



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI
Delegatura w Białymstoku



01666115

WNK.31438/15

LBI.411.003.03.2015
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	
Kontroler	Beata Pawłowska, specjalista k.p. – upoważnienie do kontroli nr 93321 z 24 marca 2015 r. (dowód: akta kontroli str. 1-2)	
Jednostka kontrolowana	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Siemiatyczach, ul. Szpitalna 8, 17-300 Siemiatycze (zwany w dalszej treści „Szpitalem” lub „SP ZOZ”)	
Kierownik jednostki kontrolowanej	dr n. med. Cezary Nowosielski – Dyrektor SP ZOZ	(dowód: akta kontroli str.3)

II. Ocena kontrolowanej działalności

Ocena ogólna

Szpital w latach 2013–2014 spełniał wymagania dotyczące kwalifikacji i czasu pracy personelu udzielającego świadczeń medycznych oraz posiadał sprzęt medyczny niezbędny w opiece okołoporodowej¹.

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, porodu oraz opieki nad noworodkiem².

Uwagę zwraca też stosunkowo wysoki udział porodów, w trakcie których zastosowano ingerencje medyczne (ok. 79,2% ogółu porodów³), w tym odebranych w drodze cesarskiego cięcia (30,7% 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.

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 jest 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. 70%.

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

III. Opis ustalonego stanu faktycznego

Opis stanu faktycznego	1. Przygotowanie oddziału położniczego do udzielania świadczeń zdrowotnych W latach 2013–2014 opiekę nad matką i noworodkiem sprawowano w Oddziale Ginekologiczno-Położniczym (dalej Oddział), który zaliczony był do I poziomu referencyjnego. W okresie objętym kontrolą przyjęto w nim 708 porodów (355 w 2013 roku i 353 w 2014 roku), w tym 491 (69,3%) fizjologicznych (odpowiednio: 257 i 234) oraz 217 (30,7%) odebranych w drodze cesarskiego cięcia (98 i 119 w kolejnych latach). Jeden noworodek (w 2014 roku) został urodzony martwy.⁵ (dowód: akta kontroli str. 24-25) W latach 2013–2014 nie odnotowano zgonów kobiet w związku z porodem. Siedem kobiet w ciąży zagrożonej przekazane zostało do szpitali o wyższym stopniu referencyjności⁶. (dowód: akta kontroli str. 24-25) W okresie objętym kontrolą w Oddziale odbyły się dwie następujące kontrole zewnętrzne, dotyczące zagadnień związanych z opieką okołoporodową: 1. W 2013 roku Konsultant Wojewódzki w dziedzinie neonatologii przeprowadził kontrolę, której przedmiotem była ocena opieki nad noworodkami, w szczególności bazy, wyposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną, stopnia i prawidłowości wykorzystania sprzętu medycznego, liczby i struktury zatrudnienia wyższego i średniego personelu medycznego, realizacji kształcenia i doskonalenia zawodowego personelu medycznego oraz dostępności świadczeń medycznych. Nie stwierdzono nieprawidłowości, natomiast zalecono podjęcie działań w celu pozyskania nowoczesnego aparatu do nCPAP⁷. Z wyjaśnień Dyrektora Szpitala wynika, że posiadany w Oddziale aparat nCPAP jest sprawny, prosty w obsłudze i używany w sytuacjach wymagających wsparcia oddechowego u noworodków oraz, że Szpital pozyska sprzęt najnowszej generacji w przypadku poprawy możliwości finansowych. Dodał też, że Szpital dąży do uzyskania aparatu od Wielkiej Orkiestry Świątecznej Pomocy. 2. W 2014 roku konsultanci wojewódzcy w dziedzinie położnictwa i ginekologii oraz w dziedzinie neonatologii⁸ przeprowadzili kontrole w zakresie: – oceny postępowania przedporodowego oraz w trakcie porodu dzieci urodzonych z wynikiem 4 i poniżej w skali Apgar oraz przypadków zgonów śródporodowych, – wskazań do rozwiązania porodu metodą cięcia cesarskiego oraz rozwiązania ciąży przy pomocy vacuum, kleszczy i pomocy ręcznej. W związku z niewystąpieniem w Szpitalu przypadków objętych zakresem kontroli (obumarcie ciąży przed porodem, wczesne zgony okołoporodowe) odstąpiono od sformułowania wniosków i zaleceń pokontrolnych. (dowód: akta kontroli str. 26-29, 395-399) SP ZOZ posiada certyfikat „ISO 9001:2009⁹ wydany 26 listopada 2013 r. przez Branżowe Centrum Certyfikacji Systemów, ważny do 26 listopada 2016 r. W latach 2013–2014 przeprowadzone zostały audyty wewnętrzne Oddziału z przestrzegania obowiązujących procesów. Nieprawidłowości nie stwierdzono. (dowód: akta kontroli str. 30, 73) Ustalone nieprawidłowości W działalności kontrolowanej jednostki w przedstawionym wyżej zakresie nie stwierdzono nieprawidłowości.
------------------------	---

⁵ Poród fizjologiczny. Cięża obumarła poza Szpitalem z nieustalonych przyczyn.

⁶ Sześć kobiet przekazano do szpitala w Sokołowie Podlaskim, a jedną do szpitala w Białymstoku.

⁷ Urządzenie do wytwarzania stałego dodatniego ciśnienia powietrza w drogach oddechowych.

⁸ Kontrola przeprowadzona była na zlecenie Ministra Zdrowia.

⁹ Certyfikat nr BCCS CS/11/2013/K/03 w zakresie działalności: całodobowych, kompleksowych szpitalnych świadczeń zdrowotnych polegających na diagnozowaniu, leczeniu, pielęgnacji i rehabilitacji, całodobowych stacjonarnych świadczeń opiekuńczych i pielęgnacyjnych z zakresu opieki długoterminowej, ambulatoryjnych specjalistycznych świadczeń opieki zdrowotnej, ambulatoryjnych podstawowych świadczeń opieki zdrowotnej, ambulatoryjnych świadczeń rehabilitacji leczniczej, badań diagnostycznych w celu rozpoznania stanu zdrowia i ustalenia dalszego postępowania leczniczego.

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 z dnia 29 sierpnia 2009 r. i z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego¹⁰ oraz zarządzeniach Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 20 października 2011 r. i z dnia 19 grudnia 2013 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: leczenie szpitalne¹¹. W okresie objętym kontrolą opiekę okołoporodową nad kobietami podczas porodu, położu oraz opiekę nad noworodkiem sprawowało w 2013 roku 10, a w 2014 roku dziewięciu lekarzy¹², w tym odpowiednio sześciu i czterech ze specjalizacją w położnictwie i ginekologii. Świadczenia w Oddziale realizowało średniorocznie 13 położnych (w całym okresie), a także pielęgniarki: sześć w 2013 roku i pięć w 2014 roku¹³. (dowód: akta kontroli str. 31-39)

Szpital zatrudniał trzech lekarzy specjalistów w dziedzinie anestezjologii oraz miał podpisaną umowę podwykonawstwa z Samodzielnym Publicznym Zakładem Opieki Zdrowotnej w Hajnówce, na mocy której zleceniobiorca zobowiązał się do przyjmowania na Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii pacjentów kierowanych przez Szpital.

(dowód: akta kontroli str. 40-43)

Personel medyczny udzielający świadczeń w Oddziale był wykazany w załącznikach do umowy zawartej z Narodowym Funduszem Zdrowia – Podlaskim Oddziałem Wojewódzkim w Białymstoku (dalej „Oddział NFZ”)¹⁴, obowiązujących w latach 2013 i 2014. Aktualizację zmian w obsadzie kadrowej zgłaszano do Oddziału NFZ za pomocą portalu System Zintegrowanego Obiegu Informacji. (dowód: akta kontroli str. 92-175)

Ustalone
nieprawidłowości

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

1.2. Organizacja udzielania świadczeń i wyposażenie w wymaganą aparaturę medyczną

Opis stanu
faktycznego

Oddział spełniał, co do zasady, warunki ustalone dla I stopnia referencyjnego w załączniku nr 3 do rozporządzeń Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych (odstępstwo zostało opisane w dalszej części wystąpienia pokontrolnego, w sekcji „Ustalone nieprawidłowości”). I tak:

- analiza obsady Oddziału w lutym i we wrześniu 2013 i 2014 roku wykazała, że zapewniono całodobową opiekę lekarską we wszystkie dni tygodnia, w tym stałą obecność lekarza w dziedzinie położnictwa i ginekologii,
- posiadał sprawną, dopuszczoną do użytkowania oraz niezbędną aparaturę i sprzęt, w tym aparaty do badania KTG (możliwość badania ciągłego przed i w trakcie porodu),

¹⁰ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz. U. 2013, poz. 1082 ze zm.), rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz. U. 2013, poz. 1520 ze zm.), zwane dalej „rozporządzeniami Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych”.

¹¹ Zarządzenie Nr 72/2011/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 20 października 2011 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: leczenie szpitalne. Zarządzenie to było zmieniane 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. Zarządzenie Nr 89/2013/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 19 grudnia 2013 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: leczenie szpitalne. Zarządzenie to było zmieniane kolejnymi: 1/2014/DSOZ, 4/2014/DSOZ, 23/2014/DSOZ, 81/2014/DSOZ i 88/2014/DSOZ.

¹² W 2013 roku zatrudniano jednego neonatologa, trzech pediatrów i sześciu lekarzy ze specjalnością w położnictwie i ginekologii, a w 2014 roku jednego neonatologa, dwóch pediatrów i sześciu lekarzy specjalistów w położnictwie i ginekologii.

¹³ W okresie objętym kontrolą w Oddziale spełnione były normy zatrudnienia pielęgniarek i położnych ustalone przez Dyrektora SP ZOZ na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 28 grudnia 2012 r. w sprawie sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami (Dz. U. z 2012 r. poz. 1545).

¹⁴ Umowa Nr 10-00-00360-12-37-03/01 o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej – leczenie szpitalne z 30 grudnia 2011 r., zwana dalej „umową z NFZ”.

detektory tętna płodu, kolposkop, dwa kardiomonytory, aparat USG, stanowiska do resuscytacji noworodka,

- możliwe było wykonanie badań laboratoryjnych oraz zapewniony był dostęp do realizacji badań histopatologicznych śródoperacyjnych (umowa na podwykonawstwo),
- w Szpitalu znajdował się blok operacyjny z wyodrębnioną salą operacyjną do cięć cesarskich. (dowód: akta kontroli str. 4-23, 44-68)

Trakt porodowy w Oddziale tworzyły:

- Izba przyjęć z wyodrębnioną łazienką, w której pacjentki mogły się przebrać,
- pomieszczenie do wykonywania badań KTG,
- dwie sale porodowe, w tym jednoosobowa i dwuosobowa (z dwoma łózkami i fotelem ginekologicznym),
- korytarz wewnętrzny (pełniący rolę szluzu umywalkowo-fartuchowej dla personelu).

Salę porodową wyposażone były m.in. w aparaty KTG, sprzęt do resuscytacji noworodka oraz butle z entonoxem. W każdej z sal znajdował się sprzęt ułatwiający rodzącej aktywność podczas porodu, tj. piłki i worki sako, zaś w pokoju jednoosobowym również wanna do kąpieli z prysznicem i materac. Sala do porodów rodzinnych wyposażona była w fotel dla osoby towarzyszącej oraz radiomagnetofon. (dowód: akta kontroli str. 63-68)

Oddział dysponował także:

- salą obserwacji noworodków, w której znajdowały się m.in.: kardiomonitor dla noworodków, dwa stanowiska do resuscytacji krążeniowo oddechowej, waga, stanowisko do pielęgnacji noworodka i inkubator,
- czterema salami położniczymi (dwoma jednoosobowymi i dwoma trzyosobowymi), urządzonymi w systemie „matka z dzieckiem”, wyposażonymi w urządzenia umożliwiające mycie i pielęgnację noworodków,
- salą obserwacyjną pooperacyjną, do monitorowania stanu pacjentek po cesarskim cięciu, wyposażoną m.in. w kardiomonitor. (dowód: akta kontroli str. 63-68, 394)

Ustalone
nieprawidłowości

W działalności kontrolowanej jednostki w przedstawionym wyżej zakresie stwierdzono nieprawidłowość, polegającą na niespełnianiu wymogu w zakresie stałej obecności lekarza specjalisty w dziedzinie anestezjologii, określonego w załącznikach nr 3 do rozporządzeń Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych¹⁵. Analiza harmonogramów pracy anestezjologów za luty i wrzesień 2013 i 2014 roku wykazała bowiem, że byli oni obecni w Szpitalu tylko w dni robocze w godzinach od 8:00 do 15:35. W pozostałym czasie pozostawali zaś w tzw. „gotowości”, co według wyjaśnień Koordynatora bloku operacyjnego polegało na tym, że lekarz nie przebywa w Szpitalu („o ile nic się nie dzieje”), a jedynie musi być gotowy do interwencji na wezwanie telefoniczne w ciągu paru minut.

Dyrektor Szpitala wyjaśnił: „W harmonogramie użyto sformułowania gotowość, jednak w rozumieniu szpitala jest to forma dyżuru tożsama z obecnością lekarza w lokalizacji.”

(dowód: akta kontroli str. 69-72, 395-403)

Uwagi dotyczące
badanej działalności

Najwyższa Izba Kontroli zwraca uwagę, że:

1. Oględziny sal położniczych wykazały, że nie spełniały one wymogu określonego w § 18 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakimi powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą¹⁶. Łóżka w sali pojedynczej oraz dwa z trzech łóżek w salach trzyosobowych nie były bowiem dostępne z trzech stron, a jedynie z dwóch. Podczas kontroli NIK zmieniono ustawienie łóżek, dzięki czemu został zapewniony wymagany dostęp. (dowód: akta kontroli str. 63-68, 394)

¹⁵ Przepisy wymagały stałej obecności lekarza specjalisty w dziedzinie anestezjologii lub anestezjologii i reanimacji bądź anestezjologii i intensywnej terapii albo lekarza posiadającego I stopień specjalizacji w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii – w lokalizacji.

¹⁶ Dz. U. z 2012 r., poz. 739. Rozporządzenie zwane dalej „rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r.”

2. Urządzenie dwóch sal położniczych w systemie „matka z dzieckiem” nie odpowiadało wymogom, określonym w Załączniku nr 1, cz. III, pkt 1 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r. Pokoje te były trzyłóżkowe, podczas gdy zgodnie z ww. przepisami, powinny być przeznaczone dla maksymalnie dwóch matek i dwóch noworodków z możliwością wstawienia trzeciego łóżeczka dla noworodka.

Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że „do listopada 2014 roku w Oddziale były 2 sale 1-łóżkowe i 3 sale 2-łóżkowe. Obecna sytuacja jest chwilowa i wynika z faktu, iż od listopada 2014 roku rozpoczęły się prace remontowe związane z utworzeniem Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii, co spowodowało czasową reorganizację Oddziału. Po zakończeniu remontu wygospodarowane będą dodatkowe sale na Oddziale (...) i sale będą maksymalnie 2-łóżkowe. Standard polegający na przeznaczeniu sal dla maksymalnie dwóch matek i dwóch noworodków, z możliwością dostawienia trzeciego łóżeczka dla noworodków spełniony jest poprzez fakt nieumieszczania w tych salach więcej niż dwóch matek jednocześnie. Potwierdzeniem tego jest fakt, iż w ciągu ostatnich lat, poród statystycznie odbywał się nie częściej niż raz dziennie”.

(dowód: akta kontroli str. 63-68, 395-399)

3. Pacjentki miały ograniczoną możliwość wyboru sposobu rodzenia. W Oddziale dostępne były bowiem tylko łóżka porodowe oraz materac. Nie było natomiast takich udogodnień jak: drabinki, wanna do porodów czy stółek porodowy. Z wyjaśnień personelu Oddziału wynika, że pacjentki przychodząc do Szpitala nie wiedzą w jakiej pozycji chcą rodzić i ostatecznie w II okresie porodu wybierają pozycję leżącą lub półsiedzącą. Jedna z trzech składających wyjaśnienia położnych oraz jeden z dwóch lekarzy poinformowały, że zdarzyło im się uczestniczyć w porodzie odbywającym się w pozycji wertykalnej (na materacu w kucki, w pozycji kolankowo-łokciowej na łóżku porodowym lub na worku sako).

(dowód: akta kontroli str. 370-389)

Zdaniem NIK, wybór przez pacjentki pozycji porodu może wynikać z ich świadomości o ograniczeniach występujących w Szpitalu. Kierownik Oddziału wyjaśnił: „Były kiedyś drabinki i krzeselko (koniec lat 90-tych), jednak nie cieszyły się one zainteresowaniem. Jest duża grupa kobiet, która krępuje się rodzenia w inny sposób niż na łóżku. Kobiety, które chcą rodzić w inny sposób zdarzają się sporadycznie. Najczęściej pytanie jest o możliwość rodzenia w wodzie, jednak w Szpitalu na chwilę obecną nie ma warunków lokalowych do wstawienia wanny.”

(dowód: akta kontroli str. 370-372, 405, 426-428)

1.3. Realizacja umowy z NFZ

Opis stanu faktycznego

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

- Położnictwo i Ginekologia – Hospitalizacja, w związku z pobytem osób w Oddziale z uwagi na potrzebę leczenia i patologię ciąży,
- Położnictwo i Ginekologia – Hospitalizacja N01, N20, w zakresie porodów fizjologicznych oraz porodów za pomocą cięć cesarskich (zwane dalej „świadczeniami oddziału położniczego”),
- Neonatologia – 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.

W latach 2013–2014 wartość świadczeń oddziału położniczego ustalono pierwotnie na 618.852 zł (11.901 jednostek rozliczeniowych¹⁷) i 609.492 zł (11.721 jednostek rozliczeniowych). Ostatecznie (po aneksowaniu) wartość tych świadczeń wyniosła za 2013 rok – 598.884 zł (11.517 jednostek), a w 2014 roku – 647.920 zł (12.460 jednostek). Takie też przychody w latach objętych kontrolą NIK Szpital uzyskał z NFZ.

(dowód: akta kontroli str. 92-175, 178)

¹⁷ Jedna jednostka rozliczeniowa w latach 2013–2014 wynosiła 52 zł.

W Szpitalu nie monitorowano kosztów poszczególnych świadczeń wykonywanych w Oddziale, w tym procedur medycznych realizowanych w odcinku położniczym (porodów naturalnych oraz drogą cięcia cesarskiego). Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że w SP ZOZ analizowane są koszty i przychody poszczególnych ośrodków powstania kosztów działalności podstawowej w cyklach miesięcznych, co pozwala monitorować m.in. rentowność działalności poszczególnych oddziałów i poradni. Dodał, że: „W obecnym stanie z informatyzowania SP ZOZ nie ma możliwości monitorowania kosztów wszystkich procedur udzielanych w tym szpitalu. W latach 2013 i 2014 w Szpitalu udzielono świadczeń odpowiednio 5.629 i 5.711 pacjentom, co oznacza wykonanie co najmniej takiej samej liczby procedur medycznych. Monitorowanie kosztów każdej z nich wymagałoby zakupu bardzo zaawansowanego systemu informatycznego lub dodatkowego zatrudnienia wielu osób.” (dowód: akta kontroli str. 395-399)

Na potrzeby niniejszej kontroli w Szpitalu wyliczono, że średni koszt samego porodu fizjologicznego wynosi około 1.630 zł, a drogą cesarskiego cięcia – 1.730 zł. Koszt osobodnia na Oddziale (który należy uwzględnić przy obliczaniu faktycznej wartości procedury) wyniósł w 2014 roku 336 zł. Przy założeniu, że pacjentka po porodzie fizjologicznym przebywała na Oddziale dwa dni, a po cesarskim cięciu trzy dni¹⁸, całkowity koszt porodu fizjologicznego wynosił 2.302 zł, zaś porodu w drodze cesarskiego cięcia 2.738 zł. Koszty porodów były zatem wyższe od wartości zakontraktowanej przez NFZ (1.820 zł) odpowiednio o 482 zł i 918 zł (26,5% i 50,4%).

(dowód: akta kontroli str. 179-183)

Działalność Oddziału przyniosła w latach 2013-2014 stratę w wysokości odpowiednio 1.049,9 tys. zł i 1.139,8 tys. zł.¹⁹

(dowód: akta kontroli str. 176-177)

Obowiązujący w Szpitalu cennik badań i usług wykonywanych w SP ZOZ nie przewidywał opłat za opiekę okołoporodową osób ubezpieczonych. W jednej z 18 odesłanych ankiet²⁰ pacjentka stwierdziła, że dokonała wpłaty w wysokości 100 zł na potrzeby Szpitala, ponieważ chciała otrzymać salę jednoosobową. Kierownik Oddziału wyjaśnił, że Szpital nie wymaga uiszczania żadnych opłat, natomiast zdarzają się przypadki wnoszenia jakiegś kwoty (darowizny) z własnej woli pacjentki. (dowód: akta kontroli str. 185-190, 379-383, 407)

W latach 2013-2014 darowizny na rzecz Oddziału wyniosły 7,6 tys. zł. Z tytułu świadczeń udzielonych na Oddziale osobom nieuprawnionym Szpital uzyskał w tym czasie przychody w wysokości 4,1 tys. zł.

(dowód: akta kontroli str. 178)

W okresie objętym kontrolą w Oddziale nie realizowano procedur medycznych związanych z porodem przypisanych szpitalowi o wyższym poziomie referencji.

(dowód: akta kontroli str. 379-383)

Ustalone
nieprawidłowości

Ocena częściowa

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

W ocenie Najwyższej Izby Kontroli Oddział był właściwie przygotowany do udzielania świadczeń zdrowotnych związanych z opieką okołoporodową. Wyjątkiem jest brak wymaganej stałej obecności anestezjologa.

2. Przestrzeganie standardów opieki okołoporodowej

Opis stanu
faktycznego

Po wejściu w życie rozporządzenia w sprawie standardów opieki okołoporodowej pielęgniarki i położne zapoznały się z jego treścią, co zostało potwierdzone podpisami. Z wyjaśnień personelu Oddziału wynika, że w Szpitalu zawsze, gdy jest zmiana przepisów odbywały się wewnętrzne szkolenia (spotkania), na których omawiane były najważniejsze kwestie dotyczące zmian.

(dowód: akta kontroli str. 191, 379-389)

¹⁸ W analizowanej próbie pobyt w Szpitalu kobiet rodzących siłami natury wynosił nie mniej niż dwa dni, a w związku z porodem odbieranym drogą cesarskiego cięcia – co najmniej trzy dni.

¹⁹ Po uwzględnieniu kosztów bezpośrednich, pośrednich, kosztów procedur i kosztów zarządu.

²⁰ Szerzej na temat badania ankietowego napisano w pkt. 2 wystąpienia pokontrolnego.

Zapewnieniu przestrzegania standardów opieki okołoporodowej miały służyć przyjęte w Szpitalu procedury w ramach Systemu Zarządzania Jakością ISO 9001, w tym:

- Postępowanie w trakcie I, II, III i IV okresu porodu (z 31 grudnia 2014 r.),
- Monitorowanie ciężarnej poprzez zapis KTG (z 31 grudnia 2014 r.),
- Przyjęcie pacjentki do porodu (z 18 czerwca 2013 r.)
- Profilaktyka ryzyka upadku oraz Procedura zarządzania ryzykiem zdarzeń niepożądanych (z 20 maja 2014 r.).

Procedury te były spójne z zasadami określonymi w załączniku do rozporządzenia w sprawie standardów opieki okołoporodowej. (dowód: akta kontroli str. 74-91)

Analiza dokumentacji medycznej, dotyczącej losowo wybranych 50 porodów fizjologicznych (po 25 z roku 2013 i 2014) wykazała, że na dokumentację medyczną pacjentek składały się m.in.: „Karta położnicza”, „Karta obserwacji porodu”, „Karta indywidualnej opieki noworodka”, „Karta gorączkowa położnicza”, „Indywidualna karta zleceń lekarskich”, „Historia rozwoju noworodka”, a od lutego 2013 roku również: „Indywidualna dokumentacja prowadzona przez położną. Wstępna Ocena Stanu Pacjentki”, „Karta Indywidualnej Opieki Ciężarnej”, „Karta indywidualnej opieki rodzącej”, „Karta indywidualnej opieki położnicy”, „Karta bieżącej oceny stanu zdrowia pacjentki”, zaś od czerwca 2013 roku „Ocena ryzyka w chwili przyjęcia pacjentki do szpitala”. Z analizy wynika, że w trakcie porodu wykonywano wskazane w rozporządzeniu w sprawie standardów opieki okołoporodowej m.in. następujące czynności:

- przeprowadzenie wywiadu ogólnego i ginekologicznego z pacjentką, badanie położnicze i KTG, bieżąca kontrola porodu (czynności skurczowych macicy, odginania się główki dziecka, tętna dziecka), osuszenie dziecka po porodzie, ocenienie noworodka w skali Apgar, odnotowanie godziny odpępniania oraz zaopatrzenie chirurgiczne matki,
- od grudnia 2013 roku do dokumentacji dołączane były „kontrolki” świadczące o sterylizacji zestawu porodowego.

Braki w zakresie dokumentowania obligatoryjnych czynności wykonywanych w trakcie porodów przedstawiono w sekcji „Ustalone nieprawidłowości”.

(dowód: akta kontroli str. 192-209, 219-369, 410-411)

Z wyjaśnień personelu medycznego Oddziału wynika, że w Szpitalu dba się o realizację standardów opieki okołoporodowej, w tym:

- kładzie się duży nacisk na stworzenie dobrych relacji z rodzącą, szczegółowo omawia przebieg porodu oraz stara się zachęcać rodzącą do ruchu, m.in. korzystania z dostępnych sprzętów (worek sako, piłka, materac, prysznic),
- rodzące są informowane o możliwości przyjmowania dogodnych pozycji w trakcie porodu, przy czym i tak wybierają pozycję leżącą lub półleżącą na plecach,
- nie stawia się żadnych wymagań osobie, która ma towarzyszyć przy porodzie (może być to każda osoba wskazana przez rodzącą),
- położne starają się aby nacinanie krocza następowało jak najrzadziej, wyłącznie gdy jest duże ryzyko pęknięcia,
- dziecko po urodzeniu zawsze – o ile pozwala na to stan zdrowia – kładzione było na brzuchu matki; nieprzerwany kontakt ze skórą matki trwał przeważnie tylko do pół godziny – najczęściej do momentu wydalenia łożyska, po czym dziecko było zabierane do ważenia i mierzenia, a matka w tym czasie była zaopatrywana (przerwa w kontakcie matki z dzieckiem na ogół trwała krótko – zdarza się, że dziecko wracało do matki jeszcze podczas jej zaopatrywania),
- ciągła obserwacja matki z dzieckiem trwa przez dwie godziny po porodzie.

(dowód: akta kontroli str. 370-389)

W Oddziale przy porodach fizjologicznych stosowano głównie nefarmakologiczne metody łagodzenia bólu, tj. muzykoterapię, kąpiel w wannie²¹/prysznic, korzystanie z piłki, worka sako, materaca i tapczanu, przyjmowanie dogodnych pozycji, masaż (wykonywany przez osobę towarzyszącą). Z badanej próby 50 dokumentacji wynika, że co najmniej jedną z tych metod wykorzystało 40 pacjentek (80%). (dowód: akta kontroli str. 412-414)

Jedynym farmakologicznym środkiem przeciwbólowym używanym w trakcie porodu fizjologicznego w Szpitalu był gaz rozweselający – entonox. Z wyjaśnień personelu Oddziału wynika, że możliwość skorzystania z tej metody łagodzenia bólu proponuje się każdej pacjentce, jednak część nie chce jej stosować. Spośród 50 pacjentek, których dokumentacje objęto analizą, entonox przyjęło osiem²² (16%).

(dowód: akta kontroli str. 184, 220-369, 373-389)

Na potrzeby kontroli rozesłano anonimowe ankiety do 50 kobiet, które w latach 2013-2014 urodziły dziecko w Szpitalu w drodze porodu fizjologicznego oraz do 20 pacjentek, których poród zakończył się cesarskim cięciem. Odesłano odpowiednio 11 i siedem ankiet.

Większość kobiet rodzących siłami natury potwierdziło w ankiecie przestrzeganie w Oddziale następujących standardów opieki okołoporodowej:

- podczas porodu pacjentki były traktowane z szacunkiem (91%),
- osoby sprawujące opiekę w trakcie porodu nawiązały z rodzącymi dobry kontakt, pacjentki były informowane o postępie porodu, bezpośrednio po urodzeniu noworodek kładziony był na brzuchu matki, rodzące otrzymały pomoc w przystawieniu dziecka do piersi (82%),
- miejsce porodu było zgodne z wcześniej opracowanym planem porodu, osoby sprawujące opiekę proponowały rodzącym poruszać się podczas I okresu porodu oraz przyjmowania wygodnych pozycji, kobiety miały poczucie bezpieczeństwa i godności osobistej oraz otrzymały instruktaż w zakresie prawidłowego przystawiania dziecka do piersi (73%),
- rodzące miały prawo wyboru miejsca porodu, w trakcie porodu respektowano ich prawo do świadomego udziału w podejmowaniu decyzji związanych z porodem, były zachęcane do korzystania ze wsparcia osoby bliskiej oraz do stosowania różnych udogodnień i form aktywności oraz przekazano im informacje na temat postępowania w laktacji w pierwszej dobie połogu (64%),
- osoby sprawujące opiekę nad rodzącymi prezentowały postawę spokojną i wzbudzającą zaufanie, zachęcały do aktywności fizycznej i pomagały w znajdowaniu optymalnej pozycji porodu oraz informowały pacjentki, że powinny się kierować własną potrzebą parcia (54,5%),
- wszystkie pacjentki poinformowano o godzinie porodu i płci dziecka.

(dowód: akta kontroli str. 405-406)

Wyniki ankiet dotyczące pozostałych standardów przedstawiono dalszej części wystąpienia pokontrolnego, w sekcji "Uwagi dotyczące badanej działalności".

W latach 2013-2014 w drodze cięcia cesarskiego odebrano kolejno 27,6% i 33,7% porodów²³. Z analizy dokumentacji dotyczących 20 takich porodów wynika, że w każdym przypadku wskazano uzasadnienie medyczne do jego zastosowania²⁴.

(dowód: akta kontroli str. 24, 408-409)

²¹ W Oddziale dostępna była wanna przeznaczona do kąpieli, natomiast nie dysponowano wanną przystosowaną do porodów.

²² Wszystkie te pacjentki korzystały też z innych (nefarmakologicznych) metod łagodzenia bólu.

²³ Cięć cesarskich planowanych było 138 (64%), a nagłych 79 (36%).

²⁴ W przypadku cięć planowanych uzasadnieniem był m.in.: stan po cesarskim cięciu z jednoczesnym brakiem zgody pacjentki na poród naturalny lub ryzykiem pęknięcia macicy, położenie miednicowe płodu, makrosomia płodu, ryzyko czynnej infekcji, wskazanie okulistyczne. W przypadku cięć nagłych były to m.in.: nieuzyskanie prawidłowej czynności skurczowej, tokofobia, ryzyko zamartwicy płodu, zatrzymanie porodu z podejrzeniem dysproporcji płodowo-miednicowej.

Spośród siedmiu ankietowanych, których poród zakończył się cesarskim cięciem, cztery pacjentki (57%) podały, że decyzja o porodzie w drodze cesarskiego cięcia zapadła przed przybyciem do szpitala²⁵, a w pozostałych trzech przypadkach po rozpoczęciu akcji porodowej²⁶. (dowód: akta kontroli str. 407)

Z grupy ankietowanych pacjentek (siedem), trzy podały, że poród w drodze cesarskiego cięcia odbył się na ich życzenie. Kierownik Oddziału wyjaśnił: „Jeżeli pacjentka jest po cięciu cesarskim to w pewnym sensie ma wybór sposobu rodzenia. Wynika to z rekomendacji Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego, zgodnie z którym pacjentka po cięciu cesarskim powinna wyrazić zgodę na poród naturalny. Myślę, że to o takie sytuacje chodziło ankietowanym, które stwierdziły, że miały cięcie na życzenie. W Szpitalu nie wykonuje się cięć cesarskich bez wskazań medycznych”.

(dowód: akta kontroli str. 427-428)

Szpital został oceniony przez pacjentki rodzące fizjologicznie średnio na 3,2 pkt, natomiast przez rodzące drogą cięcia cesarskiego na 4,3 pkt (oceny dokonywano w skali od 1 do 5 pkt). Odnosząc się do niskiej oceny wskazanej przez pacjentki rodzące siłami natury, dyrektor Szpitala podał: „Moim zdaniem opieka okołoporodowa i warunki rodzenia w SP ZOZ oceniane są pozytywnie. Świadczą o tym zgłaszające się specjalnie na czas porodu pacjentki z województwa mazowieckiego, jak i z ościennych powiatów. Ocenianie na podstawie 11 ankiet z ponad 708 porodów odbytych w ciągu dwóch lat (2013–2014) jest niemiarodajne i nie powinno stanowić oceny opieki okołoporodowej i warunków rodzenia w szpitalu. Analiza danych statystycznych powinna być oparta na reprezentatywnej grupie pacjentek aby ocenić statystykę zadowolenia z pobytu w Oddziale.” Kierownik Oddziału dodał, że „Niezmieniona ilość porodów w naszym Oddziale, świadczy iż cieszy się on dobrą opinią pacjentek.”

(dowód: akta kontroli str. 405, 407, 417-426)

W latach 2013–2014 do Szpitala nie wpłynęła żadna skarga dotycząca opieki okołoporodowej w Oddziale. (dowód: akta kontroli str. 404)

Corocznie w Szpitalu przeprowadzano anonimowe badanie satysfakcji pacjenta z usług świadczonych w oddziałach szpitalnych (w ramach systemu zarządzania jakością). W 2014 roku pacjentkom Oddziału wydano 100 ankiet, z których zwrotnie otrzymano 36. Wynikało z nich, że 97% ankietowanych oceniło opiekę lekarską na Oddziale oraz pielęgnarską i położniczą dobrze lub bardzo dobrze. (dowód: akta kontroli str. 400-402, 430-431)

Ustalone
nieprawidłowości

W działalności kontrolowanej jednostki w przedstawionym wyżej zakresie stwierdzono nieprawidłowości, polegające na niedokumentowaniu niektórych obligatoryjnych czynności wykonanych w trakcie porodów. I tak:

1. W dokumentacji wszystkich 50 analizowanych porodów nie zamieszczono informacji o:
 - ocenie wyników badań laboratoryjnych pacjentki – dołączane były jedynie wyniki badań,
 - ocenie zabarwienia powłok skórnych i błon śluzowych rodzącej,
 - dokonaniu analizy proporcji między płodem a miednicą matki,
 - pozostawianiu w stałym kontakcie z rodzącą po przygotowaniu zestawu do porodu i miejsca do porodu,
 - współpracy z rodzącą, umożliwiającej przyjęcie dogodnej pozycji oraz sposobu parcia, przyczyniającego się do postępu porodu,
 - położeniu noworodka bezpośrednio na brzuchu matki,
 - poinformowaniu matki o godzinie porodu i płci dziecka,
 - zaciśnięciu pępowiny po ustaniu tętnienia²⁷,
 - obserwowaniu przebiegu kontaktu matki i dziecka „skóra do skóry”,

²⁵ Z powodu: stanu po cięciu cesarskim (3) oraz położenia pośladkowe płodu (1).

²⁶ Z powodu: przedwczesnego odejścia wód płodowych i braku postępu porodu, pępowiny przeszkadzającej w porodzie naturalnym, zatrzymania porodu w II okresie i podejrzenia dysproporcji płodowo-miednicowej.

²⁷ Była podana godzina odcięcia pępowiny

- kontroli szyjki macicy we wziernikach.

Konieczność wykonywania i dokumentowania tych czynności wynika z cz. VIII ust. 2 lit. e, cz. IX ust. 4 pkt 4, 6 i 9, cz. X ust. 3 pkt 2, 3, 6, cz. XI ust. 2 pkt 3 i 6 załącznika do rozporządzenia w sprawie standardów opieki okołoporodowej. Ponadto do żadnej z analizowanych dokumentacji nie załączono planu porodu (standard VI ust. 3).

2. W części dokumentacji objętej analizą nie odnotowano:

- informacji o przygotowaniu do przyjęcia porodu zgodnie z zasadami aseptyki i antyseptyki, wymaganej standardem IX ust. 4 pkt 5 (24 dokumentacje),
- adnotacji o dokonaniu oceny występowania czynników ryzyka, wymaganych standardem VIII ust. 2 lit. K (16 dokumentacji),
- karty obserwacji porodu, wymaganej standardem VIII ust. 2 lit. p (w jednej dokumentacji). (dowód: akta kontroli str. 220-369)

Kierownik Oddziału oraz Oddziałowa wyjaśnili, że wszyscy pracownicy przestrzegają standardów wprowadzonych rozporządzeniem Ministra Zdrowia, w tym wykonują wszystkie przewidziane w nich czynności (część jest tak oczywistych, że wykonywana jest rutynowo), jednak konieczność dokumentowania niektórych z nich umknęła ich uwadze. Wskazali też, że:

- plan porodu, jeżeli jest opracowany z osobą sprawującą opiekę prenatalną jest omawiany i modyfikowany z położną sali porodowej, a gdy go nie ma, rodząca ma możliwość rozmowy o swoich potrzebach i oczekiwaniach,
- brak karty obserwacji porodu dotyczy przypadku, gdzie ze względu na dynamiczny przebieg porodu, położna nie mogła odstać od pacjentki, a po porodzie zapomniała dołączyć wymagany dokument,
- dowodem analizy badań laboratoryjnych są wpisane leki w karcie zleceń lekarskich,
- wpis dotyczący oceny zabarwienia powłok skórnych i błon śluzowych nie jest dokonywany, gdy wszystko jest prawidłowe,
- każda pacjentka ma wykonywany pomiar miednicy kostnej, a od pół roku wpisywana jest do karty ciąży szacunkowa waga płodu w USG,
- szyjka macicy badana jest inaczej, tj. palpacyjnie. (dowód: akta kontroli str. 390-393)

Uwagi dotyczące
badanej działalności

Najwyższa Izba Kontroli zwraca uwagę, że:

1. Spośród 50 analizowanych porodów fizjologicznych, aż 35 (tj. 70%) odbyło się z zastosowaniem dodatkowej ingerencji medycznej w formie nacięcia krocza lub podania oksytocyny w celu indukcji lub stymulacji porodu. Ponadto 30,7% porodów odebranych było przez cięcie cesarskie. 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 opiodów, nacięcia krocza, cięcia cesarskiego. Zgodnie zaś z zaleceniem Światowej Organizacji Zdrowia wskaźnik liczby cesarskich cięć powinien wynosić 10%-15% ogółu porodów²⁸.

Kierownik Oddziału podał: „W tej chwili w Polsce 24% porodów to porody indukowane. Dzieci są coraz większe, poród drogami natury staje się więc coraz trudniejszy. Wywołanie porodu o tydzień wcześniej sprawia, że poród jest mniej urazowy dla dziecka i dla matki. Oxytocynę podaje się też w celu uzyskania prawidłowej czynności skurczowej. Wspomaga się w ten sposób poród naturalny.” W odniesieniu do nacięcia krocza kierownik Oddziału wyjaśnił, że nie wykonuje się go rutynowo, a jedynie w przypadku, gdy istnieje zagrożenie pęknięcia krocza (decyduje o tym położna). Dodał „Moim zdaniem lepiej jest naciąć krocze (wykonuje się je „w bok”). Chroni to przed możliwym pęknięciem, które może uszkodzić zwieracz odbytu (krocze przeważnie pęka „w dół”). Przez 24 lata pracy miałem dwa przypadki, gdzie pękł zwieracz i jelito. Wtedy jest to naprawdę duży problem dla pacjentki.” Duży odsetek cięć cesarskich w porównaniu ze wskazaniami WHO wynika, zdaniem kierownika Oddziału,

²⁸ http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/161442/1/WHO_RHR_15.02_eng.pdf?ua=1

przede wszystkim ze zwiększonej ostrożności lekarzy i położnych uczestniczących przy porodzie, w związku ze zwiększającą się roszczeniowością pacjentów. Dodał: „Dotyczy to wszystkich szpitali, nie tylko naszego. Coraz więcej jest procesów sądowych i dotyczą one coraz szerszego zakresu. Kiedyś były to roszczenia dotyczące poważnych sytuacji, np. uszkodzenia dziecka. Obecnie rodzice wszelkie rozwojowe problemy dziecka upatrują w niewłaściwym przebiegu porodu. Powodem roszczenia mogą być nawet problemy w nauce dziecka. Dlatego przy problemach z porodem podejmuje się decyzję o cięciu cesarskim.” Inne powody wg wyjaśnień kierownika Oddziału to coraz niższa tolerancja kobiet na ból porodowy. „90% pod koniec porodu poddaje się i twierdzi, że nie da rady sama urodzić. Czasem nie da się ich zmotywować do zakończenia porodu własnymi siłami”. Ponadto pacjentka, u której raz wykonywano cesarskie cięcie, zgodnie z rekomendacjami Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego, ma w pewnym sensie wybór w jaki sposób będzie rodziła kolejne dziecko. „Prawie zawsze w takich sytuacjach kobiety nie godzą się na poród siłami natury.”

(dowód: akta kontroli str. 370-393, 405-406, 405, 427-429)

2. Pacjentki rodzące siłami natury nie miały możliwości skorzystania w Szpitalu ze znieczulenia zewnątrzoponowego, podczas gdy w literaturze²⁹ wskazuje się, że do obniżenia odsetka cięć cesarskich może przyczynić się częstsze stosowanie znieczulenia do porodu. Także Kierownik Oddziału przyznał, że dostępność do znieczulenia zewnątrzoponowego, które jest skuteczne w walce z bólem porodowym, mógłby ograniczyć cięcia u kobiet, u których diagnozuje się tokofobię. Strach przed porodem był jednym ze wskazań w dwóch z 20 analizowanych porodów, do rozwiązania ciąży drogą cesarskiego cięcia. (dowód: akta kontroli str. 409, 427-429)

Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że: „Podczas znieczulenia zewnątrzoponowego, które może trwać od kilku do kilkunastu godzin (czas trwania porodu) lekarz anestezjolog nie może odejść od pacjentki. Takie znieczulenie nie jest procedurą ratującą życie, a w tym czasie do szpitala może trafić pacjent z zagrożeniem życia, któremu lekarz anestezjolog musi udzielić świadczenia zdrowotne. Ponadto mała liczba anestezjologów spowodowałaby, iż tylko niektóre pacjentki miałyby możliwość skorzystania z takiego znieczulenia. Chcąc uniknąć sytuacji, która daje pacjentkom nierówny dostęp do takiego świadczenia zdrowotnego szpital zdecydował się na znieczulenie z użyciem gazu entonoxu”.

(dowód: akta kontroli str. 395-399, 405-406)

3. Wyniki badań ankietowych przeprowadzonych wśród kobiet rodzących fizjologicznie wskazują na możliwość nieprzestrzegania w Szpitalu części standardów opieki okołoporodowej. I tak:
 - dziesięć ankietowanych (90,9%) podało, że nie miały możliwości wyboru osób sprawujących opiekę podczas porodu,
 - dziewięć ankietowanych (81,8%) wskazało, że nie umożliwiono im bezpośrednio po urodzeniu kontaktu z dzieckiem „skóra do skóry” trwającego co najmniej dwie godziny,
 - osiem ankietowanych (72,7%) nie było pytanych przez osoby sprawujące opiekę o potrzeby i oczekiwania związane z porodem, nie były zachęcane do wyrażania swoich potrzeb związanych z porodem oraz do przyjmowania pozycji, które uznawały za najwygodniejsze, a także nie były wspierane w stosowaniu metod zmniejszania bólu oraz nie respektowano ich decyzji w tym zakresie,
 - sześć ankietowanych (54,5%) stwierdziło, że nie otrzymało od osoby sprawującej opiekę pełnej informacji o nefarmakologicznych i farmakologicznych metodach łagodzenia oraz, że po porodzie nie dokonano w ich obecności oceny stanu ogólnego dziecka ze szczególnym uwzględnieniem wydolności układu krążenia i układu oddechowego,

²⁹ R. Poręba, M. Jędrzejko, A. Poręba, U. Sioma-Markowska *Wskazania do cięcia cesarskiego*, Perinatologia, Neonatologia i Ginekologia, tom 1, zeszyt 1, 11-18, 2008.

- pięć ankietowanych (45,4%) nie było informowanych, że powinny się kierować własną potrzebą parcia,
- cztery ankietowane (36,4%) nie były zachęcane do współpracy z osobą bliską oraz nie zostały im przekazane informacje na temat zasad postępowania w laktacji w pierwszej dobie połogu,
- trzy ankietowane (27,3%) nie miały poczucia bezpieczeństwa i godności osobistej, nie respektowano ich prawa do świadomego udziału w podejmowaniu decyzji związanych z porodem, nie były zachęcane do stosowania różnych udogodnień i form aktywności oraz nie otrzymały instruktażu w zakresie prawidłowego przystawiania dziecka do piersi i pomocy w karmieniu piersią,
- tylko dwie ankietowane (18,2%) uważały, że osoby sprawujące opiekę szanowały ich prywatność i poczucie intymności oraz każdorazowo uzyskiwały zgodę na wykonywanie wszelkich zabiegów i badań. (dowód: akta kontroli str. 405)

Kierownik Oddziału w wyjaśnieniach podał, że nie zgadza się z większością tych opinii. Dodał, że: „*Pacjentka w czasie porodu przeżywa niewyobrażalne bóle i wszelkie działania w jej obecności bywają wówczas interpretowane przez nią niekoniecznie obiektywnie*”. Zaznaczył też, że: „*11 opinii w stosunku do ponad 700 porodów w kontrolowanym okresie nie może być traktowane jako miarodajne źródło oceny Oddziału*”. (dowód: akta kontroli str. 405, 417-421)

4. Z informacji uzyskanych od personelu Oddziału³⁰ wynika, że dzieci bezpośrednio po porodzie nie miały nieprzerwanego kontaktu z matką „skóra do skóry”, trwającego co najmniej dwie godziny. Po urodzeniu dziecko leżało bowiem na brzuchu matki, przeważnie do zakończenia III okresu porodu (do ok. 30 min.), a gdy matkę zabierano do zaopatrzenia, kontakt był przerywany. Zgodnie z pkt. XII ust. 1 załącznika do rozporządzenia w sprawie standardów opieki okołoporodowej: „*Bezpośrednio po urodzeniu należy umożliwić dziecku nieprzerwany kontakt z matką „Skóra do skóry”, który będzie trwał co najmniej dwie godziny po porodzie. W tym czasie należy zachęcać matkę do rozpoznania momentu, kiedy dziecko jest gotowe do ssania piersi, a także obserwować matkę i dziecko, kontrolując cechy dobrego przystawienia i pozycji przy piersi, a w razie potrzeby zaoferować pomoc. Kontakt ten może być przerywany w sytuacji wystąpienia zagrożenia życia lub zdrowia matki lub noworodka, odnotowanego w dokumentacji medycznej*”. Na nieprzestrzeganie tego standardu wskazują również wyniki badań ankietowych (szerzej w pkt. 3).

Kierownik Oddziału wyjaśnił, że żadna z pacjentek nie wyrażała życzenia pozostawiania z dzieckiem w kontakcie skóra do skóry przez dwie godziny bez jakiegokolwiek przerwy. Dodał: „*W standardzie mówi się o możliwości, a nie o obowiązku. Gdyby rodząca chciała tego kontaktu, byłby jej umożliwiony*”. Kierownik Oddziału przyznał jednak, że w momencie przechodzenia kobiety z łóżka na fotel ginekologiczny, w celu zaopatrzenia urazów porodowych, kontakt musiałby być chwilowo przerywany. „*Pacjentka sama przechodzi na fotel. Fizycznie nie byłoby możliwe, żeby trzymała w tym czasie dziecko. Byłoby to niebezpieczne i mogłoby się zdarzyć coś złego*”.

(dowód: akta kontroli str. 370-393, 405-406, 405)

5. Siedem ankietowanych pacjentek (64%) wskazało, że w trakcie porodu lekarz bądź położna stosowali tzw. chwyt Kristellera, polegający na uciskaniu brzucha w celu przyspieszenia porodu (wypychanie dziecka siłą z macicy). 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, urazu mechanicznego dziecka³¹.

³⁰ Wyjaśnienia pobrano od dwóch lekarzy oraz trzech położnych Oddziału

³¹ <http://www.rynekzdrowia.pl/Serwis-Ginekologia-i-poloznictwo/Konsultant-nie-ma-uzasadnienia-dla-stosowania-przy-porodzie-chwytu-Kristellera,148054,209.html>

<http://www.rynekzdrowia.pl/Serwis-Ginekologia-i-poloznictwo/Ministerstwo-Zdrowia-interweniuje-w-sprawie-chwytu-Kristellera,150338,209.html>

<http://www.wokanda-medyczno-prawna.pl/2015/01/manewr-kristellera-watpliwosci-medyczne.html>

Oddziałowa Oddziału wyjaśniła, że w ostatnich latach nie słyszała o stosowaniu w Szpitalu typowego chwytu Kristellera („z łokciem”), przyznała jedynie że „czasami przytrzymuje się brzuch przy porodzie, żeby uzyskać lepszą czynność skurczową”. Kierownik Oddziału dodał: „Nie każde dotknięcie lub lekki ucisk brzucha jest rękoczynem Kristellera. Takie rękoczyny nie są stosowane w naszym Oddziale”.

(dowód: akta kontroli str. 373-377, 405, 417-421)

6. Zdaniem NIK w Oddziale nie w pełni spełnione są warunki do zachowania prywatności i intymności rodzących pacjentek, bowiem:

- w salach położniczych, zarówno jedno jak i wieloosobowych, pacjentki nie mają do dyspozycji wydzielonej łazienki, a jedynie prysznic, z którego wychodzą po kąpieli bezpośrednio na salę (brak jakiegokolwiek przegrody oddzielającej prysznic od sali),
- łóżka w sali porodowej nie były trwale odgródzone (Oddział dysponował jedynie przenośnym parawanem),
- wejście do Izby przyjęć na Oddziale oraz do sal porodowych nie miało oznaczenia (np. w formie podświetlanego napisu „NIE WCHODZIĆ”) wskazującego, że w środku jest przyjmowana rodząca lub trwa poród,
- szyby w salach porodowych były przezroczyste (niezamiatowane ani nie zasłonięte na stałe w inny sposób, nawet do połowy), co w przypadku niedokładnego zamknięcia np. żaluzji mogło powodować dyskomfort rodzącej.

(dowód: akta kontroli str. 63-68, 415-416)

Dyrektor Szpitala wyjaśnił: „Szpital zapewniał i zapewnia warunki pozwalające pacjentce na pełne poczucie prywatności i intymności w czasie pobytu na Oddziale. Wejście do Izby Przyjęć, jak i do sal porodowych odbywa się pod kontrolą personelu Oddziału. Dodatkowo w holu głównym Oddziału znajduje się punkt informacyjny, gdzie stałą kontrolę sprawuje sekretarka medyczna. Na salę porodową nie ma możliwości wejścia osób niepożądanych. Według danych statystycznych poród w szpitalu odbywa się raz dziennie w związku z tym nie ma potrzeby stałego odgradzania łóżek. (...) Oddział znajduje się na trzecim piętrze szpitala. W lokalizacji nie znajdują się budynki wielokondygnacyjne, nie ma też możliwości aby ktokolwiek zajrzał do sali przez okno co mogłoby spowodować dyskomfort rodzącej. Szpital został wybudowany 41 lat temu. Posiadanie łazienek w salach chorych nie jest wymogiem. Pacjentki przebywające w Oddziale mogą w razie potrzeby skorzystać z łazienki w odcinku ginekologicznym, która zapewni im zachowanie intymności. Obecnie Szpital jest w okresie dostosowawczym i podlega ciągłym remontom. W chwili pozyskania środków finansowych SP ZOZ zamierza przeprowadzić modernizację Oddziału”.

(dowód: akta kontroli str. 63-68, 422-426)

Ocena częściowa

W Oddziale wdrożono procedury mające na celu spełnianie standardów opieki okołoporodowej. Nie wszystkie jednak wynikające z tego obowiązki były dokumentowane, zaś z przeprowadzonych przez NIK badań ankietowych wynika, że w odczuciu pacjentek nie zawsze były one też przestrzegane. Stosunkowo wysoki, gdyż wynoszący 79,2%, był też wskaźnik porodów, w trakcie których zastosowano interwencje medyczne.

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 Kontroli³², wnosi o:

1. Zapewnienie w lokalizacji Szpitala stałej obecności lekarza specjalisty w dziedzinie anestezjologii lub anestezjologii i reanimacji albo anestezjologii i intensywnej terapii bądź lekarza posiadającego I stopień specjalizacji w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii, zgodnie z wymogami określonymi w załączniku

³² Dz. U. z 2012 r., poz. 82, ze zm. Ustawa zwana dalej „ustawą o NIK”.

nr 3 do rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych.

2. Urządzenie sal położniczych zgodnie z wymogami określonymi w rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą w zakresie zagęszczenia łóżek.
3. Dokumentowanie przez personel medyczny Oddziału wszystkich czynności wymaganych rozporządzeniem w sprawie standardów opieki okołoporodowej.
4. Wzbogacenie wyposażenia Szpitala o urządzenia umożliwiające większy wybór sposobu rodzenia.
5. 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.

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.

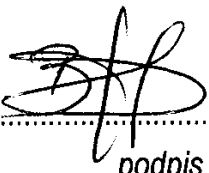
Obowiązek
poinformowania
NIK o sposobie
wykorzystania uwag
i wykonania wniosków

Zgodnie z art. 62 ustawy o NIK proszę o poinformowanie Najwyższej Izby Kontroli, w terminie 30 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.

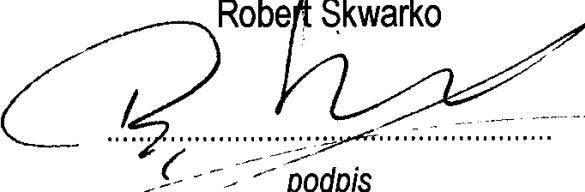
Kontroler
Beata Pawłowska
specjalista kontroli państwowej



.....
podpis

DYREKTOR DELEGATURY
Najwyższej Izby Kontroli w Białymstoku
z up. WICEDYREKTOR

Robert Skwarko



.....
podpis