



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Kielcach

LKI.410.002.03.2020

Marek Pacyna, Dyrektor Naczelny
Radomskiego Szpitala Specjalistycznego
im. dr. Tytusa Chałubińskiego,
ul. Lekarska 4, 26-610 Radom

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

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

I. Dane identyfikacyjne

Jednostka kontrolowana	Radomski Szpital Specjalistyczny im. dr. Tytusa Chałubińskiego (dalej: Szpital lub R.Sz.S.), ul. Lekarska 4, 26-610 Radom.
Kierownik jednostki kontrolowanej	Marek Pacyna, Dyrektor Szpitala w całym okresie objętym kontrolą.
Zakres przedmiotowy kontroli	<ol style="list-style-type: none">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), z wykorzystaniem dowodów sporządzonych przed tym okresem, jeżeli miały 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 ¹ .
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Kielcach.
Kontrolerzy	<ol style="list-style-type: none">1. Krzysztof Kopeć, główny specjalista kp., upoważnienie do kontroli nr LKI/19/2020 z 27 stycznia 2020 r.2. Łukasz Pieńkowski, inspektor kp., upoważnienie do kontroli nr LKI/21/2020 z 2 marca 2020 r.

(akta kontroli str. 1- 5)

¹ Dz. U. z 2020 r. poz. 1200; dalej: ustawa o NIK.

II. Ocena ogólna² kontrolowanej działalności

OCENA OGÓLNA

Opieka nad pacjentkami, które poroniły, urodziły martwe dziecko lub którym dziecko zmarło tuż po porodzie w Szpitalu sprawowana była zgodnie z wymaganiami dotyczącymi organizacji udzielania świadczeń, wyposażenia w odpowiedni sprzęt i aparaturę medyczną oraz przez odpowiednią liczbę wykwalifikowanego personelu, który był przygotowany do pracy z takimi pacjentkami.

Stosowane przez personel Oddziału Ginekologiczno-Położniczego (dalej również Oddział) rekomendacje dotyczące postępowania z pacjentkami doświadczającymi niekorzystnego zakończenia ciąży zawierały wytyczne wynikające ze standardów opieki okołoporodowej. Pomimo to wystąpiły sytuacje, w których pacjentki doświadczające straty dziecka hospitalizowano na korytarzu Oddziału.

Co najmniej jedno pomieszczenie higieniczno-sanitarne na odcinku ginekologiczno-położniczym septycznym nie było dostosowane dla osób niepełnosprawnych, a w zespole porodowym w sali przeznaczonej dla położnic i noworodka w pierwszych godzinach życia, nie zapewniono możliwości obserwacji bezpośredniej lub przy użyciu odpowiednich kamer, w szczególności możliwości obserwacji twarzy, co było niezgodne z obowiązującymi wymogami.

Pacjentkom, które były hospitalizowane z powodu poronienia, urodzenia dziecka martwego lub dziecka, które zmarło wkrótce po porodzie i miały takie życzenie udzielono pomocy psychologicznej oraz przekazywano opracowany stosowny informator.

W regulaminie organizacyjnym Szpitala, wbrew obowiązującym przepisom, nie został określony sposób ustalania oraz monitorowania wskaźników opieki okołoporodowej ani sposób dokumentowania tych działań. W Szpitalu z przekroczeniem wymaganego terminu ustalono w 2020 r. minimalne normy zatrudnienia pielęgniarek i położnych, a ponadto norm tych nie ustalono dla Oddziału Ginekologiczno-Położniczego.

Stwierdzono także nieprawidłowość dotyczącą nieaktualizowania na bieżąco zmian w wykazie personelu medycznego stanowiącego załącznik do umowy z Mazowieckim Oddziałem Wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia³.

Stosowane na Oddziale wzory oświadczeń dotyczące sposobu postępowania ze zwłokami dzieci martwo urodzonych zawierały wyczerpujące informacje o przysługujących pacjentkom prawach. Przyjęty w Szpitalu sposób postępowania ze zwłokami dzieci, był zgodny z obowiązującymi przepisami i umożliwił organizację pochówku przez uprawnione podmioty.

² Najwyższa Izba Kontroli formułuje ocenę ogólną jako ocenę pozytywną, ocenę negatywną albo ocenę w formie opisowej.

³ Na podstawie próby kontrolnej obejmującej dwa miesiące (lipiec, październik) w każdym roku w latach 2017-2019.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego oraz oceny cząstkowe⁴ 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

R.Sz.S. jest podmiotem leczniczym niebędącym przedsiębiorcą, którego organem założycielskim jest Miasto Radom. Szpital udziela świadczeń zdrowotnych stacjonarnych całodobowych i specjalistycznych ambulatoryjnych, a także m.in. w zakresie opieki długoterminowej i rehabilitacji leczniczej. Zgodnie z § 3 ust. 1 regulaminu organizacyjnego, podstawowym celem Szpitala jest udzielanie świadczeń zdrowotnych, promocja zdrowia i realizacja zadań dydaktycznych i badawczych w związku z udzielanymi świadczeniami zdrowotnymi i promocją zdrowia. W strukturze Szpitala wyodrębniono m.in. Oddział Ginekologiczno-Położniczy, Oddział Neonatologii oraz Blok Operacyjny Ginekologiczny. W ramach Oddziału wydzielono m.in.:

- izbę przyjęć,
- odcinek ginekologiczny,
- odcinek ginekologiczno-położniczy septyczny,
- zespół porodowy.

Oddział Ginekologiczno-Położniczy oraz Oddział Neonatologiczny miały drugi poziom referencyjności. Pacjentki doświadczające niepowodzeń położniczych hospitalizowane były w odcinku ginekologicznym oraz ginekologicznym septycznym Oddziału.

(akta kontroli str. 16-171, 179)

W okresie objętym kontrolą liczba noworodków żywo urodzonych w Szpitalu wyniosła 1798 w 2017 r., 1668 w 2018 r. oraz 1428 w 2019 r. W latach tych liczba poronień i martwych urodzeń wyniosła odpowiednio 268, 235 i 254 co stanowiło 13% zdarzeń w 2017 r., 12% w 2018 r. oraz 15% w 2019 r. w stosunku do liczby porodów ogółem⁵. Najczęstszą przyczyną poronień i martwych urodzeń we wszystkich latach objętych kontrolą było obumarcie wewnątrzmaciczne⁶.

(akta kontroli str. 172-173)

W okresie objętym kontrolą na Oddziale zapewniono personel medyczny w wymiarze i o kwalifikacjach zgodnych z wymogami dla drugiego poziomu referencyjnego⁷, określonymi w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego⁸ (dalej: rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych), tzn. co najmniej dwóch lekarzy we wszystkie dni tygodnia, stałą obecność lekarza specjalisty w dziedzinie położnictwa i ginekologii, a także odpowiednią liczbę położnych, w tym położnych ze specjalizacją w dziedzinie pielęgniarstwa położniczego,

⁴ 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.

⁵ Z czego w 2017 r. wystąpiły 263 poronienia, w 2018 r. – 232, a w 2019 r. – 250.

⁶ Obumarcie wewnątrzmaciczne stanowiło w 2017 r. 72% ogólnej liczby zdarzeń niekorzystnego zakończenia ciąży w 2018 r. – 74% oraz w 2019 r. – 70%.

⁷ Na podstawie próby kontrolnej obejmującej dwa miesiące (lipiec, październik) w każdym roku w latach 2017-2019.

⁸ Dz. U. z 2017 r. poz. 2295, ze zm.

ginekologicznego i rodzinnego. W Szpitalu zapewniono również stałą obecność lekarza specjalisty w dziedzinie anestezjologii.

(akta kontroli str. 177, 315-353, 369-483)

W okresie objętym kontrolą w Szpitalu minimalne normy zatrudnienia pielęgniarek i położnych zostały ustalone:

- zarządzeniem nr 2/2017 Dyrektora Radomskiego Szpitala Specjalistycznego im. dr. Tytusa Chałubińskiego w Radomiu z dnia 18 stycznia 2017 r.;
- zarządzeniem nr 15/2020 Dyrektora Radomskiego Szpitala Specjalistycznego im. dr. Tytusa Chałubińskiego w Radomiu z dnia 30 kwietnia 2020 r.

W opracowanych w Szpitalu w 2020 r. minimalnych normach zatrudnienia pielęgniarek i położnych nie ustalono wartości tych norm dla Oddziału, co było niezgodne z art. 50 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej⁹. Ustalone w 2020 r. normy wprowadzono po upływie trzech lat, trzech miesięcy i 12 dni¹⁰, tym samym nie zachowano częstotliwości ich ustalenia, co najmniej raz na trzy lata, stosownie do § 7 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 28 grudnia 2012 r. w sprawie sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami¹¹ (dalej: rozporządzenie w sprawie minimalnych norm).

Ustalona w 2017 r. minimalna norma zatrudnienia pielęgniarek i położnych na Oddziale wyniosła 60,51 etatów.

(akta kontroli str. 180-182, 615-616)

Analiza rozkładu czasu pracy lekarzy zatrudnionych na Oddziale wykazała, że przestrzegano art. 93-96 ustawy o działalności leczniczej. Jednakże w odniesieniu do dwóch lekarzy, w jednostkowych sytuacjach, nie przestrzegano przepisu art. 97 ust. 2 tej ustawy, zgodnie z którym pracownikowi przysługuje w każdej dobie prawo do co najmniej 11 godzin nieprzerwanego odpoczynku, udzielonego bezpośrednio po zakończeniu pełnienia dyżuru medycznego. W przypadku lekarza A.M. odpoczynek po zakończeniu pełnienia dyżuru medycznego w dniu 25 lipca 2019 r. wyniósł 10 godzin, natomiast jeśli chodzi o lekarza W.S. bezpośrednio po zakończeniu pełnienia dyżuru medycznego w dniu 25 października 2019 r. kontynuował on pracę na Oddziale.

(akta kontroli str. 175)

Kierownik Oddziału wyjaśnił, że wynikało to z braków w obsadzie lekarskiej w *szczybie sezonu urlopowego* oraz ze zdarzeń losowych.

(akta kontroli str. 617)

Personel medyczny wykonujący usługi medyczne na Oddziale w okresie objętym kontrolą został ujęty w wykazie personelu stanowiącym załącznik do umowy zawartej z Mazowieckim Oddziałem Wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia, poza wyjątkami dotyczącymi jednej położnej i dwóch lekarzy niewymienionych w harmonogramie w części dotyczącej zasobów w lipcu i październiku 2018 r.¹²

Zmiany w harmonogramie dotyczące osób udzielających świadczeń nie były na bieżąco aktualizowane. W lipcu i październiku 2017 r. nie usunięto z wykazu

⁹ Dz. U. z 2020 r. poz. 295, ze zm.

¹⁰ Licząc od dnia wejścia w życie zarządzenia nr 2/2017 Dyrektora Radomskiego Szpitala Specjalistycznego im. dr. Tytusa Chałubińskiego w Radomiu z dnia 18 stycznia 2017 r.

¹¹ Dz. U. poz. 1545.

¹² Na podstawie próby kontrolnej obejmującej dwa miesiące (lipiec, październik) w każdym roku w latach 2017-2019.

personelu medycznego trzech położnych i jednego psychologa, którzy nie świadczyli pracy w Szpitalu. W lipcu i październiku 2018 r. zmian nie dokonano w odniesieniu do trzech położnych i jednego lekarza, a w lipcu i październiku 2019 r. – sześciu położnych.

(akta kontroli str. 354-483)

W okresie objętym kontrolą Szpital nie występował do Mazowieckiego Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego z wnioskiem o wydanie opinii o wpływie niespełnienia wymagań na bezpieczeństwo pacjentów, o którym mowa w art. 207 ust. 3 ustawy o działalności leczniczej.

Kierownik Działu Technicznego wyjaśnił, że Oddział spełnia wymagania zawarte w rozporządzeniu w sprawie szczegółowych wymagań jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą, w związku z tym nie był objęty programem dostosowania oddziałów i zakładów Radomskiego Szpitala Specjalistycznego do tych przepisów.

(akta kontroli str. 178)

W okresie objętym kontrolą Szpital spełniał warunki określone w rozporządzeniu w sprawie świadczeń gwarantowanych dla drugiego stopnia referencyjności w zakresie:

- odpowiedniego wyposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną (na Oddziale zapewniono: kolposkop, aparat KTG¹³, kardiomonitor, aparat USG, histeroskop oraz laparoskop);
- realizacji badań (na oddziale zapewniono: komputerową analizę KTG, w lokalizacji Szpitala – badania laboratoryjne oraz histopatologiczne śródoperacyjne);
- pozostałych wymagań (prowadzono partogram¹⁴, wyodrębniono salę do cięć cesarskich oraz blok operacyjny, a w Szpitalu funkcjonował Oddział Neonatologiczny o drugim stopniu referencyjności).

Wymieniony sprzęt i aparatura medyczna były sprawne technicznie oraz posiadały dokumenty potwierdzające dokonanie aktualnych przeglądów wykonanych przez uprawnione podmioty, stosownie do § 7 ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej¹⁵ (dalej: rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów).

(akta kontroli str. 174, 177)

Stosownie do § 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 leczniczą¹⁶ (dalej: rozporządzenie w sprawie wymagań podmiotu wykonującego działalność leczniczą), instalacje i urządzenia wentylacji mechanicznej i klimatyzacji podlegały okresowemu przeglądowi, czyszczeniu lub dezynfekcji, lub wymianie elementów zgodnie z zaleceniami producenta i były dokumentowane. Ponadto funkcjonująca w Szpitalu wentylacja grawitacyjna podlegała corocznym okresowym kontrolom stanu technicznego, zgodnie z art. 62 ust. 1 pkt 1 lit. c ustawy z dnia 7 lipca 1994 r. Prawo

¹³ Kardiokardiof. (nieczytelne)

¹⁴ Inaczej karta obserwacji porodu.

¹⁵ Dz. U. z 2020 r. poz. 320, ze zm.

¹⁶ Dz. U. poz. 595.

budowlane¹⁷, przez osoby posiadające wymagane kwalifikacje, stosownie do art. 62 ust. 6 pkt 1 tej ustawy.

(akta kontroli str. 484-493, 663)

Opieka nad pacjentkami doświadczającymi poronień, urodzenia martwego dziecka lub śmierci dziecka krótko po porodzie nie była przedmiotem kontroli prowadzonych w Szpitalu przez NFZ, wojewodę, konsultantów wojewódzkiego i krajowego w dziedzinie położnictwa i ginekologii lub inne organy.

(akta kontroli str. 582-584)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

1. Minimalne normy zatrudnienia pielęgniarek i położnych w R.Sz.S. wprowadzone zostały zarządzeniem Dyrektora Szpitala nr 15/2020 z dnia 30 kwietnia 2020 r. po upływie ponad trzech lat od ustalenia poprzednich norm (18 stycznia 2017 r.). Było to niezgodne z § 7 rozporządzenia w sprawie minimalnych norm, który wymaga, aby ustalenie minimalnych norm zatrudnienia nastąpiło co najmniej raz na trzy lata. W Szpitalu nie ustalono również tych norm, w szczególności w ww. zarządzeniu, dla Oddziału Ginekologiczno-Położniczego, co było niezgodne z art. 50 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej.

(akta kontroli str. 180-182, 615-616)

Dyrektor Szpitala wyjaśnił: *w komórkach organizacyjnych, gdzie nie zostały określone minimalne normy zarządzeniem Dyrektora R.Sz.S. nr 15/2020, stosuje się wprost przepisy rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych.*

(akta kontroli str. 621)

Zdaniem NIK, przestrzeganie przez Szpital wymiaru zatrudnienia pielęgniarek i położnych określonego w rozporządzeniu w sprawie świadczeń gwarantowanych nie zwalnia z obowiązku ustalenia minimalnych norm zatrudnienia zgodnie z art. 50 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej, w sposób określony w rozporządzeniu w sprawie minimalnych norm.

2. Zmiany w wykazie personelu medycznego stanowiącego załącznik do umowy z Mazowieckim Oddziałem Wojewódzkim NFZ nie były na bieżąco aktualizowane, co stanowiło naruszenie § 6 ust. 1 i 2 załącznika do rozporządzenia w sprawie ogólnych warunków umów. Zgodnie z tymi przepisami świadczenia są udzielane osobiście przez osoby wykonujące zawody medyczne zgodnie z harmonogramem, którego zmiany wymagają zgłoszenia dyrektorowi oddziału wojewódzkiego NFZ najpóźniej w dniu poprzedzającym ich powstanie albo, w przypadkach losowych, niezwłocznie po zaistnieniu zdarzenia. Stwierdzone przypadki dotyczyły¹⁸:
 - wykonywania usług medycznych przez personel medyczny nieujęty w wykazie personelu stanowiącego załącznik do umowy oraz jej aneksów;
 - nieaktualizowania na bieżąco zmian w harmonogramie dotyczących osób udzielających świadczeń.

(akta kontroli str. 354-483)

¹⁷ Dz. U. z 2019 r. poz. 1186, ze zm.

¹⁸ Na podstawie próby kontrolnej obejmującej dwa miesiące (lipiec, październik) w każdym roku w latach 2017-2019.

Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że stwierdzone niedopatrzenia są wynikiem bardzo dużego ruchu kadrowego w Szpitalu i pewnych nieścisłości w przepływie informacji w sytuacji analizowania bardzo dużej ilości danych.

(akta kontroli str. 611-614)

OCENA CZĄSTKOWA

W okresie objętym kontrolą w Szpitalu właściwie zorganizowano opiekę nad pacjentkami doświadczającymi poronienia, urodzenia martwego dziecka lub dziecka, które zmarło wkrótce po porodzie. Stosownie do wymogów dla drugiego poziomu referencyjnego określonych w rozporządzeniu w sprawie świadczeń gwarantowanych, Szpital był wyposażony w odpowiednią aparaturę i sprzęt medyczny, a na Oddziale zapewniono odpowiednią liczbę personelu medycznego mającego wymagane kwalifikacje. Użytkowany sprzęt i aparatura medyczna były sprawne technicznie oraz miały aktualne przeglądy wykonane przez uprawnione podmioty. Stwierdzono przypadki nieaktualizowania na bieżąco wykazu personelu medycznego stanowiącego załącznik do umowy zawartej z oddziałem wojewódzkim NFZ. W Szpitalu z przekroczeniem wymaganego terminu ustalono w 2020 r. minimalne normy zatrudnienia pielęgniarek i położnych, a ponadto norm tych nie ustalono dla Oddziału Ginekologiczno-Położniczego.

OBSZAR

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

Opis stanu faktycznego

W Szpitalu opracowano dokument pn. *Wskaźniki opieki okołoporodowej*, który zawierał piętnaście wskaźników podzielonych na dwie grupy. Pierwszą grupę stanowiły *Wskaźniki wyników okołoporodowe*, tj.:

- martwe urodzenia,
- urodzenia w podziale według masy urodzeniowej, czasu trwania ciąży, skali Apgar w minucie oraz porodów mnogich,
- umieralność kobiet w czasie ciąży, porodu i porożu,
- częstość występowania wad wrodzonych płodu lub zaburzeń genetycznych.

Drugą grupę stanowiły *Wskaźniki jakości opieki (medykalizacja/demedykalizacja)* m.in.:

- urodzenia wg sposobu ukończenia ciąży,
- odsetek niemowląt karmionych wyłącznie piersią,
- odsetek kobiet z 2-godzinnym kontaktem „skóra do skóry” wg sposobu ukończenia ciąży,
- liczba udzielonych porad laktacyjnych,
- odsetek personelu przeszkolonego w zakresie opieki laktacyjnej,
- odsetek ciągłego zapisu KTG.

Wybrane do analizy wskaźniki zaprezentowane w przedmiotowym dokumencie zostały opracowane na podstawie danych za okres jednego miesiąca (grudzień 2019 r.).

(akta kontroli str. 502-503)

Zdaniem NIK, opracowanie wybranych wskaźników opieki okołoporodowej jedynie w oparciu o dane uzyskane za okres jednego miesiąca, może budzić wątpliwości co do miarodajności otrzymanych wyników.

Regulamin organizacyjny Szpitala nie zawierał informacji o sposobie realizacji oraz dokumentowania działań dotyczących ustalania i monitorowania wskaźników opieki

okołoporodowej. Stanowiło to naruszenie obowiązku określonego w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej¹⁹ (dalej: rozporządzenie w sprawie standardu).

(akta kontroli str. 16-171)

W Szpitalu w okresie objętym kontrolą stosowano wytyczne zawarte w opracowaniu pn. *Niekorzystne zakończenie ciąży-Rekomendacje postępowania z pacjentkami dla personelu medycznego oddziałów położniczo-ginekologicznych województwa mazowieckiego*. Opracowanie to zawierało wskazówki dla personelu medycznego przy postępowaniu z pacjentkami, które zostały powiadomione o niekorzystnym zakończeniu ciąży. W dokumencie tym zawarto m.in.:

- wskazówki, których pacjentek nie należy obejmować opracowanym postępowaniem (np. puste jajo płodowe),
- wytyczne dotyczące udzielania informacji pacjentce na temat możliwości pożegnania z dzieckiem, określenia płci, a także jego pochówku,
- wskazówki dotyczące zapewnienia pacjentce szczególnej pomocy w postaci m.in. umożliwienia skorzystania z porady psychologicznej,
- wzór ankiety wypełnianej przez personel medyczny podczas rozmowy z pacjentką, która poroniła lub urodziła martwe dziecko,
- informacje dla pacjentek i jej bliskich o przysługujących prawach z uwagi na niekorzystne zakończenie ciąży.

(akta kontroli str. 512-523)

Kierownik Oddziału wyjaśnił: Postępujemy zgodnie z wytycznymi *Niekorzystne zakończenie ciąży-Rekomendacje postępowania z pacjentkami dla personelu medycznego oddziałów położniczo-ginekologicznych województwa mazowieckiego*. Są one dobrym źródłem wiedzy i jak dotychczas wystarczającym.

(akta kontroli str. 510)

W 2017 r. kwota wydatkowana przez Szpital na szkolenia wyniosła 17 072 zł, z czego wydatki na szkolenia personelu medycznego Oddziału stanowiły 7% tej kwoty. W roku 2018 Szpital przeprowadził szkolenia personelu za kwotę 45 310 zł, z czego szkolenia personelu medycznego Oddziału stanowiły 7,3% tej kwoty. W 2019 r. łączne koszty szkoleń zewnętrznych w Szpitalu wyniosły 71 290 zł, z czego 5,5% tej kwoty stanowiły szkolenia personelu medycznego Oddziału. W okresie objętym kontrolą Szpital nie poniósł żadnych kosztów na przeprowadzenie szkoleń z zakresu standardów opieki okołoporodowej.

(akta kontroli str. 495)

W okresie objętym kontrolą w Szpitalu przeprowadzono szkolenia obejmujące swą tematyką zagadnienia z zakresu standardów opieki okołoporodowej:

- *Standardy postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych w dziedzinie położnictwa i ginekologii z zakresu okołoporodowej opieki położniczo-ginekologicznej, sprawowanej nad kobietą w okresie ciąży, porodu, połogu, w przypadkach występowania określonych powikłań oraz opieki nad kobietą w sytuacji niepowodzeń położniczych* (trzeci kwartał 2016 r.);
- *Instrukcja postępowania z dzieckiem martwo urodzonym w Radomskim Szpitalu Specjalistycznym* (drugi kwartał 2017 r.);

Ponadto wg wyjaśnień położnej oddziałowej, w pierwszym kwartale 2020 r. personelowi Oddziału przekazano indywidualne materiały z zakresu standardów organizacyjnych opieki zdrowotnej w podmiotach wykonujących działalność leczniczą udzielających świadczeń zdrowotnych w zakresie opieki okołoporodowej

¹⁹ Dz. U. poz. 1756.

z zaleceniem stosowania w trakcie opieki nad pacjentką w ciąży podczas porodu i porodu.

(akta kontroli str. 624)

W latach 2017-2019 personelowi medycznemu opiekującemu się pacjentkami doświadczającymi sytuacji szczególnych nie zorganizowano szkoleń z zakresu radzenia sobie ze stresem.

(akta kontroli str. 496-501, 622, 624)

Pracownikom Szpitala zapewniono możliwość korzystania z porad zatrudnionego psychologa. Psycholog zatrudniona w Szpitalu wyjaśniła: *W przeszłości miały miejsce konsultacje udzielane personelowi medycznemu Oddziału, nie są to porady, które zdarzają się często.*

(akta kontroli str. 587)

Według personelu medycznego zatrudnionego w Szpitalu²⁰, praca z pacjentkami doświadczającymi poronienia lub martwego urodzenia jest trudna, ponieważ kobiety te nie mają wiedzy na temat fizjologii i patologii ciąży, ale również z uwagi na stan emocjonalny w jakim znajduje się pacjentka, który często objawia się w postaci wycofania, braku chęci współpracy z personelem, a niekiedy wywołuje gniew, rozgoryczenie, a nierzadko agresję w stosunku do personelu medycznego. Jedna z położnych wyjaśniła: *Pacjentki doświadczające niepowodzeń położniczych są trudnymi pacjentkami. Bywają zamknięte na dotykający je problem. Czasem agresywnie reagują na nasze współczucie i chęć współpracy lub zamykają się i nie oczekują żadnej pomocy. Praca z takimi pacjentkami jest stresująca.*

W opinii części położnych składających wyjaśnienia, realizowane w Szpitalu formy wsparcia dla personelu medycznego nie są w pełnym stopniu wystarczające, psycholog zatrudniony na Oddziale współpracuje z pacjentkami. Jedna z położnych wyjaśniła (...) *o wszelkich sytuacjach stresujących, które wystąpią w trakcie pracy, mówię koleżankom, które są ze mną na zmianie. Z uwagi na fakt, że nie mam wsparcia ze strony fachowej, jedynymi osobami, które mogą mi pomóc w radzeniu sobie ze stresem są właśnie one, a także rozmowa z nimi i dzielenie się własnymi doświadczeniami.*

Ponadto położne wskazywały, że wsparcie w radzeniu sobie w sytuacjach stresujących, powinno być realizowane m.in. poprzez wprowadzenie okresowych i cyklicznych spotkań z psychologiem.

(akta kontroli str. 531-545)

Z informacji przekazanych przez położną oddziałową odnośnie wsparcia w radzeniu sobie ze stresem wynika, że personel medyczny korzysta z *koleżeńskiej pomocy psychologa* lub radzi sobie *we własnym zakresie* oraz że pracownicy nie zgłaszali potrzeby pomocy w tym zakresie. Jeżeli chodzi o realizowane formy wsparcia, wyjaśniła, iż *w obecnej chwili są one wystarczające, ale zapewne znajdzie się grupa osób, która pragnęłaby, aby zostały one poszerzone.*

(akta kontroli str. 539)

W ocenie personelu lekarskiego Oddziału, dostępne formy pomocy i wsparcia są dla nich wystarczające i właściwe. Lekarze wskazywali jednocześnie, z uwagi na pracę w warunkach dużego obciążenia psychicznego, na potrzebę zmian systemowych polegających na możliwości uzyskania dodatkowego, płatnego okresu odpoczynku, w trakcie którego możliwa byłaby regeneracja fizyczna i psychiczna.

(akta kontroli str. 510-530)

²⁰ Wyjaśnień udzielało dziesięć osób (czterech lekarzy i sześć położnych), zajmujących się opieką nad pacjentkami doświadczającymi niepowodzeń położniczych.

Zdaniem NIK, z uwagi na potrzeby zgłaszane przez część personelu położnych, a także nieprzeprowadzanie szkoleń w sprawie radzenia sobie ze stresem w pracy z pacjentkami, które poroniły lub urodziły martwe dziecko, wskazane jest zorganizowanie spotkań oraz szkoleń z psychologiem w ww. temacie oraz poinformowanie personelu o możliwości uzyskania pomocy psychologicznej na Oddziale.

W Szpitalu dla pacjentek, które doświadczyły straty dziecka i ich bliskich opracowano informator. Opisano w nim proces żałoby, którego doświadczają rodzice dzieci utraconych, rolę możliwości pożegnania się dzieckiem. Wskazano, że kobiety mają możliwość zwrócenia się do personelu medycznego o pomoc psychologiczną oraz pomoc osoby duchownej, zabezpieczenie pamiątek po dziecku, udzielenia informacji dotyczących pochówku. W ulotce wskazano również na możliwość korzystania z pomocy psychologa lub psychoterapeuty po wypisaniu ze Szpitala. Informator ten jest przekazywany pacjentkom przez położne Oddziału.

(akta kontroli str. 505, 623)

Z wyjaśnień psychologa wynika, że pacjentki będące w szczególnych sytuacjach położniczych są informowane ustnie i pisemnie przez psychologa o możliwości skorzystania z pomocy psychologicznej, już po opuszczeniu Szpitala.

(akta kontroli str. 587-589)

Stwierdzona
nieprawidłowość

W działalności kontrolowanej jednostki w przedstawionym wyżej zakresie stwierdzono nieprawidłowość, polegającą na nieokreśleniu w regulaminie organizacyjnym Szpitala sposobu ustalania i monitorowania wskaźników opieki okołoporodowej oraz dokumentowania tych działań. Stosownie do ust. 2 części I załącznika do rozporządzenia w sprawie standardu, podmioty wykonujące działalność leczniczą udzielające świadczeń zdrowotnych w zakresie opieki okołoporodowej ustalają wskaźniki tej opieki i monitorują je, nie rzadziej niż raz w roku, kierując się w szczególności ograniczaniem interwencji medycznych wskazanych w ust. 1²¹ oraz oceną satysfakcji kobiet objętych opieką. Sposób realizacji oraz dokumentowanie działań dotyczących ustalania i monitorowania wskaźników opieki okołoporodowej powinien określać – zgodnie z ust. 3 części I standardu – regulamin organizacyjny podmiotu wykonującego działalność leczniczą.

(akta kontroli, str. 16-171)

Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że (...) *wskaźniki zostaną włączone do Regulaminu.*

(akta kontroli, str. 593)

OCENA CZĄSTKOWA

Personel medyczny Szpitala opiekujący się pacjentkami, które poroniły, urodziły martwe dziecko lub których dziecko zmarło wkrótce po porodzie był przygotowany do pracy z takimi pacjentkami i miał możliwość uzyskania wsparcia w radzeniu sobie ze stresem powstałym w związku ze sprawowaniem tej opieki. Jednakże nie prowadzono szkoleń personelu z zakresu radzenia sobie ze stresem, a część zatrudnionych położnych nie miała wiedzy na temat możliwości skorzystania z pomocy psychologicznej. Wdrożone procedury wewnętrzne dotyczyły opieki nad tymi pacjentkami i zawierały aktualne wytyczne wynikające ze standardu opieki okołoporodowej. W regulaminie organizacyjnym Szpitala nie został określony sposób ustalania oraz monitorowania wskaźników opieki okołoporodowej ani dokumentowania tych działań.

²¹ Tj. w szczególności: amniotomii (tj. przebicia pęcherza płodowego), indukcji porodu, stymulacji czynności skurczowej, podawania opioidów, nacięcia krocza, cięcia cesarskiego oraz podania noworodkowi mleka modyfikowanego.

3. Świadczenia zapewniające pacjentkom stosowną pomoc

Opis stanu faktycznego

Stosownie do przepisów rozporządzenia w sprawie wymagań podmiotu wykonującego działalność leczniczą, pokoje łóżkowe w odcinku ginekologicznym oraz ginekologiczno-położniczym septycznym Oddziału 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 oraz dostęp do łóżek pacjentów z trzech stron, w tym z dwóch dłuższych. Odstępy między łózkami zapewniały swobodny dostęp do pacjentek, a szerokość pokoiów łóżkowych umożliwiała wyprowadzenie łóżka z pokoju. Na Oddziale funkcjonował zespół porodowy złożony z dwóch sal porodowych wielostanowiskowych, jednej sali porodowej jednostanowiskowej oraz sali operacyjnej jednostanowiskowej dla porodów rozwiązywanych cięciem cesarskim wraz ze stanowiskiem resuscytacji noworodka. W zespole porodowym znajdowała się również sala przeznaczona dla położnic i noworodka w pierwszych godzinach życia, w której nie zapewniono możliwości obserwacji bezpośredniej lub przy użyciu kamer wyposażonych w funkcje autostartu, w szczególności możliwości obserwacji twarzy. Na odcinku ginekologiczno-położniczym septycznym jedna z sal została przystosowana do odbioru porodów, w tym również porodów martwych dzieci oraz pełniła funkcję tzw. pokoju pożegnań. Pomieszczenia, w których wykonywano badania lub zabiegi wyposażono co najmniej w jedną umywalkę z baterią 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. Znajdujące się w pomieszczeniach fotele ginekologiczne były osłonięte zasłoną lub parawanem, a w oknach umieszczono rolety zasłaniające.

(akta kontroli str. 573-581)

Pomieszczenia higieniczno-sanitarne znajdujące się w odcinku ginekologicznym oraz ginekologiczno-położniczym septycznym, zgodnie z § 2 pkt 4 rozporządzenia w sprawie wymagań podmiotu wykonującego działalność leczniczą, wyposażone były co najmniej w miskę ustępową, umywalkę, dozownik z mydłem w płynie, pojemnik z ręcznikami jednorazowego użycia oraz pojemnik na zużyte ręczniki. Wbrew wymogowi określonemu w części II załącznika nr 1 do ww. rozporządzenia, co najmniej jedno z pomieszczeń odcinka ginekologiczno-położniczego septycznego nie zostało w pełni przystosowane dla osób niepełnosprawnych, w szczególności poruszających się na wózkach inwalidzkich.

Na korytarzu odcinka ginekologicznego oraz ginekologiczno-położniczego septycznego znajdowała się tablica informacyjna dla pacjentek, na której zamieszczono informacje dotyczące m.in. praw pacjenta. Brak było informacji o możliwości skorzystania z konsultacji psychologicznych czy też wsparcia osoby duchowej.

(akta kontroli str. 573-581)

Szczegółowe badanie dokumentacji medycznej 60 hospitalizowanych w latach 2017-2019 pacjentek, które doświadczyły poronienia lub urodzenia martwego dziecka wykazało:

- w każdym przypadku, stosownie do § 8 ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania²²

²² Dz. U. poz. 2069. Obecnie wymóg taki wynika z § 8 ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania

- (dalej: rozporządzenie w sprawie dokumentacji medycznej), dokumentacja medyczna zawierała podpisane oświadczenia: o upoważnieniu do uzyskiwania informacji o stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych, o upoważnieniu do uzyskiwania dokumentacji, ze wskazaniem imienia i nazwiska osoby upoważnionej, o wyrażeniu zgody na przeprowadzenia badania lub udzielenie innego świadczenia zdrowotnego;
- w każdym przypadku, stosownie do § 15 ust. 1 rozporządzenia w sprawie dokumentacji medycznej²³, do historii choroby 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 i cesarskiego cięcia również karty przebiegu znieczulenia;
 - wszystkie pacjentki, u których przeprowadzono zabieg abrazji (57 spośród 60) oraz cięcie cesarskie (dwie spośród 60) otrzymały znieczulenie i wyraziły zgodę na przeprowadzenie zabiegu;
 - stosownie do § 5 rozporządzenia w sprawie dokumentacji medycznej²⁴, strony dokumentacji były ponumerowane i chronologicznie uporządkowane.

(akta kontroli, str. 569-572)

Pacjentkom doświadczającym poronienia, urodzenia dziecka martwego lub dziecka, które zmarło wkrótce po porodzie pomocy psychologicznej udzielała psycholog zatrudniona na Oddziale w wymiarze pełnego etatu, która świadczyła pracę w dni powszednie. Psycholog wyjaśniła, że zakres jej obowiązków uwzględnia również współpracę w personelem medycznym Oddziału, a co za tym idzie wymianę informacji na temat stanu psychofizycznego pacjentek. Ponadto uczestniczy ona w odprawach i codziennych wizytach lekarskich, co oznacza, iż pacjentki są konsultowane zarówno z jej inicjatywy, jak również z inicjatywy personelu. Wskazała również, że każda nowoprzyjęta pacjentka jest przez nią informowana o możliwości uzyskania konsultacji psychologicznej.

(akta kontroli, str. 369-386, 587-589)

W badanej próbie, z porady psychologicznej skorzystało sześć pacjentek. Pacjentki, które skorzystały z konsultacji psychologa, otrzymały tę pomoc w okresie od dnia przyjęcia do Szpitala do trzeciego dnia hospitalizacji. W dokumentacji medycznej objętej próbą kontrolną nie wystąpiły przypadki, w których personel medyczny dostrzegał wobec pacjentki potrzebę pomocy psychologa, a pacjentka by jej nie otrzymała. W jednym przypadku konsultacją psychologiczną objęty został również członek rodziny (małoletni syn pacjentki). W przypadku dwóch pacjentek, w dokumentacji medycznej brak było informacji o udzielonym wsparciu psychologicznym, pomimo wyrażenia przez nie takiej potrzeby.

Psycholog wyjaśniła, że pacjentka mimo wstępnej deklaracji chęci skorzystania z pomocy psychologicznej, w bezpośrednim kontakcie z psychologiem nie wyraziła zgody na rozmowę. Tłumacząc ten fakt wystarczającym wsparciem ze strony najbliższych.

Zdaniem NIK przypadki zmiany decyzji pacjentki o potrzebie skorzystania z pomocy psychologa powinny być odnotowywane w przeprowadzanej przez Szpital ankiecie.

(Dz. U. poz. 666), obowiązującego od 15 kwietnia 2020 r. (dalej: rozporządzenie w sprawie dokumentacji medycznej z 2020 r.).

²³ Obecnie wymóg taki wynika z § 15 ust. 1 rozporządzenia w sprawie dokumentacji medycznej z 2020 r.

²⁴ Obecnie wymóg taki wynika z § 6 ust. 1 rozporządzenia w sprawie dokumentacji medycznej z 2020 r.

Natomiast odmowa przeprowadzenia konsultacji psychologicznej powinna zostać odnotowana przez psychologa w dokumentacji medycznej pacjentki.

(akta kontroli, str. 546-568)

Odpowiadając na pytanie, w jaki sposób pacjentkom Oddziału, w szczególności doświadczającym niepowodzeń położniczych, zapewniono opiekę psychologiczną w soboty, niedziele oraz inne dni wolne od pracy, skoro psycholog zatrudniona na Oddziale pracowała wyłącznie w tzw. dniach roboczych, Dyrektor R.Sz.S. wyjaśnił, że w kontrolowanym okresie nie było przypadków zgłoszeń z Oddziału dotyczących potrzeby konsultacji kobiet, które poroniły lub urodziły martwe dziecko w dni wolne od pracy. Szpital zatrudnił psychologa klinicznego, któremu powierzono funkcję koordynatora opieki psychologicznej. Może on służyć konsultacjami w różnej formie (osobiście lub zdalnie) również w dni wolne od pracy, w przypadku zgłoszenia takiej potrzeby przez Oddział.

(akta kontroli, str. 621)

Z uwagi na fakt, iż w dokumentacji medycznej nie umieszczano informacji o numerach sal, w których hospitalizowane były pacjentki, brak było możliwości dokonania weryfikacji spełnienia wymogu określonego w ust. 3 pkt 3 części XV załącznika do rozporządzenia w sprawie standardu. W odniesieniu do trzech pacjentek²⁵, w dokumentacji medycznej znajdowała się informacja, że zostały one umieszczone na korytarzu Oddziału.

(akta kontroli str. 546-568, 664-671, 673-675)

Kierownik Oddziału wyjaśnił, że na korytarzu umieszczane były tylko te pacjentki, które nie wyraziły zgody na przekazanie do innego szpitala, nie chciały się zgłosić w innym terminie, nie mogły być odesłane z Oddziału z powodów medycznych oraz wyraziły zgodę na hospitalizację na korytarzu.

Odnośnie braku w dokumentacji medycznej numerów sal, w których przebywały pacjentki, kierownik Oddziału wyjaśnił, że dokumentacja medyczna nie przewiduje stosownej rubryki do umieszczenia tej informacji – prawdopodobnie dlatego, że brak jest takich wymagań w stosownych przepisach.

(akta kontroli str. 595)

Zdaniem NIK, wskazanie numeru sali, w której przebywa pacjentka oraz jej zmiany powinny 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 organizacyjnego opieki okołoporodowej, zgodnie z którym kobiet w sytuacji niepowodzeń położniczych (sytuacji szczególnej) w miarę możliwości nie umieszcza się w sali razem z kobietami w okresie ciąży, bądź w porożu, których ciąża zakończyła się urodzeniem zdrowego dziecka.

Ponadto NIK zwraca uwagę, że umieszczenie pacjentek, które doświadczyły poronienia lub urodzenia martwego dziecka na korytarzu, a więc tam, gdzie nie sposób uniknąć kontaktu z osobami postronnymi (również z pacjentkami będącymi w ciąży), naraża je dodatkowo na poczucie psychicznego dyskomfortu oraz może wpływać negatywnie na ich stan związany z przedwczesną stratą dziecka, a co za tym idzie – opóźniać przechodzenie przez kolejne etapy procesu żałoby. Przypadki umieszczania hospitalizowanych pacjentek na korytarzu mogą również budzić wątpliwości co do przestrzegania praw pacjenta do poszanowania jego godności i intymności.

W Szpitalu nie było oddzielnego pomieszczenia, w którym rodzice mogliby pożegnać się ze zmarłym dzieckiem. W trakcie prowadzonych oględzin Oddziału

²⁵ W ramach próby kontrolnej 60 pacjentek, które poroniły lub urodziły martwe dziecko w Szpitalu w latach 2017-2109.

położna oddziałowa wskazała pomieszczenie w odcinku położniczo-ginekologicznym septycznym, przystosowane do odbioru porodów, jako tzw. *pokój pożegnań*.

(akta kontroli, str. 573-581)

Kwestia przekazywania pamiątek po zmarłym dziecku została uregulowana w wypełnianej przez personel medyczny ankiecie dla pacjentki, w której jedno z pytań dotyczyło wyrażenia przez pacjentkę potrzeby otrzymania pamiątki po dziecku w postaci np.: opaski lub karteczki z inkubatora.

(akta kontroli, str. 509)

Sposób postępowania ze zwłokami dzieci martwo urodzonych określony został w dokumencie pn. *Instrukcja postępowania z dzieckiem martwo urodzonym w Radomskim Szpitalu Specjalistycznym im. Dra Tytusa Chałubińskiego*. Instrukcja określała m.in. jakie dokumenty są sporządzane przez personel szpitalny, schemat postępowania w przypadku zrzeczenia się prawa do pochówku oraz nakładała na personel medyczny obowiązek informowania pacjentki o przysługujących jej prawach i postępowaniu z płodem i noworodkiem. W instrukcji określono również sposób postępowania z materiałem z poronienia przez Zakład Patomorfologii Szpitala. Integralną część instrukcji stanowił wzór oświadczenia pacjentki z deklaracją odbioru zwłok dziecka oraz potwierdzeniem dotyczącym poinformowania o przysługujących jej prawach związanych z pochówkiem, możliwością ubiegania się o zasilek pogrzebowy. We wzorze oświadczenia zamieszczono również oświadczenie woli dotyczące sposobu postępowania w przypadku nieodebrania zwłok w terminie dwóch tygodni.

(akta kontroli, str. 504)

W strukturze organizacyjnej Szpitala funkcjonował Zakład Patomorfologii, w którym przeprowadzane były m.in. badania histopatologiczne materiałów z poronienia. W zakładzie tym przechowywane były zwłoki dzieci poronionych/martwo urodzonych.

(akta kontroli, str. 95-97)

W Szpitalu opracowano i stosowano ankietę dla pacjentki, która doświadczyła poronienia/martwego urodzenia, wypełnianą przez personel medyczny. W przedmiotowym dokumencie znalazły się pytania personelu do pacjentki dotyczące m.in.:

- wyrażenia chęci rozmowy z osobą bliską, psychologiem bądź osobą duchowną;
- wyrażenia chęci pożegnania się z dzieckiem oraz otrzymania pamiątek po nim (np. opaskę, kartkę z inkubatora).

(akta kontroli, str. 509)

Do dokumentacji medycznej pacjentek, które poroniły lub urodziły martwe dziecko dołączano oświadczenie pacjentki z deklaracją odbioru zwłok dziecka oraz potwierdzenie dotyczące poinformowania o przysługujących jej prawach związanych z pochówkiem, możliwością ubiegania się o zasilek pogrzebowy, jak również ankietę dla pacjentki wypełnianą przez personel medyczny.

(akta kontroli, str. 507-508, 546-568)

Analiza 28 przypadków poronień/martwych urodzeń wykazała, że:

- 23 pacjentki złożyły oświadczenie o korzystaniu z prawa pochowania dziecka martwo urodzonego;
- pięć pacjentek złożyło oświadczenia o zrzeczeniu się prawa do pochowania dziecka. W dwóch przypadkach Szpital zwrócił się z prośbą do Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Radomiu (dalej: MOPR) o zorganizowanie pochówku. W pozostałych trzech przypadkach w wyniku przeprowadzonych

badzeń histopatologicznych nie stwierdzono w przekazanym materiale płodu. Stosowna adnotacja znajdowała się w wynikach tych badań.

(akta kontroli, str. 625-644)

Z informacji przekazanej przez Prezydenta Miasta Radomia wynika, że w 2017 r. gmina zorganizowała pochówek 25 dzieci poronionych/martwo urodzonych w Szpitalu, natomiast w latach 2018 i 2019 po 17 pochówków. Gmina poniosła z tego tytułu wydatki w wysokości 35 100 zł w 2017 r., 24 327 zł w 2018 r. oraz 25 727 zł w 2019 r. MOPR zawarł umowę z usługodawcą na prowadzenie pochówków dzieci poronionych/martwo urodzonych. Na podstawie tej umowy wykonawca zobowiązany był do zapewnienia m.in.:

- małej drewnianej trumny malowanej na biało,
- tabliczki identyfikacyjnej,
- obsługi pogrzebu (zapewnienie uczestnictwa dwóch żałobników),
- krzyża drewnianego dębowego pomalowanego na biało lub kamyka,
- ceremonii pogrzebowej zgodnie z wiarą rzymskokatolicką (uczestnictwo osoby duchownej) pod warunkiem, że rodzice lub rodzina nie wyrażą innej woli,
- dużego szklanego znicza.

(akta kontroli, str. 596-604)

Do 20 wybranych losowo pacjentek hospitalizowanych w Szpitalu w latach 2017-2019 z powodu poronienia lub martwego urodzenia, kontroler NIK wysłał prośbę o udzielenie informacji (na załączonym druku) na temat otrzymanej opieki. Otrzymano zwrotnie osiem ankiet, w których dwie pacjentki oceniły otrzymaną opiekę jako bardzo dobrą, trzy pacjentki – jako dobrą, a dwie – jako wystarczającą. Jedna z pacjentek oceniła opiekę położnych i psychologa jako bardzo dobrą, natomiast opiekę lekarską – jako wystarczającą w zakresie opieki medycznej oraz niewystarczającą odnośnie udzielania informacji na temat przebiegu leczenia. Jedna z ankietowanych pacjentek stwierdziła, że podczas pobytu w szpitalu nie miała możliwości pożegnania swojego zmarłego dziecka, pomimo wyrażenia takiej woli. Wszyscy ankietowani wskazali na życzliwe traktowanie przez personel medyczny.

Jedna z ankietowanych pacjentek wskazała w ankiecie: *podczas pobytu w Szpitalu nie miałam pomocy ze strony psychologa (nie wiem czy był dostępny). Personel był życzliwy, ale nie potrafił przekazać mi informacji na temat utraty ciąży, dlatego przez pierwsze godziny pobytu na Oddziale nie wiedziałam, że straciłam dziecko.*

Sześciu pacjentkom hospitalizowanym na Oddziale z powodu poronienia lub urodzenia dziecka martwego w trakcie kontroli NIK przekazano prośbę o udzielenie informacji. Dwie z nich oceniło otrzymaną opiekę w Szpitalu jako bardzo dobrą, zaś dwie – jako dobrą. Pięć pacjentek wskazało, że umożliwiono im skorzystanie z pomocy psychologa z inicjatywy Szpitala, były życzliwie traktowane przez personel medyczny oraz każdorazowo były pytane o zgodę na przeprowadzenie zabiegu. Jedna z pacjentek zwróciła uwagę, że nie została poinformowana o możliwości pożegnania zmarłego dziecka.

(akta kontroli, str. 645-662)

W okresie objętym kontrolą do Szpitala nie wpłynęły skargi dotyczące sposobu sprawowania opieki nad pacjentkami, które poroniły, urodziły martwe dziecko lub którym dziecko zmarło zaraz po porodzie.

(akta kontroli str. 582)

Z informacji przekazanej przez Dyrektora Mazowieckiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ w Warszawie wynika, że w latach 2017-2019 do tej instytucji nie wpłynęły

skargi dotyczące udzielanych świadczeń w przypadkach poronień i martwych urodzeń.

(akta kontroli str. 584)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

1. W zespole porodowym w sali przeznaczonej dla położnic i noworodka w pierwszych godzinach życia, nie zapewniono możliwości obserwacji bezpośredniej lub przy użyciu odpowiednich kamer, w szczególności możliwości obserwacji twarzy, co było niezgodne z wymogiem określonym w załączniku nr 1 (część IV, ust. 4) do rozporządzenia w sprawie wymagań podmiotu wykonującego działalność leczniczą.

(akta kontroli str. 573-581)

Dyrektor Szpitala wyjaśnił: *Po zakończeniu pandemii koronawirusa SARS Cov-2 w zespole porodowym w pomieszczeniu przeznaczonym dla położnic i noworodka w pierwszych godzinach życia zostaną zamontowane kamery zapewniające możliwość obserwacji bezpośredniej.*

(akta kontroli str. 592-593)

2. Na odcinku ginekologiczno-położniczym septycznym Oddziału co najmniej jedno pomieszczenie higieniczno-sanitarne nie zostało przystosowane dla osób niepełnosprawnych, co było niezgodne z wymogiem określonym w załączniku nr 1 (część II, pkt 4) do rozporządzenia w sprawie wymagań podmiotu wykonującego działalność leczniczą.

(akta kontroli str. 573-581)

Dyrektor Szpitala wyjaśnił: *W odcinku ginekologiczno-położniczym septycznym będącym wydzieloną funkcjonalnie częścią oddziału, przystosowanie pomieszczenia higieniczno-sanitarnego dla osób niepełnosprawnych wymaga jego przebudowy, która będzie wykonana po zakończeniu funkcjonowania szpitala jako jednoimienny.*

(akta kontroli str. 592-593)

OCENA CZĄSTKOWA

Pacjentkom, które były hospitalizowane w Szpitalu z powodu poronienia, urodzenia dziecka martwego lub dziecka, które zmarło wkrótce po porodzie i miały takie życzenie udzielono pomocy psychologicznej. Szpital spełniał warunki lokalowe i sprzętowe określone w przepisach, poza dwoma wyjątkami dotyczącymi niedostosowania co najmniej jednego pomieszczenia higieniczno-sanitarnego na odcinku ginekologiczno-położniczym septycznym dla osób niepełnosprawnych oraz niezapewnienia możliwości obserwacji bezpośredniej lub przy użyciu odpowiednich kamer w sali zespołu porodowego przeznaczonej dla położnic i noworodka w pierwszych godzinach życia. Warunki organizacyjno-techniczne izby przyjęć, sal chorych, pomieszczeń diagnostycznych zapewniały pacjentkom warunki intymności i godności. W Szpitalu stosowano rekomendacje dotyczące postępowania z pacjentkami doświadczającymi niekorzystnego zakończenia ciąży. Dokumentacja medyczna pacjentek była prowadzona rzetelnie, jednakże w historiach choroby pacjentek nie podawano numerów sal, w których pacjentki przebywały. Stwierdzono również przypadki, w których pacjentki będące w sytuacjach szczególnych hospitalizowano na korytarzu Oddziału. Stosowane na Oddziale wzory oświadczeń dotyczące sposobu postępowania ze zwłokami dzieci martwo urodzonych zawierały wyczerpujące informacje o przysługujących pacjentkom prawach. Przyjęty w Szpitalu sposób postępowania ze zwłokami dzieci, był zgodny z obowiązującymi przepisami i umożliwiał organizację pochówku przez uprawnione podmioty.

OBSZAR **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 wnioski:

- Wnioski
1. Dokonywanie na bieżąco zmian w harmonogramie do zawartej z NFZ umowy, w szczególności w przypadkach wystąpienia zmian dotyczących personelu świadczącego usługi medyczne.
 2. Określenie w regulaminie organizacyjnym Szpitala sposobu ustalania wskaźników opieki okołoporodowej i ich monitorowania oraz dokumentowania tych działań.
 3. Ustalenie dla Oddziału minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych.
 4. Podjęcie działań mających na celu zapewnienie w sali przeznaczonej dla położnic i noworodka w pierwszych godzinach życia, możliwości obserwacji bezpośredniej lub przy użyciu kamer wyposażonych w funkcje autostartu.
 5. Dostosowanie co najmniej jednego pomieszczenia higieniczno-sanitarnego na Oddziale dla osób niepełnosprawnych, w szczególności poruszających się na wózkach inwalidzkich.
- Uwagi
- NIK nie formułuje uwag.

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 Kielcach. 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
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.

Kielce, 31 lipca 2020 r.

Kontroler
Krzysztof Kopec
Główny specjalista
kontroli państwowej

Najwyższa Izba Kontroli
Delegatura w Kielcach
Dyrektor
Grzegorz Walendzik

Kontroler
Łukasz Pieńkowski
Inspektor kontroli państwowej