



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Bydgoszczy

LBY.410.002.02.2020

Pan
Roman Pawłowski
Prezes Zarządu Pałuckiego
Centrum Zdrowia Sp. z o.o.
w Żninie

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

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

I. Dane identyfikacyjne

Jednostka kontrolowana	Pałuckie Centrum Zdrowia Spółka z o.o. w Żninie, ul. Szpitalna 30, 88-400 Żnin ¹
Kierownik jednostki kontrolowanej	Roman Pawłowski, Prezes Zarządu Pałuckiego Centrum Zdrowia Sp. z o.o. w Żninie, od 17 listopada 2011 r. ² (akta kontroli str. 5)
Zakres przedmiotowy kontroli	1. Zgodność z przepisami prawa organizowania udzielania 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 wkrótce po porodzie. 3. Świadczenia zapewniające pacjentkom stosowną pomoc.
Okres objęty kontrolą	Lata 2017-2020 (do dnia zakończenia kontroli ³) z wykorzystaniem dowodów sporządzanych 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 ⁴ .
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Bydgoszczy
Kontroler	Szymon Hałasiewicz, doradca ekonomiczny, upoważnienie do kontroli nr LBY/22/2020 z 16 stycznia 2020 r., nr LBY/58/2020 z 6 maja 2020 r. (akta kontroli str. 1-2, 229-230)

¹ Dalej: „Spółka”, „Centrum Zdrowia”, „Centrum” lub „Szpital”.

² Dalej: „Prezes Spółki” lub „Dyrektor Szpitala”.

³ Tj. do 29 maja 2020 r.

⁴ Dz. U. z 2019 r. poz. 489 ze zm., dalej: „ustawa o NIK”.

II. Ocena ogólna⁵ kontrolowanej działalności

W ocenie NIK, Szpital, w odpowiedni sposób zapewnił opiekę z zakresu położnictwa i ginekologii, pacjentkom które doświadczyły poronień, martwych urodzeń lub których dziecko zmarło tuż po porodzie.

Świadczenia zdrowotne w zakresie położnictwa i ginekologii udzielane były na Oddziale Ginekologiczno-Położniczym Centrum Zdrowia⁶, na którym stosownie do Rozporządzenia Ministra Zdrowia⁷ zapewniono odpowiednią liczbę personelu medycznego, w tym lekarzy i położnych. Stwierdzono jednak liczne przypadki (tj. 109) udzielania świadczeń przez lekarzy Oddziału nieprzerwanie przez ponad 24 godziny, w tym 14 przypadków przez ponad 50 godzin. Powyższe spowodowane było ograniczeniami kadrowymi na Oddziale, jednak zdaniem NIK wykazana skala udzielania świadczeń zdrowotnych przez lekarzy w pracy ciągłej, może negatywnie wpływać na jakość świadczonych usług jak i bezpieczeństwo pacjentów oraz udzielających świadczeń.

Kontrola NIK wykazała, że Oddział wyposażony był w wymaganą aparaturę i sprzęt medyczny. Sprzęt ten był sprawny technicznie, co potwierdzały jego aktualne przeglądy. Na Oddziale zapewniono pomieszczenia (w tym m.in.: izba przyjęć, pokoje łóżkowe, sale porodowe, pomieszczenia do badań, gabinet zabiegowy, winda), które były w odpowiednim stanie technicznym i prawidłowo wyposażone. Nie przestrzegano jednak wymogów (wynikających z § 18 ust. 1 rozporządzenia w sprawie wymagań podmiotu wykonującego działalność leczniczą⁸), w zakresie sposobu ustawienia łóżek pacjentek. W objętych oględzinami pokojach, łóżka dla pacjentek ustawione były w taki sposób, że nie zapewniały dostępu z trzech stron, w tym z dwóch dłuższych – ustawione były jednym dłuższym bokiem przy ścianie.

Pacjentkom doświadczającym niepowodzeń położniczych, zapewniono dostęp do opieki psychologicznej. NIK zwraca jednak uwagę, na ograniczone wykorzystanie tej pomocy. W zbadanej próbie dokumentacji medycznej 60 pacjentek, które doświadczyły niepowodzeń położniczych, w 56 przypadkach brak było wzmianki o konsultacji psychologicznej bądź o ofercie takiej konsultacji. Stwierdzone również nieprawidłowości w ww. dokumentacji dotyczące braku jej numerowania oraz wskazywania tygodnia ciąży pacjentek.

W Szpitalu nie zapewniono prawidłowego postępowania ze zwłokami dzieci martwo urodzonych w przypadku przekazywania próbek do badania histopatologicznego.

⁵ Najwyższa Izba Kontroli formułuje ocenę ogólną jako ocenę pozytywną, ocenę negatywną albo ocenę w formie opisowej.

⁶ Dalej również: „Oddział”.

⁷ Rozporządzenie z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (t.j. Dz. U. z 2017 r., poz. 2295, ze zm.), dalej „rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych”.

⁸ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. z 2019 r., poz. 595), dalej „rozporządzenie w sprawie wymagań podmiotu wykonującego działalność leczniczą”.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego oraz oceny częściowo kontrolowanej działalności

OBSZAR

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

Opis stanu faktycznego

1.1. Organizacja opieki nad pacjentkami doświadczającymi poronienia, urodzenia martwego dziecka czy zgonu dziecka tuż po porodzie.

W Centrum Zdrowia – obowiązywał (od 1 lipca 2012 r.) Regulaminem Organizacyjny stanowiący załącznik do Uchwały nr 16/2012 Pałuckiego Centrum Zdrowia z 27 czerwca 2012 roku. Regulamin określał organizację wewnętrzną, zadania oraz zakres działalności poszczególnych komórek organizacyjnych i samodzielnych stanowisk pracy w Centrum Zdrowia. Zgodnie z Regulaminem w skład Centrum Zdrowia wchodził m.in. Oddział Ginekologiczno-Położniczy. Nadzór nad działaniem jednostek, działów, komórek i stanowisk samodzielnych, wykonujących zadania medyczne sprawował Z-ca Dyrektora ds. Lecznictwa i Naczelna Pielęgniarka. Centrum Zdrowia posiadało pierwszy stopień referencyjności.

Zgodnie z Regulaminem Organizacyjnym do zadań Oddziału należało w szczególności udzielanie świadczeń zdrowotnych z zakresu ginekologii, patologii ciąży i położnictwa oraz prowadzenie Szkoły Rodzenia. W strukturze Oddziału wyodrębniono odcinek położniczy i ginekologiczny. Oddziałem kierował Koordynator Oddziału, który podlegał bezpośrednio Z-cy Dyrektora ds. Lecznictwa oraz Położna Oddziałowa, podlegająca Naczelnej Pielęgniarence. Koordynator odpowiadał za całokształt organizacji pracy Oddziału, a Położna odpowiadała za organizację pracy pielęgniarskiej.

(akta kontroli str. 14-31, 193-200)

1.2. Skala działalności dotycząca przedmiotu kontroli

W Szpitalu liczba noworodków żywo urodzonych wyniosła 481 w 2017 r., 437 w 2018 r. oraz 404 w 2019 r. Liczba poronień wyniosła 59 w 2017 r., 72 w 2018 r. i 41 w 2019 r. Najczęstszą przyczyną niepowodzeń położniczych w tych latach były zdarzenia samoistne – 98 przypadków. W latach 2017-2019 wystąpiło sześć przypadków martwych urodzeń i jeden przypadek śmierci do szóstego dnia życia.

Liczba łóżek w Oddziale wynosiła 26 do 31 grudnia 2018 r. Od 1 stycznia 2019 r. liczba łóżek zmniejszyła się do 16.

(akta kontroli str. 32, 144-150)

1.3. Zapewnienie odpowiedniej liczby lekarzy, położnych i pielęgniarek

Stosownie do art. 50 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej⁹, w Szpitalu w latach 2017 – 2019 opracowano minimalne normy zatrudnienia pielęgniarek i położnych. Dla objętego kontrolą okresu w Oddziale minimalna norma zatrudnienia pielęgniarek i położnych wynosiła 11 etatów.

(akta kontroli str. 144-150)

W wybranych do kontroli sześciu miesiącach¹⁰, na Oddziale świadczeń udzielały :

⁹ Dz. U. z 2020 r. poz. 295, ze zm., dalej „ustawa o działalności leczniczej”.

¹⁰ Lipiec, październik w latach 2017, 2018 i 2019 r.

- w lipcu i październiku 2017 r. – 18 położnych (w tym położna oddziałowa, trzy osoby zatrudnione na stanowisku specjalista położna i 14 na stanowisku położna),
- w lipcu i październiku 2018 r. – 19 i 18 położnych (w tym położna oddziałowa; cztery osoby zatrudnione na stanowisku specjalista położna; odpowiednio dziewięć i 11 na stanowisku starsza położna; odpowiednio pięć i dwie na stanowisku położna),
- w lipcu i sierpniu 2019 r. – 19 i 20 położnych (w tym położna oddziałowa, odpowiednio sześć i siedem osób zatrudnionych na stanowisku specjalista położna; 10 na stanowisku starsza położna, dwie na stanowisku położna).

(dowód: akta kontroli str. 349-353)

Na Oddziale zatrudniano lekarzy w oparciu o umowy cywilnoprawne – o wykonywanie zadań w zakresie świadczeń zdrowotnych. W wybranych do kontroli miesiącach świadczenie zdrowotne wykonywane były przez siedmiu lekarzy (sześciu ze specjalnością ginekologiczną położniczą, w tym jeden z tytułem doktora nauk medycznych i jeden ze specjalnością neonatologii i pediatrii).

Personel medyczny wykonujący usługi medyczne na Oddziale w wybranych do kontroli sześciu miesiącach, został ujęty w wykazie personelu stanowiącym załącznik do umowy i w załącznikach do aneksów do umowy z Kujawsko-Pomorskim Oddziałem Wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia¹¹ bądź zgłoszeniach zmian do umowy.

Zgodnie z załącznikiem nr 3 do rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych, w Szpitalu zapewniono obecność lekarza specjalisty w dziedzinie anestezjologii.

(akta kontroli str. 34, 87-91, 193-200, 349-363)

1.4. Zapewnienie odpowiednich pomieszczeń i wyposażenia.

W okresie objętym kontrolą Oddział spełniał warunki określone w rozporządzeniu w sprawie świadczeń gwarantowanych dla pierwszego poziomu referencyjnego w zakresie wyposażenia. Zapewniono m.in.: kolposkop, aparat KTG¹² (6 szt.), kardiomonitor. Urządzenia te posiadały „paszporty techniczne”, w których odnotowywano m.in. przeprowadzone naprawy i badania stanu technicznego. Badania te były aktualne.

W Szpitalu były również: aparat USG, histeroskop oraz laparoskop. Urządzenia te posiadały „paszporty techniczne”, w których odnotowywano m.in. przeprowadzone naprawy i badania stanu technicznego. Badania te były aktualne.

(dowód: akta kontroli str. 33-34, 161-173, 262, 265-302)

W okresie objętym kontrolą Oddział Ginekologiczno-Położniczy spełniał warunki określone w rozporządzeniu w sprawie świadczeń gwarantowanych dla pierwszego poziomu referencyjnego w zakresie:

- realizacji badań (zapewniono: ciągłe badanie KTG przed i w trakcie porodu, dostęp do badań histopatologicznych);
- pozostałych wymagań dotyczących prowadzenia partogramu¹³, dostępu do bloku operacyjnego w lokalizacji, wyodrębnienia sali do cięć cesarskich. Od 2019 r. mierzono i oceniano wskaźnik liczby noworodków dokarmianych

¹¹ Dalej: „KPOW NFZ” lub „Fundusz”.

¹² Kardiokograf.

¹³ Karta obserwacji porodu.

sztucznym pokarmem. Jak podała Położna Oddziałowa zgodnie z zaleceniami wynikającymi z ustawy laktacyjnej w latach poprzednich nie było konieczne prowadzenia takiego monitoringu. W Szpitalu funkcjonował Oddział Neonatologiczny.

(akta kontroli str. 14-20, 133, 161-173, 334-345, 375-377, 380-391, 431-434)

Oddział zlokalizowany był na parterze i pierwszym piętrze budynku Szpitala. Dostępna była winda, przystosowana również do transportu osób niepełnosprawnych. Przy wejściu do Oddziału funkcjonowała osobna poczekalnia, za którą zlokalizowana była izba przyjęć do Oddziału.

W Oddziale były pokoje łóżkowe w tym: na pierwszym piętrze 4 pokoje dwuosobowe (nr 25, 26, 27, 28) 2 pokoje jednoosobowe (21, pokój rodzinny); na parterze 3 pokoje trzyosobowe (8, 9, 10), jeden dwuosobowy i jeden jednoosobowy. Oględzinami szczegółowymi objęto pokoje 8, 21, 25, 26, 27.

Stosownie do przepisów rozporządzenia w sprawie wymagań podmiotu wykonującego działalność leczniczą, w Szpitalu pokoje łóżkowe zostały wyposażone w umywalkę z ciepłą i zimną wodą, dozownik z mydłem w płynie oraz pojemnik z ręcznikami jednorazowego użycia wraz z pojemnikiem na zużyte ręczniki. W pokojach łóżkowych zapewniono bezpośredni dostęp do światła dziennego. Szerokość pokoiów łóżkowych umożliwiała wyprowadzenie łóżka z pokoju.

(akta kontroli str. 161-173)

Na Oddziale funkcjonował zespół porodowy, zlokalizowany na pierwszym piętrze budynku Szpitala. Składał się z dwóch sal porodowych jednostanowiskowych, przystosowanych również do porodów rodzinnych. Do sal porodowych zapewnione było osobne wejście dla personelu – śluza umywalkowo-fartuchowa. Dostępna była również sala porodowa z wanną. Sala porodowa dla porodów rozwiązywanych cięciem cesarskim zlokalizowana była na parterze w Oddziale i została wyposażona w stanowisko do resuscytacji noworodka.

W Oddziale na parterze zlokalizowane były pomieszczenia, w których wykonywano badania lub zabiegi (gabinet zabiegowy) i badania USG. Oględzinami objęto gabinet zabiegowy. Pomieszczenie to było wyposażone w umywalkę z baterią z ciepłą i zimną wodą, dozownik z mydłem w płynie, dozownik ze środkiem dezynfekującym, pojemnik z ręcznikami jednorazowego użycia oraz pojemnik na zużyte ręczniki, zlew z baterią. Nie stwierdzono aby w pomieszczeniach objętych oględzinami nie zapewniono pacjentkom warunków intymności i godności.

(akta kontroli str. 161-173)

Stosownie do § 39 ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r. w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą¹⁴ oraz § 40 ust. 1 rozporządzenia w sprawie wymagań podmiotu wykonującego działalność leczniczą, instalacje i urządzenia wentylacji mechanicznej, podlegały okresowemu przeglądowi, czyszczeniu, dezynfekcji, lub wymianie elementów zgodnie z zaleceniami producenta, co było dokumentowane. W latach 2017-2019 w budynku ginekologii przeprowadzono 13 przeglądów instalacji wentylacyjnej. Podczas tych przeglądów przeprowadzano również czyszczenie, oględziny instalacji elektrycznej, a także wymiany filtrów powietrza. Przeglądy instalacji były dokumentowane protokołami, a czas który minął pomiędzy przeglądami wynosił od 76 do 110 dni. Daty kolejnych

¹⁴ Dz. U. poz. 739, obowiązujące do 31 marca 2019 r.

przeглядów nie były późniejsze niż zalecane w poprzednich protokołach.

(akta kontroli str. 303-314)

Od 2017 r. w Szpitalu przeprowadzono 41 kontroli zewnętrznych, z których trzy w części dotyczyły Oddziału. Kontrole te przeprowadzane były przez Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego w Bydgoszczy (dalej: PWIS). W wyniku kontroli najistotniejsze ustalenia, zalecenia i wnioski sformułowane w stosunku do Oddziału dotyczyły:

- przystosowania pomieszczenia higieniczno-sanitarnego dla osób niepełnosprawnych, wykonania bezszcelinowych połączeń ścian z podłogą w salach chorych, zainstalowania wentylacji mechanicznej wyciągowej w brudowniku,
- nieodpowiedniego stanu higieniczno-sanitarnego szatni pracowników Oddziału (zadrapane i zabrudzone ściany, łuszcząca się farba).

Wskazane powyżej uchybienia i wynikające z nich wnioski zostały usunięte.

W decyzjach PWIS nr 327/2018 i 19/2020 dotyczących programu dostosowawczego Szpitala na 2019 r. w zakresie odnoszącym się do Oddziału określono do wykonania:

- co najmniej jednego pomieszczenia przeznaczonego dla położnic i noworodków w pierwszych godzinach życia po porodach powikłanych, w tym zapewnienie możliwości obserwacji bezpośredniej przy użyciu kamer wyposażonych w funkcję autostartu, w szczególności możliwość obserwacji twarzy. Termin wykonania tego dostosowania określono na 30 kwietnia 2020 roku. W powyższym zakresie Decyzja PWIS została zmieniona. Decyzją nr 210/2020 ustalono nowy termin wykonania dostosowania na 30 czerwca 2021 r.,

- sale do cięć cesarskich w trakcie porodowym oraz służę umywalkowo - fartuchową z datą realizacji określoną na 30 czerwca 2020 r.,

Pielęgniarka epidemiologiczna podała, że sala operacyjna do rozwiązywania porodów poprzez cięcie cesarskie od czasu budowy Szpitala w latach 70-tych była na parterze. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 26 czerwca 2012 r. w sprawie szczegółowych wymagań jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą poprzez Programy Dostosowawcze, nałożyło obowiązek m.in. utworzenia w zespole porodowym sali operacyjnej. Cała inwestycja wiązała się ze zmianami architektonicznymi. Jako priorytet uznano zbudowanie łącznika między budynkami. Obecny termin dostosowania w tym zakresie określony był na 30 czerwca 2020 r. Trwały uzgodnienia, jednak epidemia SARS COVID-2 spowodowała opóźnienia, co wiąże się z tym, że będzie miała miejsce prolongata terminów nałożonych przez PWIS.

- indywidualnych szafek do przechowywania posiłków w jadalni, zlewozmywaka w jadalni pracowników, dostosowanie pomieszczenia szatni do 30 czerwca 2020 r.,

Pielęgniarka epidemiologiczna podała, że w powyższym zakresie Szpital również będzie wnosil o prolongatę określonych w decyzjach terminów.

(akta kontroli str. 33-34, 161-192, 390, 412-414, 428)

1.5. Organizacja opieki nad pacjentkami doświadczającymi poronienia, urodzenia martwego dziecka lub dziecka, które zmarło tuż po porodzie.

Szpital zapewnił odpowiedni stan zatrudnienia lekarzy i pielęgniarek, wymagany dla pierwszego poziomu referencyjnego w wymiarze określonym w rozporządzeniu w sprawie świadczeń gwarantowanych.

Na przykładzie kontroli sześciu miesięcy (lipiec i październik 2017, 2018 i 2019 r.) ustalono, że Szpital zapewnił również całodobową opiekę lekarską we wszystkie dni tygodnia oraz stałą obecność lekarza specjalisty w dziedzinie położnictwa i ginekologii lub lekarza ze specjalizacją I stopnia w dziedzinie położnictwa i ginekologii.

(akta kontroli str. 92-137, 134-137, 349-362)

Analiza rozkładu czasu pracy lekarzy wykonujących pracę na oddziale, przeprowadzona na przykładzie sześciu miesięcy (lipiec i październik 2017, 2018 i 2019 r.) wykazała, że wystąpiło 109 przypadków świadczenia pracy przez lekarzy nieprzerwanie przez okres przekraczający 24 godziny. Z tego w 14 przypadkach nieprzerwane świadczenie pracy trwało ponad 50 godzin. Powyższe szerzej przedstawiono w dalszej części wystąpienia pokontrolnego, w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 92-137)

1.6 W okresie objętym kontrolą do Szpitala nie wpłynęły skargi związane z działalnością Oddziału. Opieka nad pacjentkami doświadczającymi poronień, urodzeń martwego dziecka lub śmierci dziecka po porodzie nie była przedmiotem dedykowanych zewnętrznych kontroli innych jednostek.

Z informacji uzyskanych od KPOW NFZ wynikało, że w latach 2017-2020 do Funduszu nie wpłynęły skargi dotyczące świadczeń zdrowotnych udzielanych przez Szpital dotyczących pacjentek, które poroniły, urodziły martwe dziecko lub którym dziecko zmarło tuż po urodzeniu.

(akta kontroli str. 33, 436)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

1. W lipcu i październiku w latach 2017-2019 na Oddziale wystąpiło 109 przypadków udzielania świadczeń zdrowotnych przez lekarzy zatrudnionych w Szpitalu na podstawie umów cywilnoprawnych, nieprzerwanie przez okres przekraczający 24 godziny, w tym w 14 przypadkach, dotyczących czterech lekarzy, ponad 50 godzin.

(akta kontroli str. 92-137, 349-354)

Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że przyczyną występowania tak licznych przypadków wykonywania pracy ciągłej (pełnienia dyżurów) przez więcej niż 24 godziny przez lekarzy Oddziału jest narastający deficyt kadrowy w zakresie lekarzy ginekologów. Jak podał, Szpital notorycznie boryka się w ostatnich latach z problemami w zapewnieniu odpowiedniego personelu lekarskiego na większości oddziałów szpitalnych. Jest to problem ogólnopolski i najdotkliwiej dotyczy szpitali powiatowych takich jak Pałuckie Centrum Zdrowia w Żninie. Dyrektor podał również, że z jednej strony brak kadry lekarskiej, a z drugiej strony dążenie do bezpieczeństwa chorych i niezawieszanie oddziałów powodują że trzeba wybrać tzw. mniejsze zło, co sprowadza się do konieczności świadczenia przez lekarzy pracy ciągłej przez ponad 24 godziny. Ponieważ Zarząd Spółki nie jest w stanie w „żaden sposób” zapewnić pełnej obsady lekarskiej na Oddziale, to powinien rozważyć złożenie – w trybie art. 34 ustawy o działalności leczniczej – wniosków o czasowe zaprzestanie prowadzenia działalności leczniczej tego Oddziału. Zdaniem Dyrektora Szpitala zawieszanie czy likwidowanie oddziałów powinno mieć miejsce w ostateczności, także ze względu na dobro pacjentów.

(akta kontroli str. 364)

Zdaniem NIK, skala udzielania świadczeń zdrowotnych przez lekarzy w pracy ciągłej, może negatywnie wpływać na jakość świadczonych usług jak i bezpieczeństwo pacjentów oraz udzielanych świadczeń.

2. Na Oddziale nie przestrzegano wymogów wynikających z § 18 ust. 1 rozporządzenia w sprawie wymagań podmiotu wykonującego działalność leczniczą, w zakresie sposobu ustawienia łóżek pacjentek. W objętych oględzinami pokojach (8, 21, 25, 26, 27) łóżka dla pacjentek ustawione były w taki sposób, że nie zapewniały dostępu z trzech stron, w tym z dwóch dłuższych – ustawione były jednym dłuższym bokiem przy ścianie.

Koordynator Oddziału wyjaśnił, że obecne ustawienie łóżek zapewnia większą wygodę i jest bardziej praktyczne m.in. z uwagi na spożywanie przez pacjentki posiłków w pokojach. Podał również, że aby stale ustawiać łóżka w sposób umożliwiający do nich dostęp z trzech stron Oddział musiałby dysponować większymi pokojami. Koordynator wyjaśnił również, że w razie konieczności łóżka można ustawić w bardzo krótkim czasie tak, aby był do nich dostęp z trzech stron.

(akta kontroli str. 161-173, 415-416)

OCENA CZĄSTKOWA

Stosownie do wymogów określonych w rozporządzeniu w sprawie świadczeń gwarantowanych, Szpital zapewnił na Oddziale odpowiednią liczbę personelu medycznego posiadającego wymagane kwalifikacje. Stwierdzono jednak liczne przypadki (tj. 109) udzielania świadczeń przez lekarzy Oddziału nieprzerwanie przez ponad 24 godziny, w tym 14 przypadków przez ponad 50 godzin. Powyższe spowodowane było ograniczeniami kadrowymi na Oddziale.

Pacjentkom przebywającym na Oddziale zapewniono dostęp do odpowiednich badań i pomieszczeń. Pomieszczenia, w których przebywały pacjentki były w odpowiednim stanie technicznym, a wykorzystywane urządzenia posiadały aktualne badania techniczne. Nie przestrzegano jednak wymogów wynikających z § 18 ust. 1 rozporządzenia w sprawie wymagań podmiotu wykonującego działalność leczniczą, w zakresie sposobu ustawienia łóżek pacjentek. W czterech objętych oględzinami pokojach łóżka dla pacjentek ustawione były w taki sposób, że nie zapewniały dostępu z trzech stron.

OBSZAR

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

2.1. Wskaźniki opieki okołoporodowej

W Regulaminie Organizacyjnym Oddziału, stanowiącym załącznik do Regulaminu Organizacyjnego Pałuckiego Centrum Zdrowia Sp. z o.o. w Żninie wprowadzonym Zarządzeniem Dyrektora z nr 23/2017, zaktualizowanym 17 stycznia 2019 r., określono, że do zadań Oddziału należy w szczególności udzielanie świadczeń zdrowotnych z zakresu ginekologii, patologii ciąży i położnictwa oraz prowadzenie Szkoły Rodzenia. Regulamin dostosowano do treści pkt. 1 Załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z 16 sierpnia 2018 r.¹⁵ w zakresie obowiązku monitorowania wskaźników okołoporodowych i przedstawiania ich analizy raz w roku. Jako wskaźniki określono: amniotomie, indukcję porodu, stymulację czynności skurczowej, podawanie opiodów, nacięcie krocza, cięcie cesarskie. Podano jednocześnie, że powyżej określone interwencje medyczne należy ograniczać do

¹⁵ W sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej (Dz. U. poz. 1756), dalej „rozporządzenie w sprawie standardu organizacyjnego”.

niezbędnych – z uwzględnieniem zasad bezpieczeństwa zdrowotnego, w ramach których opieka medyczna opiera się na praktykach o udowodnionej skuteczności.

Określono również, że „świadczanie zdrowotne w zakresie opieki nad noworodkiem prowadzone będzie zgodnie ze „standardem organizacji opieki” określonym w Rozporządzeniu MZ mającej na celu zapewnienie dobrego stanu zdrowia matki i dziecka, przy ograniczaniu do niezbędnych interwencji medycznych”.

(dowód: akta kontroli str. 193-200, 364-371)

W okresie objętym kontrolą w Oddziale obliczono również następujące wskaźniki okołoporodowe:

- współczynnik zgonów (po 22 tygodniu ciąży) – w 2017 r. trzy urodzenia martwe, jeden zgon noworodka w pierwszej dobie po porodzie; w 2018 r. jedno urodzenie martwe, w 2019 r. dwa urodzenia martwe,
- umieralność kobiet w czasie ciąży porodu i położu - nie wystąpiło w kontrolowanym okresie,
- struktura urodzeń (urodzenie wg. czasu trwania ciąży) – w 2017 r. porody przedwczesne 1%; w 2018 r. porody przedwczesne 2%; w 2019 r. porody przedwczesne 1,5%,
- masa urodzeniowa: 500 - 999 g – jedno; 1000-1499 – zero; 1500-1999 – osiem; 2000-2499 – 25; 2500-3999 – 1099; pow. 4000 g - 194,
- sposób ukończenia ciąży: porody fizjologiczne – 896; cięcia cesarskie 388; kleszcze – 17; vacuum extractor – 4¹⁶,
- występowanie wad wrodzonych,

Jak podał Koordynator Oddziału w zakresie współczynnika zgonów płodów i noworodków oraz umieralności kobiet w czasie porodu i położu monitoring prowadzony jest na bieżąco, przeprowadzana jest szczegółowa analiza zespołowa natychmiast po wydarzeniu. Ocenia się wszystkie parametry łącznie z badaniem anatomopatologicznym. Pozostałe wskaźniki opieki okołoporodowej analizuje się po zakończeniu roku kalendarzowego, wykonuje dokumentację pod postacią sprawozdania do Dyrekcji PCZ w Żninie i Konsultanta Wojewódzkiego w dziedzinie Ginekologii i położnictwa.

W sporządzonym sprawozdaniu z działalności Oddziału - odcinek Ginekologia za 2019 r. podano m.in., że w Oddziale ginekologicznym hospitalizowano 417 pacjentek, wykonano 176 operacji i 262 zabiegi. Podano informacje na temat liczby i rodzaju przeprowadzonych operacji i zabiegów. W sprawozdaniu z działalności Oddziału – odcinek Położnictwo i Patologia Ciąży podano, że w oddziale położniczym hospitalizowano 750 pacjentek. Podano informacje liczbową na temat sposobu ukończenia ciąży i wskaźnik śmiertelności okołoporodowej w Oddziale oraz sporządzono pisemną informację dot. analizy śmiertelności na Oddziale.

(dowód: akta kontroli str. 156-158, 193-200, 364-371, 443-447)

2.2. Standardy opieki nad pacjentkami po niepowodzeniach położniczych.

W Szpitalu na 25 maja 2020 r. obowiązywały 102 instrukcje ogólne (w tym 47 epidemicznych), z tego w Oddziale 71 (w tym 33 epidemiczne). W zakresie opieki nad pacjentkami w Oddziale obowiązywały m.in. następujące procedury i standardy:

¹⁶ Wyciągacz próżniowy – narzędzie używane na salach porodowych w celu skrócenia drugiego okresu porodu.

- standardy postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, porodu oraz opieki okołoporodowej.

Standardy te określały m.in. zasady identyfikacji czynników ryzyka powikłań okołoporodowych, zasady postępowania w trakcie porodu, zasady łagodzenia bólu porodowego. Szczegółowo określono również zasady postępowania w okresie porodu, a także zasady opieki nad noworodkiem. Standardy te zawierały także część dotyczącą opieki na kobietą w sytuacji szczególnej, do której zaliczono m.in. poronienie i urodzenie dziecka martwego. Podano, że do pracy z takimi kobietami kierowane są osoby do tego przygotowane, a także uwrażliwione na sytuację. Określono także możliwość niezwłocznego skorzystania z pomocy psychologicznej, a także zasadę niemieszczania (w miarę możliwości) kobiet po niepowodzeniach, z kobietami których ciąża zakończyła się urodzeniem dziecka zdrowego. Wskazano również możliwość pożegnania się ze zmarłym dzieckiem w obecności osób bliskich przy wyrażeniu takiej potrzeby, a także że udziela się wszelkich informacji o możliwości uzyskania dalszej pomocy psychologicznej, miejscach oraz organizacjach udzielających wsparcia osobom w podobnej sytuacji, jak i przysługujących jej prawach. Wskazano, że udziela się wyczerpującej informacji na temat obowiązującego stanu prawnego, w szczególności wynikającego z przepisów o aktach stanu cywilnego, zabezpieczenia społecznego i prawa pracy dotyczącego sytuacji, jak również o możliwości pochówku.

- instrukcja opieki pielęgniarskiej nad pacjentem po zabiegach operacyjnych w pierwszych 24 godzinach.
- instrukcja postępowania z martwymi płodami ludzkimi oraz dziećmi martwo urodzonymi,
- ogólne zasady standardu organizacyjnego w zakresie zapewnienia prawidłowej laktacji oraz odżywiania noworodka,
- odżywianie noworodka – ogólne zasady postępowania w przypadku odciągania pokarmu kobiecego oraz postępowania z laktatorem,
- instrukcja postępowania w przypadku porodu płodu martwego i poronienia,
- instrukcja – wykonywanie badania KTG,

(dowód: akta kontroli str. 193-200, 208-227, 380-389)

2.3. Wsparcie i szkolenie personelu medycznego

W standardach postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, porodu oraz opieki okołoporodowej, określono, że osobom wykonującym zawód medyczny zapewnia się wsparcie w radzeniu sobie ze stresem, w związku z opieką nad kobietą i dzieckiem.

Ze złożonych wyjaśnień ośmiu położnych Oddziału wynikało m.in., że:

- w większości nie miały one trudności w pracy z pacjentkami doświadczającymi niepowodzeń położniczych. Jednak trzy z nich wskazały na braki personelu i braki wsparcia ze strony psychologa,
- większość (pięć) wskazała na istnienie potrzeby doskonalenia zawodowego, przy czym podkreślano nie tylko na potrzebę szkoleń dot. pracy z pacjentkami po niepowodzeniach położniczych, ale także na pozostałe szkolenia zawodowe,

- większość (sześć) wskazała na potrzebę przeciwdziałania wypaleniu zawodowemu, przy czym jedna z nich zaznaczyła, że dotyczy to nie tylko pracy z pacjentkami po niepowodzeniach położniczych,
- połowa wskazała na braki wsparcia w radzeniu sobie ze stresem. Nie wskazano jednak przypadków, w których zgłoszono potrzebę wsparcia i go nie otrzymano,
- większość (pięć) wskazała, że realizowane formy wsparcia są niewystarczające, przy czym jedna z nich wskazała na realizowaną pomoc psychologiczną.

Ze złożonych wyjaśnień dwóch lekarzy Oddziału wynikało, że:

- zdaniem pierwszego z lekarzy trudności w pracy z pacjentkami po niepowodzeniach położniczych wiążą się z brakiem edukacji wśród ciężarnych dotyczących przebiegu ciąży, które uważają, że każda ciąża musi mieć szczęśliwe zakończenie. Pacjentki nie akceptują negatywnych informacji dotyczących wczesnego ukończenia ciąży bądź jej obumarcia,
- zdaniem drugiego z lekarzy w przypadku ciąży wczesnej (poronienie) pacjentki z reguły przyjmują ten fakt dość spokojnie, choć w większości wyrażają smutek. Największym problemem głównie w ciążach wyższych jest racjonalne wytłumaczenie zaistniałej sytuacji i dotarcie z tą informacją do pacjentki. W takich sytuacjach nie rzadko musimy korzystać z pomocy psychologa,
- jeden z lekarzy wskazał, że przy kształceniu lekarskim mało czasu poświęca się przygotowaniu do pracy z pacjentkami doświadczającymi niepowodzeń położniczych. Wskazano też na zasadność większej współpracy z psychologiem. Drugi z lekarzy nie widział potrzeby doskonalenia zawodowego dotyczącego pracy z takimi pacjentkami,
- żaden z lekarzy nie wskazał na wypalenie zawodowe związane z pacjentkami po niepowodzeniach położniczych,
- nie wskazano przypadków, w których zgłoszono potrzebę wsparcia i go nie otrzymano, przy czym jeden z lekarzy podał, że nie wie czy wsparcie jest możliwe do otrzymania,
- jeden z lekarzy, realizowane formy wsparcia ocenił jako niewystarczające.

Koordynator Oddziału wyjaśnił, że nigdy nie spotkał się z sytuacją, aby pracownik prosił o pomoc psychologiczną. Podał, że dostępność psychologa jest na tyle wystarczająca, aby w sytuacji, kiedy pracownik poprosi o pomoc, będzie można takiej pomocy udzielić.

Zastępca Dyrektora podała, że cały personel, nie tylko medyczny jest poinformowany o możliwości skorzystania w razie potrzeby, zarówno z porady psychologicznej, jak i psychiatrycznej w Poradniach Zdrowia Psychicznego Szpitala. Jeśli sytuacja by tego wymagała, jest ustalony tryb udzielania takiego świadczenia pracownikowi. Dodatkowo, na każdym oddziale szpitalnym wywieszono informację o dyżurach przy telefonie psychologów zatrudnionych przez Naczelną Izbę Pielęgniarek i Położnych.

(dowód: akta kontroli str. 396-411, 429-430)

W badanym okresie Szpital nie organizował szkoleń zewnętrznych bezpośrednio dotyczących standardów opieki okołoporodowej, w tym dotyczących opieki nad pacjentkami, które poroniły, urodziły martwe dziecko lub którym dziecko zmarło

wkrótce po porodzie. W latach 2017-2019 łączne koszty poniesione na szkolenia personelu Szpitala wyniosły 103,9 tys. zł, z tego 45,9 tys. zł w 2017 r., 22,9 tys. zł w 2018 r. i 35,1 w 2019 r.

W latach 2017-2019 pracownicy Oddziału uczestniczyli w 12 szkoleniach – po cztery w każdym roku. W szkoleniach udział wzięli lekarze i położne z Oddziału. Wszystkie szkolenia pracowników Oddziału były szkoleniami wewnętrznymi, na które nie ponoszono kosztów finansowych.

W 2017 r. szkolenia dotyczyły: przygotowania materiału biologicznego do badań diagnostycznych (uczestniczyło w nim 12 położnych), postępowania w przypadku płodu martwego (dla 16 położnych i jednego lekarza), zaawansowanych technik reanimacji i resuscytacji dla położnych (10 położnych), opieki i pielęgnacji noworodka, postępowania w trakcie porodu i połogu (11 położnych i 1 lekarz).

W 2018 r. odbyły się cztery szkolenia: *Szczepienia ochronne u noworodków i badania przesiewowe* (uczestniczyło w nich 17 położnych i jednej lekarz), *Ogólne zasady wprowadzania procedur ich analiza i przestrzegania* (dla 12 położnych i dwóch lekarzy), *Adaptacja zawodowa, wypalenie zawodowe, problemy personelu wpływające na warunki interpersonalne* (13 położnych i dwóch lekarzy), *Zaawansowane techniki reanimacji i resuscytacji dla położnych* (11 położnych).

W 2019 r. szkolenia dotyczyły: standardów postępowania w zakresie opieki okołoporodowej (dla 12 położnych i 1 lekarza), przyjęcia pacjentki w oddziale ginekologiczno-położniczym (14 położnych), standardów opieki nad kobietą rodzącą i noworodkiem (10 położnych i dwóch lekarzy), zaawansowanych technik reanimacji i resuscytacji (12 położnych i 1 lekarz).

Na 2020 r. zaplanowano szkolenia w zakresie: higieny rąk (dla całego personelu), leczenia ran (lekarze, pielęgniarki, położne, ratownicy medyczni), ryzyk zawodowych w pracy pielęgniarek i położnych. Zalecano także organizację szkoleń m.in. w zakresie prowadzenia dokumentacji medycznej, ochrony przed eskpozycjami zawodowymi.

(dowód: akta kontroli str. 138-143, 315-316)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

OCENA CZĄSTKOWA

Na Oddziale obowiązywało na koniec badanego okresu 71 instrukcji ogólnych, w tym 7 dotyczących opieki okołoporodowej. Określono wskaźniki opieki okołoporodowej. Obliczano i analizowano również inne wskaźniki związane z przebiegiem porodów. Zdaniem NIK personel medyczny Szpitala był należycie przygotowany do pracy z pacjentkami po niepowodzeniach położniczych. Jednak przeprowadzona wśród personelu medycznego ankieta wskazała na istniejącą potrzebę podjęcia działań w zakresie przeciwdziałania wypaleniu zawodowemu i radzeniu sobie ze stresem.

3. Świadczenia zapewniające pacjentkom stosowną pomoc.

OBSZAR

3.1. Wymagania dotyczące warunków lokalowych i sprzętowych.

W Oddziale zapewniono dostęp do badań i pomieszczeń, w których wykonywane były zabiegi, w tym badania USG. Pomieszczenie zabiegowe były wyposażone, m.in. w umywalkę z baterią z ciepłą i zimną wodą, dozownik z mydłem w płynie, dozownik ze środkiem dezynfekującym, pojemnik z ręcznikami jednorazowego użycia i pojemnik na zużyte ręczniki, zlew z baterią. W Oddziale zapewniono dostęp do: kolposkopu, aparatu KTG, kardiomonitora, aparatu USG, a w Szpitalu do laparoskopu i histeroskopu.

(akta kontroli str. 33-34, 161-173, 262, 265-302)

Pokoje łóżkowe zostały wyposażone w umywalkę z ciepłą i zimną wodą, dozownik z mydłem w płynie oraz pojemnik z ręcznikami jednorazowego użycia wraz z pojemnikiem na zużyte ręczniki. W pokojach łóżkowych zapewniono bezpośredni dostęp do światła dziennego, a ich szerokość umożliwiała wyprowadzenie łóżka z pokoju.

(akta kontroli str. 161-173)

3.2. Prowadzenie dokumentacji medycznej pacjentek, które poroniły, urodziły martwe dziecko lub którym dziecko zmarło wkrótce po porodzie.

Szczegółowe badanie papierowej dokumentacji medycznej 60 pacjentek, które doświadczyły niepowodzenia położniczego hospitalizowanych w latach 2017-2019 wykazało, że:

- dokumentacja indywidualna wszystkich pacjentek 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 w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania 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 tej dokumentacji nie były jednak ponumerowane, co szerzej opisano w dalszej części wystąpienia pokontrolnego, w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*;
- wszystkie pacjentki, którym przeprowadzono zabieg abrazji (54 spośród 60) otrzymały znieczulenie ogólne dożylnie i wyraziły zgodę na przeprowadzenie tego zabiegu;
- w 19 przypadkach w dokumentacji medycznej nie było podanego tygodnia ciąży pacjentki, co szerzej przedstawiono w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*;
- w 19 przypadkach (pacjentek przebywających na oddziale powyżej 1 dnia) w dokumentacji medycznej nie podano numeru sali, w której przebywała pacjentka. Koordynator Oddziału podał, że wynika to z tego, że w zależności od obłożenia oddziału i przyjęć nowych pacjentek może nastąpić konieczność ich przeniesienia do innych sal. Wiązało by się to z kreśleniem i poprawieniem dokumentacji medycznej, a przy małej ilości sal nie ma możliwości pomyłki.

Koordinator podał również, że zawsze pacjentki po niepowodzeniach położniczych trafiają do osobnej sali.

Zdaniem NIK, wskazanie numeru sali, w której przebywa pacjentka oraz jej zmiany powinny znajdować się w prowadzonej dokumentacji medycznej. Powyższe pozwala na wykazanie, że przestrzegane są warunki, o których mowa w ust. 3 pkt 3 części XV załącznika do rozporządzenia w sprawie standardu organizacyjnego, zgodnie z którym kobiet w sytuacji niepowodzeń położniczych w miarę możliwości nie umieszcza się w sali razem z kobietami w okresie ciąży, bądź w porożu, których ciąża zakończyła się urodzeniem zdrowego dziecka;

- w zbadanej dokumentacji w 56 przypadkach nie było wzmianki o konsultacji psychologicznej bądź o możliwości takiej konsultacji. W dwóch przypadkach udzielono porady psychologicznej, w jednym porady psychiatrycznej, w jednym przypadku poinformowało o takiej możliwości, jednak pacjentka z takiej konsultacji nie skorzystała. W dwóch przypadkach w karcie informacyjnej leczenia szpitalnego w rubryce zalecania podano zasadność skorzystania z porady psychologicznej.

(akta kontroli str. 334-345, 373-374)

3.3. Sposób postępowania dotyczący organizacji pochówku oraz możliwości pożegnania.

W instrukcji postępowania z martwymi płodami ludzkimi oraz dziećmi martwo urodzonymi¹⁷ oraz w instrukcji postępowania w przypadku porodu płodu martwego i poronienia podano¹⁸, że za zwłoki uważa się ciała osób zmarłych i dzieci martwo urodzonych bez względu na czas trwania ciąży.

W Instrukcji określono osobne procedury przy porodzie płodu martwego lub zgonu noworodka żywo urodzonego (po upływie 22 tygodnia ciąży i przed 22 tygodniem ciąży). W przypadku urodzenia po 22 tygodniu ciąży określono m.in., że: lekarz wypełnia akt zgonu i podejmuje decyzje o skierowaniu na sekcję zwłok. W przypadku poronienia do 22 tygodnia ciąży, lekarz podejmuje decyzję o skierowaniu na badanie histopatologiczne i informuje pacjentkę o możliwości zabrania płodu celem dokonania pochówku. Określono również, że procedura postępowania ze zwłokami dzieci martwo urodzonych i poronionych jest taka jak w przypadku zgonu pacjenta.

Wskazano, że zwłoki dzieci martwo urodzonych oraz poronionych nieodebrane przez osoby uprawnione są przechowywane w Prosektorium w warunkach chłodniczych i nie wolno ich traktować jak odpady medyczne. Na wniosek pracownika prosektorium Dyrektor PCZ podejmuje decyzje o dokonaniu pochówku na miejscowym cmentarzu lub spopieleniu, a następnie zbiorowym pochówku (przed pochówkiem zbiorowym usuwane są wszelkie identyfikatory). W instrukcji określono też m.in. wzory: skierowania zwłok do chłodni i oświadczenia o możliwości odbioru zwłok martwo urodzonego/poronionego dziecka z prosektorium.

(akta kontroli str. 317-331, 438-441)

Szczegółowe badanie dokumentacji medycznej 20 pacjentek, które doświadczyły niepowodzenia położniczego hospitalizowanych w latach 2017-2019 wykazało, że we wszystkich sześciu przypadkach martwych urodzeń w dokumentacji medycznej znajdowało się oświadczenie pacjentki o możliwości odbioru zwłok martwo

¹⁷ Obowiązuje od 11 kwietnia 2019 roku,

¹⁸ Obowiązywała od 20 lipca 2010 roku.

urodzonego dziecka z prosektorium. W powyższych przypadkach zwłoki zostały odebrane z prosektorium przez zakład pogrzebowy. W przypadku dziecka które zmarło w pierwszych sześciu dniach po porodzie zwłoki zostały również odebrane przez zakład pogrzebowy.

W pozostałych 13 przypadkach (wczesne poronienie), materiał przekazany został do badania histopatologicznego, przy czym w dwóch z tych przypadków pacjentki wyraziły wolę odbioru zwłok poronionych dzieci. Badania histopatologiczne realizowane były na podstawie umowy zawartej z Publicznym Specjalistycznym Zakładem Opieki Zdrowotnej w Inowrocławiu (dalej „Szpital w Inowrocławiu”), przy czym w umowie tej nie określono sposobu postępowania ze zwłokami dzieci martwo urodzonych i poronionych co szerzej przedstawiono w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

Jak podał Koordynator Oddziału w latach 2017-2020 nie było przypadków decyzji o pochówku na miejscowym cmentarzu, ani decyzji o spopieleniu a następnie zbiorowym pochówku.

Jak podał Dyrektor Wydziału Polityki Społecznej, Zdrowia i Usług Komunalnych Urzędu Miejskiego w Żninie w latach 2017-2019 zorganizowano (organizacją pochówku zajął się Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Żninie) jeden pochówek dziecka martwo urodzonego w Szpitalu, którego koszt wyniósł 350 zł.

(akta kontroli str. 374, 392-394, 415, 417-418, 431-435, 449-455)

W Oddziale nie wyodrębniono osobnego pomieszczenia służącego do pożegnania ze zmarłym dzieckiem. Jak podał Koordynator Oddziału cięższe obumarłe i porody płodów martwych (nie licząc poronień) zdarzają się bardzo rzadko, czasami raz na kilka lat. Nigdy nie było prośby ze strony rodziców o stworzenie dodatkowych warunków do ceremonii pożegnania ze zmarłym dzieckiem. Jeśli zaistnieje taka potrzeba Szpital jest w stanie zagwarantować warunki do takiego pożegnania, wydzielając salę na czas potrzebny do tego aktu.

Szpital nawiązał współpracę z organizacją „Tęczowy Kocyk”¹⁹. Jak podała Położna Oddziałowa od tej organizacji Szpital otrzymał pakiet podarunkowy, który do tej pory zaspokoił potrzeby w tym zakresie, ponieważ zapotrzebowanie jest niewielkie ze względu na niski procent urodzeń martwych.

(akta kontroli str. 332, 346-347, 373)

3.4. Zapewnienie pomocy psychologicznej.

Pacjentkom doświadczającym niepowodzeń położniczych, pomocy psychologicznej udzielała psycholog zatrudniona na podstawie umowy o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne z 2013 r., która była aneksowana na kolejne lata objęte kontrolą. Zgodnie z umową psycholog udzielała świadczeń zgodnie z harmonogramem będącym załącznikiem do umowy. Zgodnie z harmonogramem psycholog w latach 2017 – 2020 (do czasu zakończenia kontroli) udzielała świadczeń w szpitalu trzy razy w tygodniu w środy – 8 godzin, czwartki – 8 godzin i piątki - 10 godzin.

Zastępca Dyrektora podała, że w przypadku konieczności uzyskania konsultacji czy pomocy psychologicznej dla pacjentek Oddziału w dni, kiedy psycholog nie udziela świadczeń w Szpitalu, dostępny jest stały kontakt telefoniczny ze specjalistą

¹⁹ Grupa wolontariuszek współpracująca z hospicjami perinatalnymi i szpitalami na terenie całego kraju, która szyje koce i ubranka dla dzieci z wadami letalnymi, wcześniaków i dzieci martwo urodzonych. Celem działalności grupy jest pomoc rodzicom w godnym pożegnaniu dziecka, ich wyroby (tęczowe beciki) mogą stanowić również pamiątkę dla rodziny po utraconym dziecku.

zatrudnionym w Poradni. Istnieje możliwość przyjęcia takiej pacjentki w trybie pilnym, bez zachowania kolejki, w każdym terminie jaki pasuje pacjentce. Zatrudniona psycholog współpracuje ze Szpitalem od 2013 r. i w tym czasie nigdy nie było sytuacji, w której potrzebującej pomocy psychologicznej pacjentce pomoc ta nie została udzielona. Z-ca Dyrektora podała również, że NFZ ogłaszając konkursy podaje maksymalną wartość zamówienia oraz cenę świadczenia. W granicach tych kwot oferent musi skalkulować ilość świadczeń jaką jest w stanie wykonać nie przekraczając ogólnej wartości zamówienia. W ogłoszonym konkursie na świadczenia psychologiczne Pałuckie Centrum Zdrowia zadeklarowało prace Poradni Psychologicznej trzy dni w tygodniu, spełniając w ten sposób minimalne wymogi NFZ dotyczące pracy poradni specjalistycznych.

Koordinator Oddziału podał, że w związku z bardzo małą liczbą zdarzeń na Oddziale o charakterze niepowodzeń ciążyowych (poronienia, porody płodu martwego) nigdy nie było pilnej interwencji psychologa poza dniami zatrudnienia Pani Psycholog. Pacjentki po tego typu zdarzeniach leżą w Oddziale zwykle 2 dni, czasami dłużej. Psycholog obecna trzy razy w tygodniu całkowicie zabezpiecza potrzeby w zakresie konsultacji psychologicznej, jeżeli jest taka potrzeba. Zdecydowana większość pacjentek – szczególnie po poronieniach wczesnych nie chce porady psychologa. Niektóre pacjentki nie życzą sobie takiej konsultacji. Jak podał Koordynator Oddziału w związku z tym nie podejmowano dotychczas i w najbliższej przyszłości działań w celu zwiększenia zatrudnienia psychologa aż do chwili, gdy na taką pomoc będzie zdecydowanie większe zapotrzebowanie.

Na tablicy informacyjnej Oddziału nie było podanych informacji o możliwości skorzystania z pomocy psychologicznej. Koordynator Oddziału podał, że każda pacjentka po niepowodzeniach położniczych indywidualnie jest informowana o możliwości skorzystania z pomocy psychologa. Jak podał Koordynator Oddziału jest możliwość umieszczenia takiej informacji i zostanie ona zamieszczona.

(akta kontroli str. 373, 419-427, 429-430)

3.5. 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 informacje.

Większość respondentek pozytywnie oceniła opiekę w Szpitalu (dwie odpowiedzi dobrze i jedna bardzo dobrze), a tylko jedna oceniła otrzymaną opiekę jako nieodpowiednią. Trzy z respondentek podały, że mogły podejmować decyzje dotyczące diagnostyki i leczenia i podpisały zgodę na wszystkie zabiegi. Wszystkie pacjentki podały, że nie miały możliwości skorzystania z pomocy psychologa. Większość (trzy osoby) oceniła, że była traktowana przez personel medyczny życzliwie i ze zrozumieniem. Na pytanie o możliwość pożegnania w jednym przypadku odpowiedziano, że była taka możliwość w obecności bliskich osób, w jednym przypadku nie było takiej woli, w jednym przypadku nie wiedziano o takiej możliwości i w jednym nie udzielono odpowiedzi. Nie było możliwości przeprowadzenia ankiet wśród pacjentek przebywających na oddziale.

(akta kontroli str. 231-238)

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

1. Szpital nie zapewnił zgodnego z uregulowaniami wewnętrznymi²⁰ sposobu postępowania ze zwłokami dzieci martwo urodzonych²¹, w przypadku przekazywania podmiotowi zewnętrznemu pobranego materiału do badań histopatologicznych. We wskazanych uregulowaniach wewnętrznych podano m.in., że w przypadku poronienia do 22 tygodnia ciąży, lekarz podejmuje decyzję o skierowaniu na badanie histopatologiczne i informuje pacjentkę o możliwości zabrania płodu celem dokonania pochówku. Określono również, że procedura postępowania ze zwłokami dzieci martwo urodzonych i poronionych jest taka jak w przypadku zgonu pacjenta.

W umowie zawartej z podmiotem zewnętrznym na wykonywanie badań histopatologicznych, Szpital nie zapewnił zapisów gwarantujących sposób postępowania zgodny z ww. procedurą. W skutek powyższego w trzech, spośród 13 objętych badaniem spraw, w których przekazano materiał do badań histopatologicznych, stwierdzono obecność płodu i – jak podał Z-ca Dyrektora tego podmiotu²² – oczekuje się na decyzję Szpitala w Żninie odnośnie właściwego pochówku i odbioru szczątków.

Koordynator Oddziału wyjaśnił, że materiał do badania histopatologicznego, pochodzący z poronień jest zawsze w całości przekazywany do Zakładu Patomorfologii. Po opracowaniu materiału otrzymujemy wynik w formie dokumentu papierowego, który to wynik otrzymuje pacjent. Jak podał Koordynator Oddziału, nigdy nie było sytuacji, aby tkanki po poronieniu zostały w szpitalu w Żninie, wobec tego bezprzedmiotowym jest rozważanie pochówku resztek po poronieniu. Nie leży także w zainteresowaniu Szpitala w Żninie, co się dzieje z materiałem przekazanym do badania histopatologicznego w Inowrocławiu.

(akta kontroli str. 380-383, 392-394, 417-418, 431-434, 438-441, 449-453)

2. Zbadana próba dokumentacji medycznej 60 pacjentek wykazała, że dokumentacja nie była ponumerowana, co było niezgodne z §5 rozporządzenia Ministra Zdrowia z 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania²³. Przepis ten stanowił, że strony w dokumentacji prowadzonej w postaci papierowej są numerowane i stanowią chronologicznie uporządkowaną całość.

Jak wyjaśnił Koordynator Oddziału, w Szpitalu przyjęto, że po skompletowaniu dokumentacji medycznej przekazywana jest ona do działu statystyki. Pracownicy tego działu mają obowiązek jej numerowania.

(akta kontroli str. 334-347, 373)

3. W 19 na 60 zbadanych przypadków w dokumentacji medycznej nie było podanego tygodnia ciąży pacjentek. Koordynator Oddziału podał, że czasami

²⁰ Tj. Instrukcją postępowania w przypadku porodu płodu martwego i poronienia obowiązującą od 20 lipca 2010 r. oraz Instrukcją postępowania z martwymi płodami ludzkimi oraz dziećmi martwo urodzonymi – obowiązującą od 11 kwietnia 2019 roku.

²¹ Dotyczy ciąży zakończonej niepowodzeniem zarówno przed, jak i po upływie 22 tygodnia ciąży. Zgodnie z § 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 7 grudnia 2001 r. w sprawie postępowania ze zwłokami i szczątkami ludzkimi (Dz. U. nr 153, poz. 1783 ze zm.), dalej: „rozporządzenie w sprawie postępowania ze zwłokami”, za zwłoki uważa się ciała osób zmarłych i dzieci martwo urodzonych, bez względu na czas trwania ciąży.

²² Informacja z 2 czerwca 2020 r.

²³ Dz.U. z 2015 r. poz. 2069 – przepis ten obowiązywał do 14 kwietnia 2020 r., dalej rozporządzenie MZ z 2015 r. Obecnie kwestię to reguluje §6 Rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. z 2020 r., poz. 666).

bardzo trudno, a wręcz niemożliwe jest precyzyjne określenie tygodnia ciąży. Podał również, że jeżeli jest to poronienie wczesnej ciąży, przyjmuje się że w rozpoznaniu nie określa się tygodnia ciąży.

Zdaniem NIK podanie tygodnia ciąży w dokumentacji medycznej jest istotne dla odpowiedniej kwalifikacji danego przypadku, gdyż zgodnie z uregulowaniami wewnętrznymi, do upływu 22 tygodnia ciąży ma się do czynienia z poronieniem, a po tym czasie z martwym urodzeniem. W tym zakresie NIK zwraca również uwagę, że zgodnie z § 3 rozporządzenia MZ z 2015 r, przy dokonywaniu w dokumentacji wpisu dotyczącego czasu trwania ciąży, poronienia, urodzenia żywego lub urodzenia martwego stosuje się kryteria oceny określone w załączniku nr 1 do rozporządzenia, gdzie wskazano m.in., że czas trwania ciąży oblicza się w tygodniach, licząc od pierwszego dnia ostatniego normalnego krwawienia miesięcznego.

(akta kontroli str. 334-347, 373)

OCENA CZĄSTKOWA

Pacjentkom doświadczającym niepowodzeń położniczych, zapewniono dostęp do opieki psychologicznej. NIK zwraca jednak uwagę na ograniczone wykorzystanie tej pomocy w pracy z pacjentkami doświadczającymi niepowodzeń położniczych. W zbadanej próbie²⁴ dokumentacji medycznej 60 pacjentek, w 56 przypadkach brak było wzmianki o konsultacji psychologicznej bądź o ofercie takiej konsultacji.

Szpital w sposób prawidłowy określił sposób postępowania ze zwłokami dzieci martwo urodzonych. Nie zapewniono jednak prawidłowego postępowania ze zwłokami dzieci martwo urodzonych, w przypadku ich przekazywania do badania histopatologicznego. Stwierdzone nieprawidłowości w dokumentacji medycznej dotyczyły braku jej numerowania oraz wskazywania tygodnia ciąży pacjentek.

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
1. Podjęcie działań organizacyjnych zmierzających do wyeliminowania przypadków długotrwałej pracy lekarzy.
 2. Podjęcie działań w celu ustawienia łóżek w pokojach zgodnie z obowiązującymi przepisami.
 3. Zapewnienie prawidłowego prowadzenia dokumentacji medycznej w wersji papierowej.
 4. Zapewnienie prawidłowego postępowania ze zwłokami dzieci martwo urodzonych w przypadkach ich przekazania do badania histopatologicznego.

V. Pozostałe informacje i pouczenia

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

²⁴ Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. z 2020 r., poz. 666).

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 dni 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
Szymon Hałasiewicz
doradca ekonomiczny

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

.....
Podpis

.....
podpis