



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Kielcach

LKI.411.6.1.2024

Pan
Jakub Gdowski
Prezes Zarządu
Szpital Św. Leona Sp. z o. o.
ul. Szpitalna 4, 27-500 Opatów

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

R/24/006 – Opieka okołoporodowa w wybranych podmiotach leczniczych w województwie świętokrzyskim

I. Dane identyfikacyjne

Jednostka kontrolowana	Szpital Św. Leona Sp. z o. o. (dalej: Szpital, Spółka), ul. Szpitalna 4, 27-500 Opatów.
Kierownik jednostki kontrolowanej	Jakub Gdowski, Prezes Zarządu Spółki od 14 lipca 2022 r. (dalej: Prezes), w okresie od 17 maja 2021 r. do 9 lutego 2022 r. Prezesem Zarządu była Ewelina Wójcik, a od 9 lutego 2022 r. do 14 lipca 2022 r. Jarosław Seweryński.
Zakres przedmiotowy kontroli	1. Organizacja procesu udzielania świadczeń dotyczących opieki okołoporodowej. 2. Realizacja świadczeń dotyczących opieki okołoporodowej.
Okres objęty kontrolą	Lata 2022-2024 do zakończenia czynności kontrolnych z wykorzystaniem dowodów sporządzonych przed tym okresem, jeżeli miały związek z ustaleniami dotyczącymi okresu objętego 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	Kinga Komenda, doradca techniczny, upoważnienie do kontroli nr LKI/111/2024 z 14 października 2024 r. Dawid Juwa, specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LKI/110/2024 z 10 października 2024 r.

(akta kontroli str. 1-4)

¹ Dz. U. z 2022 r. poz. 623, dalej: ustawa o NIK.

II. Ocena ogólna² kontrolowanej działalności

OCENA OGÓLNA

Szpital nie sprawował w pełni prawidłowo opieki nad pacjentkami podczas ciąży i porodu oraz nad ich dziećmi.

Udzielanie świadczeń dla pacjentek w Poradni Ginekologiczno-Położniczej (dalej: Poradnia), w Oddziale Ginekologiczno-Położniczym (dalej: Oddział Gin.-Poł.) oraz w Oddziale Neonatologicznym nie zawsze odbywało się zgodnie z przepisami załącznika³ do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej⁴.

W Poradni kobietom w ciąży nie zapewniono niektórych świadczeń profilaktycznych oraz nie zlecano niektórych z wymaganych badań diagnostycznych. Nie udzielano im stosownej edukacji przedporodowej, w szczególności dotyczącej przygotowania planów opieki przedporodowej i planów porodu.

Pacjentki zgłaszające się do porodu były prawidłowo przyjmowane do Szpitala poza dwiema, od których nie uzyskano zgody na hospitalizację.

Podczas porodu na ogół zapewniano kobietom opiekę i wsparcie zgodne z obowiązującym Standardem. W przypadkach wykonania zabiegu epizjotomii nie informowano pacjentek o przyczynach jego wykonania i nie uzyskiwano od nich odrębnych zgód, a w dokumentacji medycznej nie wskazywano przyczyn wykonania zabiegu, co w ocenie NIK było działaniem nierzetelnym.

Urodzonym w Szpitalu noworodkom zapewniono wymagane badania i świadczenia. Nie przestrzegano jednak wymogów dotyczących umożliwienia nieprzerwanego kontaktu dziecka z matką „skóra do skóry” oraz dokarmiano noworodki mlekiem modyfikowanym bez dokładnej diagnozy przyczyn problemów z karmieniem piersią, tj. w sposób niezgodny ze Standardem. Stwierdzono także nieprawidłowość polegającą na nieprawidłowym postępowaniu personelu z ciałami dwójki dzieci po poronieniu.

Dokumentacja medyczna pacjentek Poradni, Oddziału Gin.-Poł. i noworodków nie zawierała niektórych wymaganych elementów i nie w pełni odzwierciedlała świadczenia jakich im udzielano.

Sposób organizacji świadczeń w Poradni był zgodny z wymogami określonymi w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej⁵, a dla oddziałów – z wymogami dla pierwszego poziomu referencyjnego określonymi w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego⁶. W szczególności zapewniono odpowiednią liczbę personelu medycznego, zarówno lekarzy jak i położnych i pielęgniarek, posiadających wymagane kwalifikacje oraz stałą obecność, w lokalizacji Szpitala, lekarza specjalisty w dziedzinie anestezjologii i dostępność do psychologa. Jednakże skala udzielania świadczeń zdrowotnych przez lekarzy, niejednokrotnie nieprzerwanie przez okres ponad 24 godzin, może świadczyć o niewłaściwej organizacji pracy. Poradnia oraz oddziały Gin.-Poł. i Neonatologiczny był wyposażone w wymaganą aparaturę i sprzęt medyczny, które były sprawne technicznie oraz posiadały aktualne przeglądy stanu technicznego.

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

³ Standard organizacyjny opieki zdrowotnej w podmiotach wykonujących działalność leczniczą udzielających świadczeń zdrowotnych w zakresie opieki okołoporodowej (dalej: Standard).

⁴ Dz. U. z 2023 r. poz. 1324.

⁵ Dz. U. z 2016 r. poz. 357, ze zm.

⁶ Dz. U. z 2023 r. poz. 870, ze zm.

Sposób urządzenia pomieszczeń, w których przebywały pacjentki w ciąży, podczas porodu i po nim, zapewniał im poczucie intymności.

Do rozpoczęcia kontroli NIK nie określono wskaźników opieki okołoporodowej, a tryb postępowania w łagodzeniu bólu porodowego opracowano z ponad pięcioletnim opóźnieniem i w sposób nie w pełni zgodny z wymogami Standardu.

W jednym przypadku nie udzielono odpowiedzi osobie wnoszącej skargę dotyczącą opieki na Oddziale Gin.-Poł.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego oraz oceny cząstkowej kontrolowanej działalności

OBSZAR 1. Organizacja procesu udzielania świadczeń dotyczących opieki okołoporodowej

Opis stanu faktycznego

Szpital jest podmiotem leczniczym, który powstał w wyniku przekształcenia samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej. Sto procent udziałów w Spółce posiada powiat opatowski. W okresie objętym kontrolą Szpital posiadał aktualny wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą. Regulamin organizacyjny Szpitala⁸ w § 3 stanowił, że podstawowym celem Spółki jest udzielanie świadczeń zdrowotnych we wszystkich rodzajach działalności leczniczej, a także promocja zdrowia.

(akta kontroli str. 5, 21-22, 72, 115, 566, 569)

W strukturze Szpitala wyodrębniono m.in. Poradnię, Oddział Neonatologiczny oraz Oddział Gin.-Poł., w ramach którego funkcjonowała szkoła rodzenia.

(akta kontroli str. 25-28)

Poradnia funkcjonowała od poniedziałku do piątku⁹. Czas pracy Poradni był zgodny z czasem pracy wskazanym w umowie z Narodowym Funduszem Zdrowia¹⁰ (dalej: NFZ).

(akta kontroli str. 86, 115, 566, 569)

Poradnia przyjęła w 2022 r. 1584 pacjentki, w 2023 r. – 1736 pacjentek, a w I półroczu 2024 r. – 1122 pacjentki. W latach tych liczba pacjentek w ciąży wyniosła odpowiednio 142, 196, 133 (I półrocze 2024 r.).

(akta kontroli str. 158)

Na Oddziale Gin.-Poł. przewidziano 15 miejsc dla pacjentek, a na Oddziale Neonatologicznym – sześć miejsc dla noworodków.

(akta kontroli str. 159)

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

⁸ Stanowiący załącznik do uchwały nr 4/2024 Zarządu Spółki pod firmą Szpital Św. Leona Sp. z o. o. z siedzibą w Opatowie z dnia 19 września 2024 r.

⁹ W godzinach: poniedziałek od godz. 7.00 do godz. 14.00 i od godz. 14.05. do godz. 15.05, wtorek od godz. 7.30 do godz. 10.00 i od godz. 11.00 do godz. 18.40, środa od godz. 11.40 do godz. 15.00, czwartek od godz. 7.00 do godz. 15.00, piątek od godz. 7.30 do godz. 12.00.

¹⁰ Umowa nr 13-SZP03/8-23-03237-019 o udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej w systemie podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej. Czas pracy Poradni wykazany w aneksie do umowy z dnia 15 stycznia 2024 r.

Na Oddziale Gin.-Poł. w latach 2022-2024 hospitalizowano w związku z ciążą 1102 pacjentki (w 2022 r. – 389, 2023 – 377 i w 2024 - 336).

Na Oddziale Neonatologicznym hospitalizowano 499 dzieci (w 2022 r. – 170, 2023 r. – 159 i w 2024 r. - 170). Z porad laktacyjnych podczas pobytu w Szpitalu skorzystało 499 pacjentek (w 2022 r. – 170, 2023 r. – 159 i w 2024 r. - 170), a ze szkoły rodzenia skorzystało 98 pacjentek (w 2022 r. – 27, 2023 r. – 33 i w 2024 r. – 38).

W okresie objętym kontrolą liczba noworodków żywo urodzonych w Szpitalu wyniosła 156 w 2022 r., 137 w 2023 r. oraz 63 w pierwszym półroczu 2024 r. W latach tych liczba poronień i martwych urodzeń wyniosła odpowiednio 14, 22 i 14, co stanowiło w stosunku do liczby noworodków żywo urodzonych: 8,23 % w 2022 r., 13,84 % w 2023 r. oraz 18 % w pierwszym półroczu 2024 r.

W latach objętych kontrolą zdecydowana większość porodów w Szpitalu odbywała się w drodze cesarskiego cięcia, tj.:

- w 2022 r.: 119 w drodze cesarskiego cięcia, 51 porodów naturalnych;
- w 2023 r.: 107 w drodze cesarskiego cięcia, 52 porody naturalne;
- w 2024 r. (I półrocze): 55 w drodze cesarskiego cięcia, 20 porodów naturalnych.

(akta kontroli str. 153-157, 1261-1263)

Prezes wyjaśnił: *Duży odsetek cięć cesarskich w latach 2022-2024 wynika z zastanej przeszłości położniczej – cięcia cesarskie po przebytych dwóch i więcej cięciach cesarskich, cięcia po jednym cięciu cesarskim, ale z przeciwwskazaniami do porodu drogami natury. Planowe cięcia cesarskie u pierwiastek były wykonywane tylko z bezwzględnych wskazań położniczych (np. nieprawidłowe położenie płodu) i poza położniczych (ortopedyczne, okulistyczne, neurologiczne, kardiologiczne, psychiatryczne zgodnie ze wskazaniami na piśmie od lekarza specjalisty z danej dziedziny). Nagłe cięcia cesarskie u nieródek były wynikiem pilnych wskazań położniczych wynikających z zagrożeń matki lub płodu. Odsetek cięć cesarskich pierwszoplanowych nie przewyższa jednak odsetka krajowego. Ponadto Prezes wyjaśnił, że w Szpitalu podejmowano próby preferowania porodów naturalnych. Prezes wyjaśnił: (1) otworzyliśmy, prowadzimy i propagujemy w mediach szkołę rodzenia, gdzie w ramach zajęć staramy się wszelkimi możliwymi sposobami zachęcać pacjentki do porodu drogami natury; (2) stworzyliśmy komfortowe warunki do porodów rodzinnych (oddzielne sale porodowe z własnym węzłem sanitarnym i komfortowym wyposażeniem); (3) przygotowaliśmy specjalny pokój rodzinny przeznaczony dla męża czy rodziny pacjentki uczestniczących w porodach naturalnych; (4) staramy się każdą parę w ramach przygotowań do porodu naturalnego zapoznać przed porodem z Oddziałem i blokiem porodowym; (5) zakupiliśmy wannę do immersji bólu porodowego.*

(akta kontroli str. 1167)

W Szpitalu od 2014 r. obowiązywała wewnętrzna procedura dotycząca opieki okołoporodowej¹¹, którą zmieniono w październiku 2023 r. Procedura opracowana w Szpitalu wskazywała na otoczenie pacjentki szczególną troską m.in. poprzez zachęcanie rodzącej do poruszania się podczas pierwszego okresu porodu, wspierania rodzącej w wyborze i zastosowaniu technik oddechowych i relaksacyjnych, zachęcania rodzącej do wykorzystywania immersji wodnej oraz określała tryb postępowania podczas kolejnych okresów porodu.

(akta kontroli str. 163-167, 177-179)

¹¹ Zatwierdzona w dniu 23 lipca 2014 r.

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, co szerzej opisano w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*. Podczas kontroli ustalono, że monitorowane będą następujące wskaźniki: nacięcia krocza, cięcia cesarskie, podawanie noworodkowi mleka modyfikowanego i ocena satysfakcji zadowolenia pacjenta.

(akta kontroli str. 239, 243, 312-313, 321)

W Szpitalu przeprowadzano ocenę satysfakcji kobiet objętych opieką za pomocą anonimowych ankiet, które można było wypełnić na przygotowanym formularzu dostępnym na Oddziale Gin.-Poł. lub za pomocą strony internetowej Spółki.

(akta kontroli str. 183-187, 239)

Tryb postępowania w łagodzeniu bólu porodowego został opracowany w Szpitalu w kwietniu 2024 r., tj. ponad pięć lat później niż wejście w życie Standardu. Procedura ta została zaakceptowana przez niewłaściwą osobę, nie zapoznała się z nią część personelu. Proces wprowadzenia w Szpitalu trybu postępowania w łagodzeniu bólu porodowego został szerzej opisany w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*. Opracowana procedura uwzględniała farmakologiczne i nefarmakologiczne metody łagodzenia bólu porodowego dostępne w Oddziale Gin.-Poł.

(akta kontroli str. 163, 168, 176-182, 182, 238)

W Poradni świadczeń zdrowotnych udzielało czterech lekarzy w 2022 i 2023 r. i sześciu – w 2024 r. oraz od dwóch do czterech położnych. Ich kwalifikacje były zgodne z określonymi w umowie z NFZ.

(akta kontroli str. 115-116, 1339)

W Oddziale Gin.-Poł. i Neonatologicznym zapewniono odpowiedni personel medyczny wymagany dla pierwszego poziomu referencyjnego w wymiarze określonym w rozporządzeniu w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego.

Zapewniono także dostępność psychologa. Pacjentkom Oddziału Gin.-Poł. porad udzielało dwóch psychologów zatrudnionych w Szpitalu na umowę o pracę. W lokalizacji Szpitala zapewniono stałą obecność lekarza anestezjologa. W 2024 r. w Szpitalu na podstawie kontraktu zatrudniano 12 anestezjologów. Podczas zabiegów cesarskiego cięcia asystował anestezjolog, który w danym dniu pełnił dyżur.

(akta kontroli str. 1221-1236)

W Oddziale Gin.-Poł. i Oddziale Neonatologicznym osiągnięto wskaźniki zatrudnienia pielęgniarek i położnych określone w rozporządzeniu w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego, tj. 0,7 równoważnika etatu pielęgniarki lub położnej na łóżko na Oddziale Gin.-Poł. oraz 0,8 równoważnika etatu pielęgniarki lub położnej na łóżko na Oddziale Neonatologicznym.

W wybranych do próby kontrolnej miesiącach¹², świadczeń medycznych na udzielało:

¹² Jako próbę kontrolną wybrano dwa miesiące (luty, sierpień) w latach 2022-2024. Ustalenia stanu faktycznego dokonano w oparciu o umowy zawarte z Oddziałem Wojewódzkim NFZ oraz zestawienia personelu świadczącego pracę. Jako osoby udzielające świadczeń medycznych na Oddziale w miesiącach wybranych do próby kontrolnej, należy rozumieć osoby faktycznie świadczące pracę z wyłączeniem personelu przebywającego na urloпах, świadczeniach rehabilitacyjnych, zwolnieniach lekarskich itp.

a) na Oddziale Gin.-Poł.:

- w lutym i sierpniu 2022 r. – 15 położnych (w tym cztery ze specjalizacją pielęgniarstwa rodzinnego dla położnych oraz cztery ze specjalizacją pielęgniarstwa położniczego oraz jedna ze specjalizacją pielęgniarstwa ginekologiczno-położniczego), w lutym 2022 r. – siedmiu lekarzy (w tym pięciu ze specjalizacją II stopnia położnictwa i ginekologii, wśród nich jeden z tytułem doktora nauk medycznych w zakresie ginekologii i położnictwa oraz jeden ze specjalizacją I stopnia położnictwa i ginekologii oraz jeden ze specjalizacją położnictwa i ginekologii) oraz w miesiącu sierpniu 2022 r. – pięciu lekarzy (w tym czterech ze specjalizacją II stopnia położnictwa i ginekologii, wśród nich jeden z tytułem doktora nauk medycznych w zakresie ginekologii i położnictwa oraz jeden ze specjalizacją położnictwa i ginekologii);
- w lutym i sierpniu 2023 r. – 17 położnych (w tym cztery ze specjalizacją pielęgniarstwa rodzinnego dla położnych, cztery ze specjalizacją pielęgniarstwa położniczego i jedna ze specjalizacją pielęgniarstwa ginekologiczno-położniczego) oraz siedmiu lekarzy (w tym pięciu ze specjalizacją II stopnia położnictwa i ginekologii, wśród nich jeden z tytułem doktora nauk medycznych w zakresie ginekologii i położnictwa oraz jeden ze specjalizacją I stopnia położnictwa i ginekologii oraz jeden ze specjalizacją położnictwa i ginekologii);
- w lutym i sierpniu 2024 r. – 18 położnych (w tym cztery ze specjalizacją pielęgniarstwa rodzinnego dla położnych, trzy ze specjalizacją pielęgniarstwa położniczego i jedna ze specjalizacją pielęgniarstwa ginekologiczno-położniczego) oraz siedmiu lekarzy (w tym pięciu ze specjalizacją II stopnia położnictwa i ginekologii, wśród nich jeden z tytułem doktora nauk medycznych w zakresie ginekologii i położnictwa oraz jeden ze specjalizacją I stopnia położnictwa i ginekologii oraz jeden ze specjalizacją położnictwa i ginekologii);

b) na Oddziale Neonatologicznym:

- w lutym i sierpniu 2022 r. – osiem położnych/pielęgniarek (w tym cztery ze specjalizacją pielęgniarstwa neonatologicznego) oraz czterech lekarzy (w tym dwóch ze specjalizacją II stopnia pediatra, jeden ze specjalizacją I stopnia pediatra oraz jeden ze specjalizacją I stopnia pediatra i ze specjalizacją II stopnia chorób płuc);
- w lutym i sierpniu 2023 r. – osiem położnych/pielęgniarek (w tym trzy ze specjalizacją pielęgniarstwa neonatologicznego i jedna ze specjalizacją pielęgniarstwa położniczego) oraz pięciu lekarzy (w tym dwóch ze specjalizacją II stopnia pediatra, jeden ze specjalizacją I stopnia pediatra oraz jeden ze specjalizacją I stopnia pediatra i ze specjalizacją II stopnia chorób płuc oraz jeden ze specjalizacją II stopnia pediatrii, specjalizacją II stopnia neonatologii i ze specjalizacją II stopnia kardiologii);
- w lutym i sierpniu 2024 r. – osiem położnych/pielęgniarek (w tym trzy ze specjalizacją pielęgniarstwa neonatologicznego i jedna ze specjalizacją pielęgniarstwa położniczego) oraz pięciu lekarzy (w tym dwóch ze specjalizacją II stopnia pediatra, jeden ze specjalizacją I stopnia pediatra oraz jeden ze specjalizacją I stopnia pediatra i ze specjalizacją II stopnia chorób płuc oraz jeden ze specjalizacją II stopnia pediatrii, specjalizacją II stopnia neonatologii i ze specjalizacją II stopnia kardiologii).

(akta kontroli str. 1310-1313)

Analiza czasu pracy lekarzy świadczących pracę na Oddziałach Gin.-Poł. i Neonatologicznym na podstawie umów cywilnoprawnych w lutym i sierpniu

w latach 2022-2024 wykazała, że wystąpiło 95 przypadków nieprzerwanego świadczenia pracy w wymiarze ponad 24 godzin, w tym 34 przypadki w wymiarze ponad 60 godzin, co szerzej opisano w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 1341-1343)

W okresie objętym kontrolą personel oddziałów Gin.-Poł. i Neonatologicznego podnosił swoje kwalifikacje przede wszystkim podczas szkoleń wewnętrznych. W ramach szkoleń zewnętrznych uczestniczył w szkoleniu dotyczącym przetaczania krwi i jej składników. Kierownik Oddziału Neonatologicznego uczestniczyła w szkoleniach zewnętrznych *Standardy opieki medycznej nad noworodkiem w Polsce* oraz *Standardy medyczne w praktyce neonatologicznej i pediatrycznej*. Ponadto personel medyczny brał udział w zewnętrznych kursach specjalistycznych i warsztatach obejmujących zagadnienia wskazane w Standardzie, m.in.: *Monitorowanie dobrostanu płodu w okresie ciąży i podczas porodu dla położnych*, *Edukacja i wsparcie kobiety w okresie laktacji*, *Wywiad i badanie fizykalne dla pielęgniarek i położnych*, *Zapobieganie i manewry w dystocji barkowej*, *Techniki ochrony krocza*, *Aktywne prowadzenie porodu w pozycjach wertykalnych*, *Wykorzystanie pełnej mobilności miednicy w porodzie*, *Prowadzenie porodu po cięciu cesarskim*, *Immersja wodna w przebiegu porodu*.

Szkolenia wewnątrzoddziałowe dla pielęgniarek i położnych były prowadzone przez zatrudnione na oddziale położne. Szkolenia obejmowały wybrane zagadnienia związane z regulacjami opisanymi w standardach, m.in.: *Opieka nad noworodkiem z infekcją*, *Monitorowanie dobrostanu płodu*, *Dokumentacja w oddziale noworodkowym i położniczym*, *Resuscytacja noworodka i wspomaganie adaptacji do życia pozamacicznego*, *Powikłania wczesnego płodu*, *Algorytm postępowania z noworodkiem bezpośrednio po urodzeniu*, *Karmienie piersią*, *Opieka nad noworodkiem urodzonym drogą cięcia cesarskiego*.

(akta kontroli str. 358-369, 398-439)

Szkolenia wewnętrzne dla lekarzy z Oddziału Gin.-Poł. i Neonatologicznego dotyczyły m.in. problemów zaburzeń urologicznych u kobiet po porodach oraz korzyści z porodu fizjologicznego i jego przewaga nad cięciem cesarskim.

(akta kontroli str. 367)

Na podstawie oględzin pomieszczeń Poradni¹³ ustalono, że:

- pomieszczenia Poradni znajdowały się na drugim piętrze Szpitala, przed wejściem na Oddział Gin.-Poł. Dostęp do Poradni dla pacjentek w ciąży nie był utrudniony, istniała możliwość wjazdu windą;
- do Poradni przylegała poczekalnia z miejscem dla oczekujących pacjentek i przeznaczona dla nich łazienka;
- na drzwiach wejściowych znajdowały się informacje o godzinach pracy Poradni oraz wykaz lekarzy przyjmujących pacjentki w danym dniu;
- sposób urządzenia pomieszczeń Poradni zapewniał intymność dla pacjentek;
- Poradnia spełniała wymagania określone w rozporządzeniu w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, tj. była wyposażona w zestaw do pobrania materiału do badań cytologicznych oraz detektor tętna płodu.

(akta kontroli str. 566-577)

Oddziały Gin.-Poł. i Neonatologiczny znajdowały się w jednej części Szpitala i nie były lokalizacyjnie wyodrębnione. Pomieszczenia Oddziału Neonatologicznego znajdowały się bezpośrednio przy pomieszczeniach traktu porodowego.

¹³ Oględzin dokonano w dniu 4 grudnia 2024 r.

W Oddziale Gin.-Poł. wyodrębniono część ginekologiczną (prawe skrzydło) i położniczą (lewe skrzydło), w której znajdowały się także pomieszczenia szkoły rodzenia. Dyżurka pielęgniarek była zlokalizowana centralnie w sposób zapewniający dostępność personelu dla pacjentek z obu części Oddziału. Sposób urządzenia gabinetu USG i gabinetu zabiegowego zapewniał poczucie intymności dla badanych pacjentek.

(akta kontroli str. 566-577)

W części położniczej znajdowało się sześć sal dwułożkowych, z których cztery były przeznaczone dla kobiet po porodzie i urządzone w systemie *matka-dziecko*. W każdej z sal znajdowała się umywalka i przewijak umożliwiające pielęgnację noworodka. Do każdej z sal przylegała łazienka wyposażona w toaletę i prysznic oraz urządzona w sposób zgodny z wymogami rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą¹⁴ (dalej: rozporządzenie w sprawie szczegółowych wymagań), tj. wyposażona były co najmniej w miskę ustępową, umywalkę, dozownik z mydłem w płynie, pojemnik z ręcznikami jednorazowego użycia oraz pojemnik na zużyte ręczniki. Ponadto w tej części Oddziału znajdowała się łazienka dostosowana do potrzeb osób niepełnosprawnych.

W salach dla matek z dziećmi zapewniono bezpośredni dostęp do światła dziennego, łóżka dostępne były z trzech stron, w tym z dwóch dłuższych, odstępy między łózkami zapewniały swobodny dostęp do pacjentek. Szerokość pokoiów łóżkowych umożliwiała wyprowadzenie łóżka z pokoju.

(akta kontroli str. 566-577)

Trakt porodowy składał się m.in. z: dwóch sal porodowych jednostanowiskowych, z których każda przeznaczona była także do porodów rodzinnych, sali operacyjnej dla porodów rozwiązywanych cięciem cesarskim, wyposażonej w stanowisko resuscytacji noworodka. W tej części Oddziału znajdowało się także pomieszczenie przeznaczone dla położnic i noworodka w pierwszych godzinach życia, po porodach powikłanych, w którym zapewniono możliwość obserwacji bezpośredniej, w szczególności możliwość obserwacji twarzy.

Stosownie do wymogów określonych w Standardzie (część XIII, ust. 1 pkt I) w sali porodowej znajdowało się stanowisko noworodkowe wyposażone w: promiennik ciepła, układ do wspomagania oddychania (resuscytator), zegar Apgar, ssak, kardiomonitor, wagę.

Zgodnie z wymogami określonymi w rozporządzeniu w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego dla pierwszego stopnia referencyjności, w poddanych oględzinach pomieszczeniach oddziałów znajdowały się:

- w Oddziale Gin.-Poł. – kolposkop, aparat KTG, kardiomonitor;
- w Oddziale Neonatologicznym: zestaw reanimacyjny, zestaw do wspomagania oddechu (CPAP), pulsoksymetr, źródło tlenu, urządzenie ssące, sprzęt chłodniczy do przechowywania mleka kobiecego, inkubatory zamknięte lub otwarte do opieki podstawowej, lampa do fototerapii.

W Oddziale Neonatologicznym nie wyodrębniono wymaganego stanowiska do odciągania pokarmu. Położna oddziałowa wyjaśniła: *Oddział posiada przenośny*

¹⁴ Dz. U. z 2022 r. poz. 402.

*laktator wyposażony w jednorazowe zestawy do odciągania pokarmu. Położnice korzystają z laktatora w Sali w której przebywają razem z noworodkiem*¹⁵.

Mając na uwadze liczbę porodów w Szpitalu, a w związku z tym przebywanie pojedynczo w salach pacjentek po porodzie oraz wyposażenie Oddziału w przenośny sprzęt do odciągania pokarmu i możliwość ewentualnej organizacji w razie potrzeb stanowiska do odciągania pokarmu, np. w pomieszczeniach szkoły rodzenia, NIK nie formułuje nieprawidłowości dotyczącej tego stanowiska. Pomieszczenia szkoły rodzenia były wyposażone m.in. w piłki gimnastyczne, przewijak, worki sako. W części położniczej przed korytarzem prowadzącym na trakt porodowy na tablicy informacyjnej umieszczono informacje o możliwości kontaktu z psychologiem oraz osobą duchowną.

(akta kontroli str. 566-577, 580)

Analiza dotycząca przeglądów i konserwacji sprzętu¹⁶ znajdującego się na wyposażeniu oddziałów Gin.-Poł. i Neonatologicznego, wykazała, że sprzęt i aparatura medyczna były sprawne technicznie oraz miały aktualne przeglądy wykonane przez uprawnione podmioty, stosownie do § 7 ust. 1 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej¹⁷.

(akta kontroli str. 581-600)

Oddziały Gin.-Poł, Neonatologiczny oraz Poradnia znajdowały się w budynku A Szpitala, który był wyposażony w instalację wentylacji mechanicznej podzieloną na 42 systemy obejmujące również znajdujące się na tych oddziałach sale cięć cesarskich, zabiegowe oraz operacyjne. Stosownie do § 40 rozporządzenia w sprawie szczegółowych wymagań, podlegała ona okresowemu przeglądowi, czyszczeniu lub dezynfekcji, wymianie elementów zgodnie z zaleceniami producenta, a czynności te zostały udokumentowane.

(akta kontroli str. 596)

Pacjentkom Poradni, Oddziału Gin.-Poł. oraz noworodkom hospitalizowanym w Oddziale Neonatologicznym zapewniono dostęp do wymaganych badań i procedur medycznych, w tym m.in. do badań laboratoryjnych i mikrobiologicznych; USG z głowicami: przezpochwową, przezbrzuszną, do badania piersi; RTG; badania KTG przed i w trakcie porodu.

Większość badań była wykonywana w znajdującym się w strukturach Szpitala Medycznym Laboratorium Diagnostycznym, pozostałe w podmiotach, z którymi Szpital podpisał stosowne umowy. W przypadkach wykonywania badań przez podmioty zewnętrzne – materiał do badań był pobierany na miejscu w Szpitalu, co stanowiło dogodną formę dla pacjentek.

(akta kontroli str. 800, 1169)

Opieka okołoporodowa nie była przedmiotem kontroli prowadzonych w Szpitalu przez NFZ, wojewodę, konsultantów wojewódzkiego i krajowego w dziedzinie położnictwa i ginekologii lub inne organy. W dniu 14 lutego 2024 r. kontrolę doraźną w Oddziale Gin.-Poł. przeprowadził Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny w Opatowie. Kontrola ta dotyczyła *stosowania procedur postępowania zapewniających dekontaminację „ozdobnych” ubrań noworodków i innych*

¹⁵ Wyjaśnienia położnej oddziałowej z dnia 12.12.2024 r. ich znak: SL-1746-2024

¹⁶ Analizą objęto 15 sztuk sprzętu i aparatury medycznej będących na wyposażeniu Oddziału Gin.-Poł. i Neonatologicznego. Wyboru dokonano z uwzględnieniem wartości tego sprzętu.

¹⁷ Dz. U. z 2023 r. poz. 1194, ze zm.

akcesoriów wielokrotnego użycia w celu wykonania zdjęć promujących oddział neonatologiczny lub zdjęć pamiątkowych i nie wykazała nieprawidłowości.

(akta kontroli str. 1330-1332, 1336)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

1. Do rozpoczęcia niniejszej kontroli w Szpitalu 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 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. 1¹⁸ oraz oceną satysfakcji kobiet objętych opieką. Stosownie do 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. 160 -161)

Prezes wyjaśnił: Zarządzeniem nr 22/2024 z dnia 31.10.2024 r. jako Prezes Zarządu wprowadziłem obowiązek prowadzenia wskaźników opieki okołoporodowej nad kobietą w okresie ciąży, porodu, połogu oraz nad noworodkiem(...). Jednocześnie uchwałą nr 5/2024 z dnia 31.10.2024 r. zmieniono Regulamin Organizacyjny spółki uzupełniając go o kwestie o jakich mowa w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia.

(akta kontroli str. 238)

Dla opracowanych w trakcie kontroli wskaźników nie określono wartości docelowych, sposobu ich monitorowania ani nie przedstawiono analizy osiągniętych wyników.

2. Tryb postępowania w łagodzeniu bólu porodowego, wymagany Standardem (część VII ust. 4), został opracowany w Szpitalu niezgodnie z wymogami rozporządzenia w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej oraz Standardu, ponieważ:

- a) Opracowano go dopiero w kwietniu 2024 r., tj. z opóźnieniem wynoszącym ponad pięć lat. Zgodnie § 2 rozporządzenia w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej, rozporządzenie weszło w życie z dniem 1 stycznia 2019 r.

(akta kontroli str. 163 -167)

Prezes wyjaśnił: Pisemna procedura (...) została opracowana w kwietniu 2024 r. po otrzymaniu dokumentu z Ministerstwa Zdrowia z dnia 16 kwietnia 2024 r. (...). Obecny Zarząd Spółki nie posiada wiedzy dlaczego poprzednie Zarządy, a w szczególności Prezes Zarządu sprawujący funkcje w dniu 1 stycznia 2019 r. nie zlecił opracowania procedury łagodzenia bólu zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia (...). Obecny Zarząd spółki po otrzymaniu pisma z Ministerstwa Zdrowia niezwłocznie zlecił opracowanie tej procedury. (...)

(akta kontroli str. 323)

- b) Dokument ten został akceptowany przez Prezesa, zamiast przez jego zastępcę do spraw medycznych, co było niezgodne z ust. 5 części VII Standardu, który stanowi, iż tryb postępowania w łagodzeniu bólu

¹⁸ Tj.: amniotomii (tj. przebicia pęcherza płodowego), indukcji porodu, stymulacji czynności skurczowej, podawania opioidów, nacięcia krocza, cięcia cesarskiego oraz podania noworodkowi mleka modyfikowanego.

porodowego akceptuje kierownik podmiotu wykonującego działalność leczniczą, a jeżeli kierownik nie jest lekarzem, jego zastępca do spraw medycznych.

(akta kontroli str. 178)

Prezes wyjaśnił: *Procedura dot. Metod łagodzenia bólu okołoporodowego omyłkowo została podpisana przez Prezesa Zarządu. Mając na celu dostosowanie obowiązującej procedury do wymogów Rozporządzenia w załączeniu przekazuję w/w procedurę prawidłowo podpisaną i zaakceptowaną przez Dyrektora do spraw medycznych.*

(akta kontroli str. 238)

- c) Z dokumentem tym nie zapoznali się lekarze z Oddziału Gin.-Poł, lekarze, pielęgniarki i położne z Oddziału Neonatologicznego, co było niezgodne z ust. 6 części VII Standardu. Przepis ten stanowi, że lekarze, położne i pielęgniarki udzielający świadczeń zdrowotnych odpowiednio w bloku porodowym, oddziale położniczym, oddziale neonatologicznym, oddziale anestezjologii, oddziale anestezjologii i intensywnej terapii, zapoznają się z trybem postępowania w łagodzeniu bólu porodowego, o którym mowa w ust. 4, potwierdzając to podpisem.

(akta kontroli str. 176, 182, 1253-1259)

Prezes wyjaśnił: *Informuję, że położne i pielęgniarki pracujące w Oddziale Ginekologiczno-Położniczym oraz Noworodkowym zostały przeszkolone z w/w procedurą (lista szkoleń oraz lista obecności została przekazana kontrolującym we wcześniejszym terminie). Zobowiązałem Kierownika Oddziału Ginekologiczno-Położniczego do przeprowadzenia szkolenia dla personelu lekarskiego Oddziału Ginekologiczno-Położniczego oraz Noworodkowego dot. Metod łagodzenia bólu porodowego, termin ustalono na 05.11.2024 r. (...) Lista obecności ze szkolenia oraz lista potwierdzająca zapoznanie się personelu z w/w procedurą zostanie przekazana Państwu niezwłocznie po przeprowadzonym szkoleniu¹⁹.*

(akta kontroli str. 238)

Z uwagi na usunięcie nieprawidłowości podczas kontroli, NIK nie formułuje wniosku pokontrolnego dotyczącej sposobu wprowadzenia w Szpitalu trybu postępowania w łagodzeniu bólu porodowego.

3. W lutym i sierpniu lat 2022-2024 wystąpiły przypadki świadczenia pracy przez lekarzy zatrudnionych w Szpitalu na podstawie umów cywilnoprawnych nieprzerwanie przez długi okres, przekraczający nawet 24 godziny. W wybranych do próby kontrolnej miesiącach wystąpiło 95 przypadków świadczenia pracy bez odpoczynku ponad 24 godziny, w tym:

- sześć przypadków przez okres 30 godzin;
- 23 przypadki przez okres 32 godzin;
- jeden przypadek przez okres 40 godzin;
- dwa przypadki przez okres 41 godzin;
- jeden przypadek przez okres 44 godzin;
- 20 przypadków przez okres 48 godzin;
- dwa przypadki przez okres 64 godzin;
- 11 przypadków przez okres 65 godzin;
- 17 przypadków przez okres 72 godzin;

¹⁹ Ibidem

- dwa przypadki przez okres 79 godzin i 30 minut;
- jeden przypadek przez okres 88 godzin;
- jeden przypadek przez okres 96 godzin.

(akta kontroli str. 1341-1344)

Prezes wyjaśnił: *W miesiącach luty i sierpień 2022, 2023, 2024 roku wystąpiły przypadki świadczenia pracy przez lekarzy zatrudnionych w Szpitalu na podstawie umów cywilnoprawnych nieprzerwanie przez powyżej 24 godzin, co podyktowane jest brakami personelu medycznego oraz usprawiedliwionymi nieobecnościami lekarzy zatrudnionych w Szpitalu. Zarząd oraz Dyrektor ds. Medycznych czynią starania dotyczące zatrudnienia dodatkowego personelu medycznego tj. lekarzy, aby unikać w/w sytuacji jednak jest to proces trudny z uwagi na ogólne braki kadrowe.*

(akta kontroli str. 1351)

OCENA CZĄSTKOWA

W okresie objętym kontrolą w Poradni, oddziałach Gin.-Poł. i Neonatologicznym zapewniono odpowiednią liczbę wykwalifikowanego personelu medycznego. Jednakże skala udzielania świadczeń zdrowotnych przez lekarzy nieprzerwanie przez okres ponad 24 godzin, może świadczyć o niewłaściwej organizacji ich pracy. Pomieszczenia Poradni i oddziałów były wyposażone w wymaganą aparaturę i sprzęt medyczny. Sposób urządzenia pomieszczeń zapewniał pacjentkom poczucie intymności i godności. Spełniano wymogi dotyczące urządzenia i wyposażenia oddziałów, określone w rozporządzeniu w sprawie szczegółowych wymagań. Zapewniono dostęp do wymaganych badań i procedur medycznych. Do rozpoczęcia kontroli NIK nie określono wskaźników opieki okołoporodowej, a tryb postępowania w łagodzeniu bólu porodowego opracowano z ponad pięcioletnim opóźnieniem i w sposób nie w pełni zgodny z wymogami Standardu.

OBSZAR

Opis stanu
faktycznego

2. Realizacja świadczeń dotyczących opieki okołoporodowej

W Szpitalu funkcjonowała szkoła rodzenia dostępna bezpłatnie dla pacjentek i ich bliskich. Zajęcia w szkole rodzenia obejmowały sześć spotkań w grupach sześćcio-siedmioosobowych i były prowadzone przez położne oraz fizjoterapeutów zatrudnionych w Szpitalu. Program zajęć dotyczył m.in. praw pacjenta, emocji w ciąży, przygotowania „torby do porodu”, zasad odżywiania w ciąży, planu porodu, przebiegu porodu i połogu, zasad pielęgnacji i karmienia noworodka. Podczas zajęć prezentowano ćwiczenia oddechowe, masaż kobiety ciężarnej, naturalne metody łagodzenia bólu porodowego, pozycje do porodu, pozycje do prawidłowego karmienia dziecka piersią. Pacjentki uczestniczące w szkole rodzenia zapoznawano z Oddziałem Gin.-Poł., w szczególności z pomieszczeniami traktu porodowego. Na Oddziale i w Poradni dla pacjentek udostępniono ulotki dotyczące okresu ciąży, porodu i połogu. W latach 2022-2024 (I półrocze) ze szkoły rodzenia skorzystało odpowiednio 16%, 21%, 26% pacjentek rodzących w Szpitalu.

(akta kontroli str. 601,606-607,611-625)

W dokumentacji pacjentek Poradni nie odnotowywano informacji o przeprowadzeniu edukacji przedporodowej²⁰, co było działaniem nierzetelnym i zostało szerzej opisane w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*. Położna Oddziałowa wyjaśniła: *Położna w poradni podczas wizyty informuje przyszłe mamy jak wygląda organizacja opieki okołoporodowej, przekazuje wiedzę na temat*

²⁰ Na podstawie analizy dokumentacji medycznej 20 pacjentek Poradni.

fizjologii porodu, propaguje zdrowy tryb życia. Odpowiada na pytania ciężarnych, zachęca do udziału w zajęciach w szkole rodzenia (...). Informuje pacjentki jak radzić sobie z dolegliwościami okresu ciąży, jak również udziela wsparcia emocjonalnego. Ciężarne w 36 tygodniu ciąży, które zgłaszają się na zapisy KTG oraz badanie w kierunku GBS mają możliwość zapoznania się z topografią oddziału oraz wyposażeniem traktu porodowego.

(akta kontroli str. 606, 627-786)

Spośród 20 pacjentek Poradni, których dokumentację medyczną objęto analizą, z zajęć szkoły rodzenia nie korzystała żadna z nich. W dokumentacji medycznej tych pacjentek nie znajdowały się plany opieki przedporodowej i plany porodu. Nieprawidłowość dotycząca edukacji przedporodowej w Poradni została szerzej opisana w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 626-795, 627-786)

Edukacja pacjentek Oddziału Gin.-Poł. była prowadzona przez położne oraz lekarzy i dotyczyła przede wszystkim opieki nad noworodkiem, przebiegu połogu oraz laktacji. Informacje o jej przeprowadzeniu odnotowywano w m.in. w *Indywidualnych planach opieki*, *Obserwacjach pielęgniarских* oraz w opracowanych w Szpitalu kartach edukacji matek, które były dołączane do dokumentacji medycznej pacjentek lub ich dzieci.

(akta kontroli str. 606-607, 1139, 1156)

Szczegółowa analiza dokumentacji medycznej 20 kobiet w ciąży²¹, które w latach 2022-2024 były pacjentkami Poradni wykazała, że:

- podczas ciąży pacjentki odbyły od dziewięciu do 21 wizyt, średnio 13 wizyt w próbie;
- wg dokumentacji pacjentki nie uzyskały niektórych z wymaganych Standardem świadczeń profilaktycznych i działań w zakresie promocji zdrowia wykonywanych przez lekarza lub położną, np. badanie podmiotowe i przedmiotowe do 10. tygodnia ciąży zostało przeprowadzone u siedmiu z 20 kobiet, ocena ryzyka ciążowego do 10. tygodnia ciąży – u 13 kobiet, ocena czynności serca płodu w okresie 33-37 tygodnia ciąży – u 17 pacjentek, ocena ruchów płodu w okresie 38-39 tygodnia ciąży – u 16 pacjentek, co zostało szerzej opisane w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*;
- wg dokumentacji pacjentkom poradni nie zlecano niektórych z wymaganych Standardem badań diagnostycznych, np. badanie cytologiczne zlecono ośmiu pacjentkom; badanie ultrasonograficzne – 17 pacjentkom (między 11-14 tygodniem ciąży), 18 (między 18-22 tygodniem ciąży), 15 (między 27-32 tygodniem ciąży), badanie ogólne moczu między 15-20 tygodniem ciąży – 14 kobietom, co zostało szerzej opisane w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*;
- w dokumentacji medycznej pacjentek nie znajdowały się karty przebiegu ciąży, plany opieki przedporodowej, plany porodu;
- dokumentacja medyczna pacjentek była prowadzona w formie papierowej, dokonywane wpisy w przypadku trzech pacjentek były nieczytelne;
- dokumentacja medyczna pacjentek nie była ponumerowana i chronologicznie uporządkowana.

²¹ Losowy dobór próby kontrolnej uwzględniający, by pacjentki były objęte opieką Poradni przez cały okres ciąży.

Sposób prowadzenia dokumentacji medycznej w Poradni szerzej opisano w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 627-797)

W dokumentacji medycznej pacjentek Poradni nie zamieszczano adnotacji o poinformowaniu pacjentek o możliwości wykonania badań prenatalnych. Lekarze udzielający świadczeń w Poradni wyjaśnili: *Każda pacjentka powyżej 35 roku życia lub z obciążeniami w wywiadzie (bez względu na wiek) była informowana i kierowana na badania prenatalne, co każdorazowo było odnotowywane w karcie ciąży. Ze względu na brak refundacji ww. badań przez NFZ do stycznia 2024 r. pacjentki bez obciążeń były informowane ustnie o możliwości wykonania badań prenatalnych, miejscu wykonania i kosztach – część pacjentek wykonywała badania na własny koszt. Od stycznia 2024 r. wszystkie pacjentki ciężarne są informowane o konieczności i metodach diagnostyki prenatalnej i kierowane na badania prenatalne zgodnie z obowiązującym standardem, a kopie wyników są pozostawiane w dokumentacji pacjentki. W analizowanych 20 przypadkach, wyniki badań prenatalnych znajdowały się w dokumentacji medycznej pięciu pacjentek (25%). Przyczynami wykonywania badań prenatalnych były choroby genetyczne w najbliższej rodzinie, wiek matki. Badania były wykonywane w jednej z poradni w Kielcach (ok. 70 km od Szpitala).*

(akta kontroli str. 627-787, 796-798, 801-841)

Przyjęcie pacjentek do porodu odbywało się na Oddziale Gin.-Poł. Podczas przyjęcia wypełniano *Historię choroby – część I przyjęcie* w której odnotowywano m.in. rozpoznanie wstępne, wywiad, wywiad ginekologiczny, badanie ogólne, badanie ginekologiczne, kartę przyjęcia do szpitala, plan indywidualnej opieki nad pacjentem. Karta przyjęcia do szpitala zawierała m.in. przeznaczone do podpisu przez pacjentki: zgodę na hospitalizację, proponowane leczenie i badania (ze wskazaniem, że nie dotyczy zabiegów operacyjnych wymagających odrębnej zgody), oświadczenie o zapoznaniu z prawami pacjenta, upoważnienie do otrzymania informacji o udzielonych świadczeniach i stanie zdrowia lub w przypadku śmierci – do uzyskania na koszt wnioskodawcy wyciągu, odpisu bądź kopii dokumentacji medycznej. Spośród 30 pacjentek, których dokumentację medyczną objęto analizą, w dwóch przypadkach brakowało podpisów pacjentek na zgodach i upoważnieniach, co szerzej opisano w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 566-567, 894, 1133-1136)

Analiza dokumentacji medycznej 30 pacjentek wykazała, że podczas przyjęcia do Szpitala weryfikowano grupę krwi pacjentki (w ramach profilaktyki konfliktu serologicznego), zakażenie paciorkowcem grupy B (GBS). W analizowanej dokumentacji medycznej nie odnotowywano, czy podczas przyjęcia do porodu weryfikowano wyniki badań na obecność antygenu HBs oraz w kierunku zakażenia HIV. Kierownik Oddziału Gin.-Poł. wyjaśniła: *W trakcie przyjmowania do oddziału każdej ciężarnej/rodzącej lekarz przyjmujący sprawdza wpisy dokonane w karcie przebiegu ciąży dot. wykonania badań, w tym również wyniki badań na obecność antygenu HBs oraz w kierunku zakażenia HIV – w przypadku braku wykonania badań lekarz zleca ponowne ich wykonanie. Ze względu na ustalenie przez NIK, że badania na obecność antygenu HBs i w kierunku zakażenia wirusem HIV były zlecane tym pacjentkom w ciąży w Poradni, NIK uznaje wyjaśnienia za uzasadnione i nie formułuje nieprawidłowości.*

(akta kontroli str. 796-797,882)

Analiza dokumentacji medycznej 30 pacjentek, które urodziły dziecko w Szpitalu wykazała m.in., że:

- 17 porodów odbyło się w drodze cięcia cesarskiego, a 13 – w sposób naturalny;
- w przypadku cięć cesarskich każdorazowo uzyskiwano zgodę rodzącej na wykonanie operacji;
- plany porodu znajdowały się w dokumentacji sześciu pacjentek (jednej – której poród odbył się w drodze cięcia cesarskiego oraz pięciu rodzących naturalnie);
- w przypadku trzech pacjentek²² nie respektowano ich decyzji o przebiegu porodu określonych w planach porodu, tj.: (1) dokonano nacięcia krocza i stosowano gaz rozweselający, pomimo że pacjentka w planie porodu nie dokonała takiego wyboru; (2) dokonano nacięcia krocza, pomimo że w planie porodu pacjentka wskazała, że chciałaby tego uniknąć; (3) pacjentka w planie porodu wskazała, że chciałaby skorzystać z gazu rozweselającego, a podczas porodu nie uzyskała takiego znieczulenia. Kierownik Oddziału Gin.-Poł. wyjaśniła: *U pacjentki 1 zastosowano preindukcję porodu z zastosowaniem cewnika Foleya, a poród był indukowany wlewem dożylnym z Oxytocyną oraz podaniem leku rozkurczowego – po uzyskaniu ustnej zgody od pacjentki zastosowano Entonox – konieczność nacięcia krocza była uwarunkowana makrosomią płodu (masa płodu 3960 g). U pacjentki 2 konieczność wykonania nacięcia krocza była uwarunkowana nieprawidłowym ułożeniem główki płodu (odmiana tylna ułożenia potylicowego). U pacjentki 3 poród był indukowany wlewem dożylnym z Oxytocyną oraz podaniem leku rozkurczowego – nie było wskazań do stosowania innych farmakologicznych środków łagodzących ból. Nadmieniam, że poród jest procesem dynamicznym i czasami konieczne jest odstępnie od realizacji wcześniej ustalonego planu.*
- cztery rodzące korzystały ze wsparcia osoby bliskiej;
- zabieg amniotomii nie był wykonywany u żadnej rodzącej siłami natury;
- epizjotomia była wykonana u 11 z 13 rodzących siłami natury. W żadnym z tych przypadków w dokumentacji medycznej nie odnotowano informacji o przekazaniu pacjentce informacji o konieczności jej wykonania i wyrażeniu zgody pacjentek na wykonanie tego zabiegu oraz przyczyn wykonania tego zabiegu, co szerzej opisano w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*;
- wszystkim pacjentkom zakładano wkłucia do żyły obwodowej.

(akta kontroli str. 883, 894-1136)

W dokumentacji pięciu pacjentek odnotowywano z jakich metod znieczulenia bólu porodowego korzystały (trzy pacjentki – *metody naturalne*, jedna pacjentka – *metody naturalne, gaz rozweselający*, jedna pacjentka – *immersja wodna, TENS, metody naturalne*). Położna Oddziałowa wyjaśniła: *Wszystkie pacjentki rodzące korzystają z niefarmakologicznych metod łagodzenia bólu porodowego. Dobór metod każdorazowo ustalany jest z rodzącą uwzględniając etap porodu oraz jej potrzeby. Do naturalnych metod łagodzenia bólu należy utrzymywanie aktywności fizycznej oraz przyjmowanie dogodnych pozycji zmniejszających odczucia bólowe, rodzące chętnie korzystają z gumowych piłek oraz worków sako. Dodatkowo położna prowadząca poród proponuje różne techniki oddychania torem przeponowym,*

²² Spośród sześciu, których plany porodu znajdowały się w dokumentacji medycznej.

prawidłowe oddychanie znacznie poprawia komfort porodu oraz pozwala dotleniać rodzicę oraz dziecko.

(akta kontroli str. 894-1136, 1142)

Pacjentki nie miały faktycznej możliwości skorzystania ze znieczulenia farmakologicznego w postaci analgezji regionalnej²³. Zapewnienie tej formy znieczulenia nie jest wymagane w oddziałach położniczych o I stopniu referencyjności. Prezes wyjaśnił: *Jednym z głównych problemów występujących w szpitalu w związku ze świadczeniem opieki okołoporodowej jest brak możliwości odbycia porodu z zastosowaniem znieczulenia zewnątrzoponowego. Powodem niestosowania ww. znieczulenia są braki kadrowe personelu anestezjologicznego. Jako Prezes cały czas podejmuję działania mające na celu możliwość odbycia porodu ze znieczuleniem poprzez pozyskanie zespołu anestezjologicznego, który dedykowany będzie wyłącznie pracy bloku porodowego. Dzięki temu anestezjolog będzie dostępny zawsze kiedy rodzica tego potrzebuje. Być może ułatwieniem dla szpitali powiatowych byłaby zmiana procedur dotyczących udziału anestezjologa w procesie znieczulania, np. w innych krajach europejskich (np. Wielka Brytania) anestezjolog wykonuje znieczulenie i jeżeli przebiega ono bezproblemowo, dalej jest ono prowadzone przez przeszkoloną położną lub pielęgniarkę.*

(akta kontroli str. 880, 1134-1136)

Odnosnie sposobu prowadzenia dokumentacji medycznej pacjentek i noworodków ustalono, że:

- do historii choroby pacjentek w każdym przypadku dołączano karty indywidualnej opieki prowadzonej przez położną, karty obserwacji, karty obserwacji porodu, 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 cięcia cesarskiego również karty przebiegu znieczulenia;
- karty obserwacji porodu były zgodne ze wzorem określonym w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania²⁴ (dalej: rozporządzenie w sprawie dokumentacji medycznej);
- karty ciąży były dołączane do indywidualnej wewnętrznej dokumentacji medycznej trzech z 30 pacjentek, których dokumentację medyczną objęto analizą, co szerzej opisano w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*;
- w dokumentacji medycznej noworodków znajdowały się m.in. historia rozwoju noworodka, obserwacje noworodka (dokonane przez lekarza, położną), historia pielęgnowania noworodka ocena noworodka po porodzie, indywidualny plan opieki, karta edukacji matki, karta przesiewowego badania słuchu, indywidualna karta zaleceń lekarskich, karta obserwacji stanów ciężkich (RR, tętno), obserwacje pielęgniarstwa, karta informacyjna z leczenia szpitalnego, historia choroby-wypis;
- przy dokonywaniu w dokumentacji wpisu dotyczącego czasu trwania ciąży, poronienia, urodzenia żywego lub urodzenia martwego stosowano kryteria oceny określone w załączniku nr 1 do rozporządzenia w sprawie dokumentacji medycznej;

²³ Jedna z farmakologicznych metod łagodzenia bólu porodowego. Może być przeprowadzona w formie znieczulenia zewnątrzoponowego, podpajęczynówkowego lub połączenia tych dwóch form.

²⁴ Dz. U. z 2024 r. poz. 798.

- dokumentacja medyczna pacjentek i ich dzieci była chronologicznie uporządkowana, nie była jednak ponumerowana, co szerzej opisano w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 883, 894-1141)

Na podstawie analizy dokumentacji medycznej 30 noworodków urodzonych w Szpitalu w latach 2022-2024 ustalono, że:

- podczas porodu w sali porodowej znajdowała się co najmniej jedna osoba potrafiąca prowadzić resuscytację noworodka oraz lekarz Oddziału Neonatologicznego;
- w każdym przypadku dokonano oznakowania noworodka i oceny stanu noworodka według skali Apgar;
- wobec tych noworodków wykonano profilaktykę zakażenia przedniego odcinka oka, profilaktykę krwawienia wywołanego niedoborem witaminy K;
- noworodki miały wykonane szczepienia, zgodnie z aktualnym Programem Szczepień Ochronnych, po uprzedniej kwalifikacji dokonanej przez lekarza i pisemnym wyrażeniu zgody przez matkę;
- noworodkom wykonano: test pulsoksymetryczny, przesiewowe badania słuchu, ocenę umiejętności ssania, badania przesiewowe na bibułę (badanie suchej kropli krwi).

(akta kontroli str. 1137-1138)

Po porodach naturalnych (13 przypadków w próbie objętej szczegółową analizą) czas kontaktu dziecka z matką „skóra do skóry” był zróżnicowany. W jednym przypadku w ogóle nie wystąpił ten kontakt, w trzech przypadkach – nie było możliwe określenie czasu jego trwania, zaś w pozostałych dziewięciu – kontakt ten trwał od jednej minuty do dwóch godzin. W żadnym z tych przypadków nie zapewniono kontaktu "skóra do skóry" w sposób określony w Standardzie (cz. XIII ust. 1 pkt 8), tj. nieprzerwany kontakt z matką "skóra do skóry", trwający dwie godziny po porodzie, co szerzej opisano w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 1134-1138)

W przypadku ośmiu z 17 noworodków urodzonych w drodze cięcia cesarskiego nie zapewniono kontaktu „skóra do skóry”. Kontakt ten umożliwiono siedmiu noworodkom, przy czym w przypadku dwóch wynosił on dwie minuty, a w przypadku trzech – nie wskazano czasu jego trwania. Dwa noworodki były „kangurowane” przez ojców, jednak w dokumentacji medycznej nie odnotowywano czasu trwania tego kontaktu. Mając na uwadze pozytywny wpływ kontaktu „skóra do skóry” dla noworodków i matek, NIK wskazuje na potrzebę odnotowywania również w dokumentacji medycznej dotyczącej porodów przez cięcie cesarskie czasu trwania tego kontaktu lub czasu trwania „kangurowania”.

(akta kontroli str. 1134-1138)

Kobiety, które urodziły dziecko w Szpitalu otrzymywały od położnych instruktaż prawidłowego przystawiania dziecka do piersi. Przekazywano im również informacje o korzyściach karmienia piersią i zasadach efektywnego karmienia. Na Oddziale zapewniono dostęp do laktatora i lodówki do przechowywania pokarmu.

(akta kontroli str. 1134-1138)

W Szpitalu nie nawiązano współpracy z bankiem mleka kobiecego. Kierownik Oddziału Neonatologicznego wyjaśniła: *Z uwagi na funkcjonowanie Oddziału w systemie „matka z dzieckiem” noworodki karmione są od pierwszych godzin życia*

piersi matki. W przypadku konieczności przekazania noworodka do leczenia w szpitalu o wyższym stopniu referencyjności pozyskujemy od matki pisemną zgodę na karmienie dzieckiem mlekiem z banku kobiecego na odpowiednim druku i dołączamy do kompletu dokumentów wymaganych podczas transportu „N”.

(akta kontroli str. 1160)

W latach 2022-2024 na zakup mleka modyfikowanego na potrzeby noworodków urodzonych w Szpitalu wydatkowano 1291 zł (541 zł w 2022 r., 320 zł w 2023 r. i 430 zł w 2024 r.). Zakupy mleka modyfikowanego dokonywane były w hurtowni farmaceutycznej na podstawie oferty cenowej składanej przez hurtownię na dany rok kalendarzowy. Szpital nie otrzymywał bezpłatnie mleka modyfikowanego. Stosowano trzy marki mleka początkowego. Podczas oględzin²⁵ w Oddziale przechowywano trzy rodzaje mleka początkowego w jednorazowych butelkach.

(akta kontroli str. 1163-1166)

Spośród 30 noworodków urodzonych w Szpitalu w latach 2022-2024, których dokumentację medyczną objęto analizą, 26 dzieciom podawano mleko modyfikowane (dwie matki odmówiły karmienia piersią, dwoje dzieci nie było dokarmianych). W dokumentacji medycznej nie odnotowano wskazań do podawania mleka modyfikowanego, nie odnotowywano również informacji o ilości podawanego mleka modyfikowanego. Sposób podawania mleka modyfikowanego opisano szerzej w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 1137-1138. 1145-1152)

W latach 2022-2024 (I półrocze) w Szpitalu urodziło się troje martwych dzieci, jedno dziecko zmarło do 6. doby życia, wystąpiło 47 poronień. W Szpitalu nie opracowano wewnętrznych procedur dla personelu medycznego dotyczących opieki nad pacjentkami, które poroniły, urodziły martwe dziecko, lub których dziecko zmarło wkrótce po porodzie.

W Szpitalu udostępniano ulotki informacyjne dla pacjentek po stracie dziecka, udostępniano także informacje o możliwości skorzystania z pomocy psychologa. Położna Oddziałowa wyjaśniła: *Nadmieniam, że Oddział współpracuje z fundacją Tęczyowy kocyk. Każde martwo urodzone i utracone dziecko jest ubierane w ubranka i rożek dostarczane przez fundację, aby rodzice mogli godnie pożegnać się i pochować dziecko.*

(akta kontroli str. 154, 566-577, 1207,1220)

Analiza dokumentacji medycznej pięciu pacjentek, które urodziły martwe dziecko lub które poroniły²⁶ wykazała, że:

- pacjentkom zapewniano możliwość pobytu w części ginekologicznej Oddziału, w której nie przebywają kobiety w okresie ciąży lub połogu, które urodziły zdrowe dziecko;
- zapewniono możliwość skorzystania z pomocy psychologa (w analizowanej próbie trzy pacjentki skorzystały z tej formy wsparcia);
- pacjentkom umożliwiono pożegnanie się ze zmarłym dzieckiem;
- informowano pacjentki o możliwości uzyskania dalszej pomocy psychologicznej, miejscach i organizacjach udzielających wsparcia, możliwości pochówku utraconego dziecka,

²⁵ Oględziny przeprowadzono 13 stycznia 2025 r.

²⁶ Dobór celowy, w którym uwzględniono wszystkie pacjentki, które urodziły martwe dziecko i te, u których doszło do poronienia po 12 tygodniu ciąży.

- w dwóch przypadkach sposób postępowania z martwymi płodami był niezgodny ze Standardem i wewnętrzną procedurą, co szerzej opisano w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 1170-1220)

W latach 2022-2024 do Szpitala wpłynęły dwie skargi związane z udzielaniem opieki okołoporodowej. Pierwsza skarga dotyczyła braku udzielenia informacji przez personel medyczny na temat chorego noworodka. Prezes w terminie 12 dni od dnia otrzymania skargi pisemnie udzielił wyczerpujących wyjaśnień skarżącemu. Druga skarga została przekazana do Szpitala na podstawie uchwały Rady Powiatu w Opatowie²⁷ z dnia 27 stycznia 2023 r. Uchwała Rady Powiatu wskazywała, że Rada Powiatu jest organem niewłaściwym do rozpatrzenia skargi. Zgodnie § 2 tej uchwały wniosek przekazano do rozpatrzenia Prezesowi, który nie udzielił odpowiedzi skarżącemu, co zostało szerzej opisane w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*. Skarżący zarzucał, iż Szpital obsługuje znacznie większą liczbę pacjentów pochodzących z innych powiatów niż z powiatu opatowskiego. Prezes w wyjaśnieniach przekazanych Radzie Powiatu wskazał, iż liczba obsłużonych pacjentów z powiatu opatowskiego jest znacznie większa niż liczba pacjentów pochodzących z innych powiatów.

(akta kontroli str. 1315-1325)

Z informacji przekazanej przez dyrektora Świętokrzyskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ w Kielcach²⁸ wynika, że w latach 2022-2024 nie wpłynęły skargi dotyczące udzielanych w Szpitalu świadczeń w zakresie opieki okołoporodowej.

(akta kontroli str. 1336)

Stwierdzone nieprawidłowości

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

1. Poradnia nie zapewniła pacjentkom w ciąży edukacji przedporodowej w sposób zgodny ze Standardem, gdyż na podstawie analizy dokumentacji medycznej 20 pacjentek ustalono, że:

- a) nie opracowywano planów opieki przedporodowej i planów porodu. Efektem edukacji przedporodowej powinny być m.in. opracowane wspólnie z pacjentką i dostosowane do jej stanu zdrowia plany opieki przedporodowej i plany porodu. Zgodnie z częścią IV ust. 3 Standardu edukacja przedporodowa dotycząca okresu prenatalnego (ciąży) obejmuje m.in: opiekę prenatalną – dostępne formy opieki medycznej i plan opieki przedporodowej. Edukacja przedporodowa dotycząca porodu obejmuje – zgodnie z częścią IV ust. 4 Standardu – w szczególności przygotowanie do porodu i plan porodu, w tym preferencje i oczekiwania rodzącej. Stosownie do części V ust. 1 Standardu podczas opieki przedporodowej osoba sprawująca opiekę oraz ciężarna ustalają plan opieki przedporodowej i plan porodu.

(akta kontroli str. 627-787)

Lekarze opiekujący się pacjentkami w Poradni (WK, RS, IK, IF) wyjaśnili: *Indywidualny plan opieki przedporodowej był przedstawiany pacjentkom każdorazowo ustnie podczas wizyty w Poradni z wyjaśnieniem kiedy i jakie*

²⁷ Nr LXXIV.13.2023.

²⁸ Pismo nr NFZ13-WOKiP-SSIW.5100.1.4.2025 z dnia 8 stycznia 2025 r.

badania w przebiegu ciąży powinny być wykonywane. Nie prowadzono natomiast ww. dokumentacji w formie pisemnej, stąd brak ww. druków w dokumentacji. Lekarze nie odnieśli się do przyczyn braku planów porodu.

(akta kontroli str. 802, 806, 811, 821)

Odnosząc się do przedstawionych wyjaśnień NIK zauważa, że plany opieki przedporodowej i plany porodu powinny być sporządzane w formie pisemnej. Zgodnie ze Standardem (część V ust. 2) plan opieki przedporodowej i plan porodu są modyfikowane odpowiednio do sytuacji zdrowotnej ciężarnej i zmieniających się jej potrzeb, oczekiwań w trakcie opieki. Standard określa jakie elementy powinny zawierać te dokumenty (część V ust. 1). Ponadto NIK podkreśla, że spośród 20 pacjentek Poradni, których dokumentację medyczną objęto analizą, wszystkie rodziły w Szpitalu, a zaledwie trzy z nich miały plany porodu.

- b) nie przekazywano pacjentkom informacji o możliwości korzystania z opieki położnej podstawowej opieki zdrowotnej. Zgodnie z częścią II pkt 1 i 2 Standardu osoba sprawująca opiekę nad ciężarną informuje ją o możliwości korzystania z opieki położnej podstawowej opieki zdrowotnej oraz kieruje w okresie pomiędzy ukończonym 21. a 26. tygodniem ciąży w celu objęcia edukacją przedporodową oraz opieką sprawowaną nad nią i dzieckiem w miejscu, w którym będą przebywali po porodzie; odnotowuje w dokumentacji medycznej ciężarnej fakt skierowania do objęcia opieką przez położną podstawowej opieki zdrowotnej.

(akta kontroli str. 799)

Odnosnie kierowania pacjentek do położnej podstawowej opieki zdrowotnej, sprawująca nadzór nad Poradnią, Kierownik Oddziału Gin.-Poł. wyjaśniła: (...) *Położne podstawowej opieki nie wymagają skierowania pisemnego u pacjentek. Pacjentki informujemy o możliwości i miejscach gdzie mogą skorzystać z tej opieki, ale wybór położnej oraz chęć skorzystania z tych usług zależy od ciężarnej. Objęcie pacjentki opieką położnej podstawowej opieki zdrowotnej potwierdza nam ona wpisem w kartę przebiegu ciąży. W załączeniu przykład karty przebiegu ciąży jednej z pacjentek.(...)*

(akta kontroli str. 891-893)

NIK nie znajduje uzasadnienia dla braku realizacji obowiązku odnotowywania w dokumentacji medycznej kobiet faktu skierowania do objęcia opieką przez położną podstawowej opieki zdrowotnej. Nie potwierdza tego przedstawiona karta ciąży jednej ciężarnej.

- c) nie odnotowywano w dokumentacji medycznej pacjentek żadnych informacji o przeprowadzeniu edukacji przedporodowej, co było działaniem nierzetelnym.

(akta kontroli str. 627-786)

Odnosnie niedokumentowania edukacji przedporodowej w dokumentacji pacjentek lekarze poradni wyjaśnili: *Brak wpisu o indywidualnie przeprowadzonej przedporodowej edukacji wynika z braku informacji o konieczności jej udokumentowania. Obecnie wszystkie przeprowadzone formy edukacji są wpisywane do indywidualnej dokumentacji pacjentki.*

(akta kontroli str. 801, 805, 810, 820)

NIK wskazuje, że dokumentowanie procesu edukacji przedporodowej świadczy o realizacji postanowień Standardu i odzwierciedla indywidualne podejście osób sprawujących opiekę do ciężarnych pacjentek.

2. Poradnia nie zapewniła pacjentkom w ciąży niektórych z wymaganych Standardem świadczeń profilaktycznych, działań w zakresie promocji zdrowia oraz badań diagnostycznych, w szczególności:

- a) żadnej z 20 pacjentek, których dokumentację medyczną objęto analizą nie zapewniono badania gruczołów sutkowych, oceny ryzyka i nasilenia objawów depresji, oceny wymiarów miednicy, nie określono ich wzrostu i wskaźnika BMI, nie podejmowano czynności dotyczących propagowania zdrowego stylu życia, nie zebrano danych dotyczących zdrowego stylu życia i nawyków żywieniowych, w tym spożywania alkoholu i innych używek, nie zlecano kontroli stomatologicznej;
- b) badanie podmiotowe i przedmiotowe nie zostało wykonane: u 13 pacjentek w okresie do 10. tygodnia ciąży oraz w okresie 27-32 tygodnia ciąży, u 12 pacjentek w okresie 11-14 tygodnia ciąży oraz w okresie 33-37 tygodnia ciąży, u 11 pacjentek w okresie 15-20 tygodnia ciąży oraz 21-26 tygodnia ciąży, u 14 pacjentek w okresie 38-39 tygodnia ciąży;
- c) pomiar ciśnienia tętniczego krwi nie został wykonany: u sześciu pacjentek do 10. tygodnia ciąży oraz w okresie 38-39 tygodnia ciąży, u siedmiu pacjentek pomiędzy 11-14 tygodniem ciąży, u 11 pacjentek pomiędzy 15-20 tygodniem ciąży, u dwóch pacjentek pomiędzy 21-26 tygodniem ciąży, u jednej pacjentki (w okresie 27-32 tygodnia ciąży);
- d) masa ciała nie została określona: u siedmiu pacjentek do 10. tygodnia ciąży, u sześciu pacjentek pomiędzy 11-14 tygodniem ciąży, u dwóch pacjentek pomiędzy 15-20 tygodniem ciąży oraz pomiędzy 21-26 tygodniem ciąży, u jednej pacjentki w okresie 33-37 tygodnia ciąży, u dziewięciu pacjentek w okresie 38-39 tygodnia ciąży;
- e) oceny ryzyka ciążowego nie dokonano: u siedmiu kobiet do 10. tygodnia ciąży, pomiędzy 15-20 tygodniem ciąży oraz w okresie 27-32 tygodnia ciąży, u ośmiu pacjentek pomiędzy 11-14 tygodniem ciąży, u pięciu pacjentek pomiędzy 21-26 tygodniem ciąży, u czterech pacjentek w okresie 33-37 tygodnia ciąży, u sześciu pacjentek w okresie 38-39 tygodnia ciąży;
- f) ocena czynności serca płodu nie została przeprowadzona: u trzech pacjentek w okresie 21-26 tygodnia ciąży oraz w okresie 33-37 tygodnia ciąży, u czterech pacjentek w okresie 27-32 tygodnia ciąży, u dwóch pacjentek w okresie 38-39 tygodnia ciąży;
- g) badanie położnicze nie zostało przeprowadzone: u 15 pacjentek w okresie 33-37 tygodnia ciąży oraz w okresie 38-39 tygodnia ciąży;
- h) badanie przeciwciał odpornościowych do antygenów krwinek czerwonych nie zostało zlecone u siedmiu pacjentek;
- i) morfologia krwi nie została zlecona; u dwóch pacjentek do 10. tygodnia ciąży oraz w okresie 33-37 tygodnia ciąży, u czterech pacjentek w okresie 15-20 tygodnia ciąży oraz w okresie 27-32 tygodnia ciąży, u 17 pacjentek w okresie 38-39 tygodnia ciąży;
- j) badanie ogólne moczu nie zostało zlecone: u trzech pacjentek do 10. tygodnia ciąży, u sześciu pacjentek w okresie 15-20 tygodnia ciąży, u dwóch pacjentek w okresie 21-26 tygodnia ciąży oraz w okresie 33-37

- tygodnia ciąży, u pięciu pacjentek w okresie 27-32 tygodnia ciąży, u 18 pacjentek w okresie 38-39 tygodnia ciąży;
- k) badanie stężenia glukozy we krwi na czczo nie zostało zlecone u sześciu pacjentek;
 - l) oznaczenia TSH nie zlecono u trzech pacjentek;
 - m) badanie ultrasonograficzne zgodnie z rekomendacjami Polskiego Towarzystwa Ginekologów i Położników nie zostało wykonane: u trzech pacjentek pomiędzy 11-14 tygodniem ciąży, u dwóch pacjentek w okresie 18-22 tygodnia ciąży, u pięciu pacjentek w okresie 27-32 tygodnia ciąży;
 - n) badania stężenia glukozy we krwi po doustnym podaniu glukozy nie zlecono u trzech pacjentek;
 - o) badania antygenu HBs nie zlecono u siedmiu pacjentek.

(akta kontroli str. 627-799)

Lekarze Poradni wyjaśnili, że wszystkie zlecane i wykonane badania były dokumentowane w indywidualnych kartach przebiegu ciąży.

(akta kontroli str. 801, 805, 810, 820)

Kierownik Oddziału Gin.-Poł. dodatkowo wyjaśniła: *Każda z pacjentek miała wykonane badania zgodnie ze standardem opieki okołoporodowej, co potwierdza wpis w karcie przebiegu ciąży, ale nie wszystkie wykonywane były w Poradni ginekologicznej w Opatowie.*

(akta kontroli str. 820)

Wyjaśnienia nie zasługują na uwzględnienie. Brakujące badania diagnostyczne są wykonywane lub pobierane na miejscu w Szpitalu. Ich wyniki odbierane są z miejscowego Medycznego Laboratorium Diagnostycznego przez położną pełniącą dyżur w Poradni, w związku z czym powinny znajdować się w historiach zdrowia i choroby pacjentek. Karty przebiegu ciąży nie były dołączane do dokumentacji medycznej pacjentek. Przedstawione NIK wzory kart ciąży stosowanych w Poradni nie zawierają informacji o wszystkich wymaganych Standardem świadczeniach profilaktycznych, działaniach w zakresie promocji zdrowia oraz badań diagnostycznych, np. o ocenie ryzyka i nasilenia objawów depresji, BMI.

3. Dokumentacja medyczna pacjentek Poradni, Oddziału Gin.-Poł. i pacjentów Oddziału Neonatologicznego prowadzona była z naruszeniem przepisów rozporządzenia w sprawie dokumentacji medycznej w następującym zakresie:

- a) Dokumentacja medyczna pacjentek Poradni była prowadzona w formie papierowej, co było niezgodne z § 1 ust. 1 rozporządzenia, zgodnie

z którym dokumentacja medyczna jest prowadzona przez podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych w postaci elektronicznej.

(akta kontroli str. 842-868)

Koordinator Poradni Specjalistycznej wyjaśniła: *Dokumentacja poradni ginekologiczno-położniczej jest prowadzona w formie papierowej ze względów organizacyjno-technicznych.*

(akta kontroli str. 871)

Prezes wyjaśnił, że dokumentacja jest prowadzona w formie papierowej z przyczyn technicznych.

(akta kontroli str. 602)

NIK nie może uznać wyjaśnień za uzasadnione, ponieważ w Szpitalu funkcjonuje 19 poradni specjalistycznych i oprócz Poradni tylko w pięciu z nich (kardiologiczna, kardiologiczna dziecięca, ortopedyczna, psychologiczna, leczenia uzależnień) prowadzono dokumentację w formie papierowej. Ze względu na wprowadzenie w Poradni dokumentacji medycznej w formie elektronicznej podczas kontroli, NIK odstępuje od formułowania wniosku pokontrolnego.

- b) Dokumentacja medyczna pacjentek Poradni nie była chronologicznie uporządkowana i ponumerowana, a dokumentacja medyczna pacjentek Oddziału Gin.-Poł. i noworodków urodzonych w Szpitalu nie była ponumerowana. Zgodnie z § 6 ust. 1 rozporządzenia w sprawie dokumentacji medycznej strony wydruku dokumentacji oraz strony dokumentacji w postaci papierowej są numerowane i stanowią chronologicznie uporządkowaną całość.

(akta kontroli str. 842-868, 1134-1138)

Koordinator Poradni Specjalistycznej wyjaśniła: *Nieuporządkowanie i brak ponumerowania dokumentacji wynikało z braku wiedzy położnej, która wówczas pracowała w poradni ginekologiczno-położniczej.*

(akta kontroli str. 871)

Prezes wyjaśnił: *W związku ze wskazaną uwagą przeprowadzono rozmowę z personelem, wskazując na konieczność jej numerowania i prowadzenia w sposób zgodny zobowiązującym prawem.*

(akta kontroli str. 1166)

- c) Karty ciąży nie zostały dołączone do dokumentacji medycznej (analizowanej w trakcie kontroli) wszystkich 20 pacjentek Poradni oraz 27 z 30 pacjentek Oddziału Gin.-Poł. Zgodnie § 39 ust. 1 rozporządzenia w sprawie dokumentacji medycznej podmiot sprawujący opiekę nad kobietą ciężarną prowadzi kartę przebiegu ciąży. Karta ta stanowi dokumentację indywidualną zewnętrzną (§ 2 ust. 4 pkt 3 rozporządzenia). W dokumentacji indywidualnej wewnętrznej dokonuje się wpisu o wydaniu dokumentacji indywidualnej zewnętrznej oraz zamieszcza się adres repozytorium, pod którym znajduje się wydana dokumentacja indywidualna zewnętrzna, lub załącza się cyfrowe odwzorowanie tej dokumentacji w postaci papierowej. W przypadku prowadzenia dokumentacji indywidualnej wewnętrznej w postaci papierowej załącza się kopię lub dokładny opis wydanej dokumentacji indywidualnej zewnętrznej (§ 2 ust. 5 rozporządzenia). Zgodnie z § 15 ust. 3 pkt 1 rozporządzenia, w szpitalu do historii choroby pacjenta

dołącza się również dokumentację indywidualną udostępnioną przez pacjenta, w szczególności m.in. kartę przebiegu ciąży,

(akta kontroli str. 627-786, 799)

Koordinator Poradni Specjalistycznej wyjaśniła: *Dokumentacja w poradni ginekologiczno-położniczej prowadzona jest przez lekarzy, ja jako koordynator nie decyduję o sposobie prowadzenia i ewentualnych dokumentach jakie powinna zawierać historia choroby pacjenta.*

(akta kontroli str. 871)

Kierownik Oddziału Gin.-Poł. wyjaśniła: *Od 1 grudnia 2024 r. kserokopie kart przebiegu ciąży są dołączane do historii choroby pacjentek, które urodziły w oddziale.*

(akta kontroli str. 1141)

- d) Dokonywane przez lekarza podczas wizyt w Poradni wpisy w dokumentacji medycznej trzech pacjentek były nieczytelne, co było niezgodne § 4 ust. 1 rozporządzenia w sprawie dokumentacji medycznej. Przepis ten stanowi, że wpisu w dokumentacji w postaci papierowej dokonuje się w sposób czytelny.

(akta kontroli str. 843-844, 846-851, 854-859, 861-868)

Kierownik Oddziału Gin.-Poł. wyjaśniła: *Czytelność wpisów zależy od charakteru pisma osoby piszącej – poprawę czytelności wpisów można poprawić przez prowadzenie dokumentacji w formie elektronicznej.*

(akta kontroli str. 821)

NIK zauważa, że stosownie do art. 6 ust. 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta²⁹, pacjent ma prawo do świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej. Zapewnieniu tego prawa służy m.in. rzetelne prowadzenie dokumentacji medycznej, która jest źródłem informacji o pacjencie. Proces ten ma istotne znaczenie, ponieważ nie tylko odzwierciedla czynności podejmowane wobec pacjenta przez personel medyczny, ale stanowi także formę wzajemnego przekazywania informacji o jego stanie zdrowia w trakcie procesu diagnostyczno-terapeutycznego. Nieprzestrzeganie wymogów dotyczącej jej prowadzenia, szczególnie w sytuacji, gdy z dokumentacji korzysta więcej niż jeden lekarz, utrudnia rzetelną analizę problemów zdrowotnych pacjenta oraz uniemożliwia przypisanie odpowiedzialności za leczenie pacjenta.

4. Podczas przyjęcia do Oddziału nie uzyskano zgody dwóch pacjentek³⁰ na hospitalizację, proponowane leczenie i badania. Nie uzyskano podpisów tych pacjentek na oświadczeniach o zapoznaniu z prawami pacjenta oraz upoważnieniach do otrzymania informacji o udzielonych świadczeniach i stanie zdrowia lub w przypadku śmierci – do uzyskania na koszt wnioskodawcy wyciągu, odpisu bądź kopii dokumentacji medycznej. Zgodnie z art. 16 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, pacjent ma prawo do wyrażenia zgody na udzielenie określonych świadczeń zdrowotnych lub odmowy takiej zgody, po uzyskaniu informacji w zakresie określonym w art. 9. Zgodnie z art. 26 ust. 1 tej ustawy podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych udostępnia

²⁹ Dz. U. z 2024 r. poz. 581.

³⁰ Spośród 30, których dokumentację medyczną objęto analizą

dokumentację medyczną pacjentowi lub jego przedstawicielowi ustawowemu, bądź osobie upoważnionej przez pacjenta.

(akta kontroli str. 894, 1023, 1134-1136)

Kierownik Oddziału Gin.-Poł. wyjaśniła: (...) *należy zwrócić uwagę, iż obydwie pacjentki były przyjmowane w trybie pilnym, w stanach zagrożenia, ostrą zamartwicą płodu oraz pęknięciem macicy w bliżnie po uprzednim cięciu cesarskim. Powodem ww. niedopatrzenia była prawdopodobnie konieczność szybkiego przekazania pacjentek do oddziału celem interwencji operacyjnej.*

(akta kontroli str. 882)

NIK wskazuje, że jeśli pacjentki nie mogły podpisać zgody, oświadczenia i upoważnienia ze względu na stan zdrowia, adnotacja o przyczynach braku podpisów lub o wyrażeniu zgody ustnej powinna zostać odnotowana przez personel w dokumentacji medycznej.

5. W przypadku 11 pacjentek z 13 rodzących siłami natury, u których wykonano zabieg epizjotomii, nie uzyskano zgody rodzącej na wykonanie tego zabiegu, w dokumentacji medycznej nie odnotowano przyczyn wykonania tego zabiegu oraz adnotacji o przekazaniu pacjentce informacji o konieczności jego wykonania, co było działaniem nierzetelnym.

(akta kontroli str. 894-1136)

Kierownik Oddziału Gin.-Poł. wyjaśniła: *Należy wyjaśnić, że w 10 przypadkach były to pierworódki, u których niewykonanie nacięcia krocza mogło stanowić zagrożenie jego pęknięcia, z następowym zaburzeniem statyki narządu rodnego – decyzja o konieczności wykonania nacięcia krocza jest podejmowana ad hoc w trakcie wyrzynania się główki płodu przez osobę prowadzącą poród, a o tym fakcie pacjentka jest informowana ustnie – przed porodem. W większości przypadków nie ma konieczności wykonania nacięcia krocza, jak również nie istnieją nadzoru specjalistycznego co do wyrażania świadomej zgody na ww. zabieg. W przypadku pacjentki KS wskazaniem do nacięcia krocza w ciąży II była makrosomia płodu (masa urodzeniowa dziecka 3800 g).*

(akta kontroli str. 883)

Odnosząc się do wyjaśnień, NIK podkreśla, że zgodnie z częścią X ust. 4 pkt 7 Standardu osoba sprawująca opiekę rozpoznaje II okres porodu, opierając się na obserwacji zachowania rodzącej, jej odczuć oraz wyniku badania położniczego wewnętrznego. W tym okresie porodu osoba sprawująca opiekę jest obowiązana do podjęcia, realizacji oraz udokumentowania wykonania m.in. ochrony krocza, przy czym nacięcie krocza należy stosować wyłącznie w medycznie uzasadnionych przypadkach. Skoro nacięcie krocza nie jest zabiegiem rutynowym, to nie jest objęte zgodą ogólną na hospitalizację, a każde jego wykonanie powinno być uzasadnione w dokumentacji medycznej.

6. W Szpitalu nie umożliwiano noworodkom kontaktu z matką "skóra do skóry", w zakresie i czasie określonym w Standardzie. U 13 pacjentek rodzących siłami natury, których dokumentację medyczną poddano analizie, kontakt "skóra do skóry" w nieprzerwanym wymiarze dwóch godzin bezpośrednio po porodzie nie wystąpił w żadnym przypadku. U jednej pacjentki – kontakt ten nie wystąpił w ogóle, u jednej pacjentki trwał 1 minutę, u dwóch – 5 minut, u dwóch – 10 minut, u jednej – 30 minut, w przypadku trzech – 2 godziny, ale nie nastąpił bezpośrednio po porodzie, lecz po badaniu noworodka przez lekarza neonatologa. W przypadku trzech pozostałych pacjentek na podstawie

dostępnej dokumentacji nie było możliwe określenie czasu trwania tego kontaktu, ponieważ nie odnotowano długości jego trwania lub wykazywano inny czas w dokumentacji matki, a inny w dokumentacji noworodka. Zgodnie z częścią XIII ust. 1 pkt 8 Standardu, bezpośrednio po urodzeniu należy umożliwić dziecku nieprzerwany kontakt z matką "skóra do skóry", trwający dwie godziny po porodzie.

(akta kontroli str. 1134-1138)

Kierownik Oddziału Neonatologicznego wyjaśniła: (...) *w zakresie obowiązków wskazane zostało „ sprawowanie opieki lekarskiej nad noworodkiem od urodzenia do chwili jego wypisu ze szpitala”. Karta stanowiska pracy wymienia jedynie lekarzy Oddziału Neonatologicznego jako personel mi podległy. Położne i pielęgniarki sprawujące opiekę w systemie „matka z dzieckiem” są pracownikami Oddziału Położniczo-Ginekologicznego i w ramach tej podległości organizowany jest proces planowania, organizowania, motywowania i kontroli pracy położnych i pielęgniarek w tym szczegółowe procedury postępowania. Pediatra/neonatolog jest zwyczajowo wzywany w II okresie porodu do Sali porodowej i obserwuje noworodka od pierwszej minuty życia nie organizując jednak sprawowania opieki przez położne i pielęgniarki. Z powyższych uwarunkowań wynika brak możliwości udzielania merytorycznej odpowiedzi na zadane pytanie.*

(akta kontroli str. 1145)

Położna Oddziałowa wyjaśniła: *W wymienionych przypadkach Kontakt „skóra do skóry” został przerwany z powodu konieczności wykonania badania lekarskiego noworodka. Nadmieniam, że w naszym oddziale zwracamy szczególną uwagę na poporodowy kontakt noworodka z rodzicami. Zachęcamy przyszłych rodziców do skorzystania z możliwości odbycia porodu rodzinnego oraz do kangurowania noworodka przez oboje rodziców.*

(akta kontroli str. 1149-1152)

7. W Szpitalu dokarmiano noworodki mlekiem modyfikowanym w sposób niezgodny ze Standardem. Dla 26 z 30 dzieci, których dokumentację medyczną objęto analizą, podawano mleko modyfikowane bez dokonania dokładnej diagnozy problemu z karmieniem piersią, nie podejmowano prób karmienia odciągniętym mlekiem matki, a w dokumentacji medycznej nie odnotowano wskazań do podawania mleka modyfikowanego (zalecenia lekarzy, wyraźna prośba matki), nie odnotowywano również informacji o ilości podawanego mleka modyfikowanego. Zgodnie z ust. 3 cz. XIII Standardu, należy zapewnić warunki prawidłowej laktacji i odżywiania noworodka m.in. przez: dokonywanie, w pierwszych dniach po urodzeniu, bieżących obserwacji cech dobrego przystawienia i pozycji przy piersi oraz objawów skutecznego i nieskutecznego karmienia (w szczególności liczba karmień, stolców i mikcji na dobę, czas trwania i rytm odgłosu połykania podczas karmienia, przyrost masy tzw. wskaźniki skutecznego karmienia), których wyniki są odnotowywane w dokumentacji medycznej; w przypadku stwierdzenia nieskutecznego karmienia piersią należy zdiagnozować problem na podstawie oceny umiejętności ssania i wdrożyć postępowanie zgodnie z aktualną wiedzą na temat laktacji w celu umożliwienia skutecznego nakarmienia noworodka mlekiem matki z piersi, a jeżeli nie jest to możliwe - odciągniętym mlekiem matki. Należy przy tym uwzględnić prawidłowy dobór metody dokarmiania, który zgodnie z aktualną wiedzą nie zwiększy ryzyka pojawienia się problemów ze ssaniem piersi i laktacją. Diagnozę i przeprowadzone postępowanie należy odnotować w dokumentacji medycznej.

Podawanie sztucznego mleka początkowego powinno mieć miejsce wyłącznie na zlecenie lekarza lub zgodnie z decyzją matki, po wcześniejszym udzieleniu jej informacji o takim żywieniu.

(akta kontroli str. 1134-1138)

Kierownik Oddziału Neonatologicznego wyjaśniła: *Podawanie mleka modyfikowanego jest zlecane przez lekarza pediatrę/neonatologa bardzo rzadko i odnotowywane w dokumentacji medycznej. Pozostałe przypadki podawania mleka modyfikowanego wynikają prawdopodobnie z oczekiwań matek kierowanych do położnych. W odniesieniu do wszystkich matek przeprowadzam osobiście codzienną rozmowę mającą na celu edukację zdrowotną i wsparcie karmienia piersią zwracając uwagę na aspekty wymieniane w standardach opieki okołoporodowej.*

(akta kontroli str. 1145)

Położna Oddziałowa wyjaśniła: *Po przeanalizowaniu dokumentacji medycznej informuję, że mleko modyfikowane zostało podane na prośbę matek w wyniku nieskutecznego lub niewystarczającego karmienia piersią.*

(akta kontroli str. 1149)

8. W dwóch przypadkach sposób postępowania pracowników Szpitala ze zwłokami dwójki dzieci (16 i 18 tydzień ciąży) był niezgodny ze Standardem i *Procedurą postępowania ze zwłokami osób w zmarłych w szpitalu. Postępowanie w przypadku dziecka martwo urodzonego*, ponieważ w jednym przypadku zwłoki dziecka nie zostały przekazane do prosektorium i z Oddziału wydane bezpośrednio rodzinie dziecka, w drugim przypadku zwłoki wydano w prosektorium bezpośrednio rodzinie dziecka, bez udziału pracownika firmy pogrzebowej. Stanowiło to naruszenie ust. 3 pkt 10 części XV Standardu, zgodnie z którym pacjentkom udziela się wyczerpującej informacji na temat obowiązującego stanu prawnego, jak również o możliwości pochówku. Personel Szpitala był więc zobowiązany do poinformowania pacjentek o przepisach prawa związanych z pochówkiem, w tym o konieczności przewożenia zwłok specjalnymi środkami transportu. Zgodnie bowiem z § 10 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 7 grudnia 2001 r. w sprawie postępowania ze zwłokami i szczątkami ludzkimi³¹, przewożenie zwłok jest dozwolone specjalnie do tego celu przeznaczonymi środkami przewozowymi. § 2 tego rozporządzenia stanowi, że za zwłoki uważa się ciała osób zmarłych i dzieci martwo urodzonych, bez względu na czas trwania ciąży. Zgodnie z obowiązującą w Szpitalu *Procedurą postępowania ze zwłokami osób w zmarłych w szpitalu. Postępowanie w przypadku dziecka martwo urodzonego*, zwłoki dziecka martwo urodzonego powinny być przekazane do prosektorium Szpitala po dwóch godzinach od stwierdzenia zgonu (cz. III i IV Procedury).

(akta kontroli str. 1170-1206, 1209-1210)

Położna Oddziałowa wyjaśniła: *Płód do pochówku omyłkowo został wydany ojcu bezpośrednio z Oddziału (odebranie płodu przez ojca zostało udokumentowane podpisem w rejestrze prowadzonym w oddziale). Położna pełniąca dyżur w tym dniu działała pod wpływem emocji, stąd wydanie płodu bezpośrednio ojcu. W najbliższym czasie zostało zaplanowane szkolenie przypominające z procedury Procedura*

³¹ Dz. U. z 2021 r. poz. 1910.

postępowania ze zwłokami osób w zmarłych w szpitalu. Postępowanie w przypadku dziecka martwo urodzonego.

(akta kontroli str. 1208)

Pracownik prosektorium wyjaśnił: Zwłoki dziecka zostały wydane ojcu dziecka zgodnie z życzeniem rodziny, tj. rodziców dziecka. Jako pracownik prosektorium nie widziałem podstaw do odmowy wydania tych zwłok. Zgodnie bowiem z procedurą obowiązującą w Szpitalu (...) do obowiązków Szpitala należy wydanie zwłok dziecka martwo urodzonego osobom uprawnionym do ich pochowania. (...) W związku z tym ojciec dziecka był uprawniony do odbioru zwłok i ich pochówku.

(akta kontroli str. 1218)

Mając na uwadze stan psychiczny rodziców doświadczających straty dziecka, NIK podkreśla, że to pracownicy Szpitala powinni informować rodzinę zmarłych dzieci o przepisach prawach związanych z pochówkiem, w tym również o potrzebie zorganizowania odpowiedniego transportu zwłok.

9. Prezes nie udzielił odpowiedzi osobie wnoszącej skargę, która została przekazana do Szpitala uchwałą Rady Powiatu w Opatowie z dnia 27 stycznia 2023. W § 2 tej uchwały wskazano Prezesa jako osobę właściwą do rozpatrzenia wniosku. Odpowiedź na skargę została przekazana tylko do Rady Powiatu, nie zaś również do skarżącego.

(akta kontroli str. 1315-1322, 1338)

Prezes wyjaśnił: Wniosek przekazany uchwałą Rady Powiatu Opatowskiego nr LXXIV.13.2023 z dnia 27 stycznia 2023 r. nie został postawiony bez rozpoznania albowiem w wyniku wpływu tego wniosku przeprowadzono postępowanie wyjaśniające. Wnioski z postępowania wyjaśniającego zawarto w protokole kontroli doraźnej w Oddziale Ginekologiczno-Położniczym z dnia 2 lutego 2023 r., którego kopie przekazano do Rady Powiatu. Omyłkowo nie przesłano wskazanego protokołu do wnioskodawcy, uznając ze skoro wniosek wpłynął do Rady Powiatu to Rada Powiatu przekaże protokół wnioskodawcy. Dodatkowo żądania odpowiedzi nie zgłosił także sam wnioskodawca wnosząc o sprawdzenie i wyciągnięcie wniosków.

(akta kontroli str. 1301, 1319)

OCENA CZĄSTKOWA

Pacjentkom Poradni nie zapewniono stosownej edukacji przedporodowej, w szczególności dotyczącej przygotowania planów opieki przedporodowej i planów porodu. Nie miały one także zlecanych i przeprowadzanych niektórych z wymaganych badań diagnostycznych i świadczeń profilaktycznych. Pacjentki zgłaszające się do porodu były prawidłowo przyjmowane do Szpitala poza dwiema, od których nie uzyskano zgody na hospitalizację. Na ogół zapewniono im opiekę i wsparcie zgodne z obowiązującym Standardem. W przypadkach konieczności wykonania zabiegu epizjotomii nie informowano pacjentek o przyczynach jego wykonania i nie uzyskiwano od nich odrębnych zgód, co w ocenie NIK było działaniem nierzetelnym. Urodzonym w Szpitalu noworodkom zapewniono wymagane badania i świadczenia. Nie przestrzegano jednak wymogów dotyczących zapewnienia nieprzerwanego kontaktu „skóra do skóry” oraz dokarmiano noworodki w sposób niezgodny ze Standardem. Stwierdzono także nieprawidłowość polegającą na nieprawidłowym postępowaniu personelu z dwoma płodami. Dokumentacja medyczna pacjentek Poradni, Oddziału Gin.-Poł. i noworodków nie zawierała wszystkich wymaganych elementów i nie w pełni odzwierciedlała świadczenia jakich im udzielano. W jednym przypadku nie udzielono odpowiedzi wnoszącemu skargę.

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. Rzetelne opracowanie wskaźników opieki okołoporodowej, poprzedzone analizą dotychczasowych danych dotyczących opieki okołoporodowej w Szpitalu. 2. Podjęcie działań organizacyjnych mających na celu wyeliminowanie przypadków nieprzerwanego udzielania przez zbyt długi okres świadczeń zdrowotnych przez lekarzy zatrudnionych w Szpitalu na podstawie umów cywilnoprawnych. 3. Ustalanie planów opieki przedporodowej i planów porodu dla pacjentek Poradni. 4. Odnotowywanie w dokumentacji medycznej prowadzonej w Poradni faktu skierowania pacjentek w ciąży do objęcia opieką przez położną podstawowej opieki zdrowotnej i informacji o zakresie przeprowadzonej edukacji przedporodowej. 5. Zlecenie pacjentkom w ciąży wszystkich wymaganych badań diagnostycznych i procedur medycznych oraz zapewnienie im wszystkich świadczeń wymaganych Standardem. 6. Uzyskiwanie w każdym przypadku zgody pacjentów na hospitalizację. 7. Przeprowadzanie zabiegów epizjotomii po wcześniejszym przekazaniu pacjentkom informacji o konieczności jego wykonania i uzyskaniu ich zgody. 8. Zapewnienie nieprzerwanego kontaktu noworodka z matką „skóra do skóry” w każdym przypadku, jeżeli nie istnieją przeciwwskazania. 9. Dokarmianie noworodków mlekiem modyfikowanym tylko w niezbędnych przypadkach, po przeprowadzeniu szczegółowej diagnozy dotyczącej problemów z karmieniem piersią. 10. Prowadzenie dokumentacji medycznej pacjentów w sposób zgodny z obowiązującymi przepisami, w tym z uwzględnieniem wszystkich informacji o świadczeniach, których im udzielono. 11. Podjęcie działań mających na celu wyeliminowanie przypadków niewłaściwego postępowania ze zwłokami dzieci. 12. Udzielanie odpowiedzi wszystkim wnoszącym skargi na działalność Szpitala.
Uwagi	NIK nie formułuje uwag.

V. Pozostałe informacje i pouczenia

Wystąpienie pokontrolne zostało sporządzone w postaci elektronicznej.

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, 23 stycznia 2025 r.

Kontrolerzy

Kinga Komenda
doradca techniczny

/podpisano elektronicznie/

Dawid Juwa
specjalista kontroli państwowej

/podpisano elektronicznie/

Najwyższa Izba Kontroli

Delegatura w Kielcach
p.o. Wicedyrektor
Krzysztof Wilkosz

/podpisano elektronicznie/