



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Lublinie

LLU.410.002.04.2020

**Pan
Michał Jedliński
Dyrektor
Samodzielnego Publicznego
Zakładu Opieki Zdrowotnej
w Kraśniku**

ul. Chopina 13
23-200 Kraśnik

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	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Kraśniku, ul. Chopina 13 23-200 Kraśnik (dalej „SPZOZ” lub „Szpital”)
Kierownik jednostki kontrolowanej	Michał Jedliński – Dyrektor SPZOZ w Kraśniku od dnia 24 lipca 2019 r. W okresach objętym kontrolą funkcję kierownika jednostki poprzednio pełnili: Marek Kos, Dyrektor od 15 maja 2013 r. do 14 maja 2019 r. i Piotr Krawiec pełniący obowiązki Dyrektora od 15 maja 2019 r. do 24 lipca 2019 r.
Zakres przedmiotowy kontroli	1. Zgodność z przepisami prawa organizowania udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w sytuacjach poronień, martwych urodzeń i zgonów dziecka tuż po porodzie ¹ . 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	Artur Bokiniec, główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LLU/21/2020 z 28 stycznia 2020 r. oraz nr LLU/70/2020 z 22 maja 2020 r. i nr LLU/120/2020 z 9 września 2020 r. (akta kontroli tom I str. 1-5, tom II str. 333-334, 368-369)

II. Ocena ogólna³ kontrolowanej działalności

OCENA OGÓLNA	<p>Szpital zapewnił w Oddziale Ginekologiczno - Położniczo - Noworodkowym⁴, wynikające z przepisów prawa dla pierwszego poziomu referencyjnego, warunki sprzętowe oraz kadrowe niezbędne do opieki nad pacjentkami, które poroniły, urodziły martwe dziecko lub których dziecko zmarło tuż po porodzie. Wdrożono wewnętrzne procedury uwzględniające standardy opieki okołoporodowej, dotyczące opieki nad pacjentkami doświadczającymi sytuacji szczególnych. Na Oddziale zapewniono odpowiednią liczbę wykwalifikowanego personelu medycznego. Na bieżąco aktualizowano dane o potencjale wykonawczym przeznaczonym do realizacji umowy zawartej z Lubelskim Oddziałem Wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia⁵. Użytkowany sprzęt i aparatura medyczna były sprawne technicznie i poddawane przeglądowi przez uprawnione podmioty/osoby.</p> <p>Opracowano i wdrożono do stosowania procedury związane z opieką nad pacjentkami w sytuacji szczególnej oraz procedurę postępowania z dzieckiem martwo urodzonym. Pacjentkom doświadczającym sytuacji szczególnej stworzono warunki do korzystania z pomocy psychologicznej, udzielanej przez psychologów</p>
---------------------	---

¹ Należy rozumieć przez to sytuację, w których dziecko zmarło w szpitalu do szóstej 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 Dalej: „Oddział” lub „Oddział Gin.-Poł.-Now.”

⁵ Dalej: LOW NFZ.

zatrudnionych w innych jednostkach organizacyjnych SPZOZ. Personel medyczny Oddziału miał również zapewnione wsparcie w radzeniu sobie ze stresem, w związku z opieką nad pacjentkami w sytuacjach szczególnych.

W pracy personelu medycznego zatrudnionego na Oddziale, stwierdzono sześć przypadków nieprzerwanego wykonywania czynności zawodowych powyżej 62 godzin przez lekarza zatrudnionego na podstawie umowy cywilnoprawnej oraz udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarzy zatrudnionych na podstawie umów o pracę nieprzerwanie przez okres przekraczający 24 godziny, bez wymaganego 11 godzinnego odpoczynku bezpośrednio po zakończeniu dyżuru, co naruszało art. 97 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej⁶. W ocenie NIK, takie działanie mogło mieć wpływ na jakość świadczonej opieki i zapewnienie bezpieczeństwa pacjentkom.

Lubelski Państwowy Wojewódzki Inspektor Sanitarny w Lublinie stwierdził, że SPZOZ nie spełnia niektórych warunków dotyczących sposobu urządzenia pomieszczeń Oddziału i zobowiązał w terminie do 31 grudnia 2020 r. m.in. do: zorganizowania śluzy umywalkowo-fartuchowej w zespole porodowym i stanowiska resuscytacji noworodka w sali cięć cesarskich, zapewnienia w salach dla matek z dziećmi urządzeń umożliwiających mycie i pielęgnację noworodków, przeznaczenia sal maksymalnie dla dwóch matek i dwóch noworodków. W związku z podjęciem przez Dyрекcję Szpitala działań mających na celu pozyskanie funduszy na reorganizację Oddziału (budowa nowego pawilonu przy ul. Chopina) nie planowano realizacji ww. decyzji.

Zarówno w uregulowaniach wewnętrznych, jak i w umowie zawartej z podmiotem zewnętrznym na wykonywanie badań histopatologicznych, nie określono zasad postępowania ze zwłokami/szczątkami dzieci poronionych i martwo urodzonych po przeprowadzeniu badania histopatologicznego.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego oraz oceny cząstkowej⁷ 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

1.1. W okresie objętym kontrolą w Szpitalu funkcjonował m.in. Oddział Położniczo-Ginekologiczno-Noworodkowy⁸. W Oddziale nie wyodrębniono części, w której hospitalizowane byłyby pacjentki, które doświadczyły poronienia, urodziły martwe dziecko lub urodziły dziecko, które zmarło po porodzie.

W Regulaminie organizacyjnym wprowadzonym zarządzeniem Dyrektora nr 77/2017 z dnia 19 grudnia 2017 r. nie określono uregulowań związanych m.in. z działaniem i warunkami udzielania świadczeń medycznych przez Oddział Gin.-Poł.-Now., w tym zagadnień dotyczących organizacji opieki nad pacjentkami doświadczającymi poronienia, urodzenia martwego dziecka, czy zgonu dziecka tuż po porodzie.

Od dnia 1 listopada 2019 r., na podstawie zarządzenia nr 140/2019 Dyrektora SPZOZ, zadania Izby Przyjęć w zakresie przyjęcia pacjentek do szpitala w celu

⁶ Dz. U. z 2020 r. poz. 295, ze zm.

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

⁸ Oddział Gin.-Poł.-Now. znajduje się w budynku Szpitala przy Al. Niepodległości 25 około 7,5 km od głównego budynku Szpitala przy ul. Chopina 13.

udzielania świadczeń z zakresu ginekologii i położnictwa w trybie planowym i nagłym, doraźnych zabiegów i udzielania doraźnej pomocy ambulatoryjnej tym pacjentkom przejął personel medyczny Oddziału Gin.-Poł.-Now. (zadania te zostały powierzone do wykonania w pomieszczeniach Oddziału, do odwołania).

(akta kontroli tom I str. 6-42, 425)

1.2. W okresie objętym kontrolą w Szpitalu liczba noworodków żywo urodzonych wynosiła 362 w 2017 r., 293 w 2018 r. oraz 257 w 2019 r., a liczba niepowodzeń położniczych wyniosła odpowiednio: 87, 54 i 69, co w poszczególnych latach stanowiło: 24,0%, 18,4% oraz 26,8% liczby noworodków żywo urodzonych. Najczęstszą przyczyną niepowodzeń położniczych we wszystkich latach objętych kontrolą były zdarzenia samoistne⁹. Ponadto wystąpiły dwa przypadki noworodków martwo urodzonych¹⁰.

(akta kontroli tom I str. 85-86, tom II str. 338-352)

1.3. Na podstawie umów o pracę w latach 2017-2019 na Oddziale, zatrudniano odpowiednio:

- w 2017 r. - dziewięciu lekarzy, w tym sześciu ze specjalizacją ginekologiczno-położniczą, jednego pediatrę (1/5 etatu), jednego neonatologa pediatrę (pełny etat) oraz jednego neonatologa (1/3 etatu);

- w 2018 r. - sześciu lekarzy, w tym pięciu ze specjalizacją ginekolog-położnik i jednego ze specjalizacją neonatolog pediatra;

- w 2019 r. - czterech lekarzy, w tym trzech ze specjalizacją ginekolog-położnik oraz jednego ze specjalizacją neonatolog pediatra.

W ww. okresie lekarzy specjalistów zatrudniano na Oddziale również na podstawie umów cywilnoprawnych zawartych na okresy wieloletnie, w tym także z czterema lekarzami świadczącymi pracę w Szpitalu w ramach umowy o pracę. W 2017 r. obowiązywało 11 umów z lekarzami posiadającymi specjalizacje z ginekologii i położnictwa, pediatrii, neonatologii, medycyny rodzinnej i alergologii (w tym trzy obowiązywały do 31 grudnia 2017 r.). W 2018 r. obowiązywało 15 umów (w tym trzy obowiązywały do 31 grudnia 2018 r.), w 2019 r. obowiązywało 13 umów, w tym jedna obowiązywała do 31 grudnia 2019 r. Zakres rzeczowy umów dotyczył pracy i dyżurów na Oddziale Gin.-Poł.-Now., dyżurów pod telefonem, wykonywania zabiegów operacyjnych uroginekologicznych, pracy i dyżurów na Oddziale (noworodki), pracy i nadzoru nad Oddziałem.

(akta kontroli tom I str. 43-47, 81-84)

1.3.1. W wybranych do próby kontrolnej miesiącach¹¹, w ramach umowy o pracę zatrudniano na Oddziale:

- w lipcu i październiku 2017 r. – 22 położne, w tym 14 ze specjalizacją pielęgniarstwo położnicze, dwie - pielęgniarstwo ginekologiczne, jedna - opieka przed i okołoporodowa, jedna - pielęgniarstwo neonatologiczne oraz cztery położne bez specjalizacji (z tytułem starsza położna),

- w lipcu i październiku 2018 r. – 23 położne, w tym 14 ze specjalizacją pielęgniarstwo położnicze, dwie - pielęgniarstwo ginekologiczne, jedna - opieka przed i okołoporodowa, jedna - pielęgniarstwo neonatologiczne oraz pięć położnych bez specjalizacji (z tytułem starsza położna),

⁹ Zdarzenia samoistne w latach 2017-2019 wynosiły odpowiednio: 86, 53 oraz 69 przypadków (w tym : 84, 52 i 67 przypadków wystąpiło do 16 tygodnia ciąży).

¹⁰ Jeden przypadek noworodka martwo urodzonego wystąpił w 2017 r. (w 38-39 tygodniu ciąży), a drugi w 2018 r. (w 27-28 tygodniu ciąży).

¹¹ Do próby kontrolnej objętej szczegółowym badaniem wybrano łącznie sześć miesięcy (lipiec i październik w latach 2017-2019).

- w lipcu i październiku 2019 r. – 23 położne, w tym 14 ze specjalizacją pielęgniarstwo położnicze, dwie - pielęgniarstwo ginekologiczne, jedna - opieka przed i okołoporodowa, jedna - pielęgniarstwo neonatologiczne oraz pięć z tytułem starsza położna.

(akta kontroli tom I str. 81-83)

Szpital zapewnił odpowiedni personel medyczny wymagany dla pierwszego poziomu referencyjnego w wymiarze określonym w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego¹². We wszystkie dni tygodnia, w lipcu i październiku w latach 2017-2019 zapewniono dwóch lekarzy w dziedzinie położnictwa i ginekologii oraz odpowiednią liczbę położnych, w tym położnych ze specjalizacją w dziedzinie pielęgniarstwa położniczego (17).

Zgodnie z wymogami określonymi w załączniku nr 3 do rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych, w Oddziale w każdy dzień zapewniono stałą obecność lekarza specjalisty w dziedzinie anestezjologii.

(akta kontroli tom I str. 81-84, 89-99)

Badaniem objętoienne rozkłady czasu pracy lekarzy zatrudnionych na umowy o pracę na Oddziale w miesiącach lipiec i październik w latach 2017-2019. Analiza czasu pracy lekarzy wykazała, że w 637 przypadkach przestrzegano przepisów art. 93-97 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej. Stwierdzono 19 przypadków świadczenia pracy przez siedmiu lekarzy nieprzerwanie przez okres przekraczający 24 godziny (zagadnienie to opisano w dalszej części wystąpienia pokontrolnego, w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*).

(akta kontroli tom I str. 89-104, 233-254)

1.3.2. Zarządzeniem nr 76/2017 z dnia 8 grudnia 2017 r. Dyrektor SPZOZ, na podstawie art. 50 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej i rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 28 grudnia 2012 r. w sprawie sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami¹³, ustalił minimalne normy zatrudnienia pielęgniarek i położnych w SPZOZ. Dla okresu objętego badaniem ustalona norma zatrudnienia pielęgniarek i położnych na Oddziale Gin.-Poł.-Now. wynosiła 22 etaty.

(akta kontroli tom I str. 61-66)

1.3.3. Personel medyczny wykonujący świadczenia zdrowotne na Oddziale¹⁴ w okresie objętym kontrolą, został ujęty w wykazie personelu stanowiącym załącznik do umowy zawartej z Lubelskim Oddziałem Wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia (dalej: LOW NFZ) oraz był uwzględniony w zgłoszeniach aktualizacyjnych wprowadzanych do Systemu Zarządzania Obiegiem Informacji NFZ.

(akta kontroli tom I str. 166-226, tom II str. 244-257)

1.4. Zgodnie z dyspozycją art. 207 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, Szpital opracował i podjął działania dotyczące realizacji Programu dostosowania SPZOZ do wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą, określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą¹⁵ (dalej „Program”). W Programie

¹² Dz. U. z 2017 r. poz. 2295, ze zm. Dalej: rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych.

¹³ Dz. U. poz. 1545.

¹⁴ Lekarze ginekolodzy, położnicy, neonatolodzy, pediatrzy, anestezjolodzy oraz pielęgniarki i położne.

¹⁵ Dz. U. poz. 739, z dniem 1 kwietnia 2019 r. rozporządzenie zostało zastąpione przez rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. poz. 595).

wskazano m.in. działania związane z funkcjonowaniem Oddziału Gin.-Poł.-Now., które dotyczyły: zapewnienia dostępu z trzech stron do wszystkich łóżek znajdujących się w pokojach łóżkowych; poszerzenia drzwi w salach łóżkowych, przez które odbywa się ruch pacjentów na łóżkach; zapewnienia w pomieszczeniu brudownika myjni - dezynfektora oraz wentylacji wewnętrznej. Zwrócono również uwagę na braki m.in. w wyposażeniu pokoi w systemie „matka z dzieckiem” oraz brak wydzielenia pokoi dla noworodków obserwowanych, a także pomieszczeń dla noworodków wymagających opieki pośredniej i ciągłej. SPZOX przewidywał w Programie możliwość przeniesienia Oddziału do budynku przy ul. Chopina 13.

Lubelski Państwowy Wojewódzki Inspektor Sanitarny (dalej: LPWIS) zaopiniował pozytywnie ww. Program decyzją (znak DNS-EP.9020.1.2012) z dnia 27 czerwca 2012 r. Decyzją z dnia 20 lipca 2012 r. LPWIS zmienił termin realizacji poszczególnych zadań wymienionych w programie na dzień 31 grudnia 2017 r. oraz wykreślił obowiązek zapewnienia wentylacji mechanicznej wyciągowej w pomieszczeniach brudowników m.in. na Oddziale Gin.-Poł.-Now.

W wyjaśnieniach Dyrektor Szpitala podał, że działania wskazane w Programie dostosowania SPZOX do wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r. nie zostały w pełni zrealizowane w terminach określonych w Programie.

Nie zrealizowano zaleceń:

- w sali chorych ginekologicznie ustawienie łóżek dla pacjentek nie zapewniało dostępu z trzech stron, w tym z dwóch dłuższych,
- sale chorych, które urządzone zostały w systemie „matka z dzieckiem” nie zostały wyposażone w stałe urządzenia umożliwiające mycie i pielęgnację niemowląt; na wyposażeniu Oddziału są wanienki na stelażach, które wprowadzane są do sal w celu wykonania pielęgnacji niemowląt.

W dalszej części wyjaśnień Dyrektor podał, że po przeprowadzeniu przez LPWIS kontroli Oddziału, SPZOX otrzymał decyzję z dnia 10.10.2019 r. zobowiązującą Szpital do usunięcia nieprawidłowości stwierdzonych w trakcie kontroli, w tym działań wskazanych w Programie dostosowania, w terminie do 31.12.2020 r. Podał również, że Dyrekcja SPZOX podjęła starania o pozyskanie funduszy na przeprowadzenie reorganizacji Oddziału Gin.-Poł.-Now. polegające na budowie nowego pawilonu lub skrzydła, do którego oddział zostanie przeniesiony. Inwestycja zostanie przeprowadzona w lokalizacji przy ul. Chopina, przybliżony termin rozpoczęcia to początek 2021 r. Mając na uwadze powyższe, nie planuje się podejmowania działań budowlano-zakupowych wynikających z realizacji decyzji LPWIS. SPZOX w Kraśniku wystąpi z wnioskiem do PPIS w Kraśniku, który aktualnie przejął funkcje nadzorująco-kontrolne nad Szpitalem, o uchylenie dotychczasowej decyzji lub wydłużenie terminu realizacji.

(akta kontroli tom I str. 255-263, 292-312, tom II str. 82-87, 370-380)

W latach 2017-2019 w Szpitalu przeprowadzono 87 kontroli zewnętrznych, w tym LPWIS przeprowadził 39 kontroli, z których siedem dotyczyło bezpośrednio Oddziału. W wyniku przeprowadzonych przez LPWIS kontroli sformułowano m.in. następujące wnioski i zalecenia:

1. Decyzją nr 9012.1.19.2018 z dnia 3 sierpnia 2018 r., wydaną po przeprowadzeniu kontroli sanitarnej w dniu 25 czerwca 2018 r. wezwano SPZOX m.in. do:

- zorganizowania Izby Przyjęć (Al. Niepodległości 25) spełniającej wymagania określone w załączniku nr 1 pkt 2-4 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r. w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą,

- zapewnienia odpowiednich mebli (krzesel) w pomieszczeniach poczekalni i pomieszczeniach socjalnych, posiadających powierzchnię nadającą się do mycia i dezynfekcji,
- zorganizowania pomieszczenia porządkowego, odmalowania ścian w pomieszczeniu poczekalni.

W ww. decyzji określono dwa terminy wykonania zaleceń pokontrolnych: pierwszy związany z funkcjonowaniem Izby Przyjęć i dostosowaniem jej do warunków ww. rozporządzenia ustalono do dnia 31 grudnia 2019 r. (zalecenia te zostały wykonane). Termin realizacji pozostałych zadań określono do 31 października 2018 r., a ich sposób wykonania sprawdzono podczas kontroli sprawdzającej LPWIS przeprowadzonej 22 listopada 2018 r. Realizację zalecenia odmalowania ścian w pomieszczeniu poczekalni stwierdzono w protokole kontroli z dnia 10 lipca 2019 r.¹⁶.

(akta kontroli tom I str. 281-291, 321-324)

2. Decyzją nr 9012.1.36.2019 z dnia 10 października 2019 r., wydaną po przeprowadzeniu kontroli sanitarnej w dniu 23 sierpnia 2019 r. wezwano SPZOZ do zapewnienia w Oddziale Gin.-Poł.-Now. prawidłowego przechowywania narzędzi w sali operacyjnej i bezpiecznego przechowywania materiałów i wyrobów medycznych jednorazowego użytku (realizacja natychmiast po uprawomocnieniu decyzji) oraz w terminie do 31 grudnia 2020 r. do wykonania obowiązków, m.in.:

- zorganizowania śluz w zespole porodowym,
- zapewnienia w zespole porodowym pomieszczenia przeznaczonego dla położnic i noworodka w pierwszych godzinach życia, po porodach powikłanych, w których zapewnia się możliwość obserwacji bezpośredniej lub przy użyciu kamer wyposażonych w funkcję autostartu, w szczególności możliwość obserwacji twarzy (zadanie określone w Programie),
- zapewnienia w sali operacyjnej wentylacji nawiewowo-wywiewnej lub klimatyzacji zapewniającej parametry jakości powietrza dostosowane do funkcji tych pomieszczeń,
- zorganizowania w sali cięć cesarskich stanowiska resuscytacji noworodka,
- zorganizowania gabinetu diagnostyczno-zabiegowego w części noworodkowo-położniczej oddziału,
- zorganizowanie śluz umywalkowo-fartuchowej przy wejściu do sali intensywnej opieki noworodka oraz stanowiska do mycia rąk,
- wyposażenia sal dla matek z dziećmi w urządzenia umożliwiające mycie i pielęgnację noworodka (zadanie określone w Programie),
- zorganizowania sal maksymalnie dla dwóch matek i dwóch noworodków z możliwością wstawienia trzeciego łóżeczka (zadanie określone w Programie).

(akta kontroli tom I str. 292-312)

3. Decyzją nr 9012.1.9.2018 z dnia 5 marca 2018 r., w związku ze stwierdzeniem w wyniku badania próbek ciepłej wody z łazienki na Oddziale Gin.-Poł.-Now. bardzo wysokiego skażenia instalacji wodociągowej bakterią Legionella, LPWIS nakazał natychmiastowe wyłączenie z eksploatacji urządzeń i instalacji ciepłej wody w Oddziale oraz dokonanie przeglądu technicznego sieci wody ciepłej w Szpitalu. Zalecenia zostały wykonane.

(akta kontroli tom I str. 275-312)

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

(akta kontroli tom II str. 222-225, 239)

¹⁶ Zadanie kontrolowano również w dniu 5 marca 2019 r.

W okresie objętym kontrolą, Oddział spełniał warunki określone w rozporządzeniu w sprawie świadczeń gwarantowanych dla pierwszego stopnia referencyjności w zakresie zapewnienia:

- odpowiedniego wyposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną (na Oddziale zapewniono: kolposkop (2), kardiogram (3 aparaty KTG), kardiomonitor (3), ultrasonograf (2 aparaty USG);
- 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).

Sprzęt i aparatura medyczna znajdująca się na Oddziale były sprawne technicznie oraz posiadały aktualne przeglądy stanu technicznego (potwierdzone wpisami w kartach technicznych sprzętu i aparatury diagnostycznej). W sali operacyjnej, w salach chorych oraz w izolatkach brak było instalacji wentylacyjnej mechanicznej nawiewowo-wywiewnej lub klimatyzacyjnej.

(akta kontroli tom I str. 55-57, 325-420)

Od dnia 1 listopada 2019 r. w budynku Szpitala przy Al. Niepodległości 25 nie funkcjonowała Izba Przyjęć¹⁷, która m.in. obsługiwała przyjęcia pacjentek na Oddział Gin.-Poł.-Now. Na podstawie zarządzenia Dyrektora SPZOZ nr 140/2019 z dnia 30 grudnia 2019 r., zadania Izby Przyjęć z zakresu ginekologii i położnictwa dotyczące przyjęć pacjentek w trybie planowym i nagłym, doraźnych zabiegów i udzielania doraźnej pomocy ambulatoryjnej pacjentkom, od 1 listopada 2019 r. zostały przypisane do realizacji personelowi Oddziału Gin.-Poł.-Now.

(akta kontroli tom I str. 421-425)

Pomieszczenia Oddziału zlokalizowane zostały na I piętrze budynku przy Al. Niepodległości 25. W budynku tym nie zainstalowano windy. Windę zainstalowano w budynku Powiatowej Przychodni Specjalistycznej, połączonym z budynkiem Szpitala, w którym znajduje się Oddział.

We wszystkich salach chorych (9) zapewniono bezpośredni dostęp do światła dziennego, a w ośmiu salach ustawienie łóżek zapewniało dostęp z trzech stron, w tym z dwóch dłuższych. Odstępy między łózkami zapewniały swobodny dostęp do pacjentek. Szerokość dwóch sal łóżkowych uniemożliwiała wyprowadzanie łóżek z pokoju bez przemieszczenia pozostałych łóżek. W sali zabiegów ginekologicznych fotel ginekologiczny usytuowany został naprzeciwko wejścia do pomieszczenia.

(akta kontroli tom I str. 55-57, tom II str. 76-77, 295-324)

1.5. Świadczenia zdrowotne na Oddziale wykonywane były przez lekarzy i położne, którzy posiadali odpowiednie kwalifikacje zawodowe oraz byli zgłoszeni do LOW NFZ. Zapewniono również warunek obecności na Oddziale lekarza specjalisty w dziedzinie anestezjologii. Szpital spełnił warunki w zakresie personelu medycznego wymagane dla pierwszego poziomu referencyjnego, tj. posiadał odpowiednią liczbę lekarzy legitymujących się wymaganymi kwalifikacjami (16) oraz położnych (23), w tym położnych ze specjalizacją w dziedzinie pielęgniarstwa położniczego (17)¹⁸.

Czas pracy lekarzy zatrudnionych w Szpitalu (Oddział i Poradnia Ginekologiczno-Położnicza) na podstawie umów o pracę oraz umów cywilnoprawnych sprawdzono na próbie obejmującej 6 miesięcy (lipiec oraz październik w latach 2017-2019). Ustalono, że wystąpiło sześć przypadków świadczenia pracy na podstawie umów

¹⁷ Decyzją Dyrektora SPZOZ, jej działalność została zawieszona bez określenia terminu (do odwołania).

¹⁸ Stan na 31.12.2019 r.

o pracę w wymiarze przekraczającym 200 godzin miesięcznie¹⁹, przy czym dotyczyło to dwóch lekarzy, którzy złożyli oświadczenia o zatrudnieniu w wymiarze 78 godzin tygodniowo (klauzule opt-out).

Świadczenia zdrowotne na Oddziale na podstawie umów cywilnoprawnych były udzielane w 2017 r. przez 11 lekarzy, w 2018 r. - 15 lekarzy i w 2019 r. - 13 lekarzy. Stwierdzono, że w analizowanym okresie jeden lekarz w sześciu przypadkach udzielał świadczeń zdrowotnych nieprzerwanie przez okres wynoszący od 62 do 88 godzin.

Wyjaśniając powyższe Dyrektor SPZOZ podał, że nastąpiło to z konieczności zapewnienia pełnej obsady lekarzy na Oddziale oraz związane było z wystąpieniem absencji urlopowych (lipiec) i chorobowych (październik).

(akta kontroli tom I str. 58-60, 100-104a, 161-165, tom II str. 72-75, 365-366)

1.6. W okresie objętym badaniem, LOW NFZ przeprowadził cztery kontrole Oddziału Gin.-Poł.-Now., których tematyka nie dotyczyła opieki nad pacjentkami doświadczającymi poronień, urodzeń martwego dziecka lub śmierci dziecka po porodzie.

W ww. okresie Konsultanci wojewódzcy różnych specjalności przeprowadzili w Szpitalu 15 kontroli, z których żadna nie była tematycznie związana z niepowodzeniami położniczymi. Konsultant wojewódzki w dziedzinie położnictwa i ginekologii nie przeprowadził w tym okresie żadnej kontroli. Pracownicy Lubelskiego Urzędu Wojewódzkiego przeprowadzili łącznie siedem kontroli, których zakres nie był związany z opieką nad pacjentkami doświadczającymi niepowodzeń okołoporodowych.

(akta kontroli tom I str. 264-274)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

1. W Regulaminie organizacyjnym SPZOZ wprowadzonym zarządzeniem nr 77/2017 z dnia 19 grudnia 2017 r. nie określono sposobu i warunków udzielania świadczeń zdrowotnych przez Oddział Ginekologiczno-Położniczo-Noworodkowy, który znajdował się w budynku oddalonym o 7,5 km od budynku głównego i nie posiadał odrębnej izby przyjęć. Było to niezgodne z art. 23 ust. 1 oraz art. 24 ust. 1 pkt 3, 4 i 7 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.

Dyrektor Szpitala, wyjaśnił że SPZOZ jest w trakcie realizacji działań naprawczych w związku z wykazaniem straty netto. Z tego powodu od grudnia 2019 r. trwają prace weryfikacyjne i aktualizacyjne w zakresie postanowień koniecznych do ujęcia lub wykreślenia z treści Regulaminu organizacyjnego. W ramach tego postępowania zostaną uwzględnione wszystkie postanowienia art. 24 ust. 1 pkt 7 ustawy o działalności leczniczej, w tym również organizacja, zadania i współdziałanie Oddziału Ginekologiczno-Położniczo-Noworodkowego z innymi komórkami Szpitala.

(akta kontroli tom I str. 6-33, 227-232)

¹⁹ Jeden lekarz przepracował: w lipcu 2017 r. 214 godzin na umowę o pracę i 246 godz. w ramach umowy cywilnoprawnej (dyżur pod telefonem); w październiku 2017 r. 200 godz. na umowę o pracę i 215 godz. w ramach umowy cywilnoprawnej (dyżur pod telefonem); w lipcu 2018 r. 251,1 godz. na umowę o pracę i 179 godz. w ramach umowy cywilnoprawnej (dyżur pod telefonem); w październiku 2018 r. 271 godz. na umowę o pracę i 208 godz. w ramach umowy cywilnoprawnej (dyżur pod telefonem), w lipcu 2019 r. 296 godz. na umowę o pracę i 208 godz. w ramach umowy cywilnoprawnej (dyżur pod telefonem); w październiku 2019 r. 261,5 godz. na umowę o pracę i 116 godz. w ramach umowy cywilnoprawnej (dyżur pod telefonem). Drugi lekarz przepracował: w lipcu 2017 r. 202,15 godz. na umowę o pracę i 181 godz. na umowę cywilnoprawną (dyżur pediatryczny POZ w tym nadzór nad Oddziałem); w październiku 2017 r. 226,45 godz. na umowę o pracę i 126 godz. na umowę cywilnoprawną (dyżur pediatryczny POZ, w tym nadzór nad Oddziałem); w lipcu 2018 r. 214,5 godz. na umowę o pracę i 121 godz. na umowę cywilnoprawną (dyżur pediatryczny POZ w tym nadzór nad Oddziałem); w październiku 2018 r. 212,1 godz. na umowę o pracę i 126 godz. na umowę cywilnoprawną (dyżur pediatryczny w tym nadzór nad Oddziałem); w lipcu 2019 r. 259,4 godz. na umowę o pracę. i w październiku 2019 r. 266,10 godz. na umowę o pracę.

2. Z dniem 1 listopada 2019 r. zawieszono działalność Izby Przyjęć znajdującej się w budynku przy Al. Niepodległości 25, która wykonywała świadczenia m.in. dla Oddziału Poł.-Gin.-Now., a do dnia rozpoczęcia kontroli nie złożono do Wojewody Lubelskiego wniosku w tej sprawie oraz nie uzyskano zgody Wojewody Lubelskiego na czasowe zaprzestanie działalności Izby Przyjęć. Naruszono tym samym art. 34 ust. 1-3 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej. Na podstawie zarządzenia Dyrektora nr 140/2019 z dnia 30 grudnia 2019 r., zadania Izby Przyjęć w zakresie przyjęcia pacjentek w celu udzielania świadczeń z zakresu ginekologii i położnictwa w trybie planowym i nagłym oraz doraźnych zabiegów i udzielania doraźnej pomocy ambulatoryjnej przejął personel medyczny Oddziału. Pacjentki położniczo-ginekologiczne przyjmowane były w gabinecie zabiegowym.

Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że zawieszając funkcjonowanie Izby Przyjęć SPZOZ znajdującej się przy Al. Niepodległości 25 w Kraśniku nie dokonano formalności w postaci przekazania informacji o likwidacji przez złożenie wniosku do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą Wojewody Lubelskiego. W związku z przeniesieniem Oddziału Kardiologicznego do lokalizacji w budynku głównym Szpitala przy ul. Chopina 13, dokonano analizy dalszego funkcjonowania Izby Przyjęć przy Al. Niepodległości 25, oceniając znikomą liczbę przyjmowanych pacjentów oraz wysokie koszty działalności. Podjęto decyzję o przekazaniu zadań do kompetencji pracowników Oddziału (Zarządzenie nr 140 z 30 grudnia 2019 r.). W Regulaminie organizacyjnym nie wprowadzono zmian w zakresie wpisu dotyczącego ww. Izby, ponieważ miało to charakter doraźny.

(akta kontroli tom I str. 6-33, 231-232, 421-425, tom II str. 295-324)

3. W latach objętych badaniem w miesiącach lipiec i październik stwierdzono przypadki niezapewnienia lekarzom zatrudnionym na podstawie umów o pracę 11 godzinnego odpoczynku bezpośrednio po zakończeniu pełnienia dyżuru medycznego. W konsekwencji w 18 przypadkach (w tym ośmiu dotyczących lekarzy anestezjologów i 10 dotyczących lekarzy specjalistów pracujących na Oddziale na podstawie umów o pracę) lekarze świadczyli pracę przez:

- okres 26 godzin – jeden lekarz w dniach 17-18 lipca 2017 r.;
- okres 31 godzin – 16 przypadków, dotyczących sześciu lekarzy: 1) w dniach 5-6 lipca 2017 r., 24-25 lipca 2017 r., 26-27 lipca 2017 r., 3-4 października 2017 r.; 11-12 lipca 2019 r.; 2) w dniach 2-3 lipca 2017 r. i 9-10 lipca 2017 r.; 3) w dniach 19-20 lipca 2017 r. i 19-20 października 2017 r.; 4) w dniach 11-12 lipca 2019 r. i 17-18 października 2019 r.; 5) w dniach 3-4 lipca 2017 r., 12-13 lipca 2018 r., 29-30 października 2018 r., 5-6 lipca 2019 r.; 6) w dniach 24-25 października 2017 r.;
- okres 40 godzin – jeden lekarz w dniach 22-23 października 2018 r.

Naruszało to art. 97 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej stanowiący, że pracownikowi przysługuje w każdej dobie prawo do co najmniej 11 godzin nieprzerwanego odpoczynku. Pracownikowi pełniącemu dyżur medyczny okres odpoczynku, o którym mowa w ust. 1, powinien być udzielony bezpośrednio po zakończeniu pełnienia dyżuru medycznego.

Dyrektor SPZOZ wyjaśnił, że świadczenie pracy przez lekarzy zatrudnionych na Oddziale nastąpiło z powodu konieczności zapewnienia pełnej obsady lekarzy, w tym w związku z wystąpieniem najliczniejszych absencji chorobowych i urlopowych. Jednocześnie wystąpił brak możliwości zapewnienia zatrudnienia lekarzy na zastępstwo. Ponadto Dyrektor podał, że w świetle ustawy o działalności leczniczej, Dyrektywy 2003/88/WE Parlamentu Europejskiego i Rady Europy z dnia 4 listopada 2003 r. dotyczącej niektórych aspektów organizacji czasu pracy

i przepisów Kodeksu Pracy dopuszczalne jest wyznaczenie dyżuru (wliczanego do czasu pracy) trwającego 24 godziny.

(akta kontroli tom I str. 89-99, 233-254, tom II str. 72-75)

4. Organizując udzielanie świadczeń zdrowotnych na Oddziale, Szpital w sześciu przypadkach dopuścił w lipcu i październiku w latach 2017-2019 do udzielania świadczeń przez jednego lekarza zatrudnionego na podstawie umowy cywilnoprawnej nieprzerwanie przez okres od 62 do 88 godzin. Lekarz ten przepracował w dniach: od 25 do 28 lipca 2017 r. – 62 godziny, od 17 do 20 października 2017 r. – 62 godziny, od 24 do 28 października 2017 r. – 69 godzin, od 17 do 20 lipca 2018 r. – 71 godzin, od 24 do 27 lipca 2018 r. – 62 godziny, od 9 do 12 października 2018 r. – 62 godziny, od 23 do 28 października – 88 godzin, od 2 do 5 lipca 2019 r. – 64 godziny, od 16 do 20 lipca 2019 r. – 69 godzin, od 8 do 11 października 2019 r. – 62 godziny i od 15 do 18 października 2019 r. – 62 godziny.

W złożonym wyjaśnieniu Dyrektor Szpitala podał, że świadczenie pracy przez lekarzy zatrudnionych na Oddziale, tak jak w przypadku lekarzy zatrudnionych na umowę o pracę nastąpiło z powodu konieczności zapewnienia pełnej obsady lekarzy, w tym w związku z wystąpieniem najliczniejszych absencji chorobowych i urlopowych.

Zdaniem NIK, dopuszczenie do wykonywania przez lekarza czynności zawodowych nieprzerwanie przez tak długi okres może – wskutek zmęczenia, niewyspania i przepracowania – sprzyjać popełnieniu błędów medycznych oraz nie gwarantuje bezpieczeństwa pacjentkom przebywającym w Oddziale, a w przypadku wystąpienia niepożądanego zdarzenia medycznego może narażać na odpowiedzialność prawną lekarza i Szpital.

(akta kontroli tom I str. 100-104a, tom II str. 362-366)

OCENA CZĄSTKOWA

Szpital zapewnił pacjentkom dostępność i kompletność badań i świadczeń zdrowotnych z zakresu położnictwa i ginekologii. Stosownie do warunków określonych w rozporządzeniu w sprawie świadczeń gwarantowanych, Szpital zapewnił na Oddziale odpowiednią liczbę personelu medycznego posiadającego wymagane kwalifikacje. Oddział był wyposażony w wymaganą dla pierwszego poziomu referencyjności aparaturę i sprzęt medyczny, który posiadał dokumentację przeprowadzonych przeglądów, napraw i konserwacji.

Stwierdzono przypadki nieprzerwanego wykonywania przez jednego lekarza zatrudnionego na umowie cywilnoprawnej czynności zawodowych powyżej 48 godzin, co mogło mieć wpływ na jakość świadczonej opieki i zapewnienie bezpieczeństwa pacjentkom.

Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarzy zatrudnionych na podstawie umów o pracę na Oddziale nieprzerwanie przez okres przekraczający 24 godziny, bez przysługującego im 11 godzinnego odpoczynku w każdej dobie, naruszało art. 97 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, co mogło mieć wpływ na bezpieczeństwo pacjentek.

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

2.1. Stosownie do postanowień ust. 2 części I załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej²⁰, w Szpitalu ustalono grupy wskaźników opieki okołoporodowej

²⁰ Dz. U. z 2018 r. poz. 1756.

sprawowanej nad kobietą w okresie ciąży, porodu, połogu oraz opieki nad noworodkiem. W 2019 r. wskaźniki opieki okołoporodowej ustalone zostały przez Lekarza Kierującego Oddziałem.

W 2019 r. ustalono następujące grupy wskaźników:

- wyniki okołoporodowe, w których wyszczególniono: wskaźnik urodzeń wg masy urodzeniowej, trwania ciąży, kolejności urodzeń, skali Apgar; w tej grupie jedynym wskaźnikiem związanym z opieką nad pacjentkami w sytuacjach szczególnych był wskaźnik martwych urodzeń (po 22 tygodniu ciąży),
- wskaźniki dotyczące jakości opieki okołoporodowej, w tym: wskaźniki urodzenia ze względu na: sposób ukończenia ciąży, sposób rozpoczęcia czynności skurczowej, miejsce urodzenia, odsetek niemowląt karmionych wyłącznie piersią, odsetek kobiet w dwugodzinnym kontakcie „skóra do skóry”, odsetek kobiet, które zgłosiły się do porodu z planem porodu, odsetek nacięć krocza i indukcji porodu.

W 2019 r. na Oddziale uzyskano poziom wskaźników w stosunku do wartości docelowej określonej przez WHO²¹, np.:

- odsetek cięć cesarskich wg WHO nie powinien być większy niż 10% (w Oddziale wyniósł 42%),
- odsetek porodów indukowanych wg WHO od 10% do 15% (w Oddziale wyniósł 30,3%),
- odsetek porodów stymulowanych oxytocyną wg WHO od 10% do 15% (w Oddziale wyniósł 6,6%),
- nacięcia krocza podczas porodów fizjologicznych wg WHO od 5% do 20% (w Oddziale wyniósł 8,8%),
- liczba noworodków żywo urodzonych, którym podano mleko modyfikowane wg WHO mniej niż 20% (w Oddziale wyniósł 6,6%).

Dyrektor ds. Medycznych SPZOZ ustalił wskaźniki opieki okołoporodowej obowiązujące na 2020 r. Podstawowymi grupami wskaźników były: wskaźnik urodzeń wg masy urodzeniowej powyżej 2500 g – 95% (tolerancja 5%), - wg niskiej masy urodzeniowej bez względu na czas trwania ciąży do 5% (tolerancja +5%), wg trwania ciąży 37 tyg. – 95% (tolerancja -5%), wskaźnik martwych urodzeń (po 22 tygodniu ciąży) 1 na 200 urodzeń (tolerancja 0,5%).

Drugą grupę stanowiły wskaźniki dotyczące jakości opieki okołoporodowej²²: tj. np. wskaźnik niemowląt karmionych wyłącznie piersią w pierwszej godzinie życia, wskaźniki kobiet w dwugodzinnym kontakcie „skóra do skóry” po porodzie fizjologicznym, wskaźnik ciężarnych z nadciśnieniem tętniczym, wskaźnik pacjentek z poronieniem zagrażającym wypisanych z oddziału z ciążą zachowaną, wskaźnik poronień samoistnych do noworodków żywo urodzonych.

Sposób realizacji oraz dokumentowania działań dotyczących ustalenia oraz monitorowania wskaźników opieki okołoporodowej nie został określony w Regulaminie organizacyjnym SPZOZ (zagadnienie to opisano w dalszej części wystąpienie pokontrolnego w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*).

(akta kontroli tom II str. 58-71)

²¹ Światowa Organizacja Zdrowia (World Health Organization – WHO).

²² Wskaźniki dotyczące jakości opieki okołoporodowej: - wskaźnik niemowląt karmionych wyłącznie piersią w pierwszej godzinie życia – 80% (tolerancja +/- 5%), w drugiej godzinie życia – 97% (tolerancja +/- 2%), w dniu wypisu – 100% (tolerancja – 10%), wskaźniki kobiet w dwugodzinnym kontakcie „skóra do skóry” po porodzie fizjologicznym – 100% (tolerancja -2%), po cięciu cesarskim – 100% (tolerancja -2%), wskaźnik kobiet, z którymi opracowano i omówiono plan porodu – 97% (tolerancja -5%), wskaźnik ciężarnych z cukrzycą ciążową objętych opieką okołoporodową 97% (tolerancja -2%), wskaźnik ciężarnych z nadciśnieniem tętniczym 100% (tolerancja -2%), wskaźnik pacjentek z poronieniem zagrażającym wypisanych z oddziału z ciążą zachowaną 80% (tolerancja -2%), wskaźnik poronień samoistnych do noworodków żywo urodzonych 20% (tolerancja +7%).

2.2. Do monitorowania wskaźników w zakresie opieki okołoporodowej ich wartości docelowe przyjęte zostały na poziomie wskaźników przedstawionych przez WHO. W 2019 r. monitorowanie wskaźników opieki okołoporodowej przeprowadzono w miesiącach lipiec i sierpień, tj. w miesiącach, w których wystąpiły najwyższe wskaźniki urodzeń. W październiku 2019 r. dane dotyczące osiągniętych wskaźników opieki okołoporodowej, przedstawione zostały położnym pracującym na Oddziale (13 osób).

Przedstawione w październiku 2019 r. na zebraniu położnych Oddziału wskaźniki opieki okołoporodowej nie były analizowane pod względem osiągniętych poziomów oraz nie zaplanowano działań związanych z ich poprawą. W 2020 r. zmieniono wartości docelowe wskaźników opieki okołoporodowej oraz zasady ich monitorowania.

(akta kontroli tom II str. 58-71)

2.3. W zakresie opieki nad pacjentkami w Oddziale obowiązywało 17 procedur specjalistycznych związanych ze świadczeniami na Oddziale Gin.-Poł.-Now. Bezpośrednio powiązane z opieką nad pacjentkami doświadczającymi niepowodzeń położniczych były następujące procedury:

- Przyjęcia pacjentki do sali porodowej OP.2.1.4.0 (29.03.2017 r.);
- Postępowanie w przypadku dziecka martwo urodzonego (15.06.2019 r.); z treścią procedury zapoznano się 31 osób personelu medycznego,
- Opieki nad kobietą w sytuacji niepowodzeń położniczych (20.11.2018 r.); z treścią procedury zapoznano się 31 osób personelu medycznego.

Procedura pn. „*Postępowanie w przypadku dziecka martwo urodzonego*” (dalej: Procedura), ustalała zasady postępowania personelu medycznego (lekarzy i położnych) w przypadku dziecka martwo urodzonego. Załącznikami do ww. Procedury były: oświadczenie matki dziecka martwo urodzonego dotyczące odbioru zwłok/szczątków dziecka oraz oświadczenie matki o pozostawieniu zwłok/szczątków w celu wysłania do badania histopatologicznego. Dołączona do procedury lista osób, które zapoznały się z jej treścią nie zawierała wszystkich nazwisk położnych zatrudnionych w Oddziale. Przedstawiony w procedurze sposób postępowania był zgodny z aktualną wiedzą medyczną, obowiązującymi standardami opieki okołoporodowej z 2018 r. oraz z zaleceniami towarzystw naukowych z dziedziny ginekologii i położnictwa.

Procedura pn. „*Opieka nad kobietą w sytuacji niepowodzeń położniczych*” określała zakres i sposób postępowania lekarzy i położnych w przypadku podjęcia opieki nad kobietą w sytuacji niepowodzenia położniczego. W sposobie postępowania wyszczególniono trzy zasadnicze obszary postępowania ukierunkowane na:

- pacjentkę w sytuacji niepowodzenia położniczego,
- działania organizacyjne odnoszące się do personelu medycznego,
- doskonalenie istniejących rozwiązań systemowych.

Dyrektor Szpitala odnosząc się do wprowadzonych procedur oraz zasad postępowania podał, że dla zapewnienia odpowiedniego poziomu jakości opieki, opracowano odpowiedni tryb postępowania przedstawiony w procedurze dotyczącej opieki nad pacjentkami po niepowodzeniach położniczych. Pacjentki te hospitalizowane są w oddzielnych salach Oddziału, bez kontaktu z kobietami ciężarnymi i położnicami. Dla tych pacjentek niezwłocznie uruchamiano wsparcie psychologiczne, którym obejmowano rodziców dziecka martwo urodzonego. Pomoc realizowana była przez personel medyczny Oddziału oraz przez psychologa

szpitalnego. Pomoc ta ma charakter krótkotrwałego wsparcia, konsultacji lub interwencji kryzysowej. Po wypisie, Szpital przekazywał pacjentce skierowanie do poradni psychologicznej celem ewentualnego dalszego wsparcia. Z konsultacji psychologicznych pacjentek przeprowadzonych na Oddziale sporządzana była opinia dołączana do dokumentacji medycznej. Pacjentka po niepowodzeniu położniczym uzyskiwała pełną informację na temat pochówku, przysługujących jej prawach i możliwości skorzystania z pomocy grup wsparcia.

(akta kontroli tom I str. 426-526, tom II str. 90-97)

2.4. W latach 2017-2019 położne Oddziału uczestniczyły w sześciu szkoleniach wewnętrznych, których zakres tematyczny dotyczył standardów opieki okołoporodowej, w tym jedno dotyczyło sytuacji szczególnych. W zakresie opieki okołoporodowej w 2017 r. zaplanowano jedno szkolenie wewnątrzoddziałowe – „Prawa pacjenta. Co nowego na temat laktacji i karmienia”, które przeprowadzono w październiku 2017 r. i uczestniczyło w nim 12 osób. Ponadto na zebraniu położnych (18 maja 2017 r.) przypominano o zasadach i technikach karmienia piersią w kontekście opieki okołoporodowej. W 2018 r. zaplanowano pięć szkoleń, z których odbyły się dwa: „Karmienie piersią w świetle standardu opieki okołoporodowej” (odbyło się w lutym 2018 r. i uczestniczyło w nim 16 osób) oraz „Indukcja porodu, a standardy opieki okołoporodowej” (odbyło się w listopadzie 2018 r. i uczestniczyło w nim 16 osób). W 2019 r. zaplanowano przeprowadzenie czterech szkoleń związanych tematycznie z problematyką opieki okołoporodowej. Przeprowadzono trzy szkolenia: „Prawa pacjentek w świetle opieki okołoporodowej” (odbyło się w styczniu i uczestniczyło w nim 15 osób); „Opieka okołoporodowa – standardy” (odbyło się w październiku i uczestniczyło w nim 13 osób) oraz „Komunikowanie się z pacjentką z niepowodzeniem położniczym” (odbyło się w listopadzie 2019 r. i uczestniczyło w nim 14 osób).

(akta kontroli tom II str. 1-57)

2.5. W latach objętych badaniem personel medyczny Szpitala brał udział w 39 szkoleniach zewnętrznych, których zakres i tematyka nie dotyczyły standardów opieki okołoporodowej. Personel lekarski nie uczestniczył w szkoleniach zewnętrznych z zakresu standardów opieki okołoporodowej, bądź postępowania z pacjentkami w sytuacjach wystąpienia niepowodzeń położniczych. Kwoty wydatków poniesionych przez Szpital na szkolenia personelu medycznego w latach 2017-2019 wynosiły odpowiednio: 5.137 zł, 33.405 zł i 15.604 zł (w tym wydatki na szkolenia personelu Oddziału Gin.-Poł.-Now. 332 zł, 785 zł i 1.253 zł). Na szkolenia z zakresu standardów opieki okołoporodowej Szpital nie wydatkował żadnych środków finansowych.

(akta kontroli tom II str. 1-4)

2.6. Szkolenia dotyczące tematyki opieki nad pacjentkami w sytuacjach niepowodzeń położniczych zostały przeprowadzone tylko w 2019 r. W szkoleniach tych uczestniczyły tylko położne. Szpital nie wprowadzał żadnych mechanizmów dotyczących weryfikowania poziomu wiedzy personelu medycznego w zakresie opieki nad pacjentkami doświadczającymi niepowodzeń medycznych.

W złożonym wyjaśnieniu Dyrektor SPZOZ przedstawił stanowisko przekazane przez Lekarza Kierującego Oddziałem, który podał, że w pracy z personelem Oddziału obserwowano stopień znajomości procedur. Obserwacja wykazała, że lekarze i położne w sposób rzetelny i całościowy realizują zapisy procedur. Weryfikacja zasad określonych w procedurach wskazuje na pełne wdrożenie ich do praktyki oraz umiejętne ich wykorzystanie w pracy z pacjentkami doświadczającymi ww. problemów.

(akta kontroli tom II str. 1-57, 258-262, 328-329)

2.7. Szpital nie określił formalnych zasad udzielania wsparcia w radzeniu sobie ze stresem, personelowi medycznemu Oddziału opiekującego się pacjentkami doświadczającymi niepowodzeń położniczych. W latach 2017-2019 SPZOZ zatrudniał od sześciu do ośmiu psychologów.

Według wyjaśnień Dyrektora SPZOZ, pacjentkom i personelowi medycznemu Oddziału Gin.-Poł.-Now. pomocy psychologicznej udzielało dwóch psychologów zatrudnionych (1/2 etatu każdy, w różnych okresach czasu) na Oddziale Opieki Paliatywnej i w Poradni Psychologicznej SPZOZ. W strukturze Szpitala nie wydzielono odrębnego etatu do realizacji pomocy psychologicznej na Oddziale. W zakresach obowiązków psychologów nie określono zadań związanych z udzielaniem wsparcia pracownikom i personelowi medycznemu Szpitala. Dyrektor SPZOZ podał, że kierownictwo Szpitala dało pracownikom Oddziału możliwość skorzystania z porad psychologów zatrudnianych przez SPZOZ, którzy zgodnie z potrzebami udzielali im wsparcia. Z tego typu porad psychologicznych nie były sporządzane żadne notatki i opinie i nie przechowywane są ich w aktach osobowych pracownika. Porada psychologiczna przeprowadzana była w formie rozmowy indywidualnej, w miejscu poza Oddziałem, w którym zapewniono intymność.

(akta kontroli tom II str. 90-101, 258-262)

2.8. Szpital zapewnił lekarzom i położnym zatrudnionym na Oddziale wsparcie w radzeniu sobie ze stresem związanym z opieką nad kobietą w sytuacjach niepowodzeń położniczych. W okresie objętym badaniem udzielono porad psychologicznych dla siedmiu osób personelu medycznego Oddziału Gin.-Poł.-Now. (tj. wszystkim, które wystąpiły o pomoc): w 2017 r. – trzem pracownikom oraz w 2018 r i 2019 r. wsparciem objęto po dwie osoby. Z wyjaśnień przedstawionych przez psychologów wynika, że z udzielanych porad nie sporządzono żadnych notatek i opinii. Pomoc i wsparcie pracownikom Oddziału w sytuacjach pracy z pacjentkami po przejściach były udzielane pracownikom, którzy zgłosili taką potrzebę²³.

Dyrektor SPZOZ podał, że przy znikomej liczbie zdarzeń medycznych związanych z ciążami obumarłymi (dwa przypadki w latach 2017-2019) przyjęto, że funkcjonujący system jest właściwy i nie ma potrzeby zatrudniania psychologa na Oddziale Gin.-Poł.-Now.

Personel medyczny zatrudniony na Oddziale²⁴, podał że w pracy z pacjentkami doświadczającymi niepowodzeń położniczych, występują trudności wynikające z faktu współuczestniczenia w aktualnej sytuacji emocjonalnej pacjentki i jej bliskich. Składający wyjaśnienia wskazali, że:

- w związku z potrzebą doskonalenia zawodowego prowadzone były szkolenia wewnątrzoddziałowe oraz warsztaty dotyczące standardów postępowania z pacjentkami w niepowodzeniach położniczych (tylko dwie położne podały, że nie istnieje potrzeba dalszego doskonalenia zawodowego),
- nie wystąpił u nich syndrom wypalenia zawodowego oraz byli zapoznani z możliwością uzyskania natychmiastowej pomocy psychologicznej, jednocześnie podali, że możliwość skorzystania z opieki psychologa zapewnia im poczucie wsparcia w sytuacjach stresogennych,
- realizowane formy wsparcia w radzeniu ze stresem są właściwe, ale w jednym przypadku podano, że formy te w dłuższej perspektywie mogą być niewystarczające

²³ SPZOZ nie określił zasad i form udzielanej pomocy w radzeniu sobie ze stresem dla lekarzy i położnych Oddziału Gin.-Poł.-Now. Z sześciu psychologów zatrudnionych w Szpitalu żaden w zakresie obowiązków nie miał wyznaczonych godzin pracy dla personelu medycznego ww. Oddziału.

²⁴ Wyjaśnienia złożyło dziesięć osób, w tym troje lekarzy oraz siedem położnych, bezpośrednio zajmujących się opieką nad pacjentkami doświadczającymi niepowodzeń położniczych.

i sugerowano utworzenie profesjonalnych grup wsparcia psychologicznego (treningi redukcji stresu).

(akta kontroli tom II str. 91-92, 110-129, 258-262)

2.9. W latach objętych badaniem w Szpitalu zatrudniano: sześciu psychologów w 2017 r. (dwóch na pełnym etacie, troje na ½ etatu oraz jednego na umowę zlecenia), w 2018 r. zatrudnionych było siedmiu psychologów (dwóch na pełnym etacie, czterech na ½ etatu, jeden na umowę zlecenie), w 2019 r. zatrudnionych było ośmiu psychologów (trzech na pełnym etacie, czworo na ½ etatu oraz jeden na umowę zlecenia). W przyjętych procedurach „Opieki nad kobietą w sytuacjach niepowodzeń położniczych” oraz „Postępowania w przypadku dziecka martwo urodzonego” określone zostały zasady i tryb postępowania mające na celu zapewnienie poprawności i jakości postępowania personelu medycznego Oddziału. Podstawową zasadą przyjętą w zakresie opieki nad pacjentką w sytuacjach szczególnych czy też w przypadku dziecka martwo urodzonego było hospitalizowanie pacjentki w oddzielnej sali bez kontaktu z kobietami ciężarnymi i położnicami. Zasadą stosowaną przy przyjmowaniu pacjentek na Oddział było przekazywanie informacji o prawach pacjenta oraz o możliwości udzielenia przez Szpital wsparcia psychologicznego. W objętej badaniem próbie²⁵ informacje te odnotowano w dokumentacji indywidualnej 48 (80%) pacjentek hospitalizowanych w Oddziale. W kartach obserwacji pielęgniarskiej odnotowano 26 przypadków udzielenia pacjentkom Oddziału wsparcia psychicznego, realizowanego w trakcie pobytu pacjentek z niepowodzeniami położniczymi na Oddziale.

Mając na celu zapewnienie pełnej pomocy pacjentkom oraz rodzinom doświadczającym poronienia lub martwo urodzonego dziecka, Szpital korzystał z informatorów: „Poronienie. Co dalej” oraz „Pochówek dziecka utraconego przed urodzeniem. Zasilek pogrzebowy”, „Emocje w ciąży i po porodzie” opracowanych pod patronatem Polskiego Towarzystwa Położnych. Broszury te dostępne były na Oddziale. Pacjentka po niepowodzeniu położniczym uzyskiwała informacje dotyczące pochówku oraz przysługujących jej praw. Szpital zapewniał również możliwość kontaktu z kapłanem. Pomimo braku na Oddziale oddzielnej sali pożegnań, Szpital zapewniał (na żądanie rodziców) możliwość pożegnania z martwo urodzonym dzieckiem w oddzielnym pomieszczeniu.

(akta kontroli tom II str. 88-89, 93-102, 104-109, 140-173)

2.10. Zgodnie z obowiązującą w Szpitalu procedurą, pacjentce po sytuacjach szczególnych udziela się wszelkich informacji o możliwości uzyskania dalszej pomocy psychologicznej, miejscach i organizacjach udzielających wsparcia i pomocy. W latach objętych badaniem w grupie objętej badaniem (60 pacjentek) wystawiono 55 (91,7%) skierowań do Poradni psychologicznej.

Ponadto pacjentkom udzielana była informacja dotycząca obowiązującego stanu prawnego wynikającego z przepisów o aktach stanu cywilnego, zabezpieczenia społecznego i prawa pracy. Przy wypisie pacjentki otrzymują broszury informacyjne. Przekazywanie informacji pacjentkom po niepowodzeniach położniczych nie było odnotowywane w indywidualnej dokumentacji medycznej.

(akta kontroli tom I str. 508-510, tom II str. 102-103)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

1. W Szpitalu ustalono grupy wskaźników dotyczących opieki okołoporodowej oraz określono częstotliwość ich monitorowania, jednak w Regulaminie organizacyjnym

²⁵ Badaniem objęto dokumentację indywidualną 60 pacjentek hospitalizowanych w Oddziale Gin.-Poł.-Now. w latach 2017-2019, które poroniły, urodziły martwe dziecko lub których dziecko zmarło wkrótce po porodzie.

SPZOZ nie określono sposobu realizacji oraz dokumentowania działań, dotyczących ustalania i monitorowania tych wskaźników. Naruszało to przepisy ust. 3 części I załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej.

Lekarz Kierujący Oddziałem Gin.-Poł.-Now., z upoważnienia Dyrektora Szpitala, wyjaśniła, że Regulamin organizacyjny SPZOZ jest w trakcie zmian. W związku z powyższym, decyzją wewnętrzną Lekarza Kierującego Oddziałem opracowano i wdrożono wskaźniki opieki okołoporodowej na 2019 r. Po przeprowadzeniu rocznego monitoringu ustalono nowe wskaźniki na 2020 r. i wdrożono je do realizacji. Zostaną one wprowadzone do Regulaminu organizacyjnego SPZOZ w momencie opracowania jego wersji ostatecznej. Wskaźniki opieki okołoporodowej opracowano na podstawie zaleceń WHO, a po przeanalizowaniu monitoringu zaktualizowano je do realnej sytuacji Oddziału, stąd różnią się rocznikami. Wartość docelową określono na podstawie analizy wyników z poprzedniego roku. W opracowanych na 2020 r. wskaźnikach uwzględniono obszary ryzyka, dotyczyły one pacjentek ciężarnych obciążonych chorobami współistniejącymi (cukrzyca, nadciśnienie) oraz sytuacji związanych z niepowodzeniem położniczym – poronieniem samoistnym, poronieniem zagrażającym, porodem przedwczesnym.

(akta kontroli tom I str. 6-33, tom II str. 58-71, 79-81)

OCENA CZĄSTKOWA

Szpital opracował i wdrożył do stosowania procedury związane z opieką nad pacjentkami w sytuacji niepowodzeń położniczych oraz procedurę postępowania z dzieckiem martwo urodzonym. Ustalono również grupy wskaźników dotyczących opieki okołoporodowej oraz określono częstotliwość ich monitorowania, jednak w Regulaminie organizacyjnym SPZOZ nie określono sposobu realizacji oraz dokumentowania działań, dotyczących ustalania i monitorowania tych wskaźników. Pacjentkom doświadczającym niepowodzeń położniczych, zapewniono opiekę psychologiczną, udzielaną przez psychologów zatrudnionych w innych jednostkach organizacyjnych SPZOZ. Wsparcie w radzeniu sobie ze stresem, w związku z opieką nad pacjentkami w sytuacjach niepowodzeń położniczych udzielane było po zgłoszeniu potrzeby przez personel medyczny Oddziału. W Szpitalu przygotowano informatory dla rodziców dotyczące pochówku i przysługujących im praw.

OBSZAR

3. Świadczenia zapewniające pacjentkom stosowną pomoc

Opis stanu faktycznego

3.1. Podczas oględzin NIK przeprowadzonych na Oddziale, ustalono m.in., że:

- sale chorych zostały wyposażone w umywalkę z ciepłą i zimną wodą, dozowniki z mydłem w płynie oraz pojemniki z ręcznikami jednorazowego użycia wraz z pojemnikiem na zużyte ręczniki,
- wszystkie sale miały zapewniony dostęp do światła dziennego, w większości przypadków łóżka dostępne były z trzech stron, w tym z dwóch dłuższych (tylko w jednym przypadku w sali ginekologicznej nr 5 łóżko ustawione było dłuższym bokiem wzdłuż ściany,
- w dwóch izolatkach (ginekologicznej i położniczej) nie było zainstalowanej instalacji wentylacyjnej nawiewowo-wywiewnej,
- w pomieszczeniach zespołu porodowego (sala porodów wielostanowiskowa) brak było śluzy fartuchowo-umywalkowej, brak również instalacji wentylacyjnej nawiewowo-wywiewnej lub klimatyzacji, pod sufitem sali znajdują się wyciągi powietrza, aktualnie nieczynne,
- w sali cięć cesarskich brak było instalacji wentylacyjnej nawiewowo-wywiewnej lub klimatyzacji, zamontowano pod sufitem sali wyciągi powietrza.

Pomieszczenia higieniczno-sanitarne znajdujące się na Oddziale, zgodnie z § 2 pkt 4 rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie szczegółowych wymagań, jakim

powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia 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.

Stwierdzono, że na Oddziale nie ma oddzielnego pomieszczenia, w którym rodzice mogliby pożegnać się ze zmarłym dzieckiem. Lekarz Kierujący Oddziałem wyjaśniła, że do listopada 2019 r. w Oddziale wydzielona była sala pożegnań, która ze względu na brak wykorzystania (dwa przypadki martwo urodzonych dzieci w okresie trzech lat) w ostatnim czasie wykorzystana jest do robienia badań EKG i KTG (nadal istnieje możliwość skorzystania z ww. sali przez pacjentkę po niepowodzeniu położniczym).

W złożonym wyjaśnieniu Dyrektor SPZOZ podał, że w związku z małą ilością pacjentek przebywających na oddziale a doświadczonych niepowodzeniem położniczym nie zorganizowano takiego pomieszczenia. Na życzenie pacjentek adoptuje się do tego celu wydzieloną salę. Szpital ma zawartą umowę z podmiotem zewnętrznym na odbiór i przechowywanie zwłok. Firma ta posiada pomieszczenia do pożegnań.

LPWIS po przeprowadzeniu kontroli Oddziału, wydał w dniu 10 października 2019 r. decyzję nr 9012.1.36.2019 zobowiązującą Szpital do usunięcia nieprawidłowości w tym działań przedstawionych w Programie (co szerzej opisano w pkt 1.4. niniejszego wystąpienia pokontrolnego).

W dniu 27 maja 2020 r. Rada Powiatu Kraśnik podjęła uchwałę Nr XX - 206/2020 w sprawie zatwierdzenia programu naprawczego SPZOZ. Zasadniczym elementem tego Programu jest przeniesienie Oddziału Gin.-Pot.-Now. z lokalizacji przy Al. Niepodległości 25 w Kraśniku Fabrycznym.

Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że Dyrekcja SPZOZ w Kraśniku podjęła starania o pozyskanie funduszy na przeprowadzenie reorganizacji Oddziału Gin.-Pot.-Now. polegające na budowie nowego pawilonu lub skrzydła, do którego zostanie przeniesiony Oddział. Inwestycja zostanie przeprowadzona w lokalizacji przy ul. Chopina, przybliżony termin rozpoczęcia to początek 2021r. Mając na uwadze powyższe, nie planuje się podejmowania działań budowlano-zakupowych wynikających z realizacji decyzji LPWIS nr 9012.1.36.2019. SPZOZ w Kraśniku wystąpi z wnioskiem do PPIS w Kraśniku, który aktualnie przejął funkcje nadzorująco-kontrolne nad Szpitalem, o uchylenie dotychczasowej decyzji lub wydłużenie terminu realizacji.

(akta kontroli tom I str. 292-298, tom II str. 187-190, 221, 295-327, 370-380)

3.2. Analiza indywidualnej dokumentacji medycznej 60 pacjentek, które doświadczyły niepowodzenia położniczego, hospitalizowanych w latach 2017-2019 wykazała, 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 (podanie leku);
- zgodnie z dyspozycją § 15 ust. 1 pkt 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania²⁶ do historii choroby w każdym

²⁶ Dz. U. poz. 2069, dalej „rozporządzenie w sprawie dokumentacji medycznej”. Rozporządzenie uchylone z dniem 15 kwietnia 2020 r.

przypadku dołączano karty indywidualnej opieki prowadzonej przez położną, karty obserwacji, karty gorączkowe, indywidualne 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. We wszystkich przypadkach strony indywidualnej dokumentacji medycznej były ułożone w porządku chronologicznym i ponumerowane,

- wszystkie pacjentki, którym przeprowadzono zabieg abrazji (59 spośród 60) otrzymały znieczulenie ogólne dożylnie i wyraziły zgodę na przeprowadzenie zabiegu.

(akta kontroli tom II str. 178-190)

W poddanej badaniu indywidualnej dokumentacji medycznej pacjentek hospitalizowanych na Oddziale Gin.-Poł.-Now. w latach 2017-2019 stwierdzono m.in., że nie udokumentowano poinformowania pacjentek o możliwości wsparcia psychologicznego (40 przypadków), w trzech przypadkach pacjentkom nie wystawiono skierowania do poradni psychologicznej, nie udzielono im również porady psychologicznej w Szpitalu.

Karty znieczulenia pacjentek w sześciu przypadkach nie były podpisane przez lekarza anestezjologa (co opisano w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*).

(akta kontroli tom II str. 174-186, 205-218)

3.3. W zbadanej dokumentacji medycznej pacjentek fakt odmowy udzielenia pomocy psychologicznej dokumentowano wpisem w kartach obserwacji pielęgniarstwa. Świadczenia pomocy psychologicznej udzielane były tylko po wyrażeniu przez pacjentkę jednoznacznej zgody. Na podstawie analizy zapisów w dokumentacji medycznej ustalono, że: w 18 przypadkach pacjentki odmówiły udzielenia im porady psychologicznej, w 40 przypadkach nie udokumentowano przekazania pacjentkom informacji o możliwości skorzystania z porady psychologicznej w kartach obserwacji pielęgniarstwa²⁷, w dwóch przypadkach po wyrażeniu zgody przez pacjentkę udzielono jednej porady psychologicznej oraz jednej psychiatrycznej. Ponadto w 21 przypadkach w kartach obserwacji pielęgniarstwa odnotowywano udzielenie pacjentkom wsparcia psychicznego przez położne (w dniu przyjęcia do Szpitala).

Zgodnie ze standardami opieki okołoporodowej część XIV ust. 3 oraz część XV ust. 3 pkt 2 i 8 określonymi w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 r. w sprawie standardów organizacyjnych opieki okołoporodowej, Szpital opracował i realizował zasady i tryb postępowania w zakresie pomocy psychologicznej dla pacjentek po niepowodzeniach położniczych. Zgodnie z przyjętą procedurą, pacjentki, które skorzystały z konsultacji psychologa, otrzymywały tę pomoc w każdym przypadku zgłoszenia zamiaru skorzystania z porady lub najpóźniej w dniu wypisu ze Szpitala.

W wyjaśnieniu Dyrektor Szpitala podał, że w odniesieniu do świadczeń wykonywanych w ramach wsparcia psychologicznego, realizowanych wobec pacjentek doświadczających niepowodzeń położniczych, dla zapewnienia odpowiedniego poziomu jakości opieki, określono tryb postępowania w procedurach dotyczących opieki nad pacjentką po niepowodzeniach położniczych i w procedurze dotyczącej możliwości pochówku dziecka utraconego przed urodzeniem i formalności związanych z pomocą instytucjonalną. Na bieżąco i niezwłocznie udzielane jest wsparcie rodzicom dziecka martwo urodzonego przez psychologa szpitalnego i personel medyczny Oddziału Gin.-Poł.-Now. Pacjentce ze wstępnym

²⁷ Wskazuje to na niestosowanie w praktyce wewnętrznych procedur w tym procedury „Opieka nad kobietą w sytuacji niepowodzeń położniczych”.

rozpoznanie poronienia udzielana jest przez położne pomoc psychiczna już w dniu przyjęcia na Oddział. Odnotowywane jest to w Karcie obserwacji pielęgniarskiej. W karcie tej systematycznie monitorowany jest stan emocjonalny pacjentki. Każda pacjentka jest informowana o możliwości skorzystania z pomocy lub wsparcia udzielanych przez psychologa szpitalnego. Informację tę przekazuje się ustnie, a w przypadku braku zgody wyrażonej przez pacjentkę, fakt ten odnotowuje się w karcie obserwacji pielęgniarskich. W dniu wypisu ze szpitala pacjentce przekazuje się skierowanie do poradni psychologicznej celem ewentualnego dalszego wsparcia. W przypadkach bardziej złożonych przeprowadzane były konsultacje psychologiczne. Z przeprowadzonych konsultacji psychologicznych (jak z każdego badania diagnostycznego lub innych konsultacji) na Oddziale sporządza się opinię dołączaną do dokumentacji medycznej pacjentki. Oddział nie prowadzi żadnych oddzielnych rejestrów do tego rodzaju badań.

(akta kontroli tom I str. 426-526, tom II str. 174-186, 191-203)

3.4. Dwóch psychologów zatrudnionych (po 1/2 etatu) przez Szpital na Oddziale Opieki Paliatywnej i w Poradni Psychologicznej SPZOZ udzielało pomocy psychologicznej pacjentkom Oddziału Gin.-Poł.-Now. Wsparcie i porady psychologiczne dla pacjentek po niepowodzeniach położniczych wykonywane były po wezwaniu psychologa do określonej położnicy.

W poddanej badaniu próbie dokumentacji 60 pacjentek, zamiar skorzystania z porady psychologicznej wyraziły dwie pacjentki. Z porady psychologa skorzystała tylko jedna pacjentka²⁸. Porady tej udzielono w dniu wypisu pacjentki ze Szpitala (po wyrażeniu przez nią zgody). W przypadku drugiej pacjentki²⁹ po dwukrotnej odmowie udzielenia porady psychologicznej, pacjentka w dniu wypisu wyraziła zamiar rozmowy z psychologiem. W związku z brakiem psychologa, pacjentce zaproponowano konsultację psychiatryczną, która została przeprowadzona w dniu jej wypisu ze Szpitala.

Dyrektor Szpitala podał, że w strukturze szpitala nie wyodrębniono dotychczas oddzielnego etatu psychologa do realizacji świadczeń na Oddziale Gin.-Poł.-Now. z uwagi na brak wymogów prawnych zatrudnienia psychologa na pełnym etacie w ww. Oddziale, posiadającym pierwszy stopień referencyjności. Kierownictwo Szpitala dało możliwość skorzystania z porady psychologa, który jest zatrudniony na stałe na Oddziale Opieki Paliatywnej i realizuje świadczenia dla Oddziału Gin.-Poł.-Now. Zgodnie z potrzebami reaguje na każde wezwanie z Oddziału.

(akta kontroli tom II str. 93-103, 140-173, 174-186, 213-218, 258-262)

3.5. Zgodnie z warunkami określonymi w ust. 3 pkt 3 części XV załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie standardów opieki okołoporodowej z 2018 r.³⁰ pacjentki doświadczające niepowodzeń położniczych umieszczano w oddzielnych salach chorych (były to sale nr 4 i 5). Numer sali, w której przebywała pacjentka umieszczano na karcie gorączkowej lub na karcie indywidualnej opieki pielęgniarskiej. W badanej grupie dokumentacji medycznej 160 pacjentek hospitalizowanych³¹ w latach 2017-2019 oraz do lutego 2020 r., brak numeru sali, na której przebywała pacjentka stwierdzono w 11 przypadkach (6,8%). W ww. okresie w dokumentacji medycznej nie odnotowywano przypadków przemieszczania pacjentek do innych sal na Oddziale. Żadna pacjentka po niepowodzeniu

²⁸ Dokumentacja medyczna 20364/1281 z 2018 r.

²⁹ Dokumentacja medyczna 5554/579 z 2018 r.

³⁰ Warunki te zostały wprowadzone do wewnętrznej procedury Szpitala „Opieka nad kobietą w sytuacji niepowodzeń położniczych” opracowanej 20 listopada 2018 r.

³¹ Badaniem objęto 60 pacjentek po niepowodzeniach położniczych oraz grupę 100 pacjentek przebywających na Oddziale w miesiącach grudzień 2019 r. - styczeń-luty 2020 r.

położniczym nie była umieszczona na salach z pacjentkami, które oczekiwały na urodzenie zdrowego dziecka lub urodziły zdrowe dziecko.

Lekarz Kierujący Oddziałem wyjaśniła, że pacjentki, które doświadczyły poronienia, urodzenia martwego dziecka lub zgonu tuż po porodzie umieszczane są w izolatkach ginekologicznej lub położniczej. W wyjątkowych sytuacjach, gdy takimi miejscami nie dysponują, pacjentka umieszczana jest sama w Sali wieloosobowej. Postępowanie takie wypracowane zostało na przestrzeni wielu lat zgodnie z przyjętymi zwyczajowo zasadami postępowania oraz wejściem w życie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych w dziedzinie położnictwa i ginekologii z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie ciąży, porodu, połogu w przypadkach występowania określonych powikłań oraz opieki nad kobietą w sytuacjach niepowodzeń położniczych oraz rekomendacjami postępowania z pacjentkami w przypadkach niekorzystnego zakończenia ciąży, opracowanymi dla personelu medycznego oddziałów położniczo-ginekologicznych województwa lubelskiego z lipca 2017 r.

(akta kontroli tom I str. 140-160, tom II str. 213-221)

3.6. W celu ustalenia zasad i sposobu postępowania personelu medycznego w przypadkach dziecka martwo urodzonego, w Szpitalu opracowane zostały procedury³², w których określono m.in., że: decyzję dotyczącą postępowania ze zwłokami/szczątkami dziecka martwo urodzonego podejmuje matka lub oboje rodziców dziecka, składając odpowiednie oświadczenie. Pacjentce w sytuacji niepowodzenia zapewnia się pomoc psychologiczną, umożliwia się pożegnanie ze zmarłym dzieckiem oraz przekazuje informacje dotyczące obowiązującego stanu prawnego.

(akta kontroli tom I str. 509-511, 516-521, tom II str. 221)

3.7. Opracowana przez Szpital procedura „Postępowanie w przypadku dziecka martwo urodzonego” określa zasady postępowania personelu medycznego Oddziału w przypadku urodzenia dziecka martwego. Załącznikami do ww. Procedury były dwa wzory oświadczeń składanych przez matkę dziecka martwo urodzonego dotyczące pozostawienia zwłok w Szpitalu z jednoczesną adnotacją o rezygnacji z pochówku oraz o odbiorze zwłok celem dokonania pochówku. Tryb postępowania obejmował zasady dotyczące podjęcia decyzji przez matkę (rodziców) dziecka martwo urodzonego, poinformowanie matki lub rodziców o przysługujących im prawach, wypełnianie przez położne karty skierowania zwłok/szczątków do chłodni, sporządzenie zgłoszenia urodzenia martwego dziecka i przekazanie go do urzędu stanu cywilnego, wypełnienie karty zgonu i przekazanie jej osobom uprawnionym wraz z informacją o formalnościach związanych z pochówkiem, pobranie i przekazanie wycinków do pracowni patomorfologii (zewnętrznej). W 2017 r. Szpital zawarł umowę najmu pomieszczeń do przechowywania i wydawania zwłok oraz pomieszczenia kaplicy³³. Zawarto również umowę na wykonywanie badań histopatologicznych i cytologicznych³⁴.

Badanie dokumentacji medycznej 22 pacjentek przyjętych do szpitala z niepowodzeniem położniczym (poronienia i urodzenia martwego dziecka po 10 tygodniu zaawansowania ciąży)³⁵ i śmierci dziecka do szóstej doby od urodzenia, wykazało, że:

³² Procedura „Postępowanie w przypadku dziecka martwo urodzonego” opracowana 15 czerwca 2019 r. oraz procedura „Opieki nad kobietami w sytuacjach niepowodzeń położniczych” opracowana 20 listopada 2018 r.

³³ Umowa najmu z dnia 10 marca 2017 r. zawarta z Zakładem Usług Pogrzebowych z siedzibą w Kraśniku.

³⁴ Umowa z dnia 20 grudnia 2016 r. z NZOZ w Zamościu na wykonywanie świadczeń zdrowotnych w zakresie badań histopatologicznych i cytologicznych wraz z transportem.

³⁵ Stanowiło to 10,6% przypadków z lat 2017-2019.

- w 20 przypadkach pobrane preparaty przez lekarzy ginekologów położników zostały przekazane do NZOZ w Zamościu w celu przeprowadzenia badania histopatologicznego,

- wystąpiły dwa przypadki dziecka martwo urodzonego w drodze cięcia cesarskiego: pierwszy w dniu 2 czerwca 2017 r.³⁶, a drugi w dniu 9 lutego 2018 r.³⁷. W obu przypadkach postępowanie z ciałami dzieci było identyczne, zwłoki zaopatrzone w opaski identyfikacyjne oraz umożliwiono rodzinie pożegnanie z dzieckiem. W dokumentacji medycznej nie udokumentowano złożenia oświadczenia matki dziecka o odbiorze zwłok i organizacji pochówku.

Wyjaśnienie w sprawie postępowania z martwo urodzonym dzieckiem złożyła Położna Oddziałowa, która podała, że po dwugodzinnym pobycie na Trakcie Porodowym (kącik noworodka) zwłoki zostały przekazane do chłodni Zakładu Pogrzebowego w Kraśniku. Matkę dziecka poinformowano o miejscu przekazania zwłok oraz wydano pisemną informację dotyczącą odbioru zwłok. Kartę martwo urodzonego dziecka przesłano do Urzędu Stanu Cywilnego w Kraśniku. Dyrektor Szpitala podjął decyzję o wykonaniu sekcji zwłok (poinformowano matkę) - fakt odnotowano w Oddziałowym Spisie Noworodków Martwo Urodzonych po 22 tygodniu ciąży. Zwłoki dziecka zostały odebrane przez Zakład Pogrzebowy, o czym poinformowano rodziców dziecka. Ponadto Położna Oddziałowa wyjaśniła, że nie odnotowano przypadku nieodebrania zwłok dziecka z Zakładu Pogrzebowego oraz że po wyrażeniu ustnej zgody na pochówek swojego dziecka nie wymagano od rodziców pisemnego oświadczenia. W obu przypadkach zwłoki dzieci zostały odebrane i pochowane przez rodzinę.

- w dwóch przypadkach pacjentki złożyły oświadczenie o odbiorze zwłok dziecka martwo urodzonego w celu dokonania pochówku³⁸.

- dwie pacjentki złożyły oświadczenie o pozostawieniu płodu martwo urodzonego w Oddziale Gin.-Poł.-Now. w celu przeprowadzenia badań histopatologicznych oraz oświadczenie, że nie decydują się na pochówek³⁹. W dokumentacji medycznej odnotowano jedynie, że materiał przesłano do badania histopatologicznego. W obu przypadkach w Szpitalu brak było dokumentów potwierdzających dalsze postępowanie ze zwłokami płodów martwo urodzonych.

- w 18 przypadkach wczesnego poronienia, w dokumentacji medycznej brak było danych dotyczących poinformowania pacjentki o dalszym postępowaniu z ciałem dziecka oraz oświadczenia pacjentki o rezygnacji z prawa do pochówku, nie odnotowano również czy pacjentki złożyły oświadczenia o korzystaniu z prawa do pochówku, lub rezygnacji z tego prawa (co opisano w dalszej części wystąpienia pokontrolnego, w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*).

Materiał (szczątki i wyskrobiny) przekazywany był do badania histopatologicznego. W dokumentacji Szpitala brak było danych dotyczących dalszego postępowania ze zwłokami/szczątkami dzieci martwo urodzonych oraz dokumentów potwierdzających przekazanie zwłok do pochówku lub spopielenia zwłok. Badania histopatologiczne realizowane były na podstawie umowy zawartej w dniu 20 grudnia 2016 r. z NZOZ w Zamościu, przy czym w umowie nie określono sposobu postępowania ze szczątkami i wyskrobinami po przeprowadzeniu badań histopatologicznych dzieci martwo urodzonych i poronionych (co opisano w dalszej części wystąpienia pokontrolnego, w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*).

(akta kontroli tom I str. 516-521, tom II str. 267-287, 330-332, 357-362)

³⁶ Historia choroby 5279/17, poród w 38/39 tygodniu ciąży martwego dziecka płci męskiej o wadze 3000 g.

³⁷ Historia choroby 01391/18, poród w 27/28 tygodniu ciąży martwego dziecka płci żeńskiej o wadze 900 g.

³⁸ Nr księgi głównej 4322/435 i 3657/250.

³⁹ Nr księgi głównej 16402/1064, 7308/084.

3.8. Do 20 pacjentek hospitalizowanych w Szpitalu w latach 2017-2019 po niepowodzeniach położniczych wysłano ankiety w celu uzyskania informacji o otrzymanej opiece. Zwrotnie otrzymano pięć ankiet:

- dwie respondentki oceniły otrzymaną opiekę jako bardzo dobrą, dwie jako dobrą, jedna jako wystarczającą,

- w jednej ankiecie pacjentka podała, że nie miała możliwości skorzystania z pomocy psychologa, w czterech przypadkach podano, że miały możliwość skorzystania z pomocy psychologa z inicjatywy Szpitala,

- wszystkie pacjentki podały, że podczas pobytu w szpitalu były traktowane z szacunkiem,

- w trzech ankietach pacjentki podały, że nie wyraziły woli pożegnania ze zmarłym dzieckiem, jedna pacjentka podała, że miała możliwość pożegnania zmarłego dziecka ale bez udziału osób bliskich (jedna nie udzieliła odpowiedzi).

(akta kontroli tom II str. 288-294)

3.9. W okresie objętym kontrolą do Szpitala wpłynęło pismo skierowane przez Rzecznika Praw Pacjenta informujące o wszczęciu postępowania w sprawie naruszenia praw pacjenta w zakresie udzielonych świadczeń zdrowotnych związanych z urodzeniem zdrowego dziecka na Oddziale Gin.-Poł.-Now. Skarga pacjentki nie wpłynęła do Szpitala, a została złożona do LOW NFZ. Szpital nie przeprowadzał wewnętrznego postępowania wyjaśniającego, a dokumentację medyczną wraz z wyjaśnieniami złożonymi przez Lekarza Kierującego Oddziałem, przekazał do Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej Lubelskiej Izby Lekarskiej.

LOW NFZ w złożonej informacji podał, że w okresie od 1 stycznia 2017 r. do 13 marca 2020 r. do Oddziału nie wpłynęła żadna skarga dotycząca świadczeń udzielanych przez SPZOZ pacjentkom po niepowodzeniach położniczych.

(akta kontroli tom II str. 223, 226-243)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

1. W dwóch przypadkach poronień, po których pacjentki złożyły oświadczenia o pozostawieniu płodu martwo urodzonego w Oddziale Gin.-Poł.-Now. w celu przeprowadzenia badań histopatologicznych oraz oświadczenia, że nie decydują się na pochówek, Szpital nie posiadał dokumentacji potwierdzającej dalsze postępowanie ze zwłokami dzieci, przekazanymi NZOZ w Zamościu (Zakładowi Patomorfologii) 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.

Szpital w uregulowaniach wewnętrznych, jak również w umowie zawartej z podmiotem zewnętrznym na wykonywanie badań histopatologicznych, nie określił zasad postępowania ze zwłokami/szczątkami dzieci poronionych i martwo urodzonych⁴⁰ po przeprowadzeniu badania histopatologicznego. W ww. dokumentach nie wprowadzono zapisów regulujących zabranie zwłok/szczątków płodu celem przeprowadzenia pochówku.

⁴⁰ 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 szczątkami 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.

Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że „W odniesieniu do dokumentacji medycznej pacjentek Oddziału Gin.-Poł.-Now. (nr ks. gł. 16402/1064 i 7308/084) znalazły się w niej zapisy o decyzji pacjentek dotyczącej zgody na przekazanie martwo urodzonego dziecka do badań histopatologicznych oraz zrzeczenie się prawa do dokonania samodzielnego pochówku. Od dnia 22.06.2019 r. obowiązuje w Oddziale „Procedura postępowania w przypadku dziecka martwo urodzonego”, której zapisy regulują prawa rodzica do wykonania badań, sposobu odbioru szczątków/zwłok, sposobu pochówku. Procedura sformalizowała wszystkie dotychczasowe zasady postępowania dotąd nieusankcjonowane. Dotąd pacjentki wyrażały ustną zgodę na przeprowadzenie zadań związanych z badaniem i pochówkiem. Nie zawsze wyrażały chęć pisemnego określenia się. Od daty wprowadzenia procedury personel medyczny Oddziału zwraca baczna uwagę na odebranie zgód pacjentek lub odmowy. W przypadku przekazania ciała do badania, a w powyższych sytuacjach były to szczątki trudne do wzrokowej oceny pod kątem anatomicznym (nie udało się jednoznacznie określić czy były to wyskrobiny czy resztki skrzepłej krwi), dalsze postępowanie z materiałem biologicznym scedowane jest na Zakład Patomorfologii i w gestii Zakładu pozostaje dalsze postępowanie z nim. Jeśli matka decyduje się na odebranie ciała, uzyskuje na Oddziale pełne dane teleinformacyjne i kontaktowe do Zakładu w celu ustalenia formy odbioru zwłok. W tej konkretnej sytuacji SPZOZ w Kraśniku nie dokonywał odbioru szczątków i nie uczestniczył w realizacji pochówku”.

Dyrektor SPZOZ wyjaśnił również, że „W Szpitalu przyjęto sposób postępowania dotyczący organizacji pochówku dzieci martwo urodzonych, w tym w wyniku poronienia, zgodnie z „Procedurą postępowania w przypadku dziecka martwo urodzonego”. Celem niniejszej procedury było ustalenie zasad i sposobu postępowania personelu położniczego i lekarskiego w przypadkach wskazanych powyżej. Procedura reguluje postępowanie w przypadku dziecka martwo urodzonego, odbioru i transportu zwłok/ szczątków, zgłoszenia urodzenia martwego dziecka. W odniesieniu do szczątków związanych z poronieniem w procedurze zapisano, że szczątki w postaci wyskrobiny (resztek) po utrwaleniu w formalinie i opisanii danymi identyfikacyjnymi przekazywane są do zewnętrznej Pracowni Patomorfologii w Zamościu w celu wykonania badania histopatologicznego. Położna po przeprowadzeniu rozmowy z rodzicami w zależności od ich woli i zgodnie z nią, w zakresie co do formy pochówku wypełnia stosowną dokumentację, tj. dwa egzemplarze karty skierowania zwłok/szczałków dziecka martwo urodzonego do chłodni oraz oznacza zwłoki/szczałki dziecka martwo urodzonego i zawiadamia pracownika Chłodni przy Zakładzie Pogrzebowym o konieczności odbioru martwego dziecka. Lekarz wystawia kartę zgonu. Zgodnie z procedurą, decyzja o dalszym postępowaniu z ciałem dziecka należy do rodziców – mogą pozostawić ciało do pochówku przez szpital lub odebrać i przeprowadzić pochówek rodzinny. Jeżeli rodzice podejmują decyzję o pochowaniu dziecka odbiera się od matki/osoby upoważnionej pisemne oświadczenie matka) lub osoby upoważnione, ww. składają pisemne oświadczenie. Jeżeli zaś matka/osoba upoważniona nie wyraża woli pochowania dziecka odbiera się informację/oświadczenie o odmowie pochowania dziecka. Za każdym razem w sytuacji poronienia wyskrobiny/szczałki lub w sytuacji martwego urodzenia płód był przekazywany do Pracowni Patomorfologii celem wykonania badania histopatologicznego lub na sekcję w celu ustalenia płci. W powyższych okolicznościach informuje się rodzinę o możliwości odebrania ciała lub resztek z Pracowni w celu przeprowadzenia pochówku. W sytuacji, gdy pacjentka nie wyrażała woli skorzystania z prawa osobistego pochówku, była informowana o przekazaniu przez szpital szczątków do dalszego postępowania w firmie zgodnie z obowiązującą umową”.

(akta kontroli tom II str. 267-287, 357-362, 370-380)

Współwłaściciel NZOZ w Zamościu poinformował, że „Zakład patomorfologii nie wykonuje badań patomorfologicznych ciał lub szczątków dzieci martwo urodzonych w rozumieniu standardowych badań z tkanek pobranych od pacjentów SPZOZ w Kraśniku. Ciała lub szczątki dzieci martwo urodzonych mogą być zbadane histopatologicznie tylko jako sekcja zwłok w prosektorium. SPZOZ w Kraśniku w latach 2017-2020 nie przysyłał szczątków lub zwłok dzieci martwo urodzonych do badania histopatologicznego. Materiał tkankowy po poronieniach w formie bezkształtnych, krwistych mas, które nie zawierają szczątków i ciał dzieci martwo urodzonych, jest badany histopatologicznie w Zakładzie Patomorfologii. 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 tom II str. 385-386)

2. W 18 przypadkach (w tym w trzech po wprowadzeniu procedury „Postępowania w przypadku dziecka martwo urodzonego”), w dokumentacji medycznej nie odnotowano o poinformowaniu pacjentki o dalszym postępowaniu z ciałem dziecka oraz o złożeniu przez pacjentki ustnego lub pisemnego oświadczenia o rezygnacji lub korzystaniu z prawa do pochówku. Zgodnie z obowiązującą w Szpitalu procedurą wewnętrzną w zakresie postępowania ze zwłokami dzieci martwo urodzonych, decyzję dotyczącą postępowania ze zwłokami/szczątkami podejmuje matka (rodzice dziecka), określając ją w oświadczeniu. Obowiązkiem położnej było poinformowanie matki (rodziców) o przysługujących im prawach⁴¹.

Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że „W szpitalu od zawsze istniały możliwości przeprowadzenia, zorganizowania pochówku martwo urodzonego dziecka, jeśli rodzice zrezygnowali z samodzielnego pochówku. Jak dotąd tego rodzaju sytuacje nie zdarzały się. W przeciwnym wypadku, mimo braku podpisanej umowy, istniała możliwość porozumienia się z Urzędem Miasta i dokonania pochówku. W przedstawionym załączniku „Zestawienie badanej dokumentacji medycznej pacjentek, które poroniły lub urodziły martwe dziecko w zakresie postępowania dotyczącego organizacji pochówku dzieci martwo urodzonych”, wystąpiły trzy przypadki pacjentek, które poroniły w okresie po wprowadzeniu w dniu 15.06.2019 r. procedury „Postępowania w przypadku dziecka martwo rodzonego”. (M. T. hospitalizowana w dniach 12-14.10.2019; A. Ł. hospitalizowana w dniach 16-17.10.2019 r.; K.S.Ł. hospitalizowana w dniach 16-17.10.2019 r.). W tych przypadkach pacjentki nie złożyły oświadczeń określonych w ww. procedurze. Sytuacje te miały miejsce po wprowadzeniu uregulowań proceduralnych i nie zostały jeszcze „utrwalone” przez personel medyczny Oddziału Ginekologiczno-Położniczo-Noworodkowego jako podstawowa zasada działania w tego typu sytuacjach. Personel ww. Oddziału postąpił rutynowo, jak w okresie kiedy nie obowiązywała ta procedura. Zgodnie z wymogami proceduralnymi nadzór nad prawidłowym funkcjonowaniem procedury pełni Lekarz Kierujący Oddziałem oraz Położna Oddziałowa. W związku z zaistniałą sytuacją zwrócimy szczególną uwagę na przestrzeganie uregulowań proceduralnych”.

(akta kontroli tom II str. 357-361, 370-380)

⁴¹ Procedura obowiązuje od 15 czerwca 2019 r. W okresie wcześniejszym zagadnienia te nie były uregulowane w formie wewnętrznych procedur.

3. Pięć kart znieczulenia pacjentek (8,5% badanych) nie zostało podpisanych przez lekarza anestezjologa⁴², co naruszało § 10 ust. 1 pkt 3 lit. e rozporządzenia w sprawie dokumentacji medycznej.

W wyjaśnieniu Dyrektor SPZOZ podał, że analiza dokumentacji medycznej wewnętrznej dotyczącej ww. przypadków wykazała, że przyczyna braku autoryzacji kart znieczulenia wynikała z pewnych uwarunkowań, których nie można skatalogować w formie zasad, trybów, czy też form postępowania, które występują po przeprowadzonych zabiegach, w tym zabiegach znieczulenia. Zasadą jest, że Kartę znieczulenia wypełnia pielęgniarka anestezjologiczna i przedstawia ją do podpisu przez lekarza. W ww. przypadkach wystąpiły sytuacje, w których lekarze anestezjolodzy zostali natychmiastowo wezwani do innych przypadków, a związku z tym karty znieczulenia nie mogły być im przekazane bezpośrednio po zabiegu. Weryfikując prawidłowość prowadzonej dokumentacji medycznej nie zwrócono uwagi na brak podpisów lekarzy anestezjologów. Pragnę zaznaczyć, że większość ww. przypadków (3) wystąpiła w 2017 r. Po przeprowadzeniu przez kierownictwo Szpitala szkoleń dotyczących przepisów prawnych i zasad prowadzenia dokumentacji medycznej uchybienia tego typu występowały już tylko sporadycznie (po 1 przypadku w 2018 i 2019 r.). Powyższe uchybienie spowodowane było również m.in. dużą intensywnością pracy personelu medycznego i statystyków medycznych na oddziałach szpitalnych, którzy są odpowiedzialni m.in. za wprowadzanie danych do systemu informatycznego KS MEDIS oraz za weryfikowanie dokumentacji medycznej.

(akta kontroli tom II str. 174-186, 191-204)

OCENA CZĄSTKOWA

Oddział Gin.-Poł.-Now. pod względem kadrowym i sprzętowym był przygotowany do udzielania świadczeń zdrowotnych z zakresu położnictwa i ginekologii, w tym dotyczących opieki nad pacjentkami, które poroniły, urodziły martwe dziecko lub którym dziecko zmarło tuż po porodzie. Opracowano i wdrożono do stosowania procedury związane z opieką nad pacjentkami w sytuacji niepowodzeń położniczych oraz procedurę postępowania z dzieckiem martwo urodzonym. Jednak zarówno w uregulowaniach wewnętrznych, jak również w umowie zawartej z podmiotem zewnętrznym na wykonywanie badań histopatologicznych, Szpital nie określił zasad postępowania ze zwłokami/szczątkami dzieci poronionych i martwo urodzonych po przeprowadzeniu badania histopatologicznego.

W dokumentacji medycznej stwierdzono przypadki braku podpisów lekarzy anestezjologów w kartach znieczuleń pacjentek.

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 zapewnienie pracownikom zatrudnionym na umowę o pracę nieprzerwanego 11 godzinnego wypoczynku po zakończeniu dyżuru oraz wyeliminowanie przypadków nieprzerwanego udzielania świadczeń zdrowotnych przez lekarzy zatrudnionych na podstawie umów cywilnoprawnych przez okres przekraczający 24 godziny.
2. Wystąpienie do Wojewody Lubelskiego z wnioskiem o wyrażenie zgody na czasowe zaprzestanie działalności Izby Przyjęć dla Oddziału Gin.-Poł.-Now., w budynku przy Al. Niepodległości 25.

⁴² Dotyczyło to dokumentacji nr: 641/79, 8761/1055, 9800/1148 z 2017 r.; 8413/958 z 2018 r.; 14305/985 z 2019 r.

3. Zapewnienie prawidłowego postępowania ze zwłokami dzieci martwo urodzonych w przypadkach ich przekazania do badania histopatologicznego.
4. Realizowanie warunków procedur wewnętrznych, dotyczących uzyskiwania od pacjentek stosownych oświadczeń dotyczących wyrażania zgody na pochówek martwo urodzonych dzieci oraz informowania pacjentek, które doświadczyły poronienia o przysługujących im prawach.
5. Podpisywanie kart znieczulenia pacjentek przez lekarza anestezjologa.
6. Określenie w Regulaminie organizacyjnym Szpitala sposobu i warunków udzielania świadczeń zdrowotnych przez Oddział Gin.-Poł.-Now. oraz sposobu realizacji i dokumentowania działań dotyczących ustalania i monitorowania wskaźników opieki okołoporodowej.

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 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.

Kontroler
Artur Bokiniec
Główny specjalista kontroli państwowej

Dyrektor
Delegatury Najwyższej Izby Kontroli
w Lublinie
Edward Lis

.....
Podpis

.....
Podpis