



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI
Delegatura w Białymstoku

LBI.411.003.01.2015
R/15/002

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 | R/15/002 – Opieka okołoporodowa w oddziale położniczym | |
| Jednostka przeprowadzająca kontrolę | Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Białymstoku | |
| Kontrolerzy | 1. Marek Zapolski – doradca ekonomiczny, upoważnienie do kontroli nr 93316 z dnia 17 marca 2015 r. (dowód: akta kontroli str. 1-2) 2. Wojciech Zambrzycki – inspektor kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr 93314 z dnia 16 marca 2015 r. (dowód: akta kontroli str. 3-4) | |
| Jednostka kontrolowana | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Mońkach, Al. Niepodległości 9, 19-100 Mońki (dalej: „SP ZOZ” lub „Szpital”) | |
| Kierownik jednostki kontrolowanej | Jarosław Pokoleńczuk – Dyrektor SP ZOZ | (dowód: akta kontroli str. 5-6) |

II. Ocena kontrolowanej działalności

Ocena ogólna

Szpital spełniał wymagania dotyczące kwalifikacji i czasu pracy personelu medycznego udzielającego świadczeń medycznych, posiadał niezbędny sprzęt medyczny oraz zapewniał godne warunki do odbycia porodu¹.

Stwierdzono jednak nieprawidłowości, polegające na nieudokumentowaniu realizacji niektórych czynności wymaganych rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 20 września 2012 r. w sprawie standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, położu oraz opieki nad noworodkiem².

Uwagę zwraca też stosunkowo wysoki udział porodów, w trakcie których zastosowano ingerencje medyczne (ok. 85,3% ogółu porodów³), w tym odebranych w drodze cesarskiego cięcia (33,2% porodów). Tymczasem standardy postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej nakazują uzyskanie dobrego stanu zdrowia matki i dziecka, przy ograniczeniu do niezbędnego minimum interwencji medycznych, w szczególności: amniotomii, stymulacji czynności skurczowej, podawania opioidów, nacięcia krocza, cięcia cesarskiego. Zgodnie zaś z zaleceniem Światowej Organizacji Zdrowia wskaźnik liczby cesarskich cięć powinien wynosić 10%–15% ogółu porodów⁴.

Ponadto NIK zwraca uwagę, że w odczuciu części pacjentek uczestniczących w przeprowadzonym przez NIK badaniu ankietowym nie zawsze przestrzegane były standardy opieki okołoporodowej.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego

1. Przygotowanie oddziału położniczego do udzielania świadczeń zdrowotnych

Opis stanu faktycznego

W latach 2013–2014, opiekę nad matką i noworodkiem sprawowano w Oddziale Położniczo-Ginekologicznym z Noworodkami (dalej Oddział), który zaliczony był

¹ W niniejszej kontroli Najwyższa Izba Kontroli stosuje następujące oceny: pozytywna i negatywna. W przypadku gdy nie zostały spełnione kryteria ani dla oceny pozytywnej, ani dla negatywnej, stosuje się ocenę opisową.

² Dz. U. 2012, poz. 1100. Rozporządzenie zwane dalej „rozporządzeniem w sprawie standardów opieki okołoporodowej”.

³ Wyliczone szacunkowo, na podstawie liczby porodów odebranych w drodze cesarskiego cięcia oraz przy założeniu, że w całej populacji porodów fizjologicznych, wskaźnik porodów z zastosowaniem ingerencji medycznych innych niż cesarskie cięcie wynosi tyle samo co w próbie poddanej analizie NIK (wybranej losowo), tj. 78%.

⁴ http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/161442/1/WHO_RHR_15.02_eng.pdf?ua=1.

do I poziomu referencyjnego⁵. Szpital posiadał certyfikaty „ISO 9001:2008” i „Szpital bez bólu”, potwierdzający wprowadzenie najwyższych standardów uśmierzenia bólu pooperacyjnego. (dowód: akta kontroli str. 7-8)

W okresie objętym kontrolą działalność Oddziału kontrolowana była przez:

- Konsultanta Wojewódzkiego w dziedzinie położnictwa i ginekologii, który stwierdził m.in., że Oddział spełnia wymogi Narodowego Funduszu Zdrowia (dalej „NFZ”),
- Konsultanta Wojewódzkiego w dziedzinie neonatologii, który zalecił podjęcie aktywnych działań zachęcających do rozpoczęcia przez lekarzy pediatrów specjalizacji z neonatologii. (dowód: akta kontroli str. 9-37)

W latach 2013–2014 w Oddziale przyjęto odpowiednio: 217 i 196 porodów, w trakcie których urodziło się fizjologicznie kolejno: 156 i 120 dzieci i w wyniku cięcia cesarskiego odpowiednio: 61 i 76 dzieci (28,1% i 38,8% ogółu porodów – szerzej problematykę tę przedstawiono w punkcie 2. wystąpienia pokontrolnego). W 2014 roku wystąpił jeden przypadek noworodka martwo urodzonego. Nie odnotowano zgonów urodzonych niemowląt oraz kobiet w związku z porodem. Prawidłowo przebiegało współdziałanie Szpitala ze szpitalami o wyższym poziomie referencyjnym. W latach 2013–2014 do podmiotów tych przekazano odpowiednio 12 i 10 pacjentek wymagających opieki w placówce o wyższym poziomie referencyjnym, co było zgodne z pkt. I ust. 4. rozporządzenia w sprawie standardów opieki okołoporodowej. (dowód: akta kontroli str. 38)

Ustalone
nieprawidłowości

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

1.1. Zapewnienie właściwego stanu personelu medycznego

Opis stanu
faktycznego

W Oddziale zatrudniano personel medyczny o wymaganych kwalifikacjach i w liczbie określonej w rozporządzeniach Ministra Zdrowia odpowiednio z dnia 29 sierpnia 2009 r. i z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego⁶ oraz w zarządzeniach Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 20 października 2011 r. i 19 grudnia 2013 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: leczenie szpitalne⁷. W latach 2013–2014 opiekę okołoporodową nad kobietami oraz opiekę nad noworodkiem sprawowało odpowiednio: 21 i 20 lekarzy. Część z nich była zatrudniona na stałe w Oddziale (sześciu i pięciu lekarzy o specjalizacji położnictwo i ginekologia), a pozostali udzielali świadczeń doraźnie, zaś na stałe zatrudnieni byli w innych oddziałach (dziewięciu anestezyjologów i sześciu pediatrów). Nie zatrudniano natomiast lekarzy ze specjalizacją w zakresie neonatologii, pomimo wskazań Konsultanta Wojewódzkiego w dziedzinie neonatologii⁸. (dowód: akta kontroli str. 43-53)

Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że lekarze nie byli zainteresowani podjęciem takiej specjalizacji. Ponadto dodał, że personel lekarski Szpitala w zakresie neonatologii I stopnia referencyjności spełnia wymogi zarówno Ministra Zdrowia jak i Prezesa NFZ, dlatego też wniosek Konsultanta Wojewódzkiego traktowano jako sugestię do podjęcia działań w celu ponadstandardowego podniesienia jakości udzielanych świadczeń. (dowód: akta kontroli str. 55)

Opiekę medyczną sprawowało także 14 i 15 położnych. W okresie objętym kontrolą osoby te uczestniczyły w 24 różnych tematycznie szkoleniach, co szerzej opisano w punkcie 2. wystąpienia pokontrolnego. (dowód: akta kontroli str. 43-53)

Ustalone
nieprawidłowości

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

⁵ W Szpitalu o tym poziomie referencyjnym powinna być zapewniona opieka nad fizjologicznie przebiegającą ciążą, porodem i pocięciem oraz zdrowym noworodkiem, a także opieka nad niespodziewanie występującą patologią.

⁶ Odpowiednio: Dz. U. 2013, poz. 1082 ze zm. (rozporządzenie zwane dalej: „rozporządzeniem z dnia 29 sierpnia 2009 r.”) i Dz. U. 2013, poz. 1520 ze zm. (rozporządzenie zwane dalej: „rozporządzeniem z dnia 22 listopada 2013 r.”).

⁷ Odpowiednio: zarządzenie Nr 72/2011/DSOZ, zmienione kolejnymi: 87/2011/DSOZ, 90/2011/DSOZ, 11/2012/DSOZ, 23/2012/DSOZ, 39/2012/DSOZ, 48/2012/DSOZ, 49/2012/DSOZ, 62/2012/DSOZ, 90/2012/DSOZ i 34/2013/DSOZ oraz zarządzenie Nr 89/2013/DSOZ, zmienione kolejnymi: 1/2014/DSOZ, 4/2014/DSOZ, 23/2014/DSOZ, 81/2014/DSOZ i 88/2014/DSOZ.

⁸ Wniosek zamieszczony w protokole kontroli funkcjonowania opieki nad noworodkiem, przeprowadzonej 7 listopada 2013 r.

Uwagi dotyczące
badanej działalności

Najwyższa Izba Kontroli zwraca uwagę, że w Oddziale występowały różnice między rzeczywistym poziomem przeciętnego zatrudnienia położnych a limitem ich zatrudnienia ustalonym w zarządzeniach wewnętrznych dyrektora Szpitala⁹. W 2013 roku przy ustalonym limicie zatrudnienia na poziomie 12,26 etatu, położne (średniorocznie) pracowały w łącznym wymiarze 9,56 etatu. Natomiast w 2014 roku limit zatrudnienia położnych (7,27 etatu) został przekroczony i wynosił 10,56 etatu. Różnica w zapotrzebowaniu obsady położnych w tych latach wynikała ze zmiany rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 1999 r. w sprawie sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w zakładach opieki zdrowotnej¹⁰, zastąpionego rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 28 grudnia 2012 r. w sprawie sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami¹¹.

(dowód: akta kontroli str. 123-126, 447-483)

Zastępca dyrektora ds. pielęgniarstwa wyjaśniła, że wszelkie braki kadrowe personelu położniczego spowodowane były urlopami lub sytuacjami zdrowotnymi. Potrzeby zabezpieczano poprzez dokonywanie przesunięć dyżurów w zaplanowanym na dany miesiąc harmonogramie pracy położnych oraz przydzielanie dyżurów nadliczbowych. Zdaniem zastępcy dyrektora ds. pielęgniarstwa, nie miało to wpływu na jakość udzielanych świadczeń medycznych.

(dowód: akta kontroli str. 128)

1.2. Organizacja udzielania świadczeń i wyposażenie w wymaganą aparaturę medyczną

Opis stanu
faktycznego

Oddział spełniał warunki I stopnia referencyjnego, określone w załączniku nr 3 do rozporządzeń Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2009 r. i z dnia 22 listopada 2013 r.

Zapewniono bowiem całodobową opiekę lekarską we wszystkie dni tygodnia. Sprawowali ją lekarze specjaliści w dziedzinie położnictwa i ginekologii zatrudnieni w ramach ordynacji dziennej oraz dyżurowej. Zapewniona była także stała obecność lekarza anestezjologa oraz pediatry przeszkolonego w zakresie resuscytacji noworodka¹², zatrudnianych (w lokalizacji Szpitala) w ramach ordynacji dziennej lub dyżurowej. Lekarze udzielający świadczeń byli wykazani w umowie zawartej z Podlaskim Oddziałem Wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia w Białymstoku (dalej: „Oddział NFZ”). Aktualizację zmian w obsadzie kadrowej zgłaszano do Oddziału NFZ za pomocą portalu System Zintegrowanego Obiegu Informacji.

(dowód: akta kontroli str. 57-83)

Zapewniono też możliwość wykonania badań, w tym ultrasonograficznego, kardiologicznego oraz pobierania materiału do badań laboratoryjnych. Pacjentki mogły być wstępnie badane¹³ w gabinecie Izby Przyjęć (wyposażonym w aparat elektrokardiograficzny, fotel ginekologiczny, kolposkop, wagę elektroniczną, aparat USG wraz łóżkiem do badania). Następnie istniała możliwość przekierowania ich na jedną z trzech sal porodowych (dwie jednostanowiskowe i jedna do porodów rodzinnych), gdzie w zależności od wskazań lekarza, pobierano próbki do analiz laboratoryjnych (morfologia), prowadzono badanie wewnętrzne (ocena szyjki – stopień rozwarcia), prowadzono badania KTG oraz UDT przed i w trakcie porodu. Porody pacjentek zakwalifikowanych do cięć cesarskich mogły odbywać się w wyodrębnionej sali bloku operacyjnego Szpitala (na II piętrze). Po porodzie kobiety będące w pociu umieszczano na jednej z dwóch sal urządzonych w systemie „matka z dzieckiem”. Odstępstwa od warunków zorganizowania tych sal przedstawiono w dalszej części wystąpienia pokontrolnego, w części *Uwagi dotyczące badanej działalności*.

(dowód: akta kontroli str. 84-95)

⁹ Zarządzenie wewnętrzne Dyrektora SP ZOZ nr SP.ZOZ.I-01/13/2011 z dnia 17 maja 2011 r. w sprawie planowania obsady pielęgniarstwa w lecznictwie stacjonarnym, protokół z posiedzenia Zespołu ds. ustalenia minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Mońkach z 2 stycznia 2014 r., zarządzenie wewnętrzne Dyrektora SP ZOZ Nr SP.ZOZ.I-01/01/2014 z dnia 2 stycznia 2014 r.

¹⁰ Dz. U. Nr. 111, poz. 1314.

¹¹ Dz. U. z 2012 r., poz. 1545.

¹² W celu zaintubowania noworodka, jeśli taka konieczność wystąpi.

¹³ Badanie grupy krwi, badanie zewnętrzne (ocena położenia płodu), badanie wewnętrzne (w tym ocena zaawansowania porodu – długość szyjki, zglądzenie szyjki i obecność pęcherza płodowego).

Dla zapewnienia intymności rodzącym pacjentkom zapewniono jednoosobowe sale porodowe, a na wydzielony blok porodowy nie mogły dostać się osoby postronne. Okna w górnej części (luft) były przezroczyste, zaś szyby w skrzydłach okiennych były zmatowione. W salach pobytu znajdowały się łazienki, a pacjentki przybywające na Oddział miały miejsce do przebrania się. (dowód: akta kontroli str. 84-95)

Na wyposażeniu Oddziału było 55 różnych sprzętów i aparatury medycznej, w tym wymaganych dla położnictwa i ginekologii (kolposkop, aparat KTG i kardiomonitor) oraz dla neonatologii (zestawy: reanimacyjny, do wspomagania oddechu, strzykawkowe z pompami, pulsoksymetr, przenośne źródło tlenu, urządzenia ssące, dwa inkubatory, lampy do fototerapii). Sprzęty i aparatura¹⁴ były sprawne i dopuszczone do użytkowania, co potwierdzają wpisy w ich paszportach technicznych. (dowód: akta kontroli str. 84-96)

Ustalone
nieprawidłowości

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

Uwagi dotyczące
badanej działalności

Najwyższa Izba Kontroli zwraca uwagę, że obie sale zorganizowane w systemie „matka z dzieckiem” nie odpowiadały wymogom określonym w załączniku nr 1, cz. III, pkt 1 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakimi powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą¹⁵. Pokoje były cztero i pięciolóżkowe, podczas gdy w systemie „matka z dzieckiem” mogą być przeznaczone dla maksymalnie dwóch matek i dwóch noworodków, z możliwością dostawienia trzeciego łóżeczka dla noworodka.

(dowód: akta kontroli str. 84-95)

Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że standard ten jest spełniony, bowiem w tych salach nie umieszcza się więcej niż dwóch matek jednocześnie. Potwierdzeniem tego jest fakt, iż w ciągu ostatnich lat poród statystycznie odbywał się nie częściej niż raz na dwa dni.

(dowód: akta kontroli str. 120)

1.3. Realizacja umowy z NFZ

Opis stanu
faktycznego

Oddział NFZ zakontraktował¹⁶ w Szpitalu m.in. realizację świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie:

- Położnictwa i Ginekologii – hospitalizacja – w związku z pobytem osób w Oddziale z uwagi na potrzebę leczenia i patologię ciąży (katalog świadczeń medycznych realizowanych w tym zakresie obejmuje 66 różnych procedur medycznych),
- Położnictwa i Ginekologii – hospitalizacja N01, N20 – w zakresie porodów fizjologicznych oraz porodów za pomocą cięć cesarskich,
- Neonatologii – hospitalizacja – w zakresie chwilowej opieki nad noworodkiem wymagającym przewiezienia do szpitala o wyższym poziomie referencyjnym,
- Neonatologii – hospitalizacja N20, N24, N25 – w zakresie opieki i pobytu noworodka.

Pierwotną wartość umów na świadczenia medyczne wykonywane w Oddziale w latach 2013–2014 ustalono kolejno na: 1.163.916 zł (22.383 jednostek rozliczeniowych) i 1.184.664 zł (22.782 jednostek rozliczeniowych). W wyniku aneksowania, wartość zakontraktowanych świadczeń medycznych Oddziału w 2013 roku wzrosła o 132.434 zł (2.547 jednostek rozliczeniowych), a w 2014 roku zmniejszyła o 8.291 zł (159 jednostek rozliczeniowych), tj. odpowiednio o 11,4% i o 0,7%. (dowód: akta kontroli str. 39,42)

W latach 2013–2014 działalność Oddziału zamknęła się stratą, wynoszącą odpowiednio 803.932 zł i 1.039.580 zł (wzrost o 29,3%). Łączne koszty jego funkcjonowania wyniosły odpowiednio 2.103.792 zł i 2.223.213 zł, a przychody¹⁷ kolejno 1.299.860¹⁸ zł i 1.183.633 zł.

(dowód: akta kontroli str. 41, 100)

¹⁴ Z ewidencji środków trwałych Szpitala wynika, że Oddział wyposażony był m.in. w: aminoskop i ciepłąkę dla wcześniaków, które użytkowano od 1986 roku, pięć urządzeń pochodzących z lat 90-tych XX wieku, dziewięć użytkowanych od ponad 10 lat i 39 nabytych w latach 2005–2014, w tym od Wielkiej Orkiestry Świątecznej Pomocy.

¹⁵ Dz. U. z 2012 r., poz. 739.

¹⁶ Umowa Nr 10-00-00359-12-34-03/01 z dnia 30 listopada 2011 r. (ostatni aneks nr 47 z dnia 11 lutego 2015 r.).

¹⁷ Przychody wynikające z realizacji umów z POW NFZ powiększone o przychody z innych źródeł (np. wynajem pomieszczeń przez lekarzy kontraktowych, darowizny, które w latach 2013–2014 wyniosły odpowiednio 9.229,53 zł i 7.924,59 zł).

¹⁸ Pomniejszone o korektę przychodów z roku 2012, w wysokości 2.280 zł.

Wartość zakontraktowanych świadczeń związanych z porodami w wyniku aneksowania umów wzrosła w 2013 roku z 295.984 zł (5.692 jednostek rozliczeniowych) do 378.560 zł (7.280 jednostek rozliczeniowych), tj. o 27,9%. Również w 2014 roku wzrosła ona z tego powodu z 346.944 zł (6.672 jednostek rozliczeniowych) do 356.720 zł (6.860 jednostek rozliczeniowych), tj. o 2,8%. Ogólna wartość zafakturowanych przez Szpital świadczeń z tego tytułu wyniosła odpowiednio: 378.560 zł i 356.720 zł oraz w całości została opłacona przez Oddział NFZ. Stanowiło to odpowiednio: 29,1% i 30,1% przychodów Oddziału.

(dowód: akta kontroli str. 39)

Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że Oddział realizował większą liczbę świadczeń niż została zapisana w umowie z POW NFZ i dlatego umowa ta była aneksowana po upływie każdego kwartału, w celu zwiększenia kwoty refundacji.

(dowód: akta kontroli str. 418-420)

W Szpitalu prowadzono ewidencję kosztów z podziałem na „ośrodki kosztowe” (tj. oddziały, poradnie, zakłady i pracownie). Nie ustalano natomiast jednostkowych kosztów realizowanych procedur medycznych, w tym związanych z przebiegiem porodów fizjologicznych w sposób: naturalny, stymulowany lub indukowany oraz dokonanych za pomocą cięcia cesarskiego w znieczuleniach: ogólnym lub podpajęczynówkowym.

(dowód: akta kontroli str. 101-118)

Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że na bieżąco jest monitorowana rentowność działalności poszczególnych oddziałów i poradni. Dodał, że: *„W obecnym stanie z informatyzowania SP ZOZ w Mońkach, nie ma możliwości monitorowania kosztów wszystkich procedur udzielanych w tut. szpitalu. W latach 2013 i 2014 w szpitalu udzielono świadczeń odpowiednio 4.847 i 4.552 pacjentom, co oznacza wykonanie co najmniej takiej samej liczby procedur medycznych. Monitorowanie kosztów każdej z nich wymagałoby zakupienia bardzo zaawansowanego systemu informatycznego lub dodatkowego zatrudnienia wielu osób. Z punktu widzenia zarządzającego podmiotem leczniczym, istotne jest monitorowanie przychodów i kosztów działalności całych ośrodków działalności podstawowej, a nie jednostkowych procedur wykonywanych w tych ośrodkach. Ponadto wskazał, że: „wszyscy świadczeniodawcy mają obowiązek natychmiastowego udzielania świadczeń pacjentom w stanie zagrożenia życia lub zdrowia, a do takich z całą pewnością należy zaliczyć porody. W związku z powyższym, monitorowanie kosztów świadczeń, od udzielania których nie wolno się uchylać, wydaje się być nieuzasadnione, szczególnie w sytuacji gdy będzie to za sobą niosło dodatkowe koszty”.*

(dowód: akta kontroli str. 120)

Opłata uzyskiwana od NFZ za jeden poród w latach 2014–2015 wynosiła 1.820 zł (35 jednostek rozliczeniowych x 52 zł/jednostkę) i nie była uzależniona od rodzaju porodu. Na potrzeby kontroli NIK w Szpitalu ustalone zostały średnie koszty jednego porodu dla następujących rodzajów:

- porodu indukowanego, tj. porodu gdy nie ma żadnej czynności skurczowej mięśnia macicy, ciąża jest „przenoszona” i odeszły wody płodowe – 1.854,33 zł, tj. o 34,33 zł (1,9%) więcej niż refundacja z NFZ,
- porodu fizjologicznego – 1.980,59 zł, tj. o 160,59 zł (8,8%) więcej niż refundacja z NFZ,
- porodu stymulowanego, tj. porodu, w którym występują czynności skurczowe mięśnia macicy, lecz są zbyt słabe – 1.492,25 zł, tj. o 327,75 zł (18%) mniej niż refundacja z NFZ,
- cesarskiego cięcia w znieczuleniu podpajęczynówkowym, tj. znieczuleniu dolnych partii ciała – 1.337,13 zł, tj. o 482,87 zł (26,5%) mniej niż refundacja z NFZ,
- cesarskiego cięcia w znieczuleniu ogólnym – 1.369,29 zł, tj. o 450,71 zł (24,8%) mniej niż refundacja z NFZ.

(dowód: akta kontroli str. 438-442)

W okresie objętym kontrolą w Oddziale nie realizowano procedur medycznych związanych z porodem przypisanych szpitalowi o wyższym poziomie referencji. Do podmiotów o wyższym poziomie referencji przekazano w latach 2013–2014 kolejno 12 i 10 pacjentek.

Ordynator Oddziału wyjaśnił, że nastąpiło to z uwagi na występujące zagrożenia zdrowotne pacjentek, spowodowane porodem lub odejściem wód płodowych przed 37 tygodniem ciąży, stwierdzonym nadciśnieniem tętniczym wywołanym ciążą, wadami płodu lub ciążą mnogą.

(dowód: akta kontroli str. 122)

Ustalone
nieprawidłowości

Ocena cząstkowa

Opis stanu
faktycznego

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

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie przygotowanie Oddziału do udzielania objętych kontrolą świadczeń zdrowotnych.

2. Przestrzeganie standardów opieki okołoporodowej.

W celu zapewnienia przestrzegania standardów opieki okołoporodowej, w Szpitalu przyjęte zostały m.in. następujące procedury i instrukcje, z którymi zapoznano personel Oddziału:

- Procedura przyjęcia pacjentki rodzącej w Oddział Położniczo-Ginekologiczny z Noworodkami z 8 października 2012 r.,
- Procedura przyjęcia pacjentki ciężarnej do szpitala z 8 października 2012 r.,
- Instrukcja opieki okołoporodowej sprawowanej nad rodzącą podczas fizjologicznego porodu z 18 marca 2011 r.,
- Instrukcja z zakresu opieki sprawowanej nad kobietą w okresie połogu oraz opieki nad noworodkiem z 24 czerwca 2011 r.

Przyjęte przez Szpital instrukcje były spójne z rozporządzeniem w sprawie standardów opieki okołoporodowej. W instrukcji opieki okołoporodowej sprawowanej nad rodzącą podczas fizjologicznego porodu z 18 marca 2011 nie znajdował się jedynie zapis dotyczący konieczności obserwacji przebiegu kontaktu matki i dziecka „skóra do skóry” po urodzeniu noworodka. (dowód: akta kontroli str. 129-198)

Ponadto w latach 2013–2014 dla położnych i pielęgniarki zorganizowano 24 szkolenia dotyczące postępowania w trakcie i po porodzie, w tym w zakresie:

- zasad postępowania z pacjentką przyjętą do porodu, połogu, postępowania po porodzie z noworodkiem, realizacji standardów postępowania opieki okołoporodowej,
- korzyści wynikających z karmienia piersią, zasad i metod przystawiania noworodka do piersi,
- opieki sprawowanej nad rodzącą podczas porodu fizjologicznego,
- wytycznych w postępowaniu z noworodkiem po porodzie.

(dowód: akta kontroli str. 52-53)

Wzory dokumentacji medycznej stosowanej w Szpitalu określało zarządzenie wewnętrzne z 21 czerwca 2011 r.¹⁹ W skład dokumentacji wypełnianej w Oddziale wchodziły m.in. karta położnicza, karta obserwacyjna, karta obserwacji porodu, indywidualna karta pielęgnowania, karta zleceń lekarskich. (dowód: akta kontroli str. 199-242)

Szczegółową analizą objęto dokumentację medyczną 50 losowo wybranych pacjentek, które odbyły poród fizjologiczny. Stwierdzono, że strony dokumentacji były opatrzone imieniem i nazwiskiem pacjentki oraz były ponumerowane, co było zgodne z § 5 i § 6 ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania²⁰. Do żadnej z analizowanych dokumentacji medycznych nie dołączono planu porodu, obejmującego wszystkie elementy postępowania medycznego podczas porodu i miejsce porodu, którego wymóg sporządzenia i dołączenia do dokumentacji medycznej wynika z pkt. IV ust. 3. rozporządzenia w sprawie standardów opieki okołoporodowej. Koordynator Oddziału oraz lekarze wyjaśnili, że taki plan nie był dostarczany przez pacjentki przybywające do Szpitala, stąd nie został dołączony do dokumentacji medycznej. Ponadto nie udokumentowano wykonania niektórych z czynności, które powinny być wykonywane podczas porodu, co przedstawiono w dalszej części wystąpienia pokontrolnego, w sekcji *Ustalone nieprawidłowości*. (dowód: akta kontroli str. 243-393, 405-417)

¹⁹ Zarządzenie wewnętrzne Dyrektora SP ZOZ nr SP.ZOZ.I.-01/14/2011 z dnia 21 czerwca 2011 r. w sprawie wprowadzenia zmian w dokumentacji medycznej w SP ZOZ w Mońkach.

²⁰ Dz. U. z 2014 r., poz. 177.

Analiza dokumentacji medycznej 50 porodów fizjologicznych wykazała, że w Oddziale przestrzegano standardów przewidzianych w pkt. VIII-XI rozporządzenia w sprawie standardów opieki okołoporodowej.

1. W pierwszym etapie porodu²¹ następowało zebranie wywiadu ogólnego ginekologicznego, w którym znajdowały się m.in. informacje o przebiegu obecnej ciąży, przebytych ciążach i porodach, powikłaniach z nimi związanych oraz rozwoju dzieci, ocena położenia płodu, zaawansowanie porodu, ocena czynności skurczowej mięśnia macicy i ciągłości pęcherza płodowego. Następowo badanie kardiokograficzne oraz – jak wyjaśnił Koordynator Oddziału – pobieranie analiz laboratoryjnych, łagodzenie dolegliwości bólowych, aktywacja rodzącej w porodzie (chodzenie, kąpiel, ćwiczenia na piłce), pouczanie osoby bliskiej o zachowaniu się i możliwości pomocy rodzącej.
(dowód: akta kontroli str. 244-398)
2. W drugim etapie porodu²² oceniano stan ogólny rodzącej, czynności skurczowe mięśnia macicy, przygotowania do porodu zgodnie z zasadami aseptyki i antyseptyki (w dokumentacji znajdowały się paski kodów kreskowych zestawu porodowego). Ponadto Koordynator Oddziału wyjaśnił, że miała miejsce ocena czynności serca płodu po każdym skurczu przez jedną minutę, ochrona krocza rodzącej, a jego nacięcie następowało tylko w uzasadnionych przypadkach, kontrola odginania główki i prawidłowego wytyczania się barków, a po urodzeniu dziecko było kładzione na brzuchu matki.
(dowód: akta kontroli str. 244-398)
3. W trzecim etapie porodu²³ w dokumentacji medycznej znajdowały się informacje dotyczące m.in. oznakowania noworodka, przecięcia pępowiny, oceny stanu tkanek miękkich kanału rodnego, krwawienia z dróg rodnych i jego nasilenia, ilości krwi utraconej podczas porodu, obkurczania mięśnia macicy i kompletności popłodu.
(dowód: akta kontroli str. 244-393)
4. W czwartym etapie porodu²⁴ dokonywano kontroli i oceny stanu ogólnej pacjentki, kontroli i oceny stanu obkurczenia mięśnia macicy i wielkości krwawienia z dróg rodnych, kontroli stanu kanału rodnego oraz zaopatrzenia chirurgicznego ran (jeśli była taka potrzeba), co dokumentowano w karcie obserwacji lekarskiej i/lub pielęgniarskiej. Ponadto w dokumentacji znajdowało się potwierdzenie odbycia instruktażu prawidłowego przystawiania dziecka do piersi i pomoc w karmieniu piersią oraz przekazanie informacji nt. zasad postępowania w laktacji w pierwszej dobie połogu.
(dowód: akta kontroli str. 244-393)

W badanej próbie 50 porodów fizjologicznych z lat 2013–2014 zastosowane zostały następujące metody łagodzenia bólu:

- 13 (26%) razy zastosowano prądy TENS, czyli rodzaj stymulacji nerwów²⁵,
- dwa (4%) razy zastosowano prądy TENS oraz immersję wodną²⁶,
- raz (2%) został zastosowany gaz rozweselający entonox,
- jedna (2%) pacjentka miała wykonaną immersję wodną oraz masaż.

Pozostałe rodzące miały możliwość łagodzenia bólu poprzez korzystanie z worka sako, ćwiczenia na piłce, prysznic (korzystanie z tych form nie było odnotowywane w dokumentacji medycznej).
(dowód: akta kontroli str. 488)

W latach 2013–2014 przy porodach fizjologicznych nie stosowano znieczulenia dołędźwiowego (dotyczy wszystkich rodzących fizjologicznie). Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że wynika to ze względów organizacyjnych. W związku z faktem, że poród fizjologiczny może trwać do kilkunastu godzin nie jest możliwe znieczulanie porodów fizjologicznych

²¹ Okres liczony od pojawienia się pierwszych regularnych skurczów macicy, powodujących zgładzenie i rozwieranie szyjki macicy aż do jej pełnego rozwarcia.

²² Okres pomiędzy całkowitym rozwarciem szyjki macicy a urodzeniem noworodka.

²³ Okres rozpoczynający się po urodzeniu noworodka i obejmujący oddzielenie oraz wydalenie płodu.

²⁴ Okres trwający do dwóch godzin po oddzieleniu i wydaleniu popłodu.

²⁵ Nie jest to metoda farmakologiczna., TENS nie leczy przyczyn bólu, ale zmniejsza jego odczuwanie.

²⁶ Przebywanie w wannie we wczesnym etapie porodu, nazywana też kąpielą wodną (nie jest to tożsame z porodem w wannie).

na życzenie pacjentki, gdyż wymagałoby to stałej obecności jednego anestezjologa w Oddziale położniczo-ginekologicznym. Dodał, że podjął rozmowy z jednym z niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej, udzielających usług anestezjologicznych innym podmiotom jako podwykonawca. „Rozmowy dotyczyły zapewnienia obsługi anestezjologa przy znieczuleniach porodów fizjologicznych. Współpraca miałaby polegać na doraźnym przyjeździe lekarza do porodu. Zaproponowana wstępnie stawka za znieczulenie jednego porodu fizjologicznego była dla Szpitala akceptowalna. Przedstawiciel NZOZ-u po analizie sytuacji odmówił podjęcia współpracy, z uwagi na odległość od Białegostoku (czas dojazdu i jego nieprzewidywalność, brak możliwości przewidzenia kłopotów z dojazdem, np. warunki pogodowe). Rozwiązanie problemu poprzez zapewnienie obecności anestezjologa w sposób ciągły, biorąc pod uwagę liczbę porodów odbywających się na oddziale, byłoby ekonomicznie nieuzasadnione”. Ponadto lekarz anestezjolog Szpitala wyjaśnił, że dyżurny anestezjolog musi być dostępny do zabiegów ostrych i planowych w oddziale chirurgicznym, ginekologiczno-położniczym oraz nagłych zatrzymań krążenia i innych interwencji wymagających zaangażowania anestezjologa (dotyczy oddziału internistycznego). Jeśli doszłoby do znieczulenia zewnątrzoponowego rodzącej pacjentki, nie byłoby możliwe wykonywanie powyższych zadań. (dowód: akta kontroli str. 418-420, 425-428, 444, 446)

Z analizy danych statystycznych sprawozdanych do POW NFZ dla całej populacji porodów w badanym okresie wynika, że znieczulenie farmakologiczne stosowane było już po porodzie fizjologicznym, w sytuacjach wymagających dokonania zabiegów chirurgicznych, tj. m.in. wyłyżeczkowania mięśnia macicy, odklejenia ręcznego łóżyska, szycia krocza. Koordynator Oddziału wyjaśnił ponadto, że do szycia krocza powszechnie stosowany był gaz rozweselający entonox, który jest dobrym środkiem znieczulającym do tego rodzaju procedury. (dowód: akta kontroli str. 418-420, 425-428)

Położna Oddziału wyjaśniła, że w celu załagodzenia bólu proponuje pacjentkom aktywność fizyczną, immersję wodną, prysznic, ćwiczenia oddechowe, masaż krocza, gaz rozweselający oraz TENS. Sala do porodów rodzinnych na wyposażeniu posiadała narożną wannę, sofę, stolik i krzesło, materac, worek sako, piłkę. Według położnej Oddziału, drugi etap porodu przebiegał wg życzenia rodzącej, np. w pozycji klasycznej, kolankowo-łokciowej, kucznej, stojącej, innej dogodnej wertykalnej. Położna wyjaśniła ponadto, że stara się nie nacinać krocza (ostatecznie decyduje o tym lekarz, a zgodę wydaje rodząca), a jego ochrona odbywała się poprzez masaż z zastosowaniem oliwki, immersję wodną, masaż prysznicem, ćwiczenia mięśni kegla, ćwiczenia rozciągające na materacu lub piłce oraz przyjmowanie dogodnych pozycji. Jej zdaniem, widoczna jest też tendencja do porodów rodzinnych, a tata lub osoba towarzysząca przy porodzie może przeciąć pępowinę. Jej sposobem na wspieranie rodzącej jest rozmowa z pacjentką, spełnianie jej oczekiwań, udzielanie odpowiedzi na stawiane pytania, zapewnianie bliskości i empatia.

(dowód: akta kontroli str. 84-95, 399-404)

Jak wynika z zapisów w badanej próbie 20 porodów w drodze cesarskiego cięcia, o 12 z nich zdecydował lekarz odbierający poród, zaś przyczyny zabiegu wynikały z przebiegu porodu (np. nieodpowiednie położenie płodu, zagrażające wewnątrzmaciczne niedotlenienie płodu lub zagrażająca zamartwica wewnątrzmaciczna płodu). Osiem porodów zakończonych tą metodą wynikało z zaleceń innych lekarzy specjalistów opiekujących się pacjentką przed porodem – zalecenia te były dołączone do dokumentacji medycznej. Zgodnie z nimi, konieczność wykonania cesarskiego cięcia spowodowana była m.in. wcześniej odbytym w taki sposób porodem, nadciśnieniem samoistnym.

(dowód: akta kontroli str. 489)

W Oddziale nie pobierano opłat za stosowanie znieczulenia bądź za wyższy standard opieki podczas i po porodzie. (dowód: akta kontroli str. 84-95, 115-116)

Zarządzeniem wewnętrznym z 19 października 2007 r.²⁷ wprowadzono w Szpitalu ankietę do badania satysfakcji pacjenta z usług medycznych świadczonych przez poszczególne

²⁷ Zarządzenie wewnętrzne Dyrektora SP ZOZ Nr SP ZOZ.I-01/53/2007 z dnia 19 października 2007 roku w sprawie wprowadzenia ankiet określających satysfakcję pacjentów z udzielanych usług medycznych, zmienione aneksem Nr 1/2009 z 11 maja 2009 r.

oddziały. Pytania ankietowe dotyczyły m.in.: oceny czasu oczekiwania na Izbie Przyjęć, uprzejmości, okazywanego zrozumienia i zainteresowania przez lekarzy w oddziale, poszanowania intymności podczas badań lekarskich, dostępności lekarza w dzień oraz w nocy, pomocy pielęgniarek/położnych w zabiegach pielęgnacyjnych, przestrzegania praw pacjenta. Oceny można było dokonać w skali: bardzo dobrze, dobrze, przeciętnie, źle, bardzo źle. W latach 2013–2014 ankietowane pacjentki Oddziału wyraziły satysfakcję z poziomu opieki oraz wystawiły oceny bardzo dobre i dobre (nie zdarzyły się oceny niższe²⁸). (dowód: akta kontroli str. 429-436)

W trakcie czynności kontrolnych przeprowadzono badanie ankietowe wśród losowo wybranych pacjentek, które w latach 2013–2014 odbyły poród. Pacjentki, które urodziły siłami natury oceniły pobyt w Oddziale na 3,82, a te, które urodziły w drodze cesarskiego cięcia – na 4,63 (w skali 1–5, 1 – ocena niedostateczna, 5 – bardzo dobra).

W przypadku porodu fizjologicznego wyniki ankiet wskazują, że pacjentki były traktowane z szacunkiem (90,9% odpowiedzi), poszanowana była ich prywatność i poczucie intymności (72,7%), miały poczucie bezpieczeństwa i godności osobistej (81,8%), osoby sprawujące opiekę podczas porodu proponowały poruszanie się w pierwszym etapie porodu, przyjmowanie takich pozycji (w tym wertykalnych), które przynosiły ulgę (81,8%) oraz przyjmowanie pozycji najwygodniejszych (81,8%).

Wszystkie z ankietowanych pacjentek rodzących w drodze cesarskiego cięcia wskazały w ankiecie, że poród przy zastosowaniu tej metody nie odbył się na ich życzenie. W pięciu przypadkach (62,5%) decyzja o urodzeniu dziecka w drodze cesarskiego cięcia została podjęta przed przybyciem do szpitala, a w trzech (37,5%) po rozpoczęciu akcji porodowej.

(dowód: akta kontroli str. 484-487)

W latach 2013–2014 do Szpitala została wniesiona jedna skarga na pobyt w Oddziale w związku z porodem. Dotyczyła zachowania lekarza wobec rodzącej oraz zakażenia podczas zabiegu cesarskiego cięcia. Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że skarga trafiła również do Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej Lekarzy w Białymstoku, a powołany w Szpitalu zespół do jej rozstrzygnięcia, zawiesił swoje postępowanie do czasu orzeczenia tego organu. W dniu 7 kwietnia 2015 r. Szpital otrzymał informację, że Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej 28 lipca 2014 r. umorzył postępowanie, a działająca w Szpitalu komisja ds. skarg uczyniła to samo 13 maja 2015 r.

(dowód: akta kontroli str. 418-420, 437, 499)

Ustalone
nieprawidłowości

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

- ocena czynności serca płodu po każdym skurczu mięśnia macicy,
- pozostawanie w stałym kontakcie z rodzącą po przygotowaniu zestawu do porodu i miejsca do porodu,
- współpraca z rodzącą umożliwiającą przyjęcie dogodnej dla niej pozycji oraz sposobu parcia przyczyniającego się do postępu porodu, ze szczególnym uwzględnieniem pozycji wertykalnych,
- ochrona krocza,
- kontrola odginania się główki płodu, a po jej urodzeniu podjęcie czynności zapewniających prawidłowe wytaczanie się barków,
- położenie noworodka bezpośrednio na brzuchu matki, jeśli stan ogólny noworodka i matki na to pozwalają oraz osuszenia i zabezpieczenia noworodka przed utratą ciepła,
- zaciśnięcie pępowiny po ustaniu tętnienia,
- obserwacja przebiegu kontaktu matki i dziecka „skóra do skóry” i pomoc w przystawieniu noworodka do piersi, jeśli stan ogólny noworodka i matki na to pozwalają.

W 49 z 50 dokumentów brak było natomiast oceny wyników badań laboratoryjnych (wyniki te były załączone do dokumentacji).

²⁸ W roku 2013 ankiety złożyło 28 pacjentek, w roku 2014 – 30.

Konieczność wykonywania i dokumentowania ww. czynności wynika z cz. VIII ust. 3 pkt 7, cz. IX ust. 4, cz. X, ust. 3 i cz. XI, ust. 2 pkt 6 załącznika do rozporządzenia w sprawie standardów opieki okołoporodowej. Koordynator Oddziału oraz lekarze wyjaśnili, że wymienione powyżej czynności zawsze były wykonywane, a niedokumentowanie tego faktu wynikało z braku odpowiednich rubryk w stosowanym wzorze dokumentacji medycznej. (dowód: akta kontroli str. 244-393, 405-417)

Uwagi dotyczące
badanej działalności

1. Spośród 50 analizowanych porodów fizjologicznych, tylko 11 (tj. 22%) odbyło się bez dodatkowej ingerencji medycznej, tj. bez podania oksytocyny przed porodem bądź w I lub II okresie porodu, bez nacięcia krocza, użycia farmakologicznych sposobów łagodzenia bólów porodowych, czy też zastosowania amniotomii, wymienionych w pkt. I ust. 1 standardów opieki okołoporodowej. W trakcie 18 (36%) porodów zastosowano oksytocynę²⁹ w celu wywołania akcji porodowej³⁰ oraz nacięcia krocza, w kolejnych 11 (22%) – wyłącznie nacięcie krocza, a w dziewięciu (18%) – wyłącznie oksytocynę. Podczas jednego (2%) porodu dokonano przebicia pęcherza płodowego. Ponadto w latach 2013–2014 w drodze cesarskiego cięcia odebrano 137 porodów (33,2% ogółu). Tymczasem 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. Zgodnie z zaleceniem Światowej Organizacji Zdrowia wskaźnik liczby cesarskich cięć powinien wynosić zaś 10%–15% ogółu porodów³¹.

(dowód: akta kontroli str. 38, 488)

2. Badanie ankietowe przeprowadzone przez NIK na losowej próbie 50 pacjentek, które rodziły fizjologicznie oraz 20, które urodziły dziecko w drodze cesarskiego cięcia (zwrócono odpowiednio 11 i 8 ankiet) wykazało, m.in. że personel medyczny nie zawsze się przedstawiał (55,4% ankietowanych) i wyjaśniał swoją rolę w opiece (27,3%), a 27,3% ankietowanych uznało, że nie zachowano ich prawa do intymności. Ponadto pacjentki nie zawsze były zachęcane do wyboru techniki masażu (18,2%) oraz do wykorzystania immersji wodnej czy relaksacji w wodzie jako sposobu łagodzenia bólu (27,3%). Nie każdemu noworodkowi zapewniony był również nieprzerwany kontakt „skóra do skóry” z matką, który trwał co najmniej dwie godziny po porodzie (36,4%), zaś jedna z ankietowanych matek dodatkowo zaznaczyła, że jej dziecko zostało zabrane zaraz po porodzie w celu umycia i wykonania badań oraz zostało przyniesione po ok. 30–60 minutach. Inna podała, że odmówiono jej użycia prądów TENS z uwagi na drzemkę lekarza, który miałby je zastosować.

Koordynator Oddziału oraz zastępca dyrektora ds. medycznych wyjaśnili, że kontakt „skóra do skóry” zależy od stanu noworodka i matki. Nie może być zastosowany, jeśli ich stan na to nie pozwala. Odnośnie zastosowania metod łagodzenia bólu (TENS, entonox) dodali, że mogą być one zastosowane do rozwarcia nieprzekraczającego 8 cm, poza tym próg pobudliwości u każdej pacjentki jest inny i zastosowane metody mogą nie pomagać, gdy ten próg jest wysoki. W kwestii przestrzegania wszystkich standardów opieki okołoporodowej zastępca dyrektora ds. medycznych wyjaśniła, że jej zdaniem standardy te są przestrzegane.

(dowód: akta kontroli str. 484-487, 490-495)

Odnosząc się do niższych ocen wystawionych Szpitalowi w badaniu ankietowym przeprowadzonym przez NIK, w porównaniu do ocen wystawianych przez pacjentki w ankietach SP ZOZ, dyrektor wyjaśnił, że ankiety przeprowadzane są okresowo³², badane są wszystkie pacjentki przebywające na Oddziale, więc również pacjentki ginekologiczne i patologii ciąży. Niższe oceny wynikają z różnic między wyobrażeniem pacjentek co do czasu porodu i odczuwanego bólu a stanem rzeczywistym. Odnośnie ocen o braku zachowania intymności, Dyrektor dodał, że specyfika specjalizacji

²⁹ Środek farmakologiczny, którego właściwości to zarówno zapoczątkowanie jak i wzmocnienie skurczów macicy w celu przyspieszenia porodu, jak też poporodowa kontrola krwawienia i zmniejszanie zdolności do skurczu macicy.

³⁰ Podana w pierwszym lub drugim etapie porodu.

³¹ http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/161442/1/WHO_RHR_15.02_eng.pdf?ua=1.

³² Terminem przeprowadzania ankiet zgodnie z Zarządzeniem wewnętrznym z 19 października 2007 r. jest maj każdego roku.

ginekologiczno-położniczej balansuje na granicy intymności oraz prywatności i jest bardzo różnie odbierana przez pacjentki. Koordynator Oddziału dodał, że odczucie intymności i prywatności to sprawa indywidualna i krępująca dla kobiety może być obecność lekarza mężczyzny. Odkrycie dolnej części ciała w trakcie drugiego okresu porodu przy obecności kilku osób (położnej, lekarza, męża) jest dla niektórych pacjentek wstydlive. (dowód: akta kontroli str. 493-498)

3. Jak wynika z ankiet, podczas czterech porodów fizjologicznych³³ zastosowano wobec pacjentek tzw. chwyt Kristellera, który polega na uciskaniu brzucha pacjentki w celu przyspieszenia porodu (wypychanie na siłę dziecka z macicy). Stosowanie tej techniki w opinii położników (w tym konsultanta krajowego w dziedzinie położnictwa i ginekologii) może prowadzić do powikłań takich jak przedwczesne oddzielenia łożyska, uszkodzenia krocza, uraz mechaniczny dziecka³⁴. Zastępca dyrektora ds. medycznych wyjaśniła, że przez położników niemieckich jest to technika dopuszczalna (podręcznik „Położnictwo praktyczne i operacje położnicze”, J. Dudenhansen, wyd. PZWL, Warszawa 2013 r.). Dodała, że nie wyklucza ucisku na macicę w czasie rękoczynu McRoberts, który jest postępowaniem standardowym w pewnych sytuacjach położniczych np. dystocji barkowej. (dowód: akta kontroli str. 484, 490-492)
4. Pomimo zastosowania podczas porodów prądów TENS, informacja o użyciu tej procedury medycznej³⁵ nie została zamieszczona w Karcie statystycznej oraz nie została wykazana w raportach statystycznych do POW NFZ. Koordynator Oddziału wyjaśnił, że „(...) NFZ realizując procedury porodowe nie uwzględniało w rozliczeniu procedur porodu tego typu znieczulenia. Od tego roku wszystkie procedury stosowane w trakcie porodu są uwzględniane w karcie statystycznej”. (dowód: akta kontroli str. 425-428)

Ocena cząstkowa

W Oddziale wdrożono procedury mające na celu spełnianie standardów opieki okołoporodowej. Jednakże nie wszystkie wynikające z tego obowiązki były dokumentowane, zaś z przeprowadzonych przez NIK badań ankietowych wynika, że w odczuciu pacjentek nie zawsze były one przestrzegane. Stosunkowo wysoki, gdyż wynoszący ok. 85,3%, był też wskaźnik porodów, w trakcie których zastosowano interwencje medyczne, w tym cesarskie cięcia (33,2% porodów).

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 Kontroli³⁶, wnosi o:

1. Dostosowanie sal poporodowych do wymogów określonych w załączniku nr 1, cz. III, pkt 1 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakimi powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą.
2. Dokumentowanie wszystkich czynności wykonywanych przy porodzie fizjologicznym, wymaganych rozporządzeniem w sprawie standardów opieki okołoporodowej.
3. Rozważenie przyczyn wysokiego odsetka interwencji medycznych podczas porodów oraz podjęcie działań zmierzających do ograniczenia do niezbędnego minimum tych interwencji.

V. Pozostałe informacje i pouczenia

Prawo zgłoszenia zastrzeżeń

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

³³ Dotyczy czterech z 11 ankiet, jakie zostały wypełnione i przekazane do NIK.

³⁴ <http://www.rynekzdrowia.pl/Serwis-Ginekologia-i-poloznictwo/Konsultant-nie-ma-uzasadnienia-dla-stosowania-przy-porodzie-chwytu-Kristellera,148054,209.html>.

³⁵ Kod procedury 93.3930 według Międzynarodowej Klasyfikacji Procedur Medycznych ICD-9.

³⁶ Dz. U. z 2012 r., poz. 82, ze zm. Ustawa zwana dalej „ustawą o NIK”.

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 28 maja 2015 r.

Kontroler
Marek Zapolski
doradca ekonomiczny

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

.....
podpis

.....
podpis