



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Kielcach

LKI.410.002.04.2020

Grzegorz Lasak
Dyrektor
Zespołu Opieki Zdrowotnej w Busku-Zdroju
ul. Bohaterów Warszawy 67
28-100 Busko Zdrój

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

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

I. Dane identyfikacyjne

Jednostka kontrolowana	Zespół Opieki Zdrowotnej w Busku-Zdroju (dalej: ZOZ lub Szpital), ul. Bohaterów Warszawy 67, 28-100 Busko-Zdrój.
Kierownik jednostki kontrolowanej	Grzegorz Lasak, Dyrektor ZOZ (dalej: Dyrektor) od 27 kwietnia 2016 r.
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 porodzie¹.2. 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 ² .
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Kielcach.
Kontrolerzy	Piotr Fatalski, główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LKI/12/2019 z 17 września 2020 r.

(akta kontroli str. 1-3)

¹ Należy rozumieć sytuacje, w których dziecko zmarło w szpitalu do 6. doby życia włącznie.

² Dz. U. z 2020 r. poz. 1200, dalej: ustawa o NIK.

II. Ocena ogólna³ kontrolowanej działalności

OCENA OGÓLNA

Pacjentkom doświadczającym poronień, urodzeń dziecka martwego lub dziecka, które zmarło tuż po porodzie zapewniono wystarczającą opiekę, jednakże jej organizacja i udokumentowanie nie zawsze były prawidłowe.

Szpital zapewnił odpowiedni personel medyczny wymagany dla pierwszego poziomu referencyjnego w wymiarze określonym w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego⁴ (dalej: rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych). Wątpliwości, co do jakości świadczeń zdrowotnych oraz zapewnienia bezpieczeństwa pacjentek, mogą budzić ujawnione sytuacje wykonywania świadczeń zdrowotnych przez lekarzy zatrudnionych na podstawie umów cywilnoprawnych nieprzerwanie przez okres ponad 24 godzin. Stwierdzono również jeden przypadek przeprowadzenia znieczulenia jednocześnie dwóch pacjentów przez jednego anestezjologa. W okresie objętym kontrolą ZOZ był wyposażony w wymagany sprzęt i aparaturę medyczną, które były sprawne technicznie oraz posiadały aktualne przeglądy stanu technicznego. Przegląd instalacji wentylacji mechanicznej znajdującej się na Trakcie Porodowym został przeprowadzony z ponad miesięcznym opóźnieniem. Na Oddziale Ginekologiczno-Położniczym (dalej: Oddział) nie dostosowano co najmniej jednego pomieszczenia higieniczno-sanitarnego dla osób niepełnosprawnych.

Do rozpoczęcia kontroli NIK, w ZOZ nie opracowano wskaźników opieki okołoporodowej. W regulaminie organizacyjnym Szpitala nie określono sposobu ustalania tych wskaźników i ich monitorowania oraz dokumentowania tych działań. Dopiero w trakcie kontroli zaktualizowano procedurę pn. *Postępowanie z kobietami po poronieniach i ciążach obumarłych*, pomimo że od jej wprowadzenia w marcu 2014 r. dwukrotnie zmieniono przepisy dotyczące standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej. Również dopiero podczas kontroli personel medyczny Oddziału został przeszkolony na temat opieki nad pacjentkami doświadczającymi poronień.

Przyjęty w Szpitalu sposób postępowania ze zwłokami dzieci, w niektórych analizowanych przypadkach, był niezgodny z obowiązującymi przepisami i uniemożliwiał organizację pochówku przez uprawnione podmioty.

Stwierdzono także nieprawidłowości o charakterze formalnym, polegające na nieaktualizowaniu na bieżąco wykazu personelu medycznego stanowiącego załącznik nr 2 do umów i ich aneksów zawartych ze Świętokrzyskim Oddziałem Wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia (dalej: ŚNFZ), a także na prowadzeniu nie w pełni prawidłowo dokumentacji medycznej niektórych pacjentek.

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

⁴ Dz. U. z 2017 r. poz. 2295, ze zm.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego oraz oceny cząstkowe⁵ 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

W obowiązujących przed rozpoczęciem kontroli regulaminach organizacyjnych Szpitala oraz w regulaminie wewnętrznym Oddziału nie opisano struktury organizacyjnej Oddziału ani nie wskazano gdzie hospitalizowane są pacjentki doświadczające niepowodzeń położniczych. Zgodnie z regulaminem wewnętrznym Oddziału wprowadzonym 4 lutego 2020 r. Oddział funkcjonuje na trzech płaszczyznach: Pododdziału Ginekologicznego z patologią ciąży, Pododdziału Położniczego i Traktu Porodowego z salą cięć cesarskich. Pododdział Ginekologiczny z patologią ciąży prowadzi proces diagnostyczno-leczniczo-pielęgniacyjny w odniesieniu do pacjentek z nieoperacyjnymi i operacyjnymi schorzeniami ginekologicznymi, zapewnia opiekę kobietom we wczesnej ciąży oraz kompleksową opiekę nad kobietą ciężarną. Na Trakcie Porodowym prowadzi się porody naturalne oraz wykonuje cięcia cesarskie. Pododdział Położniczy zapewnia kompleksową opiekę nad położnicą i noworodkiem w systemie *rooming in*.

(akta kontroli str. 4-106)

W Szpitalu liczba noworodków żywo urodzonych wyniosła 383 w 2017 r., 230 w 2018 r. oraz 222 w 2019 r. W analogicznym okresie liczba sytuacji szczególnych pacjentek⁶ wyniosła 65⁷ w 2017 r., 66⁸ w 2018 r. oraz 60⁹ w 2019 r., co stanowiło 17% w 2017 r., 28,7% w 2018 r. oraz 27% w 2019 r. w stosunku do liczby noworodków żywo urodzonych. Najczęstszą przyczyną niepowodzeń położniczych były zdarzenia samoistne¹⁰, a kolejną – obumarcia wewnątrzmaciczne¹¹. Powyższe niepowodzenia stanowiły odpowiednio 54,2% i 45,3% wszystkich zdarzeń. Do niepowodzeń położniczych dochodziło najczęściej do 16. tygodnia ciąży (94,3% wszystkich przypadków). Wśród noworodków żywo urodzonych wystąpił jeden przypadek zgonu do szóstej doby życia włącznie w 2018 r.

(akta kontroli str. 107-110)

Stosownie do art. 50 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej¹², w Szpitalu opracowano minimalne normy zatrudnienia pielęgniarek i położnych. Dla Oddziału ustalono normę zatrudnienia w wysokości 9,4 położnych.

⁵ 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.

⁶ Rozpoznanie podczas ciąży ciężkiej choroby lub wady dziecka, poronienie, urodzenie dziecka martwego, niezdolnego do życia, chorego lub z wadami wrodzonymi - załącznik do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej (Dz. U. poz. 1756) (dalej: rozporządzenie w sprawie standardów z 2018 r.). W rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych w dziedzinie położnictwa i ginekologii, z zakresu okołoporodowej opieki położniczo-ginekologicznej sprawowanej nad kobietą w okresie ciąży, porodu, porożu, w przypadkach występowania określonych powikłań oraz opieki nad kobietą w sytuacji niepowodzeń położniczych (Dz. U. poz. 2007), (dalej: rozporządzenie w sprawie standardów z 2015 r.) sytuacje te zdefiniowano, jako niepowodzenia położnicze.

⁷ W tym 63 poronienia i dwa martwe urodzenia.

⁸ W tym 65 poronień i jedno martwe urodzenie.

⁹ W tym 59 poronień i jedno martwe urodzenie.

¹⁰ Zdarzenia samoistne kształtowały się na poziomie: 30 przypadków w 2017 r. oraz po 37 w 2018 r. i w 2019 r.

¹¹ Obumarcia wewnątrzmaciczne kształtowały się na poziomie: 35 przypadków w 2017 r., 29 przypadków w 2018 r. i 23 w 2019 r.

¹² Dz. U. z 2020 r. poz. 295, ze zm.

(akta kontroli str. 111-120, 385-391)

W wybranych do próby kontrolnej miesiącach¹³, na podstawie umowy o pracę lub umowy cywilnoprawnej zatrudniano na Oddziale:

- w lipcu 2017 r. – 20 położnych (w tym trzy ze specjalizacją w zakresie pielęgniarstwa ginekologiczno-położniczego, dwie w zakresie pielęgniarstwa położniczego¹⁴ i jedna ze specjalizacją z pielęgniarstwa rodzinnego) oraz ośmiu lekarzy (w tym sześciu z II stopniem i dwóch z I stopniem specjalizacji w dziedzinie położnictwa i ginekologii);
- w październiku 2017 r. – 18 położnych (w tym po dwie ze specjalizacją w zakresie pielęgniarstwa położniczego i ginekologiczno-położniczego oraz jednej ze specjalizacją z pielęgniarstwa rodzinnego) oraz siedmiu lekarzy (w tym pięciu z II stopniem i dwóch z I stopniem specjalizacji w dziedzinie położnictwa i ginekologii);
- w lipcu 2018 r. – 19 położnych (w tym dwie ze specjalizacją w zakresie pielęgniarstwa ginekologiczno-położniczego i po jednej ze specjalizacją z pielęgniarstwa położniczego, rodzinnego i epidemiologicznego) oraz 10 lekarzy¹⁵ (w tym siedmiu z II stopniem, dwóch z I stopniem i jeden w trakcie specjalizacji w dziedzinie położnictwa i ginekologii);
- w październiku 2018 r. – 18 położnych¹⁶ (w tym po jednej ze specjalizacją w zakresie pielęgniarstwa ginekologiczno-położniczego, położniczego, rodzinnego i epidemiologicznego oraz jedna w trakcie specjalizacji z pielęgniarstwa rodzinnego¹⁷) oraz 10 lekarzy¹⁸ (w tym siedmiu z II stopniem, dwóch z I stopniem i jeden w trakcie specjalizacji w dziedzinie położnictwa i ginekologii);
- w lipcu 2019 r. – 20 położnych (w tym po jednej ze specjalizacją w zakresie pielęgniarstwa położniczego, ginekologiczno-położniczego i rodzinnego oraz jedna w trakcie specjalizacji z pielęgniarstwa rodzinnego) oraz ośmiu lekarzy¹⁹ (w tym pięciu z II stopniem, dwóch z I stopniem i jeden w trakcie specjalizacji w dziedzinie położnictwa i ginekologii);
- w październiku 2019 r. – 22 położnych (w tym po jednej ze specjalizacją w zakresie pielęgniarstwa położniczego, ginekologiczno-położniczego, rodzinnego i epidemiologicznego oraz jedna w trakcie specjalizacji z pielęgniarstwa rodzinnego) oraz ośmiu lekarzy (w tym pięciu z II stopniem, dwóch z I stopniem i jeden w trakcie specjalizacji w dziedzinie położnictwa i ginekologii).

(akta kontroli str. 185-188)

W godzinach 7.00-14.35 świadczyło pracę co najmniej dwóch lekarzy, a w godzinach od 14.35 do 7.00 oraz w soboty, niedziele i święta dyżur pełnił jeden lekarz.

Analiza rozkładu czasu pracy lekarzy zatrudnionych na Oddziale wykazała, że przestrzegano przepisów art. 93-97 ustawy o działalności leczniczej. Jednakże w miesiącach objętych szczegółowym badaniem wystąpiły przypadki świadczenia pracy przez lekarzy nieprzerwanie przez długi okres, przekraczający nawet 24 godziny. Przypadki te dotyczyły lekarzy zatrudnionych w Szpitalu na podstawie

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

¹⁴ Jedna z pielęgniarek wykazana we wszystkich sześciu miesiącach poza specjalizacją z pielęgniarstwa położniczego, posiadała również specjalizację z pielęgniarstwa epidemiologicznego.

¹⁵ W tym jeden od 12 lipca.

¹⁶ W tym jedna od 9 października

¹⁷ Od 20 października 2018 r.

¹⁸ W tym jeden do 16 października.

¹⁹ W tym jeden od 12 lipca.

umów cywilnoprawnych (co szerzej opisano w dalszej części wystąpienia pokontrolnego, w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*).

(akta kontroli str. 157-163)

W badanych miesiącach położne pracowały w godzinach 7.00-14.35 lub w systemie 12-godzinnym – 7.00-19.00 i 19.00-7.00. Na oddziale w dni powszednie w godzinach 7.00-14.35 były co najmniej cztery położne, a w godzinach od 14.35 do 7.00 oraz w soboty, niedziele i święta były trzy położne.

(akta kontroli str. 145-156)

Szpital zapewnił odpowiedni personel medyczny wymagany dla pierwszego poziomu referencyjnego w wymiarze określonym w rozporządzeniu w sprawie świadczeń gwarantowanych, tzn. dwóch lekarzy we wszystkie dni tygodnia oraz stałą obecność lekarza specjalisty w dziedzinie położnictwa i ginekologii we wszystkie dni tygodnia, a także odpowiednią liczbę położnych, w tym położnych ze specjalizacją w dziedzinie pielęgniarstwa położniczego lub rodzinnego.

(akta kontroli str. 121-163, 185-188)

Personel medyczny wykonujący usługi medyczne na Oddziale w okresie objętym kontrolą, został ujęty w wykazie personelu stanowiącym załącznik do umowy ze ŚNFZ i w załącznikach do aneksów do tej umowy. W wykazie personelu medycznego do 1 października 2018 r. widniała jedna z położnych, która z dniem 27 maja 2016 r. została zwolniona z obowiązku świadczenia pracy oraz do końca października 2017 r. nie wykazano jednej położnej, która świadczyła pracę od 19 sierpnia 2015 r.

(akta kontroli str. 121-200, 612-620, 623-628)

W badanych miesiącach w Szpitalu w godzinach od 7.00 do 14.35 pracowało od dwóch do pięciu anestezjologów, a w godzinach od 14.35 do 7.00 oraz w soboty, niedziele i święta dyżuruowało dwóch anestezjologów. Do zadań anestezjologów należało m.in. prowadzenie procesu diagnostyczno-leczniczego w odniesieniu do pacjentów znajdujących się na Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii oraz przeprowadzanie znieczuleń na Bloku Operacyjnym i sali cięć cesarskich na Trakcie Porodowym.

W dniu 25 lipca 2017 r. w godzinach 20.15–21.05 przeprowadzany był zabieg cięcia cesarskiego, a w godzinach 18.00-21.05 zabieg laparotomii (zator krezki). W obu zabiegach za znieczulenie odpowiadał ten sam lekarz anestezjolog. Zabieg cięcia cesarskiego przeprowadzany był na Bloku Operacyjnym a nie na sali cięć cesarskich na Trakcie Porodowym.

W miesiącach objętych szczegółowym badaniem wystąpiły przypadki świadczenia pracy przez lekarzy anestezjologów, zatrudnionych w Szpitalu na podstawie umów cywilnoprawnych, nieprzerwanie przez długi okres, przekraczający nawet 24 godziny (co szerzej opisano w dalszej części wystąpienia pokontrolnego, w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*).

(akta kontroli str. 201-292)

Świętokrzyski Państwowy Wojewódzki Inspektor Sanitarny (dalej: ŚPWIS) decyzją z 3 grudnia 2012 r. pozytywnie zaopiniował Program dostosowania ZOZ w Busku-Zdroju do wymagań określonych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z 26 czerwca 2012 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą²⁰. ZOZ zadeklarował, że do końca 2016 r. dostosuje szpital do wymogów z ww. rozporządzenia. ŚPWIS postanowieniem z 28 marca 2018 r. stwierdził, że ZOZ nie spełnia wymagań określonych na podstawie art. 22 ustawy z dnia 15 kwietnia

²⁰ Dz. U. poz. 739.

2011 r. o działalności leczniczej m.in. w zakresie zapewnienia w brudownikach siedmiu oddziałów, w tym Oddziału oraz Oddziału Neonatologicznego płuczek-dezynfektorów lub urządzeń do dekontaminacji oraz utylizacji wkładów jednorazowych wraz z zawartością, zainstalowanych w sposób eliminujący zagrożenia dla pacjentów, zgodnie z § 21 ust. 1 pkt 2 lit.c i d rozporządzenia w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą oraz załącznikiem nr 1 część II pkt 5 do tego rozporządzenia. ŚPWIS ocenił, że niespełnianie powyższych wymagań ma znaczny wpływ na bezpieczeństwo pacjentów.

(akta kontroli str. 297-332)

Oddział został wyposażony w trzy płuczko-dezynfektory w lipcu 2018 r.

(akta kontroli str. 333-335, 340, 342)

W okresie objętym kontrolą pracownicy Państwowej Inspekcji Sanitarnej przeprowadzili 12 kontroli m.in. Oddziału dotyczących przestrzegania wymagań higienicznych i zdrowotnych w zakresie prowadzonej działalności, stanu sanitarno-technicznego pomieszczeń i ich wyposażenia, kuchenek oddziałowych oraz kontroli sprawdzających usunięcie nieprawidłowości. W wyniku powyższych kontroli stwierdzono m.in. zły stan techniczny baterii umywalkowych (silne zakamienienie, zniszczona lub uszkodzona powierzchnia dotykowa), zniszczone meble, ściany z ubytkami tynku i farby, uszkodzone płytki podłogowe i ubytki fug, brak stanowiska resuscytacji noworodka w sali operacyjnej dla porodów rozwiązywanych cesarskim cięciem, w gabinecie zabiegowym zardzewiałe metalowe części fotela ginekologicznego, niewyodrębnienie pokoi dla wcześniaków, intensywnej opieki noworodka, posiadających śluzę umywalkowo-fartuchowe, przechodniość odcinka Oddziału Położniczego w stosunku do Oddziału Neonatologicznego oraz brak wentylacji mechanicznej wyciągowej w brudownikach.

Powyższe nieprawidłowości były sukcesywnie usuwane. W ostatnim protokole kontroli ŚPWIS z 8 stycznia 2020 r. stwierdzono m.in. niewykonanie zarządzenia ŚPWIS z 2 grudnia 2019 r. m.in. w Oddziale Neonatologicznym dotyczącego zapewnienia pokoi dla wcześniaków, intensywnej opieki noworodka, posiadających śluzę umywalkowo-fartuchowe oraz pomieszczenia dla noworodków wymagających opieki pośredniej i ciągłej.

(akta kontroli str. 344, 420-424)

Zgodnie z umową z ŚNFZ Oddział był wyposażony w wymaganą aparaturę i sprzęt medyczny²¹, które były sprawne technicznie oraz posiadały aktualne przeglądy stanu technicznego. Jedynie przegląd instalacji i urządzeń wentylacji mechanicznej i klimatyzacji był dokonany po 13 miesiącach.

(akta kontroli str. 336-372, 796-806)

Konsultanci wojewódzcy w dziedzinie położnictwa i ginekologii oraz w dziedzinie pielęgniarstwa ginekologicznego i położniczego 21 kwietnia 2017 r. przeprowadzili kontrolę dotyczącą bieżącej pracy Oddziału, a także analizy przebiegu leczenia ciężarnej zmarłej w dniu 19 kwietnia 2017 r. Rodząca w 38. tygodniu ciąży została przywieziona przez zespół ratownictwa medycznego do Szpitala. Podczas wykonywania zapisu kardiograficznego (dalej: KTG) nastąpiło zatrzymanie krążenia u pacjentki. Rozpoczęto reanimację, jednocześnie decydując o wykonaniu cięcia cesarskiego. Dziecko wydobyto w stanie ciężkim, mimo reanimacji stwierdzono zgon pacjentki. W ocenie kontrolujących postępowanie diagnostyczno-terapeutyczne było prawidłowe i zgodne z aktualnie obowiązującymi standardami i rekomendacjami. Po kontroli Wojewoda Świętokrzyski wydał zalecenia pokontrolne

²¹ Tj. w miejscu: 3 szt. KTG, histeroskop, EKG, USG, kolposkop, kardiomonitor, detektor tętna płodu, 4 szt. pomp infuzyjnych i aparat do elektrokoagulacji oraz w lokalizacji: laparoskop, aparat RTG oraz USG.

dotyczące zwiększenia obsady dyżurowej położnych oraz uzupełnienia braków w dokumentacji.

(akta kontroli str. 373-382)

W odpowiedzi na powyższe zalecenia pokontrolne Dyrektor ZOZ poinformował Wojewodę Świętokrzyskiego o uzupełnianiu braków w zatrudnieniu do liczby spełniającej normy i wytyczne Ministerstwa Zdrowia, zmianie organizacji pracy położnych, zmianie lokalizacji traktu porodowego oraz aktualizacji dokumentacji medycznej.

(akta kontroli str. 383-384)

Minister Zdrowia zlecił Wojewodzie Świętokrzyskiemu przeprowadzenie kontroli dotyczącej prawidłowości całości postępowania personelu medycznego oraz prawidłowości procesu diagnostyczno-terapeutycznego zastosowanego w trakcie porodu (10/11 lipca 2017 r.) wobec pacjentki i jej zmarłego dziecka. Czynności kontrolne przeprowadzili konsultant wojewódzki w dziedzinie położnictwa i ginekologii oraz konsultant wojewódzki w dziedzinie pielęgniarstwa ginekologicznego i położniczego. Minister Zdrowia w wystąpieniu pokontrolnym z 4 lutego 2020 r. przedstawił m.in. następujące wnioski konsultanta wojewódzkiego w zakresie położnictwa i ginekologii: *do śmierci płodu doszło w wyniku trwającego dłuższy czas niedotlenienia. Jego cechy obecne w badaniu KTG pogarszały się, ale personel medyczny nie wyciągnął właściwych wniosków. Lekarz dyżurny pomimo nieprawidłowego zapisu badania KTG już w momencie pierwszego zgłoszenia ciężarnej do szpitala nie zlecił pilnego nadzoru nad pacjentką, co przyczyniło się do opóźnienia w Oddziale nadzoru kardiologicznego, nie polecił by położna informowała go o bieżącej sytuacji. W tym miejscu należy zauważyć, że niezależnie od braku wyraźnego polecenia lekarza o informowaniu go na bieżąco o sytuacji, w przypadku nieprawidłowego wyniku badania KTG lekarz powinien być skutecznie powiadomiony o tym fakcie. Lekarz dyżurny i lekarz wezwany z dyżuru pod telefonem wykonywali w tym czasie cięcie cesarskie u innej pacjentki. Pomimo ciągle nieprawidłowego zapisu KTG położna nawiązała osobisty kontakt z lekarzem dyżurnym dopiero wówczas, kiedy pojawiły się trudności z wysłuchaniem tętna płodu. Jednak ani położna ani lekarze dyżurni nie powiadomili lub nie wezwali do szpitala ordynatora, co należało uznać za nieprawidłowe działanie. (...) istotne dla procesu diagnostycznego było prawdopodobnie również opóźnienie czasu przyjęcia ciężarnej do Szpitala. Kontrolującym nie były znane szczegóły związane z decyzją ciężarnej by pojechać do domu po rzeczy potrzebne do hospitalizacji (czyja inicjatywa, zdanie personelu na ten temat). Dokumentacja medyczna niekompletna, lakoniczna, miejscami nieczytelna, może odzwierciedlać styl opieki medycznej w Oddziale.* Po przeprowadzonej kontroli Minister Zdrowia zalecił:

- wzmocnienie nadzoru nad personelem medycznym udzielającym świadczeń zdrowotnych, zarówno lekarskim jak i położnych;
- w przypadku podejrzenia bezpośredniego zagrożenia życia dziecka, informowanie pacjentek o zagrożeniu i zlecenie pilnych hospitalizacji;
- przy przyjęciu pacjentek do szpitala obowiązkowe wykonanie badania KTG;
- w przypadku stwierdzenia nieprawidłowości wskazującej na obecność zagrożenia płodu bezwzględne stosowanie stałego monitoringu i zapisu KTG, a w przypadku nieprawidłowego wyniku badania kardiologicznego, wykonywanie cesarskich cięć bez zbędnej zwłoki;
- wzmocnienie nadzoru nad realizacją przez położne zleceń lekarskich, w szczególności zapisu KTG;
- przeszkolenie personelu lekarskiego w zakresie właściwej interpretacji wyniku badania kardiologicznego oraz zasadności wykonywania cesarskiego cięcia przy stwierdzonym obumarciu płodu;

- wzmożenie nadzoru nad organizacją pracy położnych Oddziału, w szczególności zapewnienie właściwej obsady personelu medycznego, w szczególności położnych;
- prowadzenie dokumentacji medycznej zgodnie z rozporządzeniem w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania.
(akta kontroli str. 392-415)

Pismem z dnia 28 lutego 2020 r. Dyrektor ZOZ poinformował o zrealizowaniu wniosków pokontrolnych.

(akta kontroli str. 417-419)

ŚNFZ w okresie objętym kontrolą nie przeprowadzał kontroli świadczeń realizowanych w Oddziale, określonych w umowie zawartej z NFZ.

(akta kontroli str. 416)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

1. W lipcu i październiku w latach 2017-2019 wystąpiły sytuacje świadczenia pracy przez lekarzy zatrudnionych w Oddziale oraz Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii na podstawie umów cywilnoprawnych nieprzerwanie przez długi okres, przekraczający nawet 24 godziny. W wybranych do próby kontrolnej miesiącach w latach 2017 – 2019, lekarze o specjalizacji:
 - a) ginekologia i położnictwo w 17 przypadkach świadczyli pracę bez odpoczynku ponad 24 godziny, w tym:
 - przez 72 godziny – dwa przypadki;
 - przez 69 godzin – jeden przypadek;
 - przez 67 godzin – jeden przypadek;
 - przez 64 godziny i 25 minut – osiem przypadków;
 - przez 48 godzin – dwa przypadki;
 - przez 41 godzin – jeden przypadek;
 - przez 40 godzin – dwa przypadki;
 - b) anestezjologia w 69 przypadkach świadczyli pracę bez odpoczynku ponad 24 godziny, w tym:
 - przez 28 godzin – jeden przypadek;
 - przez 31 godzin i 35 minut – 20 przypadków;
 - przez 40 godzin i 25 minut – jeden przypadek;
 - przez 48 godzin – 36 przypadków;
 - przez 52 godziny – jeden przypadek;
 - przez 54 godziny – jeden przypadek;
 - przez 55 godzin i 35 minut – osiem przypadków;
 - przez 60 godzin – jeden przypadek.

(akta kontroli str. 157-163, 181-184, 201-267, 425-496)

Dyrektor Szpitala wyjaśnił m.in.: *W obecnym stanie prawnym, nie ma regulacji dotyczących maksymalnej liczby godzin nieprzerwanego świadczenia usług przez lekarzy zatrudnionych na podstawie umowy cywilnoprawnej. Co więcej, w uzasadnieniu wyroku z dnia 7 sierpnia 2001 r. (I PKN 730/00) Sąd Najwyższy wyróżnił trzy fazy dyżuru lekarskiego: wykonywania pracy, aktywnej gotowości oraz biernej gotowości do wykonywania pracy. Aktywna gotowość zachodzi wtedy, gdy lekarz oczekuje na wykonanie przewidzianego zadania, np. na dowiezienie zgłoszonego wcześniej pacjenta albo na przeprowadzenie operacji. Bierna gotowość to stan oczekiwania na czynności, które mogą nastąpić w każdym czasie, ale których nie można przewidzieć. W tym stanie, zdaniem*

SN, lekarz może, cytując: "odpoczywać, zająć się lekturą, a nawet spać". W związku z powyższym należy przyjąć, że przez czas świadczenia usług lekarz nie tylko wykonuje obowiązki wynikające z zawartej umowy, ale również odpoczywa. W załączeniu przytoczony powyżej wyrok Sądu Najwyższego.

(akta kontroli str. 673-690)

Przywołany wyrok dotyczy kwestii wynagrodzenia za czas pracy i czas pozostawania w gotowości do pracy podczas dyżuru, a powyższe cytaty wyrwane są z kontekstu. W tym samym wyroku Sąd Najwyższy wskazał bowiem: niemniej zasady doświadczenia życiowego pokazują, że nie jest możliwe, by po godzinach normalnej pracy lekarz pracował jeszcze bez jakichkolwiek przerw kilkanaście godzin. Przekracza to bowiem ludzkie możliwości, zważywszy że powodowie pełnili dyżury systematycznie, po kilka lub kilkanaście razy w miesiącu.

(akta kontroli str. 680-690)

NIK nie kwestionuje, że obowiązujące przepisy nie regulują maksymalnej liczby godzin nieprzerwanego świadczenia usług przez lekarzy zatrudnionych na podstawie umów cywilnoprawnych, jednakże skala udzielania świadczeń zdrowotnych przez lekarzy nieprzerwanie w wymiarze przekraczającym 24 godziny może świadczyć o niewłaściwej organizacji pracy i budzić uzasadnione wątpliwości, co do jakości świadczonych usług oraz zapewnienia bezpieczeństwa przebywających na Oddziale pacjentek.

2. Pełniący dyżur w dniu 25 lipca 2017 r. anesteziolog znieczulił równocześnie dwóch pacjentów²² (w tym kobietę do cesarskiego cięcia), pomimo że zgodnie z § 9 pkt 9 rozporządzenia Ministra Zdrowia z 16 grudnia 2016 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki zdrowotnej w dziedzinie anesteziologii i intensywnej terapii²³, lekarz wykonujący znieczulenie może w tym samym czasie znieczulać tylko jednego pacjenta²⁴.

(akta kontroli str. 273-281)

Anesteziolog znieczulająca pacjentów wyjaśniła: o godzinie 18.00 przyjąłem na blok do zabiegu w trybie pilnym z powodu ostrego zapalenia otrzewnej i niedrożności przewodu pokarmowego pacjenta z oddziału chirurgii. W trakcie tego zabiegu zgłoszono cięcie cesarskie w trybie natychmiastowym, odbyło się ono na Sali obok sali chirurgicznej. Zgodnie ze standardami postępowania, anesteziolog w stanie wyższej konieczności, a takim jest natychmiastowe znieczulenie do cięcia cesarskiego, może po ocenie bezpieczeństwa w trakcie znieczulenia, stabilnego, bez powikłań, pod opieką wykwalifikowanej pielęgniarki anesteziologicznej z uprawnieniami, pacjenta pozostawić i znieczulić równocześnie do cięcia cesarskiego, w którym zagrożone jest życie noworodka. Miałam do dyspozycji dwie doświadczone pielęgniarki, sale na których odbywały się zabiegi dzieliła tylko ściana. W razie pilnej potrzeby, pomocy również mógł udzielić drugi dyżurujący lekarz na Intensywnej Terapii.

(akta kontroli str. 296)

Były kierownik Oddziału Anesteziologii i Intensywnej Terapii wyjaśnił: dyżury lekarskie anesteziologiczne układane są zgodnie ze standardami dla szpitali I stopnia referencyjności, jeden dyżurny na Oddziale Intensywnej Terapii drugi dyżurny na Bloku Operacyjnym. W 2017 roku Oddział Anesteziologii

²² Numer historii choroby 8058/1012/2017 i 8246/1459/2017.

²³ Dz. U. z 2020 r. poz. 940.

²⁴ Przed zmianą tego przepisu od dnia 17 marca 2020 r. wprowadzoną rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 16 marca 2020 r. zmieniającym rozporządzenie w sprawie standardu organizacyjnego opieki zdrowotnej w dziedzinie anesteziologii i intensywnej terapii (Dz. U. poz. 459).

i Intensywnej Terapii Szpitala w Busku Zdroju przeszedł kontrolę NFZ dotyczącą między innymi czasu pracy lekarzy anestezjologów i dyżurów lekarskich. W piśmie pokontrolnym NFZ stwierdza, że czas pracy i obsada anestezjologiczna na dyżurach jest wystarczająca dla zabezpieczenia potrzeb szpitala.

(akta kontroli str. 294)

3. Przegląd instalacji wentylacji mechanicznej znajdującej się na Trakcie Porodowym został przeprowadzony w dniu 27 stycznia 2020 r., tj. po ponad 13 miesiącach od odbioru instalacji, który miał miejsce w dniu 17 grudnia 2018 r., pomimo że zgodnie z § 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 leczniczą²⁵ (dalej: rozporządzenie w sprawie wymagań podmiotu wykonującego działalność leczniczą), instalacje i urządzenia wentylacji mechanicznej i klimatyzacji podlegają okresowemu przeglądowi, czyszczeniu lub dezynfekcji, lub wymianie elementów instalacji zgodnie z zaleceniami producenta, nie rzadziej, niż co 12 miesięcy.

(akta kontroli str. 349-361)

Dyrektor wyjaśnił, że przegląd wentylacji mechanicznej został zlecony autoryzowanemu podmiotowi w miesiącu grudniu 2019 r. Sam przegląd został wykonany w styczniu 2020 r. z uwagi na konieczność wymiany filtrów HEPA, na które czasookres oczekiwania jest 20 dni roboczych. Biorąc pod uwagę przerwę świąteczno-noworoczną u producenta filtrów czas ten uległ znacznemu wydłużeniu. Przegląd ten był przeglądem gwarancyjnym.

(akta kontroli str. 675)

4. Zmiany dotyczące dwóch położnych w *Harmonogramie-zasoby* na rok 2017 stanowiącym załącznik do umowy ze ŚNFZ zostały zgłoszono odpowiednio po 492 i 648 dniach, pomimo że zgodnie z § 6 ust. 2 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej²⁶, zmiany w harmonogramie dotyczące osób wykonujących zawody medyczne, wymagają zgłoszenia dyrektorowi oddziału wojewódzkiego NFZ najpóźniej w dniu poprzedzającym ich powstanie albo, w przypadkach losowych, niezwłocznie po zaistnieniu zdarzenia.

Jedna położna figurowała w Harmonogramie-zasoby na rok 2017 do dnia 1 października 2017 r., pomimo że z dniem 27 maja 2016 r. została zwolniona z obowiązku świadczenia pracy. Natomiast druga położna była zatrudniona na Oddziale od 19 sierpnia 2015 r., a w ww. harmonogramie figurowała od 19 sierpnia 2015 r. do 18 lutego 2016 r. i ponownie została dodana dopiero 27 listopada 2017 r.

(akta kontroli str. 121-200, 612-620, 623-628)

Kierownik Kadr wyjaśniła, że przyczyną powyższych nieprawidłowości było przeoczenie.

(akta kontroli str. 622-628)

OCENA CZĄSTKOWA

W okresie objętym kontrolą w Szpitalu nie w pełni właściwie zorganizowano opiekę nad pacjentkami doświadczającymi poronienia, urodzenia martwego dziecka lub dziecka, które zmarło wkrótce po porodzie. Stosownie do wymogów dla pierwszego poziomu referencyjnego określonych w rozporządzeniu w sprawie świadczeń

²⁵ Dz. U. poz. 595.

²⁶ Dz. U. z 2020 r. poz. 320, ze zm.

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. Jedynie przegląd instalacji wentylacji mechanicznej znajdującej się na Trakcie Porodowym został przeprowadzony z ponad miesięcznym opóźnieniem. Wątpliwości co do właściwej organizacji udzielanych świadczeń oraz zapewnienia bezpieczeństwa pacjentek przebywających na Oddziale, mogą budzić ujawnione sytuacje wykonywania świadczeń zdrowotnych przez lekarzy nieprzerwanie przez okres ponad 24 godzin oraz przypadek przeprowadzenia jednocześnie znieczulenia dwóch pacjentów przez jednego anestezjologa. Ponadto w Szpitalu nie zaktualizowano danych dotyczących dwóch położnych w wykazie personelu medycznego stanowiącego załącznik nr 2 do umów i jej aneksów zawartych z oddziałem wojewódzkim NFZ w okresie objętym kontrolą.

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

Do rozpoczęcia niniejszej kontroli NIK w Szpitalu nie ustalono wskaźników opieki okołoporodowej i w związku z tym nie było możliwe ich monitorowanie. W regulaminie organizacyjnym Szpitala nie określono również sposobu realizacji oraz dokumentowania powyższych działań.

(akta kontroli str. 844)

W trakcie niniejszej kontroli, zarządzeniem wewnętrznym nr 10/2020 Dyrektora ZOZ z 17 lutego 2020 r. wprowadzono *System ustalania i monitorowania wskaźników opieki okołoporodowej do określenia poziomu jakości świadczonych usług, które mają bezpośredni wpływ na stan zdrowia matki i dziecka*. Dokument zawierał 19 wskaźników opieki okołoporodowej dotyczących m.in. liczby poronień samoistnych, liczby poronień z powodu obumarcia wewnątrzmacicznego i powikłań przebiegu ciąży. Dla przedstawionych wskaźników określono jedynie wartości osiągnięte za 2019 r., nie określono natomiast wartości docelowych, sposobu ich monitorowania ani nie dokonano analizy osiągniętych wyników.

(akta kontroli str. 508-516)

W Szpitalu w marcu 2014 r. wprowadzono procedurę pn. *Postępowanie z kobietami po poronieniach i ciążach obumarłych*. Celem procedury było zapewnienie bezpieczeństwa zdrowotnego i wsparcia psychicznego kobietom po poronieniach i ciążach obumarłych. Zgodnie z procedurą za rozpoznanie wstępne odpowiadał lekarz kierujący lub lekarz dyżurny, a za ostateczną diagnozę kierownik Oddziału. W ramach przygotowania pacjentki do zabiegu kierownik Oddziału lub asystent miał wyjaśnić celowość zabiegu oraz poinformować o zagrożeniach i niebezpieczeństwie związanym z zabiegiem. Procedura przewidywała zapewnienie pacjentce warunków poszanowania godności i intymności, możliwości skorzystania z pomocy psychologa, ciągłego kontaktu z osobami bliskimi oraz w miarę możliwości pobytu w sali bez pacjentek w ciąży. Procedura zakładała wsparcie personelu medycznego przed i po zabiegu, umożliwienie obejrzenia przez matkę poronionego płodu, wystawienie na wniosek pacjentki *Pisemnego zgłoszenia urodzenia dziecka*. Zgodnie z procedurą należało maksymalnie skrócić pobyt pacjentki w Oddziale, poinformować o ustalonych przyczynach niepowodzenia i ustalić termin badań kontrolnych. Zapoznanie się z procedurą, w okresie od maja 2014 r. do lipca 2018 r., pisemnie potwierdziło 26 położnych. Procedura zawierała również zasady

postępowania ze zwłokami, co opisano w dalszej części niniejszego wystąpienia. Procedura ta nie była aktualizowana.

(akta kontroli str. 517-521)

W trakcie kontroli NIK została sporządzona procedura *Postępowanie i opieka nad pacjentką w sytuacji niepowodzeń położniczych*²⁷. Zgodnie z tą procedurą decyzje, co do dalszego postępowania ze zwłokami dziecka martwo urodzonego bez względu na czas trwania ciąży, podejmuje matka wypełniając odpowiednie oświadczenie:

- o przekazaniu zawartości macicy do badania histopatologicznego;
- o pochówku;
- o pozostawieniu zwłok/szczałków dziecka martwo urodzonego w szpitalu celem pochówku.

Procedura zakładała, że w przypadku stwierdzenia poronienia, bez wyodrębnienia substancji płodu całość materiału wydobytego lub wydalonego z macicy przekazuje się do badania histopatologicznego, o czym informuje się pacjentkę i uzyskuje jej zgodę w formie pisemnego oświadczenia. Przygotowanie pacjentki do wyłżeczki jamy macicy miało polegać m.in. na:

- przekazaniu przez kierownika Oddziału lub asystenta informacji o zagrożeniach i niebezpieczeństwie oraz wyjaśnienie celowości zabiegu;
- poinformowaniu pacjentki przez lekarza wykonującego zabieg o możliwości pochówku;
- pisemnej świadomej zgodzie pacjentki na zabieg;
- ciągłym wsparciu ze strony personelu medycznego;
- w marę możliwości pobycie pacjentki na sali bez pacjentek w ciąży i ciągłym kontakcie z osobami bliskimi;
- możliwości skorzystania z pomocy psychologa;
- zapewnieniu pacjentce warunków poszanowania godności i intymności.

W procedurze wskazano na konieczność podmiotowego traktowania poronionego płodu (możliwość obejrzenia przez matkę, kontakt bezpośredni). Opisane w procedurze dalsze postępowanie ze zwłokami dziecka, przedstawiono w dalszej części wystąpienia.

(akta kontroli str. 522-534)

W okresie objętym kontrolą położna koordynująca opracowywała na każdy rok plan szkoleń Oddziału. Na lata 2017-2020 zaplanowano trzy szkolenia wewnętrzne dotyczące opieki okołoporodowej, jedno dotyczące zasad postępowania po poronieniu, dwa dotyczące procedur i standardów obowiązujących na oddziale oraz jedno na temat wsparcia psychologicznego kobiet doświadczających sytuacji szczególnej. Spośród powyższych szkoleń odbyły się dwa szkolenia dotyczące opieki okołoporodowej w 2017 r., których szczegółowa tematyka nie przewidywała omówienia opieki nad pacjentkami doświadczającymi poronień, urodzenia martwego dziecka lub śmierci dziecka wkrótce po porodzie. Szkolenia przeprowadziła położna koordynująca. W szkoleniach uczestniczyło 25 i 26 położnych i pielęgniarek.

Zgodnie z planem szkoleń Oddziału, w dniu 2 czerwca 2020 r. odbyło się szkolenie *Wsparcie psychologiczne kobiet doświadczających sytuacji szczególnej*. Przeprowadziła je psycholog zatrudniona w ZOZ. Tematyka szkolenia obejmowała tematy związane ze wsparciem psychologicznym kobiet, zachowaniem personelu medycznego względem kobiety po poronieniu, odpowiednim udzielaniem informacji o prawach pacjentki po poronieniu. Poruszono również temat dostępności pomocy

²⁷ Zatwierdzona przez Dyrektora w dniu 11 lutego 2020 r.

psychologicznej dla każdej pacjentki, która wyrazi chęć otrzymania pomocy i wsparcia. W szkoleniu uczestniczyło 13 położnych.

(akta kontroli str. 535-552, 891-893)

Analiza akt osobowych pielęgniarek i położnych zatrudnionych w Oddziale w lipcu i październiku w latach 2017-2019 wykazała, że jedynie położna koordynująca odbyła szkolenie dotyczące niepowodzeń położniczych pn. *Doświadczenie i żałoba po stracie dziecka na skutek poronienia, ciąży obumarłej, śmierci noworodka po porodzie, sposoby radzenia i sposób żegnania się z dzieckiem oraz pomoc i wsparcie personelu medycznego (położnej) by wyjść z kryzysu*, przeprowadzone przez Polskie Towarzystwo Położnych Oddział w Tarnowie w 2009 r.

(akta kontroli str. 185-188)

W latach 2017-2019 Szpital na szkolenia personelu medycznego poniósł wydatki w wysokości 97 263 zł²⁸, w tym w na szkolenie personelu Oddziału – 1676 zł²⁹, co stanowiło 1,7% wydatków na szkolenia ogółem. Poza okresowymi szkoleniami dotyczącymi bezpieczeństwa i higieny pracy, dwóch lekarzy uczestniczyło w szkoleniu dotyczącym bezpieczeństwa pracy w polu elektromagnetycznym, a 10 pielęgniarek i położnych³⁰ w szkoleniu dla osób dokonujących przetaczania krwi i jej składników.

(akta kontroli str. 560-562)

Do dnia 30 kwietnia 2018 r. w Szpitalu zatrudniony był jeden psycholog, do którego obowiązków nie należało udzielanie wsparcia personelowi medycznemu w radzeniu sobie ze stresem.

Od 1 maja 2018 r. został zatrudniony, na umowę cywilnoprawną, drugi psycholog, do którego obowiązków należała m.in. pomoc i wspieranie pracowników w sytuacjach trudnych. Psycholog [...] ³¹ zeznała m.in.: *W Szpitalu udzielałam pomocy psychologicznej personelowi, ale nie dotyczyło to personelu Oddziału Ginekologiczno-Położniczego. Ani położne, ani lekarze z tego oddziału nie zwracali się do mnie o udzielenie im pomocy psychologicznej. Natomiast w sytuacji, gdy udzielałam pomocy psychologicznej pacjentkom, które doświadczyły niepowodzeń położniczych to położne zawsze dopytywały się jak mają pomóc pacjentce (jak ją wspierać).*

Trzeci psycholog rozpoczął świadczenie usług na rzecz Szpitala, na podstawie umowy cywilnoprawnej, od 4 listopada 2019 r. Do jego obowiązków również należała m.in. pomoc i wspieranie pracowników w sytuacjach trudnych. Psycholog [...] ³² zeznała m.in.: *Nie udzielałam pomocy psychologicznej personelowi Oddziału Ginekologiczno-Położniczego. Natomiast podczas wizyt moich na Oddziale rozmawiam z personelem medycznym o ich problemach związanych z pracą, bieżących emocjach, stresie związanym z odpowiedzialnością za zdrowie i życie innych.*

(akta kontroli str. 563-611)

Badaniem ankietowym dotyczącym trudności występujących w pracy z pacjentkami doświadczonymi niepowodzeniami położniczymi objęto 11 osób zatrudnionych na Oddziale³³. Położne wskazały, że trudności dotyczące pracy z takimi pacjentkami mają podłoże psychiczne. Reakcje kobiet w przypadku niepowodzeń są bardzo

²⁸ W tym w 2017 r. – 45 021 zł, w 2018 r. – 33 433 zł oraz w 2019 r. – 18 809 zł.

²⁹ W 2017 r. nie poniesiono wydatków, w 2018 r. – 996 zł, w 2019 r. – 680 zł.

³⁰ W tym w 2018 r. – cztery i w 2019 r. – sześć.

³¹ Tajemnica ustawowo chroniona: art. 5 ustawy o dostępie do informacji publicznej (ze względu na prywatność osoby fizycznej).

³² Tajemnica ustawowo chroniona: art. 5 ustawy o dostępie do informacji publicznej (ze względu na prywatność osoby fizycznej).

³³ W tym kierownik Oddziału, trzech lekarzy i siedem położnych.

dynamiczne. Na początku występuje szok, gniew, zaprzeczenie, poczucie winy, bezradność. Niezbędne jest indywidualne podejście do takiej kobiety, która oczekuje pomocy w zrozumieniu tego co się stało. Położne wskazały na potrzebę kształcenia i doskonalenia zawodowego, w zakresie postępowania z pacjentkami doświadczonymi niepowodzeniami położniczymi. Położne nie identyfikowały u siebie syndromu wypalenia zawodowego. Zaznaczyły, że mają zapewnioną możliwość korzystania z pomocy psychologa w Szpitalu. Wskazały, że pomoc ta jest właściwa i wystarczająca.

Objęci ankietą lekarze, poza kierownikiem Oddziału, nie zauważyli trudności w pracy z pacjentkami doświadczonymi niepowodzeniami położniczymi. Natomiast kierownik wskazał na trudności natury emocjonalnej u pacjentek, poczucie głębokiego żalu po stracie płodu, a czasami także utratę zaufania i żal w stosunku do personelu medycznego. Lekarze nie widzieli potrzeby doskonalenia zawodowego w zakresie pracy z ww. pacjentkami. Nie istniała ich zdaniem potrzeba przeciwdziałania wypaleniu zawodowemu oraz wsparcia w radzeniu sobie ze stresem. Natomiast zdaniem kierownika istnieje potrzeba doskonalenia zawodowego, pomimo że personel posiada niezbędną wiedzę w tym zakresie. Kierownik potwierdził, że personel ma możliwość korzystania z psychologa, a żaden z jego pracowników nie prosił o pomoc lub wsparcie w takich sytuacjach.

(akta kontroli str. 629-648, 664)

W Szpitalu nie opracowano pisemnych zasad informowania pacjentki o możliwości uzyskania dalszej pomocy psychologicznej, miejscach i organizacjach udzielających wsparcia, przysługujących prawach wynikających z sytuacji, w których się znalazły, możliwości pochówku utraconego dziecka. Dopiero w trakcie kontroli NIK została sporządzona procedura *Postępowanie i opieka nad pacjentką w sytuacji niepowodzeń położniczych*, w której zamieszczono obowiązek informowania pacjentki o jej prawach, w tym o prawie do pochówku, zasiłku pogrzebowego oraz prawie do urlopu macierzyńskiego.

Oddział dysponował ulotkami portalu Poronilam.pl, które zawierały informacje dotyczące prawa do rejestracji i pogrzebu dziecka, zasiłku pogrzebowego, urlopu macierzyńskiego. W ulotce zachęcano do poznania przyczyn poronienia, przygotowania się do kolejnej ciąży, korzystania z pomocy specjalistów i grup wsparcia. Po szczegółowe informacje ulotka odsyłała na stronę internetową www.poronilam.pl oraz profil na [facebook.pl/poronilam](https://www.facebook.com/poronilam). Wskazano również telefon kontaktowy i adres poczty elektronicznej.

Na tablicy informacyjnej znajdującej się w Pododdziale Ginekologicznym zamieszczono telefon do psychologa świadczącego usługi na rzecz Szpitala od 4 listopada 2019 r.

Od 2 lutego 2020 r. pacjentki Oddziału były informowane pisemnie o możliwości skorzystania z pomocy psychologa. Pacjentki na przygotowanym druku zaznaczały czy chcą skorzystać z pomocy psychologa, czy rezygnują z pomocy. Do 14 lutego 2020 r. pacjentki złożyły 20 oświadczeń.

(akta kontroli str. 347-348, 665-666, 844)

Kierownik Oddziału poinformował: *Pacjentki, zgodnie z nowym standardem opieki okołoporodowej, są informowane o możliwości uzyskania dalszej pomocy psychologicznej, miejscach i organizacjach udzielających wsparcia oraz o obowiązującym stanie prawnym wynikającym z przepisów o aktach stanu cywilnego, zabezpieczeniu społecznym i prawie pracy dotyczącym sytuacji w jakiej się znalazły jak również o pochówku. Informacje odnośnie przysługujących praw do rejestracji i pogrzebu dziecka, zasiłku pogrzebowego i urlopu macierzyńskiego oraz wsparciu psychologa na oddziale udzielane są pacjentkom ustnie przez personel pielęgniarski i lekarski. (...) Ustawodawca nie sprecyzował formy przekazu*

powyższych informacji ani obowiązku odnotowywania ich w dokumentacji medycznej.

(akta kontroli str. 667)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

1. Do rozpoczęcia niniejszej kontroli w ZOZ nie ustalono wskaźników opieki okołoporodowej, w związku z czym nie było możliwe ich monitorowanie. Nie określono również sposobu realizacji tych działań oraz ich dokumentowania w regulaminie organizacyjnym Szpitala. Zgodnie z ust. 2 części I Standardu organizacyjnego opieki zdrowotnej w podmiotach wykonujących działalność leczniczą udzielających świadczeń zdrowotnych w zakresie opieki okołoporodowej, wprowadzonym rozporządzeniem w sprawie standardów z 2018 r., 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 ograniczaniem interwencji medycznych wskazanych w ust. 1³⁴ oraz oceną satysfakcji kobiet objętych opieką. W myśl ust. 3 powyższego Standardu sposób realizacji oraz dokumentowanie działań, o których mowa w ust. 2, określa regulamin organizacyjny podmiotu wykonującego działalność leczniczą.

(akta kontroli str. 508-516, 844)

Kierownik Oddziału wyjaśnił: w związku z wejściem w życie nowego standardu od 1 stycznia 2019 roku ocena wskaźników odbyła się po roku od wprowadzenia nowego standardu. Określono wskaźniki kierując się ograniczeniem interwencji medycznych wskazanych w ust. 1 oraz oceną satysfakcji kobiet objętych opieką.

(akta kontroli str. 663)

Dla opracowanych w trakcie kontroli wskaźników okołoporodowych ustalono jedynie wartości osiągnięte za 2019 r., nie określono natomiast wartości docelowych, sposobu ich monitorowania ani nie przedstawiono analizy osiągniętych wyników. Z prowadzonych przez Szpital badań satysfakcji pacjentek Oddziału również nie sporządzano pisemnych analiz, a treść pytań ankietowych świadczy, że ankiety kierowane były do położnic, a nie pacjentek doświadczających niepowodzeń położniczych.

(akta kontroli str. 508-516, 807-813)

2. W Szpitalu, do czasu kontroli NIK, nie zaktualizowano procedury pn. *Postępowanie z kobietami po poronieniach i ciążyach obumarłych* od jej wprowadzenia w marcu 2014 r. do rozpoczęcia niniejszej kontroli, pomimo że w powyższym okresie dwukrotnie³⁵ zmieniono przepisy dotyczące standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej.

(akta kontroli str. 517-534)

Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że kwestie dokumentacji i procedur wewnętrznych należały do kompetencji kierownika Oddziału i Położnej Koordynującej.

(akta kontroli str. 675)

[...]36, zajmujący stanowisko kierownika Oddziału od 1 lipca 2018 r., wyjaśnił: Przepisy zostały zmienione przed zatrudnieniem mnie na stanowisku kierownika

³⁴ Tj.: amniotomii (tj. przebicia pęcherza płodowego), indukcji porodu, stymulacji czynności skurczowej, podawania opioidów, nacięcia krocza, cięcia cesarskiego oraz podania noworodkowi mleka modyfikowanego.

³⁵ Rozporządzenie w sprawie standardów z 2015 r. oraz rozporządzenie w sprawie standardów z 2018 r.

³⁶ Tajemnica ustawowo chroniona: art. 5 ustawy o dostępie do informacji publicznej (ze względu na prywatność osoby fizycznej).

Oddziału Ginekologiczno Położniczego w związku z tym aktualizacji należało dokonać w tamtym okresie. Obecnie procedura została zaktualizowana i spełnia wymogi rozporządzenia.

(akta kontroli str. 649, 662)

[...] ³⁷, zatrudniona na stanowisku położnej koordynującej w okresie od 24 maja 2016 r. do 21 października 2018 r., wyjaśniła: *w dniu 1 stycznia 2016 r. została podpisana umowa o wdzierżawieniu oddziału przez Centrum Zdrowia Tuchów Sp. z o.o., o wdzierżawienie powierzchni Oddziału ginekologiczno-położniczego, Oddziału Neonatologicznego, Poradni Ginekologiczno-Położniczej wraz z przekazaniem sprzętu i zakontraktowanych z NFZ świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne i ambulatoryjna opieka specjalistyczna w tym oddziale. Sytuacja ta wprowadziła niepokój i strach wśród pracowników o utratę miejsc pracy. W dniu 24 maja 2016 r. objęłam funkcję położnej koordynującej i nadzorującej pracę innych położnych. W tym okresie rozpoczęły się prace remontowe Sali Porodowej w Oddziale Położniczym i Neonatologicznym i przenosinami oddziałów i organizowaniem ich dwa piętra niżej do pomieszczeń i sal po oddziale kardiologii. Ten trudny okres i trwające prace remontowe odwlekły w czasie wprowadzanie wszelkich aktualizacji obowiązujących dokumentów: procedur, standardów itp.*

[...] ³⁸ zatrudniona na stanowisku położnej koordynującej od 22 października 2018 r. również wskazała na kwestie wdzierżawienia Oddziału i remont, jako główne przyczyny niezaktualizowania procedury.

(akta kontroli str. 522-534, 891, 898)

3. Do rozpoczęcia niniejszej kontroli personel Oddziału nie został przeszkolony w zakresie opieki nad pacjentkami doświadczającymi poronień, urodzenia martwego dziecka lub śmierci dziecka wkrótce po porodzie oraz ich rodzinami. Zgodnie ze standardem organizacyjnym opieki zdrowotnej w podmiotach wykonujących działalność leczniczą udzielających świadczeń zdrowotnych w zakresie opieki okołoporodowej, stanowiącym załącznik do rozporządzenia w sprawie standardów z 2018 r. (część XV ust. 2), osoby wykonujące zawód medyczny w podmiocie leczniczym wykonującym działalność w zakresie opieki okołoporodowej, są przygotowane do pracy z rodzicami doświadczającymi śmierci noworodka lub narodzin dziecka chorego oraz są informowane o przebywaniu takiej pacjentki w danym szpitalu, by uwrażliwić ich na jej sytuację. W poprzednio obowiązujących standardach, stanowiących załącznik do rozporządzenia w sprawie standardów z 2015 r. (część VII ust. 21) przewidziano, że personel medyczny oddziału, na którym znajduje się pacjentka doświadczająca niepowodzenia położniczego, powinien być przeszkolony w zakresie pracy z rodzicami doświadczającymi śmierci noworodka, narodzin dziecka chorego oraz każdorazowo informowany o przebywaniu danej pacjentki na oddziale, by uwrażliwić ich na jej sytuację. Na potrzebę szkoleń w zakresie opieki nad pacjentkami doświadczającymi niepowodzeń położniczych wskazały położne w przeprowadzonym podczas kontroli badaniu ankietowym.

(akta kontroli str. 185-188, 535-562, 629-648)

Dyrektor Szpitala wyjaśnił m.in.: ilekroć mowa jest o szkoleniu pielęgniarek/położnych, zawsze zwracano uwagę na zapotrzebowanie pracownika, w tym wypadku położnej na kierunek lub tematykę szkolenia. Każda położna ma możliwość zapoznać się z ofertami szkoleń w ośrodkach kształcenia (obecnie

³⁷ Tajemnica ustawowo chroniona: art. 5 ustawy o dostępie do informacji publicznej (ze względu na prywatność osoby fizycznej).

³⁸ Tajemnica ustawowo chroniona: art. 5 ustawy o dostępie do informacji publicznej (ze względu na prywatność osoby fizycznej).

przez SMK) oraz te, organizowane na terenie ŚPIP w Kielcach w działającym tam Zespole Położnej. Ponadto w planie szkoleń na 2019 r. (kwiecień 2019 r.) Naczelna Pielęgniarka zaplanowała temat dotyczący standardu okołoporodowego. Za organizację tego szkolenia odpowiedzialną wyznaczyła położną koordynującą, lecz z powodu jej nieobecności (długotrwałej choroby) szkolenie to przesunięto w czasie (na 2020 r.) Zakład pracy umożliwia pracownikowi korzystania z różnych form szkolenia poprzez udzielanie urlopów szkoleniowych, finansowanie w całości lub współfinansowanie danych form szkolenia oraz umożliwia odbycie szkolenia w miejscu pracy.

(akta kontroli str. 677)

OCENA CZĄSTKOWA

Do czasu kontroli w ZOZ nie opracowano wskaźników opieki okołoporodowej – ustalono je 17 lutego 2020 r. W regulaminie organizacyjnym Szpitala nie określono sposobu ustalania wskaźników i ich monitorowania oraz dokumentowania tych działań. Dopiero w trakcie kontroli zaktualizowano procedurę pn. *Postępowanie z kobietami po poronieniach i ciążach obumarłych*, pomimo że od jej wprowadzenia w marcu 2014 r. dwukrotnie zmieniono przepisy dotyczące standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej. Także dopiero w toku kontroli personel medyczny Oddziału został przeszkolony w zakresie opieki nad pacjentkami doświadczającymi poronień.

OBSZAR

3. Świadczenia zapewniające pacjentkom stosowną pomoc

Opis stanu faktycznego

Oddział znajdował się na drugim piętrze budynku Szpitala. W holu głównym mieściły się wejścia do Traktu Porodowego, Pododdziału Ginekologicznego z Patologią Ciąży oraz Pododdziału Położniczego z Oddziałem Neonatologicznym.

Stosownie do przepisów rozporządzenia w sprawie wymagań podmiotu wykonującego działalność leczniczą, w Oddziale 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, łóżka dostępne były z trzech stron, w tym z dwóch dłuższych. Odstęp między łózkami zapewniały swobodny dostęp do pacjentek. Szerokość pokoi łóżkowych umożliwiała wyprowadzenie łóżka z pokoju. Połączenie ścian z podłogami jest wykonane w sposób umożliwiający jego mycie i dezynfekcję.

Wejście do Traktu Porodowego prowadziło przez służbę, z której wchodziło się do pokoju pielęgniarek, do pokoju przygotowawczego oraz do dalszej części Traktu Porodowego, w której znajdowały się dwie sale porodowe jednoosobowe oraz sala operacyjna dla porodów rozwiązywanych cięciem cesarskim. W pokoju przygotowawczym znajdowało się jedno łóżko, które dotykało do ściany długim bokiem, umywalka wyposażona w mydło, środki dezynfekcyjne i ręczniki papierowe. W oknach zamontowano rolety. W sali operacyjnej dla porodów rozwiązywanych cięciem cesarskim oraz w jednej sali porodowej znajdowały się stanowiska do resuscytacji noworodków. Trakt Porodowy wyposażony był w wentylację mechaniczną.

W Pododdziałach Ginekologicznym i Położniczym znajdowały się gabinety zabiegowe. Szyby w oknach gabinetów były matowe, uniemożliwiające widoczność z zewnątrz dla osób postronnych. Przed drzwiami do gabinetów brak było informacji o trwającym badaniu. Fotel ginekologiczny w gabinecie zabiegowym w Pododdziale Ginekologicznym ustawiony był tyłem do drzwi, w sposób zapewniający badanej pacjentce zachowanie intymności. Natomiast łóżko w gabinecie zabiegowym w Pododdziale Położniczym widoczne było bezpośrednio z drzwi wejściowych.

(akta kontroli str. 345-348, 692-695)

Kierownik Oddziału wyjaśnił: *drzwi gabinetów zabiegowych wyposażone są w zamki i klucze, które umożliwiają zamknięcie drzwi podczas badania lub wykonywania zabiegów. Gabinet zabiegowy na oddziale położniczym wyposażony jest w leżankę, która nie służy wykonywaniu badań lekarskich. Poszanowanie godności i intymności pacjentek jest zachowane poprzez dokonywanie tych czynności za zamkniętymi drzwiami.*

(akta kontroli str. 663)

Węzły sanitarne znajdowały się na każdym pododdziale oraz w jednej sali jednoosobowej na Pododdziale Ginekologicznym. Wbrew wymogowi określone w części II załącznika nr 1 do rozporządzenia w sprawie wymagań podmiotu wykonującego działalność leczniczą, co najmniej jedno pomieszczenie higieniczno-sanitarne nie zostało przystosowane dla osób niepełnosprawnych, w szczególności poruszających się na wózkach inwalidzkich.

Na tablicy informacyjnej zamieszczone były informacje dotyczące znieczulenia zewnątrzoponowego, praw pacjenta oraz możliwości skorzystania z pomocy psychologicznej i opieki duchownego.

Oddział nie dysponował oddzielnym pokojem do pożegnań z martwo urodzonymi lub zmarłymi po porodzie dziećmi.

(akta kontroli str. 345-348, 692-695)

Szczegółowe badanie dokumentacji medycznej 60 pacjentek³⁹, które doświadczyły niepowodzenia położniczego hospitalizowanych w latach 2017-2019 wykazało, że:

- 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 przetwarzania⁴⁰, dokumentacja indywidualna wszystkich pacjentek zawierała oświadczenia o: upoważnieniu do uzyskiwania informacji o stanie zdrowia, upoważnieniu do uzyskiwania dokumentacji medycznej, ze wskazaniem imienia i nazwiska osoby upoważnionej oraz wyrażeniu zgody na przyjęcie do szpitala, diagnostykę i leczenie, za wyjątkiem braku zgody na dwa zabiegi operacyjne (co szerzej opisano w dalszej części wystąpienia pokontrolnego, w sekcji Stwierdzone nieprawidłowości);
- stosownie do § 15 ust. 1 powyższego rozporządzenia 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 zabieg abrazji również karty przebiegu znieczulenia;
- w trybie planowym, na podstawie skierowania przyjęto siedem pacjentek, a pozostałe 53 pacjentki przyjęto w trybie nagłym, w tym jedną przekazał zespół ratownictwa medycznego;
- przyczyną hospitalizacji (rozpoznanie zasadnicze) było poronienie samoistne, niezupełne bez powikłań (30 przypadków), poronienie samoistne, zupełne lub nieokreślone bez powikłań (26), poród przez cięcie cesarskie ze wskazań nagłych (2), poronienie samoistne, zupełne lub nieokreślone bez powikłań (1), poród przedwczesny (1);
- pacjentki przyjmowane były w okresie od trzeciego do 38 tygodnia ciąży⁴¹, w tym do 8 tygodnia (włącznie) – 31 pacjentek, od 9 do 12 tygodnia

³⁹ W próbie ujęto wszystkie pacjentki doświadczone urodzenia martwego dziecka lub którym dziecko zmarło tuż po porodzie oraz dobrane w sposób losowy pacjentki doświadczone poronienia.

⁴⁰ Dz. U. poz. 2069. Obowiązywało do 14 kwietnia 2020 r.

⁴¹ W przypadku braku w dokumentacji medycznej informacji o tygodniu ciąży, tydzień ciąży wyliczono na podstawie odnotowanej na karcie gorączkowej dacie ostatniej miesiączki.

- 21 pacjentek, w 16 tygodniu – dwie pacjentki; od 20 do 26 tygodnia – trzy pacjentki i od 33 do 38 tygodnia – trzy pacjentki;
- 31 pacjentkom przeprowadzono zabieg abrazji, trzem cięciem cesarskie, a w pozostałych przypadkach nie przeprowadzono zabiegu (leczenie farmakologiczne);
- pacjentki przyjmowane były na sale oznaczone numerami od 1 do 6.

Objęta badaniem, powyżej wskazana dokumentacja medyczna była niekompletna:

- w przypadku dwóch pacjentek brak było zgody na przeprowadzenie zabiegu. W jednym przypadku anestezjolog w opisie znieczulenia wpisała: *zabieg w trybie nagłym. Po wejściu na salę do cięć, zastałam krzyżącą histerycznie pacjentkę, wijącą się po stole. Niemożliwe było uzyskanie zgody na znieczulenie;*
- w 31 kartach informacyjnych spośród 34 przypadków, w których przeprowadzono zabieg lub operację nie odnotowano jego daty;
- w 14 przypadkach nie odnotowano, w którym tygodniu ciąży była pacjentka;
- w trzech przypadkach nie odnotowano, na jaką salę przyjęto pacjentkę;
- w jednym przypadku wystąpiła niezgodność tygodnia ciąży zapisanego przez lekarza (8 tydzień) i pielęgniarkę (17 tydzień).

(akta kontroli str. 696-710)

W okresie objętym kontrolą Szpital zatrudnił na umowę o pracę jednego psychologa, w wymiarze 1/3 etatu. Psycholog pełniła również obowiązki pełnomocnika ds. pacjentów. Pracę świadczyła we wtorki i czwartki w godzinach od 9.00 do 16.00 oraz w piątki od 9.00 do 15.50. Do obowiązków psychologa należało m.in.:

- prowadzenie doradztwa psychologicznego dla pacjentów szpitala i ich rodzin;
- pomoc i wspieranie pacjentów i ich rodzin w sytuacjach trudnych;
- określenie form i sposobów udzielania pacjentom pomocy psychologicznej odpowiednio do rozpoznanych potrzeb;
- wspieranie rodziny w procesie leczenia bliskich im osób;
- podejmowanie działań w sytuacjach kryzysowych.

Psycholog była nieobecna w pracy od 10 kwietnia 2018 r. do zakończenia kontroli.

(akta kontroli str. 563-567)

Dwóch psychologów świadczyło usługi na rzecz Szpitala na podstawie umów cywilnoprawnych – jeden od 1 maja 2018 r., a drugi od 4 października 2019 r. ZOZ zlecił im wykonywanie zadań psychologa w zakresie wynikającym z zawartych przez ZOZ umów z podmiotami finansującymi jego działalność. Zleceniobiorcy zobowiązywali się do opieki psychologicznej nad pacjentami Szpitala. Zgodnie z umowami psychologowie zobowiązani byli do sporządzania miesięcznego harmonogramu określającego dni i godziny, w których mieli wykonywać zadania. Harmonogram po zakończeniu miesiąca musiał być zatwierdzony przez kierownika oddziału.

Psycholog [...] ⁴², zatrudniona od 1 maja 2018 r., w 2018 r. świadczyła usługi psychologiczne na rzecz Szpitala w wymiarze od 83 do 101,5 godzin miesięcznie, a w 2019 r. od 62 do 94 godzin miesięcznie. Psycholog w miesięcznych wykazach wykonywanej pracy czterokrotnie odnotowała udzielanie pomocy psychologicznej pacjentkom Oddziału ⁴³.

(akta kontroli str. 568-602, 605-609)

⁴² Tajemnica ustawowo chroniona: art. 5 ustawy o dostępie do informacji publicznej (ze względu na prywatność osoby fizycznej).

⁴³ W tym 20 sierpnia 2018 r. – 3 godziny, 3 stycznia 2019 r. – 4 godziny, 27 maja 2019 r. – 2 godziny, 24 czerwca 2019 r. – 2 godziny.

Psycholog [...] ⁴⁴ zeznała: *na Oddziale udzielałam pomocy pacjentkom na prośbę personelu medycznego. Nic mi nie wiadomo, czy wezwanie było na prośbę pacjenta, czy też z inicjatywy personelu medycznego. Na Oddziale udzielałam pomocy pacjentkom, które doświadczyły niepowodzeń położniczych oraz kobietom, które urodziły chore dziecko lub dostały depresji poporodowej. Nie pamiętam ile razy udzielałam pomocy pacjentkom, które doświadczyły niepowodzeń położniczych. Pamiętam, że moja pomoc dotyczyła poronień w zaawansowanej ciąży lub urodzenia martwego dziecka. W szpitalu obecnie jestem trzy razy w tygodniu na Oddziale Geriatrycznym (wtorek, czwartek i niedziela) około 17-18 godzin tygodniowo. W poprzednich latach byłam na Oddziale Geriatrycznym cztery razy w tygodniu (wtorek, czwartek, sobota i niedziela) około 19-20 godzin tygodniowo. Na Oddział Ginekologiczno-Położniczy chodziłam tylko kiedy byłam wezwana na konsultację. Jeżeli dzwoniło do mnie po pracy, to przychodziłam tak szybko jak było to możliwe.*

(akta kontroli str. 603-604)

Psycholog [...] ⁴⁵ świadczyła usługi psychologiczne na rzecz Szpitala w 2019 r., w wymiarze 77 godzin w listopadzie 2019 r. i 40 godzin w grudniu. Psycholog prowadziła rejestr udzielonych porad, w którym odnotowała rozmowy z 12 pacjentkami przebywającymi na Oddziale.

(akta kontroli str. 608-611)

Psycholog [...] ⁴⁶ zeznała: *na Oddziale bywam kilka razy w miesiącu. Na Oddział przychodzę na wezwanie personelu lub z własnej inicjatywy. Jeżeli chodzi o poronienia to konsultowałam dwie pacjentki, które poroniły w pierwszym trymestrze ciąży. Z tego co mi wiadomo, położne wezwały mnie na prośbę pacjentek. Z tego co pamiętam pomocy psychologicznej udzielałam w ciągu doby od poronienia. Rozmowy dotyczyły emocji spowodowanych poronieniem, spojrzenia na przyczyny poronienia. W szpitalu obecnie jestem trzy razy w tygodniu (poniedziałek, wtorek i piątek) oraz w inne dni jeżeli zostanę wezwana. Nie mam ustalonej sztywnie liczby godzin pracy w miesiącu. W poniedziałki i piątki jestem dłużej, tj. około ośmiu godzin i około trzech we wtorek. Nie sporządzałam żadnej pisemnej opinii na wniosek ginekologów.*

(akta kontroli str. 610-611)

Od 2 lutego 2020 r. pacjentki Oddziału Ginekologiczno-Położniczego były informowane pisemnie o możliwości skorzystania z pomocy psychologa. Pacjentki na przygotowanym druku zaznaczały czy chcą skorzystać z pomocy psychologa, czy rezygnują z pomocy. Do dnia kontroli (14 lutego 2020 r.) pacjentki złożyły 20 oświadczeń.

(akta kontroli str. 347, 667)

Spośród 60 pacjentek, których dokumentację medyczną objęto badaniem, jedynie w dokumentacji trzech pacjentek znajduje się adnotacja o pomocy psychologicznej. Pomoc dotyczyła pacjentek, które urodziły martwe dziecko od 33 do 38 tygodnia ciąży. Pomocy psychologicznej udzielono dwóm pacjentkom – jednej w dniu porodu, a drugiej w dniu następnym. W dokumentacji medycznej nie zamieszczono wyniku konsultacji psychologicznej. W karcie informacyjnej jednej z tych pacjentek odnotowano, że została poinformowana o miejscach, gdzie można uzyskać pomoc psychologiczną. Trzecia pacjentka odmówiła rozmowy z psychologiem.

⁴⁴ Tajemnica ustawowo chroniona: art. 5 ustawy o dostępie do informacji publicznej (ze względu na prywatność osoby fizycznej).

⁴⁵ Tajemnica ustawowo chroniona: art. 5 ustawy o dostępie do informacji publicznej (ze względu na prywatność osoby fizycznej).

⁴⁶ Tajemnica ustawowo chroniona: art. 5 ustawy o dostępie do informacji publicznej (ze względu na prywatność osoby fizycznej).

(akta kontroli str. 703-710)

Na Oddział w listopadzie 2019 r. przyjęto 87 pacjentek, a w grudniu 2019 r. – 101 pacjentek. Na podstawie analizy przyczyn hospitalizacji określonej za pomocą kodów ICD-10, stwierdzono, że wystąpiły trzy przypadki równoczesnego hospitalizowania na tej samej sali pacjentek w ciąży i po poronieniu. W wyniku analizy dokumentacji medycznej stwierdzono, że:

- w sali nr 3 w dniach 18-20 listopada 2019 r. przebywała pacjentka⁴⁷, która została przyjęta w trybie nagłym z rozpoznaniem *O03.9 poronienie samoistne, zupełne lub nieokreślone bez powikłań*. Na podstawie badań laboratoryjnych i USG stwierdzono stan po poronieniu samoistnym. Na tą samą salę 19 listopada 2019 r. przyjęto planowo do zabiegu pacjentkę⁴⁸ z rozpoznaniem *O82.0 cięcie cesarskie*. Zabieg przeprowadzono 20 listopada o godzinie 8.10;
- na sali nr 4 w dniach 1-3 grudnia 2019 r. przebywała pacjentka⁴⁹ przyjęta w trybie nagłym, z rozpoznaniem *O03.9*. Na podstawie badań laboratoryjnych i usg stwierdzono poronienie ciąży wczesnej. Na tej samej sali w dniach 1-11 grudnia 2019 r. przebywała pacjentka⁵⁰ przyjęta w trybie nagłym, z rozpoznaniem *O82.1 poród przez cięcie cesarskie ze wskazań nagłych*. Zabieg przeprowadzono w dniu 6 grudnia 2019 r. Również na tej samej sali w dniach 2-7 grudnia 2019 r. przebywała pacjentka⁵¹, przyjęta w trybie planowym na podstawie skierowania, z rozpoznaniem *O80.0 poród samoistny*. Poród odbył się w dniu 4 grudnia 2019 r.;
- na sali nr 4 w dniu 24 grudnia 2019 r. w godzinach od 14.13 do 18.19 przebywała pacjentka⁵², przyjęta w trybie nagłym, z rozpoznaniem *O03.6 poronienie samoistne zupełne lub nieokreślone, powikłane długotrwałym lub nadmiernym krwawieniem*. Przeprowadzono zabieg abrazji. Na tej samej sali w godzinach od 14.25 do 17.16 przebywała pacjentka⁵³ przyjęta w trybie nagłym, z rozpoznaniem *O21.2 nadmierne wymioty ciężarnych*.

(akta kontroli str. 712-718)

Kierownik Oddziału wyjaśnił: *Standard ten realizowany jest w miarę możliwości i dostępności miejsc na salach zgodnie z ust. 3 punkt 3 rozdział 15 Opieka nad kobietą w sytuacjach szczególnych załącznika do rozporządzenia ws. standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej.*

(akta kontroli str. 663)

NIK zwraca uwagę, że przebywanie w jednej sali pacjentek doświadczających niepowodzeń położniczych razem z pacjentkami będącymi w ciąży może wpływać negatywnie na ich stan psychiczny związany z przedwczesną stratą dziecka i opóźnić przechodzenie przez kolejne etapy procesu żałoby.

W Szpitalu nie było specjalnego pomieszczenia do pożegnania ze zmarłym dzieckiem. W udostępnionej dokumentacji brak było informacji dotyczących pożegnań rodziców z dziećmi.

Oddział posiadał różki do okrycia zmarłych dzieci dostarczone przez grupę wolontariuszek *Tęczowy Kocyk*.

(akta kontroli str. 844)

⁴⁷ Nr księgi głównej 11679/2019.

⁴⁸ Nr księgi głównej 11710/2019.

⁴⁹ Nr księgi głównej 12125/2019.

⁵⁰ Nr księgi głównej 12135/2019.

⁵¹ Nr księgi głównej 12167/2019.

⁵² Nr księgi głównej 12984/2019, opisana, powyżej jako hospitalizowana pod nr 12125/2019.

⁵³ Nr księgi głównej 12985/2019

Kierownik Oddziału wyjaśnił: *jeżeli pacjentka wyraziła życzenie pożegnania ze zmarłym dzieckiem nigdy nie odmawiano takim prośbom. Personel oddziału w miarę możliwości udostępniał stosowne miejsce dla pacjentki oraz jej rodziny.*

(akta kontroli str. 663)

W okresie objętym kontrolą do Szpitala nie wpłynęły skargi związane z działalnością Oddziału.

(akta kontroli str. 844)

Do 20 pacjentek, które doświadczyły niepowodzeń położniczych zostały wysłane prośby o udzielenie informacji (na załączonym druku) na temat otrzymanej opieki. Dwie pacjentki udzieliły odpowiedzi, w których wskazały, że nie miały możliwości skorzystania z pomocy psychologa, a personel medyczny nie traktował ich życzliwie. Jedna z ankietowanych wskazała, że nie wiedziała, że może pożegnać się z dzieckiem. Opiekę w Szpitalu oceniły jako wystarczającą i odpowiednią. Jedna z ankietowanych wskazała na brak zrozumienia, nieodpowiednie uwagi oraz brak szacunku dla zmarłego dziecka w kwestii pochówku. Była przygnębiona, rozbita i nieodpowiednio potraktowana w takiej sytuacji przez lekarza. Natomiast druga pacjentka, która poroniła we wczesnym okresie, napisała że nie była badana od godziny 7 do 13, a po badaniu USG lekarka powiedziała: *tam już nic nie ma.*

(akta kontroli str. 814-817, 844)

W procedurze pn. *Postępowanie z kobietami po poronieniach i ciążach obumarłych*, wprowadzonej w marcu 2014 r., przedstawiono również sposób postępowania ze zwłokami płodu. Wskazano, że jeśli dziecko urodzi się martwe, zgłoszenie tego zdarzenia powinno nastąpić w ciągu trzech dni do USC. Zwłoki należy zabezpieczyć i przekazać do sekcji, a następnie uprawnionej, wskazanej przez rodzinę instytucji pogrzebowej, która ma obowiązek odpowiedniego przewiezienia i przechowywania szczątków. W przypadku, kiedy niemożliwa do ustalenia jest płeć dziecka – sporządza się kartę zgonu. W karcie zgonu dziecka martwourodzonego można pominąć wskazanie płci lub wskazać, że płeć była niemożliwa do ustalenia. W sytuacji, kiedy w badaniu histopatologicznym stwierdzono obecność fragmentu doczesnej, przy jednoczesnym braku kosmków oznacza to, że do ciąży doszło, lecz brak jest dowodu, że w tej ciąży wykształcił się płód. W takiej sytuacji nie ma podstaw do sporządzenia karty zgonu.

(akta kontroli str. 517-520)

W sporządzonej, w trakcie kontroli procedurze *Postępowanie i opieka nad pacjentką w sytuacji niepowodzeń położniczych*, na wniosek pacjentki, po poronieniu, osoba uprawniona wystawia *Pisemne zgłoszenie martwego urodzenia dziecka* – jeżeli możliwa była do ustalenia płeć dziecka, waga, długość – w dwóch egzemplarzach w celu zarejestrowania w Urzędzie Stanu Cywilnego (dalej: USC). W przypadku, gdy wpisanie niektórych danych jest utrudnione bądź niemożliwe, można zastosować *uprawdopodobnienie danych płci dziecka na podstawie sugestii matki*. Obowiązkowo należało wpisać tydzień ciąży. Uprawdopodobnienie danych dotyczących płci dziecka mogło zostać dokonane w wyniku badań USG lub wykonania badań genetycznych na wyłączne żądanie i koszt pacjentki. Gdy pisemne zgłoszenie dziecka/karta zgonu nie zawierało kluczowych danych z punktu widzenia aktu stanu cywilnego, nie jest możliwe uzyskanie aktu stanu cywilnego i adnotacji o zarejestrowaniu zgonu. Możliwe jest jednak pochowanie zwłok dziecka na podstawie karty zgonu bez adnotacji USC. W przypadku stwierdzenia urodzenia martwego dziecka położna wystawia pisemne zgłoszenie urodzenia martwego płodu. Lekarz wypisuje kartę zgonu, kartę statystyczną do karty zgonu oraz kartę sekcijną wraz z adnotacją o przeprowadzeniu lub zwolnieniu z sekcji. Karta zgonu wydawana jest osobom uprawnionym do pochowania zwłok. Pacjentka jest

informowana o swoich prawach, w tym o prawie do pochówku, zasiłku pogrzebowego oraz prawie do urlopu macierzyńskiego. W przypadku, gdy osoby uprawnione do pochówku rezygnują pisemnie z przysługującego im prawa do pochówku dziecka martwo urodzonego bez względu na czas trwania ciąży personel Oddziału zawiadamia Miejsko-Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Busku-Zdroju o konieczności zorganizowania pochówku.

(akta kontroli str. 522-533)

W Szpitalu wprowadzono również, zarządzeniem wewnętrznym nr 82/2016 Dyrektora z 11 lipca 2016 r., procedurę *Postępowanie w przypadku zgonu pacjenta*, w której uregulowano tryb stwierdzenia zgonu pacjenta, postępowanie po zgonie, zabezpieczenie własności zmarłego pacjenta, transport i przechowywanie zwłok, wydawanie zwłok, przekazywanie zwłok do celów naukowych oraz sekcję zwłok. Procedura ta dotyczyła pacjentów i nie wyodrębniała dzieci martwourodzonych i szczątków po poronieniu.

(akta kontroli str. 719-725)

W rejestrze wewnętrznym Działu Statystyki i rozliczeń odnotowano przekazanie siedmiu kart martwego urodzenia do USC w Busku-Zdroju.

(akta kontroli str. 818)

Waldemar Sikora, Burmistrz Miasta i Gminy Busko-Zdrój poinformował: *na terenie gminy Busko-Zdrój nie zostały określone dodatkowe zasady organizacji pochówków ciał dzieci martwo urodzonych. W latach 2017, 2018 i 2019 nie przekazano do pochówku dzieci martwo urodzonych i nie zostały poniesione żadne wydatki ze środków budżetowych gminy Busko-Zdrój na organizację pochówku ciał dzieci martwo urodzonych. Burmistrz Miasta i Gminy Busko-Zdrój oraz Dyrektor Miejsko-Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej w Busku-Zdroju nie nawiązywali współpracy ze stowarzyszeniami, czy organizacjami pozarządowymi zajmującymi się przedmiotową problematyką.*

(akta kontroli str. 821)

Z badanej próby 60 dokumentacji medycznej pacjentek, dziewięć pacjentek było w ciąży co najmniej w 12 tygodniu. W dokumentacji medycznej tych pacjentek znajdowała się jedna karta urodzenia, jedna karta martwego urodzenia oraz siedem skierowań zwłok do prosektorium. W czterech przypadkach odnotowano przeprowadzenie badań histopatologicznych.

(akta kontroli str. 703-710)

Badanie dotyczące postępowania Szpitala ze zwłokami dzieci urodzonych w wyniku poronienia lub martwo urodzonych od momentu poronienia/porodu do pochówku przeprowadzono na próbie dokumentacji 20 pacjentek⁵⁴. W badanej próbie:

- w siedmiu przypadkach⁵⁵ wystawiono kartę martwego urodzenia;
- nie wystawiono żadnej karty zgonu;
- wystawiono trzy karty sekcyjne;
- w siedmiu przypadkach wystawiono kartę skierowania zwłok do prosektorium;
- w 18 przypadkach brak było jakiegokolwiek informacji dotyczącej skorzystania przez pacjentkę z prawa do pochówku lub rezygnacji z tego prawa. W dwóch przypadkach odnotowano, że pacjentki nie chcą pochować zwłok. Jedna pacjentka złożyła oświadczenie w historii choroby, że nie chce pochować zwłok.

⁵⁴ W tym trzy pacjentki w 20 tygodniu ciąży, po dwie pacjentki w 12, 15, 16, 21, 22 tygodniu ciąży, po jednej w 13, 19, 26, 33, 36 i 38 oraz w jednym przypadku brak danych (wystawiono kartę martwego urodzenia).

⁵⁵ Pacjentki w 19, 20 (dwie), 21, 22 i 26 tygodniu ciąży oraz w jednym przypadku brak danych w dokumentacji medycznej.

W drugim przypadku położna w historii choroby odnotowała, że *pacjentka nie wyraża zgody na zabranie płodu, płód po wcześniejszej pisemnej zgodzie matki zabrany do spalarni*. W dokumentacji brak pisemnej zgody matki;

- w jednym przypadku w karcie obserwacji pielęgniarzskich odnotowano, że ciało płodu płci żeńskiej zostało wydane na prośbę rodziny w celu pochówku.

(akta kontroli str. 822-830)

Od maja 2015 r. prosektorium szpitalne było prowadzone przez firmę wykonującą usługi pogrzebowe z siedzibą w Nowym Korczynie. Firma ta, zgodnie z umową ze Szpitalem, miała obowiązek przestrzegać aktualnie obowiązujących przepisów, w szczególności ustawy o działalności leczniczej, ustawy z dnia 31 stycznia 1959 r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych⁵⁶ oraz rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 7 grudnia 2001 r. w sprawie postępowania ze zwłokami i szczątkami ludzkimi⁵⁷. Prowadzący tę firmę poinformował, że w latach 2017-2020 Szpital przekazał do prosektorium zwłoki sześciorga dzieci martwo urodzonych (w tym bliźnięta) celem przeprowadzenia sekcji zwłok. Po sekcji dzieci zostały odebrane do pochówku. Ponadto poinformował: *do prosektorium przekazywano również płody, które są opatrzone imieniem matki (np. „syn” Anny). Płody te zgodnie z ustawą poddane są spopieleniu w krematorium w Mielcu. Prochy umieszczone w urnie są pochowane w zbiorowej mogile. Odpowiadamy również, że nie wszystkie płody trafiają do prosektorium z przyczyn medycznych (krótki przebieg ciąży)*. Do informacji przedłożył dwa świadectwa kremacji wystawione przez Krematorium – Dom Pogrzebowy Charon z Mielca: z 24 listopada 2018 r. spopielenia dzieci martwo urodzonych w latach 2017 i 2018 oraz z 20 listopada 2019 r. spopielenia dzieci martwo urodzonych w latach 2018 i 2019.

(akta kontroli str. 726-746, 833-836)

Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Zakład Patologii sp. z o.o. z siedzibą w Kielcach, świadczący usługi w zakresie diagnostyki histopatologicznej i cytologicznej na rzecz Szpitala, poinformował, że do badań histopatologicznych otrzymał materiał w 14 spośród wskazanych wyżej 20 przypadków. W żadnym z nich w materiale przekazanym do badania nie znajdował się zarodek, płód lub szczątki dziecka. Szpital nie występował o wydanie materiału po badaniu, wobec czego po minimum miesiącu od przeprowadzenia badań, materiał przekazywany był do utylizacji (kremacji) do firmy zajmującej się utylizacją materiałów biologicznych.

(akta kontroli str. 747-763, 837-843)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

1. W Oddziale, co najmniej jedno pomieszczenie higieniczno-sanitarne nie zostało przystosowane dla osób niepełnosprawnych, w szczególności poruszających się na wózkach inwalidzkich, 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. 345-348)

Dyrektor wyjaśnił: *Oddział Ginekologiczno-Położniczy w Zespole Opieki Zdrowotnej w Busku-Zdroju wielokrotnie był kontrolowany przez uprawnione podmioty (Wojewódzką Stację Sanitarно- Epidemiologiczną w Kielcach i inne). Nigdy nie było zaleceń dostosowania pomieszczenia higieniczno-sanitarnego dla osób niepełnosprawnych. Nadmieniam, iż wszystkie budynki szpitala były wybudowane w latach 60-tych ubiegłego wieku. W tym konkretnym przypadku*

⁵⁶ Dz. U. z 2019 r. poz. 1473, ze zm.

⁵⁷ Dz. U. Nr 153, poz. 1783, ze zm.

pomieszczenie higieniczno-sanitarne zostało wyposażone w natrysk przystosowany dla osób niepełnosprawnych w trakcie kontroli po ustnych zaleceniach.

(akta kontroli str. 675-676)

W Pododdziale Położniczym w jednej z trzech kabin prysznicowych usunięto próg w wejściu do kabiny.

(akta kontroli str. 348, 695)

2. W badanej próbie 60 dokumentacji medycznych stwierdzono poniższe przypadki braków w dokumentacji:

- w dokumentacji medycznej jednej pacjentki⁵⁸ brak było zgody na przeprowadzenie operacji lub zabiegu, pomimo że zgodnie z § 8 ust. 1 pkt 3 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania, w dokumentacji indywidualnej wewnętrznej zamieszcza się lub dołącza do niej oświadczenie pacjenta o wyrażeniu zgody albo zezwolenie sądu opiekuńczego na przeprowadzenie badania lub udzielenie innego świadczenia zdrowotnego, na zasadach określonych w rozdziale 5 ustawy z 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta⁵⁹. Wymóg każdorazowego uzyskania zgody rodzącej na wykonanie wszelkich zabiegów i badań został określony również w części VII ust. 3 pkt 5 lit.d załącznika do rozporządzenia w sprawie standardów z 2015 r. oraz części XV ust. 3 pkt 6 lit.d załącznika do rozporządzenia w sprawie standardów z 2018 r.;
- w dokumentacji medycznej jednej pacjentki⁶⁰ nie odnotowano braku możliwości uzyskania zgody pacjentki na zabieg operacyjny, pomimo że zgodnie z § 8 ust. 3 rozporządzenia w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania, w przypadku gdy pacjent nie złożył oświadczenia o wyrażeniu zgody na przeprowadzenie badania lub udzielenie innego świadczenia zdrowotnego, adnotację o tym zamieszcza się w dokumentacji indywidualnej wewnętrznej;
- w 31 kartach informacyjnych spośród 34 przypadków, w których przeprowadzano zabieg lub operację nie odnotowano jego daty, wbrew obowiązkowi wynikającemu z § 24 ust. 3 pkt 3 powyższego rozporządzenia⁶¹.

(akta kontroli str. 696-711)

Kierownik Oddziału wyjaśnił, że brak daty wykonania zabiegu w karcie informacyjnej jest przeoczeniem lekarzy oraz sekretarek medycznych.

(akta kontroli str. 662)

3. Spośród 20 badanych dokumentacji medycznych dotyczących pacjentek, które poroniły lub martwo urodziły, w 15 przypadkach⁶² martwe płody nie zostały przekazane do prosektorium, co było niezgodne z procedurą *Postępowanie z kobietami po poronieniach i ciążach obumarłych*. W dokumentacji medycznej nie było również informacji, co stało się z martwymi płodami, za wyjątkiem

⁵⁸ Numer księgi głównej: 1435/2018

⁵⁹ Dz. U. z 2020 r. poz. 849. Aktualnie wymóg ten określony został w § 8 ust. 1 pkt 3 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. poz. 666).

⁶⁰ Numer księgi głównej: 7731/2017.

⁶¹ Aktualnie obowiązek ten określony został w § 21 ust. 4 pkt 3 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania.

⁶² Nr księgi głównej: 3442/2017, 5187/2017, 6297/2017, 12631/2017, 30/2018, 1435/2018, 11759/2018, 13818/2018, 1174/2019, 4250/2019, 5489/2019, 7380/2019, 7707/2019, 9256/2019, 10981/2019

jednego przypadku, w którym położna w historii choroby⁶³ odnotowała, że *pacjentka nie wyraża zgody na zabranie płodu, płód po wcześniejszej pisemnej zgodzie matki zabrany do spalarni*. W dokumentacji brak było jednak pisemnej zgody matki. Powyższe świadczy o naruszeniu art. 28 ust. 1 pkt 2 lit.a ustawy o działalności leczniczej, zgodnie z którym szpital jest zobowiązany do należytego przygotowania zwłok poprzez ich umycie i okrycie, z zachowaniem godności należytej osobie zmarłej, w celu ich wydania osobie lub instytucji uprawnionej do ich pochowania. W konsekwencji takiego postępowania Szpitala uniemożliwiono dokonanie pochówku zwłok przez właściwą gminę, zgodnie z art. 10 ust. 3 ustawy o cmentarzach i chowaniu zmarłych. Podkreślenia wymaga, że § 2 rozporządzenia w sprawie postępowania ze zwłokami i szczątkami ludzkimi stanowi, że za zwłoki uważa się ciała osób zmarłych i dzieci martwo urodzonych, bez względu na czas trwania ciąży.

(akta kontroli str. 517-534, 719-725, 822-830)

Dyrektor Szpitala wyjaśnił: *zgodnie z wiedzą, jaką posiadam, przekazaną przez Kierowników Oddziału Ginekologiczno-Położniczego (...), każdorazowo w przypadku poronienia o zwłokach dziecka decydują rodzice. Stąd w pięciu przypadkach na dwadzieścia dzieci martwo urodzone, zgodnie z wolą rodziców, przekazano do sekcji, natomiast jeżeli poronienie nastąpiło wcześniej, a w Szpitalu w wyniku udzielonego świadczenia zdrowotnego, np. łyżeczkowania macicy pozyskano pojedyncze tkanki lub skrzepy krwi rodzice decydowali, co w takiej sytuacji Szpital ma zrobić. Zespół Opieki Zdrowotnej w Busku-Zdroju, wbrew woli rodziców, nie zawiadomił UMiG o potrzebie przeprowadzenia pochówku.*

(akta kontroli str. 858)

W powyższych przypadkach do poronienia lub martwego urodzenia doszło w okresie od 12 do 22 tygodnia ciąży (w jednym przypadku brak danych). W siedmiu z nich w dokumentacji medycznej odnotowano wagę płodu, która wynosiła od 220 g do 600 g, wobec czego trudno jest zgodzić się ze stwierdzeniem, że: *w wyniku łyżeczkowania macicy pozyskano pojedyncze tkanki lub skrzepy krwi.*

(akta kontroli str. 822-830)

Położna, odnośnie zapisu *pacjentka nie wyraża zgody na zabranie płodu, płód po wcześniejszej pisemnej zgodzie matki zabrany do spalarni*, wyjaśniła: *pacjentka ustnie odmówiła zabrania martwego płodu i fakt ten odnotowałam w dokumentacji medycznej. Brak podpisu pacjentki pod moją adnotacją jest moim niedopatrzeniem. W kwestii odnośnie postępowania z martwym płodem w związku z odległym okresem czasu od zdarzenia nie jestem w stanie sobie przypomnieć gdzie zostały przekazane zwłoki. Moje postępowanie było zgodne z obowiązującymi procedurami w oddziale.*

(akta kontroli str. 895)

OCENA CZĄSTKOWA

Szpital spełniał odpowiednie warunki lokalowe i sprzętowe, poza jednym, dotyczącym dostosowania co najmniej jednego pomieszczenia higieniczno-sanitarnego dla osób niepełnosprawnych, w szczególności poruszających się na wózkach inwalidzkich. Analizowana dokumentacja medyczna pacjentek nie zawsze zawierała wszystkie wymagane informacje. Pacjentki po poronieniach w niektórych przypadkach przebywały na tych samych salach, co kobiety w ciąży. Przyjęty w Szpitalu sposób postępowania ze zwłokami dzieci, w niektórych analizowanych

⁶³ Nr księgi głównej 5187/2017.

przypadkach, był niezgodny z obowiązującymi przepisami i uniemożliwił organizację pochówku przez uprawnione podmioty.

IV. Wnioski i uwagi

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

Wnioski

1. Podjęcie działań organizacyjnych mających na celu wyeliminowanie przypadków nieprzerwanego udzielania przez okres ponad 24 godzin świadczeń zdrowotnych przez lekarzy zatrudnionych na podstawie umów cywilnoprawnych w Szpitalu.
2. Dostosowanie w pełni co najmniej jednego pomieszczenia sanitarno-higienicznego na Oddziale dla osób niepełnosprawnych, w szczególności poruszających się na wózkach inwalidzkich.
3. Dokonywanie na bieżąco zmian w harmonogramie do zawartej z NFZ umowy dotyczących personelu świadczącego usługi medyczne.
4. Dokonywanie przeglądów instalacji i urządzenia wentylacji mechanicznej i klimatyzacji nie rzadziej niż co 12 miesięcy.
5. Określenie w regulaminie organizacyjnym Szpitala sposobu ustalania wskaźników opieki okołoporodowej i ich monitorowania oraz dokumentowania tych działań.
6. Podjęcie odpowiednich działań zapobiegających wystąpieniu sytuacji takiego postępowania ze zwłokami dzieci martwo urodzonych, które uniemożliwia dokonanie ich pochówku.

Uwagi

Najwyższa Izba Kontroli 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 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, września 2020 r.

Kontroler
Piotr Fatalski
Główny specjalista kontroli państwowej

Najwyższa Izba Kontroli
Delegatura w Kielcach

Dyrektor
Grzegorz Walendzik

.....
Podpis

.....
podpis