



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Lublinie

LLU.410.002.01.2020

**Pan
Adam Chodziński
Dyrektor Wojewódzkiego Szpitala
Specjalistycznego w Białej Podlaskiej**

ul. Terebelska 57-65
21-500 Biała Podlaska

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

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

NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Lublinie

ul. Okopowa 7, 20-022 Lublin

T +48 81 461 31 20, F +48 81 461 31 11

llu@nik.gov.pl

Adres korespondencyjny: Skr. poczt. P-112, 20-001 Lublin 1

I. Dane identyfikacyjne

Jednostka kontrolowana	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Białej Podlaskiej (dalej: Szpital lub WSzS), ul. Terebelska 57-65, 21-500 Biała Podlaska
Kierownik jednostki kontrolowanej	Adam Chodziński, Dyrektor od 20.11.2019 r., w okresie od 1.10.2019 r. do 19.11.2019 r. p.o. Dyrektora. W okresie objętym kontrolą funkcję kierownika jednostki poprzednio pełnił także Dariusz Oleński, Dyrektor od 24.06.2004 r. do 30.09.2019 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 czynności kontrolnych), z wykorzystaniem dowodów sporządzonych przed tym okresem, mających 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 Lublinie
Kontroler	Katarzyna Kuzioła, specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LLU/32/2020 z 17.02.2020 r. (akta kontroli t. I str.1-2, 392-393, t. II str. 1-2)

II. Ocena ogólna³ kontrolowanej działalności

OCENA OGÓLNA

Szpital zapewnił w Oddziale Ginekologiczno-Położniczym - wynikające z przepisów prawa dla trzeciego poziomu referencyjnego – warunki lokalowe i sprzętowe oraz kadrowe niezbędne do opieki nad pacjentkami, które poroniły, urodziły martwe dziecko lub których dziecko zmarło tuż po porodzie. Personel Oddziału podnosił swoje kwalifikacje poprzez uczestnictwo w licznych kursach, szkoleniach i konferencjach. Opieka nad pacjentkami sprawowana była w pomieszczeniach umożliwiających zapewnienie poczucia intymności, które spełniały warunki ogólnoprzestrzenne i sanitarne, wyposażone w wymagany sprzęt, który poddawany był regularnym przeglądom. Zgodnie z obowiązującymi standardami i procedurami wewnętrznymi pacjentki, które doświadczyły sytuacji szczególnych nie były umieszczane z pacjentkami, które urodziły zdrowe dziecko⁴. W Szpitalu monitorowano wskaźniki okołoporodowe. Poddana analizie dokumentacja medyczna 60 pacjentek prowadzona była prawidłowo. W całym okresie pobytu w Szpitalu

¹ Należy przez to 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.

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

⁴ Umieszczanie pacjentek w salach analizowano na podstawie danych z dokumentacji medycznej za listopad i grudzień 2019 r.

pacjentki otrzymywały pomoc psychologiczną stosownie do potrzeb. Stwierdzono jednak 25 przypadków nieprzerwanego wykonywania przez lekarzy, zatrudnionych na podstawie umów cywilnoprawnych, czynności zawodowych powyżej 24 godzin, co mogło mieć wpływ na jakość świadczonej opieki i zapewnienie pacjentkom bezpieczeństwa. Stwierdzono także liczne przypadki niedokonywania bieżącej aktualizacji danych o potencjale wykonawczym (zatrudnieniu bądź ustaniu zatrudnienia personelu medycznego), wyznaczonym do realizacji umowy zawartej z Lubelskim Oddziałem Wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia w Lublinie.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego oraz oceny cząstkowej⁵ kontrolowanej działalności

OBSZAR

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

Opis stanu faktycznego

1. W okresie od 31.05.2016 r. do dnia zakończenia kontroli zgodnie z Regulaminem organizacyjnym⁶ w Szpitalu funkcjonował m.in.:

1) Oddział Ginekologiczno-Położniczy (dalej: Oddział) z Pododdziałami⁷ o trzecim poziomie referencyjnym:

- Ginekologii z Pracownią Badań USG, salą intensywnej opieki ginekologicznej, salą przygotowawczą do zabiegów i gabinetem diagnostyczno-zabiegowym;
- Położniczy z salą przygotowawczą i KTG, salą porodów rodzinnych, salą porodową, salą porodową septyczną, salą cięć cesarskich ze stanowiskiem resuscytacji noworodka, salą dla położnic i noworodka w pierwszych godzinach życia po porodzie powikłanym, dwoma gabinetami diagnostyczno-zabiegowymi i pokojami łóżkowymi matka-dziecko;
- Patologii Ciąży z gabinetem diagnostyczno-zabiegowym, salą przygotowawczą i KTG;

2) Oddział Neonatologiczny z Pododdziałami:

- Noworodkowym z gabinetem diagnostyczno-zabiegowym oraz salami zabiegowymi noworodków;
- Patologii Noworodka i Niemowlęcia z stanowiskami opieki ciągłej i stanowiskami opieki pośredniej;
- Intensywnej Terapii Noworodka i Niemowlęcia ze stanowiskami intensywnej terapii noworodka i stanowiskami intensywnej terapii noworodka – septycznymi.

Hospitalizowanie pacjentek w Oddziale, które doświadczyły poronienia, urodziły martwe dziecko lub urodziły dziecko, które zmarło zaraz po porodzie zostało określone w: Procedurze postępowania położnej w sytuacji wystąpienia niektórych powikłań lub niepowodzeń położniczych⁸. Zgodnie z tą procedurą położna opiekująca się pacjentką zobowiązana była do zapewnienia jej szczególnej pomocy m.in. poprzez zapewnienie odpowiedniego środowiska opieki, tj. położenie na sali chorych, w której pacjentka nie będzie miała stałego kontaktu z matkami, które urodziły zdrowe

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 Zarządzenie nr 14/12 z dnia 12.03.2012 r. Dyrektora WSzS w sprawie ustalenia tekstu Regulaminu organizacyjnego WSzS w Białej Podlaskiej ze zm. (m.in.: nr 44/16 z 31.05.2016 r., nr 27/17 z 06.04.2017 r., nr 42/17 z 05.06.2017 r., nr 15/18 z 30.01.2018 r., nr 59/18 z 14.06.2018 r., nr 10/19 z 10.01.2019 r., nr 75/19 z 28.05.2019 r., nr 107/19 z 27.09.2019 r. i nr 35/20 z 17.03.2020 r.).

⁷ Z 82 łózkami do dnia 9 stycznia 2019 r. oraz 73 łózkami od dnia 10 stycznia 2019 r.

⁸ Dalej: procedura postępowania położnej z 1.06.2016 r. Nr 6-16/MOG/PWO/1/16 zmieniona procedurą z 2.02.2017 r. Nr 201/MOG/PWO/17/I oraz z 3.02.2020 r. Nr 201/MOG/PWO/20/II.

dzieci. Nadzór nad prawidłową realizacją procedury pełni Położna Oddziałowa. Dołączona do procedury lista osób, które zapoznały się z jej treścią zawierała imiona i nazwiska oraz podpisy wszystkich położnych zatrudnionych w Oddziale w danym okresie.

Oddziałowa wyjaśniła, że *porody martwych dzieci odbywają się w wydzielonym odcinku Położnictwa B na osobnej, jednostanowiskowej sali porodowej B. Zgodnie z procedurą nr 201/MOG/PWO/20/II w oddziale są wydzielone sale nr 2B w Pododdziale Położniczym oraz Sala nr 7 w Pododdziale Ginekologicznym i tam jest możliwe pożegnanie z martwym dzieckiem. Sale są wyposażone w łóżka sterowane elektrycznie (2B) wraz z szafkami przyłóżkowymi, fotel wypoczynkowy, mobilny blat do spożywania posiłków, osobny węzeł sanitarny (2B), telewizor, żaluzje dzień-noc.*

W ramach Oddziału Ginekologiczno-Położniczego wydzielono tzw. trakt porodowy z salą cięć cesarskich składający się z: czterech pojedynczych pokoiów porodowych, w tym jeden pokój porodowy z wanną do imersji wodnej, jednego pojedynczego pokoju porodowego w odcinku B Pododdziału Położniczego, sali cięć cesarskich (ze stanowiskiem noworodkowym do resuscytacji noworodka), pokoju noworodka, gabinetu zabiegowego, łazienki z natryskiem, dwóch toalet, dyżurki położnych oraz brudownika wyposażonego w myjnię – dezynfektor⁹.

Oddziałowa wyjaśniła, że odcinek Traktu Porodowego¹⁰ został doposażony w sprzęt podnoszący jakość opieki nad kobietą rodzącą zgodnie ze standardami opieki okołoporodowej. Zostało zakupione krzesło porodowe, drobny sprzęt do łagodzenia dolegliwości bólowych w porodzie i poprawiający komfort rodzącej, jak i personelu w porodzie aktywnym. Każdy pokój porodowy jest wyposażony w łóżka porodowe Typu Affinity I Hill-Rom, aparat KTG z możliwością podłączenia do systemu centralnego nadzoru i monitoringu zapisów MONACO, kardiomonitor z pulsoksymetrem, detektory tętna płodu, pompy infuzyjne, sprzęt umożliwiający prowadzenie i przyjęcie porodu w pozycji wertykalnej. Ponadto do pokoju noworodka zakupiono Stanowisko do Resuscytacji Typu Panda, zaś w oddziale zrealizowano projekt "Identyfikacji wizualnej Oddziału w ramach, którego wyremontowano pomieszczenia pobytu matki z dzieckiem (system rooming-in) oraz utworzono dwa pokoje relaksu dla pacjentek Oddziału. W oddziale jest zatrudniony psycholog, który udziela wsparcia pacjentkom oraz pracownikom. Utworzono również Centrum Kobieta-Matka-Dziecko, do którego przeniesiono wszystkie ambulatoryjne elementy opieki koordynowanej nad kobietą i dzieckiem (KOC): Poradnia Ginekologiczno-Położnicza, Poradnia Laktacyjna, gabinet KTG i punkt wypożyczania mobilnych aparatów KTG oraz Szkoła rodzenia - Akademia Narodzin

(akta kontroli t. I str. 16-39, 74-91, t. II str. 35-39, t. III str. 68-133)

2. W okresie objętym kontrolą w WSzS liczba noworodków żywo urodzonych wyniosła 1425 w 2017 r., 1340 w 2018 r., 1277 w 2019 r. W analogicznym okresie liczba sytuacji szczególnych¹¹ wyniosła – odpowiednio: 218, 184 i 209, co stanowiło

⁹ Ustaleń dokonano na podstawie przedłożonej przez Szpital dokumentacji, w tym m.in. protokołu sporządzonego przez Wojewódzkiego Konsultanta w dziedzinie pielęgniarstwa ginekologiczno-płożniczego z dnia 29.06.2018 r., wyników czynności sprawdzających przeprowadzonych przez NFZ w dniu 22 czerwca 2017 r. w związku z prowadzonym postępowaniem w sprawie zawarcia umów o udzielenie świadczeń w rodzaju świadczenia kontraktowane odrębnie w zakresie koordynowanej opieki nad kobietą w ciąży na II lub III poziomie opieki perinatalnej (KOC II/III). W związku z ogłoszonym stanem epidemii w Polsce i zakazem odwiedzin w Oddziałach Szpitala, w toku niniejszej kontroli NIK odstąpiono od przeprowadzania oględzin Oddziału.

¹⁰ Od czasu kontroli przeprowadzonej przez Wojewódzkiego Konsultanta w dziedzinie pielęgniarstwa ginekologiczno-płożniczego w dniu 29.06.2018 r.

¹¹ Z dniem 1 stycznia 2019 r. rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej (Dz. U. poz. 1756), pojęcie niepowodzeń położniczych zostało zastąpione pojęciem sytuacji szczególnych, pod pojęciem których należy rozumieć: rozpoznanie podczas ciąży ciężkiej choroby lub wady dziecka, poronienie, urodzenie dziecka martwego, niezdolnego do życia, chorego lub z wadami wrodzonymi.

15,3% 13,7% i 16,4% liczby noworodków żywo urodzonych. Najczęstszą przyczyną sytuacji szczególnych we wszystkich latach objętych kontrolą były zdarzenia samoistne¹². W ww. okresie obumarcie wewnątrzmaciczne płodu nastąpiło w pięciu przypadkach w 2017 r., w sześciu w 2018 r. i w trzech w 2019 r. Wśród noworodków żywo urodzonych wystąpiło siedem przypadków zgonów (do szóstej doby życia łącznie) w 2017 r., dziewięć w 2018 r. oraz sześć w 2019 r.

(akta kontroli t. I str. 4-8)

3. W Oddziale zapewniono personel medyczny wymagany dla trzeciego poziomu referencyjnego w wymiarze określonym w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego¹³, tzn. trzech lekarzy we wszystkie dni tygodnia i stałą obecność lekarza specjalisty w dziedzinie położnictwa i ginekologii we wszystkie dni tygodnia, oraz odpowiednią liczbę położnych, w tym położnych ze specjalizacją w dziedzinie pielęgniarstwa położniczego lub ginekologicznego lub ginekologiczno-położniczego lub opieki przed- i okołoporodowej lub rodzinnego lub w trakcie specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa ginekologiczno-położniczego lub rodzinnego.

Na podstawie analizy zatrudnienia personelu medycznego w miesiącach objętych szczegółowym badaniem¹⁴ oraz analizy zgłoszeń (m.in. dotyczących rozpoczęcia lub zakończenia świadczenia pracy na Oddziale przez personel medyczny) do Lubelskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia (dalej: NFZ) dokonanych przez Szpital za pośrednictwem Systemu Zarządzania Obiegiem Informacji (dalej: SZOI) ustalono, że nie wszystkie osoby z personelu medycznego udzielające świadczeń medycznych na Oddziale w miesiącach objętych szczegółowym badaniem¹⁵, zostały ujęte w zgłoszeniu aktualizacyjnym¹⁶ wysłanym do NFZ. Ww. kwestie opisano w dalszej części wystąpienia pokontrolnego, w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

W miesiącach objętych analizą w ramach próby kontrolnej, na podstawie umowy o pracę oraz umów cywilnoprawnych zatrudniano na Oddziale¹⁷:

- w lipcu i październiku 2017 r. – odpowiednio 55 i 54 położne (w tym cztery ze specjalizacją w zakresie pielęgniarstwa położniczego i jedną ze specjalizacją pielęgniarstwa ginekologicznego), trzy pielęgniarki oraz odpowiednio 15 i 16 lekarzy (11 lekarzy ze specjalizacją pierwszego lub drugiego stopnia w dziedzinie położnictwa i ginekologii i odpowiednio czterech/pięciu rezydentów);
- w lipcu i październiku 2018 r. – 54 i 52 położne (w tym cztery ze specjalizacją w zakresie pielęgniarstwa położniczego i jedna ze specjalizacją pielęgniarstwa ginekologicznego), dwie pielęgniarki oraz 13 i 12 lekarzy (w tym ośmiu ze specjalizacją w dziedzinie położnictwa i ginekologii i pięciu/czterech rezydentów);
- w lipcu i październiku 2019 r. – 53 i 51 położne (w tym pięć ze specjalizacją w zakresie pielęgniarstwa położniczego, trzy ze specjalizacją pielęgniarstwa ginekologicznego i jedna ze specjalizacją pielęgniarstwa neonatologicznego), odpowiednio dwie i jedną pielęgniarkę oraz odpowiednio 14 i 15 lekarzy (w tym dziewięciu ze specjalizacją w dziedzinie położnictwa i ginekologii oraz odpowiednio pięciu/sześciu rezydentów).

¹² Zdarzenia samoistne kształtowały się na poziomie: 213 przypadków w 2017 r., 178 w 2018 r. i 206 w 2019 r.

¹³ Dz. U. z 2017 r. poz. 2295, ze zm., dalej: rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych.

¹⁴ Lipiec i październik w latach 2017-2019 (łącznie 6 miesięcy).

¹⁵ W przypadku, gdy osoba z personelu medycznego nie znajdowała się w zgłoszeniu obejmującym te miesiące, do kontroli były brane kolejne w celu ustalenia całego zakresu nieprawidłowości.

¹⁶ Leczenie szpitalne – oddziały szpitalne/świadczenia podstawowego szpitalnego systemu zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej.

¹⁷ Ustaleń dokonano na podstawie wydruków zgłoszeń z SZOI za wybrane miesiące.

W Oddziale jeden z lekarzy świadczył pracę zarówno w ramach umowy cywilnoprawnej, jak i w ramach umowy o pracę.

W Szpitalu została zapewniona stała obecność lekarza specjalisty w dziedzinie anestezjologii¹⁸ w związku z zapewnieniem w strukturze szpitala OAiT (w lokalizacji).

Analiza rozkładu czasu pracy lekarzy zatrudnionych w Oddziale wykazała, iż przestrzegano przepisów art. 93-97 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej¹⁹.

Stosownie do art. 50 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej, w WSzS w latach 2017-2020 opracowano minimalne normy zatrudnienia pielęgniarek i położnych. Dla wskazanego okresu w Oddziale Ginekologiczno-Położniczym – były to po 44 etaty w każdym roku objętym kontrolą²⁰.

(akta kontroli t. I str. 9-14, 29-34, 255-261, 277-281, 284-287, 304-310, 323-325, 343-350, 366-368, II str. 3-19, 26-27)

4. a) Stosownie do art. 207 ust. 2 ustawy o działalności leczniczej, Szpital przesłał terminowo do Lubelskiego Urzędu Wojewódzkiego w Lublinie zaopiniowany przez Lubelskiego Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego program dostosowania podmiotu do wymagań art. 22 ust. 1 tej ustawy (dalej: Program). W związku z częściowym brakiem realizacji Programu, Dyrektor Szpitala wystąpił do Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Białej Podlaskiej (dalej: PPIS) z wnioskiem (z dnia 29.12.2017 r.) o wydanie opinii o wpływie niespełniania wymagań, o których mowa w art. 22 ust. 1, na bezpieczeństwo pacjentów. PPIS w postanowieniu z dnia 20.03.2018 r. stwierdził niespełnienie przez Szpital wymagań określonych w art. 22 ust.1 ustawy o działalności leczniczej w zakresie pomieszczeń m.in. Zespołu porodowego (w zakresie braku kamery wyposażonej w funkcję autostartu w celu obserwacji pacjentów w pomieszczeniach przeznaczonych dla położnic i noworodków w pierwszych godzinach życia po porodach powikłanych), Zakładu Patomorfologii (w zakresie braku zmywalności powierzchni, nieprawidłowego połączenia podłóg ze ścianami uniemożliwiającego prawidłowe mycie i dezynfekcję oraz brak sali wydawania zwłok). PPIS stwierdził, że niespełnienie wymagań opisanych w punkcie I postanowienia nie ma wpływu na bezpieczeństwo pacjentów. Dyrektor Szpitala pismem z 12.04.2019 r. poinformował PPIS, że w związku z zakończeniem przez Szpital świadczenia usług medycznych w Zakładzie Patomorfologii (w obrębie sali sekcyjnej i pomieszczeń towarzyszących), dostosowanie pomieszczeń do spełniania wymogów rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26.06.2012 r. w sprawie szczegółowych wymagań jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą²¹ jest bezprzedmiotowe i dalsze działania w tej kwestii nie będą prowadzone przez Szpital.

(akta kontroli t. I str. 174-192)

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

- zapewnienia odpowiedniego wyposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną (w Oddziale zapewniono: kolposkop, aparat kardiokograficzny (dalej: KTG), kardiomonitor, aparat ultrasonograficzny (dalej: USG), histeroskop i laparoskop oraz w lokalizacji Szpitala Echokardiograf lub aparat USG z opcją kolorowego Dopplera); wymieniony sprzęt i aparatura medyczna były sprawne technicznie

¹⁸ Lub anestezjologii i reanimacji, lub anestezjologii i intensywnej terapii albo lekarza posiadającego I stopień specjalizacji w dziedzinie anestezjologii, lub anestezjologii i reanimacji, lub anestezjologii i intensywnej terapii.

¹⁹ Dz. U. z 2020 r. poz. 295, ze zm.

²⁰ Zarządzenie Nr 31/14 z dnia 3.04.2014 r. Dyrektora WSzS w Białej Podlaskiej w sprawie wprowadzenia minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w WSzS w Białej Podlaskiej, ze zm.

²¹ Dz.U. z 2012 r. poz. 739. Obowiązywało do dnia 1 kwietnia 2019 r.

oraz posiadały aktualne przeglądy stanu technicznego²²;

- zapewnienia realizacji badań (w oddziale zapewniono: EKG płodu lub komputerową analizę KTG), a w lokalizacji Szpitala - badania laboratoryjne, gazometrię krwi pępowinowej, diagnostykę prenatalną²³ oraz zapewniono dostęp do badań cytogenetycznych, histopatologicznych śródoperacyjnych, popłodu, fetoskopii);
- pozostałych wymagań (prowadzono partogram, wyodrębniono salę do cięć cesarskich, funkcjonowały: Pracownia Endoskopii, Blok Operacyjny, Oddział Neonatologiczny o trzecim stopniu referencyjności oraz zapewniono wsparcie psychologiczne).

Stosownie do § 40 ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą²⁴, instalacje i urządzenia wentylacji mechanicznej i klimatyzacji, podlegały regularnemu okresowemu przeglądowi, czyszczeniu lub dezynfekcji, lub wymianie elementów zgodnie z zaleceniami producenta. Przeglądów, w tym pomiarów skuteczności wentylacji grawitacyjnej dokonywano z częstotliwością raz do roku, a przeglądów klimatyzacji z częstotliwością dwa lub trzy razy w każdym roku objętym kontrolą²⁵.

(akta kontroli t. II str. 26-100, 283-327)

5. W latach 2017-2019, w wybranych do próby kontrolnej miesiącach wystąpiło 25 przypadków świadczenia przez lekarzy pracy nieprzerwanie przez okres wynoszący od 31 h 35' do 64 h 25'. Dotyczyło to lekarzy zatrudnionych w Szpitalu na podstawie umów cywilnoprawnych, co opisano w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli t. I str. 246-249, 271-272, 294-295, 317-318, 337-338, 361-362)

6. Od 1.01.2017 r. do 19.02.2020 r. w Szpitalu przeprowadzono 99 kontroli zewnętrznych, z których sześć dotyczyło również Oddziału. Kontrole przeprowadzone były m.in. przez: PPIS, Wojewódzkiego konsultanta w dziedzinie pielęgniarstwa ginekologiczno-położniczego, Wojewódzkiego konsultanta w dziedzinie położnictwa i ginekologii oraz NFZ. W wyniku przeprowadzonych kontroli tylko Wojewódzki konsultant w dziedzinie pielęgniarstwa ginekologiczno-położniczego ocenił, że „przy zaplanowanych 2-osobowych obsadach na sali porodowej, gdy położna podczas dyżuru zapewnia jednocześnie opiekę rodzącym na trakcie porodowym – prowadzenie i przyjmowanie porodów czy też obsługę instrumentarium na sali cięć cesarskich, nie jest możliwa realizacja w pełnym zakresie założeń standardu opieki okołoporodowej (zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z 20 września 2012 r. w sprawie standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, położu oraz opieki nad noworodkiem²⁶). Kontrolerzy z pozostałych ww. instytucji kontrolnych nie stwierdzili nieprawidłowości.

Dyrektor wyjaśnił, że *WSzS w Białej Podlaskiej posiada Oddział Ginekologiczno-Położniczy, na który składają się 3 pododdziały: Ginekologiczny, Położniczy i Patologii ciąży. Pododdział Położniczy posiada dodatkowo w swoim obszarze Trakt Porodowy. Pracownicy udzielający świadczeń na każdym z odcinków są nadal pracownikami jednego oddziału. Dla wygody harmonogram drukowany jest z podziałem na mniejsze podgrupy, jednak zadania pracowników na dany dzień są*

²² Na dzień 29.05.2020 r.

²³ Kardocenteza, biopsja trofoblastu, amniopunkcja.

²⁴ Dz. U. poz. 595, dalej: rozporządzenie w sprawie wymagań wobec podmiotu wykonującego działalność leczniczą.

²⁵ Na dzień zakończenia kontroli.

²⁶ Dz. U. z 2012 r. poz. 1100.

każdorazowo przydzielane przez przełożonego w obrębie całego oddziału. W kontrolowanym przez Wojewódzkiego Konsultanta w Dziedzinie Pielęgniarstwa Ginekologiczno-Położniczego okresie (kwiecień, maj, czerwiec 2018 r.) obsada na Trakcie Porodowym zarówno na dyżurze dziennym jak też na dyżurze nocnym każdego dnia miesiąca była sprawowana przez trzy położne. Trzecia osoba nie zawsze widniała na wydrukowanym harmonogramie pracy dla Traktu Porodowego, ale była wskazana na innym grafiku (np. Ginekologia lub Położnictwo z Patologią Ciąży) do pełnienia pracy na wskazanym dyżurze na Trakcie Porodowym (zgodnie z legendą umieszczoną na grafikach). Jednocześnie informuję, że w okresie objętym niniejszą kontrolą również obsady na Trakcie Porodowym nie są mniejsze niż zespoły trzyosobowe na każdym dyżurze. Wskazane obsady umożliwiają pełną realizację założeń standardu opieki okołoporodowej, gdyż średnia liczba porodów w naszym szpitalu wynosi cztery na dobę, a zatem dwa na zmianę 12-godzinną. Utrzymywanie większej niż trzy na zmianie liczby położnych na Trakcie Porodowym jest zbędne. Pomimo wyjaśnień złożonych podczas kontroli Konsultanta Wojewódzkiego, przedstawiających powyższą organizację pracy Konsultant zamieścił uwagi w protokole, na co nie zdecydowaliśmy się składać wyjaśnień, uznając prawo konsultanta do własnej interpretacji.

(akta kontroli t. I str. 74-173, t. II str. 109-122)

W okresie objętym kontrolą do Szpitala nie wpłynęły skargi związane z działalnością Oddziału, wpłynęła jedna skarga dotycząca przedmiotowego traktowania przez lekarza świadczącego pracę w Poradni Ginekologiczno-Położniczej. Pełnomocnik ds. Praw Pacjenta podjęła działania wyjaśniające i udzieliła odpowiedzi na piśmie w dniu 19.04.2018 r. (skarga niezasadna).

(akta kontroli t. II str. 357-411)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

1. W lipcu i październiku 2017 r., 2018 r. oraz 2019 r. wystąpiło 25 przypadków świadczenia pracy przez lekarzy zatrudnionych w Szpitalu na podstawie umów cywilnoprawnych nieprzerwanie przez okres przekraczający 24 godziny, w tym:

- siedem przypadków²⁷ przez 64 h 25',
- dwa przypadki²⁸ przez 55 h 35',
- osiem przypadków²⁹ przez 48 h,
- jeden przypadek³⁰ przez okres 42 h,
- sześć przypadków³¹ przez 40 h 25',
- jeden przypadek³² przez okres 31 h 35'.

Dyrektor wyjaśnił, że sytuacja ta wynika z braku optymalnej liczby personelu lekarskiego, występującego nie tylko w naszym szpitalu, ale w całym kraju. Zawsze podejmujemy wszelkie działania, aby nie dopuścić do sytuacji przemęczenia, przepracowania i niewyspania lekarzy. Niestety, zwłaszcza w okresach urlopowych, grafiki pracy lekarzy mimo zgodności z obowiązującymi przepisami prawa, nie są optymalne jeśli chodzi o czas przeznaczony na odpoczynek. Od kilku lat Dyrektor Szpitala podejmuje maksymalne wysiłki w celu pozyskania do pracy kolejnych lekarzy specjalistów położnictwa i ginekologii. Działania te prowadzimy nadal.

²⁷ 13-15.10.2017 r., 27-29.07.2018 r., 5-7.10.2018 r., 18-20.10.2019 r., 11-13.10.2019 r., 18-20.10.2019 r., 25-27.10.2019 r.

²⁸ 2-3.10.2019 r., 9-11.10.2019 r.

²⁹ 21-22.10.2017 r., 14-15.07.2018 r., 13-14.07.2019 r., 12-13.10.2019 r., 27-28.10.2018 r., 20-21.07.2019 r., 6-7.07.2019 r., 13-14.07.2019 r.

³⁰ 27-28.07.2019 r.

³¹ 6-7.10.2017 r., 20-21.07.2018 r., 26-27.07.2019 r., 4-5.10.2019 r., 25-26.10.2019 r., 27-28.10.2019 r.

³² 16-17.10.2019 r.

W ocenie NIK, mimo że ustawa o działalności leczniczej nie normuje czasu pracy lekarzy zatrudnionych na podstawie umów cywilnoprawnych, to udzielanie przez tych lekarzy świadczeń zdrowotnych nieprzerwanie przez ponad 24 godziny może - wskutek zmęczenia, niewyspania i przepracowania – sprzyjać popełnieniu błędów medycznych oraz nie gwarantować bezpieczeństwa pacjentkom przebywającym w Oddziale, a w przypadku wystąpienia niepożądanego zdarzenia medycznego narażać na odpowiedzialność prawną lekarza i Szpital.

(dowód: akta kontroli t. I str. 246-249, 271-272, 294-295, 317-318, 337-338, 361-362, t. II str. 109-120)

2. Zmiany w wykazie personelu medycznego udzielającego świadczeń zdrowotnych w Oddziale Ginekologiczno-Położniczym w 2017, 2018 i 2019 r., stanowiącym załącznik do umowy z LOW NFZ nie były dokonywane w terminie określonym w § 6 ust. 2 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej³³, tj. najpóźniej w dniu poprzedzającym ich powstanie lub też, w przypadkach losowych, niezwłocznie po zaistnieniu zdarzenia. Dotyczyło to niżej opisanych zmian zgłoszonych do LOW NFZ za pośrednictwem SZOI:

- cztery osoby, tj. lekarz stażysta pełniący dyżury towarzyszące od 2 października do 1 grudnia 2017 r.³⁴, lekarz stażysta odbywający staż od 1 do 14 lipca 2019 r. oraz dwóch lekarzy pełniących dyżury towarzyszące w październiku 2019 r. nie zostali zgłoszeni do LOW NFZ;
- cztery osoby zostały zgłoszone po upływie od 187 do 750 dni od daty zatrudnienia. Dotyczyło to dwóch położnych, które udzielały świadczeń od lipca 2018 r., jedna została zgłoszona 27.02.2019 r., zaś druga – 16.06.2020 r. oraz dwóch lekarzy, którzy zostali zgłoszeni w dniu 5.11.2019 r. mimo, że udzielali świadczeń od 1.05.2019 r., co oznacza, że w opisanych tu przypadkach doszło do udzielania świadczeń zdrowotnych przez osoby niezgłoszone do NFZ;
- pięć osób zgłoszono po upływie od 63 do 396 dni od daty zakończenia udzielania świadczeń. Dotyczyło to lekarza, który zaprzestał udzielania świadczeń z dniem 2.06.2017 r., a fakt ten został zgłoszony 4.08.2017 r., lekarza, z którym umowa została rozwiązana z dniem 9.07.2018 r., co zostało zgłoszone 30.10.2018 r., dwóch położnych, które od lipca 2018 r. nie były już pracownikami Oddziału, a fakt ten zgłoszono 15.11.2018 r. oraz lekarza, który od lipca 2018 r. nie świadczył pracy w Oddziale, co zostało zgłoszone 2.08.2019 r. (z dniem 1.01.2019 r.).

Opisane postępowanie było również niezgodne z obowiązującymi wówczas zarządzeniami Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne – świadczenia wysokospecjalistyczne³⁵ oraz z umowami zawartymi z NFZ.

Dyrektor wyjaśnił, że zgłoszenia zmian do umowy za pośrednictwem SZOI generowane są natychmiast po otrzymaniu informacji o zachodzących zmianach w potencjale z odpowiedzialnych do tego komórek. System informatyczny NFZ pozwala na dokonywanie zmian w potencjale wykonawczym umowy do 45 dni po zakończonym okresie sprawozdawczym. Dodatkowo NFZ uwzględniając różne,

³³ Dz.U. z 2020 r. poz. 320, ze zm.

³⁴ Lekarz został zgłoszony do LOW NFZ w dniu 21.11.2018 r. z dniem rozpoczęcia rezydentury.

³⁵ Tj.: z § 9 ust. 1 i 2 zarządzenia Nr 38/2019/DSOZ z dnia 29 marca 2019 r. (obowiązującego do 1 stycznia 2020 r., NFZ poz. 38, ze zm.), § 9 ust. 1 i 2 zarządzenia Nr 66/2018/DSOZ z dnia 29 czerwca 2018 r., (obowiązującego do 1 kwietnia 2019 r., NFZ poz. 66, ze zm.), § 10 ust. 1 i 2 zarządzenia Nr 58/2016/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 29 czerwca 2016 r. (obowiązującego do 1 lipca 2018 r., NFZ poz. 58, ze zm.), zarządzenia Nr 119/2017/DSOZ z dnia 30 listopada 2017 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne (obowiązującego do 1 lipca 2018 r., NFZ poz. 119, ze zm.).

mogące wystąpić sytuacje losowe uniemożliwiające przekazanie zmian w potencjale daje możliwość uzyskania zgody na wsteczne dokonanie zmian po zakończeniu okresu sprawozdawczego. W tym celu Szpital składa na portalu SZOI wnioski wraz z uzasadnieniem o zgodę na zmianę potencjału w umowie. Zdarzają się sytuacje, kiedy podczas zatwierdzenia wniosku system mógł odrzucić zmianę wprowadzoną przez pracownika, co nie zostało zauważone w kolejnych wnioskach: lekarz stażysta pełniący dyżury towarzyszące w Oddziale w dniach 2.10-1.12.2017 r. nie została zgłoszona do umowy PSZ w 2017 r. z powodu braku otrzymania informacji o pełnionych dyżurach; dwie położne zostały zgłoszone do umowy zgodnie z zatrudnieniem jednak przy zatwierdzaniu wniosków system nie przyjął zgłoszonych zmian. Zostały dodane odpowiednio do umowy w zgłoszeniu nr WAP-2019-02-27-00436 i nr WAP-2020-06-16-12787; lek. stażysta został zgłoszony do umowy PSZ zgodnie z planem stażu tj. 1.07.2019-14.07.2019 r., podczas zatwierdzenia wniosku system odrzucił zmianę wprowadzoną od 1.07.2019 r., czego pracownik wyprowadzający zmianę nie dostrzegł w kolejnych wnioskach, lekarz był zgłoszony do umowy KOC od 1.07.2019 r. zgłoszeniem nr WAP-2019-09-12-05456, co świadczy o tym, że na pewno był dodany również do umowy PSZ jednak nie został przyjęty przez system SZOI; dwaj lekarze zostali zgłoszeni do umowy PSZ od dnia 1.05 do 31.07.2019 r. zgodnie z zawartą umową cywilno-prawną na zabezpieczenie świadczeń zdrowotnych w Oddziale, następnie od 1.08-31.12.2019 r. zgodnie z kolejną umową, podczas zatwierdzenia wniosku system nie przyjął zmiany wprowadzonej od 1.05 do 31.07.2019 r., czego pracownik nie dostrzegł w kolejnych wnioskach, lekarze byli zgłoszeni również do umowy KOC od 1.05.2019 r. zgłoszeniem nr WAP-2019-05-13-02397 a następnie od 1.08.2019 r. zgłoszeniem nr WAP-2019-09-12-05456, co świadczy o tym, że na pewno byli też dodani do umowy PSZ jednak nie zostali przyjęci przez system SZOI; lekarz stażysta został zgłoszony do umowy PSZ w dniach 4.02.2019-22.03.2019 na podstawie otrzymanego planu stażu z dnia 1.10.2018 r., po otrzymaniu zaktualizowanego planu stażu z dnia 1.02.2019 r. harmonogram został edytowany we wniosku nr WAP-2019-04-11-01765 zgodnie z otrzymaną zmianą, z powodu braku informacji o pełnieniu dyżurów w październiku 2019 r. lekarz ten nie został zgłoszony do umowy; lekarz stażysta została zgłoszona do umowy PSZ zgodnie z planem stażu tj. 1.10. - 18.11.2019 r., podczas zatwierdzenia wniosku system odrzucił harmonogram, czego pracownik wprowadzający zmianę nie dostrzegł w kolejnych wnioskach, lekarz była zgłoszona do umowy KOC zgodnie z planem stażu od 1.10.2019 r. zgłoszeniem nr WAP-2019-10-24-06741, co świadczy o tym, że na pewno była dodana również do umowy PSZ jednak nie została przyjęta przez system SZOI.

NIK zauważa, że wprowadzona funkcjonalność w portalu SZOI polegająca na możliwości przekazywania NFZ przez świadczeniodawców zmian do umowy w terminie do 45 dni po zakończeniu miesiąca sprawozdawczego, dotyczy jedynie szczególnych przypadków i nie zwalnia świadczeniodawców z obowiązków nałożonych przez § 6 ust. 2 załącznika do powołanego wyżej rozporządzenia Ministra Zdrowia.

(akta kontroli t. II str. 246-381, t. III str. 1-67)

OCENA CZĄSTKOWA

Stosownie do wymogów dla trzeciego poziomu referencyjnego określonych w rozporządzeniu w sprawie świadczeń gwarantowanych, Oddział był wyposażony w odpowiednią aparaturę i sprzęt medyczny niezbędny dla sprawowania opieki nad pacjentkami, które poroniły, urodziły martwe dziecko lub dziecko, które zmarło krótko po porodzie. W Oddziale zapewniono odpowiednią liczbę personelu medycznego posiadającego wymagane kwalifikacje. Stwierdzono jednak 25 przypadków nieprzerwanego wykonywania czynności zawodowych powyżej 24 godzin przez lekarzy zatrudnionych na podstawie umów cywilnoprawnych, co mogło zwiększać

ryzyko popełnienia błędów medycznych oraz nie gwarantować bezpieczeństwa pacjentkom przebywającym w Oddziale. Użytkowany sprzęt i aparatura medyczna były sprawne technicznie i były poddawane przeglądom przez uprawnione podmioty/osoby. Urządzenia wentylacyjne Oddziału były objęte badaniami i przeglądami technicznymi co najmniej raz w roku. Stwierdzono, że nie dokonywano bieżącej aktualizacji danych (za pośrednictwem systemu SZOI) dotyczących zatrudnionego personelu medycznego.

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

1. Zarządzeniem nr 107/19 z dnia 27.09.2019 r. Dyrektora WSzS w Białej Podlaskiej w sprawie zmiany Regulaminu organizacyjnego WSzS w Białej Podlaskiej dodano w Regulaminie § 49b – Szpital monitoruje i analizuje opisane w odrębnych procedurach wskaźniki opieki medycznej. Taki zapis znajduje się również w § 54 Regulaminu organizacyjnego wprowadzonego zarządzeniem nr 35/20 z dnia 17.03.2020 r. Dyrektora WSzS w Białej Podlaskiej. We wcześniej obowiązujących Regulaminach organizacyjnych brak było zapisów dotyczących ww. wskaźników.

Dyrektor wyjaśnił, że *sprawy dotyczące sposobu i warunków udzielania świadczeń zdrowotnych przez podmiot leczniczy wykonujący działalność leczniczą są określone w Regulaminie organizacyjnym, a także w wewnętrznych aktach normatywnych. Sformułowanie „odrębne procedury” użyte w Regulaminie organizacyjnym należy rozumieć jako zespół wewnętrznych aktów normatywnych w tym procedur, zarządzeń, instrukcji i standardów. Szpital wprowadził standardy jakościowe zgodnie z normą PN-EN-ISO 9001 Systemy Zarządzania Jakością - Wymagania. Standard zobowiązuje szpital oraz kadrę zarządzającą poszczególnymi komórkami organizacyjnymi do określania i monitorowania wskaźników jakościowych. Analiza i ocena wskaźników za rok poprzedni odbywa się raz do roku podczas Przeglądu Zarządzania. Wskaźniki dotyczące noworodków, u których zastosowano kontakt „skóra do skóry” oraz noworodków karmionych wyłącznie pokarmem kobiecym zostały opisane w procedurze nr 230/DC/PZ/19/I. Wewnętrzne akty normatywne zawierają niejednokrotnie uszczegółowienie i doprecyzowanie zapisów zawartych w Regulaminie organizacyjnym. Sposób ich wprowadzenia jest "sprawniejszy" (dokument wymaga "podpisu" Dyrektora, właściwego Z-cy Dyrektora, czy też Pielęgniarki Naczelnej), podczas, gdy każdorazowa zmiana treści Regulaminu organizacyjnego wymaga uzyskania od rady społecznej szpitala uprzedniej pozytywnej opinii w przedmiocie przedłożonych zmian w formie uchwały, która zostaje podjęta na posiedzeniu.*

(akta kontroli t. II str. 109-120, t. III str. 110-133)

W okresie objętym kontrolą w Oddziale obowiązywały wskaźniki m.in. opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie ciąży, porodu, położu oraz nad noworodkiem. Żaden z przyjętych wskaźników nie był związany z opieką nad pacjentkami, które urodziły martwe dziecko lub poroniły. Dane do monitorowania ustalonych wskaźników uzyskiwano na podstawie ankiet satysfakcji pacjentów, raportu epidemiologicznego, rejestru skarg i opracowań własnych Oddziału przy współdziałaniu sekcji ds. jakości. W pododdziale Położnictwo monitorowano m.in. wskaźniki: ilość wypisów na żądanie przed ukończeniem procesu diagnostyczno-terapeutycznego, odsetek uzyskanych ankiet satysfakcji pacjentów w stosunku do liczby pacjentów hospitalizowanych, odsetek zgonów okołoporodowych w stosunku do liczby porodów, odsetek cięć cesarskich w stosunku do liczby porodów

w Oddziale, odsetek cięć cesarskich pacjentek objętych programem KOC i procentowy udział liczby kobiet objętych KOC, które pozostawały w opiece koordynowanej co najmniej od 21 tygodnia ciąży, odsetek porodów rozliczanych jako fizjologiczne, odsetek ciężarnych u których zrealizowany został schemat opieki, liczba i wskaźnik procentowy noworodków urodzonych w złym stanie ogólnym – poniżej 4 punktów Apgar, średni czas hospitalizacji poporodowej trzech lub poniżej trzech dni, odsetek porodów z indukcją, odsetek porodów stymulowanych, odsetek wykonanych amniotomii i odsetek wykonania nacięć krocza u pierworódek, realizacja świadczeń w ramach programu KOC. W Oddziale Neonatologii wprowadzono dwa wskaźniki: odsetek noworodków (donoszonych oraz wcześniaków), karmionych wyłącznie pokarmem kobiecym (pokarm od matki lub z banku mleka kobiecego) podczas pobytu w placówce oraz odsetek noworodków urodzonych o czasie, u których zastosowano kontakt „skóra do skóry” do pięciu minut po porodzie (z wyłączeniem medycznie uzasadnionych opóźnień rozpoczęcia kontaktu) i kontakt ten trwał nie krócej niż dwie godziny. Od 1.01.2019 r., zgodnie z ust. 2 części I załącznika do rozporządzenia w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej wskaźniki opieki okołoporodowej były monitorowane z częstotliwością co najmniej raz do roku. Monitorowanie odbywało się w ramach realizacji wymagań normy PN-EN ISO 9001:2015.

(akta kontroli t. II str.101-107, t. III str. 138-142)

2. Dla każdego wskaźnika opieki okołoporodowej określono zakładaną i uzyskaną wartość, metodykę pozyskiwania danych do obliczenia wskaźnika oraz częstotliwość jego oceny.

(akta kontroli t. II str.101-107)

3. W okresie objętym kontrolą w Szpitalu obowiązywały wewnętrzne zasady dotyczące opieki nad pacjentkami, które poroniły, urodziły martwe dziecko lub dziecko, które zmarło wkrótce po porodzie określone w formie wewnętrznej procedury dla personelu medycznego (położnych i pielęgniarek)³⁶. Procedura ta określa zasady postępowania: okołoporodowego z pacjentką z nadciśnieniem tętniczym, okołoporodowego u pacjentki w ciąży bliźniaczej, z pacjentką w przypadku zagrażającego porodu przedwczesnego, w przypadku zwiększonego ryzyka niedotlenienia wewnątrzmacicznego płodu, w przypadku krwotoku położniczego oraz z pacjentką w sytuacji niepowodzeń położniczych. Załącznik do Procedury stanowi informator dla rodziców o sytuacji prawnej rodziców po poronieniu zawierający informacje o: możliwości rejestracji dziecka w Urzędzie Stanu Cywilnego, pochówku, prawach pacjentki do urlopu macierzyńskiego i/lub zasiłku macierzyńskiego, zasiłku pogrzebowego, o miejscach wsparcia psychologicznego i grupach wsparcia. W zasadach przyjęto, że położna opiekująca się pacjentką zobowiązana jest do zapewnienia jej szczególnej pomocy polegającej m.in. na zapewnieniu spokoju oraz czasu na oswojenie się z sytuacją, zapewnieniu odpowiedniego środowiska opieki (położenie na takiej sali chorych, w której pacjentka nie będzie miała stałego kontaktu z matkami, które urodziły zdrowe dzieci; preferowane sale z oddzielnym węzłem sanitarnym), poinformowaniu pacjentki o możliwości uzyskania pomocy psychologicznej oraz wezwaniu psychologa, udzielenie pomocy w zorganizowaniu wsparcia osób bliskich (zgodnie z życzeniem pacjentki), umożliwieniu pożegnania się z dzieckiem i zachowania pamiątek po nim (np. zdjęcie USG, ostatnia fotografia), dostarczeniu informacji o miejscach i organizacjach udzielających wsparcia w podobnej sytuacji oraz informacji na temat obowiązującego stanu prawnego w zakresie sytuacji, w jakiej się znalazła.

³⁶ Nr 6-16/MOG/PWO 1/16 z 01.06.2016 r. i 201/MOG/PWO/17/I z 20.02.2017 r. ze zm.

W załącznikach do Procedury postępowania pracowników Szpitala w przypadku zgonu pacjenta zostały określone zasady ich postępowania również w przypadku dzieci martwo urodzonych. Dotyczyły one: kierowania zwłok/szczątków dziecka martwo urodzonego do Zakładu Patomorfologii lub miejsca przechowywania zwłok - chłodni³⁷, oświadczenia matki dziecka martwo urodzonego oraz przekazania gminie zwłok/szczątków dzieci martwo urodzonych, zgłoszenia dziecka do Urzędu Stanu Cywilnego oraz pochówku.

Nie opracowano analogicznej procedury dla lekarzy.

Dyrektor wyjaśnił, że *w tym zakresie lekarze udzielający świadczeń medycznych w naszym oddziale opierają się na ogólnie obowiązujących przepisach prawa, w szczególności na rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej oraz na rekomendacjach Polskiego Towarzystwa Ginekologów i Położników.*

(akta kontroli t. I str. 16-61, 386-387, t. II str. 109-120)

4. W latach 2017-2019 położne Oddziału uczestniczyły w szkoleniach wewnętrznych prowadzonych przez Położną Oddziałową, których zakres tematyczny dotyczył również standardów opieki okołoporodowej. W 2017 r. dziesięć³⁸ z piętnastu szkoleń dotyczyło ww. zakresu, w 2018 r. pięć³⁹ w ramach dziewięciu szkoleń, a w 2019 r. dwanaście⁴⁰ spośród czternastu szkoleń.

Pozostałe szkolenia, jakie w ww. okresie przeprowadziła Położna Oddziałowa dotyczyły, m.in.: zasad żywienia w Oddziale, oceny satysfakcji pacjentek w Oddziale, samobadania piersi – profilaktyki, profilaktyki okołoperacyjnej w Oddziale, przygotowania pacjentki do zabiegu operacyjnego, zasad postępowania z odpadami wytworzonymi w WSzS. W ww. szkoleniach nie uczestniczyli lekarze Oddziału. Procedury były udostępnione na wewnętrznej stronie internetowej Oddziału (intranet).

(akta kontroli t. I str. 386-387)

5. W latach 2017-2019 personel medyczny (lekarze, pielęgniarki, położne) uczestniczyli w odpłatnych kursach, szkoleniach oraz konferencjach, m.in.:

– kursy: szkoła rodzenia, echokardiografia, wady serca płodu w oparciu o modele 3D, diagnostyka wad wrodzonych – przypadki kliniczne, endoskopia, terapia bólu ostrego u dorosłych, monitorowanie dobrostanu płodu w czasie ciąży i podczas porodu, edukacja i wsparcie kobiety w okresie laktacji;

– szkolenia: diagnostyka USG w ginekologii, ultrasonograficzne warsztaty praktyczne, pacjent odmienny kulturowo wyzwaniem opieki medycznej, komunikacja z pacjentem, karmienie naturalne niemowląt i małych dzieci w ramach realizacji wdrożenia inicjatywy WHO/UNICEF „Szpital przyjazny dziecku”;

– konferencje: ginekologiczno-położnicza (2017 r. i 2019 r.), praktyka ginekologa „rzadkie nowotwory macicy”.

W ww. odpłatnych kursach, szkoleniach i konferencjach udział wzięło odpowiednio: 146, 88 i 47 osób. W latach 2017-2019 Szpital na szkolenia personelu medycznego

³⁷ Do dnia 31.10.2018 r. zwłoki/szczaćki były kierowane do Zakładu Patomorfologii, a od 1.11.2018 r. do chłodni.

³⁸ M.in.: Procedura postępowania położnej w sytuacji wystąpienia powikłań lub niepowodzeń położniczych i Dokumentacja położnej według obowiązujących standardów opieki okołoporodowej (udział wzięło 56 położnych); Procedura postępowania pracowników szpitala w przypadku zgonu pacjenta i Komunikacja z pacjentką (56); Aktywne prowadzenie porodu (32); Pozycje wertykalne w porodzie (25); Psychologiczne aspekty porodu (36); Niefarmakologiczne łagodzenie bólu porodowego (36).

³⁹ M.in.: Komunikacja w zespole terapeutycznym (37); Ocena realizacji „skóra do skóry” w Oddziale (33); Monitorowanie dobrostanu płodu (46); Procedura postępowania położnej w sytuacji wystąpienia powikłań lub niepowodzeń położniczych i Standardy Opieki Okołoporodowej (56); Procedura postępowania pracowników szpitala w przypadku zgonu pacjenta i Sytuacja prawna rodziców po poronieniu (55).

⁴⁰ M.in.: Procedura postępowania przeciwbólowego w WSzS (46); Prawa pacjentki rodzącej (47); Kinezyterapia po cięciu cesarskim (42); Sztuka karmienia piersią (42); Procedura postępowania położnej w sytuacji wystąpienia powikłań lub niepowodzeń położniczych i Postępowanie z ciężarną zakażoną HIV i jej dzieckiem (55); Procedura postępowania pracowników szpitala w przypadku zgonu pacjenta (55).

Oddziału, poniósł wydatki odpowiednio w wysokości 16,8 tys. zł (6,4% całkowitych wydatków poniesionych w Szpitalu na szkolenia personelu), 46,8 tys. zł (15,9%) i 2,9 tys. zł (1,6%), w tym na szkolenia/kursy dotyczące standardów opieki okołoporodowej 2,1 tys. zł, 31,0 tys. zł i 2,0 tys. zł.

Ponadto personel medyczny Oddziału odbył liczne szkolenia wewnątrzoddziałowe bezkosztowe: w tym szkolenia dla położnych (opisane w pkt 4 i 6) oraz szkolenia dla lekarzy m.in. zakresie: postępow w położnictwie i ginekologii, aspektów badań w diagnostyce ultrasonograficznej, USG w położnictwie, prowadzenia porodu fizjologicznego w znieczuleniu, zatorów płynem owodniowym, powikłań po operacjach ginekologicznych, krwotoków w położnictwie oraz problemów dotyczących wrośnięcia/przyrośnięcia łożyska w bliznę po cięciu cesarskim. Ponadto lekarze wzięli udział w wielu konferencjach i sympozjach, tj. odpowiednio: 21 w 2017 r., 17 w 2018 r. oraz 16 w 2019 r.

(akta kontroli t. I str. 382-391)

6. Nie wprowadzono mechanizmów pozwalających na sprawdzenie (weryfikację) właściwego przygotowania personelu medycznego do opieki nad pacjentkami, które doświadczyły poronienia, urodziły martwe dziecko lub dziecko, które zmarło wkrótce po porodzie. Odbyte szkolenia pozwalały na właściwe przygotowanie personelu medycznego do udzielania świadczeń kobietom, które doświadczyły sytuacji szczególnych.

Ordynator wyjaśnił, że w Oddziale Ginekologiczno-Położniczym w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Białej Podlaskiej, zatrudnionych jest dziewięciu specjalistów i trzech rezydentów. Specjaliści posiadają wszystkie wymagane kursy i certyfikaty, które uprawniają do samodzielnego wykonywania procedur medycznych. Każdy z nich łącznie z rezydentami uczestniczą w sympozjach, kursach i szkoleniach zewnętrznych, które odbywają się na terenie i poza granicami kraju, jak również w szkoleniach wewnętrznych, które odbywają się w naszym szpitalu.

Standardy postępowania okołoporodowego są powszechnie dostępne w procedurach KOC. Każda pacjentka otrzymuje kartę KOC, w której wymienione są wszystkie standardy postępowania. Standardy dostępne są również w gabinetach lekarskich, więc personel ma pełną dostępność do ich treści.

(akta kontroli t. II str. 101-104)

7. W okresie objętym kontrolą w Szpitalu funkcjonował tzw. zespół wspierający pacjentów (i ich najbliższych) oraz personel medyczny opiekujący się umierającymi pacjentami w sytuacjach kryzysowych.

Dyrektor wyjaśnił, że mając świadomość obciążeń, z jakimi mają do czynienia osoby reprezentujące zawody medyczne naszego szpitala Dyrekcja podjęła decyzję o przeznaczeniu tegorocznych środków z Krajowego Funduszu Szkoleniowego m.in. na szkolenia pt. „Profilaktyka i zapobieganie wypaleniu zawodowemu w ochronie zdrowia” oraz „Komunikacja medyczna z trudnym pacjentem wg Metody Dialogu Motywującego i Calgary Cambridge”. W tej sprawie zawarte zostało porozumienie z Powiatowym Urzędem Pracy, zaś realizacja szkoleń przewidziana została na wrzesień 2020 r. Co do ogólnych zasad pracownicy mogą brać udział w różnego rodzaju kursach i szkoleniach oraz korzystają z różnych form wsparcia szpitala (zwolnienie z dnia pracy, urlop szkoleniowy, dofinansowanie do kursów, pokrycie kosztów kształcenia). Zasady te określa zarządzenie nr 14/16 Dyrektora w sprawie zasad podnoszenia kwalifikacji zawodowych przez pracowników WSzS w Białej Podlaskiej. *W razie sytuacji trudnych każdy pracownik naszego szpitala może zwrócić się do Szpitalnego Zespołu Psychologów, gdzie uzyska wsparcie psychologiczne.*

(akta kontroli t. II str. 29-34, 109-120, 355-356)

8. Sześć osób spośród 10 wybranych losowo z personelu medycznego wykonującego obowiązki służbowe w marcu 2020 r. w Oddziale, jako problemy w pracy z pacjentkami, które doświadczyły sytuacji szczególnych wskazało na obciążenie psychiczne w związku: ze śmiercią dziecka, w tym śmiercią okołoporodową, z koniecznością przekazania informacji dotyczących wyników badań diagnostycznych, które potwierdziły sytuację szczególną, próbą obarczenia winą za zaistniałą sytuację/szukania winnych.

Sześć osób wskazało, że nie ma potrzeby doskonalenia zawodowego (np. w formie warsztatów, superwizji) w zakresie związanym z pracą z pacjentkami, które poroniły lub urodziły martwe dziecko w tym m.in. ze względu na nieustanne podnoszenie swoich kwalifikacji, a cztery były zdania przeciwnego i wskazały to jako jeden ze sposobów przeciwdziałania powstawaniu wypalenia zawodowego. Siedem osób wskazało, że nie odczuwa potrzeby przeciwdziałania wypaleniu zawodowemu, a dwie osoby były zdania przeciwnego i wskazały, że od czasu do czasu odczuwa powracające jego symptomy.

Osiem osób wskazało, że jeśliby wystąpiła taka potrzeba, to w Oddziale było możliwe skorzystanie z pomocy psychologa w celu otrzymania wsparcia w radzeniu sobie ze stresem spowodowanym pracą z pacjentkami, które poroniły lub urodziły martwe dziecko. Dwie osoby wskazały, że zapewniono im wsparcie przez organizację szkoleń wewnątrzoddziałowych poświęconych postępowaniu w sytuacjach szczególnych. Dwie osoby wskazały również, że nie zapewniono im wsparcia, ale też nie zgłaszały potrzeb w tym zakresie.

Sześć osób stwierdziło, że realizowane formy pomocy były właściwe i/lub wystarczające, trzy nie miały zdania w tym temacie, a jedna stwierdziła, że pomoc ta mogłaby być na wyższym poziomie.

Dyrektor wyjaśnił, że pracownicy nie zgłaszali do Dyrektora trudności podczas pracy z pacjentkami doświadczającymi sytuacji szczególnych. W razie sytuacji trudnych każdy pracownik naszego szpitala może zwrócić się do Szpitalnego Zespołu Psychologów, gdzie uzyska wsparcie psychologiczne.

(akta kontroli t. I str. 394-415, str. t. II str. 109-120)

9. W Szpitalu rzetelnie informowano 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. Informacje w tym zakresie znalazły się w specjalnie przygotowanym przez Szpital „Informatorze o sytuacji prawnej rodziców po utracie ciąży”. Przekazywanie pacjentkom tych informatorów nie było odnotowane w dokumentacji udostępnionej kontrolerowi (nie przewidziano obowiązku dokumentowania przekazywania takich informacji). Ponadto informacje m.in. na temat wsparcia udzielanego w Szpitalu rodzinom i opiekunom będącym w trudnej sytuacji emocjonalnej przez psychologów oraz przez osoby duchowne znajdowały się również w drugim informatorze dedykowanym dla wszystkich pacjentów hospitalizowanych w Szpitalu. Potwierdzeniem wykonania obowiązku poinformowania przez osobę sprawującą opiekę nad kobietą w czasie porodu/zabiegu o przysługującym jej prawie dotyczącym decyzji w sprawie postępowania ze zwłokami dziecka było oświadczenie pacjentki dołączane do historii choroby (zakres ten został opisany w pkt 8 część 3. Świadczenia zapewniające pacjentkom stosowną pomoc).

(akta kontroli t. I str. 16-73, t. II str. 355-356)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

OCENA CZĄSTKOWA

Pacjentki, które poroniły albo urodziły martwe dziecko, miały zapewnioną pomoc psychologiczną w Oddziale. Pacjentki były informowane przez personel m.in.

o możliwości uzyskania pomocy psychologicznej, o przysługujących im prawach wynikających z sytuacji, w której się znalazły oraz o możliwości pochówku dziecka. Ze wsparcia psychologów miał możliwość korzystać także personel medyczny w przypadku potrzeby uzyskania wsparcia w związku z opieką nad ww. pacjentkami i związanym z tym stresem. Personel miał zapewnione liczne szkolenia, m.in. z zakresu standardów opieki okołoporodowej oraz opieki nad pacjentkami doświadczającymi sytuacji szczególnych. Opracowano oraz monitorowano wskaźniki okołoporodowe z częstotliwością określoną dla danego wskaźnika.

OBSZAR

Opis stanu faktycznego

3. Świadczenia zapewniające pacjentkom stosowną pomoc

1. Stosownie do przepisów rozporządzenia w sprawie wymagań wobec podmiotu wykonującego działalność leczniczą, w Szpitalu pokoje łóżkowe zostały wyposażone w umywalkę z ciepłą i zimną wodą, dozownik z mydłem w płynie oraz pojemnik z ręcznikami jednorazowego użycia wraz z pojemnikiem na zużyte ręczniki lub w węzeł sanitarny. W pokojach łóżkowych zapewniono bezpośredni dostęp do światła dziennego, łóżka dostępne były z trzech stron, w tym z dwóch dłuższych, a odstępy między łóżkami zapewniały swobodny dostęp do pacjentek. Szerokość pokoiów łóżkowych umożliwiała wyprowadzenie łóżka z pokoju. W Oddziale funkcjonował Trakt Porodowy z Salą Cięć Cesarskich złożony z: czterech pojedynczych, klimatyzowanych pokoi porodowych, w których mogą się odbywać porody rodzinne; jednego pojedynczego pokoju porodowego w odcinku B Pododdziału Położniczego; Sali Cięć Cesarskich ze stanowiskiem noworodkowym do resuscytacji noworodka z pomieszczeniem przygotowawczym i magazynem instrumentarium; Pokoju Noworodka, Gabinetu zabiegowego; łazienki z natryskiem; dwóch toalet; Dyżurki położnych i Brudownika wyposażonego w myjnię – dezynfektor.

Oddział usytuowany jest w budynku E, na I piętrze nad Izbą Przyjęć Położniczą, skąd jest bezpośrednio połączenie z Traktem Porodowym.

Oddziałowa wyjaśniła, że w Izbie przyjęć oraz w pokojach diagnostycznych znajdują się parawany, za którymi pacjentki z zachowaniem intymności przygotowują się do badania. W trakcie przyjęcia, badania lub podczas zabiegów medycznych w ww. pomieszczeniach przebywa tylko jedna pacjentka i niezbędny personel medyczny. W salach chorych nie przeprowadza się zabiegów. W razie potrzeby zapewnienia pacjentce intymności sale chorych wyposaża się w parawany, będące na stanie oddziału. Niektóre sale wyposażone są w sufitowy system kotar oddzielający każde łóżko. Oddział posiada też kilka sal jednoosobowych z oddzielnym węzłem sanitarnym.

(akta kontroli t. I str. 83-91, t. II str. 26-28, 35-100)

Pomieszczenia higieniczno-sanitarne znajdujące się na Oddziale, zgodnie z § 2 pkt 4 rozporządzenia w sprawie wymagań podmiotu wykonującego działalność leczniczą, wyposażone były w miskę ustępową, umywalkę, dozownik z mydłem w płynie, pojemnik z ręcznikami jednorazowego użycia oraz pojemnik na zużyte ręczniki.

(akta kontroli t. I str. 83-91, t. II str. 26-28, 40-100)

2. Szczegółowe badanie dokumentacji medycznej wybranych 60 pacjentek, które doświadczyły sytuacji szczególnej, hospitalizowanych w latach 2017-2019 wykazało, że:

- dokumentacja indywidualna wszystkich pacjentek zawierała oświadczenia o: upoważnieniu do uzyskiwania informacji o stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych, upoważnieniu do uzyskiwania dokumentacji, ze wskazaniem imienia i nazwiska osoby upoważnionej,
- dokumentacja indywidualna 55 spośród 60 pacjentek zawierała wyrażenie zgody na przeprowadzenie wykonywanych badań lub udzielenie innego świadczenia

zdrowotnego (brak zgód dotyczy pięciu pacjentek, którym przeprowadzono abrazję);

- zgodnie z § 15 ust. 1 rozporządzenia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania⁴¹ 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 31 spośród 43 pacjentek, u których dokonywano zabiegu abrazji i które otrzymały znieczulenie ogólne dożylnie, dokumentacja zawierała również karty przebiegu znieczulenia, u ośmiu nie podawano znieczulenia, a u czterech była zgoda na znieczulenie kalinoxem)

Ordynator wyjaśnił, że abrazje są to zabiegi diagnostyczne wykonywane w leczeniu ginekologicznym. Wymienione historie wskazują na zabieg excochleacji, czyli wyłęczekowania jamy macicy bezpośrednio po porodzie dziecka, w celach nagłych ratowania zdrowia i życia pacjentki. Wyżej wymienione wykonane zabiegi były spowodowane obfitym krwawieniem z jamy macicy po porodzie, którego przyczyną m.in. może być atonia macicy, resztki łożyska w jamie macicy, resztki płodu (błon płodowych). Zabiegi te są z przyczyn nagłych i jak gdyby w sferze porodu a na to działanie uzyskujemy zgodę w historii choroby na działania okołoporodowe i w planie porodu. Na zabiegi odroczone, czyli w jakimś czasie po porodzie, pobieramy dodatkową zgodę. Brak znieczulenia w opisywanych nagłych sytuacjach spowodowane jest minimalizowaniem powikłań związanych z czasem oczekiwania na znieczulenie. Wydaje się z reakcji pacjentek, że te zabiegi nie stwarzają bólu i dyskomfortu.

(akta kontroli t. II str. 21-25, 101-104)

3. Objęta kontrolą dokumentacja medyczna pacjentek, które poroniły, urodziły martwe dziecko lub których dziecko zmarło zaraz po porodzie pozwalała na jednoznaczne stwierdzenie, jakich świadczeń i w jakim zakresie udzielono ww. pacjentkom.

(akta kontroli t. II str. 21-25)

4. Na podstawie skontrolowanej dokumentacji medycznej stwierdzono, że w okresie objętym kontrolą 59 pacjentkom (spośród 60 badanych) zapewniono pomoc psychologiczną (w jednym przypadku mimo zlecenia konsultacji pacjentka wypisała się na własne żądanie zanim konsultacja mogła się odbyć). Ponadto 13 pacjentek (spośród 60) odmówiło konsultacji psychologa. W okresie objętym kontrolą trzech spośród sześciu psychologów zatrudnionych w Szpitalu udzielało pomocy kobietom doświadczającym niepowodzeń położniczych. Byli oni dostępni codziennie na Oddziale.

(akta kontroli t. II str. 21-25, 29-34)

5. Wyniki badania dokumentacji indywidualnej 60 pacjentek wykazały, że pomoc psychologiczna była udzielana niezwłocznie i była wystarczająca. Każdej pacjentce doświadczającej niepowodzenia położniczego zaproponowano taką pomoc, również w przypadku, gdy pobyt w Szpitalu wynosił od jednego do dwóch dni (dotyczyło to 17 pacjentek).

(akta kontroli t. II str. 21-25)

6. Na podstawie badania dokumentacji medycznej 60 pacjentek ustalono, że informacja o numerze sali, w której przebywała hospitalizowana pacjentka znajdowała się w dokumentacji medycznej (w karcie gorączkowej pacjentek).

⁴¹ Dz.U. z 2015 r. poz. 2069, ze zm.; rozporządzenie uchylone z dniem 15 kwietnia 2020 r.

W przedmiotowej dokumentacji personel medyczny odnotowywał dosyć częste przypadki przeniesienia pacjentki do innej sali (nie są możliwe do ustalenia przedziały czasowe w których dana pacjentka przebywała w danej sali – w ok. 50% badanych przypadków występowały po dwa numery).

Na podstawie informacji⁴² dotyczących hospitalizacji pacjentek w Oddziale w listopadzie i grudniu w 2019 r., stwierdzono, że pacjentki doświadczające sytuacji szczególnych najczęściej umieszczano w salach chorych w Pododdziale Ginekologicznym i zapewniono im możliwość pobytu w sali, w której nie przebywają kobiety w okresie ciąży lub porodu lub które urodziły zdrowe dziecko. Potwierdzają to też dane statystyczne dotyczące poziomu wykorzystania łóżek w latach 2017-2019 w Oddziałach: Ginekologicznym (w listopadzie i grudniu wynosiło odpowiednio 38%-37%, 48%-38% i 52%-47%) i Położniczym (54%-51%, 66-59% i 62%-55%). W dokumentacji pacjentek personel medyczny odnotowywał przypadki przeniesienia pacjentki do innej sali.

Położna Oddziałowa wyjaśniła, że w Oddziale Ginekologiczno-Położniczym WSzS postępowanie z pacjentką w sytuacji wystąpienia niektórych powikłań lub sytuacji szczególnych opiera się na procedurze wewnątrzoddziałowej nr 201/MOG/PWO/20/II, opracowanej na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z 09.11.2015 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, porodu w przypadkach występowania określonych powikłań oraz opieki nad kobietą w sytuacji niepowodzeń położniczych. Każda z położnych została przeszkolona w powyższym zakresie, co potwierdziła własnoręcznym podpisem pod procedurą. Pacjentki w przypadku niepowodzeń położniczych w pierwszej kolejności przebywają w sali nr 7 w Pododdziale ginekologicznym lub w sali 2B w Pododdziale położniczym. Realizacja procedury przebiega bez zakłóceń. Nigdy nie zaistniała sytuacja, aby pacjentka z niepowodzeniem położniczym przebywała na sali wspólnie z innymi pacjentkami.

(akta kontroli t. I str. 328-354, 404-405, t. II str. 21-25)

7. Szpital przygotował informator o sytuacji prawnej rodziców po utracie ciąży, w którym były zamieszczone m.in. informacje o możliwości zobaczenia i pożegnania dziecka, o prawie do rejestracji urodzenia dziecka w Urzędzie Stanu Cywilnego, o prawie do pochowania dziecka (jego ciała czy szczątków), o prawie do urlopu macierzyńskiego i lub zasiłku macierzyńskiego, o prawie do uzyskania zasiłku pogrzebowego.

Oddziałowa wyjaśniła, że w Oddziale każda pacjentka z niepowodzeniem położniczym przebywa samodzielnie w sali nr 2B w Pododdziale Położniczym lub Sali nr 7 w Pododdziale Ginekologicznym. W salach tych pacjentka nie ma stałego kontaktu z matkami, które urodziły zdrowe dzieci. Pacjentce zapewnia się spokój oraz czas pozwalający na oswojenie się z sytuacją. Pacjentka informowana jest o możliwości uzyskania pomocy psychologicznej, w razie potrzeby wzywany jest psycholog. Pożegnanie ze zmarłym dzieckiem jest zawsze możliwe, w pożegnaniu mogą również uczestniczyć osoby bliskie pacjentce. W oddziale jest zawsze możliwe przekazanie rodzicom pamiątek po zmarłym dziecku i taką informację otrzymują rodzice od personelu (zgodnie z procedurą 201/MOG/PWO/20/II) np.: o możliwości pobrania kosmyka włosów, odbicia na kartce stopek, rączek, zrobienia fotografii, przekazanie zdjęcia USG. Szpital nie nawiązał współpracy z organizacjami społecznościowymi, które przygotowują pamiątki po utraconym dziecku. Informacje

⁴² Na podstawie zestawienia sporządzonego przez Szpital na podstawie dokumentacji medycznej za listopad i grudzień 2019 r.

o działających grupach wsparcia i wsparciu psychologa otrzymuje pacjentka również w formie pisemnej (załącznik nr 1 do procedury nr 201/MOG/PWO/20/II - Sytuacja prawna rodziców po poronieniu).

(akta kontroli t. II str. 35-39, 355-356)

8. Zgodnie z postanowieniami Regulaminu organizacyjnego, szczegółowe zasady postępowania w przypadku zgonu pacjenta regulują wewnętrzne przepisy Szpitala oparte na obowiązujących w tym zakresie przepisach prawa. Ponadto zgodnie z zapisami ww. Regulaminu zwłoki pacjentów zmarłych w Szpitalu są - z wyjątkiem określonych w nim sytuacji - przechowywane w chłodni nie dłużej niż 72 godziny. W Procedurze postępowania pracowników szpitala w przypadku zgonu pacjenta określono zasady postępowania pracowników szpitala w przypadku dzieci martwo urodzonych⁴³ w WSzS, w tym określono m.in.: zasady i sposób przekazywania zwłok/szczałków dziecka do Zakładu Patomorfologii lub chłodni, dokumentację sporządzaną na okoliczność przekazania zwłok, zasady przekazywania zwłok do pochówku przez matkę/rodziców, zasady przekazywania zwłok do pochówku przez gminę⁴⁴, w przypadku rezygnacji z pochówku przez matkę.

Zapisy Procedury były zgodne z § 2 i 10 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 7 grudnia 2001 r. w sprawie postępowania ze zwłokami i szczałkami ludzkimi⁴⁵ oraz z art. 10 ust 1 ustawy z dnia 31 stycznia 1959 r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych⁴⁶.

W okresie objętym kontrolą Szpital miał zawartą umowę z przedsiębiorstwem (zleceniobiorcą) na świadczenie przez niego na rzecz Szpitala usług transportu zwłok osób zmarłych w oddziałach szpitalnych z pomieszczenia przechowywania do chłodni szpitalnej. Od 19.10.2018 r. zleceniobiorca zobowiązany był m.in. do odbioru z oddziałów i komórek Szpitala zwłok m.in. dzieci martwo urodzonych bez względu na czas trwania ciąży i ich transport do miejsca przechowywania zwłok – chłodni Szpitala, przechowywanie zwłok przez okres do 72 godzin i powyżej 72 godzin od godziny, w której nastąpiło stwierdzenie zgonu pacjenta, przygotowanie zwłok oraz ich wydanie osobie lub instytucji uprawnionej do ich pochowania, a także do zapewnienia dostępu osobom bliskim do zmarłego pacjenta i wydania zwłok. Według umowy osoba uprawniona do pochówku miała swobodny wybór podmiotu świadczącego usługi pogrzebowe.

Na podstawie badania dokumentacji wybranych 20 pacjentek, które poroniły lub urodziły martwe dziecko, pod kątem przestrzegania ww. Procedury postępowania pracowników szpitala w przypadku zgonu pacjenta, ustalono, że:

- w dokumentacji czterech spośród 12 pacjentek, które urodziły martwe dziecko nie było skierowania zwłok/szczałków dziecka martwo urodzonego do Zakładu Patomorfologii, z informacją o sposobie postępowania ze zwłokami, określoną na podstawie otrzymanego oświadczenia matki,
- w dokumentacji siedmiu spośród ośmiu pacjentek, u których nastąpiło poronienie samoistne, nie było skierowania zwłok/szczałków dziecka martwo urodzonego do Zakładu Patomorfologii, z informacją o sposobie postępowania ze zwłokami, określoną na podstawie otrzymanego oświadczenia matki, a w jednym przypadku było ww. skierowanie, ale nie było oświadczenia matki o odbiorze/pozostawieniu zwłok/szczałków dziecka martwo urodzonego,
- 17 spośród 20 pacjentek odebrało zwłoki celem dokonania pochówku, a trzy pozostawiły zwłoki/szczałki dziecka martwo urodzonego w Szpitalu celem

⁴³ W Procedurze zawarto również zapisy dotyczące zgłoszenia dziecka do Urzędu Stanu Cywilnego.

⁴⁴ Postanowiono, że przekazanie zwłok instytucji pogrzebowej wskazanej przez gminę odbywa się raz w roku we wrześniu.

⁴⁵ Dz. U. Nr 153 poz. 1783, ze zm.

⁴⁶ Dz. U. z 2019 r. poz. 1473, ze zm.

pochówku przez gminę, przy czym w dokumentacji jednej pacjentki nie było oświadczenia matki o pozostawieniu zwłok/szczałków dziecka martwo urodzonego, ale w skierowaniu zwłok/szczałków dziecka martwo urodzonego do Zakładu Patomorfologii wskazano – „na podstawie oświadczenia matki” – że zwłoki zostały pozostawione w Szpitalu celem pochówku przez gminę.

Dyrektor wyjaśnił, że przed kilkoma laty WSzS w Białej Podlaskiej zwrócił się do Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Białej Podlaskiej o zorganizowanie pochówku szczałków dzieci martwo urodzonych, których rodzice nie wyrazili woli ich pogrzebania. Z uwagi na to, że obowiązek ten ciąży na gminie poinformowaliśmy ten organ o posiadanej procedurze oraz poprosiliśmy o odbiór zwłok. MOPS zwrócił się do nas z prośbą, abyśmy przechowywali szczałki takich dzieci przez pewien czas, zaś oni jeden raz w roku będą organizować przetarg/zapytanie dla firm pogrzebowych celem wyłonienia instytucji pogrzebowej, która dokona zbiorowego pochówku. Swoją prośbę MOPS umotywował wysokimi kosztami pogrzebu, które obciążają budżet gminy. W trosce o wspólne dobro WSzS w Białej Podlaskiej przychylił się do wniosku i zobowiązał się do przechowywania szczałków niepochowanych dzieci przez wskazany okres czasu. Odbywało się to zatem na wniosek i za zgodą Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Białej Podlaskiej, będącego instytucją uprawnioną do pochówku.

(akta kontroli t. II str. 109-120, 271-282, t. III str. 68-137)

W latach 2017-2019 Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Białej Podlaskiej, po otrzymaniu pisemnej informacji z WSzS, ogłaszał zapytanie ofertowe na sprawienie pogrzebu dzieci martwo urodzonych w ww. Szpitalu. Po wyłonieniu Wykonawcy Szpital przekazywał ciała dzieci martwo urodzonych dokumentując ten fakt w protokole. W okresie tym Szpital przekazał do pochówku przez Gminę Miejską Biała Podlaska⁴⁷ odpowiednio pięć, sześć i osiem ciał/szczałków dzieci martwo urodzonych. Ciała dzieci były poddane kremacji i po ceremonii pogrzebowej odprawionej przez kapelana Szpitala, złożone do zbiorowej mogiły na cmentarzu komunalnym w Białej Podlaskiej. Koszty związane z pochówkiem ciał dzieci martwo urodzonych ponosiła Gmina i wyniosły one odpowiednio 1,2 tys. zł, 0,9 tys. zł i 1,5 tys. zł. W kwestii dotyczącej organizacji pochówku Gmina nie współpracowała ze stowarzyszeniami, czy też organizacjami pozarządowymi.

(akta kontroli t. II str. 412-415)

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

W okresie od 1.01.2017 roku do 12.03.2020 r. do NFZ, wpłynęła jedna skarga dotycząca świadczeń udzielanych przez WSzS pacjentkom, które poroniły, urodziły martwe dziecko lub przypadków, kiedy dziecko zmarło wkrótce po porodzie. Dotyczyła ona zastrzeżeń do postępowania diagnostyczno-terapeutycznego lekarzy Oddziału Ginekologiczno-Położniczego, skutkującego poronieniem. Przedmiotowa skarga niezwłocznie została przekazana do Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej Lubelskiej Izby Lekarskiej. Równocześnie Skarżąca otrzymała informację, że NFZ zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa, nie jest upoważniony do zajęcia stanowiska w przedmiotowej sprawie.

Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej w Lublinie poinformował, że postępowanie w tej sprawie zostało zakończone postanowieniem z 14.05.2020 r. o umorzeniu postępowania wyjaśniającego.

(akta kontroli t. II str. 357-411)

⁴⁷ Dalej: Gmina.

W okresie objętym kontrolą odpowiednio 121, 71 i 76 pacjentek Oddziału wypełniło ankiety dotyczące satysfakcji pacjentów. W Oddziale dostępne były dwa rodzaje ankiet dedykowane dla Pododdziałów: Ginekologii i Patologii ciąży (dalej: ankieta nr 1) oraz Położnictwa i Oddziału Neonatologii (dalej: ankieta nr 2). Ankieta nr 1 obejmowała pytaniami m.in. zakresy dotyczące dostępu do obiektu, opieki i relacji z personelem lekarskim w oddziale szpitalnym, opieki i relacji z personelem pielęgniarskim w oddziale, a ankieta nr 2 obejmowała m.in. dostęp do obiektu, w części noworodkowej opiekę lekarską nad noworodkiem i opiekę pielęgniarską nad noworodkiem, a w części położniczej opiekę lekarską położniczą i opiekę położnych. W latach 2017-2019 pacjentki Pododdziału Ginekologii (odpowiednio 47, 30 i 18 ankiet) i Patologii Ciąży (25, 13 i 21 ankiet) oceniły opiekę i relacje z personelem lekarskim m.in. w zakresie:

- otrzymania informacji na temat planowanego leczenia – odpowiednio 74,5%/56,0% (2017 r.), 93,3%/15,4% (2018 r.) i 83,3%/76,1% (2019 r.) pacjentek takie informacje otrzymało,
- postępów leczenia i wyników badań – 74,5%/48,0%, 86,6%/15,4% i 88,8%/71,4%,
- uzyskania informacji o ryzyku związanym z zabiegiem/operacją – 61,7%/nie dotyczy, 76,6%/15,4% i 72,2%/33,3%,
- otrzymania informacji o przebiegu zabiegu/operacji i jej wyniku – 51,1%/nie dotyczy, 66,6%/15,4% i 72,2%/38,1%
- poszanowania prywatności/intymności przy przekazywaniu informacji, wykonywaniu badań – 95,7%/68,0%, 96,6%/61,5% i 100%/85,7%,
- możliwości kontaktu w trudnych dla pacjenta sytuacjach – 78,7%/68,0%, 73,3%/46,1% i 72,2%/61,9%.

Opiekę i relacje z personelem pielęgniarskim pacjentki oceniły m.in. w zakresie:

- otrzymania informacji o celu, sposobie przygotowania się i przebiegu wykonywanych zabiegów – 82,9%/88,0%, 96,6%/53,8% i 100%/85,7%, pacjentek zostało poinformowanych,
- poszanowania prywatności/intymności w czasie wykonywania zabiegów – 89,4%/80,0%, 96,6%/69,2% i 100%/95,2%,
- dostępności personelu pielęgniarskiego w sytuacji potrzeby pomocy – 97,8%/80,0%, 96,6%/69,2% i 100%/80,9%.

W latach 2017 - 2019 pacjentki Pododdziału Położnictwo (odpowiednio 49, 28 i 18 ankiet) oceniły opiekę i relacje z personelem lekarskim m.in. w zakresie:

- otrzymania informacji o stanie zdrowia, wynikach badań – 55,1%, 92,8% i 81,0% pacjentek otrzymało taką informację,
- uzyskania informacji na temat przebiegu porodu – 71,4%, 92,8% i 81,0%,
- poszanowania prywatności/intymności przy przekazywaniu informacji, wykonywaniu badań – 77,5%, 85,7% i 83,7%,
- uzyskania informacji dotyczących postępowania poporodowego w domu i wizyty kontrolnej – 71,4%, 89,2% i 83,7%.

Opiekę i relacje z położnymi pacjentki oceniły m.in. w zakresie:

- otrzymania informacji o celu, sposobie przygotowania się i przebiegu wykonywanych zabiegów – 85,7%, 92,8% i 89,1% pacjentek zostało poinformowanych,
- poszanowania prywatności/intymności w czasie wykonywania zabiegów – 87,7%, 92,8% i 97,3%,
- dostępności położnej w sytuacji potrzeby pomocy – 83,6%, 92,8% i 91,8%.

Odpowiadając na pytanie dotyczące podjętych działań w związku z opiniami

wyrażanymi w ankietach dostępnych w Oddziale Ginekologiczno-Położniczym, Dyrektor wyjaśnił, że w naszym szpitalu wszystkie ankiety satysfakcji pacjentów podlegają systematycznej analizie, a wyniki badania satysfakcji są omawiane na posiedzeniu Komitetu ds. Jakości, przedstawiane Dyrektorowi Szpitala oraz przesyłane do poszczególnych komórek organizacyjnych szpitala. W uzasadnionych przypadkach Dyrektor Szpitala lub Z-ca Dyrektora ds. Medycznych podejmuje działania zmierzające do poprawy jakości udzielanych świadczeń. Jedną z form podejmowanych działań są rozmowy dyscyplinujące i w przypadku [dwóch lekarzy o których mowa w pytaniu] takie rozmowy odbyły się w obecności ordynatora oddziału.

(akta kontroli t. II str. 109-120, 204-270)

Sześć pacjentek⁴⁸ spośród 20, które poroniły, urodziły martwe dziecko lub których dziecko zmarło zaraz po porodzie, którym NIK przekazała ankiety, pomoc świadczoną przez Szpital oceniło następująco:

- pięć pacjentek stwierdziło, że mogło podejmować decyzje dotyczące diagnostyki i leczenia i w tym celu podpisywały ogólną zgodę na wszystkie zabiegi lub każdorazowo były pytane o zgodę na przeprowadzenie jakiegoś zabiegu, natomiast jedna pacjentka wskazała, że nikt jej nie pytał o zgodę na wykonywanie zabiegów;
- wszystkie pacjentki (sześć) wskazały, że miały możliwość skorzystania z pomocy psychologa z własnej inicjatywy szpitala;
- wszystkie pacjentki stwierdziły, że personel medyczny traktował je życzliwie i ze zrozumieniem sytuacji;
- cztery pacjentki wskazały, że miały możliwość pożegnania zmarłego dziecka w obecności osób im bliskich, jedna, że miała możliwość pożegnać się z dzieckiem, ale bez możliwości uczestniczenia w pożegnaniu osób jej bliskich, a jedna odpowiedziała, że nie wiedziała o takiej możliwości;
- pięć pacjentek oceniło opiekę w Szpitalu bardzo dobrze lub dobrze, jedna dała ocenę wystarczającą.

(akta kontroli t. III str.134-137)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

OCENA CZĄSTKOWA

Szpital zapewnił pacjentkom, które doświadczyły niepowodzenia położniczego odpowiednie warunki pobytu, poczucie intymności oraz możliwość skorzystania w Oddziale z pomocy psychologicznej (nawet dwu-trzykrotnie). Dokumentacja medyczna prowadzona była prawidłowo. Szpital posiadał procedury dotyczące postępowania pracowników szpitala w przypadku zgonu pacjenta, w których zawarte były zasady postępowania pracowników szpitala w przypadku dzieci martwo urodzonych.

IV. 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. Podjęcie działań mających na celu wyeliminowanie przypadków nieprzerwanego udzielania świadczeń zdrowotnych przez lekarzy zatrudnionych na podstawie umów cywilnoprawnych przez okres przekraczający 24 godziny.

⁴⁸ 100% zwrotnie otrzymanych ankiet.

2. Dokonywanie bieżącej i rzetelnej aktualizacji zgłoszonych do LOW NFZ danych o personelu udzielającym świadczeń zdrowotnych w ramach umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w systemie podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej.

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

Obowiązek
poinformowania
NIK o sposobie
wykorzystania uwag
i wykonania wniosków

Zgodnie z art. 62 ustawy o NIK należy poinformować Najwyższą Izbę Kontroli, w terminie 21 od otrzymania wystąpienia pokontrolnego, o sposobie wykonania wniosków pokontrolnych oraz o podjętych działaniach lub przyczynach niepodjęcia tych działań.

W przypadku wniesienia zastrzeżeń do wystąpienia pokontrolnego, termin przedstawienia informacji liczy się od dnia otrzymania uchwały o oddaleniu zastrzeżeń w całości lub zmienionego wystąpienia pokontrolnego.

Lublin, 10 września 2020 r.

Kontroler
Katarzyna Kuzioła
Specjalista kontroli państwowej

Dyrektor
Delegatury Najwyższej Izby Kontroli
w Lublinie
Edward Lis

.....
podpis

.....
Podpis