



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Lublinie

LLU.410.002.05.2020

**Pan
Andrzej Kaczor
Dyrektor
Samodzielnego Publicznego
Zespołu Opieki Zdrowotnej
w Tomaszowie Lubelskim**
ul. Aleje Grunwaldzkie 1
22-600 Tomaszów Lubelski

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

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

I. Dane identyfikacyjne

Jednostka kontrolowana	Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Tomaszowie Lubelskim (dalej: SPZOZ lub Szpital), ul. Aleje Grunwaldzkie 1, 22-600 Tomaszów Lubelski
Kierownik jednostki kontrolowanej	Andrzej Kaczor – Dyrektor SPZOZ (dalej: „Dyrektor”)
Zakres przedmiotowy kontroli	<ol style="list-style-type: none">1. Zgodność z przepisami prawa organizowania udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w sytuacjach poronień, martwych urodzeń i zgonów dziecka tuż po porodzie¹.2. Przestrzeganie obowiązujących uregulowań (w tym standardów) dotyczących opieki okołoporodowej w przypadkach poronień, martwych urodzeń lub urodzenia dziecka, które umiera wkrótce po porodzie.3. Świadczenia zapewniające pacjentkom stosowną pomoc.
Okres objęty kontrolą	Lata 2017–2020 (do 31 sierpnia) 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	Agata Wróbel, inspektor kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LLU/23/2020 z 10 lutego 2020 r. oraz nr LLU/84/2020 z 15 lipca 2020 r. (akta kontroli, tom I str. 1-7)

II. Ocena ogólna³ kontrolowanej działalności

OCENA OGÓLNA

SPZOZ w okresie objętym kontrolą zapewniał pacjentkom, które poroniły, urodziły martwe dziecko lub urodziły dziecko, które zmarło wkrótce po porodzie, odpowiednią opiekę zdrowotną. Organizacja udzielania świadczeń, liczba personelu medycznego (lekarzy, położnych), zabezpieczenie obecności lekarza specjalisty w dziedzinie anestezjologii, sprzęt i aparatura medyczna były zgodne z wymogami określonymi w załączniku nr 3 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego⁴ oraz w rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą⁵. Personel medyczny był właściwie przygotowany do pracy z pacjentkami w sytuacjach szczególnych⁶, którym umożliwiono kontakt

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

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

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

⁴ Dz. U. z 2017 r. poz. 2295, ze zm., dalej: rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych.

⁵ Rozporządzenie z dnia 26 czerwca 2012 r. (Dz. U. z 2012 r. poz. 739), dalej: rozporządzenie w sprawie wymagań z 2012 r., zastąpione z dniem 1 kwietnia 2019 r. 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. z 2019 r. poz. 595), dalej: rozporządzenie w sprawie wymagań z 2019 r.

⁶ Sytuacje szczególne – rozpoznanie podczas ciąży ciężkiej choroby lub wady dziecka, poronienie, urodzenie dziecka martwego, niezdolnego do życia, chorego lub z wadami wrodzonymi; wg rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej (Dz. U. z 2018 r. poz. 1756); dalej: rozporządzenie w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej z 2018 r.

z psychologiem (w większości przypadków pacjentki odmawiały jednak konsultacji psychologicznych). Dokumentacja medyczna, z wyjątkiem trzech przypadków, była prowadzona prawidłowo oraz pozwalała na stwierdzenie, jakich świadczeń i w jakim zakresie udzielono pacjentkom w przypadkach poronień i martwych urodzeń.

Normy czasu pracy lekarzy zatrudnionych na podstawie umów o pracę, określone w art. 93-97 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej⁷ były przestrzegane. Stwierdzono jednak, że czterech lekarzy zatrudnionych na podstawie umów cywilnoprawnych oraz umów o pracę w Szpitalu i jednocześnie umów cywilnoprawnych z podwykonawcami SPZOZ, w 35 przypadkach wykonywało czynności zawodowe nieprzerwanie przez okres powyżej 24 godzin, co mogło mieć wpływ na jakość świadczonej opieki i zapewnienie bezpieczeństwa pacjentkom.

Płody pozostawione przez matki do pochówku przez Szpital były przechowywane w prosektorium przez okres dłuższy niż pół roku, a w dwóch przypadkach nawet przez okres dłuższy niż dwa lata.

Ponadto ustalono, że:

- przeglądy aparatury i sprzętu medycznego były dokonywane nieterminowo,
- nie aktualizowano na bieżąco danych o potencjale wykonawczym (zatrudnieniu bądź ustaniu zatrudnienia lekarzy udzielających świadczeń), przeznaczonym do realizacji umowy zawartej z Lubelskim Oddziałem Wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia w Lublinie⁸,
- nie zapewniono odpowiedniego dostępu do łóżek w pokojach łóżkowych,
- w Regulaminie Organizacyjnym nie określono sposobu realizacji oraz dokumentowania działań dotyczących ustalania i monitorowania wskaźników opieki okołoporodowej, mimo obowiązku określonego w rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego oraz oceny cząstkowe⁹ kontrolowanej działalności

OBSZAR

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

Opis stanu faktycznego

W okresie objętym kontrolą w SPZOZ funkcjonował Oddział Ginekologiczno-Położniczy¹⁰, z wyodrębnioną salą porodową oraz blokiem operacyjnym o pierwszym stopniu referencyjności. Bezpośrednią koordynację i nadzór nad ww. Oddziałem sprawował Zastępca Dyrektora ds. lecznictwa. Oddziałem kierował Kierownik Oddziału, przy współpracy z Położną Koordynującą oraz Pielęgniarką Koordynującą.

W ramach Oddziału wyodrębniono pododdział ginekologiczny oraz pododdział położniczy z wyodrębnioną salą porodową, które zwyczajowo nazywano „Oddziałem Ginekologicznym” (dalej: pododdział ginekologiczny) i „Oddziałem Położniczym” (dalej: pododdział położniczy). Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że ze względu na potrzeby szczegółowego rozbięcia kosztów księgowych, zwyczajowo stosuje się podział Oddziału Ginekologiczno-Położniczego na dwa oddziały, co nie jest jednoznaczne z obowiązującym schematem organizacyjnym SPZOZ. Dyrektor

⁷ Dz. U. z 2020 r. poz. 295 ze zm.

⁸ Dalej: LOW NFZ.

⁹ 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.

¹⁰ Dalej: Oddział.

oświadczył ponadto, że wszystkie dokumenty sporządzane na zewnątrz jednostki (w tym dotyczące źródeł finansowania) były dostosowane do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą prowadzonego przez Wojewodę Lubelskiego.

W skład pododdziału ginekologicznego wchodziły m.in. izba przyjęć, sala zabiegowa, gabinet przygotowania leków, trzy sale czterolóżkowe, jedna sala trzyłóżkowa, dwie sale jednolóżkowe (w tym izolatka z węzłem sanitarnym) oraz brudownik. W skład pododdziału położniczego wchodziły m.in.: gabinet przyjęć do oddziału, gabinet zabiegowy, trzyłóżkowa sala porodowa (w tym dwa łóżka porodowe), dwulóżkowa sala porodów rodzinnych (w tym jedno łóżko porodowe), sala operacyjna, dwie sale pooperacyjne, cztery sale dla położnic, dwie sale dla ciężarnych oraz izolatka. W skład zespołu porodowego wchodziły: sala porodowa, sala operacyjna oraz sala przygotowawcza.

(akta kontroli, tom I str. 8, 14, 33, 43-45, tom II str. 1-3, 169, 172, 199-200)

Cięcia cesarskie wykonywane były w sali operacyjnej, w której wykonywano również histeroskopie i zabiegi plastyki pochwy.

(akta kontroli, tom II str. 66, 243-244)

Dyrektor wyjaśnił, że Oddział posiada jedną salę operacyjną, która wykorzystywana jest głównie do cięć cesarskich i w ograniczonym zakresie do wykonywania histeroskopii i innych zabiegów ginekologicznych. W latach 2017-2019 wykonano 53 zabiegi plastyki pochwy i 130 cięć cesarskich. Zabiegi te nie kolidowały z pracą sali porodowej i planowanymi zabiegami położniczymi. Po każdej operacji ginekologicznej sala była poddawana gruntownemu sprzątnięciu i dezynfekcji. Dyrektor poinformował ponadto, że w latach 2017-2019 nie stwierdzono żadnego przypadku powikłań infekcyjnych ani pogorszenia stanu zdrowia u pacjentek po operacjach położniczych.

(akta kontroli, tom II str. 243-244)

W pododdziale ginekologicznym hospitalizowano pacjentki, które poroniły, a w pododdziale położniczym pacjentki, które urodziły martwe dziecko lub urodziły dziecko, które zmarło wkrótce po porodzie.

W Oddziale obowiązywały procedury dotyczące m.in.: opieki okołoporodowej nad kobietą w okresie fizjologicznego porodu¹¹, postępowania w przypadku dzieci martwo urodzonych¹², postępowania medycznego w łagodzeniu bólu porodowego, informowania pacjenta o prawach i obowiązkach.

(akta kontroli, tom I str. 104-181, tom II str. 199-205)

W SPZOZ liczba noworodków żywo urodzonych wyniosła 455 w 2017 r., 460 w 2018 r. oraz 396 w 2019 r. W analogicznym okresie liczba poronień wyniosła odpowiednio: 73, 80 oraz 67. Najczęstszą przyczyną poronień w latach 2017-2019 były zdarzenia samoistne oraz cięższe obumarłe do 16. tygodnia ciąży. W 2017 r. wystąpił jeden przypadek obumarcia wewnątrzmacicznego płodu w 22 tygodniu ciąży. Wśród noworodków żywo urodzonych w okresie objętym kontrolą wystąpił jeden przypadek zgonu do szóstej doby życia (w 2019 r.).

(akta kontroli, tom I str. 182-188)

Badaniem objęto zatrudnienie lekarzy w lipcu i październiku w latach 2017, 2018 i 2019. W Oddziale w ramach umowy o pracę zatrudnionych było:

¹¹ PM-POŁ/02 - wydanie drugie oraz wydanie trzecie zatwierdzono odpowiednio 3 marca 2017 r. oraz 28 stycznia 2020 r.

¹² PM-LPP/01M - wydanie pierwsze oraz wydanie drugie zatwierdzono odpowiednio 28 lipca 2016 r. oraz 4 lutego 2020 r.

- w lipcu i październiku 2017 r. – pięciu lekarzy ze specjalizacją II stopnia w dziedzinie położnictwa i ginekologii (czterech lekarzy na 3/7 etatu i jeden na 1/4 etatu) oraz 24 położne i jedna Pielęgniarka Koordynująca w lipcu, a w październiku 22 położne i jedna Pielęgniarka Koordynująca,
- w lipcu i październiku 2018 r. – sześciu lekarzy, w tym pięciu ze specjalizacją II stopnia oraz jeden ze specjalizacją I stopnia w dziedzinie położnictwa i ginekologii (czterech lekarzy na 3/7 etatu, jeden na 1/4 etatu i jeden na pełny etat) oraz 23 położne i jedna Pielęgniarka Koordynująca w lipcu oraz 22 położne w październiku,
- w lipcu 2019 r. – sześciu lekarzy, w tym pięciu ze specjalizacją II stopnia oraz jeden ze specjalizacją I stopnia w dziedzinie położnictwa i ginekologii (czterech lekarzy na 3/7 etatu, jeden na 1/4 etatu i jeden na pełny etat) oraz 23 położne,
- w październiku 2019 r. – czterech lekarzy, w tym trzech o specjalizacji II stopnia oraz jeden o specjalizacji I stopnia w dziedzinie położnictwa i ginekologii (czterech lekarzy na 3/7 etatu) oraz 24 położne.

W ramach umów cywilnoprawnych zawartych pomiędzy SPZOZ a lekarzami oraz SPZOZ a podwykonawcami, świadczenia w Oddziale były realizowane przez:

- w lipcu i październiku 2017 r. – dwóch lekarzy (w tym jeden pełnił jedynie dyżury pod telefonem) oraz dwie położne w lipcu i sześć położnych w październiku,
- w lipcu i październiku 2018 r. – jednego lekarza oraz cztery położne w lipcu i pięć położnych i jedną pielęgniarkę w październiku,
- w lipcu i październiku 2019 r. – odpowiednio jednego i trzech lekarzy oraz cztery położne i jedną pielęgniarkę.

SPZOZ nie zawierał z tym samym personelem medycznym jednocześnie umów o pracę i umów cywilnoprawnych. Natomiast wszyscy lekarze zatrudnieni w SPZOZ na podstawie umów o pracę byli zamieszczeni przez podwykonawców w wykazach personelu udzielającego świadczeń zdrowotnych, które załączono do umów z podwykonawcami na udzielanie świadczeń zdrowotnych.

(akta kontroli, tom I str. 193-221, 419-464, 476-480, tom II str. 403-440)

Stosownie do art. 50 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej, w SPZOZ w latach 2017-2019 opracowano minimalne normy zatrudnienia pielęgniarek i położnych. W latach 2017-2018 norma ta w Oddziale wyniosła 13,02 (w pododdziale ginekologicznym 7,15 etatów oraz 5,87 w pododdziale położniczym), a w 2019 r. 27,3 etatów (11,9 w pododdziale ginekologicznym oraz 15,4 w pododdziale położniczym).

W Oddziale zapewniono liczbę personelu wymaganego dla pierwszego poziomu referencyjnego w wymiarze określonym w załączniku nr 3 do rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych. W okresach lipiec i październik 2017 r., 2018 r. oraz 2019 r. w ramach umowy o pracę zatrudniano od trzech do pięciu lekarzy ze specjalizacją II stopnia w dziedzinie położnictwa i ginekologii. Od lipca 2018 r. zatrudniano ponadto jednego lekarza ze specjalizacją I stopnia w dziedzinie położnictwa i ginekologii. W Oddziale pięć położnych posiadało specjalizację, z czego cztery w zakresie pielęgniarstwa ginekologiczno-położniczego (od 13 listopada 2019 r.) oraz jedna w zakresie pielęgniarstwa ginekologicznego (od 16 maja 2013 r.). W Oddziale spełniono warunek stałej obecności lekarza specjalisty w dziedzinie anestezjologii w lokalizacji.

(akta kontroli, tom I str. 189-194, 476-480)

W analizowanych miesiącach w Oddziale wszystkie dyżury medyczne realizowane były przez lekarzy posiadających II stopień specjalizacji w ramach umów

cywilnoprawnych zawartych z podwykonawcami¹³.

Personel medyczny, wykonujący świadczenia zdrowotne w Oddziale w okresie objętym kontrolą, został ujęty w wykazie personelu stanowiącym załącznik do umowy z LOW NFZ. W trakcie kontroli NIK stwierdzono jeden przypadek nieterminowego zgłoszenia zmian w obsadzie kadrowej oraz cztery przypadki zgłoszenia lekarzy, którzy w danym okresie nie udzielali świadczeń zdrowotnych. Zagadnienie opisano w sekcji „Stwierdzone nieprawidłowości”.

(akta kontroli, tom I str. 218-270, 478)

Analiza rozkładu czasu pracy lekarzy zatrudnionych w Oddziale na podstawie umów o pracę wykazała, że przestrzegano przepisów art. 93-97 ustawy o działalności leczniczej. W miesiącach objętych szczegółowym badaniem w przyjętym trzymiesięcznym i czteromiesięcznym okresie rozliczeniowym¹⁴ nie przekroczono określonych w tych przepisach norm czasu pracy lekarzy zatrudnionych na podstawie umów o pracę. Wystąpiło 35 przypadków, w których łączny czas świadczenia pracy przez lekarzy w ramach umów cywilnoprawnych zawartych z podwykonawcami, bezpośrednio po lub przed pracą w Oddziale lub przychodni przekraczał 24 godziny. Zagadnienie opisano w sekcji „Stwierdzone nieprawidłowości”.

(akta kontroli, tom I str. 83, 271-418, 479-480)

Szpital w dniu wejścia w życie ustawy o działalności leczniczej nie spełniał wszystkich wymagań, określonych w art. 22 ust. 1 ww. ustawy. Lubelski Państwowy Wojewódzki Inspektor Sanitarny w Lublinie (dalej: LPWIS) decyzją z 27 grudnia 2012 r. pozytywnie zaopiniował program dostosowania jednostek organizacyjnych SPZOZ do wymogów określonych w rozporządzeniu w sprawie wymagań z 2012 r., w tym Oddziału (w zakresie nieprawidłowo usytuowanego i zorganizowanego gabinetu diagnostyczno-zabiegowego i niezorganizowania miejsca porządkowego). W związku z niepełną realizacją zadań wynikających z programu dostosowawczego, Dyrektor wystąpił do LPWIS o wydanie opinii o wpływie niespełnienia wymagań na bezpieczeństwo pacjentów. LPWIS postanowieniem z dnia 28 marca 2018 r. zaopiniował brak spełnienia wymagań. W zakresie Oddziału LPWIS stwierdził, że brak myjni - dezynfektora lub urządzenia do dekontaminacji oraz utylizacji wkładów jednorazowych w brudowniku, a także brak dostępu do prawidłowo zorganizowanego i wyposażonego pomieszczenia porządkowego ma nieznaczny wpływ na bezpieczeństwo pacjentów. Wpływ na bezpieczeństwo pacjentów, z uwagi na ryzyko wystąpienia zdarzenia niepożądanego - wg LPWIS - wywierał natomiast nieprawidłowo usytuowany i zorganizowany gabinet diagnostyczno-zabiegowy (kształt, powierzchnia oraz usytuowanie gabinetu diagnostyczno-zabiegowego na kondygnacji zagłębionej od 1,3 do 1,9 m)¹⁵.

(akta kontroli, tom II str. 23-50)

Stosownie do § 40 ust. 1 rozporządzenia w sprawie wymagań z 2012 r. oraz rozporządzenia w sprawie wymagań z 2019 r., centrala klimatyzacyjna oraz agregat znajdujący się w Oddziale podlegały okresowym przeglądom. Czyszczenia oraz

¹³ Umowa z dnia 21 stycznia 2008 r. na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie pełnienia usług medycznych ze spółką jawną, obowiązująca do 31 stycznia 2019 r. oraz umowa na udzielenie świadczeń zdrowotnych przez Specjalistyczną Praktykę Lekarską, obowiązująca od 1 lutego 2019 r. do 31 grudnia 2022 r.

¹⁴ Trzymiesięczny okres rozliczeniowy obejmował lipiec, z kolei czteromiesięczny październik.

¹⁵ Zgodnie z § 14 pkt 5 rozporządzenia w sprawie wymagań z 2012 r., dopuszcza się lokalizowanie poniżej poziomu terenu urządzonego przy budynku pomieszczeń o charakterze diagnostycznym, terapeutycznym, magazynowym i o funkcjach pomocniczych, przeznaczonych na pobyt ludzi, pod warunkiem uzyskania zgody właściwego państwowego wojewódzkiego inspektora sanitarnego.

wymiany elementów dokonywano co 4-8 miesięcy. Powyższe czynności były dokumentowane.

Znajdujący się w Oddziale sprzęt medyczny (w tym m.in. sześć kardiogramów, amnioskop, kardiomonitor, laparoskop ginekologiczny, dwa lancetrony, ultrasonograf, trzy pompy infuzyjne, pompa ssąca, podgrzewacz krwi i innych płynów infuzyjnych) był poddawany okresowym przeglądom technicznym, zgodnie z art. 90 ustawy z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych¹⁶ oraz zaleceniami producentów. Nie dokonano okresowych przeglądów dwóch aparatów: detektora tętna płodu (UDT) oraz kardiogramu Huntleigh Healthcare (rok produkcji 2017), co opisano w sekcji „Stwierdzone nieprawidłowości”.

(akta kontroli, tom II str. 116-117, 122-132, 370-380)

W SPZOZ terminowo dokonywano kontroli stanu sprawności technicznej i wartości użytkowej całego obiektu budowlanego (przebieg pięcioletni) oraz estetyki obiektu i otoczenia wraz z coroczną kontrolą stanu technicznego elementów budynku, budowli i instalacji narażonych na szkodliwe wpływy atmosferyczne i niszczące działania czynników występujących podczas użytkowania obiektu oraz instalacji i urządzeń służących ochronie środowiska.

(akta kontroli, tom II str. 104-132)

W latach 2017-2019 personel położniczo-pielęgniarski Oddziału uczestniczył w kursach współfinansowanych przez Krajowy Fundusz Szkoleniowy, a także w szkoleniach wewnętrznych organizowanych przez SPZOZ (zakres tematyczny dotyczył standardów opieki okołoporodowej). Lekarze uczestniczyli w kongresach, sympozjach oraz kursach doszkalających średnio 1-2 razy w roku (koszty ponieśli sami zainteresowani). Brali także udział w szkoleniach wewnętrznych dotyczących standardów opieki okołoporodowej.

(akta kontroli, tom II str. 221, 225, 441-474)

W latach 2017-2020 w SPZOZ przeprowadzono siedem kontroli dotyczących Oddziału, w tym sprawowanej opieki okołoporodowej. Pięć z nich przeprowadził LPWIS w zakresie nadzoru bieżącego, jedną Konsultant Wojewódzki w dziedzinie położnictwa i ginekologii (dalej: KW) oraz jedną Lubelski Urząd Wojewódzki w Lublinie (dalej: LUW).

Zakres kontroli przeprowadzonej 27 marca 2019 r. przez KW obejmował m.in. ocenę pracy Oddziału, warunków lokalowych, poziomu sprawowanej opieki nad hospitalizowanymi kobietami, weryfikację posiadanego sprzętu oraz realizację doskonalenia zawodowego personelu. KW dobrze ocenił dostępność i jakość udzielanych świadczeń zdrowotnych z zakresu położnictwa i ginekologii.

W wyniku kontroli LPWIS i LUW sformułowano wnioski i zalecenia, dotyczące m.in. prowadzenia dokumentacji medycznej zgodnie z przepisami, wyposażenia stanowisk intensywnej opieki medycznej w kardiomonitory, zwiększenia nadzoru nad prawidłową realizacją standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie porodu, zorganizowania gabinetu zabiegowego w pododdziale ginekologicznym zgodnie z wymogami, doprowadzenia do należytego stanu sanitarno-higienicznego pomieszczeń, zorganizowania służby umywalkowo-fartuchowej w zespole porodowym, wykorzystania sali operacyjnej zespołu porodowego jedynie dla porodów rozwiązywanych cesarskim cięciem, zapewnienia prawidłowego przechowywania materiałów sterylnych i narzędzi chirurgicznych

¹⁶ Dz. U. z 2020 r. poz. 186.

w sali operacyjnej i pokoju przygotowawczym w zespole porodowym, zapewnienia prawidłowo zorganizowanego pomieszczenia porządkowego.

Szpital zrealizował powyższe zalecenia pokontrolne z wyjątkiem zorganizowania gabinetu zabiegowego w pododdziale ginekologicznym zgodnie z wymogami.

(akta kontroli, tom II str. 51-103)

Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że z uwagi na brak możliwości wygospodarowania na kondygnacjach nadziemnych pomieszczeń umożliwiających przeniesienie gabinetu zabiegowego i urządzenie go zgodnie z obowiązującymi przepisami bez likwidacji sal łóżkowych, przyjęto rozwiązanie obejmujące rozbudowę budynku. W dniu 24 kwietnia 2020 r. wydano decyzję o warunkach zabudowy dla planowanej inwestycji. Wystąpienie stanu epidemicznego związanego z COVID-19 sprawiło, że na dzień dzisiejszy wszystkie środki finansowe SPZOZ skierowane zostały na przeciwdziałanie skutkom tej epidemii. Z uwagi na możliwość ponownego nasilenia się liczby zachorowań, nie rozpoczęto docelowych prac projektowych (szacowana wartość prac 110.000 zł). Decyzje w zakresie kontynuacji prac projektowych zapadną w II półroczu 2020 r. po ustaleniu zakresu epidemii w okresie jesiennym. Należy przyjąć, że prace projektowe zakończone zostaną na początku 2021 r., a realizacja robót budowlanych będzie możliwa w latach 2021-2022.

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

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

1. Obowiązek zgłoszenia dyrektorowi LOW NFZ zmian personelu udzielającego świadczeń, wykazanego w załączniku do umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej był zrealizowany z naruszeniem terminu określonego w § 6 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej¹⁷. Zgodnie z tym przepisem zmiany te powinny być zgłoszone najpóźniej w dniu poprzedzającym ich powstanie albo, w przypadkach losowych, niezwłocznie po zaistnieniu zdarzenia. Natomiast położną zatrudnioną w dniu 1 czerwca 2017 r. zgłoszono w Systemie Zarządzania Obiegiem Informacji (dalej: Portal SZOI) w dniu 24 lipca 2017 r., tj. 53 dni po zawarciu umowy o pracę. Ponadto, dwóch lekarzy wykazano jako personel medyczny realizujący świadczenia w Oddziale w lipcu i październiku 2017 r. oraz lipcu i październiku 2019 r., pomimo zaprzestania udzielania przez nich usług opieki zdrowotnej.

Dyrektor wyjaśnił, że opóźnienie w zgłoszeniu położnej było spowodowane absencją pracownika dokonującego tych zmian na Portalu SZOI. Odnosząc się z kolei do lekarzy wskazał, że zaprzestali oni świadczenia opieki w Oddziale, ale w każdej chwili mogli oni wykonywać pracę w formie dyżurów kontraktowych, jeden z lekarzy ustnie zadeklarował chęć pełnienia takich dyżurów w Oddziale.

(akta kontroli, tom I str. 221-418, tom II str. 169, 172, 240, 243)

2. W lipcu i październiku 2017 r., 2018 r. oraz 2019 r. wystąpiło 35 przypadków świadczenia pracy nieprzerwanie przez ponad 24 godziny przez trzech lekarzy, którzy byli zatrudnieni przez Szpital na podstawie umów o pracę i równocześnie pełnili dyżury w ramach umów cywilnoprawnych zawartych z podwykonawcami Szpitala¹⁸ bezpośrednio przed rozpoczęciem lub po zakończeniu pracy w Oddziale

¹⁷ Dz. U. z 2020 r. poz. 320, ze zm.

¹⁸ W miesiącach lipiec i październik 2017 r., 2018 r. oraz lipiec 2019 r.

lub w przychodni (16 przypadków) oraz dwóch lekarzy¹⁹, którzy świadczyli pracę na podstawie umów cywilnoprawnych zawartych zarówno ze Szpitalem, jak i jego podwykonawcami (19 przypadków). Dotyczyło to świadczenia usług opieki zdrowotnej: w jednym przypadku - przez 47 godzin 25 minut²⁰, w dwóch - przez 46 godzin 50 minut²¹, w jednym - przez 40 godzin 25 minut²², w czterech - przez 31 godzin 35 minut²³, w piętnastu - przez 30 godzin 25 minut²⁴, w siedmiu - przez 29 godzin 10 minut²⁵ oraz w pięciu - przez 27 godzin 10 minut²⁶.

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

Zastępca Dyrektora wyjaśnił, że przy małej liczbie pacjentek praca w wymiarze przekraczającym 24 godziny nie ma wpływu na jakość udzielanych świadczeń. Wskazał ponadto, że lekarze zatrudnieni na podstawie umów o pracę w latach 2017-2019 pracowali zgodnie z zawartą umową i nie wystąpiły przypadki przekroczenia czasu pracy w obowiązujących okresach rozliczeniowych, natomiast umowy z tytułu świadczenia usług medycznych nie były monitorowane pod tym względem.

(akta kontroli, tom I str. 271-464, 480-481, tom II str. 492, 501)

3. Przegląd techniczny detektora tętna płodu - UDT 20D oraz kardiogramu Huntleigh Healthcare BD 4000 XS (wyprodukowanych w 2017 r.), nie był przeprowadzony w terminach zaleconych przez producenta w instrukcji używania, co było niezgodne z art. 90 ust. 1 ustawy o wyrobach medycznych. Sprzęt ten był wykazywany w harmonogramie stanowiącym załącznik do umów z LOW NFZ oraz wykorzystywany w Oddziale. Pierwsze przeglądy ww. aparatów przeprowadzono odpowiednio 24 i 18 miesięcy od ich uruchomienia, podczas gdy zgodnie z instrukcją używania należało je przeprowadzić minimum raz do roku.

Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że przeglądy ww. sprzętu były dokonane po zakończeniu okresu gwarancji.

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

OCENA CZĄSTKOWA

W okresie objętym kontrolą Szpital był przygotowany do udzielania świadczeń zdrowotnych z zakresu położnictwa i ginekologii, w tym opieki nad pacjentkami doświadczającymi sytuacji szczególnych, zgodnie z wymogami dla pierwszego poziomu referencyjnego. Szpital zapewnił w Oddziale odpowiednią liczbę personelu medycznego posiadającego wymagane kwalifikacje oraz wymagany sprzęt.

¹⁹ W analizowanych miesiącach dotyczyło to: M.K. oraz jednego z lekarza, który po rozwiązaniu w sierpniu 2019 r. umowy o pracę w związku z przejściem na emeryturę zawarł z SPZOZ umowę cywilnoprawną (J.M.).

²⁰ W dniach 12-14.10.2018 r.

²¹ W dniach 24-26.07.2017 r., 25-27.07.2018 r.

²² W dniach 7-9.07.2017 r.

²³ W dniach 23-24.07.2017 r., 15-16.07.2018 r., 21-22.10.2018 r. oraz 28-29.07.2019 r.

²⁴ W dniach 10-11.07.2017 r., 18-19.07.2018 r., 2-3.10.2018 r., 17-18.10.2018 r., 23-24.10.2018 r., 02-03.07.2019 r., 9-10.07.2019 r., 17-18.07.2019 r., 22-23.07.2019 r., 24-25.07.2019 r., 7-8.10.2019 r., 14-15.10.2019 r., 16-17.10.2019 r., 21-22.10.2019 r. oraz 30-31.10.2019 r.

²⁵ W dniach 2-3.07.2017 r., 8-9.10.2017 r., 8-9.07.2018 r., 28-29.10.2018 r., 14-15.07.2019 r., 13-14.10.2019 r. oraz 27-28.10.2019 r.

²⁶ W dniach 30-31.07.2017 r., 22-23.10.2017 r., 7-8.07.2019 r., 21-22.07.2019 r. oraz 20-21.10.2019 r.

Stwierdzono jednak nieprawidłowości polegające na nieterminowym dokonywaniu przeglądów aparatury i sprzętu medycznego w dwóch przypadkach, nieterminowym zgłaszaniu zmian oraz niedokonywaniu aktualizacji w potencjale wykonawczym (personelu medycznym), przeznaczonym do realizacji umowy zawartej z LOW NFZ. Ponadto SPZOZ dopuścił do przypadków udzielania świadczeń przez lekarzy nieprzerwanie przez okres przekraczający 24 godziny, co zdaniem NIK, może budzić uzasadnione wątpliwości, co do zapewnienia odpowiedniej jakości usług świadczonych przez tych lekarzy i w konsekwencji bezpieczeństwa pacjentek.

OBSZAR

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

Opis stanu faktycznego

W latach 2018-2019 w Oddziale przyjęto oraz monitorowano wskaźniki okołoporodowe określone przez KW, takie jak: liczba porodów z podziałem na metodę i tygodnie zaawansowania ciąży, powikłania przebiegu ciąży, liczba cięć cesarskich ze względu na wskazania, zgony okołoporodowe matek, liczba dzieci martwo urodzonych po 24 tygodniu ciąży, liczba dzieci urodzonych z punktacją APGAR mniejszą lub równą trzy punkty w trzeciej i piątej minucie życia oraz liczba zgonów dzieci (do siódmej doby oraz od ósmej do dwudziestej ósmej doby)²⁷. W Regulaminie Organizacyjnym nie określono jednak sposobu realizacji oraz dokumentowania działań dotyczących ustalania i monitorowania ww. wskaźników, co było niezgodne z częścią I *Postanowienia ogólne* ust. 3 załącznika do rozporządzenia w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej z 2018 r. Zagadnienie to opisano w sekcji „Stwierdzone nieprawidłowości”.

(akta kontroli, tom I str. 26-73, 487-491, tom II str. 495-500)

W okresie objętym kontrolą Zespół ds. Jakości dokonywał w Szpitalu corocznego badania poziomu satysfakcji pacjentów przy wykorzystaniu anonimowych ankiet odnoszących się m.in. do oceny poziomu opieki lekarskiej, opieki pielęgniarskiej, diagnostyki, personelu pomocniczego, posiłków, warunków panujących w Oddziale oraz innych świadczeń. Badaniem tym objęto również pacjentki Oddziału Ginekologiczno-Położniczego²⁸.

(akta kontroli, tom I str. 492-511)

Zmiany standardu opieki okołoporodowej, w tym w szczególności w zakresie opieki nad kobietą w sytuacjach szczególnych, które nastąpiły w związku z wprowadzeniem rozporządzenia w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej z 2018 r., stanowiły przedmiot szkolenia wewnątrzoddziałowego (24 października 2018 r.). Zastępca Dyrektora wskazał ponadto, że personel pracujący w Oddziale był zapoznany z rekomendacjami Wojewody Lubelskiego dotyczącymi postępowania z pacjentkami w sytuacji niekorzystnego zakończenia ciąży.

W Oddziale opracowano wytyczne *Opieka nad kobietą w sytuacjach szczególnych*, które zostały 28 stycznia 2020 r. dołączone w formie załącznika do procedury z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznego

²⁷ Ww. wskaźniki opieki okołoporodowej zostały wskazane w *Praktycznych uwarunkowaniach nowego standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej* opracowanych m.in. przez Prometriq Akademia Zarządzania przy współpracy z Ministerstwem Zdrowia.

²⁸ Badania poziomu satysfakcji w 2018 r. i 2019 r. dokonano na podstawie odpowiednio 62 i 57 ankiet wypełnionych przez pacjentki Oddziału.

porodu PM-Pol/02 (wyd. 3). Wytyczne te określały sposób postępowania personelu medycznego z pacjentką w przypadku rozpoznania podczas ciąży ciężkiej choroby lub wady dziecka, poronienia, urodzenia dziecka martwego, niezdolnego do życia, chorego lub z wadami wrodzonymi, a także sposób udzielania jej pomocy poprzez m.in.:

- zapewnienie czasu na oswojenie się z informacją dotyczącą sytuacji położniczej i zdrowotnej matki i jej dziecka,
- umożliwienie skorzystania możliwie szybko z pomocy psychologicznej i kontakt z duchownym jej wyznania, wsparcie osób bliskich zgodnie z jej życzeniem,
- w miarę możliwości nieumieszczanie jej w sali razem z kobietami w okresie ciąży, bądź porodu, których ciąża zakończyła się urodzeniem zdrowego dziecka,
- traktowanie z szacunkiem, umożliwienie brania udziału w podejmowaniu świadomych decyzji związanych z koniecznym postępowaniem diagnostyczno-terapeutycznym,
- umożliwienie pożegnania się ze zmarłym dzieckiem w obecności osób bliskich,
- udzielenie wszelkich informacji o możliwości uzyskania dalszej pomocy psychologicznej, miejscach i organizacjach udzielających wsparcia osobom w podobnej sytuacji oraz przysługujących jej prawach,
- udzielenie informacji o obowiązującym stanie prawnym w szczególności wynikającym z przepisów: o aktach stanu cywilnego, zabezpieczenia społecznego i prawa pracy dotyczącego sytuacji, w której się znalazła, jak również o możliwości pochówku.

(akta kontroli, tom I str. 114-137, tom II str. 226, 358, 361)

W 2017 r. położne oraz Pielęgniarka Koordynująca uczestniczyły w dziewięciu szkoleniach (czterech sfinansowanych przez Szpital oraz pięciu szkoleniach wewnętrznych), w 2018 r. w 15 szkoleniach (czterech sfinansowanych przez Szpital, dziesięciu szkoleniach wewnętrznych oraz jednym opłaconym przez położną), a w 2019 r. w 12 szkoleniach (jednym sfinansowanym przez Szpital, dwóch przez położne oraz dziewięciu szkoleniach wewnętrznych). Ponadto cztery położne w okresie objętym kontrolą brały udział w szkoleniu specjalizacyjnym w dziedzinie pielęgniarstwa ginekologiczno-położniczego (koszty związane ze szkoleniem poniosły położne).

Personel medyczny Oddziału uczestniczył w szkoleniach, w których poruszano kwestie związane m.in. ze standardami opieki okołoporodowej oraz opieki nad kobietami, które poroniły, urodziły martwe dziecko lub których dziecko zmarło zaraz po porodzie. W 2017 r. 18 położnych uczestniczyło w kursie specjalistycznym - dotyczącym monitorowania dobrostanu płodu w czasie ciąży i podczas porodu oraz 10 położnych i jedna pielęgniarka w szkoleniach wewnętrznych z zakresu praw i obowiązków pacjenta - omówienie wybranych procedur i standardów, karmienia piersią, zdarzeń niepożądanych oraz leczenia bólu pooperacyjnego. W 2018 r. przeprowadzono szkolenia wewnętrzne z zakresu praw i obowiązków pacjenta, procedury postępowania w przypadku dzieci martwo urodzonych, leczenia bólu pooperacyjnego (uczestniczyło w nim po 10 położnych) oraz krwiodawstwa i krwiolecznictwa, podczas którego zaktualizowano wiadomości dotyczące standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej, w tym opieki nad kobietą w sytuacjach szczególnych (w szkoleniu tym uczestniczyło 14 położnych). W 2019 r. zrealizowano szkolenia z zakresu: opieki nad pacjentką po poronieniu, porodu przedwcześnie grożącego, opieki przed i pooperacyjnej (uczestniczyło w nich 11 położnych oraz jedna pielęgniarka).

(akta kontroli, tom II str. 441-446)

Kierownik Oddziału, Położna Koordynująca oraz Pielęgniarka Koordynująca opracowywali plany szkoleń wewnątrzoddziałowych oraz zewnętrznych dla lekarzy i położnych. Potrzeby szkoleniowe w większości przypadków nie były bezpośrednio związane z opieką okołoporodową. Zgodnie z przedłożonymi planami szkoleń zewnętrznych, obejmującymi okres objęty kontrolą, w zakresie opieki okołoporodowej dla personelu Oddziału w 2017 r. zaplanowano dwa szkolenia (kurs specjalistyczny – resuscytacja noworodków oraz konferencja organizowana przez Komitet Upowszechniania Karmienia Piersią), z których nie odbyło się żadne. W 2018 r. i w 2019 r. zaplanowano łącznie cztery szkolenia, z których odbyły się dwa (specjalizacje położniczo-ginekologiczne).

(akta kontroli, tom II str. 441-446, 448-474)

W okresie objętym kontrolą nastąpił spadek wydatków poniesionych przez SPZOZ na szkolenia personelu medycznego zatrudnionego w Oddziale. W 2017 r. na ten cel przeznaczono 2.128 zł (2,5% łącznej kwoty poniesionych wydatków na szkolenia w SPZOZ), w 2018 r. 1.789 zł (2,8%) oraz w 2019 r. 720 zł (1%). Na szkolenia personelu położniczego z zakresu standardów opieki okołoporodowej w 2017 r. wydatkowano 1.440 zł (67,7% łącznej kwoty poniesionych wydatków na szkolenia w tym Oddziale). W latach 2018-2019 nie ponoszono kosztów uczestnictwa w szkoleniach bezpośrednio związanych z opieką okołoporodową.

W 2017 r. jeden lekarz uczestniczył w szkoleniu sfinansowanym ze środków własnych z zakresu metod diagnostycznych i obrazowania we współczesnym położnictwie i ginekologii.

(akta kontroli, tom II str. 441-447)

Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że lekarze zatrudnieni w Oddziale w latach 2017-2020 byli uczestnikami kongresów i sympozjów oraz uczestniczyli w kursach doszkalających średnio 1-2 razy w roku (koszty ponieśli sami zainteresowani). Szpital nie posiada jednak szczegółowych informacji w tym zakresie. Dodał jednocześnie, że w Oddziale prowadzone są systematyczne szkolenia wewnętrzne osobno dla grupy lekarskiej dotyczące standardów opieki okołoporodowej.

(akta kontroli, tom II str. 221-225)

Zorganizowane szkolenia, zdaniem personelu medycznego oraz KW (protokół kontroli z 27 marca 2019 r.), pozwalały na właściwe przygotowanie personelu medycznego do udzielania świadczeń kobietom, które doświadczyły sytuacji szczególnych.

Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że w Oddziale na bieżąco w trakcie wykonywanej pracy prowadzona jest weryfikacja wiedzy i umiejętności pracowników przez Kierownika Oddziału i Pielęgniarkę Koordynującą. Prowadzone były szkolenia wewnętrzne aktualizujące posiadaną wiedzę. Każdy pracownik był oceniany przez przełożonego na podstawie „karty oceny pracownika”.

(akta kontroli, tom II str. 221-225, 475-484)

W złożonych wyjaśnieniach personel medyczny²⁹ wskazał, że w pracy z pacjentkami doświadczającymi sytuacji szczególnych występują trudności w zrozumieniu i akceptacji zaistniałej sytuacji, co wiąże się z koniecznością przeprowadzenia indywidualnych rozmów i kilkukrotnego tłumaczenia pacjentkom, jakie działania medyczne zostaną podjęte. Problemem były pacjentki, które nie otrzymują wystarczającego wsparcia ze strony bliskich.

²⁹ Wyjaśnień udzieliło trzech lekarzy, Pielęgniarka Koordynująca, Położna Koordynująca oraz sześć położnych zajmujących się opieką nad pacjentkami doświadczającymi niepowodzeń położniczych.

Składający wyjaśnienia wskazali, że praca w Oddziale wymaga ciągłego podnoszenia kwalifikacji, stąd ich zdaniem każda forma doskonalenia zawodowego jest potrzebna i w każdej chętnie uczestniczą.

Personel medyczny nie korzystał i nie zwracał się o udzielenie wsparcia w radzeniu sobie ze stresem w związku z udzielaniem świadczeń kobietom, które poroniły, urodziły martwe dziecko lub dziecko, które zmarło wkrótce po porodzie. Składający wyjaśnienia wskazali, że stres jest nieodłączną częścią ich pracy, a wieloletnie doświadczenie zawodowe nauczyło ich radzić sobie z nim. Część pytanych wskazała ponadto, że pomocnym w walce ze stresem oraz zjawiskiem wypalenia zawodowego były organizowane w Oddziale szkolenia wewnętrzne oraz wsparcie otrzymywane od przełożonych.

(akta kontroli, tom II str. 174-198)

Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że wszyscy pracownicy, bez względu na miejsce wykonywanej pracy, mają możliwość kontaktu z psychologiem i ewentualnej terapii. Pracownicy Oddziału w okresie objętym kontrolą nie zgłaszali potrzeby wsparcia psychologicznego. Dyrektor wyjaśnił ponadto, że od 10 października 2014 r. w ramach umowy o pracę zatrudniany był psycholog, który w zakresie swoich obowiązków udziela konsultacji psychologicznych na wszystkich Oddziałach SPZOZ, w zależności od zgłaszanych potrzeb (pacjentom oraz pracownikom).

Dyrektor wyjaśnił, że pracownicy mogli korzystać z konferencji oraz szkoleń prowadzonych przez Okręgową Izbę Pielęgniarek i Położnych oraz Izbę Lekarską, których celem była m.in. minimalizacja negatywnych skutków stresu związanego z wykonywaną pracą oraz wypaleniem zawodowym. Pracownicy mogli też korzystać z bezpłatnych porad i konsultacji psychologów z Ośrodka Interwencji Kryzysowej.

(akta kontroli tom II, str. 221-222, 224-225)

Personel medyczny Oddziału wyjaśnił, że informował pacjentki o przysługujących im prawach związanych z możliwością pochówku dziecka oraz skorzystania z dalszej pomocy psychologicznej w formie ustnej oraz przy pomocy ulotek - „Poronienie. Co dalej?”, opracowanych przez portal poroniam.pl³⁰.

Fakt ten nie był odnotowywany w dokumentacji medycznej. W niektórych przypadkach informacje te przekazywał również psycholog (fakt ten odnotowywano w dokumentacji medycznej). Informacje o możliwości uzyskania dalszej pomocy psychologicznej z podaniem danych kontaktowych (np. do Ośrodka Interwencji Kryzysowej) zamieszczono m.in. na tablicach ogłoszeń znajdujących się w Oddziale.

(akta kontroli, tom II str. 137-138, 154-157, 199-209, 381-385)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

W Regulaminie Organizacyjnym³¹ nie określono sposobu realizacji oraz dokumentowania działań dotyczących ustalania i monitorowania wskaźników opieki okołoporodowej. Naruszało to przepisy ust. 3 części I załącznika do rozporządzenia w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej z 2018 r. Obowiązek ustalania i monitorowania tych wskaźników wprowadzony został z dniem 1 stycznia 2019 r.

(akta kontroli, tom I str. 26-73, 485-511)

³⁰ Ulotka zawierała informacje m.in. o przysługującym prawie do rejestracji dziecka w UCS, jego pochówku, zasiłku pogrzebowego oraz urlopu macierzyńskiego, możliwości przeprowadzenia badań genetycznych płodu oraz możliwości skorzystania z pomocy psychologa i grup wsparcia.

³¹ Tekst jednolity ogłoszony w załączniku do zarządzenia Dyrektora SPZOZ nr 6/2019 z dnia 17.01.2019 r.

Zdaniem Dyrektora w Oddziale monitorowano wskaźniki opieki okołoporodowej, a ich wyniki przesyłano do Lubelskiego Konsultanta Wojewódzkiego oraz do Centrum Medycznego. W tym celu sporządzano sprawozdanie zawierające informacje o: czasie trwania ciąży, śmiertelności okołoporodowej ciąż donoszonych, martwych urodzeniach, cesarskich cięciach, pacjentkach odesłanych do szpitala o wyższym poziomie referencyjności, noworodkach urodzonych, noworodkach odesłanych do szpitala o wyższym poziomie referencyjności, skali Apgar u noworodka, chorobach współistniejących w ciąży, transfuzjach okołoporodowych, poronieniach w toku, poronieniach ciąż obumarłych, pustych jajach płodowych. W wyniku przeoczenia w Regulaminie Organizacyjnym SPZOZ nie umieszczono zapisów dotyczących sposobów realizacji oraz dokumentowania działań związanych z ustaleniem i monitorowaniem wskaźników opieki okołoporodowej.

(akta kontroli, tom II str. 222, 225-226)

OCENA CZĄSTKOWA

W Oddziale obowiązywały procedury bezpośrednio związane z opieką okołoporodową w przypadkach poronień, martwych urodzeń lub urodzenia dziecka, które umiera wkrótce po porodzie. W Oddziale przyjęto i monitorowano corocznie wskazane przez KW wskaźniki opieki okołoporodowej. Formalnie w Regulaminie Organizacyjnym nie określono jednak sposobów realizacji i dokumentowania działań związanych z ustaleniem i monitorowaniem ww. wskaźników, co wymagane było obowiązującym od 1 stycznia 2019 r. standardem organizacyjnym opieki zdrowotnej w podmiotach wykonujących działalność leczniczą udzielających świadczeń zdrowotnych w zakresie opieki okołoporodowej.

SPZOZ zapewniał pacjentkom, które poroniły lub urodziły martwe dziecko możliwość skorzystania z pomocy psychologicznej. Informacje o możliwości uzyskania dalszej pomocy psychologicznej zamieszczono m.in. na tablicy informacyjnej oraz przekazywano pacjentkom ustnie lub w formie ulotek. Ponadto personel medyczny Szpitala był należycie przygotowany do pracy z takimi pacjentkami, a w razie konieczności miał możliwość uzyskania wsparcia w radzeniu sobie ze stresem powstałym w związku z opieką nad tymi pacjentkami.

3. Świadczenia zapewniające pacjentkom stosowną pomoc

Warunki lokalowe Oddziału ustalono na podstawie dokumentacji fotograficznej sporządzonej przez Szpital oraz protokołów kontroli KW oraz LPWIS³².

Pokoje łóżkowe posiadały bezpośredni dostęp do światła dziennego. Były wyposażone w umywalkę z ciepłą i zimną wodą, dozownik z mydłem w płynie, pojemnik z ręcznikami jednorazowego użycia oraz pojemnik na zużyte ręczniki. Meble oraz połączenia ścian z podłogami wykonano w sposób umożliwiający ich mycie i dezynfekcję. Szerokość drzwi umożliwiała wyprowadzenie łóżka z pokoju. Dostęp do łóżek nie był jednak możliwy z trzech stron, w tym z dwóch dłuższych, co opisano w sekcji stwierdzone nieprawidłowości.

Pomieszczenia, w których wykonywano badania i zabiegi wyposażono w co najmniej jedną umywalkę z baterią z ciepłą i zimną wodą, dozownik z mydłem w płynie, dozownik ze środkiem dezynfekcyjnym, pojemnik z ręcznikami jednorazowego użycia i pojemnik na zużyte ręczniki. Mycie i sterylizacja narzędzi i sprzętu wielokrotnego użytku odbywały się w odrębnym pomieszczeniu znajdującym się na terenie Szpitala. Na drzwiach prowadzących do Sali zabiegowej umieszczono informację o zakazie wstępu osób nieupoważnionych oraz

³² W związku z ogłoszonym stanem epidemii w Polsce i zakazem odwiedzin w Oddziale wprowadzonym od marca 2020 r., odstąpiono od przeprowadzania oględzin w toku niniejszej kontroli NIK.

o trwającym badaniu. Okno w ww. Sali zostało zabezpieczone przed dostępem osób trzecich. Fotel ginekologiczny oraz stanowisko do wykonywania badań USG były osłonięte ruchomymi parawanami, dzięki czemu pacjentce zapewniono poczucie intymności.

Pomieszczenia higieniczno-sanitarne wyposażono w miskę ustępową, umywalkę, dozownik z mydłem w płynie, pojemnik z ręcznikami jednorazowego użycia i pojemnik na zużyte ręczniki oraz pojemnik na brudną bieliznę. Na tablicach informacyjnych znajdujących się w Oddziale zamieszczono dane kontaktowe do duchownych różnych wyznań, psychologa klinicznego, psychiatry oraz Ośrodka Interwencji Kryzysowej. Na specjalnie wydzielonym stoliku umieszczono ponadto materiały edukacyjne dotyczące m.in. depresji poporodowej oraz poronienia.

Zespół porodowy składał się z jednej sali jednostanowiskowej przeznaczonej dla porodów rodzinnych z węzłem sanitarnym, sali porodowej dwustanowiskowej (stanowiska zostały od siebie oddzielone ścianą) połączonej z salą operacyjną dla porodów rozwiązywanych cięciem cesarskim. Stanowisko resuscytacji noworodka znajdowało się w sali porodowej dwustanowiskowej oraz w sali operacyjnej przeznaczonej dla porodów rozwiązywanych cesarskim cięciem. Trakt porodowy był wyposażony w służę umywalkowo-fartuchową.

(akta kontroli, tom II str. 133-162)

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

- zapewnienia odpowiedniego wykształcenia i liczby lekarzy i położnych, właściwej organizacji udzielania świadczeń,
- zapewnienia organizacji udzielania świadczeń - całodobowa opieka lekarska we wszystkie dni tygodnia, stała obecność w miejscu udzielania świadczeń lekarza ze specjalizacją II stopnia w dziedzinie położnictwa i ginekologii, stała obecność w lokalizacji lekarza specjalisty w dziedzinie anestezjologii, możliwość wykonania znieczulenia śródporodowego, wyodrębniona całodobowa opieka położnicza dla sali porodowej w miejscu udzielania świadczeń,
- zapewnienia wyposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną - w Oddziale zapewniono kolposkop, aparat ktg oraz kardiomonitor,
- zapewnienia realizacji badań - ciągłe badanie ktg przed i w trakcie porodu (w zależności od konieczności) oraz dostęp do śródoperacyjnych badań histopatologicznych,
- pozostałych wymagań - prowadzono pantogram, wyodrębniono salę cięć cesarskich oraz blok operacyjny w lokalizacji.

(akta kontroli, tom II str. 161-162)

Badanie dokumentacji medycznej 60 pacjentek, które doświadczyły sytuacji szczególnych, hospitalizowanych w latach 2017-2019, wykazało, że dokumentacja indywidualna 57 pacjentek zawierała upoważnienia do uzyskiwania informacji o stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych, upoważnienia do uzyskiwania dokumentacji, ze wskazaniem imienia i nazwiska osoby upoważnionej, oświadczenia o wyrażeniu zgody na przeprowadzenie badania lub udzielenie innego świadczenia zdrowotnego. W dokumentacji medycznej trzech pacjentek hospitalizowanych w Oddziale³³ nie zamieszczono zgody na hospitalizację.

Dyrektor wyjaśnił, że dokumentacja medyczna dotyczyła lutego 2017 r. kiedy SPZOK wdrażał nowy system informatyczny AMMS i niektóre formularze, w tym deklaracja zgody, zostały zaimplementowane bezpośrednio przez firmę wdrażającą.

³³ Nr KG 1373/2017, 1689/2017 oraz 1880/2017.

W trakcie wewnętrznej analizy dokumentacji systemowej wprowadzono nowy formularz zgody na hospitalizację i leczenie, udzielanie informacji o stanie zdrowia i udostępnianie dokumentacji medycznej, który obowiązuje do chwili obecnej.

(akta kontroli, tom II str. 240, 243, 252-256)

Stosownie do § 15 pkt 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania³⁴, do historii choroby w każdym przypadku dołączono m.in.: wywiad pielęgniarski/ położniczy, wywiad lekarski, karty indywidualnej opieki położniczej, karty przebiegu znieczulenia (w przypadku podania znieczulenia), karty obserwacji, karty gorączkowe, karty zleceń lekarskich, wyniki badań diagnostycznych wraz z opisem, karty informacyjne oraz wypis ze szpitala. W dokumentacji pacjentek, u których przeprowadzono zabieg wyłyżeczkowania macicy (53 kobiety), znajdowały się podpisane zgody na przeprowadzenie zabiegu oraz karty przebiegu znieczulenia.

(akta kontroli, tom II str. 248-328)

W dokumentacji medycznej dwóch pacjentek (jednej, której dziecko zmarło wkrótce po porodzie oraz jednej, która poroniła w piątym miesiącu ciąży) odnotowano fakt udzielenia wsparcia psychologicznego przez psychologa oraz konsultacji psychiatrycznej. W dokumentacji indywidualnej 58 pacjentek nie zawarto informacji o konsultacjach psychologicznych. W wywiadach pielęgniarskich/ położniczych wszystkich pacjentek opisano jednak ich stan psychiczny poprzez ocenę nastroju, pamięci, orientacji oraz reakcji na chorobę. Dodatkowo w przypadku 30 kobiet lekarze sporządzili adnotacje o braku potrzeby badania psychiatrycznego, psychicznego, opieki społecznej i innych. W kartach indywidualnej opieki pielęgniarskiej dotyczących 24 pacjentek położne zamieściły wzmianki o stanie psychicznym pacjentek.

(akta kontroli, tom II str. 248-341)

Dyrektor SPZOZ wyjaśnił, że każda pacjentka, która znalazła się w sytuacji szczególnej, jest informowana o możliwości skorzystania z pomocy psychologa, zgodnie z jej życzeniem. Większość kobiet jednak nie deklaruje chęci skorzystania z pomocy psychologicznej. Informacja dotycząca stanu psychicznego pacjentek zawarta jest w dokumentacji medycznej. Pacjentki korzystają z pomocy personelu - fakt ten jest odnotowany w obserwacjach pielęgniarskich.

(akta kontroli, tom II str. 358-360)

W dniu 28 września 2010 r. SPZOZ zawarł umowę na wykonywanie konsultacji psychologa klinicznego oraz umowę na wykonywanie konsultacji psychiatrycznych, na podstawie których zleceniobiorcy byli zobowiązani udzielać świadczeń w uzgodnionych przez strony terminach (umowy obowiązywały odpowiednio do 31 grudnia 2018 r. oraz do 31 grudnia 2020 r.). Od 31 grudnia 2015 r. SPZOZ zatrudnił ponadto psychologa w niepełnym wymiarze czasu pracy tj. ½ etatu (przeciętnie 85 godzin miesięcznie), który świadczył pracę od poniedziałku do piątku w godzinach 8:00-11:47.

Dyrektor wyjaśnił, że w 2019 r. podczas nieobecności psychologa zatrudnionego na podstawie umowy o pracę pacjentkom umożliwiano skorzystanie z pomocy psychologa zatrudnionego w Ośrodku Interwencji Kryzysowej w Tomaszowie Lubelskim³⁵.

(akta kontroli, tom I str. 465-475, tom II str. 199-203, 358, 360, 386)

³⁴ Z dnia 9 listopada 2015 r. (Dz. U. z 2015 r. poz. 2069, ze zm., akt uchylony z dniem 15 kwietnia 2020 r.) oraz z dnia 6 kwietnia 2020 r. (Dz. U. poz. 666).

³⁵ Odbывало się to na zasadzie współpracy pomiędzy jednostkami podległymi Staroście Powiatu Tomaszowskiego.

Pacjentki doświadczające sytuacji szczególnych najczęściej umieszczano w salach czterolóżkowych w odcinku ginekologicznym. Pacjentki nie przebywały na jednej sali z kobietami, które oczekiwały na urodzenie, bądź urodziły zdrowe dziecko. Informacja o numerze sali, w której przebywała pacjentka (z wyjątkiem czterech pacjentek) znajdowała się w dokumentacji medycznej, tj. w karcie gorączkowej lub karcie zleceń lekarskich.

(akta kontroli, tom II str. 246, 248-251)

Kierownik Oddziału wyjaśnił, że pacjentki z ciążą obumarłą, resztkami po poronieniu, pustym jajem płodowym są hospitalizowane w wydzielonych do tego salach. W Oddziale Położniczym pacjentki, które urodziły martwe dziecko są umieszczane w Sali jednoosobowej ze wzmożonym nadzorem, w tym również nadzorem psychologicznym i psychiatrycznym.

Pacjentki, które w grudniu 2019 r. oraz styczniu 2020 r. poroniły umieszczano w Oddziale Ginekologicznym w czterolóżkowej sali nr 1, w której nie były hospitalizowane kobiety, które oczekiwały na urodzenie zdrowego dziecka lub urodziły zdrowe dziecko.

(akta kontroli, tom II str. 329-333)

W Oddziale nie dysponowano oddzielnym pomieszczeniem służącym wyłącznie do pożegnań ze zmarłym dzieckiem. Kierownik Oddziału oraz Położna Koordynująca wyjaśnili, że po urodzeniu martwego dziecka w sali porodowej Oddziału, pacjentka zostaje przewieziona na salę porodów rodzinnych, gdzie obok możliwości spotkania się z mężem lub rodziną może także pożegnać się ze swoim zmarłym dzieckiem. Zwłoki dziecka ze specjalnie wypisanym drukiem po 2 godzinach pobytu w Oddziale są przekazane do Prosektorium stosownie do wytycznych zawartych w Procedurze postępowania w przypadku dzieci martwo urodzonych.

Zgodnie z oświadczeniem Pielęgniarki Koordynującej w Oddziale najczęściej występujące poronienia dotyczą ciąż pomiędzy szóstym a dziesiątym tygodniem. Pożegnanie się pacjentki i rodziny z martwym płodem umożliwione jest w Prosektorium, w wydzielonej sali tzw. Kapliczce. W sytuacji gdy po poronieniu możliwe jest oddzielenie płodu, pacjentka ma możliwość wyboru w zakresie jego pochówku, bądź pozostawienia do pochówku przez Szpital. Pielęgniarka Koordynująca oświadczyła ponadto, że po poronieniu pacjentka jest informowana o przysługujących jej prawach oraz możliwości przeprowadzenia badań genetycznych. Resztki po poronieniach są przekazywane do badania histopatologicznego.

SPZOZ nie nawiązał współpracy z organizacjami, które przygotowują pamiątki po utraconym dziecku. Pielęgniarka Koordynująca oraz Położna Koordynująca wskazały, że opaski i zdjęcia USG (jeżeli wcześniej wykonano tego typu badanie) są przekazywane na życzenie pacjentki.

(akta kontroli, tom II str. 199-205)

W SPZOZ opracowano procedurę postępowania w przypadku dzieci martwo urodzonych PM-LPP/01M (wydanie pierwsze obowiązywało od 19.07.2016 r., wydanie drugie od 04.02.2020 r.), której celem było ujednoczenie zasad postępowania oraz zagwarantowanie godnego postępowania ze szczątkami ludzkimi, bez względu na czas trwania ciąży, z zachowaniem bezpieczeństwa sanitarno-epidemiologicznego. Procedura określała zasady postępowania personelu Oddziału Ginekologiczno-Położniczego, Izby Przyjęć i Działu Pomocy Doraźnej, Zastępcy Dyrektora ds. Techniczno-Eksploatacyjnych, Kapelana Szpitalnego oraz Prosektorium. Decyzję w sprawie postępowania ze zwłokami/ szczątkami dziecka martwo urodzonego w wyniku poronienia lub porodu przedwczesnego pozostawiono

matce (rodzicom) dziecka. Poprzez wypełnienie stosownego oświadczenia stanowiącego załącznik nr 1 do ww. procedury matka deklарowała wolę odebrania dziecka celem jego pochówku czy też pozostawiona w Szpitalu celem pochówku przez Szpital w obrządku rzymskokatolickim w zbiorowym bezimiennym grobie na Cmentarzu Komunalnym w Tomaszowie Lubelskim.

W okresie objętym kontrolą SPZOZ zlecał wykonanie badań histopatologicznych oraz sekcji zwłok Niepublicznemu Zakładowi Opieki Zdrowotnej Zakładowi Patomorfologii z siedzibą w Zamościu (dalej Zakład Patomorfologii)³⁶. W umowie tej nie określono sposobu postępowania z ciałami/ szczątkami dzieci po wykonaniu stosownych badań.

(akta kontroli, tom I str. 138-181, tom II str. 342-351)

Analiza dokumentacji medycznej 20 pacjentek, które doświadczyły sytuacji szczególnych w latach 2017-2019 wykazała, że jedenaście z nich złożyło pisemne oświadczenie matki dziecka martwo urodzonego o pozostawieniu zwłok/ szczątków dziecka, dziewięć z nich natomiast zadeklarowało wolę odbioru dziecka. Oświadczenia w powyższej kwestii były zgodne ze wzorem określonym w procedurze postępowania w przypadku dzieci martwo urodzonych. Ww. oświadczenia wręczano każdej pacjentce, która poroniła, bez względu na tydzień trwania ciąży oraz przyczynę jej zakończenia. Zwłoki/szczałki dzieci przekazywano rodzinie za pośrednictwem firm pogrzebowych, w jednym przypadku na polecenie prokuratury przekazano je do Lublina. Do badań histopatologicznych przekazano błony płodowe, pępowiny i łożyska (dziewięć przypadków) oraz wyskrobiny z jamy macicy (dziewięć przypadków, w tym w dwóch materiał do badań pobrano od kobiet, u których zdiagnozowano poronienie w toku). W dwóch przypadkach nie przekazano materiału do badań.

W latach 2017-2019 do prosektorium przekazano zwłoki/ szczątki siedmiorga dzieci, które do dnia zakończenia kontroli nie zostały pochowane.

(akta kontroli, tom I str. 138-181, tom II str. 226-227, 246-247, 361)

Zakład Patomorfologii w dniu 2 marca 2020 r. wdrożył wewnętrzną procedurę postępowania z materiałem po poronieniu, zgodnie z którą jednostka zlecająca określa czy materiał tkankowy po poronieniu wysyłany do badania histopatologicznego jest przeznaczony do pochówku (stosowna adnotacja musiała być zamieszczona na skierowaniu dołączonym do materiału tkankowego). Po 28 dniach od wydania ekspertyzy histopatologicznej materiał przeznaczony do pochówku miał być zwrócony do zleceniodawcy, natomiast materiał nieprzeznaczony do pochówku miał być traktowany zgodnie z procedurą przechowywania i utylizacji materiału biologicznego.

(akta kontroli, tom II str. 350-351)

W latach 2017-2019 SPZOZ nie przekazywał do Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Tomaszowie Lubelskim (dalej: MOPS) informacji o rezygnacji rodziców z prawa pochówku dziecka/szczałków dziecka wraz z wnioskiem o dokonanie pochówku oraz kartą zgonu lub zaświadczeniem lekarskim, o czym szerzej w sekcji stwierdzone nieprawidłowości.

W latach 2017-2019 Miasto Tomaszów Lubelski (dalej: Miasto) nie informowało SPZOZ o przyjętych zasadach postępowania dotyczących organizacji pochówków dzieci martwo urodzonych, nie ponosiło wydatków na ten cel oraz nie posiadało zbiorowej mogiły przeznaczonej do tego rodzaju pochówków.

³⁶ Umowa z dnia 1 lipca 2009 r. o udzielenie świadczeń zdrowotnych w zakresie badań histopatologiczno-cytologicznych.

Burmistrz Miasta w piśmie z dnia 16 marca 2020 r. wyjaśnił, że w ostatnim czasie opracowano porozumienie pomiędzy Miastem Tomaszów Lubelski w imieniu, którego występuje Dyrektor Miejskiego Ośrodka Społecznego a SPZOZ, w którym określono zasady postępowania w przypadku organizacji pochówków dzieci martwo urodzonych – z uwagi na sytuację epidemiczną nie zostało ono dotychczas podpisane. Burmistrz oświadczył ponadto, że w Miasto podjęło czynności mające na celu wybudowanie mogiły zbiorowej przeznaczonej do takiego pochówku.

(akta kontroli, tom II str. 211-215, 361)

Porozumienie o współpracy pomiędzy SPZOZ a MOPS reprezentującym gminę - Miasto Tomaszów Lubelski w zakresie pochówku dzieci martwo urodzonych zawarto 21 sierpnia 2020 r. W ww. porozumieniu określono procedury przekazania zwłok ludzkich, w tym dzieci martwo urodzonych do MOPS oraz terminy ich pochówku (25 marca i 15 października lub kolejny dzień roboczy, dopuszczając jednocześnie inne terminy w przypadku wystąpienia takiej potrzeby).

(akta kontroli, tom II str. 366-368)

W okresie objętym kontrolą do Szpitala oraz LOW NFZ nie wpłynęły skargi związane z działalnością Oddziału oraz sprawowaną opieką nad pacjentkami, które doświadczyły sytuacji szczególnych.

(akta kontroli, tom II str. 206-207, 352-357)

W toku kontroli do 20 pacjentek hospitalizowanych w SPZOZ w latach 2017-2019 z powodu poronienia, urodzenia martwego dziecka oraz których dziecko zmarło zaraz po porodzie skierowano prośbę o udzielenie informacji na temat otrzymanej opieki. Informację zwrotną otrzymano od sześciu pacjentek. Trzy pacjentki oceniły opiekę w Szpitalu jako bardzo dobrą, jedna jako dobrą oraz dwie jako wystarczającą. Pięć pacjentek stwierdziło, że personel medyczny traktował je życzliwie i ze zrozumieniem sytuacji, jedynie jedna pacjentka wskazała, że personel nie traktował jej ze zrozumieniem. Cztery respondentki stwierdziły, że nie miały możliwości skorzystania z pomocy psychologa. Jedna pacjentka miała możliwość pożegnania dziecka w obecności bliskich z kolei dwie stwierdziły, że nie miały takiej możliwości, pomimo wyrażenia takiej woli. Jedna kobieta nie wyraziła takiej woli. Tylko jedna odpowiedziała, że nikt nie pytał jej o zgodę na wykonywanie zabiegów.

(akta kontroli tom II str. 241, 244, 335-337)

Dyrektor odnosząc się do informacji uzyskanych od pacjentek hospitalizowanych w Oddziale wyjaśnił, że pacjentki po niepowodzeniach położniczych przebywające w Oddziale traktuje się z szacunkiem oraz umożliwia się im branie udziału w podejmowaniu świadomych decyzji związanych z koniecznym postępowaniem diagnostyczno-terapeutycznym. Po przekazaniu informacji o niepowodzeniu położniczym, każda pacjentka jest informowana o możliwości skorzystania z pomocy psychologa w Oddziale oraz o miejscach i organizacjach udzielających wsparcia kobietom w podobnej sytuacji, zgodnie z jej życzeniem. Personel medyczny zawsze pyta o potrzeby i oczekiwania pacjentek, a informacje w tym zakresie wykorzystuje się do wspierania pacjentek podczas pobytu w Oddziale. Dyrektor wskazał ponadto, że każda pacjentka ma możliwość pożegnania się ze zmarłym dzieckiem w obecności bliskich, jeżeli wyraża taką wolę.

(akta kontroli, tom II str. 241, 244)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

1. Pokoje łóżkowe w Oddziale nie spełniały wymagania, wynikającego z § 18 ust. 1 rozporządzenia w sprawie wymagań z 2019 r., dotyczącego obowiązku zapewnienia

dostępu do łóżka z trzech stron, w tym z dwóch dłuższych. Na podstawie dokumentacji fotograficznej ustalono, że w Oddziale łóżka w salach łóżkowych nr 1, 3, 4, 5 oraz w dwóch izolatkach nie były dostępne z trzech stron, w tym z dwóch dłuższych.

(akta kontroli, tom II str. 141-146)

Dyrektor wyjaśnił, że brak dostępu do łóżek z trzech stron, w tym z dwóch dłuższych i jednej krótszej wynika z warunków lokalowych i potrzeby utrzymania określonej liczby miejsc do hospitalizacji. Wskazał ponadto, że wszystkie pacjentki, których stan zdrowia tego wymaga, przebywają na salach z dostępem z trzech stron.

(akta kontroli, tom II str. 241, 244)

2. SPZOZ nie zapewnił prawidłowego postępowania ze zwłokami dzieci martwo urodzonych, w przypadku pozostawienia ich przez pacjentkę w Szpitalu. Zwłoki/szczałki siedmiorga płodów pozostawionych w okresie od grudnia 2017 r. do maja 2019 r. w SPZOZ w celu ich pochówku przez Szpital³⁷ do dnia zakończenia kontroli NIK nie zostały pochowane, co było niezgodne z procedurą postępowania w przypadku dzieci martwo urodzonych. Zgodnie z ww. procedurą, zwłoki/szczałki dzieci martwo urodzonych pozostawione do pochówku przez Szpital lub materiał zwrócony po wykonaniu badań histopatologicznych przez zewnętrzną pracownię patomorfologii przechowywane są w zamrażarce w Prosektorium do pół roku, po czym powinien nastąpić ich pochówek (dwa razy w roku w obrzędzie rzymskokatolickim). Podkreślenia wymaga również fakt, że działania w celu nawiązania współpracy z Miastem Tomaszów Lubelski w sprawie pochówku zwłok i szczałków, SPZOZ podjął dopiero w czerwcu 2019 r.

(akta kontroli, tom I str. 138-169, tom II str. 238)

Dyrektor wyjaśnił, że nieprzekazywanie informacji do MOPS na temat rezygnacji rodziców z prawa pochówku dzieci/szczałków dzieci oraz przechowywanie ich zwłok/szczałek przez okres dłuższy niż określony w procedurze wynikało z braku porozumienia SPZOZ z Miastem Tomaszów Lubelski w zakresie sposobu i terminów pochówku zwłok lub szczałków ludzkich niepochowanych przez osoby z najbliższej rodziny. Rozmowy w tej sprawie podjęto w 2019 r., z uwagi jednak na brak jednoznacznej decyzji ze strony Miasta dotyczącej reprezentacji gminy w czynnościach pochówku zwłok lub szczałków ludzkich oraz miejsca i sposobu pochówku sprawiły, że stosowne porozumienie z Miejskim Ośrodkiem Pomocy Społecznej w Tomaszowie Lubelskim zostanie zawarte w sierpniu 2020 r. [przedmiotowe porozumienie zawarto 21 sierpnia 2020 r.]. Dyrektor wskazał ponadto, że w ramach porozumienia wyznaczono dwa terminy pochówku 25 marca oraz 15 października, z dopuszczeniem również innego terminu.

(akta kontroli, tom II str. 234-236, 240, 242, 366-368)

OCENA CZĄSTKOWA

Pomieszczenia Oddziału zostały urządzone w sposób zapewniający pacjentkom poczucie intymności i godności. W sześciu salach dla pacjentek nie zapewniono jednak dostępu do łóżek z trzech stron, w tym z dwóch dłuższych.

Dokumentacja medyczna była prowadzona w sposób prawidłowy, z wyjątkiem trzech przypadków braku oświadczenia - wyrażenia zgody na hospitalizację. Pacjentki doświadczające sytuacji szczególnych były informowane o możliwości skorzystania z pomocy psychologa, zapewniono im również pobyt w sali, w której nie przebywały kobiety w okresie ciąży lub porodu, które urodziły zdrowe dziecko.

SPZOZ posiadał procedury dotyczące postępowania w przypadku dzieci martwo urodzonych, pomimo tego nie zapewnił prawidłowego postępowania ze zwłokami

³⁷ Dwa w 2017 r., cztery w 2018 r. oraz jeden w 2019 r.

dzieci martwo urodzonych w przypadku pozostawienia ich przez pacjentkę w Szpitalu, przechowując je w Prosektorium nawet przez okres dłuższy niż dwa lata.

IV. Wnioski

Wnioski

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

1. Dokonywanie bieżącej i rzetelnej aktualizacji zgłoszonych do LOW NFZ danych o personelu medycznym udzielającym świadczeń zdrowotnych w ramach umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w systemie podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej.
2. Podjęcie działań mających na celu wyeliminowanie przypadków nieprzerwanego udzielania świadczeń zdrowotnych przez okres przekraczający 24 godziny przez lekarzy świadczących pracę w Oddziale zarówno na podstawie umów o pracę jak i na podstawie umów cywilnoprawnych zawartych z podwykonawcami Szpitala.
3. Terminowe dokonywanie przeglądów technicznych sprzętu i aparatury medycznej.
4. Określenie w Regulaminie Organizacyjnym sposobu realizacji oraz dokumentowania działań dotyczących ustalania i monitorowania wskaźników opieki okołoporodowej.
5. Dostosowanie pokoi łóżkowych do wymagań § 18 ust. 1 rozporządzenia w sprawie wymagań z 2019 r.
6. Przestrzeganie procedury postępowania w przypadku dzieci martwo urodzonych w zakresie przechowywania ciał/ szczątków dzieci oraz organizacji ich pochówku.

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, 11 września 2020 r.

Kontroler
Inspektor kontroli państwowej

Agata Wróbel

Dyrektor
Delegatury Najwyższej Izby Kontroli
w Lublinie
Edward Lis

.....
Podpis

.....
Podpis