



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Lublinie

LLU.410.002.03.2020

**Pan
Jacek Kamiński
Dyrektor
Samodzielnego Publicznego
Zakładu Opieki Zdrowotnej
w Świdniku**

ul. Bolesława Leśmiana 4
21-040 Świdnik

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

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

I. Dane identyfikacyjne

Jednostka kontrolowana	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Świdniku; ul. Bolesława Leśmiana 4, 21-040 Świdnik (SP ZOZ, Szpital)
Kierownik jednostki kontrolowanej	Jacek Kamiński, Dyrektor SP ZOZ w Świdniku, od dnia 1 czerwca 2002 r. (akta kontroli str. 5-6)
Zakres przedmiotowy kontroli	<ol style="list-style-type: none">1. Zgodność z przepisami prawa organizowania i udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w sytuacjach poronień 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
Kontrolerzy	Anna Kowalska, główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LLU/7/2020 z 22.01.2020 r. oraz upoważnienie do kontroli nr LLU/104/2020 z 14.08.2020 r., Agata Wróbel, inspektor kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LLU/123/2020 z 08.09.2020 r., Wanda Bącał, doradca ekonomiczny, legitymacja służbowa nr 19117. (akta kontroli str. 1-2, 394-395, 422-423)

II. Ocena ogólna³ kontrolowanej działalności

OCENA OGÓLNA

W latach objętych kontrolą, SP ZOZ prawidłowo zorganizował udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w sytuacjach poronień i zgonów dziecka tuż po porodzie, przestrzegając obowiązujących uregulowań prawnych dotyczących opieki okołoporodowej w takich przypadkach. Organizacja badań lekarskich i pobytu pacjentek na Oddziale Położniczo-Ginekologicznym (Oddział) odbywała się z poszanowaniem ich intymności. Pacjentkom zapewniono dostęp do pomocy psychologicznej udzielanej przez psychologa zatrudnionego w Szpitalu. Udzielano im też informacji o innych podmiotach zajmujących się świadczeniem różnych form pomocy kobietom doświadczających poronień i zgonów dziecka tuż po urodzeniu. Na Oddziale zapewniono odpowiednią liczbę personelu medycznego o wymaganych kwalifikacjach, a w lokalizacji Szpitala stała obecność lekarza specjalisty w dziedzinie anestezjologii. Oddział był wyposażony w sprawną aparaturę i sprzęt medyczny. Stwierdzono przypadki świadczenia przez lekarzy zatrudnionych na umowach cywilnoprawnych pracy nieprzerwanie przez okres przekraczający 24 godziny, co mogło mieć wpływ na jakość świadczonej opieki i zapewnienie bezpieczeństwa pacjentkom.

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.

Skontrolowana dokumentacja medyczna była prowadzona zgodnie z wymogami rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania⁴. Udzielana pacjentkom pomoc medyczna była należycie odnotowywana w ich dokumentacji medycznej, przestrzegano przy tym praw pacjenta.

Szpital zatrudniał psychologa, który organizował szkolenia dla lekarzy i położnych zatrudnionych na Oddziale, w tym dotyczących różnych aspektów sytuacji szczególnych⁵ oraz świadczył pomoc psychologiczną pacjentkom.

W Szpitalu opracowano i monitorowano wskaźniki opieki okołoporodowej, zgodnie z załącznikiem do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej.

Opracowano wewnętrzną *Procedurę postępowania w przypadku dziecka martwo urodzonego*, której celem było zapewnienie godnego postępowania ze zwłokami dzieci martwo urodzonych bez względu na czas trwania ciąży, z zachowaniem zasad bezpieczeństwa epidemiologicznego. Stwierdzono jednak, że procedura ta nie zawsze była przestrzegana.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego oraz oceny cząstkowej⁶ 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. SP ZOZ działał na podstawie dokumentów organizacyjnych takich jak: Statut nadany uchwałą Rady Powiatu w Świdniku⁷, Regulamin organizacyjny SP ZOZ, regulaminy komórek organizacyjnych.

W skład Szpitala wchodził m.in. Oddział Położniczo-Ginekologiczny oraz Oddział Neonatologiczny, a także inne komórki organizacyjne związane ze świadczeniami leczniczymi będącymi przedmiotem niniejszej kontroli (Izba Przyjęć, oddziały szpitalne, w tym Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii - OAiT). Pacjentki, które poroniły, urodziły martwe dziecko, lub których dziecko zmarło krótko po porodzie były hospitalizowane w Oddziale Położniczo-Ginekologicznym. Izba Przyjęć zapewniała całodobową opiekę położnej we wszystkie dni tygodnia. Organizację pracy w Izbie Przyjęć określał Regulamin Izby Przyjęć, a szczegółowe zasady funkcjonowania innych oddziałów określały regulaminy oddziałów.

Do zadań oddziałów szpitalnych należało udzielanie świadczeń zdrowotnych związanych z leczeniem, diagnostyką i profilaktyką zgodnie z profilem danego oddziału. Lekarze OAiT zapewniali znieczulenie przy zabiegach abrazyj związanych z poronieniami u pacjentek hospitalizowanych na Oddziale Położniczo-Ginekologicznym, a także po poporodowym łyżeczkowaniu jamy macicy. W skład SP ZOZ wchodził blok operacyjny, utrzymywany w stanie stałego pogotowia operacyjnego i zorganizowany w taki sposób, aby w razie nagłej potrzeby, o każdej

⁴ Dz. U. poz. 2069; rozporządzenie uchylone z dniem 15 kwietnia 2020 r. przez rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz.U. poz. 666).

⁵ Wg Rozdziału XV Opieka nad kobietą w sytuacjach szczególnych Załącznika Standard organizacyjny opieki zdrowotnej w podmiotach wykonujących działalność leczniczą udzielających świadczeń zdrowotnych w zakresie opieki okołoporodowej do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej (Dz. U. poz. 1756), do sytuacji szczególnych zalicza się rozpoznanie podczas ciąży ciężkiej choroby lub wady dziecka, poronienie, urodzenie dziecka martwego, niezdolnego do życia, chorego lub z wadami wrodzonymi.

⁶ 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.

⁷ Uchwała Nr VIII/36/2015 z dnia 31 marca 2015 r. w sprawie nadania Statutu Samodzielnemu Publicznemu Zakładowi Opieki Zdrowotnej w Świdniku. Uchwała została opublikowana w Dzienniku Urzędowym Województwa Lubelskiego z dnia 7 maja 2015 r. (poz. 1590).

porze był przygotowany do bezzwłocznego wykonania zabiegu operacyjnego. Szczegółowe funkcjonowanie bloku operacyjnego określał Regulamin bloku.

W latach 2017-2020 SP ZOZ miał podpisane umowy z Lubelskim Oddziałem Wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia (LOW NFZ) na świadczenia zdrowotne w systemie podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej. SP ZOZ realizował na ich podstawie świadczenia w zakresie położnictwa i ginekologia hospitalizacja drugi poziom referencyjny.

(akta kontroli, str. 7, 13-41)

2. W SP ZOZ w 2017 r. urodziło się 919 noworodków, w 2018 r. – 936, a w 2019 r. – 968. Martwo urodzonych było po jednym dziecku w latach 2017-2018 oraz troje w 2019 r. Do 6. doby od porodu zmarło po jednym dziecku w 2018 r. i 2019 r. W latach 2017-2019 odnotowano następującą liczbę poronień: 100; 101; 93. Nie odnotowano powikłań po przebytych poronieniach. W latach objętych kontrolą, łączna liczba przypadków obumarcia wewnątrz-macicznego wyniosła w: 2017 r. 101, w 2018 r. 102, a w 2019 r. 96, przy czym obumarciu płodu nastąpiło najczęściej do 16 tygodnia ciąży (98%, 92,2%, 93%). Wszystkie wspomniane przypadki były zdarzeniami samoistnymi. Nie odnotowano indukcji ze wskazań matczynych albo innych. Nie prowadzono diagnostyki w celu ustalenia, czy zdarzenie (obumarcie wewnątrzmaciczne) było spowodowane np. wadą płodu, zaburzeniem genetycznym.

(akta kontroli, str. 313-317)

3. W okresie objętym kontrolą⁸, w Oddziale zapewniono odpowiednią liczbę wykwalifikowanych lekarzy, położnych i pielęgniarek. Na koniec lipca 2017 r. zatrudnionych było 20 lekarzy, jedna pielęgniarka oraz 27 położnych; na koniec października 2017 r. 20 lekarzy, jedna pielęgniarka oraz 29 położnych. W 2018 r. na koniec lipca zatrudnionych było 19 lekarzy, jedna pielęgniarka oraz 30 położnych; a na koniec października 19 lekarzy, jedna pielęgniarka i 29 położnych. Na koniec lipca 2019 r. zatrudnionych było 20 lekarzy, jedna pielęgniarka i 32 położne; na koniec października – 20 lekarzy, jedna pielęgniarka i 34 położne. Na koniec 2019 r. zatrudnionych było 22 lekarzy, 33 położne.

(akta kontroli, str. 292-305)

W lipcu i październiku 2017 r. Szpital zatrudniał ośmiu lekarzy na podstawie umów cywilnoprawnych, w 2018 r. w lipcu siedmiu, a w październiku ośmiu, w 2019 r. w lipcu i październiku dziewięciu. Na koniec 2019 r. na podstawie umów cywilnoprawnych zatrudnionych było dziewięciu lekarzy. Nie zawierano umów cywilnoprawnych z lekarzami zatrudnionymi na umowach o pracę.

W 2017 r. w lipcu i październiku zatrudniano dwie położne na podstawie umów cywilnoprawnych, w 2018 r. w tych samych miesiącach także dwie, w 2019 r. – w lipcu dwie, a w październiku trzy. Na koniec 2019 r. na podstawie umów cywilnoprawnych zatrudniano dwie położne.

(akta kontroli, str. 292-293, 294-295, 298-299, 300-301, 304-305)

Stosownie do art. 50 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej⁹, w szpitalu w latach 2017-2019 opracowano minimalne normy zatrudnienia pielęgniarek i położnych. Dla wskazanego okresu w Oddziale minimalna norma zatrudnienia pielęgniarek i położnych wynosiła odpowiednio 24, 26, 28 etatów.

(akta kontroli, str. 78-83; 366-369)

4. Zgodnie z umową zawartą przez SP ZOZ z LOW NFZ Oddział dysponował następującym wyposażeniem i aparaturą medyczną w miejscu: aparatem do

⁸ Do próby kontrolnej objętej szczegółowym badaniem wybrano łącznie sześć miesięcy (lipiec i październik w latach 2017-2019).

⁹ Dz. U. z 2020 r. poz. 295, ze zm.

elektrokoagulacji, aparatem EKG¹⁰, kolposkopem, kardiomonitorem, dwoma aparatami USG¹¹, dwiema pompami infuzyjnymi, sześcioma detektorami tętna płodu, siedmioma kardiografami. Wszystkie aparaty i wyposażenie dostępne w Oddziale miały założone paszporty i ważne przeglądy techniczne. Wpisy w paszportach potwierdzały, że aparaty i wyposażenie były poddawane przeglądom technicznym, także w latach wcześniejszych niż okres kontroli NIK (od 2017 r.). W lokalizacji SP ZOZ zapewniono dostępność: histeroskopu, laparoskopu, dwóch aparatów Rtg.

SP ZOZ dokonywał corocznych przeglądów zainstalowanej klimatyzacji, w tym w pomieszczeniach znajdujących się na III piętrze budynku Szpitala: pracowni USG – ginekologicznego, trzech gabinetach lekarzy, sali porodowej, tj. we wszystkich pomieszczeniach Oddziału, gdzie ją zainstalowano.

(akta kontroli, str.137-141)

5. Analiza rozkładu czasu pracy lekarzy zatrudnionych na podstawie umów o pracę w Oddziale w lipcu i październiku w poszczególnych latach 2017-2019 wykazała, iż przestrzegano przepisów art. 93-97 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej. Personel medyczny wykonujący usługi medyczne w Oddziale w okresie objętym kontrolą, został ujęty w wykazie personelu stanowiącym załącznik do umowy i w załącznikach do aneksów do umowy z LOW NFZ.

(akta kontroli str. 42-75)

W lutym 2018 r. LPWIS przeprowadził kontrolę w związku z wnioskiem SP ZOZ z grudnia 2017 r. o wydanie opinii o wpływie na bezpieczeństwo pacjentów niespełnienia przez tę jednostkę wymagań określonych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z 26 czerwca 2012 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą¹². Kontrolę przeprowadzono w pomieszczeniach przychodni specjalistycznej i Szpitala. Organ kontrolny przeprowadził oględziny pomieszczeń Oddziału. Spełnienie wymagań wynikających z ww. rozporządzenia objęte było programem dostosowawczym, z terminem realizacji do dnia 31.12.2017 r. SP ZOZ nie wywiązał się z zobowiązania w wyznaczonym terminie.

W Szpitalu LPWIS stwierdził brak śluzu umywalkowo-fartuchowej w zespole porodowym, co naruszało wymagania określone w załączniku Nr 1 część IV pkt 3 do ww. rozporządzenia; brak pomieszczenia przeznaczonych dla położnic i noworodka w pierwszych godzinach życia, po porodach powikłanych, w którym zapewnia się możliwość obserwacji bezpośredniej lub przy użyciu kamer wyposażonych w funkcję autostartu, w szczególności możliwości obserwacji twarzy, co naruszało przepisy określone w załączniku Nr 1 część IV pkt 4 ww. rozporządzenia.

Oględziny w czasie kontroli Lubelskiego Wojewódzkiego Państwowego Inspektora Sanitarnego (LWPIS) wykazały, że składające się na trakt porodowy trzy pokoje porodowe wyposażone zostały w nowy sprzęt, utrzymane były w dobrym stanie sanitarno-technicznym. Pacjentki po porodzie pozostawały przez dwie godziny na trakcie porodowym. W jednej sali znajdowało się stanowisko administracyjne dla położnej (istniała możliwość bezpośredniej obserwacji), w przypadku pozostałych dwóch sal brak było na wyposażeniu kamer umożliwiających prowadzenie bezpośredniej obserwacji.

Na podstawie przeprowadzonej kontroli, LWPIS w Lublinie wydał w dniu 15.03.2018 r. postanowienie opiniujące, że brak spełnienia ww. wymagań, o których mowa w art. 22 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej,

¹⁰ Elektrokardiograf.

¹¹ Ultrasonograf.

¹² Dz.U. poz. 739; Rozporządzenie uchylone z dniem 1 kwietnia 2019 r. ustawą z dnia 9 listopada 2018 r. o zmianie ustawy o działalności leczniczej oraz niektórych ustaw – Dz. U. z 2018 r. poz. 2219.

przez SP ZOZ w zakresie Oddziału Położniczo-Ginekologicznego nie ma wpływu na bezpieczeństwo pacjentów.

(akta kontroli, str. 214-226)

W związku z brakiem śluzы umywalkowo-fartuchowej w sali porodowej, SP ZOZ zastosował rozwiązania zastępcze. Wejście do sali porodowej wyposażone zostało w: dozownik ze środkiem dezynfekcyjnym uruchomianym bez kontaktu z dłonią; zamykany pojemnik na brudną bieliznę jednorazową; miejsce na ubrania z zachowaniem rozdziału ubrań czystych i brudnych. Sale porodowe i pomieszczenia sanitarne wyposażone zostały w: umywalki z bateriami uruchomianymi bez kontaktu z dłonią; dozowniki z mydłem w płynie oraz dozowniki ze środkami dezynfekcyjnymi bez kontaktu z dłonią; pojemniki z ręcznikami jednorazowego użycia i pojemniki na zużyte ręczniki; zamykane pojemniki na brudną bieliznę jednorazową.

Sala porodowa wyposażona została w jednorazowe środki ochrony osobistej, jednorazowy sprzęt oraz jednorazową bieliznę stosowaną podczas porodu i dla noworodka, tj. jednorazowe zestawy porodowe oraz zestawy noworodkowe. Dla położnic i noworodka w pierwszych godzinach życia po porodach powikłanych w sali porodowej wydzielone zostało pomieszczenie, w którym zapewnia się możliwość obserwacji bezpośredniej.

Dyrektor wyjaśnił, że w celu poprawy warunków pobytu pacjentek w Oddziale zaprojektowano utworzenie nowej sali porodowej z nowym usytuowaniem i w pełni spełniającej szczegółowe wymagania sanitarne, w tym w zakresie funkcjonowania śluzы umywalkowo-fartuchowej.

(akta kontroli, str. 208-210)

LOW NFZ dwukrotnie, w lutym – marcu 2017 r. i w 2019 r., przeprowadził w SP ZOZ kontrole mające na celu ocenę prawidłowości realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: leczenie szpitalne w zakresie położnictwo i ginekologia hospitalizacja drugi poziom referencyjny.

Zakres kontroli w 2017 r. obejmował m.in. spełnianie wymagań określonych w załączniku Nr 3 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego¹³; spełnianie wymagań określonych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 28 grudnia 2012 r. w sprawie sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami¹⁴; realizację standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych w zakresie opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, porożu oraz opieki nad noworodkiem, a także standardów postępowania medycznego w łagodzeniu bólu porodowego. Kontrolę przeprowadzono pod względem legalności, rzetelności i celowości działań kontrolowanego świadczeniodawcy. Na podstawie ustaleń opisanych w protokole kontroli LOW NFZ ocenił pozytywnie kontrolowaną działalność.

Stwierdzono, że SP ZOZ zapewniał: 1) równoważnik co najmniej dwóch etatów specjalistów z dziedziny położnictwa i ginekologii, 2) opiekę lekarską dwóch lekarzy we wszystkie dni tygodnia; 3) stałą obecność lekarza specjalisty z dziedziny położnictwa i ginekologii w miejscu udzielania świadczeń, 4) stałą obecność lekarza specjalisty z dziedziny anestezjologii z OAiIT – w lokalizacji. Przeprowadzone wówczas oględziny pomieszczeń Oddziału potwierdziły prawidłową organizację jego pomieszczeń oraz zapewnienie sprzętu i aparatury medycznej zgodnego z przedstawionym przez SP ZOZ wykazem i załącznikiem Nr 2 do Umowy – Harmonogram-Zasoby. Sprzęt i aparatura medyczna posiadała aktualne przeglądy

¹³ Dz. U. z 2017 r. poz. 2295, ze zm.

¹⁴ Dz. U. poz. 1545.

techniczne. Spełnione zostały minimalne normy zatrudnienia pielęgniarek i położnych.

Pozytywnie oceniono realizację standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, położu i opieki nad noworodkiem oraz standardów postępowania medycznego w łagodzeniu bólu porodowego. Stwierdzono, że zapewniono m.in.: wykonanie ciągłego badania KTG przed i w trakcie porodu, prowadzenie partogramu w miejscu udzielania świadczeń. W Oddziale opracowano i wdrożono do stosowania standardy postępowania okołoporodowego oraz tryb postępowania medycznego w łagodzeniu bólu porodowego. Personel Oddziału został przeszkolony w zakresie stosowania ww. standardów. W związku z pozytywnym wynikiem kontroli nie sformułowano zaleceń pokontrolnych.

(akta kontroli, str. 8-11)

Po kontroli LOW NFZ przeprowadzonej w 2019 r. działalność SP ZOZ oceniono pozytywnie w zakresie dokumentów rejestrowych i organizacyjnych; rzetelności i celowości działań związanych z realizacją umów zawartych z LOW NFZ. Pozytywnie oceniono rzetelność działań SP ZOZ w zakresie prowadzenia dokumentacji medycznej, stwierdzając jednak braki oznaczenia osoby dokonującej wpisu w dokumentacji medycznej, co było niezgodne z przepisami rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania. Za stwierdzone nieprawidłowości wymierzono karę pieniężną, która została uiszczona. Dyrektor SP ZOZ udzielił odpowiedzi na wystąpienie pokontrolne, informując, że zalecenia pokontrolne zostały omówione z lekarzami udzielającymi świadczeń w Oddziale, którym zwrócono uwagę na konieczność opatrywania wpisów w dokumentacji medycznej oznaczeniem osoby dokonującej wpisu i zobowiązano ordynatora do stałego sprawowania nadzoru nad prawidłowością dokumentowania świadczeń wykonywanych przez lekarzy.

(akta kontroli, str. 8-11)

6. Opieka nad pacjentkami doświadczającymi poronień, urodzenia martwego dziecka lub śmierci dziecka krótko po porodzie, którą sprawuje SP ZOZ, nie była przedmiotem kontroli prowadzonych przez inne organy, np. Wojewodę Lubelskiego, konsultantów wojewódzkich lub krajowych.

(akta kontroli, str. 397)

Stwierdzone
nieprawidłowości

W działalności kontrolowanej jednostki w przedstawionym wyżej zakresie stwierdzono następującą nieprawidłowość:

Dwóch lekarzy zatrudnionych w SP ZOZ na podstawie umów cywilnoprawnych w dziewięciu przypadkach świadczyło pracę nieprzerwanie przez okres przekraczający 24 godziny.

Analiza rozkładu czasu pracy lekarzy udzielających świadczeń zdrowotnych w Oddziale w latach 2017-2019 (miesiące lipiec i październik), którzy zatrudnieni byli na podstawie umów cywilnoprawnych wykazała, że jeden z lekarzy:

- w okresie od 26.07.2017 r. do 27.07.2017 r. świadczył pracę przez 31 godzin i 35 minut¹⁵;
- w dniach od 3.07.2018 r. do 5.07.2018 r. czas pracy i dyżuru wynosił 31 godzin i 35 minut;
- w dniach od 25.07.2018 r. do 26.07.2018 r. - 31 godzin i 35 minut;
- w dniach od 3.10.2018 r. do 4.10.2018 r. - 31 godzin i 35 minut;
- w dniach od 17.10.2018 r. do 18.10.2018 r. – 31 godzin i 35 minut.

¹⁵ W dniu 26.07.2017 r. świadczył pracę w godzinach od 8.00 do 15.35, potem w godzinach od 15.35 dnia 26.07.2017 r. do 8.00 następnego dnia (27.07.2017 r.) pełnił dyżur medyczny i w dniu 27.07.2017 r. pracował od 8.00 do 15.35.

W przypadku innego lekarza łączny czas pracy i dyżuru wynosił:

- w dniach od 9.10.2019 r. do 10.10.2019 r. - 31 godzin i 35 minut;
- w okresie od 16.10.2019 r. do 17.10.2019 r. - 31 godzin i 35 minut;
- w okresie od 23.10.2019 r. do 24.10.2019 r. - 31 godzin i 35 minut;
- w okresie od 30.10.2019 r. do 31.10.2019 r. - 31 godzin i 35 minut.

(akta kontroli str. 381-393)

Zdaniem NIK, mimo że ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej nie normuje czasu pracy lekarzy zatrudnionych na podstawie umów cywilnoprawnych, to udzielanie świadczeń zdrowotnych przez tych lekarzy nieprzerwanie przez ponad 24 godziny, może – wskutek zmęczenia, niewyspania i przepracowania – zwiększać ryzyko popełnienia błędów medycznych oraz nie gwarantować bezpieczeństwa pacjentkom przebywającym w Oddziale, a w przypadku wystąpienia niepożądanego zdarzenia medycznego narażać na odpowiedzialność prawną lekarza i Szpital.

OCENA CZĄSTKOWA

W SP ZOZ świadczenia opieki zdrowotnej dla pacjentek w sytuacjach poronień i zgonów dziecka tuż po porodzie zorganizowane i udzielane były zgodnie z przepisami prawa obowiązującymi w tym zakresie. Na Oddziale zapewniono odpowiednią liczbę personelu medycznego, zarówno lekarzy jak i położnych, posiadających wymagane kwalifikacje, a w lokalizacji szpitala stała obecność lekarza specjalisty w dziedzinie anestezjologii, co umożliwiała wykonywanie cięć cesarskich i znieczuleń przy wybranych zabiegach ginekologicznych, którym poddawane były pacjentki. Jednakże, udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarzy nieprzerwanie przez ponad 24 godziny mogło zwiększać ryzyko popełnienia błędów medycznych oraz nie gwarantować bezpieczeństwa pacjentkom przebywającym w Oddziale. Oddział spełniał warunki lokalowe i został wyposażony w niezbędną aparaturę i sprzęt medyczny, które były sprawne technicznie.

OBSZAR

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

Opis stanu faktycznego

1. W załączniku do Regulaminu organizacyjnego SP ZOZ, który wprowadzono w czasie kontroli, wskazano, że podczas wykonywania świadczeń zdrowotnych w zakresie opieki okołoporodowej nad kobietą w okresie ciąży, porodu, połogu, oraz nad noworodkiem obowiązuje standard w zakresie opieki okołoporodowej, określony w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej.

W SP ZOZ ustalono dwa rodzaje wskaźników w zakresie opieki okołoporodowej. Pierwszy to satysfakcja kobiet (pacjentek) objętych opieką. Ocenę tego wskaźnika wykonywano za pomocą „Ankiety satysfakcji pacjentki” oraz „Ankiety satysfakcji pacjentki przebywającej na sali porodowej”. Ankiety miały na celu rzetelną analizę poziomu sprawowania opieki i umożliwienie podejmowania działań naprawczych; powinny być przeprowadzane nie rzadziej niż raz w roku. Z wynikami powinni zostać zaznajomieni kierownicy oraz pracownicy oddziałów udzielających świadczeń w zakresie opieki okołoporodowej.

Drugi wskaźnik polegał na monitorowaniu i analizie ilości interwencji medycznych, m.in.: indukcji porodu, nacięcia krocza, cięcia cesarskiego, podania noworodkowi mleka modyfikowanego; wskaźnik powinien być monitorowany nie rzadziej niż raz w roku.

Realizacja praw pacjentek w zakresie opieki okołoporodowej miała polegać w szczególności na respektowaniu prawa do świadomego udziału w podejmowaniu decyzji związanych z ciążą, porodem, położeniem oraz opieką nad noworodkiem w zakresie działań i stosowanych procedur medycznych, a także prawie wyboru miejsca porodu w warunkach szpitalnych lub poza szpitalem i możliwości wyboru osoby sprawującej opiekę spośród osób uprawnionych do jej sprawowania z uwzględnieniem możliwości organizacyjnych podmiotu wykonującego działalność leczniczą. Podczas opieki przedporodowej osoba sprawująca opiekę nad ciężarną oraz ciężarna powinny ustalić plan tej opieki i plan porodu. W zakresie opieki nad kobietą w sytuacjach szczególnych odwołano się do standardu wynikającego z wymienionego wyżej rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 r.

(akta kontroli, str. 150-151, 211-212, 176-177)

Standard opieki okołoporodowej w Oddziale Położniczo-Ginekologicznym w latach 2017-2019 oceniany był na podstawie analizy ankiet: ankiety satysfakcji pacjenta z pobytu w Szpitalu, ankiety kierowanej do pacjentek w położu dotyczącej oceny standardu opieki okołoporodowej, a także na podstawie oceny pielęgniarskiej stanu pacjentki, co było dokumentowane w: karcie indywidualnej opieki prowadzonej przez położną; karcie intensywnej opieki; karcie gorączkowej oraz w zależności od stanu pacjentki – karcie obserwacji miejsca wkłucia. Ponadto Standard monitorowany był przez obserwacje pielęgniarskie na każdym 12-godzinnym dziennym i nocnym dyżurze (dokumentowane w elektronicznym systemie), obserwacje lekarskie (dokumentowane w elektronicznym systemie po 24-godzinnym dyżurze), w raportach pielęgniarskich i raportach lekarskich. W zakresie planu porodu każda pacjentka po przyjęciu na Oddział, o ile nie posiadała opracowanego planu porodu, otrzymywała go od położnej. Plan porodu był omawiany i akceptowany przez obie strony. Realizacja planu porodu podlegała bieżącej ocenie i weryfikacji przez Kierownika Oddziału, zastępcę Kierownika Oddziału, Położną Oddziałową lub zastępcę Położnej Oddziałowej.

(akta kontroli, str. 152)

Narzędziami do oceny Standardu były wypełniane co miesiąc statystyki odnoszące się do zdarzeń i zabiegów medycznych, takich jak np. cięcie cesarskie, poród fizjologiczny, poród z episiotomią, poród z immersją wodną, poród z ciągłym zapisem KTG, poród rodzinny, poród ze znieczuleniem zewnątrzoponowym.

W 2017 r. dla całego szpitala (oddziały i Izba Przyjęć) przeprowadzono ankiety satysfakcji pacjenta. Z ich opracowania (w lutym 2018 r.) wynikało, że zdecydowana większość ankietowanych pacjentów wyraziła pozytywne opinie na temat pobytu w Szpitalu (odsetek negatywnych opinii wynosił 0,83%).

W 2018 r. dla całego Szpitala (oddziały i Izba Przyjęć) przeprowadzono ankiety satysfakcji pacjenta, przy czym w Oddziale Położniczo-Ginekologicznym osobno dla części położniczej i ginekologicznej. Przeprowadzenie ankiet (w lutym 2019 r.) wykazało, że jakość udzielanych świadczeń, w opinii większości ankietowanych, kształtowała się na poziomie bardzo dobrym i dobrym. Jednak wobec zaistnienia opinii negatywnych Szpital stwierdził, że należy podejmować działania w kierunku sprostania coraz to wyższym oczekiwaniom pacjentów. Z analizy opinii wynikało, że oczekują oni poprawy warunków pobytu w Szpitalu. W 2018 r. w ramach działań naprawczych wykonano: remont pomieszczeń sanitarnych Oddziału Chorób Wewnętrznych (w ramach środków własnych) oraz zaplanowano remont sal i pozostałych pomieszczeń – w ramach środków unijnych, w tym zakup nowych łóżek, także łóżek specjalistycznych do wszystkich oddziałów Szpitala, zakup sprzętu i aparatury medycznej. W 2019 r. zaplanowano dalsze wyposażenie Szpitala w nowe łóżka, szafki, wózki transportowe oraz nowoczesną aparaturę w ramach środków unijnych.

W 2019 r. pacjentki Oddziału Położniczo-Ginekologicznego wypełniły 85 ankiet dla części ginekologicznej i 92 ankiety dla części położniczej, które zostały przeanalizowane w styczniu 2020 r. W ankietach negatywne uwagi były nieliczne, a w odpowiedzi na pytanie otwarte najczęściej formułowano uwagę o konieczności poprawy warunków pobytu w Oddziale, wskazując na potrzebę wymiany szafek przyłóżkowych, poprawę stanu technicznego niektórych pomieszczeń, doposażenie w wieszaki sal chorych i łazienek. Na 2020 r. Szpital zaplanował przeprowadzenie szkoleń pracowników, obejmujących swoją tematyką prawa pacjenta, ze szczególnym uwzględnieniem praw pacjentek w zakresie opieki okołoporodowej. W związku z koniecznością wdrożenia wskaźników monitorowania opieki nad pacjentkami w okresie okołoporodowym opracowano wzór ankiety satysfakcji z opieki sprawowanej nad pacjentką w sali porodowej – od stycznia 2020 r. Pytania w tej ankiecie odnosiły się m.in. do zainteresowania i życzliwości okazanej pacjentce na sali porodowej, zapewnienia intymności, zachowania zgodności przebiegu porodu z planem porodu.

(akta kontroli, str. 153-175)

2. SP ZOZ posługiwał się standardem opieki okołoporodowej wynikającym z rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej, a wcześniej rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 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, porodu oraz opieki nad noworodkiem¹⁶. W SP ZOZ opracowano również *Standard organizacyjny opieki okołoporodowej w szpitalu SP ZOZ Świdnik – opieka nad kobietą w sytuacjach szczególnych*. W *Standardzie* wskazano, że do sytuacji szczególnych zalicza się rozpoznanie podczas ciąży ciężkiej choroby lub wady dziecka, poronienie, urodzenie dziecka martwego, niezdolnego do życia, chorego lub z wadami wrodzonymi. Osoby wykonujące zawód medyczny w pionie położniczo-ginekologicznym i noworodkowym powinny przede wszystkim zostać poinformowane o obecności w Oddziale pacjentki z takimi problemami. Powinny ją wspomagać poprzez udzielenie informacji o jej sytuacji położniczej, zapewniając jej – na życzenie – czas, by mogła oswoić się z tą sytuacją, przed podjęciem istotnych decyzji. Po udzieleniu informacji powinno się takiej pacjentce umożliwić skorzystanie z pomocy psychologicznej i kontakt z duchownym jej wyznania oraz wsparcie osób bliskich – zgodnie z wyrażonym przez nią życzeniem. Pacjentki nie powinno się umieszczać w sali z kobietami w ciąży, bądź porodu, których ciąża zakończyła się urodzeniem zdrowego dziecka. Podkreślono, że niezmiernie ważne jest traktowanie pacjentki w takiej sytuacji z szacunkiem. Wskazano na takie aspekty, jak nawiązanie z nią dobrego kontaktu słownego, uprzejmego tonu rozmowy, rozpoznawanie potrzeb i oczekiwań, umożliwianie udziału w podejmowaniu świadomych decyzji związanych z postępowaniem diagnostyczno-terapeutycznym. Sformułowano zalecenie: „Osoby sprawujące opiekę oraz inne uczestniczące bezpośrednio w udzielaniu świadczeń prezentują spokojną i wzbudzającą zaufanie postawę, szanują jej prywatność i poczucie intymności, każdorazowo uzyskują zgodę pacjentki na wykonanie zabiegów i badań.”

(akta kontroli, str. 211-212)

3. Personel medyczny Oddziału odbył szkolenie w zakresie standardu opieki okołoporodowej w dniu 4.02.2019 r. (dotyczyło rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki

¹⁶ Dz. U. z 2016 r. poz. 1132 ze zm.; uchylone z dniem 31 grudnia 2018 r. przez ustawę z dnia 10 czerwca 2016 r. o zmianie ustawy o działalności leczniczej oraz niektórych innych ustaw – Dz. U. z 2016 poz. 960.

okołoporodowej, które weszło w życie z dniem 1.01.2019 r.). Personel medyczny udokumentował podpisem zapoznanie się z obowiązującym standardem opieki okołoporodowej.

(akta kontroli, str. 213)

4. W 2017 r. personel medyczny (lekarze i położne) Oddziału - łącznie 18 osób - uczestniczył w różnego rodzaju szkoleniach i kursach, finansowanych we własnym zakresie lub ze środków finansowych SP ZOZ. Żadne z tych szkoleń bezpośrednio nie dotyczyło standardów opieki okołoporodowej nad pacjentkami, które poroniły, urodziły martwe dziecko lub którym dziecko zmarło wkrótce po porodzie.

Były to szkolenia z zakresu: badań ultrasonograficznych w położnictwie i ginekologii, w którym na własny koszt uczestniczyło dwóch lekarzy; standardów postępowania w położnictwie i ginekologii – „Patologia ciąży 2017”, w którym na własny koszt uczestniczył jeden lekarz; „Praktycznych aspektów w położnictwie i ginekologii 2017”, w którym wziął udział jeden lekarz na własny koszt. W 2018 r. lekarze – na koszt własny – uczestniczyli w następujących szkoleniach: symposium „Europejski Program Edukacyjny – interdyscyplinarne oblicza współczesnej medycyny w teorii i praktyce – ginekologia” (jeden lekarz); III Konferencja Polskiego Towarzystwa Ginekologów i Położników „Standardy postępowania w położnictwie i ginekologii” (jeden lekarz); VI Edycja Forum Uroginekologicznego (jeden lekarz). W 2019 r. lekarze na własny koszt brali udział w następujących szkoleniach: Kurs z zakresu niepłodności (jeden lekarz); Konferencja – „Europejski Program Edukacyjny (jeden lekarz).

Położne uczestniczyły w 2017 r. w kursie krwiodawstwa i krwiolecznictwa (dziewięć położnych) – koszt udziału w kursie został poniesiony przez SP ZOZ w kwocie 933 zł oraz w kursie z zakresu resuscytacji krążeniowo oddechowej (trzy położne), a koszt ich udziału w tym szkoleniu wyniósł 150 zł. W 2018 r. położne uczestniczyły w kursie krwiodawstwa i krwiolecznictwa (10 położnych) – koszt wyniósł 1.313 zł oraz w kursie z zakresu resuscytacji krążeniowo oddechowej (dwie położne) – na koszt własny. W 2019 r. siedem położnych uczestniczyło w kursie krwiodawstwa i krwiolecznictwa – koszt szkolenia (1.050 zł) poniósł SP ZOZ.

Kwota wydatków poniesionych przez SP ZOZ w latach 2017-2019 na szkolenia pracowników wynosiła: 23.362 zł; 21.245 zł; 23.641 zł, z czego na szkolenia w Oddziale Położniczo-Ginekologicznym: 1.153 zł; 1.458 zł i 1.097 zł (wliczając szkolenia z zakresu BHP).

(akta kontroli, str. 142-149)

5. W SP ZOZ zatrudniony był psycholog, działający w Zespole ds. Etyki, mający za zadanie zajmować się zagadnieniami etycznymi i rozwiązywać problemy takiej natury, do którego mogą zwracać się osoby zatrudnione i pacjenci. Informacje o możliwości kontaktu z Zespołem były udostępnione w każdym oddziale. Psycholog działający w tym zespole przygotowywał materiały i szkolenia dla personelu na temat radzenia sobie w sytuacjach stresowych.

Psycholog szpitalny przeprowadził następujące szkolenia dla personelu Oddziału Położniczo-Ginekologicznego:

- „Rola personelu medycznego we wsparciu psychicznym kobiety po przebytych poronieniu”; szkolenie przeprowadzono w październiku 2019 r. dla 25 położnych i dziewięciu lekarzy; w treści szkolenia wskazano rodzaje i formy wsparcia, jakiego może udzielić personel medyczny pacjentce w sytuacji niepowodzenia położniczego. Materiały szkoleniowe informowały o fazach żałoby, wskazywały cechy, jakimi powinien wykazać się personel medyczny w każdej z tych faz, wymieniały, jakie błędy mogą być popełniane w kontakcie z pacjentką po poronieniu, prezentowały regulacje prawne w sprawie standardu opieki okołoporodowej.

Inne przeprowadzone szkolenia mające znaczenie w przypadkach niepowodzeń położniczych to: „Zasady skutecznej komunikacji w placówkach medycznych – rodzaje komunikacji i proaktywne słuchanie”; szkolenie zostało przeprowadzone w kwietniu 2018 r. dla 22 położnych i dziewięciu lekarzy Oddziału; „Wypalenie zawodowe” – szkolenie przeprowadzone we wrześniu 2019 r. dla 22 położnych i dziewięciu lekarzy Oddziału. W tematyce tego szkolenia znalazła się definicja wypalenia zawodowego, wskazanie źródeł i przyczyn wypalenia oraz style radzenia sobie ze stresem.

„Etyczne aspekty przekazywania niepomyślnej diagnozy” szkolenie przeprowadzono dla 9 lekarzy i 22 położnych – w styczniu 2020 r.

(akta kontroli, str. 238-277)

6. W Standardzie organizacyjnym opieki okołoporodowej w szpitalu SP ZOZ Świdnik – opieka nad kobietą w sytuacjach szczególnych wyrażono zasadę, że osobom wykonującym zawód medyczny zapewnia się wsparcie w radzeniu sobie ze stresem – zatrudniony jest psycholog, który udziela wsparcia potrzebującym. W toku kontroli NIK, na podstawie ankiet, na które odpowiedzi udzieliło trzech lekarzy, stwierdzono, że żaden z nich nie odczuwał wypalenia zawodowego z powodu zajmowania się przypadkami niepowodzeń położniczych i nie wskazywał na potrzebę pomocy w radzeniu sobie ze stresem, jaki może nieść obcowanie z przypadkami poronień i martwych urodzeń, zgonów noworodków. Lekarze twierdzili, że w przypadku zaistnienia takiej sytuacji mogą oczekiwać wsparcia ze strony współpracowników, Lekarza Kierującego Oddziałem, psychologa zatrudnionego w Szpitalu. Pewność w postępowaniu dawały im także ogólnie obowiązujące procedury, wskazówki, wiedza fachowa. Wszystkie formy wsparcia ocenili jako zupełnie wystarczające.

Wszystkie położne (ankiety skierowano do siedmiu położnych zatrudnionych na Oddziale) oceniły, że niepowodzenia położnicze, jakkolwiek rzadkie, są obciążające emocjonalnie. Wyłącznie jedna wspomniała, że mogą przyczynić się do wypalenia zawodowego. Pozostałe położne informowały, że ich praca, chociaż jest ciężka, pozwala odczuwać im radość w uczestnictwie narodzin nowego dziecka, a trudne sytuacje, jak poronienia, są niestety wpisane w charakter pracy. W trudnych chwilach jedna dla drugiej, przez rozmowę, stanowi podporę emocjonalną i ochronę przed wypaleniem zawodowym. Wszystkie położne podkreślały, że mimo długiego okresu wykonywania zawodu, nie potrzebowały pomocy ze strony osób trzecich. Jako wystarczające oceniały wsparcie zespołu współpracowników. Miały jednak świadomość, że w skrajnych przypadkach stresu, pomocy może udzielić im zatrudniony w Szpitalu psycholog. Wszystkie położne uważały, że szkolenia organizowane przez psychologa zatrudnionego w Szpitalu są dla nich pomocne zarówno w radzeniu sobie z własnym stresem, jak i w postępowaniu z pacjentkami, które doświadczyły niepowodzenia położniczego.

(akta kontroli, str. 178-185)

7. Lekarze wskazywali, że przypadek straty ciąży donoszonej jest cięższy emocjonalnie dla wszystkich: pacjentki, personelu medycznego. Obumarcie ciąży na bardzo wczesnym etapie rodzi problemy komunikacyjne z kobietą dotkniętą poronieniem dotyczące postępowania ze szczątkami. Lekarze odczuwają skrępowanie przy zadawaniu pytań o np. urządzenie pogrzebu, odczuwają wahania pacjentek, spotykają się z częstymi zmianami decyzji po rozmowie pacjentki z rodziną. Lekarze widzą potrzebę doskonalenia zawodowego dotyczącego pracy z pacjentkami doświadczającymi poronień, przede wszystkim w dwóch aspektach: prawidłowego sporządzania dokumentacji związanej z poronioną ciążą, ale także sposobem rozmowy z pacjentką, o tym co się wydarzyło.

Położne podkreślały, że odsetek niepowodzeń położniczych w Oddziale nie jest wysoki, więc nie spotykają się z takimi sytuacjami często. Problemy z komunikacją

swoich uczuć i emocji występują po stronie kobiet, które ich doświadczyły. Położne zwracały przede wszystkim uwagę na dobrostan fizyczny tych pacjentek, by wychodząc ze Szpitala były przygotowane do samoopieki w domu i posiadały informacje, jaki styl życia będzie sprzyjał ich zdrowiu. Zawsze jednak, w odpowiedzi na potrzeby emocjonalne pacjentek, rozmawiają z nimi, by nieść im wsparcie psychiczne. Położne generalnie widziały potrzebę uczestnictwa w szkoleniach, jak postępować z pacjentkami doświadczającymi niepowodzeń położniczych. Jednak podkreślały, że do pracy z takimi pacjentkami przygotowała ich przede wszystkim długoletnia praktyka, doświadczenie zawodowe, nie tylko własne, ale i innych położnych. Szkolenia i wdrożenie procedur postępowania miałyby o tyle znaczenie, że pozwalałyby, mimo emocji, które w położnych budzą poronienie czy martwe urodzenie, na podejmowanie działań szybkich i adekwatnych do sytuacji.

(akta kontroli, str. 184-205)

8. Regulamin Oddziału Położniczo-Ginekologicznego stanowił, że pacjentka, jej rodzina lub opiekunowie mają możliwość skorzystania z pomocy psychologa szpitalnego, którego telefon komórkowy można uzyskać w dyżurce położnych. Stanowisko pracy psychologa znajdowało się na III piętrze w Oddziale Położniczo-Ginekologicznym. Na tablicy ogłoszeń Oddziału znajdowały się informacje o opiece duszpasterskiej, informacja o trybie składania i rozpatrywania skarg oraz *Książka uwag i wniosków*. W Książce uwag i wniosków nie odnotowano żadnych skarg, lecz często podziękowania dla personelu Oddziału.

(akta kontroli, str. 37-41)

W czasie przeprowadzonych oględzin Oddziału Położniczo-Ginekologicznego stwierdzono, że na korytarzu znajdował się stół z różnego rodzaju ulotkami i informacjami skierowanymi do pacjentek, w tym dwie broszury informacyjne. Pierwsza: „Poronienie. Co dalej?”, podawała sposób skorzystania z przysługujących kobiecie praw, takich jak prawo do rejestracji dziecka w urzędzie stanu cywilnego, urzędnika pochówku, prawo do zasiłku pogrzebowego oraz do urlopu macierzyńskiego – w tym celu podano zaufany nr telefonu oraz adres strony internetowej. Druga broszura podawała dane kontaktowe do gabinetu psychoterapeutyczno-psychologicznego, działającego w Świdniku.

(akta kontroli, str. 371-374)

Dyrektor SP ZOZ wyjaśnił, że pacjentki otrzymywały informację ustną o możliwości uzyskania dalszej pomocy psychologicznej, o miejscach i organizacjach udzielających wsparcia. Dokumentacja na temat przebiegu konsultacji psychologicznej pacjentek, które wyraziły chęć rozmowy z psychologiem, znajduje się w historii choroby.

(akta kontroli, str. 210)

Kontrola wykazała, że czas pobytu w Oddziale pacjentek, których dokumentację medyczną objęto badaniem był krótki: w 2017 r. nie dłużej niż 4 dni przebywało 63,1% pacjentek, w 2018 r. nie dłużej niż 4 dni przebywało już 89,4%; w 2019 r. nie dłużej niż 4 dni w Oddziale leczono 75% pacjentek. Jak wynika z zapisów w skontrolowanej dokumentacji medycznej, w czasie pobytu pacjentki, były poddawane licznym procedurom medycznym, w tym często zabiegowi farmakologicznej indukcji poronienia, a następnie abrazji. Jak wynika z wypowiedzi położnych, w takiej sytuacji bywają one bardziej skupione na stanie zdrowia fizycznego pacjentek, by nauczyć je samoopieki w domu, wskazać, jaki styl życia sprzyja zdrowiu, zawsze jednak, gdy pacjentki wyrażają potrzebę wsparcia emocjonalnego, rozmawiały z nimi, by je wspierać psychicznie.

(akta kontroli, str. 319-342)

W wypisach ze Szpitala (dokumentacja 60 pacjentek) za lata 2017- 2019 nie było informacji o zaleceniach lekarskich (ewentualnie skierowania) w zakresie konsultacji psychologicznej albo psychiatrycznej.

(akta kontroli, str. 319-342)

9. W przypadku niepowodzeń położniczych Szpital stwarzał pacjentkom możliwość (w zależności od potrzeby) rozmowy konsultacyjnej z psychologiem szpitalnym. Konsultacja mogła mieć charakter diagnozy, psychoedukacji, wsparcia emocjonalnego.

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

OCENA CZĄSTKOWA

W SP ZOZ przestrzegano obowiązujących uregulowań prawnych i wewnętrznych dotyczących opieki okołoporodowej w przypadkach poronień, martwych urodzeń lub urodzenia dziecka, które zmarło wkrótce po porodzie - stworzono warunki do korzystania z pomocy psychologicznej, w sytuacjach gdy była niezbędna, a pacjentki wyrażały na to wolę, udzielano też informacji o innych podmiotach zajmujących się świadczeniem różnego rodzaju usług na rzecz kobiet doświadczających poronień i zgonów dziecka tuż po urodzeniu.

W lutym 2019 r. personel medyczny został przeszkolony w zakresie standardu opieki okołoporodowej. Szpital zatrudniał psychologa, który organizował szkolenia dla lekarzy i położnych zatrudnionych na Oddziale, mające na celu pogłębienie ich wiedzy o aspektach przekazywania pacjentkom niepomyślnej diagnozy położniczej, o roli personelu medycznego we wsparciu psychicznym pacjentek w sytuacjach szczególnych, a także o przeciwdziałaniu stresowi i wypaleniu zawodowemu, jakiego może doświadczać personel medyczny obcujący z takimi sytuacjami.

OBSZAR

3. Świadczenia zapewniające pacjentkom stosowną pomoc

Opis stanu
faktycznego

1. W toku kontroli NIK przeprowadzone zostały oględziny Oddziału Położniczo-Ginekologicznego.

Oddział położony był na III piętrze budynku Szpitala, do którego prowadziła klatka schodowa i dwie windy. Dysponował 14 salami, w których umieszczono 25 łóżek. Nie wyznaczono sal przeznaczonych wyłącznie dla kobiet doświadczających sytuacji szczególnych i wyłączonych z użytkowania, gdy nie było takich pacjentek. Pokoje łóżkowe wyposażone były w umywalkę z ciepłą i zimną wodą, dozownik z mydłem w płynie oraz pojemnik z ręcznikami jednorazowego użycia i pojemnik na zużyte ręczniki. Odstępy między łóżkami umożliwiały swobodny dostęp do pacjentów. W pokojach łóżkowych zapewniono bezpośredni dostęp światła dziennego. W oknach zainstalowane zostały rolety. Meble umożliwiały ich mycie oraz dezynfekcję.

W Oddziale znajdował się m.in. gabinet zabiegowy i pokój przygotowawczy przylegający do gabinetu zabiegowego, wyposażony w umywalkę z baterią z ciepłą i zimną wodą, dozownik z mydłem i dozownik ze środkiem dezynfekcyjnym, pojemnik z ręcznikami jednorazowego użycia i pojemnikiem na ręczniki zużyte, zlew z baterią. W gabinecie zabiegowym znajdował się parawan, którym można oddzielić badaną pacjentkę, a drzwi zamykane były na klucz.

Poszanowanie intymności badanych pacjentek zapewniono także w gabinecie badań ultrasonograficznych oraz w znajdującej się na parterze Izbie Przyjęć Położniczo-Ginekologicznej. W gabinecie badań ultrasonograficznych i Izbie Przyjęć Położniczo-Ginekologicznych znajdował się parawan umożliwiający zasłonięcie badanej pacjentki. Izba Przyjęć Położniczo-Ginekologiczna zamykana była na szyfrowany zamek i znajdował się w niej węzeł sanitarny dla pacjentek.

Jako osobny kompleks pomieszczeń na tym samym piętrze (III) zorganizowano salę porodową. Sala porodowa zapewniała intymność pacjentkom, ponieważ składała się z trzech pokoi porodowych, zamykanych drzwiami (nie były to sale przejściowe), w których znajdowało się łóżka porodowe i różnorodne udogodnienia. Sala porodowa wyposażona została w urządzenie zwane mobilnym stanowiskiem do obserwacji noworodka.

Na parterze Szpitala znajdował się Oddział Anestezjologiczny i Intensywnej Terapii z blokiem operacyjnym, w skład którego wchodziła sala ginekologiczna (wydzielona dla operacji ginekologicznych) i sala położnicza (przeznaczona do cięć cesarskich ze stanowiskiem do resuscytacji noworodka) oraz sala pooperacyjna. Do sali położniczej personel wchodził z korytarza bloku operacyjnego przez służbę z umywalkami. W sali położniczej wydzielono kąpiel noworodka.

W salach chorych łóżka nie były dostępne z trzech stron, w tym z dwóch dłuższych, a szerokość łóżek uniemożliwiała ich wyprowadzenie z sali.

(akta kontroli, str. 85-130)

SP ZOZ zapewnił odpowiedni personel medyczny wymagany dla drugiego poziomu referencyjnego w wymiarze określonym w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego, tzn. dwóch lekarzy we wszystkie dni tygodnia oraz stałą obecność lekarza specjalisty w dziedzinie położnictwa i ginekologii we wszystkie dni tygodnia, a także odpowiednią liczbę położnych, w tym położnych ze specjalizacją w dziedzinie pielęgniarstwa położniczego.

(akta kontroli, str. 131-133)

W okresie objętym kontrolą Szpital spełniał warunki określone w ww. rozporządzeniu dla drugiego stopnia referencyjności w zakresie: zapewnienia odpowiedniego wyposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną; zapewnienia realizacji badań (na Oddziale zapewniono: ciągłe badanie KTG przed i w trakcie porodu, a w lokalizacji Szpitala - badania laboratoryjne); pozostałych wymagań (prowadzono partogram, stosowano standardy w łagodzeniu bólu porodowego, wyodrębniono salę do cięć cesarskich, a w Szpitalu funkcjonował Oddział Neonatologiczny o drugim stopniu referencyjności). Sprzęt i aparatura medyczna były sprawne technicznie oraz posiadały aktualne przeglądy stanu technicznego.

(akta kontroli, str. 134-136)

2. W SP ZOZ przestrzegano przepisów prawa dotyczących prowadzenia dokumentacji medycznej pacjentek, które poroniły, urodziły martwe dziecko lub których dziecko zmarło wkrótce po porodzie.

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

- dokumentacja indywidualna wszystkich pacjentek zawierała oświadczenia o: upoważnieniu do uzyskiwania informacji o stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych, upoważnieniu do uzyskiwania dokumentacji, ze wskazaniem imienia i nazwiska osoby upoważnionej, wyrażeniu zgody na przeprowadzenia badania lub udzielenie innego świadczenia zdrowotnego;
- w każdym przypadku dołączano karty indywidualnej opieki prowadzonej przez położną, karty obserwacji, karty gorączkowe, karty zleceń lekarskich, karty informacyjne z leczenia szpitalnego, wyniki badań diagnostycznych wraz z opisem, wyniki konsultacji, a w przypadku pacjentek, u których dokonywano zabiegu abrazji również karty przebiegu znieczulenia;
- wszystkie pacjentki, którym przeprowadzono zabieg abrazji otrzymały znieczulenie ogólne dożylnie i wyraziły zgodę na przeprowadzenie zabiegu.

(akta kontroli, str. 319-342)

3. Po przeanalizowaniu losowo dobranej dokumentacji medycznej pacjentek, które poroniły (po 20 historii chorób z lat 2017-2019) oraz dodatkowo historii chorób pacjentek, które urodziły martwe dziecko lub których dziecko zmarło po porodzie stwierdzono, że w dokumentacji medycznej 11 z 60 pacjentek, które doświadczyły sytuacji szczególnej odnotowano fakt przeprowadzenia przez lekarzy rozmów na temat możliwości urządzenia pogrzebu, z których cztery wyraziły taką wolę.

W 2018 r. i 2019 r., poza 60 przypadkami poronień, kontrolą objęto siedem przypadków innych niepowodzeń położniczych, odnoszących się do ciąż zaawansowanych, w tym skontrolowane zostało jedno żywe urodzenie przez cesarskie cięcie i śmierć w następnej dobie oraz żywe urodzenie i śmierć dziecka wskutek niewydolności oddechowej noworodka ze skrajnie niską masą urodzeniową. W przypadkach śmierci dzieci żywo urodzonych – zwłoki pierwszego dziecka zostały skierowane na sekcję, w przypadku drugiego – jego matka odebrała kartę żywego urodzenia dziecka oraz wyraziła zgodę na odebranie zwłok i urządzenie pogrzebu. W pozostałych przypadkach Szpital wypełnił karty martwego urodzenia – trzy matki wyraziły wolę urządzenia pogrzebu, jedna takiej woli nie wyraziła, a w jednym przypadku wystawiono skierowanie na sekcję zwłok.

(akta kontroli, str. 319-342)

4. Na podstawie skontrolowanych historii chorób pacjentek Oddziału Położniczo-Ginekologicznego doświadczających niepowodzeń położniczych stwierdzono, że w historiach chorób z 2017 r. i 2018 r. nie odnotowywano, czy proponowano pacjentkom konsultację psychologiczną, czy pacjentka odmówiła konsultacji, czy też konsultacja została udzielona. W wypisach ze Szpitala (lata 2017-2019) nie było informacji o zaleceniach lekarskich (lub skierowaniach) w zakresie konsultacji psychologicznej albo psychiatrycznej.

W 2019 r. w jednej z historii chorób (obejmujących poronienia) stwierdzono zapis mówiący o udzieleniu informacji pacjentce o możliwości i miejscach uzyskania pomocy psychologicznej, a także o organizacjach udzielających wsparcia kobietom po poronieniu. W przypadku próby (z 2019 r.) obejmującej martwe urodzenia pacjentki były informowane o możliwości udzielenia im pomocy psychologicznej, w tym jedna dwukrotnie. W przypadku jednej pacjentki zapisano w dokumentacji medycznej obserwacje dotyczące jej stanu psychicznego, jednak bez konkluzji w zakresie konieczności lub braku konieczności skierowania jej na konsultacje psychologiczne. W wypisach ze Szpitala nie było informacji o zaleceniach lekarskich w zakresie konsultacji psychologicznej albo psychiatrycznej.

(akta kontroli, str. 319-342)

5. Szpital zatrudniał psychologa na 0,5 etatu, którego zadania obejmowały: opiekę psychologiczną nad pacjentkami Oddziału Położniczo-Ginekologicznego i Oddziału Noworodkowego, a także (wg potrzeb) opiekę psychologiczną nad pacjentkami innych oddziałów. O sposobie skontaktowania się z psychologiem pacjentki mogły dowiedzieć się z Regulaminu organizacyjnego Oddziału Położniczo-Ginekologicznego.

Lekarz Kierujący Oddziałem wyjaśnił, że świadczenie pomocy psychologicznej pacjentce po poronieniu lub po urodzeniu martwego dziecka odbywa się zgodnie z *Procedurą postępowania w przypadku dziecka martwo urodzonego*. Personel Oddziału odbył stosowne szkolenie w tym zakresie. Pacjentkom proponuje się udzielenie porady psychologicznej przez zatrudnionego w Szpitalu psychologa. Personel stara się ułatwić pacjentce przeżycie żałoby i pożegnanie się z dzieckiem. W żadnym z hospitalizowanych do tej pory przypadków nie stwierdzono konieczności wystawienia skierowania do Poradni Zdrowia Psychicznego.

(akta kontroli str. 238-240, 377-378)

6. Pacjentki po poronieniach były umieszczane w części ginekologicznej Oddziału, a pacjentki, które urodziły zdrowe dziecko hospitalizowane były w części położniczej Oddziału.

(akta kontroli, str. 312)

Wg wyjaśnień udzielonych w trakcie oględzin przez Położną Oddziałową pacjentki po poronieniach i martwych urodzeniach, a także w przypadku urodzenia dziecka obarczonego chorobą, które zostało przewiezione do właściwej kliniki, były umieszczane w części oddziału przeznaczonej na ginekologię z patologią ciąży, na salach izolacyjnych.

Dyrektor SP ZOZ wyjaśnił, że pacjentki po niepowodzeniach położniczych przebywają na oddzielnych salach, jednoosobowych lub wraz z pacjentką o tych samych problemach i rozpoznaniu.

(akta kontroli, str. 86, 210)

7. Pacjentkom umożliwiano pożegnanie się ze zmarłym dzieckiem. Miejscem, które w Szpitalu służyło do pożegnań w przypadku martwego urodzenia była sala porodowa jednoosobowa.

(akta kontroli, str. 210)

8. Na pisemną prośbę NIK o udzielenie informacji o jakości opieki, skierowaną do 20 pacjentek, których dokumentację kontrolowano, odpowiedziało sześć.

Na pytanie:

- czy mogły podejmować decyzje dotyczące diagnostyki i leczenia, cztery pacjentki odpowiedziały, że każdorazowo były pytane o zgodę na zabieg, dwie stwierdziły, że podpisywały zgodę ogólną;

- czy Szpital zapewnił im możliwość korzystania z pomocy psychologa, dwie pacjentki potwierdziły ten fakt, informując, że nastąpiło to z inicjatywy Szpitala, a cztery zaprzeczyły, przy czym dwie stwierdziły, że nie pytały o taką możliwość, a jedna z nich dodatkowo, że nie widziała takiej potrzeby;

- czy personel traktował je życzliwie, ze zrozumieniem sytuacji, wszystkie pacjentki odpowiedziały twierdząco;

- czy umożliwiono pożegnanie zmarłego dziecka - trzy pacjentki udzieliły odpowiedzi twierdzącej, zaznaczając odpowiedź „tak, w obecności osób mi bliskich”; trzy odpowiedziały, że nie wyraziły takiej woli, przy czym jedna wśród nich dopisała objaśnienie, że było to zbyt wczesne stadium ciąży.

Wszystkie pacjentki dobrze oceniały Szpital, twierdząc, że były w nim życzliwie traktowane, a samą opiekę ze strony Szpitala oceniały dobrze i bardzo dobrze.

(akta kontroli, str. 396)

9. W SP ZOZ opracowano *Procedurę postępowania w przypadku dziecka martwo urodzonego* (Procedura). Celem Procedury było zapewnienie godnego postępowania ze zwłokami dzieci martwo urodzonych bez względu na czas trwania ciąży z zachowaniem zasad bezpieczeństwa epidemiologicznego. Zobowiązanymi do jej stosowania byli lekarze i położne z Oddziału Położniczo-Ginekologicznego.

Jako podstawy prawne do określenia obowiązków i postępowania podano powszechnie obowiązujące akty prawne odnoszące się do cmentarzy i chowania zmarłych, postępowania ze zwłokami i szczątkami ludzkimi, postępowania ze zwłokami pacjentów, aktów stanu cywilnego¹⁷.

Do Procedury opracowano:

- 1) Załącznik Nr 1 – Karta martwego urodzenia;
- 2) Załącznik Nr 2 – Informacja dla rodziców dziecka martwo urodzonego;
- 3) Załącznik Nr 3 – Oświadczenie woli pochowania dziecka;

¹⁷ M.in. ustawę z dnia 31 stycznia 1959 r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych (Dz. U. z 2019 r. poz. 1473, ze zm.), rozporządzenie Ministra Zdrowia dnia 7 grudnia 2001 r. w sprawie postępowania ze zwłokami i szczątkami ludzkimi (Dz. U. Nr 153, poz. 1783, ze zm.), ustawę z dnia 28 listopada 2014 r. Prawo o aktach stanu cywilnego (Dz. U. z 2020 r. poz. 463, ze zm.).

4) Załącznik Nr 4 – Karta zgonu.

Wszystkie podane przepisy były aktualne, a Procedura była z nimi zgodna.

W Informacji dla rodziców dziecka martwo urodzonego podano przede wszystkim, że mają oni prawo do zorganizowania pogrzebu dziecka bez względu na czas trwania ciąży. W tym załączniku przewidziano zróżnicowane postępowanie w zależności, czy możliwe jest określenie płci dziecka, ewentualnie po badaniach genetycznych na koszt rodziców. Gdy niemożliwe jest określenie płci, jeżeli rodzice pragną urządzić pogrzeb, wydaje się kartę zgonu, stanowiącą podstawę pochowania. Gdy określona została płeć dziecka możliwe jest wystawienie Karty martwego urodzenia, która jest podstawą zgłoszenia w urzędzie stanu cywilnego aktu urodzenia z adnotacją, że dziecko urodziło się martwe. Z kolei akt urodzenia uprawnia do uzyskania: zasiłku pogrzebowego, gdy rodzice decydują się na pogrzeb, uzyskania zasiłku macierzyńskiego, urlopu macierzyńskiego. W oświadczeniu woli pochowania dziecka przewidziano możliwość wyrażenia, bądź niewyrażenia zgody na dokonanie przez pacjentkę we własnym zakresie czynności związanych z pogrzebem martwo urodzonego dziecka.

(akta kontroli, str. 278-291)

LPWIS przeprowadził w maju 2019 r. w SP ZOZ kontrolę sanitarną w zakresie wymagań higienicznych i zdrowotnych przy postępowaniu ze zwłokami osób zmarłych na terenie Szpitala. Nie stwierdzono nieprawidłowości. Kontrola obejmowała swoim zakresem także postępowanie z ciałami dzieci martwo urodzonych bez względu na czas trwania ciąży. Stwierdzono, że SP ZOZ nie posiadał w swojej strukturze zakładu patomorfologii, dysponował natomiast pomieszczeniem kostnicy szpitalnej wyposażonej w ośmiostanowiskową chłodnię do czasowego przechowywania zwłok osób zmarłych. Po upływie dwóch godzin od czasu stwierdzenia zgonu były przewożone do chłodni w pomieszczeniu kostnicy. Kostnica została poddana kompleksowej modernizacji w 2017 r., łącznie z wymianą urządzenia chłodniczego.

(akta kontroli, str. 227-230)

W 2019 r. na podstawie 20 losowo wybranych historii chorób dotyczących poronień, których kontrola miała na celu ustalenie sposobu postępowania przez Szpital ze szczątkami po poronieniach ustalono, że we wszystkich przypadkach zastosowano farmakologiczną indukcję poronienia, wykonano osiem zabiegów abrazji. We wszystkich przypadkach po poronieniu pozostałości zostały opisane jako: resztki po poronieniu (z ewentualnym wskazaniem ich wielkości ustalonej na podstawie badań ultrasonograficznych), fragment tkanki, albo odnotowano brak zarodka. Skierowanie na badania histopatologiczne odnotowano w 11 przypadkach (materiał skierowany do badań histopatologicznych obejmował przykładowo resztki jaja płodowego, resztki po poronieniu, z których największe miały rozmiar 1,97 cm), w dziewięciu przypadkach nie było adnotacji o skierowaniu szczątków do badań histopatologicznych. Dwie pacjentki wyraziły zgodę na urządzenie pogrzebu (w jednym przypadku zlecono badania histopatologiczne, w drugim ich nie zlecono), dwie odmówiły (w obu przypadkach zlecono badania histopatologiczne). W czterech przypadkach w dokumentacji medycznej pacjentek stwierdzono wpisy o udzieleniu przez lekarzy informacji prawnych (np. o możliwości i miejscu uzyskania pomocy psychologicznej, organizacjach udzielających wsparcia osobom w podobnych sytuacjach i przysługujących im prawach z zakresu akt stanu cywilnego, zabezpieczenia społecznego i prawa pracy). W dokumentacji 16 pacjentek nie umieszczono oświadczenia odnośnie zgody lub odmowy pochowania dziecka martwo urodzonego.

Kierownik Oddziału Położniczo-Ginekologicznego wyjaśniła, że w przypadku 18 z 20 pacjentek, których historie choroby zostały poddane analizie, nie udało się uzyskać

zarodka. W sytuacji braku zwłok (zarodka) nie jest możliwe wystawienie karty martwego urodzenia, karty zgonu czy karty przekazania zwłok do kostnicy. Kierownik Oddziału Położniczo-Ginekologicznego wyjaśniła również, że we wszystkich z 11 przypadków, w których zlecono badania histopatologiczne, do Zakładu Patomorfologii przekazano wyłącznie materiał zawierający resztki po poronieniach, nie zawierający zarodków.

(akta kontroli str. 345-349, 442-443, 445)

Po przeanalizowaniu próby dokumentacji medycznej siedmiu pacjentek, które w 2018 r. i 2019 r. urodziły martwe dzieci w 22 tygodniu ciąży i więcej (w tym trzech w 2018 r. oraz czterech w 2019 r.), stwierdzono, że w każdym przypadku wystawiono kartę martwego urodzenia. W czterech przypadkach złożono oświadczenie o woli pochówku dziecka martwo urodzonego, w jednym nie wyrażono takiej woli, a dwóch w dokumentacjach nie zawarto tego typu informacji (co opisano w sekcji stwierdzone nieprawidłowości).

(akta kontroli str. 340-341, 350-351)

Lekarz Kierujący Oddziałem odnosząc się do ustaleń zawartych w próbie dokumentacji medycznej dotyczącej poronień wyjaśnił m.in., że od początku wprowadzenia w życie rozporządzenia Ministra Zdrowia z 7 grudnia 2001 r. w sprawie postępowania ze zwłokami i szczątkami ludzkimi¹⁸ w Oddziale postępuje się zgodnie z obowiązującymi przepisami. Zatrudniony personel odbył stosowne przeszkolenie w zakresie adekwatnego postępowania w przypadkach dotyczących dzieci martwo urodzonych bez względu na czas trwania ciąży. W każdym z przypadków poronienia lub urodzenia martwego płodu przekazuje się matce dokładne informacje na temat możliwych przyczyn tego zdarzenia, proponowanego leczenia, a także następstw postępowania w takich przypadkach. Pacjentka jest informowana o zaawansowaniu ciąży, obecności lub braku zarodka w jamie macicy, a także o możliwych wadach zarodka lub płodu. Każdej pacjentce przekazuje się „Informacje dla Rodziców dziecka martwo urodzonego”, która jest Załącznikiem Nr 2 Procedury, oraz informuje się ją o możliwości pochowania ciała dziecka. Pacjentka w obecności lekarza i położnej wypełnia oświadczenie o wyrażeniu woli odnośnie zgody lub odmowy pochowania dziecka martwo urodzonego.

W przypadku odmowy pochowania dziecka martwo urodzonego zwłoki przekazywane są do badania histopatologicznego. W przypadkach zgody na pochówek dziecka martwo urodzonego przez rodziców wypełnia się kartę zgonu płodu oraz informuje się o konieczności określenia płci dziecka, gdy to określenie nie jest możliwe na podstawie dostępnych badań.

W każdym przypadku informuje się pacjentkę o możliwości pochówku poronionego płodu lub martwo urodzonego dziecka, a brak adnotacji w historii choroby o przeprowadzeniu rozmowy nie jest równoznaczny z brakiem takiej rozmowy. Karta zgonu lub karta martwego urodzenia jest wypełniana tylko w przypadkach zgody pacjentki na pochówek. Lekarz Kierujący Oddziałem poinformował, że w dwóch przypadkach z próby 20 wypełniono kartę zgonu, w pozostałych skierowano na badania histopatologiczne.

Przekazanie poronionego płodu lub martwo urodzonego dziecka do kostnicy szpitalnej odbywa się zawsze z wypełnioną „Kartą skierowania zwłok do chłodni/kostnicy”. W przypadku przekazania ich do badania histopatologicznego odbywa się to ze skierowaniem na badanie.

(akta kontroli, str. 343-344, 377-378)

W okresie objętym kontrolą SP ZOZ zlecał wykonanie badań histopatologicznych lub sekcje zwłok Niepublicznemu Zakładowi Opieki Zdrowotnej Zakładowi

¹⁸ Dz. U. Nr 153, poz. 1783, ze zm.

Patomorfologii z siedzibą w Zamościu (dalej Zakład Patomorfologii)¹⁹ oraz Samodzielnemu Publicznemu Szpitalowi Klinicznemu nr 4 w Lublinie²⁰ (dalej SPSK nr 4). W ww. umowach nie określono sposobu postępowania z ciałami / szczątkami dzieci po wykonaniu stosownych badań.

(akta kontroli, str. 424-436)

Lekarz Kierujący Oddziałem podał, że do badania histopatologicznego poronionego płodu przekazywany jest cały materiał z jamy macicy otrzymany w trakcie zabiegu medycznego lub cały materiał uzyskany samodzielnie przez pacjentkę. Materiał po poronieniu płodu jest zabezpieczany w pojemniku z formaliną. Ciała martwo urodzonych są zabezpieczane podkładem i po dwóch godzinach od stwierdzenia zgonu przekazywane do badania. Zwłoki martwo urodzonego dziecka przekazuje się wraz z łożyskiem i pępowiną. Na wyraźną prośbę pacjentki Zakład Patomorfologii może wydać zwłoki rodzinie, a w przypadkach, gdy pacjentka nie wyraża zgody na pochówek, zwłoki przekazywane są gminie Świdnik.

(akta kontroli, str. 377-378)

Współwłaściciel Zakładu Patomorfologii wyjaśnił, że Zakład nie wykonuje badań patomorfologicznych ciał lub szczątków dzieci martwo urodzonych w rozumieniu standardowych badań z tkanek pobranych od pacjentów SP ZOZ w Świdniku. Współwłaściciel Zakładu Patomorfologii podał też, że w latach 2017-2020 SPZOZ w Świdniku nie przysłał do badania histopatologicznego szczątków lub zwłok dzieci martwo urodzonych oraz dodał, że badaniu histopatologicznemu poddawany jest materiał tkankowy po poronieniach w formie bezkształtnych, krwistych mas, które nie zawierają szczątków i ciał dzieci martwo urodzonych. Materiał tkankowy umieszczony w kostce parafinowej oraz w formie slajdów na szkiełkach mikroskopowych przechowywany jest w Zakładzie Patomorfologii w archiwum przez 20 lat, zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 18 grudnia 2017 r. w sprawie standardów organizacyjnych opieki zdrowotnej w dziedzinie patomorfologii.

(akta kontroli, str. 437-438)

Dyrektor SPSK nr 4 wyjaśnił, że SP ZOZ nie przysyła rutynowo do Pracowni Histopatologicznej²¹ SPSK 4 materiału z poronień (wyskrobin z jamy macicy). Wskazał jednocześnie, że zgodnie z obowiązującym prawem, świadczenia lecznicze w zakresie badań histopatologicznych i cytologicznych nie dotyczą szczątków ludzkich. Po przekazaniu przez uprawniony podmiot (tj. podmiot leczniczy), materiał do badań jest opracowywany zgodnie z zasadami postępowania dot. wykonywania badań patomorfologicznych. Opracowany materiał wykorzystywany do diagnostyki (błoczki parafinowe, preparaty histologiczne) ma zawsze nadany numer w Pracowni i jest przechowywany przez 20 lat od przekazania wyniku badania do właściwego podmiotu leczniczego (podmiot kierujący na badanie). Natomiast pozostałości po wstępnym opracowaniu materiału są przechowywane przez 30 dni od wydania wyniku, a następnie są traktowane jako odpad medyczny i przekazywane uprawnionemu podmiotowi do utylizacji. Zgodnie z obowiązującymi przepisami, zarówno błoczki parafinowe, preparaty histopatologiczne, jak i pozostałości po badaniu histopatologicznym nie są szczątkami ludzkimi. Błoczki parafinowe oraz preparaty podlegają użyczeniu wyłącznie do dalszej diagnostyki (świadczenia lecznicze). W latach 2017-2020 wykonano dla SP ZOZ trzy badania sekcyjne płodów/norodków i w każdym przypadku ciało odebrała firma pogrzebowa wskazana przez SP ZOZ. Taki zakres czynności winien być uregulowany odrębną umową między jednostką lecznictwa zamkniętego i zakładem pogrzebowym.

¹⁹ Umowa z dnia 31 marca 2010 r.

²⁰ Umowa z dnia 1 listopada 2016 r.

²¹ Dalej: Pracownia.

(akta kontroli, str. 424-436, 439-441)

NIK zauważa, że Szpital w uregulowaniach wewnętrznych, jak również w umowach zawartych z podmiotami zewnętrznymi na wykonywanie badań histopatologicznych, nie określił zasad postępowania ze zwłokami/szczałkami dzieci poronionych i martwo urodzonych²² po przeprowadzeniu badania histopatologicznego. W ww. dokumentach nie wprowadzono zapisów regulujących zabranie zwłok/szczałków płodu celem przeprowadzenia pochówku, pomimo, że zgodnie z treścią art. 28 ust. 1 pkt 2 a) ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, Szpital zobowiązany jest przygotować zwłoki do wydania osobie lub instytucji uprawnionej do ich pochowania, o której mowa w ustawie z dnia 31 stycznia 1959 r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych.

Gmina Miejska Świdnik, w udzielonej NIK informacji potwierdziła, że zajmuje się, poprzez swoją jednostkę organizacyjną - Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Świdniku, organizacją pogrzebów dzieci z poronień i dzieci martwo urodzonych, nieodebranych przez rodziny z SP ZOZ w Świdniku, na swój koszt (wydatki gminy wyniosły w kolejnych latach: 1.920 zł; 2.880 zł i 1.090 zł). Organizacja pochówków (jeden do trzech rocznie) powierzona została firmie pogrzebowej. Pochówki odbywają się na Cmentarzu Komunalnym w Lublinie na Majdanku.

(akta kontroli str. 370)

10. Do Szpitala nie wpływały skargi dotyczące sposobu sprawowania opieki nad pacjentkami, które poroniły, urodziły martwe dziecko, lub których dziecko zmarło po porodzie.

(akta kontroli str.12)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

1. We wszystkich salach chorych, łóżka nie były dostępne z trzech stron, w tym z dwóch dłuższych, a szerokość pokoi uniemożliwiała wyprowadzenie łóżek z sali, co było niezgodne z § 18 i § 20 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą²³.

(akta kontroli str. 85-133)

Dyrektor SP ZOZ wyjaśnił, że na salach chorych znajdują się łóżka mobilne, które w bardzo prosty sposób można umieścić w pozycji, która umożliwia dostęp z trzech a nawet czterech stron pacjentki. Pacjentki są przewożone na łóżkach transportowych.

(akta kontroli, str. 209)

Z uwagi na to, że stan ten spowodowany był uwarunkowaniami lokalowymi (wąskie pomieszczenia) niemożliwymi do usunięcia, a Kierownictwo SP ZOZ podjęło działania mające na celu zapewnienie dostępności łóżek i możliwości transportu pacjentów przez zapewnienie łóżek mobilnych i łóżek transportowych, NIK nie formułuje wniosku pokontrolnego w tym zakresie.

2. W dwóch przypadkach z próby siedmiu pacjentek, których dzieci urodziły się martwe lub zmarły wkrótce po porodzie w dokumentacji medycznej pacjentek nie było oświadczenia o rezygnacji lub korzystaniu z prawa do pochówku. Zgodnie z obowiązującą w Szpitalu *Procedurą postępowania w przypadku dziecka martwo urodzonego* oświadczenie takie złożone przez matkę dziecka lub osobę przez nią upoważnioną powinno być umieszczone w dokumentacji medycznej.

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

²³ Dz. U. poz. 595.

Kierownik Oddziału Położniczo-Ginekologicznego odnosząc się do dokumentacji medycznej pacjentek, w których nie zamieszczono oświadczeń wyjaśniła, że w przypadku zgonu w pierwszej dobie po porodzie dziecka żywo urodzonego, zabezpieczeniem zwłok dziecka i sporządzeniem koniecznej dokumentacji zajmuje się personel Oddziału Neonatologii. Z kolei w drugim przypadku pacjentka otrzymała kartę martwego urodzenia oraz skierowanie do Zakładu Patomorfologii na wykonanie sekcji zwłok dziecka, jednak w tym momencie nie jest możliwe ustalenie, czy brak w dokumentacji medycznej oświadczenia woli odnośnie zgody lub odmowy pochowania dziecka martwo urodzonego wynikał z niewypełnienia tej karty przez personel oddziału, czy ze zagubienia wypełnionego dokumentu w trakcie przechowywania dokumentacji na oddziale lub transportu do archiwum.

(akta kontroli str. 340-341, 350-351, 442-446)

OCENA CZĄSTKOWA

W SP ZOZ pacjentkom, które poroniły, urodziły martwe dziecko lub których dziecko zmarło zaraz po porodzie, udzielano świadczeń zdrowotnych, przestrzegając wymagań dotyczących sprzętu medycznego oraz prowadzenia dokumentacji medycznej. Informowano pacjentki o możliwości skorzystania z pomocy psychologa, (przy czym pacjentki nie korzystały z takiej możliwości), udzielano im informacji o pozaszpitalnych formach pomocy w przypadku doświadczenia sytuacji szczególnych.

Skontrolowana dokumentacja medyczna pacjentek Oddziału z lat 2017-2019 prowadzona była w sposób pozwalający na stwierdzenie, kiedy i jakich świadczeń im udzielono. Dokumentacja pozwalała także na ustalenie, czy pacjentki w sytuacjach szczególnych nie przebywały w salach chorych z innymi pacjentkami, które urodziły zdrowe dzieci. Szpital umożliwił pacjentkom pożegnanie ze zmarłym dzieckiem.

Opracowano wewnętrzną *Procedurę postępowania w przypadku dziecka martwo urodzonego*, której celem było zapewnienie godnego postępowania ze zwłokami dzieci martwo urodzonych bez względu na czas trwania ciąży, z zachowaniem zasad bezpieczeństwa epidemiologicznego. Stwierdzono jednak, że procedura ta nie zawsze była przestrzegana.

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 okres przekraczający 24 godziny przez lekarzy świadczących pracę w Oddziale na podstawie umów cywilnoprawnych.
2. Realizowanie warunków procedur wewnętrznych, dotyczących uzyskiwania od pacjentek stosownych oświadczeń dotyczących wyrażania zgody na pochówek martwo urodzonych dzieci.

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
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.

Lublin, 14 września 2020 r.

Kontrolerzy:
Doradca ekonomiczny
Wanda Bącał

Dyrektor
Delegatury Najwyższej Izby Kontroli
w Lublinie
Edward Lis

.....
Podpis

Inspektor kontroli państwowej
Agata Wróbel

.....
Podpis

.....
Podpis