



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Bydgoszczy

LBY.410.002.01.2020

Anna Lewandowska
Wielospecjalistyczny Szpital Miejski im. dr. Emila
Warmińskiego Samodzielny Publiczny Zakład
Opieki Zdrowotnej
ul. Szpitalna 19
85-826 Bydgoszcz

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

P/20/063 – Opieka nad pacjentkami w przypadkach poronień i martwych urodzeń.

I. Dane identyfikacyjne

Jednostka kontrolowana	Wielospecjalistyczny Szpital Miejski im. dr. Emila Warmińskiego Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej, ul. Szpitalna 19, 85-826 Bydgoszcz ¹
Kierownik jednostki kontrolowanej	Anna Lewandowska, Dyrektor, od 11 kwietnia 2012 r.
Zakres przedmiotowy kontroli	<ol style="list-style-type: none">1. Zgodność z przepisami prawa organizowania świadczeń opieki zdrowotnej w sytuacjach poronień, martwych urodzeń i zgonów dziecka tuż po porodzie.2. Przestrzeganie obowiązujących uregulowań (w tym standardów) dotyczących opieki okołoporodowej w przypadkach poronień, martwych urodzeń lub urodzenia dziecka, które umiera po porodzie.3. Świadczenia zapewniające pacjentkom stosowną pomoc.
Okres objęty kontrolą	2017-2020 (do dnia zakończenia kontroli – 26 maja 2020 r.), z wykorzystaniem dowodów sporządzonych przed tym okresem, jeżeli miały one wpływ na działalność jednostki w zakresie objętym kontrolą.
Podstawa prawna podjęcia kontroli	art. 2 ust. 2 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli ²
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Bydgoszczy
Kontroler	Beata Odjas, specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LBY/23/2020 z 16 stycznia 2020 r. (akta kontroli str. 1-2, 7)

¹ Dalej: „Szpital” lub „SPZOZ”.

² Dz. U. z 2019 r. poz. 489, ze zm. dalej: ustawa o NIK

II. Ocena ogólna³ kontrolowanej działalności

OCENA OGÓLNA

Szpital zapewnił pacjentkom, które poroniły, urodziły martwe dziecko lub którym dziecko zmarło wkrótce po urodzeniu opiekę personelu medycznego, organizację udzielania świadczeń, sprzęt i aparaturę medyczną oraz realizację badań zgodną z wymogami określonymi w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego⁴ dla trzeciego poziomu referencyjnego. Wdrożono wewnętrzne procedury, w których uwzględniono regulacje zawarte w załącznikach do rozporządzeń Ministra Zdrowia w sprawie standardów postępowania medycznego w tego typu przypadkach⁵. Stwierdzone nieprawidłowości dotyczyły m.in.:

- braku bieżącej aktualizacji danych o potencjale wykonawczym przeznaczonym do realizacji umowy zawartej z Kujawsko-Pomorskim Oddziałem Wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia w Bydgoszczy⁶,
- niewłaściwej organizacji pracy, która pozwoliła niejednokrotnie na udzielanie świadczeń zdrowotnych przez okres ponad 24 godzin, a także na nieudzielenie lekarzom pracującym na umowach o pracę 11 godzin nieprzerwanego dobowego odpoczynku,
- nieterminowego dokonywania przeglądów klimatyzacji oraz sprzętu i wyrobów medycznych,
- błędów o charakterze formalnym w prowadzonej dokumentacji medycznej.

Pacjentkom, które poroniły urodziły martwe dziecko lub którym dziecko zmarło wkrótce po urodzeniu przekazywano specjalnie opracowany informator *Prawa rodziców po poronieniu*, w którym informowano o obowiązującym stanie prawnym wynikającym z przepisów o aktach stanu cywilnego, zabezpieczenia społecznego i prawa pracy w związku z sytuacją w jakiej się znalazły.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego oraz oceny cząstkowej⁷ kontrolowanej działalności

OBSZAR

1. Zgodność z przepisami prawa organizowania świadczeń opieki zdrowotnej w sytuacjach poronień, martwych urodzeń i zgonów dziecka tuż po porodzie

Opis stanu faktycznego

1. W Szpitalu funkcjonowała m.in. Klinika Medycyny Matczyno-Płodowej, Ginekologii i Neonatologii⁸, w skład której wchodził Oddział Kliniczny Ginekologii, Położnictwa i Patologii Ciąży⁹ oraz Oddział Kliniczny Noworodków i Intensywnej Terapii. Oddział

³ Najwyższa Izba Kontroli formułuje ocenę ogólną jako ocenę pozytywną, ocenę negatywną albo ocenę w formie opisowej.

⁴ Dz. U. z 2017 r. poz. 2295, ze zm., dalej: „rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych”.

⁵ z 9 listopada 2015 r. w sprawie standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych w dziedzinie położnictwa i ginekologii z zakresu okołoporodowej opieki położniczo-ginekologicznej, sprawowanej nad kobietą w okresie ciąży, porodu, porożu, w przypadkach występowania określonych powikłań oraz opieki nad kobietą w sytuacji niepowodzeń położniczych (Dz. U. poz. 2007), dalej: „rozporządzenie w sprawie standardu z 2015 r.” i z 16 sierpnia 2018 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej (Dz. U. poz. 1756), dalej: „rozporządzenie w sprawie standardu z 2018 r.”

⁶ Dalej: „K-P OW NFZ”.

⁷ Oceny cząstkowe to oceny działalności w poszczególnych obszarach badań kontrolnych. Ocena cząstkowa może być sformułowana jako ocena pozytywna, ocena negatywna albo ocena w formie opisowej.

⁸ Uchwała Nr LVIII/1234/12 Rady Miasta Bydgoszczy z dnia 28 maja 2014 r. w sprawie zmiany statutu Wielospecjalistycznego Szpitala Miejskiego SP ZOZ im. dr. E. Warmańskiego w Bydgoszczy.

⁹ Dalej: „Oddział Ginekologii” lub „Oddział”.

posiadał trzeci (najwyższy) poziom referencyjny. Zgodnie z Regulaminem Organizacyjnym Szpitala¹⁰ do zadań Oddziału należało m.in.: prowadzenie ciąży, porodu, położu patologicznego zgodnie z programem opieki perinatalnej, świadczenie opieki okołoporodowej nad kobietą ciężarną, prowadzenie porodów oraz opieki poporodowej nad położnicą, monitorowanie i leczenie kobiet ciężarnych z ciążą patologiczną i zagrożoną poronieniem, zapewnienie stałej gotowości z możliwością natychmiastowego wykonania cięcia cesarskiego. W obrębie Oddziału Ginekologii funkcjonował Blok Porodowy z salą do cięć cesarskich przeznaczony do przyjęcia rodzącej, odebrania porodu i wykonania niezbędnych zabiegów u rodzącej i noworodka. Oddział pracował w systemie matka z dzieckiem (rooming in). Do zadań Oddziału Klinicznego Noworodków i Intensywnej Terapii należało m.in. zapewnienie całodobowej opieki lekarsko-pielęgniarskiej nad noworodkiem w okresie jego adaptacji do życia poza łonem matki, także opieka nad wcześniakami oraz noworodkiem chorym i wymagającym intensywnej terapii z wykluczeniem leczenia chirurgicznego. Pacjentki doświadczające sytuacji szczególnych, o których mowa w pkt 1 części XV Załącznika do rozporządzenia w sprawie standardu z 2018 r.¹¹ hospitalizowano na odcinku ginekologicznym. Korzystały one również z Ginekologiczno-Położniczej Izby Przyjęć, Bloku Porodowego, a także z sal znajdujących się na odcinku patologii ciąży.

(akta kontroli str. 26-27, 56, 70-72)

2. W okresie objętym kontrolą w Szpitalu liczba noworodków żywo urodzonych wyniosła 2 451 w 2017 r., 2 247 w 2018 r. oraz 2 245 w 2019 r. W analogicznych okresach liczba martwo urodzonych noworodków wyniosła odpowiednio 10, dziewięć i siedem, a liczba noworodków zmarłych do 6 doby życia wyniosła odpowiednio: sześć, 15 i dziewięć. Z kolei liczba poronień wyniosła 449 w 2017 r., 446 w 2018 r. i 420 w 2019 r. Najczęstszą przyczyną poronień i martwych urodzeń było obumarcie wewnątrzmaciczne (335 przypadków w 2017 r., 351 w 2018 r. i 283 w 2019 r.). Drugą pod względem liczby przypadków przyczyną było zdarzenie samoistne (odpowiednio 121 w 2017 r., 102 w 2018 r. i 141 w 2019 r.). W 2017 i 2019 r. wystąpiły po trzy przypadki wad płodu lub zaburzeń genetycznych, a w 2018 r. – dwa. Najwięcej zdarzeń dotyczyło płodów do 16 tyg. trwania ciąży, tj. 433 przypadki w 2017 r., 436 w 2018 r. i 411 w 2019 r.

(akta kontroli str. 8-11)

3. Szpital zapewnił odpowiedni personel medyczny wymagany dla trzeciego poziomu referencyjnego w wymiarze określonym w rozporządzeniu w sprawie świadczeń gwarantowanych, tzn.: równoważnik co najmniej dwóch etatów (nie dotyczy dyżuru medycznego) specjalisty w dziedzinie położnictwa i ginekologii, równoważnik co najmniej 0,7 etatu pielęgniarek lub położnych na 1 łóżko¹²,

¹⁰ Zarządzenie nr 14/2018 Dyrektora Wielospecjalistycznego Szpitala Miejskiego im. dr. Emila Warmińskiego Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Bydgoszczy z dnia 18 stycznia 2018 r. w sprawie zmiany Regulaminu Organizacyjnego Wielospecjalistycznego Szpitala Miejskiego im. dr. Emila Warmińskiego Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Bydgoszczy obowiązujące od 1 lutego 2018 r., dalej: „Regulamin organizacyjny”.

¹¹ Do sytuacji szczególnych zalicza się rozpoznanie podczas ciąży ciężkiej choroby lub wady dziecka, poronienie, urodzenie dziecka martwego, niezdolnego do życia, chorego lub z wadami wrodzonymi. W części VII pkt 1 załącznika do rozporządzenia w sprawie standardu z 2015 r., które obowiązywało do 31 grudnia 2018 r. posługiwano się terminem niepowodzenie położnicze w kontekście sytuacji, w której pacjentka w wyniku ciąży nie zabierze do domu zdrowego dziecka z powodu: poronienia, urodzenia dziecka martwego, niezdolnego do życia lub obarczonego letalnymi schorzeniami; jako niepowodzenie położnicze należało traktować także sytuację, w której kobieta spodziewa się urodzenia chorego dziecka lub dziecka z wadami wrodzonymi.

¹² Zgodnie z obowiązkiem wprowadzonym od 1 stycznia 2019 r. rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 11 października 2018 r. zmieniającym rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz. U. poz. 2012).

wyodrębnioną opiekę lekarską we wszystkie dni tygodnia – trzech lekarzy, stałą obecność lekarza specjalisty w dziedzinie położnictwa i ginekologii w miejscu udzielania świadczeń oraz stałą obecność lekarza specjalisty w dziedzinie anestezjologii w lokalizacji.

(akta kontroli str. 184-185, 423-434, 468-478, 510-519)

W wybranych do próby kontrolnej miesiącach¹³, w ramach umowy o pracę świadczeń zdrowotnych udzielało siedmiu lekarzy odbywających w Szpitalu szkolenie specjalizacyjne w lipcu i październiku 2017 r., pięciu w lipcu i październiku 2018 r., czterech w lipcu 2019 r. i trzech w październiku 2019 r. W Oddziale w ww. miesiącach świadczeń zdrowotnych udzielali także lekarze zatrudnieni na podstawie umów cywilnoprawnych (po 16 w lipcu i październiku 2017 r., 14 w lipcu i październiku 2018 r., 14 w lipcu i 15 w październiku 2019 r.).

(akta kontroli str. 424-434, 468-478, 534)

Personel medyczny udzielający w Oddziale świadczeń zdrowotnych w miesiącach lipiec i październik 2017 r., 2018 r. i 2019 r., co do zasady został ujęty w wykazie personelu stanowiącym załącznik do Aneksu nr 99 do umowy z K-P OW NFZ Nr 02-00-00746-17-06/12-17/B0003/SZP o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej – leczenie szpitalne (brak daty zawarcia) obowiązującego od 1 lipca 2017 r. oraz umowie Nr 02-00-00746-17-16/17-21/B0003/PSZ o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w systemie podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej z dnia 29 września 2017 r. na okres od 1 października 2017 r. do 30 czerwca 2021 r. do umowy i aneksach do niej zawartych. Aktualizacja danych o potencjale wykonawczym przeznaczonym do realizacji umowy w zakresie osób udzielających świadczeń była dokonywana niezgodnie z terminem wskazanym w § 6 ust. 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej¹⁴, co szerzej opisano, w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 188, 223-265)

Stosownie do art. 50 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej¹⁵, w Szpitalu w latach 2017 – 2019 opracowano minimalne normy zatrudnienia pielęgniarek i położnych. W kontrolowanych miesiącach normy te były zachowane.

(akta kontroli str. 510-519)

Szpital spełniał warunki określone w rozporządzeniu w sprawie świadczeń gwarantowanych dla trzeciego stopnia referencyjności w zakresie zapewnienia:

- wyposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną: w miejscu udzielania świadczeń: aparat KTG¹⁶, kardiomonitor, kolposkop, aparat USG zapewniający wykonanie badań zgodnych z profilem udzielanych świadczeń, laparoskop, histeroskop diagnostyczno-operacyjny, a w lokalizacji echokardiograf lub aparat USG z funkcją kolorowego Dopplera;
- realizacji badań: w miejscu udzielania świadczeń EKG płodu lub komputerowa analiza KTG (kompleksowy system nadzoru okołoporodowego, a w lokalizacji: badań laboratoryjnych, gazometrii krwi pępowinowej, diagnostyki prenatalnej (kordocenteza, biopsja trofoblastu,

¹³ Jako próbę kontrolną wybrano dwa miesiące (lipiec, październik) w latach 2017, 2018 i 2019 r.

¹⁴ Dz. U. z 2020 r. poz. 320, ze zm., dalej: „rozporządzenie w sprawie OWU”.

¹⁵ Dz. U. z 2020 r. poz. 295, ze zm., dalej: „ustawa o działalności leczniczej”.

¹⁶ Kardiotokograf.

amniopunkcja), dostęp do badań (cytogenetycznych, histopatologicznych śródoperacyjnych, popłodu, fetoskopii);

- pozostałych wymagań m.in.: pracowni endoskopii, bloku operacyjnego, wyodrębnionej sali do cięć cesarskich oraz Oddziału Klinicznego Noworodków i Intensywnej Terapii o trzecim stopniu referencyjności, w miejscu udzielania świadczeń prowadzono partogram oraz zapewniono psychologa w wymiarze co najmniej 0,5 etatu.

Wymieniony sprzęt i aparatura medyczna były sprawne oraz posiadały aktualne przeglądy stanu technicznego.

(akta kontroli str. 184-185, 266-267)

4a. Szpital posiadał Program Dostosowania do wymagań określonych w art. 22 ust. 1 i 2 ustawy o działalności leczniczej zaopiniowany w drodze decyzji z dnia 28 czerwca 2012 r. nr 216/2012 przez Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego w Bydgoszczy i Program Dostosowania z dnia 17 grudnia 2012 r. zaopiniowany w drodze decyzji z dnia 24 grudnia 2012 r. przez Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Bydgoszczy¹⁷. Na podstawie decyzji z 31 sierpnia 2018 r. PPIS w Bydgoszczy nakazał Szpitalowi do 31 grudnia 2020 r. usunięcie stwierdzonych nieprawidłowości w zakresie niedostosowania do ww. przepisu Oddziałów Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Oddziału Chirurgii B oraz Zakładu Patomorfologii¹⁸.

(akta kontroli str. 130-141)

4b. Kontrola NIK wykazała nieprawidłowości dotyczące użytkowanego w Szpitalu sprzętu i aparatury medycznej oraz instalacji i urządzeń wentylacji mechanicznej i klimatyzacji pomieszczeń, co szerzej opisano w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 266-267)

5. Analiza rozkładu czasu pracy lekarzy zatrudnionych na Oddziale wykazała, iż przestrzegano przepisów art. 93-97 ustawy o działalności leczniczej. Stwierdzono jednak przypadki niezrealizowania prawa pracowników w każdej dobie do 11 godzin nieprzerwanego odpoczynku oraz pracy w wymiarze przekraczającym dobę pracowniczą, co szerzej opisano w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*. Ponadto w miesiącach objętych szczegółowym badaniem wystąpiły liczne przypadki udzielania świadczeń zdrowotnych przez lekarzy nieprzerwanie przez okres, przekraczający 24 godziny. Przypadki te dotyczyły lekarzy realizujących je na podstawie umów cywilnoprawnych, co szerzej opisano w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 498-479)

6. W okresie 2017-2019 w książce kontroli Szpitala odnotowano przeprowadzenie 49 kontroli, z czego PPIS w Bydgoszczy przeprowadził 24¹⁹. Jedna kontrola doraźna przeprowadzona 27 kwietnia 2017 r. dotyczyła postępowania po poronieniu

¹⁷ Dalej: „PPIS w Bydgoszczy”.

¹⁸ Tj.: 1) W Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii zainstalować w pokojach łóżkowych umywalki z ciepłą i zimną wodą, dozownikami na mydło w płynie oraz pojemnikami z ręcznikami jednorazowego użycia i pojemnikami na zużyte ręczniki; 2) Zapewnić izolatkę w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii dostępną z traktów komunikacji oddziału; 3) Zapewnić w Oddziale Chirurgii B punkt pielęgniarski z pokojem przygotowawczym pielęgniarskim; 4) Zapewnić wejście do Oddziału Chirurgii B tak aby nie prowadziło ono przez Zakład Endoskopii; 5) Zapewnić w Oddziale Chirurgii B pomieszczenie higieniczno-sanitarne wyposażone dodatkowo w natrysk, dostosowane do osób niepełnosprawnych, w szczególności poruszających się na wózkach inwalidzkich; 6) Zapewnić w Zakładzie Patomorfologii służbę szatniową prowadzącą do Prosektury.

¹⁹ Dwie kontrole nie zostały odnotowane w Książce kontroli, a z kontroli przeprowadzonych przez PPIS sporządzono 34 protokoły.

i martwym urodzeniu. W jej trakcie nie stwierdzono nieprawidłowości i nie sformułowano doraźnych zaleceń, uwag i wniosków. W ramach Zintegrowanego Systemu Zarządzania przeprowadzono jeden audyt w zakresie postępowania ze zwłokami²⁰ w Oddziale Ginekologii, w trakcie którego nie stwierdzono nieprawidłowości.

(akta kontroli str. 535-537)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

1. Szpital nie dokonywał na bieżąco aktualizacji danych o swoim potencjale wykonawczym przeznaczonym do realizacji umowy określonym w Aneksie nr 99 do umowy Nr 02-00-00746-17-06/12-17/B0003/SZP o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej – leczenie szpitalne (brak daty zawarcia) obowiązującym od 1 lipca 2017 r. i umowy Nr 02-00-00746-17-16/17-21/B0003/PSZ o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w systemie podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej z dnia 29 września 2017 r. na okres od dnia 1 października 2017 r. do 30 czerwca 2021 r. w odniesieniu do osób udzielających świadczeń zdrowotnych i sprzętu. Stwierdzono, że:
 - a. dwie osoby, których zatrudnienie zakończyło się odpowiednio 29 czerwca 2016 r. i 25 lipca 2016 r. zostały wykazane w ww. aneksie i umowie. Aktualizacja dostępności personelu w Systemie Zarządzania Obiegiem Informacji Narodowego Funduszu Zdrowia²¹ nastąpiła 8 maja 2018 r. i 7 maja 2018 r., a więc po odpowiednio 678 i 651 dniach od zakończenia zatrudnienia. A ponadto w przypadku:
 - 14 osób zgłoszenie aktualizacji dostępności personelu w SZOI nastąpiło po upływie od 1 do 425 dni od daty zatrudnienia,
 - 10 osób po upływie od 1 do 140 dni od daty zakończenia zatrudnienia,
 - trzech osób – z opóźnieniem nastąpiło zarówno zgłoszenie aktualizacji dostępności personelu w związku z zatrudnieniem (od 6 do 27 dni), jak i jego zakończeniem (od 3 do 56 dni);
 - b. w wykazie sprzętu:
 - dwa kardiolografy wykazano dwukrotnie²², zawyżając tym samym liczbę sprzętu,
 - dwa kardiolografy²³, kolposkop²⁴ i USG²⁵ wykazano, mimo że zostały zlikwidowane, a jeden kardiograf posiadał wpis w paszporcie technicznym, o tym że 26 stycznia 2015 r. został wycofany z eksploatacji i nie podlegał kolejnym przeglądom²⁶.

(akta kontroli str. 188-189, 223-265, 266-293)

²⁰ 30 maja 2019 r.

²¹ Dalej: „SZOI”.

²² Sprzętowi oznaczonemu nr 0-80-802-00-1138/2010 i 8-80-802-001139/2010 odpowiadał sprzęt oznaczony odpowiednio numerami DE53011026 i DE53010620.

²³ Kardiograf 1500377 karta środka trwałego 000077, data likwidacji 31 maja 2017 r. i kardiograf 8-80-802-000019/1992 karta środka trwałego 000019, data likwidacji środka trwałego 31 maja 2017 r.

²⁴ Kolposkop 7035, karta środka trwałego 000070, data likwidacji 20 lutego 2012 r.

²⁵ USG ZONARE 02615S208D karta środka trwałego 000775, data likwidacji środka trwałego 31 maja 2017 r.

²⁶ FF0400121, karta środka trwałego 000460, data likwidacji 28 lutego 2018 r.

Stanowiło to naruszenie § 2 ust. 7 umowy Nr 02-00-00746-12-14 (12-16/B0003/SZP)²⁷ o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej – leczenie szpitalne (brak daty zawarcia) i § 2 ust. 9 umowy Nr 02-00-00746-17-16/17-21/B0003/PSZ z dnia 27 września 2017 r. o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w systemie podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej, które stanowią, że świadczeniodawca obowiązany jest do bieżącego aktualizowania danych o swoim potencjale wykonawczym przeznaczonym do realizacji umowy, przez który rozumie się zasoby będące w dyspozycji świadczeniodawcy służące wykonywaniu świadczeń opieki zdrowotnej, w szczególności osoby udzielające tych świadczeń i sprzęt. W odniesieniu do personelu było to niezgodne także z § 6 ust. 2 rozporządzenia w sprawie OWU, który wymagał, aby zmiany w harmonogramie dotyczące osób wykonujących zawody medyczne były zgłaszane dyrektorowi oddziału wojewódzkiego Funduszu najpóźniej w dniu poprzedzającym ich powstanie albo, w przypadkach losowych, niezwłocznie po zaistnieniu zdarzenia.

(akta kontroli str. 188-189, 223-265)

Dyrektor Szpitala wyjaśniła, że nieterminowe przekazywanie informacji do NFZ wynikało z zaniedbań odpowiedzialnych w tym zakresie pracowników, o których pracodawca nie został poinformowany, a odbywające się w tym zakresie audyty wewnętrzne nie wykazały nieprawidłowości. Ponadto Dyrektor Szpitala wskazała, że 21 października 2015 r. wydała zarządzenie nr 155/2015²⁸ w sprawie przekazywania informacji w celu aktualizacji potencjału zgłoszonego do Narodowego Funduszu Zdrowia. Wszelkie zmiany wykazywane były na podstawie dostarczonych dokumentów przez Dział Kadr lub Dział Eksploatacji. Były kierownik Sekcji Rozliczeń i Analiz Ekonomicznych wyjaśnił, że w dwóch przypadkach stosowny dokument pomimo, że został dostarczony przez Dział Kadr nie został wprowadzony, w pozostałych przypadkach niezbędne dokumenty zostały dostarczone po terminie. Kierownik Działu Służb Pracowniczych wyjaśniła, że w przypadku osób, których zatrudnienie zakończyło się odpowiednio 29 czerwca 2016 r. i 25 lipca 2016 r. stosowna informacja została przekazana, oraz że nie miała informacji od osób zmieniających dane w SZOI o nieterminowym przekazywaniu danych, a sama nie posiadała bezpośredniego dostępu do systemu. Wyjaśniła, że ewentualne opóźnienia wynikały z przeoczenia, oraz że czuje się odpowiedzialna za część zaistniałych uchybień. Były Kierownik Sekcji Rozliczeń i Analiz Ekonomicznych wyjaśnił, że w jego ocenie wszelkie niezgodności sprzętowe wynikają z braku ciągłości zatrudnienia elektromedyka oraz zmian na stanowisku Dyrektora Technicznego. Powstałe rozbieżności mogą tworzyć się poprzez różną interpretację lub odczyt np. numeru seryjnego oraz numeru inwentarzowego, co doprowadziło do wielokrotnego wykazania tego samego sprzętu.

(akta kontroli str. 190-213, 223-241, 339-348, 381-383)

2. W lipcu i październiku 2017 r., 2018 r. i 2019 r. wystąpiło 14 przypadków nieudzielenia lekarzom zatrudnionym na podstawie umowy o pracę co najmniej 11 godzin nieprzerwanego odpoczynku dobowego.

(akta kontroli str. 479-487)

²⁷ Która na podstawie aneksu nr 92 do umowy 12-16/B0003/SZP o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej – leczenie szpitalne (brak daty zawarcia) otrzymała oznaczenie „Umowa 12-17/B0003/SZP o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej – leczenie szpitalne”.

²⁸ Dalej: „zarządzenie 155/15”.

Zgodnie z art. 97 ust. 1 i 2 ustawy o działalności leczniczej pracownikowi przysługuje w każdej dobie prawo do co najmniej 11 godzin nieprzerwanego odpoczynku, który pracownikowi pełniącemu dyżur medyczny powinien być udzielony bezpośrednio po zakończeniu pełnienia dyżuru medycznego.

Kierownik Działu Służb Pracowniczych, która sprawuje nadzór nad przestrzeganiem przepisów prawa pracy przez pracowników Szpitala wyjaśniła, że na etapie planowania czasu pracy analizuje harmonogramy dyżurów medycznych pod kątem zachowania dobowego i tygodniowego odpoczynku wynikającego z przepisów prawa. Faktycznie wykonane harmonogramy wpływają po zakończonym miesiącu.

(akta kontroli str. 488-491)

3. W lipcu i październiku 2017 r., 2018 r. i 2019 r. wystąpiło 151 przypadków świadczenia pracy przez lekarzy zatrudnionych w Szpitalu na podstawie umów o pracę w wymiarze przekraczającym dobę pracowniczą.

Łączny czas pracy wyniósł w:

- 8 przypadkach 24 h 30',
- 22 przypadkach 25 h,
- 1 przypadku 25 h 05',
- 3 przypadkach 25 h 35',
- 64 przypadkach 26 h,
- 53 przypadkach w przedziale od 26 h 05' do 29 h 35'²⁹.

Wśród wskazanych 151 przypadków, w 126 łączny czas pracy lekarzy wyniósł ponad 24 godziny (w tym 07 h 35 min w ramach normalnych godzin pracy), a w 25 przypadkach łączny czas pracy w dni wolne od pracy wyniósł ponad 24 godziny.

(akta kontroli str. 465-479)

Zgodnie z art. 93 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej czas pracy pracowników zatrudnionych w podmiocie leczniczym, z zastrzeżeniem art. 94 ust. 1, w przyjętym okresie rozliczeniowym, nie może przekraczać 7 godzin 35 minut na dobę. Na podstawie art. 95 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej lekarze mogą być zobowiązani do pełnienia dyżuru medycznego, a bezpośrednio po jego zakończeniu przysługuje im prawo do co najmniej 11 godzin nieprzerwanego odpoczynku. Ustawa z dnia 26 czerwca 1974 r. Kodeks pracy³⁰, w art. 128 § 3 pkt 1 wskazuje, że przez dobę - należy rozumieć 24 kolejne godziny, poczynając od godziny, w której pracownik rozpoczyna pracę zgodnie z obowiązującym go rozkładem czasu pracy.

Kierownik Działu Służb Pracowniczych, która sprawuje nadzór nad przestrzeganiem przepisów prawa pracy przez pracowników Szpitala wyjaśniła, że na etapie planowania czasu pracy analizuje harmonogramy dyżurów medycznych pod kątem zachowania dobowego i tygodniowego odpoczynku wynikającego z przepisów prawa. Faktycznie wykonane harmonogramy wpływają po zakończonym miesiącu. O występujących nieprawidłowościach i konieczności ustalania organizacji pracy oddziału w oparciu o obowiązujące przepisy prawa telefonicznie informowała Kierownika Oddziału.

(akta kontroli str. 488-491)

²⁹ 26 h 05' – 9, 26 h 35' – 5, 25 h – 30, 27 h 05' – 1, 28 h – 2, 28 h 30' – 1, 29 h – 1, 29 h 30' – 1, 29 h 35' – 3.

³⁰ t.j. Dz. U. z 2019 r. poz. 1040, ze zm.

4. W lipcu i październiku 2017 r., 2018 r. i 2019 r. wystąpiły 223 przypadki udzielania świadczeń zdrowotnych przez lekarzy zatrudnionych w Szpitalu na podstawie umów cywilnoprawnych, nieprzerwanie przez okres, przekraczający 24 godziny:

- 4 przypadki przez 24 h 30',
- 56 przypadków przez 25 h,
- 17 przypadków przez 25 h 30',
- 76 przypadków przez 26 h,
- 41 przypadków w przedziale od 26 h 30' do 30 h³¹,
- 22 przypadki w przedziale od 30 h 30' do 32 h 30',
- 7 przypadków w przedziale od 41 h 30 h do 53 h 30'³².

(akta kontroli str. 420-422, 435-447)

Dyrektor Szpitala wyjaśniła, że limity czasu pracy lekarzy wynikające z ustawy o działalności leczniczej i Kodeksu pracy dotyczą wyłącznie tych lekarzy, którzy wykonują pracę w ramach zatrudnienia pracowniczego. Nie dotyczą lekarzy na kontraktach. W ich przypadku ograniczenia wynikają jedynie z obowiązku dołożenia należytej staranności przy wykonywaniu zawodu, zasad etyki zawodowej i zaciągniętych zobowiązań.

(akta kontroli str. 448-451)

NIK nie kwestionuje zgodności rozkładu czasu pracy lekarzy udzielających świadczeń na podstawie umów cywilnoprawnych z przepisami art. 93-97 ustawy o działalności leczniczej, jednakże skala udzielania świadczeń zdrowotnych przez lekarzy nieprzerwanie w wymiarze przekraczającym 24 godziny może świadczyć o niewłaściwej organizacji pracy oraz stwarzać ryzyko dla bezpieczeństwa przebywających w Oddziale pacjentek.

5. W Szpitalu nie przestrzegano wymogu określonego w § 39 ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą³³ i w § 40 ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą³⁴, zgodnie z którymi instalacje i urządzenia wentylacji mechanicznej i klimatyzacji, podlegają okresowemu przeglądowi, czyszczeniu, lub dezynfekcji, lub wymianie elementów instalacji zgodnie z zaleceniami producenta, nie rzadziej niż co 12 miesięcy. W przypadku 11 urządzeń klimatyzacji w 2018 r. przeglądy odbyły się z opóźnieniem wynoszącym od jednego do 133 dni³⁵. W 2019 r. z opóźnieniem wynoszącym od 32 do 74 dni odbyły się przeglądy dwóch urządzeń klimatyzacji³⁶. Odświeżanie filtra oczyszczającego w dwóch kolejnych

³¹ 26 h 30' – 4, 27 h – 11, 27 h 30' – 2, 28 h – 11, 28 h 30' – 2, 29 h – 5, 29 h 30' – 5, 30 h – 1.

³² 41 h 30' – 2, 46 h 30' – 1, 48 – 1, 49 h – 1, 50 h – 1, 53 h 30' – 1.

³³ Dz. U. poz. 739., obowiązujące do 31 marca 2019 r., dalej: „rozporządzenie w sprawie wymagań z 2012 r.”.

³⁴ Dz. U. poz. 595, dalej: „rozporządzenie w sprawie wymagań z 2019 r.”.

³⁵ Budynek Główny I piętro Blok porodowy sala narodzin nr 2 – 133, sale narodzin nr 4, 6 – 105, sala obserwacyjna nr 8 – 105, Budynek Główny I piętro Blok położniczy sala 18 – 105, Budynek Główny I piętro sala nr 12 punkt pielęgniarstwa – 105, Budynek Główny Strych obsługuje salę cięć cesarskich – 65, Budynek Główny sala narodzin nr 1 i sala obserwacyjna nr 7 – 19, Budynek Główny I piętro Blok położniczy sala nr 23 gabinet zabiegowy i Blok porodowy sala narodzin nr 5 – 1.

³⁶ Budynek Główny Strych Centrala Ginekologiczno-Położnicza – 74 dni i Budynek Główny II piętro gabinet lekarski.

jednostkach zewnętrznych znajdujących się na elewacji budynku i obsługujących punkty pielęgniarstwa na Odcinku Ginekologii i Odcinku Patologii Ciąży powinno odbywać się z częstotliwością co sześć miesięcy zgodnie z zaleceniami producenta. Opóźnienie między poszczególnymi przeglądami wynosiło od 21 do 55 dni. Ponadto w Szpitalu w przypadku czterech urządzeń klimatyzacji nie udokumentowano w 2017 r. i 2018 r. okresowego przeglądu czynności wymaganych zgodnie z § 39 ust. 1 rozporządzenia w sprawie wymagań z 2012 r.³⁷, czym naruszono § 39 ust. 2 tego rozporządzenia.

(akta kontroli str. 152-160)

Pracownik odpowiedzialny m.in. za nadzorowanie oraz wykonywanie konserwacji, napraw i remontów zewnętrznych i wewnętrznych instalacji wyjaśnił, że główną przyczyną opóźnienia terminów wykonania przeglądów w 2018 r. i 2019 r. była absencja chorobowa współpracownika. Z powodu sytuacji kadrowej w pierwszej kolejności usuwał bieżące awarie i usterki. P.o. Kierownika Sekcji Zapewnienia Ruchu oraz Zastępca Dyrektora Szpitala ds. Eksploatacji potwierdzili te wyjaśnienia. P.o. Kierownika Sekcji Zapewnienia Ruchu wskazał, że w 2019 r. zwiększył nadzór nad przeglądami, mimo to dwa przeglądy odbyły się z opóźnieniem. W zakresie braku udokumentowania przeglądów czterech urządzeń pracownik odpowiedzialny za ich wykonanie oświadczył, że zostały one wykonane, a brak udokumentowania jest wynikiem nieodnotowania tego faktu w zapiskach, do którego dochodzi gdy ma pilne zgłoszenie do interwencji na terenie Szpitala. Oświadczenie o przeprowadzeniu przeglądów i konserwacji klimatyzatorów w Oddziale złożyła Położna koordynująca odcinka patologii ciąży i Ginekologiczno-Położniczej Izby Przyjęć.

(akta kontroli str. 156-157, 349-355, 364-372.)

6. Przeglądy wyrobów medycznych stosowanych do udzielania świadczeń zdrowotnych nie odbywały się w terminach określonych w dokumentacji. Dwa przeglądy kolposkopu, kardiokografu i jeden przegląd usg odbyły się z opóźnieniem wynoszącym od czterech do 41 dni, przegląd 13 kardiokografów w 2019 r. odbył się z opóźnieniem 9 dni.

(akta kontroli str. 266-267)

Zgodnie z art. 90 ust. 6 ustawy z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych³⁸ świadczeniodawca jest obowiązany posiadać dokumentację wykonanych instalacji, napraw, konserwacji, działań serwisowych, aktualizacji oprogramowania, przeglądów, regulacji, kalibracji, wzorcowań, sprawdzeń i kontroli bezpieczeństwa wyrobu, który wykorzystuje do udzielania świadczeń zdrowotnych, zawierającą w szczególności daty wykonania tych czynności, nazwisko lub nazwę (firmę) podmiotu, który wykonał te czynności, ich opis, wyniki i uwagi dotyczące wyrobu. Ponadto, zgodnie z art. 90 ust. 7 ww. ustawy świadczeniodawca jest obowiązany posiadać dokumentację określającą terminy następnych konserwacji, działań serwisowych, przeglądów, regulacji, kalibracji, wzorcowań, sprawdzeń i kontroli bezpieczeństwa wyrobu stosowanego do udzielania świadczeń zdrowotnych, wynikające z instrukcji używania lub zaleceń podmiotów, które wykonały czynności, o których mowa w ust. 6.

Pracownik odpowiedzialny m.in. za dokonywanie przeglądów technicznych urządzeń medycznych oraz prowadzenie paszportów oraz innych wymaganych

³⁷ W 2017 r. w Budynku Głównym w Położniczej Izbie Przyjęć, sala nr 4 oraz na strychu, gdzie znajduje się Centrala Ginekologiczno-Położnicza, a w 2018 r. w Budynku Głównym w Położniczej Izbie Przyjęć, sala nr 4, gabinecie zabiegowym nr 6.

³⁸ t.j. Dz. U. z 2020 r. poz. 186.

dokumentów dotyczących eksploatowanej aparatury i urządzeń medycznych wyjaśnił, że opóźnienie w przeglądach wyrobów medycznych wynikało z konieczności wdrożenia się w nowe obowiązki oraz z faktu, że często firmy dokonujące przeglądów opóźniają swój przyjazd, ponieważ chcą zebrać większą liczbę przeglądów w okolicy i zrobić je w jednym pakiecie. Wyjaśnienia pracownika potwierdził Dyrektor ds. Technicznych. Była Dyrektor ds. Technicznych wyjaśniła, że przyczyną opóźnienia przeglądów KTG był brak pracownika na stanowisku elektromedyka, późny wpływ informacji o konieczności dokonania przeglądów, konieczność zebrania ofert cenowych od firm zewnętrznych i oczekiwanie na serwisanta.

(akta kontroli str. 356-372, 494-497, 529-530)

OCENA CZĄSTKOWA

W okresie objętym kontrolą Szpital był przygotowany do udzielania świadczeń zdrowotnych z zakresu położnictwa i ginekologii, w tym opieki nad pacjentkami, które doświadczyły niepowodzeń położniczych/sytuacji szczególnych, zgodnie z wymaganiami określonymi w rozporządzeniu w sprawie świadczeń gwarantowanych dla trzeciego poziomu referencyjnego oraz umowami zawartymi z K-P OW NFZ. Szpital zapewnił w Oddziale odpowiednią liczbę personelu medycznego o wymaganych kwalifikacjach. Jednakże, udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarzy nieprzerwanie przez ponad 24 godziny może świadczyć o niewłaściwej organizacji pracy. Stwierdzono przypadki, w których Szpital nie wywiązał się z obowiązku terminowego zgłaszania Dyrektorowi K-P OW NFZ zmian w harmonogramie dotyczących osób wykonujących zawody medyczne, określonego w rozporządzeniu w sprawie OWU oraz obowiązku określonego w umowie z K-P OW NFZ aktualizowania danych o personelu medycznym i sprzęcie przeznaczonym do jej wykonywania. Szpital spełniał warunki określone w rozporządzeniu w sprawie wymagań z 2018 r., jednak stwierdzono przypadki nieprzestrzegania terminów okresowych przeglądów, czyszczenia, dezynfekcji, lub wymiany elementów instalacji i urządzeń wentylacji mechanicznej oraz klimatyzacji, a także przeglądów wyrobów medycznych.

OBSZAR

2. Przestrzeganie obowiązujących uregulowań (w tym standardów) dotyczących opieki okołoporodowej w przypadkach poronień, martwych urodzeń lub urodzenia dziecka, które umiera po porodzie

Opis stanu faktycznego

1. Zgodnie z ust. 2 części I załącznika do rozporządzenia w sprawie standardu z 2018 r. w Szpitalu opracowano dokument *Ustalenie i określenie sposobu zbierania, wyznaczania i analizowania wskaźników w opiece okołoporodowej*. Wskazano w nim, że źródłem danych do analiz będą dane z dokumentacji medycznej pacjentek, Księgi Porodowe, Księgi Raportów oraz dane z systemu informatycznego. Monitorowanie wskaźników opieki okołoporodowej miało odbywać się z częstotliwością raz do roku, po jego zakończeniu i w terminie do końca stycznia roku następnego. Sposób realizacji oraz dokumentowania działań dotyczących ustalania i monitorowania wskaźników opieki okołoporodowej nie został określony w regulaminie organizacyjnym Szpitala, co szerzej opisano w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 312-322)

2. W ramach przyjętych w Szpitalu wskaźników opieki okołoporodowej wyodrębniono trzy grupy, tj.: wskaźniki związane z demografią³⁹, z jakością opieki⁴⁰

³⁹ [1] Współczynnik zgonów noworodków, martwych urodzeń, [2] Struktura urodzeń według czasu trwania ciąży, masy urodzeniowej, wieku matki, kolejności urodzenia oraz sposobu ukończenia ciąży, [3] Występowanie

i interwencją medyczną w opiece okołoporodowej⁴¹. Łącznie w Szpitalu agregowano dane dotyczące 22 wskaźników. Pomiar i analiza wskaźników opieki okołoporodowej w okresie od 1 stycznia 2019 r. do 31 grudnia 2019 r. zostały przeprowadzone w ustalonym terminie, tj. do końca stycznia 2020 r. W wyniku analiz stwierdzono, że w 2020 r. należy sformułować badanie satysfakcji pacjentek w sposób umożliwiający wyciągnięcie wniosków mających na celu poprawę jakości opieki oraz dążyć do ograniczenia interwencji medycznych: indukcji porodu, amniotomii i nacięć krocza, które w 2019 r. wynosiły odpowiednio 30,91%, 11,56% i 39,51%.

(akta kontroli str. 312-322)

3. W Szpitalu wprowadzono wewnętrzne procedury dotyczące opieki nad pacjentkami, które poroniły, urodziły martwe dziecko lub dziecko, które zmarło wkrótce po porodzie. 23 listopada 2016 r. wprowadzono instrukcję „*Postępowanie w przypadku poronienia, urodzenia martwego dziecka*”⁴², którą zmieniono z dnia 25 lutego 2019 r.⁴³ Instrukcje te określały m.in. opis postępowania oraz odpowiedzialność lekarza, położnej, pielęgniarki ds. społecznych, Zakładu Patomorfologii. Załącznikami do instrukcji były: wniosek o przekazanie materiału po poronieniu do placówki wykonującej badania genetyczne, oświadczenie dotyczące wydania Karty Zgonu i pochówku, zaświadczenie o pochodzeniu szczątków ludzkich, wniosek o przekazanie płodu na cele naukowo-dydaktyczne, Karta Martwego Urodzenia, lista zbiorcza płodów do pochówku, Prawa Rodziców po poronieniu, Karta Zgonu. W formularzu Prawa Rodziców po poronieniu informowano pacjentkę m.in. o: prawie do skorzystania z pomocy szpitalnego psychologa, obowiązującym stanie prawnym (w szczególności wynikającym z przepisów o aktach stanu cywilnego, zabezpieczenia społecznego i prawa pracy w związku z sytuacją w jakiej się znalazła), możliwości pochówku, a także możliwości wykonania rozszerzonych badań genetycznych oraz placówkach je wykonujących. Zgodnie z zarządzeniami wprowadzającymi ww. instrukcje Kierownik Oddziału i Położne Koordynujące zostały zobowiązane do zapoznania z nimi podległego personelu oraz nadzorowania ich przestrzegania. Zostało to potwierdzone na stosownych listach.

(akta kontroli str. 75-114)

4. Szpital wywiązał się z obowiązku przygotowania personelu medycznego do opieki nad pacjentkami doświadczającymi poronień, urodzenia martwego dziecka lub śmierci dziecka wkrótce po porodzie. W latach 2017-2019 personel medyczny uczestniczył w szkoleniach dotyczących standardów opieki okołoporodowej. W 2017

wybranych wad wrodzonych, [4] Punktacja Apgar, [5] Przyczyny zgonów okołoporodowych matek, [6] Palenie w ciąży.

⁴⁰ [7] Termin pierwszej wizyty u lekarza, [8] Sposób rozpoczęcia czynności porodowej, [9] Odsetek noworodków karmionych piersią, [10] Odsetek personelu przeszkolonego z laktacji, [11] Odsetek nieprzerwanego dwugodzinnego kontaktu „skóra do skóry” po porodzie, [12] Liczba udzielonych porad laktacyjnych, [13] Odsetek dzieci karmionych wyłącznie piersią przy wypisie, [14] odsetek kobiet, które zgłosiły się z planem porodu, [15] Odsetek kobiet z pozytywnym doświadczeniem porodu (ankieta satysfakcji), [16] Odsetek ciągłego zapisu kardiologicznego podczas porodu, [17] Odsetek ciąży i porodów prowadzonych wyłącznie przez położne.

⁴¹ [18] Odsetek cięć cesarskich, [19] Odsetek stymulacji i indukcji porodu, [20] Odsetek zabiegów amniotomii, czyli sztuczne przebicie pęcherza płodowego, [21] Odsetek kobiet otrzymujących opioidy w trakcie porodu, [22] Odsetek nacięć krocza.

⁴² Zarządzenie nr 159/2016 Dyrektora Wielospecjalistycznego Szpitala Miejskiego im. dr. Emila Warmińskiego w Bydgoszczy z dnia 23 listopada 2016 r. w sprawie wprowadzenia zmian w „Procedurze postępowania ze zgonem pacjenta”.

⁴³ Zarządzenie nr 23/2019 Dyrektora Wielospecjalistycznego Szpitala Miejskiego im. dr. Emila Warmińskiego w Bydgoszczy z dnia 25 lutego 2019 r. w sprawie wprowadzenia zmian w instrukcji „Postępowanie w przypadku poronienia, urodzenia martwego dziecka”.

r. w dwóch szkoleniach zewnętrznych: *Akademia Położnych – opieka okołoporodowa, współpraca z Bankiem Mleka Kobięcego oraz Wsparcie w sytuacji straty dziecka – poronienia i porody przedwczesne* uczestniczyło pięć położnych⁴⁴. W 2018 r. w szkoleniu zewnętrznym: *Karmienie piersią – standard w opiece okołoporodowej* uczestniczyło siedem położnych. Oprócz szkoleń zewnętrznych położne uczestniczyły w szkoleniach wewnętrznych. W 2017 r. zaplanowano i zrealizowano osiem następujących szkoleń wewnętrznych dotyczących standardu opieki okołoporodowej: *Kobieta w położu po porodzie fizjologicznym - rola położnej, Kobieta w położu po porodzie zabiegowym i cięciu cesarskim - rola położnej, Naturalne metody łagodzenia bólu porodowego alternatywą dla medykalizacji porodu, Fizjologia laktacji, Wskaźniki skutecznego karmienia piersią, Wpływ kontaktu skóra do skóry w jakości i długości karmienia naturalnego, Dokumentacja obowiązująca w przypadku poronienia, Zapoznanie ze standardami w przypadku pacjentek z niepowodzeniami położniczymi*. W 2018 r. szkolenia te zostały powtórzone oraz zrealizowano szkolenie dotyczące *Oceny ryzyka i profilaktyki porodu przedwczesnego, a także Niekorzystanego zakończenia ciąży – rekomendacje postępowania z rodzicami w niepowodzeniu położniczym*. W 2019 r. zaplanowano i przeprowadzono 12 szkoleń: *Nowy standard okołoporodowy - aktualizacja 2019, Karmienie naturalne - edukacja pacjentek na oddziale patologii ciąży, Rola położnej w łagodzeniu obaw i lęków pacjentek, Standard organizacyjny opieki okołoporodowej, Edukacja przedporodowa – przebieg ciąży i rozwój dziecka, Edukacja przedporodowa – karmienie piersią i wsparcie w laktacji, Naturalne metody łagodzenia bólu porodowego, Problemy kobiet w położu, Kontakt matki i dziecka skóra do skóry jako istotny element skutecznego karmienia piersią, Edukacja matek w oddziale Położniczym w zakresie karmienia naturalnego i jej znaczenia dla zdrowia dziecka, Pozycje wertykalne w trakcie porodu, 10 kroków do udanego karmienia piersią, Opieka nad kobietą po cięciu cesarskim we wczesnych dobach po porodzie. Rola położnej*. Lekarze z Oddziału uczestniczyli w 2018 r. w szkoleniu dotyczącym leczenia bólu u kobiet ciężarnych, rodzących oraz w położu.

(akta kontroli str. 531-533)

5. W 2017 r. Szpital na szkolenia personelu medycznego przeznaczył 130,3 tys. zł, w tym na szkolenia personelu w Oddziale Ginekologii, Położnictwa i Patologii Ciąży 14,7 tys. zł. W 2018 r. były to odpowiednio 99,9 tys. zł i 38 tys. zł, a w 2019 r. 85,6 tys. zł i 9,4 tys. zł. W latach 2017-2019 wydatki na szkolenia dotyczące standardów opieki okołoporodowej wyniosły 46,9 tys. zł.

(akta kontroli str. 614)

6. Zorganizowane w Szpitalu, w latach 2017-2019 szkolenia pozwoliły na przygotowanie personelu medycznego do udzielania świadczeń kobietom, które doświadczyły poronienia, urodziły martwe dziecko lub którym dziecko zmarło wkrótce po porodzie.

(akta kontroli str. 531-533)

7. Szpital zapewniał personelowi medycznemu możliwość korzystania z pomocy psychologa.

(akta kontroli str. 538-565)

8. Personel medyczny udzielający świadczeń w Oddziale⁴⁵ wskazał, że pacjentki, które doświadczają niepowodzeń położniczych/sytuacji szczególnych wymagają

⁴⁴ Szkolenia odbyły się 16 stycznia 2017 r. i 9 marca 2017 r.

⁴⁵ Trzech lekarzy, w tym Koordynator Kliniki Medycyny Matczyno-Plodowej i dziewięć położnych.

dodatkowej opieki psychologicznej, rozmowy wspierającej. Największym problem w ocenie jednego z lekarzy jest nawiązanie więzi psychicznej z pacjentką i jej rodziną umożliwiającą w sposób przystępny i najmniej bolesny wyjaśnienie zaistniałej sytuacji medycznej. Położne jako trudność w pracy z takimi pacjentkami wymieniały ponadto komunikację, w której ważne jest wysłuchanie i wzbudzenie zaufania, dopasowanie zachowania do konkretnej sytuacji. Wszystkie osoby składające wyjaśnienie wskazały, że dostrzegają potrzebę doskonalenia zawodowego szczególnie w przypadku pracy z takimi pacjentkami np. w formie zajęć praktycznych, z psychologiem lub terapeutą, co pozwoli lepiej zrozumieć sytuację tych pacjentek i pogłębić umiejętności interpersonalne.

(akta kontroli str. 538-565)

9. Pacjentki, które poroniły, urodziły martwe dziecko lub którym dziecko zmarło wkrótce po urodzeniu otrzymywały opracowaną w Szpitalu informację Prawa rodziców po poronieniu, która stanowi część „Instrukcji Postępowanie w przypadku poronienia, urodzenia martwego dziecka”. Szczegółowe informacje o tym dokumencie umieszczono w pkt 3. Ponadto Szpital dysponował gotowymi informatorami przygotowanymi przez organizacje zewnętrzne, tj. „Pochówek dziecka utraconego przed urodzeniem”⁴⁶ oraz „Poronienie. Co dalej?”⁴⁷.

(akta kontroli str. 75-114)

10. Pacjentkom doświadczającym niepowodzeń położniczych/sytuacji szczególnych przekazywano informacje na temat obowiązującego stanu prawnego wynikającego z przepisów o aktach stanu cywilnego, zabezpieczenia społecznego i prawa pracy. Przekazywano informację o możliwości skorzystania z pomocy psychologa w trakcie hospitalizacji. Położna koordynująca na odcinku położnictwa i bloku porodowego wyjaśniła, że informacje o możliwości skorzystania z opieki duchownego – różnych wyznań, Karta praw i obowiązków Pacjenta, Informacje dla osób odwiedzających i uczestniczących w procesie opieki, tekst ustawy o Prawach Pacjenta znajdują się w teczce, którą przekazuje się pacjentce do zapoznania. Położna przekazuje pacjentce znajdujące się w niej zalaminowane dokumenty (poza tekstem ustawy o Prawach Pacjenta). W Oddziale nie dokumentuje się przekazania pacjentkom ww. dokumentów. W historiach chorób pacjentek znajdował się dokument - oświadczenie dotyczące wydania Karty Zgonu i pochówku podpisywany przez pacjentkę.

(akta kontroli str. 162-183, 528)

Stwierdzone
nieprawidłowości

W działalności kontrolowanej jednostki w przedstawionym wyżej zakresie stwierdzono następującą nieprawidłowość:

Sposób realizacji oraz dokumentowania działań dotyczących ustalania i monitorowania wskaźników opieki okołoporodowej nie został określony w regulaminie organizacyjnym Szpitala, co było niezgodne z ust. 3 części I Załącznika do rozporządzenia w sprawie standardu z 2018 r. Sposób wprowadzenia dokumentu „Ustalenie i określenie sposobu zbierania, wyznaczania i analizowania wskaźników w opiece okołoporodowej” był także niezgodny § 5 ust. 2 Regulaminu Organizacyjnego, obowiązującym od 1 lutego 2018 r., zgodnie z którym to Dyrektor Szpitala wydaje wewnętrzne akty prawne, których projekty sporządzają pracownicy właściwych komórek organizacyjnych, tj.: zarządzenia, decyzje, instrukcje, komunikaty, procesy oraz instrukcje Systemu Zarządzania Jakością.

(akta kontroli str.56-74, 311-322)

⁴⁶ Informator przygotowany przez Instytut Ordo Iuris dotyczący pochówku dziecka.

⁴⁷ Informator przygotowany przez portal poroniam.pl dotyczący praw przysługujących kobiecie po poronieniu.

Pełnomocnik Szpitala ds. Zarządzania Jakością wyjaśniła, że ww. dokument został zaakceptowany przez Kierownika Kliniki Medycyny Matczyno-Płodowej, ale nie został złożony w Sekretariacie Szpitala i tym samym przekazany do Działu Organizacyjno-Prawnego celem wprowadzenia zmian do regulaminu organizacyjnego. 11 marca 2020 r. wyłynął wniosek o wprowadzenie procedury „Ustalenie i określenie sposobu zbierania, wyznaczania i analizowania wskaźników w opiece okołoporodowej”. Co do sposobu wprowadzenia ww. dokumentu Pełnomocnik ds. Zarządzania Jakością wyjaśniła, że nie został wprowadzony w formie procedury i tym samym nie został zarejestrowany w Zintegrowanym Systemie Zarządzania. Położna koordynująca wyjaśniła, że nie dopełniono tego obowiązku.

(akta kontroli str. 373-380)

OCENA CZĄSTKOWA

W Szpitalu opracowano i monitorowano wskaźniki opieki okołoporodowej, ale sposób ich realizacji oraz dokumentowania nie został określony w Regulaminie Organizacyjnym. Ponadto opracowano wewnętrzne procedury dotyczące postępowania w przypadku poronienia, urodzenia martwego dziecka, w tym specjalny informator dla rodziców – *Prawa rodziców po poronieniu*. Informowano w nim o obowiązującym stanie prawnym wynikającym z przepisów o aktach stanu cywilnego, zabezpieczenia społecznego i prawa pracy. Personel medyczny uczestniczył w szkoleniach dotyczących standardów opieki okołoporodowej oraz niekorzystnego zakończenia ciąży, czy też dokumentacji obowiązującej w przypadku poronienia.

OBSZAR

Opis stanu faktycznego

3. Świadczenia zapewniające pacjentkom stosowną pomoc

1. W Szpitalu wyodrębniono Ginekologiczno-Położniczą Izbę Przyjęć, z zadaszonym wejściem i dojazdem umożliwiającym podjazd co najmniej dla jednego pojazdu. Wejście do niej zabezpieczone było domofonem. Łóżka w pokojach łóżkowych dostępne były z trzech stron, w tym z dwóch dłuższych, odstępy między nimi umożliwiały swobodny dostęp do pacjentów, a szerokość pokoju umożliwia wyprowadzenie łóżka. Pokoje łóżkowe wyposażone były w umywalkę z ciepłą i zimną wodą, dozownik z mydłem oraz pojemnik z ręcznikami jednorazowego użycia i pojemnik na zużyte ręczniki. Pokoje te posiadały dostęp do światła dziennego. Pomieszczenie higieniczno-sanitarne wyposażone było w co najmniej jedną miskę ustępową, umywalkę, dozownik z mydłem w płynie, pojemnik z ręcznikami jednorazowego użycia oraz pojemnik na zużyte ręczniki. Meble oraz połączenie ścian i podłogi umożliwiały ich mycie oraz dezynfekcję. Pomieszczenia, w których były wykonywane badania lub zabiegi były wyposażone co najmniej w jedną umywalkę z ciepłą i zimną wodą, dozownik z mydłem w płynie, dozownik ze środkiem dezynfekcyjnym oraz pojemnik z ręcznikami jednorazowego użycia i pojemnik na zużyte ręczniki. W Oddziale funkcjonował Blok Porodowy składający się z sześciu jednostanowiskowych sal, z których każda była przystosowana do porodów rodzinnych. Sale te były wyposażone m.in. w łóżko porodowe, mobilny aparat KTG, stanowisko pielęgnacyjno-resuscytacyjne, miejsce dla osoby towarzyszącej rodzącej, gumową piłkę oraz worek Sako. Sale porodowe objęte były systemem MONAKO, tj. elektronicznym monitorowaniem kardiograficznym. W Punkcie Pielęgniarskim możliwe było rejestrowanie danych z przyłóżkowych KTG. W obrębie Oddziału znajdowała się sala do cięć cesarskich oraz dwie sale intensywnej opieki medycznej dla położnic po cięciach cesarskich. Pacjentkom Oddziału zapewniono warunki poszanowania godności i intymności, poprzez odpowiednie ustawienie foteli ginekologicznych, leżanek, zastosowanie parawanów, zabezpieczenie okien przed dostępem osób postronnych, a także poprzez zastosowanie urządzeń sygnalizujących trwanie badania, z wyjątkiem Pokoju

przyjęć nr 5 i Gabinetu USG, co szerzej opisano w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 162-183)

2. Szczegółowe badanie dokumentacji medycznej 60 pacjentek, które doświadczyły niepowodzenia położniczego/sytuacji szczególnej i były hospitalizowane w latach 2017-2019 wykazało, że:

- dokumentacja indywidualna pacjentek (poza jednym przypadkiem, co szerzej opisano, w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*) zawierała oświadczenia o: upoważnieniu do uzyskiwania informacji o stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych, upoważnieniu do uzyskiwania dokumentacji, ze wskazaniem imienia i nazwiska osoby upoważnionej, wyrażeniu zgody na przeprowadzenia badania lub udzielenie innego świadczenia zdrowotnego;
- stosownie do § 15 pkt 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania⁴⁸, do historii choroby w każdym przypadku dołączano karty indywidualnej opieki prowadzonej przez położną, karty obserwacji, karty gorączkowe, karty zleceń lekarskich, karty informacyjne z leczenia szpitalnego, wyniki badań diagnostycznych wraz z opisem, wyniki konsultacji, a w przypadku pacjentek, u których dokonywano zabiegu abrazji również karty przebiegu znieczulenia. Strony dokumentacji były ponumerowane;
- wszystkie pacjentki, którym przeprowadzono zabieg abrazji/cesarskiego cięcia (49 spośród 60) otrzymały znieczulenie ogólne dożylnie i wyraziły zgodę na przeprowadzenie tego zabiegu.

3. Indywidualna dokumentacja medyczna pacjentek, które poroniły, urodziły martwe dziecko lub którym dziecko zmarło wkrótce po urodzeniu, co do zasady prowadzona była prawidłowo. Braki w dokumentacji zostały szerzej opisane w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 520-523)

4. Pacjentkom doświadczającym niepowodzeń położniczych/sytuacji szczególnych, pomocy psychologicznej udzielali psychologowie zatrudnieni na podstawie umów cywilnoprawnych.

(akta kontroli str. 498-507)

W badanej próbie, z porady psychologicznej skorzystało 13 pacjentek, siedem odmówiło konsultacji z psychologiem, w przypadku 30 pacjentek brak było adnotacji o udzieleniu pomocy przez psychologa, dwie pacjentki wypisały się na własne żądanie. Pacjentki, które skorzystały z konsultacji psychologa, otrzymały ją w dniu przyjęcia do Szpitala lub od dwóch do trzech dni od momentu przyjęcia. Z ośmioma pacjentkami rozmowy wspierające przeprowadziły położne i fakt ten odnotowały w dokumentacji medycznej. P.o. Dyrektora ds. Medycznych wskazał, że konsultacja psychologiczna jest jednym z elementów całego procesu leczenia. Wsparcia psychologicznego udziela się wówczas gdy potrzebuje tego pacjentka. Wpisy położnych o udzieleniu wsparcia psychologicznego nie oznaczają, że pacjentka obligatoryjnie wymagała porady psychologicznej. Stan psychiczny pacjentek monitorowany jest na bieżąco. Jego zdaniem rozwiązania przewidziane przez ustawodawcę w rozporządzeniu w sprawie standardu z 2018 r., a wcześniej w rozporządzeniu w sprawie standardu z 2015 r. mają charakter fakultatywny,

⁴⁸ Dz. U. poz. 2069, obowiązujące do 14 kwietnia 2020 r., dalej: „rozporządzenie w sprawie dokumentacji medycznej”.

a wybór konkretnej formy wsparcia uzależniony jest od okoliczności danego przypadku, oczekiwań pacjentki oraz jej faktycznych potrzeb. Porada psychologiczna jest jedną z postaci wsparcia i nie musi być obligatoryjnie wykonana u każdej pacjentki.

(akta kontroli str.520-527, 566-602)

5. W przypadku czterech z 13 pacjentek, które skorzystały z pomocy psychologa w dokumentacji medycznej znalazły się adnotacje dotyczące rekomendowanego skorzystania z pomocy psychologa oraz terapeuty i psychiatry.

(akta kontroli str.520-527)

6. Pacjentki, które doświadczyły poronienia, urodziły martwe dziecko lub którym dziecko zmarło wkrótce po urodzeniu były hospitalizowane w Oddziale na odcinku ginekologicznym. W indywidualnej wewnętrznej historii choroby brak było informacji o numerze sali, w której przebywała hospitalizowana pacjentka. W dokumentacji medycznej znajdowała się Karta informacyjna opieki pielęgniarskiej/położniczej, w której zawarte były informacje dotyczące m.in. przekazania pacjentki między oddziałami. Koordynator Kliniki Medycyny Matczyno-Płodowej wyjaśniła, że kobiety w sytuacjach szczególnych przebywają w salach jednoosobowych.

(akta kontroli str. 523-527, 538-540)

Zdaniem NIK, wskazanie numeru sali, w której przebywa pacjentka powinno być odnotowywane w prowadzonej dokumentacji medycznej w celu wykazania, że Szpital przestrzega warunku, o którym mowa w ust. 3 pkt 3 części XV załącznika do rozporządzenia w sprawie standardu z 2018 r., zgodnie z którym kobiet w sytuacjach szczególnych w miarę możliwości nie umieszcza się w salach razem z kobietami w okresie ciąży, bądź w położu, które urodziły zdrowe dziecko.

7. W Szpitalu nie wyodrębniono specjalnego pomieszczenia służącego do pożegnań. Funkcję tę pełniły jednostanowiskowe sale porodowe. Pacjentce, która doświadczyła niepowodzenia położniczego/sytuacji szczególnej mogli towarzyszyć bliscy. Położna koordynująca z położnictwa i bloku porodowego wyjaśniła, że w Szpitalu działa grupa „Tęczowy Koczek”, która zapewnia ubranka i kocyki dla często głęboko niedonoszonego dziecka. Ponadto położne we własnym zakresie starają się zapewnić matkom, które wyrażają taką potrzebę np. odcisk stópki lub rączki dziecka.

(akta kontroli str. 162-183, 538-540, 546-548)

8. Stosownie do obowiązującej w Szpitalu procedury „Postępowanie w przypadku poronienia, urodzenia martwego dziecka” pacjentka, która poroniła albo urodziła martwe dziecko wypełniała oświadczenie dotyczące wydania Karty Zgonu i pochówku „dziecka martwo urodzonego” bez względu na czas trwania ciąży. Potwierdzała w nim, że została poinformowana przez personel medyczny Oddziału o przysługującym jej prawie do pochówku, wydania Karty Zgonu oraz że nie zamierza skorzystać z uprawnień do dokonania pochówku we własnym zakresie, a spopielone ciało dziecka zostanie pochowane przez Miasto Bydgoszcz. Ponadto oświadczała, że jest lub nie jest osobą ubezpieczoną i wyraża zgodę na używanie tytułu uprawniającego do zwrotu zasiłku pogrzebowego. W Procedurze zawarto zapisy dotyczące postępowania ze zwłokami dzieci martwo urodzonych bez względu na czas trwania ciąży – niepochowane przez rodziców lub nieprzekazane uczelni na cele naukowo-dydaktyczne chowane są przez Gminę Bydgoszcz. Obowiązek pochówku przejmuje Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Bydgoszczy⁴⁹. 24 czerwca 2015 r. Rada Miasta Bydgoszczy przyjęła uchwałę

⁴⁹ Dalej: „MOPS w Bydgoszczy”.

nr XIII/220/15 w sprawie zasad sprawienia pogrzebu przez Miasto Bydgoszcz⁵⁰. W § 3 ust. 2 uregulowano zasady postępowania w celu pochówku dzieci martwo urodzonych, bez względu na czas trwania ciąży. Wskazano, że sprawienia pogrzebu dokonuje się, po otrzymaniu przez Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Bydgoszczy⁵¹ zgłoszenia ze szpitali świadczących usługi medyczne na terenie Miasta. Obejmuje ono w szczególności: przewóz zwłok, kremację, pochówek urny na terenie cmentarza w grobowcu zbiorowym do tego celu przystosowanym, obsługę pochówku. Pochówek odbywa się dwa razy do roku w lipcu i grudniu. Ciała chowane są w Grobie Dzieci Utraconych na Cmentarzu Komunalnym w Bydgoszczy⁵². W kwestii pochówków ciał dzieci martwo urodzonych Miasto Bydgoszcz nawiązało współpracę z Komitetem budowy Grobu Dzieci Utraconych w Bydgoszczy oraz Stowarzyszeniem Rodziców po Poronieniu. MOPS w Bydgoszczy w informacji pozyskanej na podstawie art. 29 ust. 1 pkt 2 lit. f ustawy o NIK, wskazał, że w 2017 r. pochował 11 ciał/szczątków ludzkich, 36 w 2018 r. oraz 22 w 2019 r.⁵³ otrzymanych ze Szpitala. Wydatki poniesione przez Miasto Bydgoszcz na organizację pochówku wyniosły w 2017 r. 12,3 tys. zł, w 2018 r. 64,9 zł, w 2019 r. 43,1 tys.⁵⁴. W badanej próbie dokumentacji medycznej pacjentek, które poroniły, urodziły martwe dziecko⁵⁵ w 15 przypadkach wypełniono określone w wewnętrznej procedurze oświadczenie dotyczące wydania Karty Zgonu i pochówku, w pięciu przypadkach dziecko zmarło do 6 doby po urodzeniu. Dwie pacjentki nie zdecydowały się na samodzielny pochówek. Został on zrealizowany na koszt Miasta Bydgoszcz.

(akta kontroli str. 384-411)

9. W latach 2017-2019 w Rejestrze skarg i wniosków zarejestrowano 41 skarg, w tym 11 dotyczyło kobiet w ciąży. Jedna skarga złożona w 2017 r. dotyczyła sprawowania opieki nad pacjentką, która poroniła. Przed udzieleniem odpowiedzi Dyrektor Szpitala ustaliła okoliczności skargi pozyskując wyjaśnienia od personelu – położnej koordynującej oraz lekarza. Pacjentce udzielono odpowiedzi. Z informacji pozyskanych na podstawie art. 29 ust. 1 pkt 2 lit. f ustawy o NIK, wynikało, że w ww. okresie do K-P OW NFZ nie wypłynęły skargi dotyczące udzielania świadczeń zdrowotnych przez Szpital pacjentkom, które poroniły, urodziły martwe dziecko lub którym dziecko zmarło wkrótce po urodzeniu.

(akta kontroli str. 119-121, 294-295)

10. Do 20 losowo wybranych pacjentek, które w latach 2017-2019 poroniły, urodziły martwe dziecko lub którym dziecko zmarło zaraz po porodzie wysłano pismo z prośbą o udzielenie informacji na temat zapewnionej im opieki. Otrzymano cztery wypełnione informacje⁵⁶. Trzy pacjentki oceniły opiekę w szpitalu jako dobrą, a jedna jako wystarczającą. Dwie kobiety wskazały, że podpisywały ogólną zgodę na wszystkie zabiegi, a dwie, że każdorazowo były pytane o zgodę na przeprowadzenie jakiegoś zabiegu. Trzy pacjentki odpowiedziały, że miały możliwość skorzystania z pomocy psychologa z inicjatywy własnej Szpitala. Jedna, że nie wiedziała o takiej możliwości, ale jednocześnie podkreśliła, że nawet jakby wiedziała to „pewnie bym

⁵⁰ Uchwała weszła w życie 1 stycznia 2016 r.

⁵¹ Dalej: „MOPS w Bydgoszczy”.

⁵² ul. Wiślana 20, kwatera dziecięca.

⁵³ W 2017 r. Szpital przekazał 23 ciała/szczątki dzieci martwo urodzonych, z których jak wyjaśnił MOPS w Bydgoszczy pochówek 12 został przeniesiony z grudnia 2017 r. na luty 2018 r.

⁵⁴ Miasto Bydgoszcz z ZUS uzyskało zwrot za sprawione pochówki dzieci martwo urodzonych w wysokości 1,1 tys. zł w 2017 r., 21,6 tys. zł w 2018 r. i 19,6 tys. zł w 2019 r.

⁵⁵ Z uwzględnieniem tygodnia zaawansowania ciąży – minimum 12 tydz.

⁵⁶ Dwie zwrócono jako niepodjęte w terminie, a 14 pozostało bez odpowiedzi.

nie skorzystała”. Trzy pacjentki stwierdziły, że personel traktował je z życzliwością i zrozumieniem sytuacji. Dwie pacjentki nie wyraziły woli pożegnania zmarłego dziecka, jedna miała taką możliwość, ale bez uczestniczenia w pożegnaniu osób jej bliskich, a czwarta z udzielających informacji kobiet nie wiedziała o takiej możliwości.

(akta kontroli str. 492-493)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

1. Pacjentkom przebywającym w Pokoju przyjęć nr 5 i Gabinetie USG nie zapewniono warunków pełnej intymności i godności, ponieważ:
 - a. w Pokoju przyjęć nr 5 leżanka znajdowała się na wprost drzwi, brak było w pomieszczeniu parawanu. Nad drzwiami wejściowymi znajdowało się urządzenie sygnalizujące trwanie badania.
 - b. nad Pokojem Badań USG nie zainstalowano urządzenia sygnalizującego trwanie badania, na drzwiach wejściowych nie było żadnej kartki informującej o jego trwaniu. Leżanka znajdowała się na wprost drzwi, częściowo zasłonięta była parawanem, który jednak nie w pełni zasłaniał pacjentkę. Po otwarciu drzwi można było dostrzec badaną osobę.

(akta kontroli str. 162-183)

Stosownie do art. 20 i 22 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta⁵⁷, pacjent ma prawo do poszanowania godności i intymności, a osoba wykonująca zawód medyczny ma obowiązek postępować w taki sposób, aby zapewnić poszanowanie tych praw.

Położna koordynująca wyjaśniła, że Pokój przyjęć nr 5 przeznaczony jest tylko dla jednej pacjentki, która przebywa w nim z położną, a były Kierownik Oddziału, że w Gabinetie USG w czasie przeprowadzania oględzin nie powinno być pacjentki i lekarza. Pełnomocnik ds. Zarządzania Jakością poinformowała, że w Pokoju przyjęć nr 5 umieszczono parawan zasłaniający pacjentkę w czasie badania, a na drzwiach Pokoju Badań USG umieszczono kartkę informującą, że trwa badanie.

(akta kontroli str. 182-183, 187, 613)

2. W dokumentacji indywidualnej wewnętrznej prowadzonej w formie papierowej, tj. historii choroby pacjentek, które poroniły, urodziły martwe dziecko lub którym dziecko zmarło wkrótce po urodzeniu stwierdzono w przypadku:
 - a. sześciu pacjentek⁵⁸, w części dotyczącej wypisania pacjenta ze szpitala - brak opisu zastosowanego leczenia, wykonanych badań diagnostycznych i zabiegów oraz operacji, z podaniem numeru statystycznego procedury medycznej, ustalonego według Międzynarodowej Klasyfikacji Procedur Medycznych Rewizja Dziewiąta, o którym mowa w § 20 pkt 3 rozporządzenia w sprawie dokumentacji medycznej,

⁵⁷ Dz. U. z 2020 r. poz. 849.

⁵⁸ O numerach księgi głównej: 2802/2018, 3/2018, 8946/2017, 10926/2017, 11793/2018, 10039/2017.

- b. dwóch pacjentek⁵⁹, w części dotyczącej wypisania pacjenta ze szpitala - brak daty wypisu, o której mowa w § 20 pkt 6 rozporządzenia w sprawie dokumentacji medycznej,
- c. jednej pacjentki⁶⁰, w części dotyczącej wypisania pacjenta ze szpitala - brak rozpoznania klinicznego składającego się z określenia choroby zasadniczej, będącej główną przyczyną hospitalizacji, chorób współistniejących i powikłań; numerów statystycznych chorób zasadniczych i chorób współistniejących, ustalonych według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych Rewizja Dziesiąta, o których mowa w § 20 pkt 1 i 2 rozporządzenia w sprawie dokumentacji medycznej,
- d. jednej pacjentki⁶¹ - brak w karcie informacyjnej z leczenia szpitalnego wystawionej na podstawie informacji zawartych w historii choroby opisu zastosowanego leczenia, a w przypadku wykonania zabiegu lub operacji - daty wykonania – w zakresie wykonania procedury wklucia, o którym mowa w § 24 ust. 3 pkt 3 rozporządzenia w sprawie dokumentacji medycznej,
- e. jednej pacjentki⁶² - brak podpisanego oświadczenia o upoważnieniu do uzyskiwania informacji o jej stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych, ze wskazaniem imienia i nazwiska osoby upoważnionej oraz danych umożliwiających kontakt z tą osobą; oświadczenia pacjenta o upoważnieniu do uzyskiwania dokumentacji, ze wskazaniem imienia i nazwiska osoby upoważnionej; oświadczenia pacjenta o wyrażeniu zgody albo zezwolenia sądu opiekuńczego na przeprowadzenie badania lub udzielenie innego świadczenia zdrowotnego, o których mowa w § 8 ust. 1 pkt 1-3 rozporządzenia w sprawie dokumentacji medycznej.

(akta kontroli str. 520-522)

P.o. Dyrektor ds. Medycznych wyjaśnił, że ww. braki w historii chorób są konsekwencją problemów z programem stosowanym w Szpitalu. Niektóre elementy epikryz wypisowych czy też kart informacyjnych z przebiegu leczenia widoczne są w formie zapisu elektronicznego, lecz ostatecznie nie znajdują się na wydruku. Powyższe problemy występują szczególnie po aktualizacji oprogramowania i dlatego cały czas trwają prace nad jego udoskonaleniem. Ponadto wskazał, że upoważnienie osoby do wglądu do historii choroby jak i uzyskiwania informacji o stanie zdrowia nie jest wymogiem obligatoryjnym. Pacjent ma prawo wskazać osobę upoważnioną do udzielania informacji, ale nie ma takiego obowiązku.

(akta kontroli str. 570-572)

OCENA CZĄSTKOWA

Pacjentki doświadczające niepowodzeń położniczych/sytuacji szczególnych były informowane o możliwości skorzystania z pomocy psychologa. Stwierdzone błędy w dokumentacji medycznej dotyczyły m.in. braku w części dotyczącej wypisania ze szpitala opisu zastosowanego leczenia: wykonanych badań diagnostycznych i zabiegów oraz operacji, z podaniem numeru statystycznego procedury medycznej, ustalonego według Międzynarodowej Klasyfikacji Procedur Medycznych Rewizja

⁵⁹ O numerach księgi głównej: 4877/2019, 15041/2018.

⁶⁰ O nr księgi głównej 15041/2018.

⁶¹ O nr księgi głównej 3/2018.

⁶² O nr księgi głównej 5052/2018.

Dziwiątą; daty wypisu oraz braku w jednym przypadku podpisania oświadczenia o upoważnieniu do uzyskiwania informacji o jego stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych, ze wskazaniem imienia i nazwiska osoby upoważnionej oraz danych umożliwiających kontakt z tą osobą, oświadczenia pacjenta o upoważnieniu do uzyskiwania dokumentacji, ze wskazaniem imienia i nazwiska osoby upoważnionej, a także oświadczenie pacjenta o wyrażeniu zgody na przeprowadzenie badania.

IV. Uwagi i wnioski

W związku ze stwierdzonymi nieprawidłowościami, Najwyższa Izba Kontroli, na podstawie art. 53 ust. 1 pkt 5 ustawy o NIK, przedstawia następujące uwagi i wnioski:

Uwagi	NIK nie formułuje uwag.
Wnioski	<ol style="list-style-type: none">1. Dokonywanie bieżącej aktualizacji danych o potencjale wykonawczym przeznaczonym do realizacji umowy zawartej z K-P OW NFZ, w szczególności o personelu medycznym i sprzęcie.2. Podjęcie działań organizacyjnych mających na celu wyeliminowanie przypadków nieudzielenia lekarzom pracującym na podstawie umów o pracę 11 godz. nieprzerwanego dobowego odpoczynku.3. Podjęcie działań organizacyjnych mających na celu wyeliminowanie przypadków nieprzerwanego udzielania świadczeń zdrowotnych przez lekarzy przez okres przekraczający 24 godziny.4. Terminowe dokonywanie przeglądów klimatyzacji.5. Terminowe dokonywanie przeglądów wyrobów medycznych.6. Określenie w Regulaminie Organizacyjnym sposobu realizacji oraz dokumentowania działań dotyczących ustalania i monitorowania wskaźników opieki okołoporodowej.7. Prowadzenie dokumentacji medycznej pacjentek Oddziału z uwzględnieniem informacji o udzielonych im świadczeniach.

V. Pozostałe informacje i pouczenia

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

Prawo zgłoszenia
zastrzeżeń

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 Bydgoszczy. Prawo zgłaszania zastrzeżeń, zgodnie z art. 61b ust. 2 ustawy o NIK, nie przysługuje do wystąpienia pokontrolnego zmienionego zgodnie z treścią uchwały w sprawie zastrzeżeń.

Obowiązek
poinformowania
NIK o sposobie
wykorzystania uwag
i wykonania wniosków

Zgodnie z art. 62 ustawy o NIK należy poinformować Najwyższą Izbę Kontroli, w terminie 21 od otrzymania wystąpienia pokontrolnego, o sposobie 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.

Bydgoszcz, czerwca 2020 r.

Kontroler
Beata Odjas
specjalista kontroli państwowej

Najwyższa Izba Kontroli
Delegatura w Bydgoszczy
p.o. Dyrektor
Tomasz Sobecki

.....
podpis

.....
podpis