzeniem wskazań pozapołożniczych u ciężarnych (wskazania ortopedyczne, neurochirurgiczne, neurologiczne,

¹⁴ Dane z raportu „Umieralność okołoporodowa wczesna płodów i noworodków Polska-2013 oraz 1999–2013”, opublikowanego przez Instytut Matki i Dziecka (Warszawa 2014).

¹⁵ http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/161442/1/WHO_RHR_15.02_eng.pdf?ua=1.

okulistyczne, psychiatryczne). Względy niemedyczne to z pewnością „atmosfera medialna” kwestie roszczeniowe pacjentek, które wpływają na tryb podejmowania decyzji przez lekarza nadzorującego poród.

- W Oddziale Położniczym w okresie 2013 – 2015 (do 30 września) nie było zgonów pacjentek i zgonów okołoporodowych noworodków.
- Celem zmniejszenia zdarzeń niepożądanych: wprowadzono do lekospisu kerbetocyny (rekomenacja PTG) w celu zmniejszenia ryzyka krwotoku położniczego w trakcie cięcia cesarskiego; wykonywane są posiewy w kierunku MRSA u ciężarnych przyjmowanych do porodu; wpisuje się informację o oznaczeniu noworodka w historii choroby (pieczętka); wprowadzono wykonywanie szybkich testów w kierunku GBS; zmieniono sposób podawania oxytocyny u rodzących, na podawanie oxytocyny w pompie infuzyjnej; wprowadzono algorytm postępowania w krwotoku poporodowym; ustalono procedurę sposobu zakładania szwu B-Lyncha; wprowadzono schemat podawania rekombinowanego czynnika VII.

Położna Oddziałowa wyjaśniła, że mleko modyfikowane podawane jest noworodkom na Oddziale Noworodkowym w przypadku: braku laktacji, odmowy karmienia, wskazań medycznych, np. położnica przyjmuje leki, które są przeciwwskazaniem do karmienia piersią.

(dowód: akta kontroli, str. 53 – 61, 546 – 555)

2.1.3.

Analiza 50 dokumentacji z porodów fizjologicznych wykazała, że w 19 przypadkach brak było planu porodu wymaganego rozporządzeniem ws. standardów opieki okołoporodowej, rozdz. IV ust. 3. W kolejnych latach zwiększał się udział dokumentacji zawierających plan porodu, co szczegółowo przedstawiono w punkcie 1.4 niniejszego wystąpienia.

W zakresie postępowania w I etapie porodu (rozdział VIII rozporządzenia ws. standardów opieki okołoporodowej) powyższa analiza wykazała, że:

- We wszystkich dokumentacjach udokumentowano wykonanie czynności w I etapie porodu, wymaganych przepisami rozdziału VIII ust. 2 pkt 2 lit. a, lit. b, lit. c, lit. d, lit. f, lit. g, lit. h, lit. i, lit. p. Założenie wkłucia do żyły obwodowej, stosowane, zgodnie z ust. 2 pkt 2 lit. n, tylko w sytuacji tego wymagającej, udokumentowano w 49 przypadkach.
- Nie udokumentowano we wszystkich 50 przypadkach wykonania czynności wymaganych przez ww. rozporządzenie w rozdziale VIII ust. 2 pkt 2 lit. k, lit. m, lit. o, w jednym przypadku czynności o której mowa w rozdz. VIII ust. 2 pkt 2 lit. e oraz w 3 przypadkach czynności o której mowa w rozdz. VIII ust. 2 pkt 2 lit. i, co szczegółowo przedstawiono w dalszej części punktu 2.1. niniejszego wystąpienia pokontrolnego.

(dowód: akta kontroli, str. 286 – 390)

W zakresie postępowania w II etapie porodu (rozdział IX rozporządzenia ws. standardów opieki okołoporodowej) powyższa analiza wykazała, że:

- We wszystkich 50 przypadkach udokumentowano wykonanie czynności, wymaganych przepisami rozdziału IX ust. 4 pkt 1, pkt 2, pkt 3, pkt 7. Określony w rozdziale IX ust. 4 pkt 7 standard dotyczący ochrony krocza stanowi, że nacięcie krocza należy stosować tylko w medycznie uzasadnionych przypadkach. Spośród 42 kobiet po porodach fizjologicznych, które odpowiedziały na pytania ankiety, 29 (69%) stwierdziło, że osoba prowadząca poród nie pytała o pisemną zgodę na nacięcie krocza, a 10 kobiet (23,8%), że były o to pytane; 28 (66,7%) ankietowanym nacięto krocze, ale tylko 11 było pytanych o zgodę na ten zabieg. P.o. Ordynatora OGP w złożonym wyjaśnieniu zaprzeczył stwierdzeniom niektórych ankietowanych kobiet, że przed nacięciem krocza nie były pytane o zgodę na ten zabieg; stwierdził: „Nie mamy procedury

pobierania pisemnej zgody na nacięcie krocza. Pacjentki są informowane ustnie w trakcie porodu, że istnieje konieczność nacięcia krocza ze względów medycznych. W takiej sytuacji uzyskujemy ustną zgodę pacjentki, był w 2014 r. jeden przypadek, że pacjentka w planie porodu nie akceptowała nacięcia, ale w trakcie porodu wyraziła ustną zgodę.”.

- Nie udokumentowano we wszystkich 50 przypadkach wykonania czynności wymaganych przez ww. rozporządzenie w rozdziale IX ust. 4: pkt 4, pkt 5, pkt 6, pkt 8, pkt 9, co szczegółowo przedstawiono w dalszej części punktu 2.1. niniejszego wystąpienia pokontrolnego.

(dowód: akta kontroli, str. 286 – 390, 875 – 879)

W zakresie postępowania w III etapie porodu (rozdział X rozporządzenia ws. standardów opieki okołoporodowej) powyższa analiza wykazała, że:

- We wszystkich 50 przypadkach udokumentowano wykonanie czynności, wymaganych przepisami rozdziału X ust. 3 pkt 1, pkt 2, pkt 5, pkt 7, pkt 8, pkt 12 i pkt 13.

Standard określony w rozdziale X ust. 3 pkt 5 stanowi, że osoba sprawująca opiekę jest obowiązana do podjęcia, realizacji i udokumentowania oceny stanu noworodka. Spośród 54 kobiet po porodach fizjologicznych i w drodze cięcia cesarskiego, które odpowiedziały na pytania ankiety, 45 (83,3%), w tym 37 po porodach fizjologicznych, potwierdziło, że prowadzący poród powiedział im, jaki jest stan noworodka. Trzydzieści dwie kobiety (71,4%), w tym 30 po porodach fizjologicznych, stwierdziły, że stanu noworodka nie oceniono w ich obecności.

P.o. Ordynatora OGP wyjaśnił, że: „W sali porodowej jest wydzielony kącik noworodkowy, w trakcie oceny noworodka przez lekarza pediatrę rodzącą nie ma z dzieckiem kontaktu wzrokowego, ale kontakt taki może mieć osoba towarzysząca. Ocena noworodka w skali Apgar jest wykonywana przez neonatologa lub pediatrę w pierwszych minutach po porodzie bezpośrednio przy matce. Uważam, że kobiety, które wskazały w ankietach, że stan noworodka nie był oceniany w jej obecności, miały na myśli dokonywanie oceny w kąciku noworodka, nie uwzględniały oceny Apgar w pierwszych minutach.”.

Z wyjaśnienia Położnej Oddziałowej wynika ponadto, że: lekarz ocenia noworodka na brzuchu matki w skali Apgar w 1 i 3 minucie, a następnie w kąciku noworodka w inkubatorze otwartym; bezpośrednio po porodzie lekarz bada noworodka pod kątem wad rozwojowych zewnętrznych, a pod kątem wad wewnętrznych w trakcie pobytu, jeżeli możliwość ich wystąpienia wynika ze stanu klinicznego lub wywiadu.

- Nie udokumentowano we wszystkich 50 przypadkach wykonania czynności wymaganych przez ww. rozporządzenie w rozdziale X ust. 3 pkt 3 i pkt 6. W niektórych dokumentacjach nie udokumentowano wykonania czynności określonych w rozdziale X ust. 3: pkt 4, pkt 9, pkt 10 i pkt 11, co szczegółowo przedstawiono w dalszej części punktu 2.1. niniejszego wystąpienia pokontrolnego.

(dowód: akta kontroli, str. 56 – 61, 286 – 390, 646 – 659, 875 – 879)

Rozdział X ust. 3 pkt 6 rozporządzenia ws. standardów opieki okołoporodowej, stanowi, że osoba sprawująca opiekę jest obowiązana do podjęcia, realizacji i udokumentowania obserwacji przebiegu kontaktu matki i dziecka „skóra do skóry” i pomocy w przystawieniu noworodka do piersi, jeśli stan ogólny noworodka i matki na to pozwalają, a zgodnie z rozdziałem XII ust. 1 nieprzerwany kontakt z matką „skóra do skóry”, który będzie trwał co najmniej dwie godziny po porodzie, należy umożliwić dziecku bezpośrednio po urodzeniu. Spośród 42 kobiet po porodzie fizjologicznym, które odpowiedziały na pytania ankiety, 24 (57,1%) stwierdziły, że po urodzeniu położono noworodka przy niej tak, że miała z dzieckiem nieprzerwany kontakt „skóra do skóry”; kontakt ten

trwał w 2 przypadkach co najmniej 2 godziny, w 2 przypadkach od 1 do 2 godzin, w 3 przypadkach od 30 min do godziny i w 17 przypadkach krócej niż 30 minut; 16 kobiet (38,1%) stwierdziło, że nie miały z noworodkiem takiego kontaktu.

Spośród 12 kobiet po porodzie w drodze cięcia cesarskiego, które odpowiedziały na pytania ankiety, 1 stwierdziła, że po urodzeniu położono noworodka przy niej tak, że miała z dzieckiem nieprzerwany kontakt „skóra do skóry” przez co najmniej 2 godziny, a 3, że kontakt ten trwał krócej niż 30 minut.

Na zaistnienie kłopotu z pierwszym karmieniem dziecka piersią wskazało 16 (38,1%) kobiet po porodzie fizjologicznym i 5 (41,7%) kobiet po porodzie w drodze cięcia cesarskiego. Osoba z personelu szpitala pokazała, jak przystawiać dziecko do piersi, 31 (73,8%) kobietom po porodzie fizjologicznym i 10 (83,3%) kobietom po porodzie w drodze cięcia cesarskiego.

W sprawie realizacji obowiązku udzielania pomocy w przystawieniu noworodka do piersi, Położna Oddziałowa wyjaśniła, że: „Pierwsze karmienie odbywa się jeszcze na sali porodowej, po opatrzeniu kanału rodniego i szyciu krocza przez lekarza położnika. Jeśli położna jest już po zaopatrzeniu krocza, udzielamy instruktażu w zakresie prawidłowego przystawiania do piersi i pomocy w karmieniu oraz przekazujemy informacje na temat zasad postępowania w laktacji w pierwszej dobie pogoju. Noworodek jest cały czas przy piersi do momentu przewiezienia na oddział położniczy, czyli przez 2 godziny podczas obserwacji na sali porodowej.

Jeżeli konieczne jest szycie krocza matki, wówczas dziecko nie leży na jej piersiach. W tym czasie dokonywana jest, obok matki, ocena i badanie stanu noworodka przez lekarza oraz zabiegi profilaktyczne. Po tym dziecko jest dostawiane do piersi matki. Jest to zwyczajowy sposób postępowania, nieuregulowany żadnym zarządzeniem.”

(dowód: akta kontroli, str. 56 – 61, 653 – 659)

W zakresie postępowania w IV etapie porodu (rozdział XI rozporządzenia ws. standardów opieki okołoporodowej) powyższa analiza wykazała, że we wszystkich 50 przypadkach udokumentowano wykonanie czynności, wymaganych przepisami rozdziału XI ust. 2 pkt 1, pkt 2, pkt 3 i pkt 5. Zaopatrzenie chirurgiczne ran w obrębie kanału rodniego i krocza (ust. 2 pkt 4) nie zostało odnotowane tylko w 8 przypadkach – z zapisów w dokumentacji wynikało, że zaopatrzenie takie nie było wymagane (nie nacinano krocza ani nie nastąpiło jego pęknięcie).

(dowód: akta kontroli, str. 286 – 390)

We wszystkich 50 badanych dokumentacjach porodów w drodze cięcia cesarskiego znajdowały się wskazania medyczne do jego przeprowadzenia. W 5 przypadkach odnotowano, przy równoczesnym podaniu stanu po poprzednim cięciu cesarskim jako wskazania do wykonania cięcia cesarskiego, że pacjentka odmówiła podjęcia próby porodu drogami natury. W 28 przypadkach były to zabiegi planowane i w 22 nieplanowane; 20 dokumentacji zabiegów nieplanowanych zawierało kartę obserwacji porodu (rozdział IV ust. 2 pkt 2 lit. p rozporządzenia ws. standardów opieki okołoporodowej).

W ankietach wypełnionych przez 12 kobiet, które rodziły w drodze cięcia cesarskiego, 4 stwierdziły, że poród poprzez cięcie cesarskie odbył się na ich życzenie. P.o. Ordynatora OGP wyjaśnił: „Nie wykonujemy cięć cesarskich na życzenie pacjentki, natomiast w przypadku pacjentek po cięciach cesarskich, szczególnie po cięciu cesarskim przy pierwszym porodzie, jeśli pacjentka nie wyraża zgody na próbę porodu drogami natury, podpisuje pisemny brak zgody na próbę porodu drogami natury i wtedy wykonujemy cięcie cesarskie. Poród drogami natury u takich pacjentek może stwarzać zagrożenie (np. rozejście blizny macicy po poprzednim cięciu). Postępujemy zgodnie z kryteriami Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego o porodach drogami natury po cięciu cesarskim.”.

Żadna z 20 dokumentacji z 2013 r. nie zawierała planu porodu, wymaganego ww. rozporządzeniem ws. standardów opieki okołoporodowej, rozdz. IV ust. 3, w 2014 r. plan porodu zawierało 5 dokumentacji z 19 badanych i w 2015 roku 8 dokumentacji z 11 badanych.

We wszystkich 50 przypadkach udokumentowano wykonanie czynności wymaganych przepisami rozdziału VIII ust. 2 pkt 2 lit. a, lit. b, lit. c, lit. d, lit. e, lit. f, lit. g, lit. h, lit. i, lit. n. Przypadki nieudokumentowania czynności wymaganych przepisami rozdziału VIII ww. rozporządzenia przedstawiono w dalszej części punktu 2.1. niniejszego wystąpienia.

(dowód: akta kontroli, str. 653 – 645, 670 – 722, 875 – 879)

2.1.4.

Z art. 17 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. wynika, że pacjent ma prawo do wyrażenia zgody na przeprowadzenie badania lub udzielenie innych świadczeń zdrowotnych przez lekarza, oraz że zgoda może być wyrażona ustnie albo poprzez takie zachowanie, które w sposób niebudzący wątpliwości wskazuje na wolę poddania się proponowanym przez lekarza czynnościom albo brak takiej woli. Art. 18 ust. 1 stanowi, że w przypadku zabiegu operacyjnego albo zastosowania metody leczenia lub diagnostyki stwarzających podwyższone ryzyko dla pacjenta, zgodę wyraża się w formie pisemnej. Przed wyrażeniem zgody w sposób określony w art. 18 ust. 1 pacjent ma prawo do uzyskania informacji, o której mowa w art. 9 ust. 2 (przystępnej informacji o stanie zdrowia pacjenta, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych i leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu).

Analiza 50 dokumentacji z porodów fizjologicznych i 50 w drodze cięcia cesarskiego wykazała, że we wszystkich przypadkach pacjentki podpisywały „Formularz świadomej zgody pacjentki na przeprowadzenie leczenia operacyjnego”. Była to zgoda ogólna, na wykonywanie zabiegów operacyjnych albo zastosowanie metody leczenia lub diagnostyki stwarzających podwyższone ryzyko dla pacjentki. Pacjentki, które rodziły w drodze cięcia cesarskiego, podpisywały ponadto „Informację dla pacjentki oraz formularz świadomej zgody na operacyjne rozwiązanie ciąży metodą cięcia cesarskiego”; w treści tego dokumentu zawarta jest m.in. informacja, że przebycie cięcia cesarskiego nie uniemożliwia porodu drogami natury w następnej ciąży, ale może stanowić wskazanie do kolejnego cięcia cesarskiego, informacja o powikłaniach, jakie mogą wystąpić u pacjentki, oraz o możliwości powstania urazów u noworodka podczas otwierania macicy lub wydobywania płodu. Ww. formularz nie zawiera informacji o dalekosiężnych skutkach cięcia cesarskiego dla zdrowia dzieci, na co zwracają uwagę naukowcy, np. zdaniem Mikaela Normana z Karolinska Institutet, zabieg ten może zmienić strukturę DNA dziecka, skutkiem czego dzieci częściej zapadają na choroby immunologiczne, takie jak cukrzyca, rak, astma, alergie; czynnik, który powoduje zmiany w kodzie genetycznym, to poziom stresu przy narodzinach; przy porodzie fizjologicznym stres nasila się stopniowo, zaś przy cięciu cesarskim występuje u noworodka olbrzymi szok, który prawdopodobnie „przeprogramuje” DNA¹⁶.

P.o. Ordynatora OGP wyjaśnił, że przy przyjęciu pacjentek do szpitala w związku z porodem wymagana jest pisemna zgoda na leczenie i ewentualnie na leczenie operacyjne; zgoda pisemna wymagana jest również przed zabiegiem operacyjnym (cięciem cesarskim) oraz przed zabiegami położniczymi (ręczne wydobywanie łożyska); zgoda ustna wymagana jest na wykonanie czynności położniczych, włączenie kroplówki naskurczowej, przebicie pęcherza płodowego.

¹⁶ „Cięcie cesarskie i krwiotwórczych komórek macierzystych epigenetyka noworodka – konsekwencje dla przyszłego zdrowia”, opublikowane w American Journal of Obstetrics and Technology z 01.07.2014 r., <http://ki.se/en/news/cesarean-section-may-cause-epigenetic-changes>

(dowód: akta kontroli, str. 53 — 55, 62 — 67, 894 — 895)

2.1.5.

Z dokumentacji medycznej 50 noworodków urodzonych fizjologicznie wynika, że mleko modyfikowane podawane było 11 noworodkom. Spośród 42 kobiet po porodach fizjologicznych, które udzieliły odpowiedzi na pytania ankiety, 13 (31%) stwierdziło, że podawano dziecku mleko modyfikowane, ale tylko 4 kobiety przestały karmić dziecko piersią przed wyjściem ze szpitala.

(dowód: akta kontroli, str. 389 — 390, 646 — 650)

W okresie 9 miesięcy 2015 r. Oddział Noworodkowy pobrał 1099 butelek „bebiko 1 płyn 90 ml” w cenie 0,21 zł/szt., 1152 butelki „Enfamil 1 Premium mleko 59 ml” w cenie 0,16 zł/szt., 128 butelek „NAN PRO 1 mleko początkowe od urodzenia 90 ml” w cenie 3,64 zł/szt., 48 butelek „Babilon Nenatal Premium z Pronutra 70 ml” w cenie 2,94 zł/szt. Średnie zużycie mleka przez 1 noworodka (419 urodzeń w ww. okresie) wyniosło 5,8 butelki.

(dowód: akta kontroli, str. 669, 896 — 909)

Przeprowadzone oględziny wykazały, że w korytarzu Oddziału Noworodków i tzw. Oddziału Położniczego znajdowały się materiały promujące karmienie piersią:

- broszura „Mleko matki w domu i w szpitalu” wydana przez Fundację Bank Mleka Kobiecego;
- ulotki: „Przyjemne karmienie piersią”, „By jedzenie cieszyło i zdrowym było”, „Warto pokonać pierwsze kłopoty laktacyjne”, wydane przez Szkołę Matek i Ojców Razem Łatwiej;
- ulotka reklamująca mleko sztuczne „Enfamil Premium 2”, zawierająca informację, że karmienie piersią jest najlepszym sposobem żywienia niemowląt do 6 miesiąca życia.

W Oddziale Noworodkowym znajdowało się mleko początkowe Enfamil 1, w firmowych butelkach o pojemności 59 ml, oraz jednorazowe sterylne smoczki. Do podawania roztworu glukozy stosowane są butelki szklane, bez żadnych napisów i oznaczeń o charakterze reklamowym. Nie stwierdzono w toku oględzin obecności innych akcesoriów do podawania sztucznego mleka.

Oddział Noworodkowy i OGP nie dysponują laktatorami. Do karmienia noworodków nie stosuje się mleka z banku mleka kobiecego. W tzw. kuchence mlecznej na Oddziale Noworodkowym znajdowała się lodówka, w której nie było mleka matek. Położna Oddziałowa OGP oświadczyła, że nie widzi celowości posiadania laktatora, ponieważ w krótkim okresie pobytu położnicy po porodzie (po porodzie fizjologicznym do 3 dób, a po cięciu cesarskim do 4 dób) matki nie posiadają jeszcze tyle pokarmu, aby go odciągać i przechowywać.

(dowód: akta kontroli, str. 484 — 488, 505 — 512, 516 — 524)

Ustalone
nieprawidłowości

W działalności kontrolowanej jednostki w przedstawionym wyżej zakresie stwierdzono następujące nieprawidłowości:

1. Analiza 50 dokumentacji z porodów fizjologicznych, w zakresie postępowania w I etapie porodu (rozdział VIII rozporządzenia ws. standardów opieki okołoporodowej) wykazała, że nie udokumentowano we wszystkich 50 przypadkach wykonania czynności wymaganych przez rozporządzenie w rozdziale VIII: ust. 2 pkt 2 lit. k — dokonania oceny występowania czynników ryzyka; ust. 2 pkt 2 lit. m — wykonania lewatywy i golenie owłosienia łonowego na życzenie rodzącej lub braku takiego życzenia; ust. 2 pkt 2 lit. o — dokonania oceny przygotowania do porodu oraz aktywnego w nim uczestnictwa. Również w 50 dokumentacjach z porodów w drodze cięcia cesarskiego nie udokumentowano dokonania oceny występowania czynników ryzyka oraz wykonania lewatywy i golenie owłosienia łonowego na życzenie rodzącej lub braku takiego życzenia.

P.o. Ordynatora OGP wyjaśnił, że: „Co do zasady dokonanie oceny występowania czynników ryzyka jest wykonywane przez lekarza przyjmującego na salę porodową, brak dosłownego zapisu o dokonaniu takiej oceny nie oznacza, że jej nie dokonano, jeżeli czynniki ryzyka występują, to są przedstawione w formie opisowej w historii choroby (np. zwiększone ryzyko z powodu krwotoku łożniczego przy poprzednim porodzie). Brak wpisów w dokumentacji dotyczący wykonania (bądź niewykonania) lewatywy i golenia oraz dokonania oceny przygotowania do porodu i aktywnego w nim uczestnictwa, będzie poddany analizie i zostanie to uzupełnione poprzez wprowadzenie do historii choroby wykazu wykonanych czynności.”

Ponadto w dokumentacji porodów fizjologicznych w jednym przypadku nie udokumentowano wyników badań laboratoryjnych¹⁷ – czynności o której mowa w rozdz. VIII ust. 2 pkt 2 lit. e oraz w 3 przypadkach nie udokumentowano dokonanie analizy proporcji między płodem a miednicą matki¹⁸ – czynności o której mowa w rozdz. VIII ust. 2 pkt 2 lit. i.

(dowód: akta kontroli, str. 286 – 390, 670 – 722, 875 – 879)

2. W zakresie postępowania w II etapie porodu (rozdział IX rozporządzenia ws. standardów opieki okołoporodowej) analiza dokumentacji z 50 porodów fizjologicznych wykazała, że we wszystkich przypadkach nie udokumentowano wykonania czynności wymaganych przez ww. rozporządzenie w rozdziale IX ust. 4: pkt 4 – pozostawiania w stałym kontakcie z rodzącą, po przygotowaniu zestawu do porodu i miejsca do porodu, pkt 5 – przygotowanie się do przyjęcia porodu, zgodnie z zasadami aseptyki i antyseptyki, pkt 6 – współpracy z rodzącą umożliwiającej przyjęcie dogodnej dla niej pozycji oraz sposobu parcia przyczyniającego się do postępu porodu, ze szczególnym uwzględnieniem pozycji wertykalnych, pkt 8 – kontroli odginania się główki płodu, a po jej urodzeniu podjęcia czynności zapewniających prawidłowe wytaczanie się barków, pkt 9 – położenie noworodka bezpośrednio na brzuchu matki, jeśli stan ogólny noworodka i matki na to pozwalają, oraz osuszenie i zabezpieczenie noworodka przed utratą ciepła.

P.o. Ordynatora OGP wyjaśnił, że: „Niewątpliwie powyższe czynności są wykonywane, natomiast trudno jest w formie pisemnej każdą z nich udokumentować. Oczywiście jest pozostawianie w stałym kontakcie z rodzącą, przygotowanie się do przyjęcia porodu zgodnie z zasadami aseptyki i antyseptyki, co potwierdzają bardzo niskie wskaźniki zakażeń. Nie jest opisywana pełna fizjologia drugiego okresu porodu, natomiast zaburzenia, np. zstępowania główki, zaburzenia rotacji barków, trudności w urodzeniu barków, zawsze w historii choroby są odnotowywane. Konieczność dokonywania tego typu zapisów przeanalizujemy w porozumieniu z konsultantem wojewódzkim ds. położnictwa i ginekologii oraz z konsultantką ds. położnictwa.”

Z wyjaśnień p.o. Ordynatora OGP i Położnej Oddziałowej, w sprawie realizacji standardu określonego w rozdziale IX ust. 4 pkt 9 rozporządzenia ws. standardów opieki okołoporodowej, wynika, że zdrowy noworodek jest kładziony matce na piersi zaraz po porodzie i pozostaje w nieprzerwanym kontakcie z matką do 5 minut; ponieważ rodząca musi wydalić łożysko, położna ocenić kompletność popłodu, lekarz kontroluje stan kanału rodnego oraz zaopatrjuje chirurgicznie ranę w obrębie kanału rodnego, noworodek zabierany jest w tym czasie do inkubatora otwartego obok matki w celu osuszenia, zważenia,

¹⁷ karta choroby nr 10927/2013, poród z dnia 26.07.2013 r.

¹⁸ karty choroby: nr KG-10983/2014, poród 27.08.2014 r.; KG-15781/2014, poród 12.12.2014 r.; KG-05097/2015, poród 17.04.2015 r.

zmierzenia przez położną lub pielęgniarkę noworodkową, zbadania przez lekarza, dokonania oceny Apgar oraz wykonania zabiegów profilaktycznych.

P.o. Ordynatora OGP i Położna Oddziałowa w ww. wyjaśnieniach przyznali, że w OGP nie był przestrzegany standard określony w rozdziale XII ust. 1 rozporządzenia ws. standardów opieki okołoporodowej, wymagający umożliwienia dziecku bezpośrednio po porodzie nieprzerwanego kontaktu z matką „skóra do skóry”, który będzie trwał co najmniej dwie godziny po porodzie.

(dowód: akta kontroli, str.: 53 – 61, 286 – 390, 875 – 879)

3. W zakresie postępowania w III etapie porodu (rozdział X rozporządzenia ws. standardów opieki okołoporodowej) analiza dokumentacji z 50 porodów fizjologicznych wykazała, że nie udokumentowano we wszystkich przypadkach wykonania czynności wymaganych przez ww. rozporządzenie w rozdziale X ust. 3 pkt 3 – zaciśnięcia pępowiny po ustaniu tętnienia oraz pkt 6 – obserwacji przebiegu kontaktu matki i dziecka „skóra do skóry” i pomocy w przystawieniu noworodka do piersi, jeśli stan ogólny noworodka i matki na to pozwalają.

Ponadto w części badanych dokumentacji nie udokumentowano czynności określonych w rozdziale X ust. 3: pkt 4 – przecięcia pępowiny jałowymi narzędziami – w 38 (76%) dokumentacjach – sytuacja uległa poprawie w 2015 r., w którym na 14 zbadanych dokumentacji w 5 (35%) nie udokumentowano przecięcia pępowiny jałowymi narzędziami; pkt 9 – oceny krwawienia z dróg rodnych i stopnia jego nasilenia – w 49 przypadkach¹⁹; pkt 10 – oceny obkurczenia mięśnia macicy – w jednym przypadku²⁰ oraz pkt 11 – rozpoznania objawów oddzielenia i wydalenia łożyska – w 47 przypadkach²¹.

P.o. Ordynatora OGP wyjaśnił, że: „Co do zasady czynności te są wykonywane rutynowo. Brak wpisu dokumentującego ocenę krwawienia z dróg rodnych i stopnia jego nasilenia przy porodzie fizjologicznym uważam za istotny; w trybie niezwłocznym obowiązek dokonania takiego wpisu zostanie wprowadzony w formie pisemnej. Brak wpisu o dokonaniu oceny obkurczenia mięśnia macicy jest niedociągnięciem lekarza prowadzącego poród. Konieczność dokonywania zapisów dotyczących konkretnych objawów fizjologicznego oddzielenia i wydalenia łożyska przeanalizujemy w porozumieniu z konsultantem wojewódzkim ds. położnictwa i ginekologii oraz z konsultantką ds. położnictwa.”.

(dowód: akta kontroli, str. 286 – 390, 875 – 879)

2.2. Wyniki ankiet dotyczących stanu opieki okołoporodowej

Opis stanu
faktycznego

Najwyższa Izba Kontroli zwróciła się do 200 kobiet, które odbyły poród fizjologiczny w latach 2013 – 2015 (do 30 września), oraz do 100 kobiet po porodzie w drodze cięcia cesarskiego, o wypełnienie ankiety dotyczącej porodów. Ankiety wypełniły 42 kobiety po porodach fizjologicznych i 12 po porodach w drodze cięcia cesarskiego.

Prawo pacjenta do informacji o swoim stanie zdrowia określa art. 9 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. – 40 respondentek (74% z 54) uznało, że były wystarczająco poinformowane przez osobę prowadzącą poród o stanie zdrowia i zagrożeniach ciąży. Z ustaleń przedstawionych w punkcie 2.1. niniejszego wystąpienia, wynika, że respektowane było prawo rodzających, wynikające z art. 16 – 18 ww. ustawy, do wyrażania zgody na udzielenie określonych świadczeń zdrowotnych lub odmowy takiej zgody, w tym zgody pisemnej, a z ustaleń w punkcie 1.3., że respektowano prawo do poszanowania intymności i godności, określone w art. 20 i 22.

¹⁹ udokumentowano w dokumentacji nr KG-11960/2015

²⁰ dokumentacja nr KG-12410/2015

²¹ udokumentowano w dokumentacjach nr nr: KG-11200/2015, KG-11960/2015 i KG-12410/2015

Zgodnie z art. 21 ww. ustawy, w ZOZ rodzącej może towarzyszyć przy porodzie, w każdym momencie do urodzenia dziecka, wskazana przez nią 1 lub 2 bliskie osoby; nie jest od tej osoby wymagane wcześniejsze uczęszczanie do szkoły rodzenia ani spełnienia innych warunków, nie są z tego tytułu pobierane opłaty, osoba bliska może przeciąć pępowinę, a po porodzie pozostać bez ograniczeń czasowych.

(dowód: akta kontroli, str. 39 — 47, 56 — 61, 646 — 659)

W odczuciu części ankietowanych pacjentek nie przestrzegano niektórych standardów opieki okołoporodowej. Zdaniem ponad połowy respondentek naruszone zostały standardy:

- Określone w rozdziale I ust. 12 pkt 3 rozporządzenia ws. standardów opieki okołoporodowej prawo do wyboru osoby sprawującej opiekę nad kobietą w okresie porodu, spośród osób uprawnionych do jej sprawowania, z uwzględnieniem zasad organizacyjnych obowiązujących w miejscu udzielania świadczenia. Na brak możliwości ww. wyboru wskazało 47 (87%) spośród 54 respondentek. P.o. Ordynatora OGP wyjaśnił, że: „Nie było przypadków żądania, aby osobą prowadzącą poród był lekarz lub położna niepracująca w ZOZ. Z osób pracujących nie może wybrać, ponieważ liczba pracujących lekarzy i położnych jest zbyt mała, aby to realizować. Personel pracuje zgodnie z zatwierdzonym harmonogramem pracy.”.
- Określone w rozdziale V ust. 3 pkt 5 ww. rozporządzenia wsparcie medyczne polegające na zapewnieniu rodzącej możliwości spożywania przejrzystych płynów, także podczas aktywnej fazy porodu. Spośród 54 respondentek 33 (61,1%) stwierdziły, że nie były w okresie skurczy porodowych zachęcane do picia wody lub innych przejrzystych płynów. P.o. Ordynatora OGP wyjaśnił, że: „Pacjentki w większości przynoszą własną wodę i piją, jeżeli mają ochotę; położna informuje pacjentkę, że w trakcie porodu może pić; gdyby pacjentka nie miała wody, to może otrzymać przegotowaną wodę od położnej.”.

Spośród 42 respondentek, które odbyły poród fizjologiczny, 34 (81%) stwierdziły, że podczas porodu nie były pytane, czy podać im znieczulenie, a 27 (64,3%) odpowiedziało, że nie podano im znieczulenia. P.o. Ordynatora OGP wyjaśnił: „Nie stosujemy znieczuleń przewodowych (dolędźwiowych) z uwagi na niewystarczającą liczbę anestezjologów, którzy zabezpieczają blok operacyjny i porody cięciem cesarskim. Pacjentki mają proponowane użycie gazu znieczulającego, podawany jest za ich zgodą ustną, pacjentka sama dozuje sobie czas oddychania gazem. Podajemy też leki rozkurczowe w ramach zgody ogólnej na leczenie szpitalne. Uważam, że 64% odpowiedzi, iż pacjentce nie podano znieczulenia, może wynikać z faktu, że pacjentki mogły nie traktować gazu jako środka znieczulającego, jego działanie jest łagodne i krótkotrwałe, subiektywne odczucie pacjentki mogło być takie, że znieczulenia nie otrzymała.”

(dowód: akta kontroli, str. 646 — 653, 875 — 879)

Z udzielonych przez urzędy gmin powiatu łęczyckiego informacji wynika, że w okresie 2013 -2015 w żadnej gminie nie było szkół rodzenia i żadna z gmin nie realizowała programów zdrowotnych w zakresie ochrony zdrowia lub polityki prorodzinnej, polegających na organizowaniu szkół rodzenia (art. 7 ust. 1 pkt 5 i 16 ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym²²). Efektem takiego stanu jest brak odpowiedniego przygotowania się kobiet do porodu, o czym świadczy nieuczęszczanie przez żadną z 54 respondentek do szkoły rodzenia.

(dowód: akta kontroli, str. 78 — 93, 647 — 659)

²² Dz. U. z 2013 r., poz. 594. Powołane przepisy mówią, że do zadań własnych gminy należą sprawy z zakresu ochrony zdrowia oraz polityki prorodzinnej, w tym zapewnienie kobietom w ciąży opieki socjalnej, medycznej i prawnej.

W sprawie występujących problemów i barier w stosowaniu standardów opieki okołoporodowej Dyrektor wyjaśnił, że najważniejsze problemy to:

„a) po stronie świadczeniobiorców – nieodpowiednie przygotowanie pacjentek do porodu i położu,

b) po stronie systemu opieki zdrowotnej – niedoszacowanie ze strony płatnika procedur związanych z porodem oraz niedobory na rynku pracy personelu medycznego.

W celu pokonania ww. problemów i barier zamierzamy zwrócić uwagę na kształcenie kobiet ciężarnych. Obecnie dużą część wiedzy czerpią one od osób nieprofesjonalnych lub z internetu. Źródła takie często nie są wiarygodne a walka z mitami dotyczącymi porodu jest trudna. W związku z tym byłoby pomocne szkolenie personelu w zakresie relacji interpersonalnych i nauki radzenia sobie z typowymi i nietypowymi problemami pacjentek. Pożądanym efektem szkolenia byłby m.in. wzrost empatii.

Podnoszenie wymogów wobec świadczeniodawców bez odpowiedniego zwiększenia wyceny świadczeń utrudnia ich wprowadzenie. Wskazane byłoby wpływanie w sposób formalny na płatnika na dokonywanie adekwatnej wyceny procedur okołoporodowych. Właściwa wycena świadczeń ze strony NFZ byłaby gwarantem poprawy jakości.”.

P.o. Ordynatora OGP wskazał jako główne bariery w stosowaniu standardów opieki okołoporodowej: zbyt małą liczbę szkoleń o stosowaniu standardów opieki okołoporodowej bezpłatnych dla personelu; brak praktycznych szkoleń w szkołach położnych o alternatywnych pozycjach porodu; brak wodoodpornych, bezprzewodowych głowic do aparatów kardiograficznych; brak koordynatora w obrębie województwa, szczególnie w trakcie dyżuru medycznego, koordynującego ewentualne przyjęcia ciężarnych do szpitali o wyższym stopniu referencyjności.

Położna Oddziałowa wyjaśniła, że realizowanie standardów opieki okołoporodowej utrudnione jest przez: brak nieprzerwanego kontaktu dwugodzinnego „skóra do skóry”, brak bezprzewodowych głowic KTG, brak znieczulenia do porodu, a co za tym idzie brak dobrej współpracy z rodzącą i częstsze nacinanie krocza.

(dowód: akta kontroli, str. 56 – 61, 75 – 77, 160 – 163)

Ustalone
nieprawidłowości

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

2.3. Prowadzenie działalności marketingowej skierowanej do pacjentek

Opis stanu
faktycznego

ZOZ zawarł w 1999 r. porozumienie o współpracy z Pelargos sp. z o.o. w Warszawie. Pelargos zobowiązał się dostarczać na swój koszt zestawy informacyjne „Skarb Malucha”, przekazywane matkom za potwierdzeniem odbioru, oraz preparat *Sudocrem* do pielęgnacji niemowląt, w ilości 400 g do 80 rozdanych zestawów.

Oględziny wykazały, że w tzw. Oddziale Położniczym znajdowały się zestawy „Skarb malucha”. Zawierały one wydawnictwo „Praktyczny poradnik dla rodziców – pierwszy krok razem”, jeden pampers i artykuły do pielęgnacji niemowląt, nie zawierały żadnych artykułów do karmienia niemowląt. W korytarzu, obok wydawnictw propagujących karmienie piersią, opisanych w punkcie 2.1.5. niniejszego wystąpienia, znajdowały się ulotki reklamujące mleko sztuczne „Enfamil Premium 2”, stosowane od 6 miesiąca życia. Nie stwierdzono dostępności innych materiałów reklamowych.

Powyższe ustalenia świadczą o przestrzeganiu zakazu reklamy preparatów do początkowego żywienia niemowląt, ustalonego art. 25 ustawy z dnia 25 sierpnia o bezpieczeństwie żywności i żywienia²³.

(dowód: akta kontroli, str. 484 — 488, 910 — 914)

Potwierdzając odbiór zestawu „Skarb Malucha” pacjentka może podać w potwierdzeniu odbioru swoje dane adresowe, jeżeli chce otrzymywać kolejne próbki produktów, poradników i materiałów informacyjno-edukacyjnych.

Spośród 54 respondentek 37 (68,5%) stwierdziło, że w trakcie pobytu w szpitalu zetknęły się z reklamami lub ofertami zakupu produktów lub usług związanych z opieką nad noworodkiem, a 20 (37%), że w związku z tymi działaniami marketingowymi otrzymywały później propozycje zakupu towarów lub usług.

(dowód: akta kontroli, str. 646 — 659, 910 — 914)

Ustalone
nieprawidłowości

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

Ocena cząstkowa

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie mimo stwierdzonych nieprawidłowości, działalność w badanym obszarze.

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 Kontroli²⁴, wnosi o:

1. Podjęcie działań zmierzających do ograniczenia do niezbędnego minimum interwencji medycznych przy porodach.
2. Zapewnienie bezpośrednio po porodzie — jeżeli stan dziecka i matki na to pozwala — nieprzerwanego, co najmniej dwugodzinnego kontaktu matki i dziecka „skóra do skóry”.
3. Bieżące aktualizowanie w NFZ danych o potencjale wykonawczym, w zakresie personelu i sprzętu, przeznaczonym do realizacji kontraktu.
4. Zapewnienie w Oddziale Noworodków stanu pomp infuzyjnych zgodnego z wymogami rozporządzenia z dnia 22 listopada 2013 r. (załącznik nr 3, część I, liczba porządkowa 26).
5. Uwzględnienie w programie dostosowawczym odstępstw, od wymogów rozporządzenia z dnia 26 czerwca 2012 r., w postaci braku śluzu umywalkowo fartuchowej w pokoju dla noworodków obserwowanych oraz braku baterii umywalkowych uruchamianych bez kontaktu z dłonią w śluzach do pokoju wcześniaków i pokoju intensywnej opieki noworodka.
6. Zapewnienie pacjentkom odbywającym poród w pomieszczeniach zespołu porodowego prawa do poszanowania intymności i godności w czasie porodu.
7. Dokumentowanie, zgodnie z wymogami rozporządzenia ws. standardów opieki okołoporodowej, czynności realizowanych w trakcie porodu.

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

²³ Dz.U. z 2015 r. poz. 594, ze zm.

²⁴ 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 22 grudnia 2015 r.

Kontroler
Piotr Rydygier
główny specjalista kontroli państwowej


podpis

Najwyższa Izba Kontroli
Delegatura w Łodzi

Dyrektor
Przemysław Szewczyk


podpis

