



05720215

NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI
Delegatura w Białymstoku

LBI.410.008.03.2015
P/15/065

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

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

I. Dane identyfikacyjne kontroli

Numer i tytuł kontroli	P/15/065 – Opieka okołoporodowa na oddziałach położniczych
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Białymstoku
Kontroler	Krzysztof Gołębiewski, główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr 96785 z dnia 30.09.2015 r. (dowód: akta kontroli str. 1-2)
Jednostka kontrolowana	Szpital Ogólny w Kolnie, ul. Wojska Polskiego 69, 18-500 Kolno (dalej „Szpital”)
Kierownik jednostki kontrolowanej	Krystyna Marianna Dobrowolcz, dyrektor od 26.05.2004 r. (dowód: akta kontroli str. 3)

II. Ocena kontrolowanej działalności¹

Ocena ogólna

Oddział położniczo-ginekologiczny Szpitala został odpowiednio przygotowany do sprawowania opieki okołoporodowej. Wyposażono go w sprzęt i aparaturę medyczną oraz zorganizowano udzielanie świadczeń zdrowotnych stosownie do zasad przyjętych dla oddziałów I stopnia referencyjnego i zgodnie z umową zawartą z Narodowym Funduszem Zdrowia (dalej „NFZ”). W oddziale zatrudniono też personel medyczny w liczbie i o kwalifikacjach wymaganych przez NFZ, jednak prawo pacjentki do wyboru osoby sprawującej opiekę – przewidziane w pkt. 12 ust. 1 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 września 2012 r. w sprawie standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, porodu oraz opieki nad noworodkiem² (zwanego dalej „standardami opieki okołoporodowej”) – po godzinie 15.00 i w dni wolne od pracy ograniczono do jednego lekarza sprawującego dyżur na oddziale. Także prawo pacjentki do wyboru dogodnej dla niej pozycji w trakcie porodu (ust. 4 pkt 6 rozdziału IX powołanego załącznika) – ograniczono do pozycji leżącej. Wymogów przewidzianych prawem nie spełniała też część pomieszczeń oddziału położniczo-ginekologicznego.

Najwyższa Izba Kontroli zwraca uwagę na wysoki odsetek wykonywanych w Szpitalu zabiegów cesarskiego cięcia, który w latach 2013–2015 (III kwartał) wzrósł z 33% do 42,6% (przy wskaźniku 10%–15% zalecanym przez Światową Organizację Zdrowia) oraz innych ingerencji medycznych, w szczególności stymulacji czynności skurczowej i nacinania krocza.

Stwierdzone nieprawidłowości głównie polegały na:

- udzielaniu przez lekarzy zatrudnionych w oddziale świadczeń zdrowotnych ponad 24 godziny bez przerwy, co może mieć wpływ na jakość usług i zapewnienie bezpieczeństwa pacjentek,
- niezapewnieniu możliwości podawania znieczulenia pacjentkom znajdującym się na oddziale położniczo-ginekologicznym w trakcie jednoczesnego wykonywania zabiegu na bloku operacyjnym,
- zorganizowaniu sali porodowej w sposób niezapewniający intymności i poszanowania godności pacjentek,

¹ 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 objętych kontrolą, stosuje się ocenę opisową bądź uzupełnia ocenę ogólną o dodatkowe objaśnienie.

² Dz.U. z 2012 r., poz. 1100.

- nieprzestrzeganiu standardu opieki okołoporodowej, polegającego na zapewnieniu bezpośrednio po porodzie, co najmniej dwugodzinnego nieprzerwanego kontaktu dziecka z matką „skóra do skóry”,
- niedokumentowaniu niektórych czynności wymaganych standardami opieki okołoporodowej,
- niedostosowaniu sal łóżkowych dla matek z dziećmi do wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą,
- udostępnianiu na oddziale reklam producentów mleka modyfikowanego.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego

1. Przygotowanie oddziału położniczego do udzielania świadczeń zdrowotnych

Opis stanu
faktycznego

1.1. Działalność oddziału położniczo-ginekologicznego w latach 2013–2015

W latach 2013–2015 (do końca III kwartału) w oddziale położniczo-ginekologicznym Szpitala przyjęto 629 porodów (w tym 209 w 2013 roku, 237 w 2014 roku i 183 w 2015 roku), tj. o 21,6% mniej niż w latach 2010–2012³ (przed wejściem w życie standardów opieki okołoporodowej). Liczba urodzonych dzieci wyniosła 209 w 2013 roku, 236 w 2014 roku i 183 w 2015 roku (odnotowano też dwa przypadki martwo urodzonych noworodków w 2014 roku i jeden w 2015 roku; nie było zgonów pacjentek lub noworodków). Liczba porodów fizjologicznych wyniosła 140 w 2013 roku, 152 w 2014 roku i 105 w 2015 roku, zaś rozwiązanych w drodze cesarskiego cięcia odpowiednio: 69, 85 i 78 (wszystkie zakończyły się urodzeniem żywych noworodków). W okresie objętym kontrolą nie było porodów z użyciem vacuum, natomiast z wykorzystaniem kleszczy odbyły się po dwa porody w 2013 i 2014 roku. (dowód: akta kontroli str.13)

W latach 2013–2015 w Szpitalu przeprowadzono cztery wymienione niżej kontrole zewnętrzne związane z działalnością oddziału położniczo-ginekologicznego.

1. Dwie kontrole przeprowadził konsultant wojewódzki w dziedzinie położnictwa i ginekologii (jedną wspólnie z konsultantem wojewódzkim w dziedzinie neonatologii), dotyczące m.in.: [1] oceny postępowania przedporodowego oraz w trakcie porodu dzieci urodzonych z wynikiem 4 i poniżej w skali Apgar, [2] przypadków zgonów śródporodowych z uwzględnieniem sposobu przeprowadzenia oceny czynników ryzyka płodu lub noworodka, częstotliwości monitorowania KTG i badania pulsytometrycznego, [3] wskazań do rozwiązania porodu metodą cięcia cesarskiego oraz [4] spełnienia wymogów do udzielania świadczeń z zakresu położnictwa i ginekologii. W ich wyniku nie stwierdzono nieprawidłowości. Nie odnotowano także przypadków obumarcia ciąży przed porodem oraz wczesnych zgonów okołoporodowych.
2. Podlaski Państwowy Inspektor Sanitarny w Białymstoku przeprowadził w 2015 roku kontrolę szczepień ochronnych, systemu kontroli zakażeń szpitalnych, warunków higieniczno-sanitarnych, jakie powinien spełniać personel medyczny, sprzęt oraz pomieszczenia, w których udzielane są świadczenia zdrowotne (nie stwierdzono nieprawidłowości na oddziale położniczo-ginekologicznym).
3. Podlaski Urząd Wojewódzki przeprowadził w 2013 roku kontrolę realizacji standardów opieki okołoporodowej. W jej wyniku stwierdzono nieprawidłowość, polegającą na nieprzedłożeniu organowi rejestrowemu dokumentów potwierdzających zawarcie obowiązkowej umowy odpowiedzialności cywilnej obejmującej szkody będące następstwem udzielania świadczeń zdrowotnych (odstąpiono od wydawania zaleceń w związku z przekazaniem przez Szpital w dniu 29.08.2013 r., drogą elektroniczną, stosownego wniosku z obowiązującą umową odpowiedzialności cywilnej). (dowód: akta kontroli str. 14-15)

Szpital częściowo zrealizował wnioski po przeprowadzonej przez NIK w 2009 roku kontroli obejmującej opiekę nad matką i noworodkiem w latach 2008–2009 (I połowa). W oddziale położniczo-ginekologicznym zapewniono bowiem odpowiednią liczbę lekarzy, zaś w programie dostosowawczym ujęto adaptację (do końca 2015 roku) pomieszczeń Szpitala

³ Liczba porodów w 2010 roku wyniosła 274, w 2011 roku 273, a w 2012 roku 255.

na pokój noworodków-wcześnieaków obserwowanych i intensywnej opieki noworodka. Nadal jednak z opóźnieniem zlecano przeglądy techniczne urządzeń medycznych wykorzystywanych w oddziale położniczo-ginekologicznym (co zostało opisane w punkcie 1.3. wystąpienia pokontrolnego, w sekcji: „Uwagi dotyczące badanej działalności”).

(dowód: akta kontroli str. 16-20, 28-33, 119, 161-163)

W Szpitalu wprowadzono procedury jakościowe zarządzania profilaktyką zakażeń szpitalnych, obejmujące m.in. zasady zgłaszania podejrzeń lub zachorowań oraz postępowanie w przypadku wystąpienia ogniska epidemicznego⁴. W okresie objętym kontrolą na oddziale położniczo-ginekologicznym nie stwierdzono zakażeń wewnątrzszpitalnych.

(dowód: akta kontroli str. 21-24)

Ustalone
nieprawidłowości

W działalności Szpitala w kontrolowanym wyżej zakresie nie stwierdzono nieprawidłowości.

1.2. Zapewnienie odpowiedniej liczby wykwalifikowanych lekarzy, położnych i pielęgniarek na oddziale położniczo-ginekologicznym

Opis stanu
faktycznego

Liczba i kwalifikacje personelu medycznego świadczącego usługi zdrowotne w oddziale położniczo-ginekologicznym odpowiadały wymogom określonym w rozporządzeniach Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego⁵ (dalej „rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych”). Wszyscy lekarze pełniący w oddziale dyżury (cztery osoby) posiadali I lub II stopień specjalizacji z zakresu położnictwa i ginekologii wymagany dla pierwszego poziomu referencyjnego⁶. Na podstawie analizy zapisów w dokumentacji medycznej (przedstawionego w punkcie 2.2. wystąpienia) ustalono, iż świadczenia zdrowotne były wykonywane przez personel wymieniony w umowie zawartej z Podlaskim Oddziałem Wojewódzkim NFZ (dalej „POW NFZ”). Czterech z siedmiu lekarzy zatrudnionych w oddziale pracowało nieprzerwanie powyżej 24 godzin, co przedstawiono poniżej, w sekcji „Ustalone nieprawidłowości”.

(dowód: akta kontroli str. 25, 26-52)

Stosownie do wymagań określonych ww. rozporządzeniach w Szpitalu zapewniono stałą obecność lekarza specjalisty w dziedzinie anestezjologii podczas dyżurów na bloku operacyjnym (w lokalizacji).

(dowód: akta kontroli str. 34-37)

Zgodnie z art. 50 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej⁷, w Szpitalu ustalono i zachowywano minimalne normy zatrudnienia pielęgniarek i położnych w oddziale położniczo-ginekologicznym.

(dowód: akta kontroli str. 71-88)

Personel medyczny udzielający świadczeń zdrowotnych w oddziale położniczo-ginekologicznym nie uczestniczył w szkoleniach z zakresu standardów opieki okołoporodowej, co opisano poniżej, w sekcji „Uwagi dotyczące badanej działalności”.

(dowód: akta kontroli str. 89, 345)

Ustalone
nieprawidłowości

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

1. W latach 2013–2015 (w lipcu i sierpniu) czterech z siedmiu lekarzy zatrudnionych w oddziale na podstawie umów cywilnoprawnych, pracowało nieprzerwanie powyżej 24 godzin⁸ (od 32 do 80 godzin). Koordynator oddziału wyjaśnił: „*Harmonogram dyżurów i liczba godzin wypracowanych przez poszczególnych lekarzy wynika z braku możliwości zapewnienia większej liczby specjalistów w dziedzinie położnictwa i ginekologii w Szpitalu Ogólnym w Kolnie*”. Dyrektor Szpitala wyjaśniła, że świadczenia zdrowotne w zakresie położnictwa i ginekologii realizowane są przez spółkę „*T. Federńczuk i Partnerzy. Lekarze Specjaliści*”, na podstawie umowy, z której wynika między innymi

⁴ Na podstawie Zarządzenia nr 12/2013 Dyrektora Szpitala Ogólnego w Kolnie z dnia 19 lutego 2013 r. w sprawie wprowadzenia procedur jakościowych.

⁵ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz. U. 2013, poz. 1082 ze zm.) oraz wydane w tej samej sprawie rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. (Dz. U. z 2013 r., poz. 1520).

⁶ Ustalono na podstawie raportów z wykonania dyżurów w lipcu i sierpniu w każdym roku objętym kontrolą.

⁷ Dz. U. z 2015 r., poz. 618 ze zm.

⁸ W analizowanej próbie stwierdzono 102 takie przypadki.

obowiązek wykonywania przez spółkę świadczeń z należytą starannością oraz nadzoru nad pracą lekarzy i odpowiedzialność za przebieg leczenia.

(dowód: akta kontroli str. 28-33, 365, 372)

W ocenie NIK, taka organizacja czasu pracy może budzić uzasadnione wątpliwości co do jakości usług i zapewnienia bezpieczeństwa pacjentek.

2. W Szpitalu zapewniono wprawdzie stałą obecność lekarza specjalisty w dziedzinie anestezjologii – zgodnie z wymogami określonymi w rozporządzeniach w sprawie świadczeń gwarantowanych – to rozwiązanie takie stwarza ryzyko braku możliwości podawania znieczulenia pacjentkom znajdującym się na oddziale położniczym w trakcie wykonywania zabiegu na bloku operacyjnym (co miało miejsce w Szpitalu i zostało opisane w punkcie 2.1. wystąpienia pokontrolnego). Dyrektor Szpitala wyjaśniła: „Zabiegi cięcia cesarskiego w większości są zabiegami planowymi. Przy tej ilości cięć cesarskich, jakie wykonywane są w naszej jednostce, w celu zapewnienia bezpieczeństwa pacjentkom wystarczy obecność jednego anestezjologa na dyżurze. W ciągu ostatnich lat tylko raz zdarzyła się sytuacja wymagająca asysty przy zabiegu drugiego anestezjologa”.

(dowód: akta kontroli str. 34-37, 372)

Uwagi dotyczące
badanej działalności

Najwyższa Izba Kontroli zwraca uwagę, że personel medyczny udzielający świadczeń zdrowotnych w oddziale położniczo-ginekologicznym nie uczestniczył w szkoleniach z zakresu standardów opieki okołoporodowej, co może być jedną z przyczyn nieprawidłowości i uchybień opisanych w dalszej części wystąpienia pokontrolnego. Koordynator oddziału wyjaśnił: „Rozporządzenie Ministra Zdrowia z września 2012 r. o standardach opieki okołoporodowej jest znane zarówno mnie, jak i mojemu personelowi. Wiedzę o standardach uzyskujemy także m.in. z literatury fachowej oraz informacji przekazywanych podczas spotkań i konferencji naukowych organizowanych przez środowisko lekarskie. Otrzymujemy również wytyczne z NFZ dotyczące rozliczania świadczeń medycznych zgodnie ze standardami”.

(dowód: akta kontroli str. 89, 345)

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

Opis stanu
faktycznego

Oddział położniczo-ginekologiczny Szpitala spełniał warunki dla oddziału I stopnia referencyjności, określone w załączniku nr 3 do rozporządzeń w sprawie świadczeń gwarantowanych, bowiem:

- zapewniono w nim całodobową opiekę lekarską we wszystkie dni tygodnia oraz stałą obecność lekarza ze specjalizacją co najmniej I stopnia w położnictwie i ginekologii⁹,
- sale łóżkowe w systemie „matka z dzieckiem” wyposażono w urządzenia umożliwiające mycie i pielęgnację noworodków,
- zapewniono możliwość wykonywania badań KTG przed i w trakcie porodu (oddział wyposażono w aparat KTG i kardiomonitor) oraz dostęp do badań histopatologicznych śródoperacyjnych¹⁰,
- wyodrębniono salę operacyjną do cięć cesarskich (w oddziale) oraz blok operacyjny (w lokalizacji).

(dowód: akta kontroli str. 28-33, 46-55, 56-70, 90-104)

Pacjentkom zgłaszającym się do porodu zapewniono łatwy dostęp do izby przyjęć (bezpośredni podjazd pod drzwi). Oddział położniczo-ginekologiczny zlokalizowano na III piętrze budynku Szpitala z dostępem do windy. Obok wejścia na oddział zorganizowano pomieszczenie dla dyżurujących anestezjologów bloku operacyjnego. Pacjentkom umożliwiono nieskrępowane przebranie się i wzięcie prysznica w łazience zlokalizowanej na trakcie porodowym (poza salą porodową). W oddziale zorganizowano jedną dwustanowiskową salę porodową (którą wraz z salą cięć cesarskich oddzielono od pozostałych pomieszczeń oddziału służą umywalkowo-fartuchową). Naprzeciw jednej z sal dla położnych (w systemie „matka z dzieckiem”) urządzono łazienkę z umywalką i dwoma stanowiskami prysznicowymi (jedno z nich przystosowano do potrzeb osób niepełnosprawnych), w której pacjentki mogą się umyć i przebrać. Drugą z sal dla położnych

⁹ Ustalono na podstawie dyżurów i zwykłej ordynacji lekarzy na oddziale w lipcu i sierpniu 2013, 2014 i 2015 roku.

¹⁰ Zgodnie z umową z POW NFZ badania te wykonywane są przez NZOZ Zakład Patomorfologii i Profilaktyki Onkologicznej w Łomży.

zlokalizowano w odległości ok. 4-5 metrów od łazienki. Organizację sal porodowych i łóżkowych przedstawiono też w dalszej części wystąpienia pokontrolnego, w sekcji „Ustalone nieprawidłowości”.

Pacjentki oddziału mają możliwość skorzystania z farmakologicznych (entonox) oraz niefarmakologicznych metod uśmierzania bólu (pilki i worek sako). Jak wyjaśniła położna oddziałowa: „W pierwszej kolejności zachęcamy rodzące kobiety do aktywności, tj. do spacerowania, korzystania z piłek i worków sako, pomagamy rodzącej w przyjmowaniu odpowiednich pozycji. Proponujemy też ciepłe prysznice, z których pacjentki mogą korzystać bez ograniczeń. Zachęcamy osoby towarzyszące do wykonywania masażu pleców, okolicy lędźwiowo-krzyżowej. Najczęściej stosujemy znieczulenie. Z pozostałych metod pacjentki korzystają w miarę zgłaszanych potrzeb”.

(dowód: akta kontroli str. 90-102, 339, 376)

W trakcie kontroli NIK wśród 300 pacjentek oddziału położniczo-ginekologicznego przeprowadzono badanie ankietowe, mające na celu ustalenie, czego realnie doświadcza kobieta w okresie ciąży, porodu i pójści oraz jak jest traktowana przez personel medyczny. W badaniu wzięły udział 82 respondentki. Pacjentki wskazywały, że nie proponowano im: masażu (odpowiedzi takiej udzieliło 92,2% kobiet rodzących w sposób fizjologiczny i 90,9% pacjentek rodzących przez cesarskie cięcie), ćwiczeń oddechowych (odpowiednio 38% i 68,2%), kąpieli pod prysznicem (47,2% i 52,2%), zmiany pozycji (39,6% i 47,8%), spaceru (49% i 70,8%). Koordynator oddziału wyjaśnił, że „pacjentki zawsze są informowane o możliwościach skorzystania z różnych metod znieczulenia, w tym niefarmakologicznych”. Położna oddziałowa wyjaśniła ponadto: „Proponujemy głównie wykonywanie masażu przez osoby towarzyszące. Masaże są wykonywane przez personel sporadycznie, na wyraźne życzenie pacjentki. Nie proponujemy masażu, kiedy widzimy, że nie ma takiej potrzeby. Nie potrafimy wyjaśnić, dlaczego pacjentki sądzą, że nie proponuje się im kąpieli pod prysznicem. Polecamy to każdej pacjentce. Niektóre nie chcą korzystać z prysznica. Pacjentki dotychczas nie zgłaszały problemów z dotarciem do łazienki. Znajduje się ona blisko sali porodowej (w odległości ok 4 m.). Jednak, na prośbę pacjentek, położne udzielają im pomocy w dotarciu do łazienki w celu wzięcia prysznica. Pozostałe wymienione formy łagodzenia bólu są proponowane pacjentkom i stosowane. Nie potrafimy wyjaśnić negatywnych opinii pacjentek.

(dowód: akta kontroli str. 351-364, 367, 391)

Ustalone
nieprawidłowości

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

1. Każdą z dwóch sal łóżkowych, zorganizowanych w systemie „matka z dzieckiem”, przeznaczono dla czterech matek. Stanowiło to naruszenie pkt III. 1 ust. 1 załącznika nr 1 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą¹¹, zgodnie z którym pokoje łóżkowe w systemie „matka z dzieckiem”, są przeznaczone dla maksymalnie dwóch matek i dwóch noworodków z możliwością wstawienia trzeciego łóżeczka dla noworodka. Ponadto łóżko w pomieszczeniu przeznaczonym dla położnic i noworodka w pierwszych godzinach życia, po porodach powikłanych, ustawiono bokiem do ściany w sposób uniemożliwiający dostęp do niego z dwóch dłuższych stron, chociaż – zgodnie z § 18 wymienionego rozporządzenia – łóżka w pokojach łóżkowych powinny być dostępne z trzech stron, w tym z dwóch dłuższych (w trakcie kontroli NIK łóżko zostało ustawione zgodnie z wymogami powołanego przepisu).

(dowód: akta kontroli str. 90-91, 101, 102)

W programie dostosowawczym Szpitala, opracowanym w 2011 roku, nie ujęto doprowadzenia do zgodności ze stanem wymaganym organizacji sal łóżkowych dla matek z dziećmi. Zgodnie z art. 207 ustawy o działalności leczniczej termin dostosowania do tych wymogów upływa 31 grudnia 2017 r.

(dowód: akta kontroli str. 161-163)

¹¹ Dz. U. z 2012 r., poz. 739.

Dyrektor Szpitala wyjaśniła: „Pokoje dla pacjentek wyposażone są w cztery łóżka, ale na salach umieszczane są tylko dwie pacjentki z noworodkami. Potrzeba korzystania z pozostałych dwóch łóżek zdarza się bardzo rzadko. Łóżka pozostają jednak na salach oddziału położniczo-ginekologicznego w celu uniknięcia ewentualnych zakażeń szpitalnych”. Dyrektor wyjaśniła ponadto, że wymienionych odstępstw nie ujęto w programie dostosowawczym, ponieważ „oddział położniczo-ginekologiczny Szpitala Ogólnego w Kolnie zgodnie decyzją Nr 89/D-I/NZ/2013 z dnia 07.03.2013 r. wydaną przez Wojewódzką Stację Sanitarno-Epidemiologiczną w Białymstoku spełnia szczegółowe wymagania do prowadzenia działalności w zakresie położnictwa, ginekologii oraz neonatologii”. W świetle przytoczonej decyzji, oddział spełniał wymogi wg stanu na dzień 28.02.2013 r., jednak w trakcie kontroli NIK pomieszczenia oddziału nie były dostosowane do wymagań określonych w wymienionym na wstępie rozporządzeniu. (dowód: akta kontroli str. 373, 382-389)

2. Pacjentkom oddziału położniczo-ginekologicznego nie zapewniono warunków do pełnej intymności i prywatności. Łóżka w sali porodowej ustawiono bowiem przodem do drzwi wejściowych i nie odgrodzono ich przed widokiem osób niepowołanych, także zbędnego personelu medycznego (łożka oddzielono od siebie jedynie rozsuwaną zasłoną). Brak trwałego odgrodzenia łóżek porodowych uniemożliwiał również nieskrępowany udział osób bliskich towarzyszących pacjentkom przy porodzie. Dopiero w trakcie kontroli przed salą porodową (a także przed salą zabiegową oraz salą do cięć cesarskich) umieszczono napisy informujące o zakazie wchodzenia w trakcie obecności pacjentki. Stosownie do art. 20 i 22 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta¹², pacjent ma prawo do poszanowania intymności i godności, zaś osoba wykonująca zawód medyczny ma obowiązek tak postępować, aby mu to poszanowanie zapewnić. Dyrektor Szpitala wyjaśniła: „Sposób ustawienia łóżek porodowych wynika z warunków lokalowych oraz technicznych oddziału, dlatego aby zapewnić pacjentkom poczucie intymności na drzwiach sali porodowej, sali do cięć cesarskich oraz gabinetu zabiegowego zostały umieszczone tabliczki informujące o trwającym porodzie, zabiegu lub badaniu i zakazie wchodzenia do tych pomieszczeń”. (dowód: akta kontroli str. 90-91, 97-99, 373, 376-378)

Na brak respektowania prawa do prywatności i intymności wskazało również 26,9% ankietowanych pacjentek rodzących w sposób fizjologiczny oraz 28% kobiet rodzących przez cesarskie cięcie. 21,2% pacjentek odbywających poród fizjologiczny stwierdziło, że nie miało zaufania do umiejętności zawodowych zajmujących się nimi położnych i lekarzy, zaś 19,6% nie czuło się bezpiecznie (odpowiedzi takiej udzieliło również 22,2% respondentek rodzących w drodze cesarskiego cięcia). (dowód: akta kontroli str. 351-364)

Koordynator oddziału położniczo-ginekologicznego wyjaśnił: „Staramy się, aby nasze pacjentki nie czuły się skrepowane podczas akcji porodowej i pobytu na oddziale. Ustawienie foteli porodowych na wprost drzwi wejściowych na salę porodową jest spowodowane warunkami lokalowymi. Jest to jedyne optymalne ustawienie zapewniające dostęp do foteli z trzech stron. Ponadto wejście do sali porodowej jest poprzedzone śluzą sanitarną i nie jest dostępne dla osób postronnych. Trudno mi się odnieść do wyrażanego braku poczucia bezpieczeństwa i braku zaufania do umiejętności zawodowych personelu oddziału. W mojej ocenie kadra, którą dysponujemy jest w pełni profesjonalna, posiada duże doświadczenie zawodowe i wykonuje swoje zadania z dużym zaangażowaniem. Pacjentki są również otoczone właściwą opieką i szacunkiem”. (dowód: akta kontroli str. 368)

Uwagi dotyczące
badanej działalności

Najwyższa Izba Kontroli zwraca uwagę, że:

1. Kolposkop, który zgodnie z rozporządzeniami w sprawie świadczeń gwarantowanych, powinien znajdować się w oddziale położniczo-ginekologicznym, przechowywany był w poradni położniczo-ginekologicznej Szpitala. Dopiero w trakcie kontroli NIK urządzenie przeniesiono na oddział. Koordynator oddziału wyjaśnił, że przy pomocy kolposkopu

¹² Dz. U. z 2012 r., poz. 159 ze zm.

wykonywano badania w ramach profilaktyki schorzeń szyjki macicy, zaś dostępność do badań w poradni zapewniano również kobietom w ciąży.

(dowód: akta kontroli str. 90-91, 366, 376-377)

2. Wykonanie przeglądów technicznych 25 spośród 33 urządzeń medycznych wykorzystywanych w oddziale położniczo-ginekologicznym zlecono dopiero w trakcie kontroli NIK, tj. w październiku 2015 roku, mimo że termin ich wykonania upłynął w sierpniu 2015 roku. Położna oddziałowa wyjaśniła, że wynikało to z przeoczenia.

(dowód: akta kontroli str. 119, 349-350)

3. W programie dostosowawczym Szpitala ujęto wygospodarowanie do końca 2015 roku pomieszczenia dla położnic i noworodka w pierwszych godzinach życia, po porodach powikłanych. Pokój taki został co prawda urządzony, lecz nie zapewniono w nim możliwości obserwacji bezpośredniej lub przy użyciu kamer wyposażonych w funkcje autostartu, wymaganej w pkt IV ust. 4 załącznika nr 1 do rozporządzenia w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą. Dyrektor Szpitala wyjaśniła, że „Szpital do końca bieżącego roku zakupi kamerę umożliwiającą obserwację noworodków po porodach powikłanych w pierwszych godzinach życia”.

(dowód: akta kontroli str. 91, 162, 373)

1.4. Zorganizowanie udzielania świadczeń opieki zdrowotnej

Opis stanu
faktycznego

W oddziale położniczo-ginekologicznym nie opracowano pisemnych regulacji dotyczących stosowania standardów opieki okołoporodowej. Położna oddziałowa wyjaśniła: „Nie mamy pisemnej procedury dotyczącej porodu lub obowiązków personelu podczas porodu. Podział obowiązków pomiędzy lekarzem i położną wynika z przyjętej praktyki, a także z bieżących potrzeb pojawiających się w trakcie porodu”.

(dowód: akta kontroli str. 339)

Szpital opracowuje obecnie System Zarządzania Jakością ISO 9001, w ramach którego mają być wdrożone m.in. następujące procedury: [1] opieki nad kobietą ciężarną w oddziale, [2] postępowania z pacjentką przed, w czasie i po porodzie, [3] postępowania z pacjentką po porodzie fizjologicznym, [4] dotyczące toalety noworodka, [5] pomiaru ciśnienia tętniczego u noworodka, [6] wykonywania badań przesiewowych u noworodków, [7] przygotowania pacjentki do cesarskiego cięcia oraz postępowania po zabiegu.

(dowód: akta kontroli str. 105)

W okresie objętym kontrolą do szpitali o wyższym poziomie referencyjności przekazano 21 pacjentek (w tym 10 w 2013 roku, siedem w 2014 roku i cztery w 2015 roku).

(dowód: akta kontroli str. 13)

W regulaminie organizacyjnym Szpitala przyjęto ogóle zasady postępowania przy przekazywaniu pacjentów do innego zakładu opieki zdrowotnej¹³, zgodnie z którymi pacjent może być przekazany po wstępnym uzgodnieniu z ordynatorem, koordynatorem lub lekarzem właściwego oddziału tego zakładu. Ordynator, koordynator lub lekarz przekazujący odnotowuje w historii choroby, do jakiej placówki pacjent został przekazany oraz z kim zostało uzgodnione przyjęcie. Koordynator oddziału położniczo-ginekologicznego wyjaśnił, iż: „Dotychczas nie wystąpiły problemy z przekazywaniem pacjentek oddziału do szpitali o wyższym poziomie referencyjnym (w Łomży i Białymstoku). W przypadku potrzeby leczenia lub diagnozowania pacjentki w szpitalu o wyższym poziomie referencyjnym, pacjentka jest o tym informowana oraz otrzymuje stosowne skierowanie do odpowiedniej placówki. Następnie pacjentka jest przewożona karetką pogotowia ratunkowego wraz z dokumentacją historii choroby do właściwego szpitala. Ograniczenia występują jedynie w dostępności do szybkiego transportu noworodków z zespołem niewydolności krążeniowo-oddechowej urodzonych przedwcześnie, z uwagi na to, iż zespołem transportowym typu N dysponuje jedynie Wojewódzka Stacja Pogotowia Ratunkowego w Białymstoku oddalona o 102 km od Szpitala Ogólnego w Kolnie”.

(dowód: akta kontroli str. 8, 365)

¹³ W § 64 ust. 3 Regulaminu Organizacyjnego Szpitala Ogólnego w Kolnie.

Pacjentkom Szpitala umożliwiono korzystanie ze specjalistycznej pomocy psychologicznej. Jak wyjaśniła psycholog zatrudniona w placówce: „Pacjentki oddziału położniczo-ginekologicznego mają zapewnioną opiekę psychologiczną. Konsultacje na prośbę pacjentek odbywają się bezpośrednio na oddziale, a w razie potrzeby również w gabinecie psychologa. Wsparcie psychologiczne kobietom przed porodem udzielane jest także w działającej przy Szpitalu Poradni Zdrowia Psychicznego. Kobiety zgłaszające się po pomoc psychologiczną stanowią stosunkowo niewielką grupę pacjentek oddziału położniczo-ginekologicznego”. (dowód: akta kontroli str. 106)

W okresie objętym kontrolą pacjentki oddziału położniczo-ginekologicznego nie korzystały z dodatkowej opieki pielęgnacyjnej, o której mowa w art. 34 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Dyrektor Szpitala wyjaśniła, że: „gdyby zaszła potrzeba, na życzenie pacjentki, Szpital jest w stanie zapewnić taką opiekę”. (dowód: akta kontroli str. 349, 393)

W strukturze oddziału położniczo-ginekologicznego Szpitala funkcjonuje szkoła rodzenia, będąca jedyną tego typu placówką na terenie powiatu kolneńskiego¹⁴. Stosownie do regulaminu organizacyjnego Szpitala zadaniem szkoły jest przygotowanie kobiet do porodu oraz promowanie zachowań prozdrowotnych z udziałem lekarza, położnej, psychologa i dietetyczki (a także ojca dziecka lub innej bliskiej osoby). Zajęcia w ramach szkoły (odbywające się od poniedziałku do piątku w godzinach od 16 do 18) obejmują m.in. wykłady i rozmowy indywidualne z psychologiem, wykłady i projekcje filmowe na temat porodu (naturalnego, aktywnego i rodzinnego), położu i pielęgnacji skóry noworodka (kąpiele, przewijania), fizjologii noworodka, pozycji karmienia, a także ćwiczenia oddechowe i gimnastyczne przygotowujące do porodu. Spośród 75 respondentek, które wzięły udział w ankiecie przeprowadzonej w trakcie kontroli, tylko dwie (rodzące fizjologicznie po raz pierwszy) wskazały, iż uczęszczały do szkoły rodzenia. Położna oddziałowa wyjaśniła: „Zdarzają się okresy, w których zainteresowanie zajęciami w szkole rodzenia jest bardzo małe. Ostatnio jednak obserwujemy wzrost zainteresowania kobiet tą formą zajęć”. (dowód: akta kontroli str. 10, 107-118, 350)

W działalności Szpitala w kontrolowanym wyżej zakresie nie stwierdzono nieprawidłowości.

1.5. Sytuacja finansowa Szpitala oraz oddziału położniczo-ginekologicznego

Przychody Szpitala wyniosły 16.782,8 tys. zł w 2013 roku, 16.899,1 tys. zł w 2014 roku i 12.638,7 tys. zł w okresie trzech kwartałów 2015 roku, zaś koszty odpowiednio 17.010,7 tys. zł, 17.776,3 tys. zł i 14.029,7 tys. zł. Strata Szpitala wzrosła z 227,9 tys. zł w 2013 roku, do 877,3 tys. zł w 2014 roku i 1.392,7 tys. zł¹⁵ na koniec września 2015 roku. Zobowiązania wymagalne wyniosły 3.214,7 tys. zł w 2013 roku, 3.476,2 tys. zł w 2014 roku i 4.122,2 tys. zł według stanu na 30 września 2015 roku. Składały się na nie głównie zobowiązania wobec powiatu kolneńskiego z tytułu spłaty przez organ założycielski 1.810,1 tys. zł kredytów długoterminowych, zaciągniętych przez Szpital na spłatę zobowiązań z tytułu zakupów sprzętu medycznego, modernizacji budynku i bloku operacyjnego. (dowód: akta kontroli str. 120-130)

W 2013 roku na położnictwo i ginekologię – hospitalizacja N01 i N20 (kod zakresu 03.445.240.02) Szpital zakontraktował 8.910 punktów rozliczeniowych o wartości 463.320 zł (52 zł za punkt). W ciągu roku, na wniosek Szpitala, wartość kontraktu zwiększono do 10.016 punktów (520.832 zł). Na 2014 rok zakontraktowano zaś 9.568 punktów na kwotę 497.536 zł. Kontrakt, z uwzględnieniem opłaconych świadczeń ponadlimitowych, wykonano w wysokości 671.580 zł (12.915 punktów). (dowód: akta kontroli str. 131-136)

Szpital nie monitorował kosztów poszczególnych świadczeń z zakresu położnictwa. Główna księgowa wyjaśniła, że: „Koszty procedur w postaci porodu fizjologicznego i porodu przez cesarskie cięcie nie były kalkulowane (monitorowane) z uwagi na brak skutków w wycenie procedur przez NFZ, który ustala ją samodzielnie, nie biorąc pod uwagę kosztów Szpitala oraz ze względu na pracochłonność wyceny – wcześniej Szpital dysponował przestarzałymi

¹⁴ Z informacji uzyskanych od jednostek samorządu terytorialnego działających na terenie powiatu kolneńskiego wynika, że żadna z nich nie prowadzi szkół rodzenia.

¹⁵ Wynik finansowy w okresie III kwartałów 2015 roku uwzględniający straty nadzwyczajne w kwocie 1.626 zł.

Ustalone
nieprawidłowości

Opis stanu
faktycznego

systemami informatycznymi, które utrudniały przeprowadzanie analizy jednostkowych kosztów procedur".
(dowód: akta kontroli str.390)

Na podstawie kalkulacji, sporządzonej w trakcie kontroli NIK ustalono, iż średni koszt porodu fizjologicznego i w drodze cesarskiego cięcia wyniósł odpowiednio: 4.033 zł i 5.243 zł w 2013 roku, 3.605 zł i 4.589 zł w 2014 roku oraz 3.564 zł i 4.858 zł w okresie III kwartałów 2015 roku. Wartość punktowa hospitalizacji związanej z porodem ustalona przez NFZ w 2013 roku wynosiła 31 pkt (tj. 1.612 zł), zaś w latach 2014–2015 – 32 pkt (1.664 zł) i nie zapewniała sfinansowania faktycznych kosztów tych świadczeń. Główna księgowa Szpitala wyjaśniła: „Kalkulacje kosztów w/w procedur za lata 2013–2015 wyraźnie wskazują na koszty znacznie wyższe niż oczekiwane, tj. na poziomie przychodów z tytułu udzielania świadczeń w tym zakresie. Należy zatem wskazać kilka istotnych kwestii związanych z przyjętym przez Szpital sposobem rozliczania kosztów. Koszty utrzymania budynku (wchodzące w skład kosztów zarządu) sukcesywnie wzrastają, w wyniku realizacji projektów inwestycyjnych, takich jak modernizacja bloku operacyjnego, termomodernizacja budynku, „Podlaski System Informatyczny e-Zdrowie” (...) Zwiększenie wartości budynku głównego powoduje zwiększenie odpisów amortyzacyjnych. Koszty utrzymania budynku wzrosły w 2014 r. w stosunku do roku 2013 o 28%, w 2015 r. zaś o 44% w stosunku do roku 2014 (wartości szacunkowe na podstawie danych do dnia 30.09.2015 r.). Koszty pośrednie – działalność pomocnicza – w 2013 roku wysokie, jednak ich udział sukcesywnie się zmniejsza, co spowodowane jest rozwojem działalności w zakresie chirurgii ogólnej oraz ortopedii i traumatologii narządu ruchu. Wzrost ilości procedur wykonywanych na bloku operacyjnym przez oddział chirurgii ogólnej powoduje zmniejszenie kosztów bloku operacyjnego przypisywanego proporcjonalnie do oddziału położniczo-ginekologicznego. Zbyt niskie, w stosunku do możliwości, wykorzystywanie kosztochłonnego bloku operacyjnego działającego w trybie ostrego dyżuru, powoduje zwiększenie jednostkowych kosztów procedur medycznych.”
(dowód: akta kontroli str.137-152)

Ustalone
nieprawidłowości

W działalności Szpitala w kontrolowanym wyżej zakresie nie stwierdzono nieprawidłowości.

1.6. Pobieranie opłat od ubezpieczonych pacjentów

Opis stanu
faktycznego

W okresie objętym kontrolą Szpital nie pobierał opłat od ubezpieczonych pacjentek oddziału położniczo-ginekologicznego za świadczenia gwarantowane objęte kontraktem zawartym z POW NFZ.
(dowód: akta kontroli str. 153-160)

Ustalone
nieprawidłowości

W działalności Szpitala w kontrolowanym wyżej zakresie nie stwierdzono nieprawidłowości.

Ocena częściowa

Oddział położniczo-ginekologiczny Szpitala został odpowiednio przygotowany do sprawowania opieki okołoporodowej. Wyposażono go w sprzęt i aparaturę medyczną oraz zorganizowano udzielanie świadczeń zdrowotnych stosownie do zasad przyjętych dla oddziałów I stopnia referencyjnego i zgodnie z umową zawartą NFZ. Zatrudniono także personel w liczbie i o kwalifikacjach wymaganych przez NFZ. Jednak organizacja czasu pracy lekarzy (przekraczającego niejednokrotnie 24 godziny bez przerwy) może budzić uzasadnione wątpliwości, co do jakości usług i zapewnienia bezpieczeństwa pacjentek. Nie zapewniono także możliwości podawania znieczulenia pacjentkom znajdującym się na oddziale położniczo-ginekologicznym w trakcie jednoczesnego wykonywania zabiegu na bloku operacyjnym. Sale łóżkowe, zorganizowane w systemie „matka z dzieckiem”, nie spełniały wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą. Pacjentkom oddziału nie zapewniono także prawa do intymności i prywatności na sali porodowej.

2. Przestrzeganie standardów opieki okołoporodowej i praw pacjenta

Opis stanu
faktycznego

2.1. W okresie objętym kontrolą wpłynęły dwie niżej opisane skargi na działania personelu oddziału położniczo-ginekologicznego.

W dniu 23.10.2013 r. Michał R. złożył do dyrekcji Szpitala skargę na opieszałość działań personelu związanych z diagnozowaniem jego ciężarnej żony oraz przekazaniem jej do szpitala o wyższym poziomie referencyjnym. Stwierdził, że długotrwałe oczekiwanie na fachową pomoc oraz nietrafna ocena stanu pacjentki, doprowadziły do śmierci dziecka. W odpowiedzi na skargę Dyrektor Szpitala poinformowała Michała R., iż podniesione przez

niego zarzuty nie potwierdziły się. Wskazała, że w czasie dwugodzinnej hospitalizacji pacjentki wykonano czterokrotne badanie KTG, USG, badanie laboratoryjne oraz zastosowano niezbędne leki. Niezwłocznie po stwierdzeniu występowania czynników ryzyka (poród przedwczesny zagrażający) podjęto decyzję o przekazaniu pacjentki do Szpitala Wojewódzkiego w Łomży, zapewniającego opiekę nad patologią ciąży średniego stopnia. W ocenie Dyrektora Szpitala kolejność poszczególnych czynności diagnostycznych i czas ich trwania nie naruszały zasad dobrej praktyki lekarskiej i pielęgnarskiej oraz standardów opieki okołoporodowej. (dowód: akta kontroli str. 164)

W dniu 17.12.2013 r. pacjentka Ewa B. złożyła do Rzecznika Praw Pacjenta skargę, w której wskazała, że 24.04.2013 r. została przyjęta na oddział położniczo-ginekologiczny Szpitala z rozpoznaniem klinicznym „zagrażające poronienie”. Jak wynika z relacji skarżącej, podczas pięciodniowego pobytu w szpitalu (od 24 do 29.04.2013 r.), podawano jej leki „bez słowa wyjaśnienia”, żaden z lekarzy nie informował jej o stanie zdrowia oraz rokowaniach. Pacjentkę wypisano ze szpitala w stanie ogólnym „znormalizowanym”. Ostatecznie została przyjęta do Szpitala Dzieciątka Jezus w Warszawie, gdzie usunięto jej ciążę pozamaciczną wraz z lewym jajowodem. Na podstawie zebranego materiału dowodowego Rzecznik Praw Pacjenta stwierdził, że doszło do naruszenia praw pacjentki polegającego na: [1] wypisaniu jej ze Szpitala pomimo niezakończenia procesu diagnostycznego (art. 6 ust. 1, art. 8 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta), [2] niewłaściwym informowaniu pacjentki o stanie jej zdrowia oraz zalecaniach co do dalszej diagnostyki i leczenia (art. 9 ust. 1 i 2 wymienionej ustawy), [3] prowadzeniu dokumentacji niezgodnie z przepisami rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania¹⁶ (tj. m.in. niezłączeniu do dokumentacji wyniku badania USG oraz braku dokumentacji medycznej z wizyty kontrolnej). W związku z powyższym Rzecznik wniósł o: [1] zastosowanie sankcji służbowych wobec osób odpowiedzialnych za naruszenie praw pacjentki, [2] udzielenie pisemnych pouczeń lekarzom oddziału położniczo-ginekologicznego o obowiązku udzielania rzetelnych, zrozumiałych i dostosowanych do indywidualnych potrzeb pacjentów informacji o ich stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metod diagnostycznych, leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu, [3] przeprowadzenie szkolenia personelu medycznego szpitala w zakresie przepisów ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (w tym w szczególności w zakresie prawa do informacji) oraz rozporządzenia w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania, [4] rozważenie opracowania procedur wewnętrznych regulujących prowadzenie dokumentacji medycznej, zgodnie z art. 24 ust. 1 w zw. z art. 25 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz wymienionego rozporządzenia. Dyrektor Szpitala wyjaśniła: „W przypadku Ewy B. zostało przeprowadzone postępowanie wyjaśniające. Personel medyczny oddziału położniczo-ginekologicznego został pouczony i zobowiązany do wyeliminowania podobnych uchybień w przyszłości”. (dowód: akta kontroli str. 164-166, 372)

W sprawie tej toczy się również postępowanie przed Wojewódzką Komisją do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych (do dnia kontroli NIK nie zostało ono zakończone). Z opinii dwóch biegłych sporządzonych w trakcie postępowania wynika, że proces diagnozowania i leczenia pacjentki był prawidłowy, zaś dalsza jej hospitalizacja w oddziale położniczo-ginekologicznym Szpitala nie była konieczna. (dowód: akta kontroli str. 167-174)

W październiku 2015 roku do Sądu Rejonowego w Łomży wpłynął akt oskarżenia przeciwko Dyrektorowi Szpitala, której zarzucono, iż w wyniku niezapewnienia przez nią stałego dostępu oddziału położniczo-ginekologicznego do bloku operacyjnego oraz braku odpowiedniej obsady etatowej anestezjologów, wymaganej w rozporządzeniu Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 27 lutego 1998 r. w sprawie standardów postępowania oraz procedur medycznych przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu anestezjologii i intensywnej terapii w zakładach opieki zdrowotnej¹⁷, uniemożliwiła niezwłoczne przeprowadzenie

¹⁶ Dz. U. z 2014 r., poz. 177.

¹⁷ Dz. U. z 1998 r. Nr 37, poz. 215 ze zm. (uchylone z dniem 1 stycznia 2013 r.).

10.08.2011 r. zabiegu operacyjnego rozwiązania ciąży i laparotomii Beaty B., przez co nieumyślnie naraziła ją oraz jej dziecko na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia. W wyniku przeprowadzonego w tej sprawie śledztwa ustalono, że w momencie podjęcia decyzji o natychmiastowym rozwiązaniu porodu przez cesarskie cięcie, jedyny dyżurujący anestezjolog miał pod opieką niestabilną pacjentkę, której wykonywano planowy zabieg chirurgiczny, zatem nie mógł on jednocześnie przeprowadzić znieczulenia Beaty B. (cesarskie cięcie, zakończone wydobyciem martwego płodu, wykonano po upływie 20–25 minut od przewiezienia pacjentki na blok operacyjny). (dowód: akta kontroli str. 175-178)

2.2. Na podstawie analizy losowo wybranych historii chorób 100 pacjentek oddziału położniczo-ginekologicznego¹⁸ ustalono, że:

- udokumentowano realizację większości czynności określonych w standardach opieki okołoporodowej (szerzej problematykę tę przedstawiono w dalszej części wystąpienia pokontrolnego, w sekcji „Ustalone nieprawidłowości”),
- świadczenia zdrowotne były wykonywane przez personel wymieniony w umowie zawartej z POW NFZ,
- wszystkie pacjentki podczas przyjmowania do Szpitala wyraziły na piśmie ogólną zgodę na leczenie, zaś od pacjentek, którym wykonywano cesarskie cięcie lub znieczulenie zewnątrzoponowe¹⁹ albo podpajęczynówkowe²⁰ uzyskano pisemną zgodę na te zabiegi,
- w dokumentacji wszystkich pacjentek, które rodziły dziecko w drodze cesarskiego cięcia znajdowało się wskazanie medyczne do wykonania tego zabiegu²¹,
- w dokumentacji wszystkich pacjentek, odbywających poród fizjologiczny zamieszczono kartę obserwacji porodu. Partogramu nie sporządzono dla 29 pacjentek rodzących w drodze cesarskiego cięcia. *Położna oddziałowa wyjaśniła, że: „Były to cięcia planowane, gdzie nie rozpoczął się poród, dlatego też w tych przypadkach nie sporządzono kart obserwacji porodu. Partogramy są natomiast zakładane zawsze przy porodach fizjologicznych, z których część, w związku z wystąpieniem nagłych przyczyn medycznych, rozwiązywana jest przez cesarskie cięcie (w dokumentacji medycznej pozostaje wówczas sporządzona wcześniej karta obserwacji porodu)”*.

Zgoda na operację (cesarskie cięcie) zawierała oświadczenie pacjentki, iż zapoznała się ze szczegółowym opisem leczenia operacyjnego, jego celowością i oczekiwanym wynikiem oraz potencjalnymi zagrożeniami mogącymi wystąpić w wyniku leczenia, a także stwierdzenie lekarza, że przedstawił pacjentce planowany sposób leczenia operacyjnego oraz poinformował o możliwych zagrożeniach i powikłaniach, które mogą wystąpić w przebiegu lub w wyniku operacji (w formularzu zgody nie wymieniono możliwych powikłań). W dokumentacji nie odnotowano zgody pacjentek na wykonywanie innych czynności. Koordynator oddziału wyjaśnił, że pacjentki wyrażają ustną zgodę bezpośrednio przed nacięciem krocza, założeniem cewnika Foleya (w przypadku cesarskiego cięcia) oraz w przypadku wykonywania innych czynności diagnostycznych i pielęgnacyjno-leczniczych (np. golenie wzgórka łonowego, wykonanie enemu²²).

(dowód: akta kontroli str. 179-331, 345, 375, 394-395)

Spośród 50 porodów fizjologicznych objętych analizą, jedynie 15 (30%) odbyło się bez ingerencji medycznej. Ponadto odsetek porodów rozwiązanych w drodze cesarskiego cięcia wzrósł z 33% w 2013 roku do 42,6% w okresie trzech kwartałów 2015 r. (co zostało szerzej opisane w dalszej części wystąpienia pokontrolnego, w sekcji „Uwagi dotyczące badanej działalności”).

W Szpitalu nie odnotowano wzrostu liczby znieczuleń zewnątrzoponowych w związku z wejściem w życie od 1 lipca 2015 r. zarządzenia NFZ wprowadzającego dodatkową

¹⁸ Analizą objęto historie chorób pacjentek rodzących w latach 2013–2015, w tym 50 dokumentacji pacjentek odbywających porody fizjologiczne (20 z 2013 roku, 20 z 2014 roku i 10 z 2015 roku) oraz 50 dokumentacji pacjentek, u których rozwiązanie nastąpiło w drodze cesarskiego cięcia (19 z 2013 roku, 20 z 2014 roku i 11 z 2015 roku).

¹⁹ W badanej dokumentacji stwierdzono jeden taki przypadek.

²⁰ Znieczulenie takie podano we wszystkich analizowanych przypadkach rozwiązania porodu przez cesarskie cięcie.

²¹ Najczęściej były to: stan po cięciu cesarskim (20 przypadków), położenie miednicowe płodu, przedwczesne odejście wód płodowych, brak postępu porodu, zagrażająca wewnątrzmaciczna zamarłwica płodu.

²² Na czynności takie pacjentki wyrażają również zgodę w planie porodu.

płatność (po 416 zł) na rzecz świadczeniodawców za każdy poród, w trakcie którego zastosowano to znieczulenie²³. W III kwartale 2015 roku ze znieczulenia tego skorzystała jedna pacjentka (w analogicznym okresie 2014 roku nie wykonywano takich zabiegów). Odsetek porodów zakończonych cesarskim cięciem po 1 lipca 2015 r. wyniósł 38%, zaś w I połowie 2015 roku – 44%.
(dowód: akta kontroli str. 332-333)

W odczuciu części ankietowanych kobiet nie przestrzegano niektórych standardów opieki okołoporodowej i praw wynikających z ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. W ocenie respondentek:

- na ogół nie mogły one wybrać osoby prowadzącej poród (odpowiedzi takiej udzieliło 94,2% pacjentek odbywających poród fizjologiczny i 79,2% rodzących przez cesarskie cięcie),
- nie zostały wystarczająco poinformowane przez osobę prowadzącą poród o stanie zdrowia i zagrożeniach ciąży (odpowiednio 42% i 26,9%),
- osoba prowadząca poród: niewystarczająco wyjaśniła jak będzie przebiegał poród (51,9% i 61,5%), nie pytała o pisemną zgodę na nacięcie krocza (62,7% pacjentek rodzących fizjologicznie) oraz na cesarskie cięcie (22,2% rodzących w ten sposób), nie zaproponowała, aby przy porodzie był ktoś bliski (32,7% i 72%) i nie pytała o zgodę na obecność przy porodzie osób innych niż personel medyczny (55,8% i 80,8%),
- w okresie parcia, w trakcie porodu fizjologicznego, osoba prowadząca poród nie informowała, w jakim stanie w tym okresie jest pacjentka i dziecko (34% ankietowanych),
- nie mogły wybrać miejsca porodu (88,2%), ani pozycji, w jakiej będą rodzić (86,8%),
- w trakcie porodu fizjologicznego nie pytano czy podać znieczulenie (82,7% respondentek); 90,2% ankietowanych wskazało, że nie mogło wybrać rodzaju znieczulenia, zaś 67,9%, że nie podano im znieczulenia,
- prowadzący poród nie poinformował ich o negatywnych skutkach cesarskiego cięcia (59,3%), zaś 18,5% wskazało, że poród ten odbył się na ich życzenie,
- nie były wystarczająco poinformowane o swoim stanie zdrowia i stanie zdrowia dziecka przed porodem (odpowiedzi takiej udzieliło 29,6% i 30,8% kobiet odbywających poród fizjologiczny oraz 29,6% i 37% kobiet rodzących w drodze cięcia cesarskiego).

(dowód: akta kontroli str. 351-364)

Jedna z ankietowanych pacjentek Szpitala wskazała, iż w II fazie porodu fizjologicznego całym ciałem uciskano jej brzuch w celu przyspieszenia porodu (co zostało opisane w dalszej części wystąpienia pokontrolnego, w sekcji „Uwagi dotyczące badanej działalności”).

Dyrektor Szpitala, odnosząc się do wyników ankiet wyjaśniła: „W oddziale położniczo-ginekologicznym obsada lekarska do godz. 15:00 jest dwuosobowa, natomiast w godzinach dyżurowych jednoosobowa. Możliwość wyboru jest zatem oczywista. Każda z pacjentek jest na bieżąco informowana o swoim i dziecka stanie zdrowia, planach związanych z porodem i jego postępie, a w konsekwencji o decyzjach z tego wynikających (...) W trakcie hospitalizacji każde uwagi oraz prośby pacjentek są uwzględniane i w miarę możliwości realizowane. Nie odnotowano żadnych skarg – zastrzeżeń zgłoszonych przez pacjentki podczas pobytu na oddziale położniczo-ginekologicznym. W Szpitalu Ogólnym w Kolnie, w tym również na oddziale położniczo-ginekologicznym respektowane są wszystkie prawa pacjenta, również te w zakresie poszanowania prywatności oraz intymności. Wszystkie pacjentki są informowane o skutkach cięcia cesarskiego. Ponadto wszystkie pacjentki przed wykonaniem zabiegu cięcia cesarskiego podpisują zgodę na znieczulenie (druk: „Świadoma zgoda na znieczulenie” oraz „Ankieta przedoperacyjna/świadoma zgoda pacjenta za znieczulenie”). Chciałabym również zaznaczyć, iż w ciągu ostatnich lat nie docierały do mnie sygnały o nieprawidłowościach wykazanych ankietą. Ponadto chciałabym nadmienić, iż każdego roku w naszej jednostce przeprowadzana jest ankieta satysfakcji

²³ Zarządzenie Nr 34/2015/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 30 czerwca 2015 r. zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: leczenie szpitalne.

pacjentów hospitalizowanych na oddziałach stacjonarnych Szpitala Ogólnego w Kolnie. Wyniki ostatniej ankiety pokazują, iż oddział położniczo-ginekologiczny jest najlepiej ocenianym oddziałem Szpitala". (dowód: akta kontroli str. 381)

Wyniki ankiet skomentował również koordynator oddziału, który wyjaśnił: „Pacjentki mają możliwość wyboru osoby prowadzącej poród spośród personelu przebywającego w danym dniu na oddziale. Czasem jest to tylko jeden lekarz na dyżurze. Pacjentki zawsze są szczegółowo informowane o ich stanie zdrowia, stanie zdrowia dziecka przed i po porodzie, a także o ewentualnych zagrożeniach ciąży, również o postępie porodu i jego przebiegu w każdej fazie i podejmowanych decyzjach podczas porodu, który jest procesem dynamicznym. W każdym przypadku cesarskiego cięcia oraz wykonania znieczulenia pacjentka podpisuje świadomą zgodę. Pacjentki jeszcze w okresie przedporodowym, na pytanie, czy jest możliwy udział osoby bliskiej, zawsze otrzymują odpowiedź twierdzącą. Nie widzę potrzeby zabiegania o obecność przy porodzie osób innych niż personel szpitala, ale jeśli pacjentki życzyłyby sobie obecności np. douli, jest to możliwe. Pacjentki zawsze są informowane o możliwościach skorzystania z różnych metod znieczulenia, w tym niefarmakologicznych. Zawsze są pytane o podanie znieczulenia farmakologicznego. O wyborze formy znieczulenia decyduje również przebieg, postępowanie porodu oraz stopień nasilenia dolegliwości bólowych. Gdy zawiodą metody niefarmakologiczne stosuje się np. entonox, buskolizynę w formie iniekcji lub czopków. Podanie środków farmakologicznych zawsze jest odnotowywane w dokumentacji medycznej, natomiast nie ma obowiązku odnotowywania w tej dokumentacji zastosowanych metod niefarmakologicznych. W Szpitalu w zasadzie nie ma możliwości rodzenia poza salą porodową i w innych pozycjach niż leżąca. Zdarzają się jednak nieliczne porody w pozycji bocznej i kolankowo-łokciowej (na czworakach) na fotelu porodowym. Pacjentki, podpisując zgodę na wykonanie cesarskiego cięcia, są informowane, że jest to zabieg operacyjny i jak każda interwencja tego typu jest obciążony ryzykiem większym niż poród naturalny. Nie wykonujemy cięć cesarskich na życzenie pacjentek.” (dowód: akta kontroli str. 367-368)

Na podstawie dokumentacji medycznej 100 noworodków²⁴, ustalono że 75 z nich karmionych było mlekiem matki, zaś 25 dokarmiano mlekiem modyfikowanym (tzw. początkowym). Położna oddziałowa, podając przyczyny i sposób dokarmiania noworodków sztucznym pokarmem, wyjaśniła: „Noworodki karmione są przez personel lub przez matki pod nadzorem pielęgniarki albo położnej. W obu przypadkach dzieci karmione są z oryginalnych jednorazowych buteleczek producenta, najczęściej Bebiko 1 o pojemności do 90 ml. Przez krótki czas (2013 r.) podawaliśmy również mleko producenta Gerber w buteleczkach o poj. 60 ml, a także mleko NAN. W celu ułatwienia noworodkom pobierania pokarmu na buteleczki nakładane są smoczki jednorazowe (...) Mleko modyfikowane podawane jest w wyjątkowych sytuacjach, na zlecenie lekarza, w przypadku gdy są przeciwwskazania do karmienia piersią (np. gdy matka przyjmuje określone leki), przy leczeniu żółtaczki pokarmowej, przy leczeniu hipoglikemii w pierwszych godzinach życia lub odmowy karmienia piersią przez matkę (...) Pragnę zaznaczyć, że mleko modyfikowane podawane jest na ogół w ramach dokarmiania, a nie w celu zastąpienia mleka matki. Odstępstwa od tej reguły, czyli podawanie wyłącznie mleka modyfikowanego, zdarzają się bardzo rzadko, na wyraźne żądanie matki”. (dowód: akta kontroli str. 278, 329, 349)

W latach 2013–2015 na oddział położniczo-ginekologiczny przekazano z apteki szpitalnej 1.380 buteleczek mleka modyfikowanego (w tym 96 w 2013 roku²⁵, 494 w 2014 roku²⁶ i 838 w 2015 roku²⁷). W oddziale nie prowadzono ewidencji zużytego mleka. Położna oddziałowa wyjaśniła: „(...) z zawartości butelki (na ogół 90 ml) noworodek jednorazowo zjada od 10 do 40 ml (najczęściej 10–20 ml). Przy następnym karmieniu otwiera się nową butelkę”. (dowód: akta kontroli str. 334-337, 341)

²⁴ Badaniem objęto dokumentację noworodków urodzonych fizjologicznie oraz przez cesarskie cięcie przez matki, których dokumentację medyczną wylosowano do szczegółowego badania.

²⁵ W tym: w styczniu 64 opakowania i w marcu 32 opakowania. W 2013 roku wydano również 4 opakowania po 400g mleka w proszku NAN H.A. 1.

²⁶ W tym: w lipcu - 96, w sierpniu - 120, we wrześniu - 96, w październiku 116 (w tym 48 buteleczek mleka „Gerber” 60 ml), w listopadzie - 66.

²⁷ W tym: w styczniu - 178, w marcu - 152, w kwietniu - 100, w maju - 96, w czerwcu - 96, w lipcu - 96, w sierpniu - 48 i we wrześniu - 72.

Standardem w przypadku braku lub niedoboru mleka matki powinno być dokarmianie w pierwszej kolejności mlekiem od kwalifikowanych dawczyń. W szpitalu nie zapewniono dostępu do mleka z banku mleka kobiecego, gdyż – jak wyjaśniła położna oddziałowa – najbliższy taki bank znajduje się w Warszawie. (dowód: akta kontroli str. 349)

Co czwarta z ankietowanych pacjentek odbywających poród fizjologiczny stwierdziła, że nikt z personelu szpitala nie pokazał im jak przystawiać dziecko do piersi. Ponadto 86,8% z nich oraz 74,1% kobiet rodzących przez cesarskie cięcie wskazało, że w szpitalu nie odciągano im mleka do nakarmienia dziecka. Koordynator oddziału, odnosząc się do tych opinii wyjaśnił: „Pacjentkom rodzącym w naszym oddziale sugerujemy, aby przystawiały dziecko do piersi. Zdarzają się jednak wyraźne odmowy karmienia piersią. Dyrektor Szpitala wyjaśniła ponadto, że każda z pacjentek jest instruowana w zakresie przystawienia dziecka do piersi oraz informowana o korzyściach wynikających z naturalnego karmienia.

(dowód: akta kontroli str. 351-364, 374,381)

Położna oddziałowa wyjaśniła: „Posiadamy jeden laktator, który jest wykorzystywany w miarę zgłaszanych potrzeb. Jednak pacjentki często zgłaszają się do szpitala z własnymi laktatorami. Nie praktykujemy podawania noworodkom, których matki nie mogą karmić piersią mleka od innych kobiet. Nie proponujemy kobietom takiego rozwiązania. Nie było również takich oczekiwań ze strony matek, które nie są w stanie karmić piersią (...) Dotychczas nie zdarzyło się, aby zaszła potrzeba magazynowania odciągniętego mleka lub jego nadmiaru. Nasze pacjentki na ogół krótko przebywają na oddziale i na bieżąco zużywają odciągnięte mleko. Lodówka znajdująca się na trakcie porodowym służy do przechowywania leków, głównie oksytocyny. W drugiej lodówce, znajdującej się na korytarzu oddziałowym, przechowujemy żywność. Gdyby jednak pojawiła się potrzeba magazynowania mleka kobiet jesteśmy w stanie wygospodarować miejsce w lodówce służącej do przechowywania leków”. (dowód: akta kontroli str. 90-91, 96, 349, 391-392)

Personel oddziału położniczo-ginekologicznego nie został przeszkolony w zakresie Programu wczesnej stymulacji laktacji. Jak wyjaśniła położna oddziałowa: „wiedzę na temat wczesnej stymulacji laktacji oraz prawidłowego przystawiania dziecka do piersi nabyliśmy w trakcie nauki w szkołach położnych”. (dowód: akta kontroli str. 89, 349)

2.2. Dyrektor Szpitala, wskazując na problemy i bariery w stosowaniu standardów opieki okołoporodowej wyjaśniła: „Aby na oddziale położniczo-ginekologicznym zachowane były wszelkie standardy jakości Szpital powinien otrzymywać większą kwotę za wykonywane procedury z zakresu położnictwa i ginekologii w ramach umowy zawartej z NFZ POW. Szpital posiada dużo większe możliwości wykonywania procedur na oddziale, niż kontrakt zawarty z NFZ POW, dlatego z każdym rokiem generuje nadwykonania w zakresie położnictwa i ginekologii, za które NFZ nie płaci”. (dowód: akta kontroli str. 374)

Koordynator oddziału wyjaśnił: „Standardy postępowania medycznego określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia są moim zdaniem zasadne. Stosowanie ich w praktyce byłoby skuteczniejsze, gdyby Polskie Towarzystwo Ginekologiczne wprowadziło jednolite algorytmy postępowania w miejsce obecnie przyjętych rekomendacji”.

(dowód: akta kontroli str. 368)

2.3. Pacjentkom oddziału przekazywano nieodpłatnie próbki produktów dla noworodka. Jak wyjaśnił koordynator oddziału położniczo-ginekologicznego, najczęściej są to zestawy pielęgnacyjne (pampersy, oliwki, puder), które Szpital otrzymuje w formie darowizn od różnych podmiotów. Dyrektor Szpitala wyjaśniła, że nie zawierano umów z dostawcami tych produktów. Wskazała, że materiały pielęgnacyjne i higieniczne, w postaci pakietów, są dostarczane do większości oddziałów położniczo-ginekologicznych w ramach działalności marketingowej i promocyjnej. Wyniki ankiet przeprowadzonych wśród pacjentek wskazują, że z reklamami tych produktów zetknęło się 65,5% kobiet odbywających poród fizjologiczny i 59,3% rodzących przez cesarskie cięcie, zaś połowa respondentek²⁸ otrzymała później propozycje zakupu tych towarów. Położna oddziałowa, odnosząc się do otrzymywania przez pacjentki materiałów promocyjnych, wyjaśniła: „Do materiałów tych dołączane są ankiety, w których pacjentki mogą wpisać swoje dane osobowe, w celu

²⁸ 46,9% kobiet, które rodziły fizjologicznie i 50% pacjentek rodzących przez cesarskie cięcie.

otrzymania kolejnych ofert lub propozycji zakupu tych produktów. Personel nie pomaga pacjentkom w ich wypełnianiu. Ankiety te zbieramy później i wysyłamy na wskazany adres (w kopertach już zaadresowanych). O ile mi wiadomo, Szpital nie odnosi żadnych profitów z tego tytułu. Nie potrafię powiedzieć, skąd się wzięła taka praktyka. Jest tak odkąd pracuję w Szpitalu. Pacjentki na ogół są zadowolone, kiedy mogą otrzymywać takie materiały. Część pacjentek rezygnuje jednak pakietów reklamowych i nie przekazuje nam wypełnionych ankiet".
(dowód: akta kontroli str. 351-364, 372, 391)

Na terenie oddziału położniczo-ginekologicznego dostępne były ulotki reklamujące preparaty do żywienia niemowląt powyżej 6. miesiąca życia (co zostało opisane poniżej, w sekcji „Ustalone nieprawidłowości”).

Ustalone
nieprawidłowości

W działalności Szpitala w przedstawionym wyżej zakresie stwierdzono następujące nieprawidłowości:

1. Nie przestrzegano standardu opieki okołoporodowej, polegającego na zapewnieniu co najmniej dwugodzinnego nieprzerwanego kontaktu dziecka z matką „skóra do skóry”. Analiza dokumentacji medycznej 50 pacjentek odbywających poród fizjologiczny wykazała, że w 17 przypadkach kontakt ten wynosił najwyżej 5 minut, w 26 przypadkach nie przekraczał 10 minut, zaś w pięciu przypadkach trwał od 15 do 20 minut. Po tym czasie noworodki przenoszono do pokoju opieki pośredniej i ciągłej, w którym oczekiwały na matkę (od 35 minut do 2 godzin). Nieprzestrzeganie standardu potwierdziły również wyniki ankiet przeprowadzonych wśród pacjentek²⁹. Położna oddziałowa wyjaśniła: „Nie jest możliwe, aby noworodki były zabierane matkom po 5 minutach lub wcześniej. Zapisy w dokumentacji zapewne wynikają z błędu. Dzieci spędzają na brzuchu matki minimum 10–15 minut, po czym przenoszone są do sali opieki pośredniej i ciągłej, gdzie oczekują na przybycie matki na salę położnic i nie wracają już na salę porodową. Czas oczekiwania dziecka na matkę wynosi do 2 godzin. Na sali opieki pośredniej i ciągłej oprócz pielęgniarki i położnej przy noworodkach często przebywają ojcowie (czuwają przy łóżeczku). W naszym Szpitalu nie praktykujemy kangurowania noworodków przez ojców. Głównym powodem niezapewnienia matkom co najmniej 2-godzinnego kontaktu z dzieckiem „skóra do skóry” są niedostatki kadrowe dotyczące średniego personelu medycznego. Przy obecnej obsadzie etatowej oddziału trudno jest zapewnić nieprzerwany dwugodzinny nadzór nad kangurowaniem”.
Koordynator oddziału wyjaśnił: „W mojej ocenie kontakt matki z dzieckiem „skóra do skóry” jest stosowany, wprawdzie nie w pełnym wymiarze 2 godzin, co spowodowane jest obowiązkiem dokonania oceny stanu zdrowia noworodka w skali Apgar, która wykonywana jest w odpowiednich warunkach termicznych na stanowisku pielęgnacji noworodka”.
(dowód: akta kontroli str. 179-277, 349, 368)
2. Prawo pacjentki do wyboru osoby sprawującej opiekę, przewidziane w pkt. 12 ust. 1 załącznika standardów opieki okołoporodowej, po godzinie 15.00 i w dni wolne od pracy ograniczono do jednego lekarza sprawującego dyżur na oddziale, zaś prawo do wyboru dogodnej dla pacjentki pozycji w trakcie porodu (ust. 4 pkt 6 rozdziału IX załącznika do standardów opieki okołoporodowej) – do pozycji leżącej, co szerzej opisano w punkcie 2.2. wystąpienia.
3. W poddanej badaniom dokumentacji medycznej 50 pacjentek odbywających poród fizjologiczny w latach 2013–2015 (III kwartał) nie odnotowano następujących czynności wymaganych standardami opieki okołoporodowej: [1] oceny przygotowania do porodu oraz aktywnego w nim uczestnictwa³⁰, [2] pozostawiania w stałym kontakcie z rodzącą, po przygotowaniu zestawu do porodu i miejsca do porodu³¹, [3] współpracy z rodzącą umożliwiającej przyjęcie dogodnej dla niej pozycji oraz sposobu parcia przyczyniającego się do postępu porodu, ze szczególnym uwzględnieniem pozycji wertykalnych³², [4] oceny stanu ogólnego rodzącej, na podstawie podstawowych parametrów stanu

²⁹ Na niezapewnienie nieprzerwanego kontaktu z dzieckiem „skóra do skóry” tuż po urodzeniu noworodka wskazało 41,7% kobiet rodzących w drodze cesarskiego cięcia.

³⁰ Standard określony w ust. 2 pkt 2 lit. o rozdziału VIII. Postępowanie w I okresie porodu.

³¹ Standard określony w ust. 4 pkt 4 rozdziału IX. Postępowanie w II okresie porodu.

³² Standard określony w ust. 4 pkt 6 rozdziału IX. Postępowanie w II okresie porodu.

ogólnego oraz oceny zabarwienia powłok skórnych i błon śluzowych³³, [5] poinformowania matki o godzinie porodu i płci dziecka³⁴, [6] obserwacji przebiegu kontaktu matki i dziecka „skóra do skóry” oraz pomocy w przystawieniu noworodka, do piersi, jeśli stan ogólny noworodka i matki na to pozwalają³⁵. Ponadto, stosownie do § 34 pkt 12 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania³⁶, w księdze bloku porodowego należy odnotować szczegółowy opis przebiegu porodu.

(dowód: akta kontroli str. 179-277)

Położna oddziałowa wyjaśniła: *„Elementy te zostały przeoczone podczas opracowywania dokumentacji medycznej (nie dysponowaliśmy stosownymi rubrykami do ich odnotowywania). Czynności te, mimo braku udokumentowania, były jednak wykonywane, z wyjątkiem porodów w pozycjach wertykalnych, których nie przeprowadza się w naszym oddziale”.* (dowód: akta kontroli str. 348)

4. Wbrew zakazowi wynikającemu z art. 25 ustawy z dnia 16 września 2010 r. o bezpieczeństwie żywności i żywienia³⁷, na terenie oddziału położniczo-ginekologicznego dostępne były ulotki reklamujące preparaty do żywienia niemowląt NAN Pro2 i NAN Pro H.A. 2 (tzw. mleko następne powyżej 6. miesiąca życia). Ponadto w pomieszczeniu zabiegowym umieszczono przenośny parawan z reklamą produktu Bebiko2. Stosownie do § 20 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 16 września 2010 r. w sprawie środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego³⁸ materiały informacyjne i edukacyjne dotyczące żywienia niemowląt i małych dzieci mogą być dostarczane nieodpłatnie przez podmioty działające na rynku spożywczym, produkujące lub wprowadzające do obrotu preparaty do początkowego żywienia niemowląt lub przedmioty służące do karmienia niemowląt, pod warunkiem, że nie zawierają nazwy handlowej preparatu do początkowego żywienia niemowląt. Dyrektor Szpitala wyjaśniła: *„Ulotki reklamujące mleko modyfikowane zawierają informacje o naturalnym sposobie karmienia piersią – są to przydatne informacje głównie dla młodych matek. Jednakże w związku z zakazem wynikającym z art. 25 ustawy o bezpieczeństwie żywności i żywienia w dniu dzisiejszym z oddziału zostały usunięte wszystkie ulotki oraz reklamy mleka modyfikowanego”.* Przeprowadzone w trakcie kontroli ponowne oględziny pomieszczeń oddziału potwierdziły usunięcie reklam mleka modyfikowanego.

(dowód: akta kontroli str. 90-91, 103, 373, 376-379)

Uwagi dotyczące
badanej działalności

Najwyższa Izba Kontroli zwraca uwagę, że:

1. Liczba porodów rozwiązanych w drodze cięcia cesarskiego stanowiła w kolejnych latach objętych kontrolą 33%, 35,9% i 42,6% ogółu porodów³⁹ (przy wskaźniku 10%–15% zalecanym przez Światową Organizację Zdrowia). Spośród 50 porodów fizjologicznych objętych analizą, 15 (30%) odbyło się bez ingerencji medycznej. W trakcie pozostałych, 19 pacjentkom nacięto krocze, 27 podano oksytocynę (w celu wywołania porodu lub stymulacji skurczów), zaś u czterech przebito pęcherz płodowy. Standardy postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej, nakazują ograniczenie do niezbędnego minimum interwencji medycznych, w szczególności: amniotomii, stymulacji czynności skurczowej, podawania opioidów, nacięcia krocza, cięcia cesarskiego. (dowód: akta kontroli str. 13, 166-266)

W oddziale analizowano przyczyny wysokiego odsetka cięć cesarskich. W ocenie koordynatora oddziału położniczo-ginekologicznego: *„Jest to konsekwencją większej dostępności do świadczeń anestezjologicznych (znieczulenia) oraz lepszej diagnostyki stosowanej wobec kobiety ciężarnej i rodzącej. Wczesne wykrycie nieprawidłowości u kobiety rodzącej lub jej dziecka ma wpływ na zwiększony odsetek porodów zakończonych drogą cięcia cesarskiego. Wpływ na liczbę cięć mają również*

³³ Standard określony w ust. 3 pkt 1 rozdziału X. Postępowanie w III okresie porodu.

³⁴ Standard określony w ust. 3 pkt 2 rozdziału X. Postępowanie w III okresie porodu.

³⁵ Standard określony w ust. 3 pkt 6 rozdziału X. Postępowanie w III okresie porodu

³⁶ Dz. U. z 2014 r., poz. 177 ze zm.

³⁷ Dz. U. z 2015 r., poz. 594 ze zm.

³⁸ Dz. U. z 2015 r., poz. 1026.

³⁹ W latach 2010–2012 odsetek ten wynosił odpowiednio: 32,8%, 27,5% i 37,2%.

przeciwwskazania do porodu fizjologicznego, z którymi zgłaszają się kobiety ciężarne. Ponadto liczba wskazań do cięcia cesarskiego w ostatnich latach uległa rozszerzeniu, co znajduje odzwierciedlenie w rekomendacjach Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego oraz liczbie czynników ryzyka zdefiniowanych w rozporządzeniu w sprawie standardów opieki okołoporodowej⁴⁰. Odnosząc się do pozostałych interwencji koordynator wyjaśnił: „Wywołanie porodu przy pomocy oksytocyny jest stosowane wyłącznie w ciąży przeterminowanej. W trakcie porodu oksytocyna jest podawana w sytuacji gdy czynność skurczowa macicy jest nieprawidłowa i ma na celu jej stymulację oraz uzyskanie prawidłowego postępu porodu. Sytuacja taka występuje praktycznie u połowy rodzących kobiet. Ochrona krocza dokonywana jest standardowo w II okresie porodu, jednak w przypadku braku podatności krocza, w trybie doraźnym stosuje się jego nacięcie. O ewentualnej potrzebie nacięcia krocza informuje się pacjentkę przed porodem w celu uzyskania jej ustnej zgody”.

(dowód: akta kontroli str. 363, 365-366)

2. Pacjentki oddziału położniczo-ginekologicznego miały stosunkowo skromną możliwość korzystania z niefarmakologicznych metod łagodzenia bólu. Do dyspozycji miały bowiem jedynie piłki i worek sako. Umożliwiono im wprowadzić korzystanie z imersji wodnych, jednak zlokalizowanie łazienki poza salą porodową utrudniało korzystanie z prysznica podczas porodu (problematykę tę szerzej przedstawiono w pkt 1.3. wystąpienia pokontrolnego).
3. Jedna z ankietowanych pacjentek Szpitala wskazała, iż w II fazie porodu fizjologicznego całym ciałem uciskano jej brzuch w celu przyspieszenia porodu. Stosowanie tej techniki, w opinii położników (w tym konsultanta krajowego w dziedzinie położnictwa i ginekologii), może prowadzić do powikłań takich jak: przedwczesne oddzielenie łożyska, uszkodzenia krocza, uraz mechaniczny dziecka⁴⁰. Koordynator oddziału położniczo-ginekologicznego wyjaśnił: „W naszym oddziale nie wykonuje się chwytów Kristellera. Nie potrafię wyjaśnić, dlaczego pacjentka twierdziła, iż uciskano na jej brzuch w celu wywołania porodu”.

(dowód: akta kontroli str. 351-364, 368)

Ocena częściowa

W Szpitalu nie dokumentowano wykonania niektórych z czynności określonych w standardach opieki okołoporodowej. Nie ma zatem możliwości stwierdzenia czy wszystkie z nich zostały wykonane. NIK negatywnie ocenia brak bezpośrednio po porodzie co najmniej dwugodzinny kontakt matki z noworodkiem „skóra do skóry”. Ograniczono również, określone w standardach opieki okołoporodowej, prawa pacjentek do wyboru osoby sprawującej opiekę oraz dogodnej pozycji w trakcie porodu. Stosunkowo wysoki był też odsetek porodów rozwiązywanych w drodze cesarskiego cięcia oraz innych interwencji medycznych. W Szpitalu nie przestrzegano także zakazu reklamowania mleka modyfikowanego.

IV. Wnioski

Wnioski pokontrolne

Przedstawiając powyższe oceny i uwagi wynikające z ustaleń kontroli, Najwyższa Izba Kontroli, na podstawie art. 53 ust. 1 pkt 5 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli⁴¹, wnosi o:

1. Podjęcie działań mających na celu wyeliminowanie przypadków nieprzerwanej, trwającej ponad 24 godziny, pracy personelu medycznego w oddziale położniczo-ginekologicznym.
2. Rozważenie możliwości takiego zorganizowania pracy anestezjologów, aby było możliwe znieczulenie pacjentki w przypadku nagłego wystąpienia takiej konieczności.
3. Zorganizowanie sali porodowej w sposób zapewniający intymność i poszanowanie godności pacjentek.

⁴⁰ <http://www.rynekzdrowia.pl/Serwis-Ginekologia-i-poloznictwo/Konsultant-nie-ma-uzasadnienia-dla-stosowania-przy-porodzie-chwytu-Kristellera,148054,209.html>

⁴¹ Dz. U. z 2015 r., poz. 1096. Ustawa zwana dalej „ustawą o NIK”.

4. Zapewnienie przestrzegania standardów opieki okołoporodowej, w tym polegającego na nieprzerwanym, co najmniej dwugodzinnym kontakcie matki z dzieckiem „skóra do skóry”.
5. Odnoszenie w dokumentacji medycznej wszystkich czynności wymaganych standardami opieki okołoporodowej.
6. Przeszkolenie personelu oddziału położniczo-ginekologicznego w zakresie standardów opieki okołoporodowej.
7. Zorganizowanie pomieszczeń oddziału położniczo-ginekologicznego w sposób zgodny z wymogami rozporządzenia w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą.
8. Przeanalizowanie wyników ankiet przeprowadzonych przez NIK wśród pacjentek oddziału położniczo-ginekologicznego.

V. Pozostałe informacje i pouczenia

Prawo zgłoszenia
zastrzeżeń

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

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

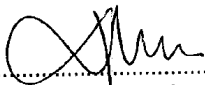
Obowiązek
poinformowania
NIK o sposobie
wykorzystania uwag
i wykonania wniosków

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

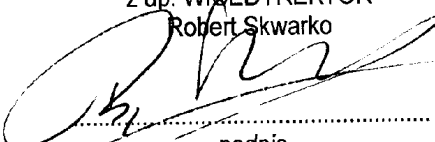
W przypadku wniesienia zastrzeżeń do wystąpienia pokontrolnego, termin przedstawienia informacji liczy się od dnia otrzymania uchwały o oddaleniu zastrzeżeń w całości lub zmienionego wystąpienia pokontrolnego.

Białystok, dnia 23 grudnia 2015 r.

Kontroler
Krzysztof Gołębiowski
główny specjalista kontroli państwowej


.....
podpis

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


.....
podpis