



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI
Delegatura w Rzeszowie

LRZ.410.003.01.2020

Pan
Piotr Czerwiński
Dyrektor
Wojewódzkiego Szpitala Podkarpackiego
im. Jana Pawła II w Krośnie
ul. Korczyńska 57
38-400 Krosno

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

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

I. Dane identyfikacyjne

Jednostka kontrolowana	Wojewódzki Szpital Podkarpacki im. Jana Pawła II w Krośnie, 38-400 Krosno ul. Korczyńska 57 ¹ .
Kierownik jednostki kontrolowanej	Piotr Czerwiński, Dyrektor Wojewódzkiego Szpitala Podkarpackiego im. Jana Pawła II w Krośnie ² , od dnia 8 sierpnia 2018 r., wcześniej pełniący obowiązki Dyrektora od dnia 19 grudnia 2017 r. W okresie od dnia 19 czerwca 2012 r. do dnia 18 grudnia 2017 r. Dyrektorem Szpitala był Piotr Lenik.
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 porodzie.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 kontroli), z wykorzystaniem dowodów sporządzonych przed tym okresem.
Podstawa prawna podjęcia kontroli	Art. 2 ust. 2 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o <i>Najwyższej Izbie Kontroli</i> ³ .
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Rzeszowie.
Kontrolerzy	Małgorzata Milanowska, główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LRZ/28/2020 z dnia 31 stycznia 2020 r. Robert Szwagiel, doradca techniczny, upoważnienie do kontroli nr LRZ/30/2020 z dnia 31 stycznia 2020 r.

(akta kontroli str.1-6)

II. Ocena ogólna kontrolowanej działalności⁴

OCENA OGÓLNA

W ocenie Najwyższej Izby Kontroli w Szpitalu zabezpieczono niezbędne – wynikające z przepisów prawa – warunki organizacyjne, kadrowe i sprzętowe wymagane dla oddziału posiadającego status drugiego poziomu referencyjnego. Zadania Oddziału Ginekologiczno-Położniczego⁵, zgodnie z przepisem art. 24 ust. 1 pkt 7 w związku z przepisem art. 23 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o *działalności leczniczej*⁶, zostały wpisane do regulaminu organizacyjnego Szpitala. NIK zwraca uwagę na długi czas pracy bez odpoczynku lekarzy ginekologów, zatrudnionych zarówno na podstawie umów o pracę, jak i w ramach umów kontraktowych z innym podmiotem medycznym oraz umów cywilnoprawnych na pełnienie dyżurów, który w wielu przypadkach przekraczał wymiar 24 godzin. Zatrudnienie lekarzy Oddziału na podstawie umów z odrębnym podmiotem doprowadziło do tego, że przepis art. 97 ustawy o *działalności leczniczej*, który

¹ Zwany dalej: „Szpitalem”.

² Zwany dalej: „Dyrektorem Szpitala”.

³ T.j. Dz. U. z 2020 r. poz. 1200, zwanej dalej: „ustawą o NIK”.

⁴ Najwyższa Izba Kontroli formułuje ocenę ogólną jako ocenę pozytywną, ocenę negatywną albo ocenę w formie opisowej.

⁵ Zwanego dalej: „Oddziałem”.

⁶ Dz. U. z 2020 r., poz. 295, ze zm., zwanej dalej: „ustawą o działalności leczniczej”.

zobowiązywał do udzielenia pracownikowi pełniącemu dyżur medyczny odpoczynku w wymiarze co najmniej 11 godzin, bezpośrednio po zakończeniu pełnienia dyżuru nie był stosowany. W ocenie NIK, skala udzielania świadczeń zdrowotnych przez lekarzy nieprzerwanie w tak dużym wymiarze godzin może budzić uzasadnione wątpliwości co do zapewnienia bezpieczeństwa pacjentów i samych lekarzy.

Szpital nieterminowo zgłaszał do Podkarpackiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia (POW NFZ) zmiany w harmonogramie pracy personelu medycznego lub nie informował o nich w ogóle, czym naruszył przepis § 6 ust. 1 i 2 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. *w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej*⁷.

W Szpitalu przestrzegano obowiązujących uregulowań ujętych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. *w sprawie standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych w dziedzinie położnictwa i ginekologii, z zakresu okołoporodowej opieki położniczo-ginekologicznej sprawowanej nad kobietą w okresie ciąży, porodu, połogu, w przypadkach występowania określonych powikłań oraz opieki nad kobietą w sytuacji niepowodzeń położniczych*⁸ oraz rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 r. *w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej*⁹, za wyjątkiem zapewnienia personelowi medycznemu wsparcia w radzeniu sobie ze stresem, zapewnienia pomocy psychologicznej pacjentkom z niepowodzeniami położniczymi, a także określenia wskaźników opieki okołoporodowej oraz ich monitorowania.

Przyczyną niezapewnienia pacjentkom pomocy psychologicznej było zawarcie przez Szpital umów w wymiarze, który nie gwarantował udzielania konsultacji psychologicznych w każdym czasie. Skutkiem tego 44 pacjentkom hospitalizowanym z powodu niepowodzeń położniczych¹⁰ nie zapewniono takich konsultacji w Szpitalu, w tym pięciu, mimo ich zlecenia lub zapisów w dokumentacjach medycznych wskazujących na zły stan psychiczny pacjentek i potrzebę ich udzielenia.

Szpital nie dopełnił obowiązku zawartego w ust. 2 i 3 części I *Standardu organizacyjnego opieki zdrowotnej w podmiotach wykonujących działalność leczniczą, udzielających świadczeń zdrowotnych w zakresie opieki okołoporodowej*, stanowiącego załącznik do rozporządzenia *w sprawie standardu z 2018 r.* i nie określił wskaźników opieki okołoporodowej, a w regulaminie organizacyjnym – sposobu realizacji i dokumentowania działań dotyczących ich ustalania oraz monitorowania. Zdaniem NIK, nieokreślenie wskaźników opieki okołoporodowej uniemożliwiało pełną i systematyczną analizę sprawowanej opieki.

NIK pozytywnie ocenia działania podjęte w Szpitalu mające na celu przygotowanie personelu medycznego do pracy z rodzicami doświadczającymi poronień i śmierci noworodków. Szpital rozpoznawał potrzeby w tym zakresie oraz organizował i umożliwiał udział w licznych szkoleniach i konferencjach, a także zapoznawał personel z zasadami postępowania w przypadkach niepowodzeń położniczych, ujętymi w opracowaniu pod nazwą *Niekorzystne zakończenie ciąży – rekomendacje postępowania z pacjentkami dla personelu medycznego oddziałów położniczo-ginekologicznych województwa podkarpackiego*¹¹.

Szpital stosował przepisy rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. *w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej*

⁷ T.j. Dz. U. z 2020 r., poz. 320, zwanego dalej: „rozporządzeniem w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej”.

⁸ Dz. U. poz. 2007. Rozporządzenie obowiązywało do 30 grudnia 2018 r., zwanym dalej: „rozporządzeniem w sprawie standardów z 2015 r.”

⁹ Dz. U. poz. 1756, zwanym dalej: „rozporządzeniem w sprawie standardu z 2018 r.”

¹⁰ Z 60 objętych analizą.

¹¹ Zwanym dalej: „rekomendacjami”.

przetwarzania¹² dotyczące dokumentacji medycznej. W kontroli stwierdzono jednak liczne przypadki nieposiadania oświadczeń w sprawie upoważnienia do uzyskiwania wszelkiej dokumentacji medycznej i Kart obserwacji; niezamieszczania w historiach chorób wyników badań usg i konsultacji psychologicznych; niewpisywania do Kart informacyjnych z leczenia szpitalnego danych na temat wykonanych badań usg, konsultacji psychologicznych, psychiatrycznych i okulistycznych, dat przeprowadzenia zabiegów abrazji, kodów statystycznych rozpoznania chorób; dokonywania odręcznych poprawek bez wskazania przyczyny, braku daty wprowadzania zmiany i podpisu osoby dokonującej oraz nieczytelne wpisy.

Najwyższa Izba Kontroli pozytywie ocenia opracowanie w Szpitalu Procedury pod nazwą *Postępowanie ze zwłokami dziecka/płodu, z zachowaniem godności należyj zmarłemu*¹³, której celem było zapewnienie prawidłowego postępowania z ciałem dziecka/płodu, z zachowaniem godności należyj zmarłemu oraz opracowanie wskazówek dla pacjentek dotyczących sposobu postępowania m.in. po zabiegu abrazji lub porodzie martwym.

Stwierdzono jednak, że Szpital w wielu przypadkach nie realizował obowiązków w niej zawartych, najczęściej dotyczących:

- sporządzania *Kart martwego urodzenia dziecka*, oświadczeń o prawie do pochówku, oświadczeń o zrzeknięciu się prawa do pochówku lub o skorzystaniu z tego prawa, dowodów potwierdzających odbiór ciał dzieci martwo urodzonych/płodów i szczątków po poronieniu, oświadczeń w sprawie wyrażenia zgody na spalenie amputowanej części ciała (i/lub pozostałości materiału diagnostycznego pobranego do badania histopatologicznego),
- prowadzenia *Ewidencji ciał dzieci/płodów martwo urodzonych* oraz *Ewidencji ciał dzieci/płodów martwo urodzonych przekazanych do pochówku przez Gminę Krosno*.

Nierzetelne prowadzenie *Ewidencji ciał dzieci/płodów martwo urodzonych przekazanych do pochówku przez Gminę Krosno* i nieprowadzenie *Ewidencji ciał dzieci/płodów martwo urodzonych* uniemożliwiało Szpitalowi posiadanie pełnej i usystematyzowanej wiedzy o każdym przypadku poronienia i martwego urodzenia.

NIK negatywnie ocenia przekazywanie pacjentkom, które doświadczyły niepowodzeń położniczych nieodpowiednich zaleceń, które w ich przypadku mogły skutkować pogorszeniem ich stanu psychicznego.

W ocenie NIK, stwierdzone liczne uchybienia w stosowaniu zasad ustalonych w Procedurze, jak też w obowiązujących przepisach odnośnie sprawowania opieki nad pacjentkami z niepowodzeniami położniczymi, w szczególności w zakresie wsparcia psychologicznego i prowadzenia dokumentacji wymagają zwiększenia nadzoru nad sposobem realizacji tych obowiązków.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego

OBSZAR

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

Opis stanu faktycznego

1. Statut i regulamin organizacyjny Szpitala nie zawierały uregulowań odnoszących się do sposobu sprawowania opieki nad pacjentkami, które poroniły, urodziły martwe dziecko lub którym dziecko zmarło krótko po porodzie. Zarówno w statucie jak

¹² Dz. U. poz. 2069. Uchylony z dniem 15 kwietnia 2020 r., zwanego dalej: „rozporządzeniem w sprawie dokumentacji medycznej”. Od dnia 15 kwietnia 2020 r. rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. poz. 666).

¹³ Zwanej dalej: „Procedura”.

i regulaminie, w strukturze organizacyjnej Szpitala wyodrębniono Oddział. W regulaminie organizacyjnym Szpitala wskazano, że do zadań Oddziału należy m.in. wykonywanie świadczeń w zakresie:

- ginekologii – diagnostyki, leczenia zachowawczego i operacyjnego; małej chirurgii, zabiegów endoskopowych, zabiegów wykonywanych drogą pochwową i brzuszną;
- położnictwa – porodów naturalnych w salach porodowych z nowoczesnym sprzętem do nadzoru i opieki nad rodzącą i noworodkiem; porodów zabiegowych w sali operacyjnej cięć cesarskich; porodów rodzinnych w sali porodowej jednostanowiskowej.

(dowód: akta kontroli str. 7-308)

Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że ze względu na wielospecjalistyczną działalność Szpitala, wprowadzenie do statutu szczegółowych unormowań dotyczących wszystkich dziedzin i rodzajów działalności (ambulatoryjna, stacjonarna, dzienna) spowodowałoby jego zbyt dużą obszerność. Procedury obowiązujące w Oddziale od 2019 r. były stosowane bezpośrednio na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej a wcześniej na podstawie poprzednio obowiązującego aktu prawnego określającego standardy postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, porodu oraz opieki nad noworodkiem.

Do chwili obecnej w regulaminie organizacyjnym nie wprowadzono zapisów dotyczących realizacji zadań związanych z opieką nad pacjentkami, które poroniły, urodziły martwe dziecko lub którym dziecko zmarło krótko po porodzie. Z uwagi na bardzo liczne unormowania poszczególnych dziedzin opieki zdrowotnej i szczegółowość problematyki organizacji udzielania świadczeń, część zasad postępowania regulowana jest w Szpitalu w formie zarządzeń i procedur. Aktualnie jesteśmy w trakcie prac przygotowawczych zawierających pełny zakres unormowań z dziedziny opieki nad matką i dzieckiem i w najbliższym czasie podjęte zostaną decyzje odnośnie podziału wprowadzenia uregulowań pomiędzy poszczególne dokumenty w zależności od ich poziomu szczegółowości. Na chwilę obecną jedynym dokumentem odnoszącym się do opieki nad pacjentkami z niepowodzeniami położniczymi jest zarządzenie nr 166/16 Dyrektora Szpitala z dnia 30 sierpnia 2016 r.

(dowód: akta kontroli str. 421-438)

Oddział udzielał świadczeń na drugim poziomie referencyjności.

(dowód: akta kontroli str. 556-559)

Pan Janusz Słowik, Kierownik Oddziału Ginekologiczno-Położniczego w Krośnie¹⁴ wyjaśnił, że zadania opieki nad pacjentkami, które poroniły, urodziły martwe dziecko lub którym dziecko zmarło krótko po porodzie realizowane były bezpośrednio w Oddziale.

Zasady kierowania pacjentek do poszczególnych sal Oddziału nie są sformalizowane w dokumencie, natomiast są stosowane na podstawie wewnętrznych ustaleń Kierownika Oddziału. Postępowanie z pacjentkami w Oddziale jest następujące: pacjentki z poronieniem, po poronieniu i po urodzeniu martwego dziecka przebywają w strukturach odcinka ginekologicznego na wydzielonych salach, w których nie przebywają inne pacjentki, w tym po porodzie żywego dziecka. Pacjentki ciężarne przyjęte na obserwację ciąży, w trakcie której dochodzi do obumarcia lub poronienia samoistnego, przenoszone są na sale dla pacjentek po poronieniu lub stracie dziecka. Pacjentki z odcinka położniczego, które urodziły dziecko, które zmarło po urodzeniu, w chwili zgonu są przenoszone

¹⁴ Zwany dalej: „Kierownikiem Oddziału”.

w struktury odcinka ginekologii na sale dla pacjentek po poronieniu lub stracie dziecka. Sale nie mają określonego na stałe przeznaczenia, lecz są wykorzystywane w określonym celu w zależności od obłożenia Oddziału, struktury pacjentek i aktualnej sytuacji w zakresie potrzeb pacjentek.

(dowód: akta kontroli str. 439-442)

Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że w Szpitalu nie opracowano dotychczas pisemnie wewnętrznych zasad postępowania dla personelu medycznego dotyczących opieki nad pacjentkami, które poroniły, urodziły martwe dziecko lub dziecko, które zmarło wkrótce po porodzie. Natomiast prowadzone były wewnętrzne szkolenia personelu dla położnych w ww. zakresie. Ponadto decyzją kierownika Oddziału wprowadzono zasady określające rozmieszczenie pacjentek w poszczególnych salach w sposób pozwalający na zachowanie intymności w sytuacji stresu w wyniku straty dziecka, które są na bieżąco stosowane.

(dowód: akta kontroli str. 421-438)

W Szpitalu, od 1 września 2016 r., obowiązywała Procedura, której celem było zapewnienie prawidłowego postępowania z ciałem dziecka/płodu, z zachowaniem godności należącej zmarłemu poprzez: ujednoczenie sposobu postępowania z ciałem dziecka/płodu po poronieniu lub martwym urodzeniu; prawidłowe prowadzenie dokumentacji; zapewnienie godności zmarłemu dziecku. Określała ona sposób postępowania w szczególności w zakresie: wypełnienia karty zgonu i karty martwego urodzenia dziecka, przygotowania zwłok dziecka/płodu do transportu, jego przechowywania, oznakowania oraz wydania go matce, przeprowadzania badania sekcyjnego, badania genetycznego w celu określenia płci dziecka i badania histopatologicznego, organizacji pochówku. Szczegółowe zapisy tej procedury zostały opisane w punkcie ósmym trzeciego obszaru niniejszego wystąpienia pokontrolnego.

(dowód: akta kontroli str. 309-322)

W dniu 6 czerwca 2018 r., podczas spotkania szkoleniowego, Wojewoda Podkarpacki przekazał Kierownikowi Oddziału rekomendacje, które zawierały m.in. wskazówki dla personelu medycznego, ankietę dla pacjentki, arkusz oceny rekomendacji oraz informacje dla pacjentki i jej bliskich. Ewaluacja dokumentu miała być dokonywana okresowo.

Procedurą miały być objęte pacjentki, u których: doszło do wewnątrzmacicznego obumarcia płodu; istniało duże prawdopodobieństwo, że dziecko nie będzie zdolne do życia; zgodnie z wiedzą medyczną było wysoce prawdopodobne, że nie uda się uratować dziecka; potwierdzono obecność wad u dziecka w badaniu genetycznym, ultrasonograficznym lub wady uwidoczniły się w przebiegu zdarzenia; do straty dziecka doszło przed lub w trakcie hospitalizacji.

Procedurą nie należało obejmować pacjentek: u których nie doszło do rozwoju zarodka (puste jajo płodowe), z bardzo wczesną ciążą bez stwierdzonego zarodka, z resztkami po poronieniu, ciążą ektopową bez stwierdzonego zarodka itp. W takich przypadkach należało uszanować osobę cierpiącą z powodu utraty ciąży oraz nie bagatelizować przeżyć pacjentki i jej rodziny.

Obowiązkiem szpitala było zadbać o to, aby pacjentki po niepowodzeniu położniczym: nie przebywały w jednej sali z pacjentkami ciężarnymi, bądź w położu, które urodziły zdrowe dzieci; nie miały stałego kontaktu z pacjentami, które urodziły zdrowe dzieci; były traktowane z szacunkiem; miały możliwość brania udziału w podejmowaniu świadomych decyzji, związanych z koniecznym postępowaniem diagnostyczno-terapeutycznym.

W procedurze przewidziano wypełnienie ankiety w momencie przyjęcia do oddziału lub zaistnienia zdarzenia podczas hospitalizacji, która następnie miała być dołączona do dokumentacji medycznej pacjentki. W ankiecie ujęto pytania

dotyczące następujących kwestii: czy pacjentka chce porozmawiać na temat tego co się wydarzyło; czy życzy sobie porozmawiać z osobą bliską, psychologiem, osobą duchowną; czy chce porozmawiać na temat dziecka; możliwości pożegnania się z nim; czy chce zobaczyć dziecko i otrzymać jakąś formę pamiątki po nim, np. opaskę, karteczki z inkubatora; czy chce dokonać pochówku zmarłego dziecka czy pozostawić je w szpitalu; czy decyduje się na wykonanie badań genetycznych w celu określenia płci dziecka; czy chce jeszcze o coś zapytać; czy szpital może jeszcze w czymś pomóc.

W rekomendacjach ujęto także wskazówki dotyczące umożliwienia warunków pożegnania dziecka, które powinno przebiegać w atmosferze intymności, troski i zrozumienia, najlepiej w indywidualnej sali lub wydzielonej jej części, z udziałem osób bliskich i ewentualnie personelu szpitala. Dziecko powinno być odpowiednio przygotowane – ubrane, zawinięte w pieluszki/kocyk. Pacjentka mogła wykonać zdjęcia, a jeśli wyrażała taką potrzebę, personel powinien pomóc jej w zabezpieczeniu innych pamiątek (np. odcisku stopy, opaski identyfikacyjnej, zdjęcia usg).

Procedura wskazywała na obowiązek poinformowania pacjentki o możliwości wykonania badania genetycznego, określającego płeć dziecka na jej koszt. Niezależnie od czasu trwania ciąży możliwe było pochowanie dziecka martwo urodzonego, dla którego – wobec nieustalenia płci – nie sporządzono aktu urodzenia.

Pacjentce w przypadku niepowodzenia położniczego należało umożliwić pomoc psychologiczną i wsparcie dla osób bliskich zgodnie z jej życzeniem. Przy wypisie ze szpitala należało ją poinformować, że ma prawo do skorzystania ze świadczeń poradni zdrowia psychicznego. Skierowanie do psychologa lub psychoterapeuty miał wystawić lekarz wpisując stosowne rozpoznanie. Pomoc psychologiczna przysługiwała także bliskim jej osobom, które dotknięte były stratą. Kolejną możliwością było kierowanie pacjentki oraz jej męża czy też rodziny do poradni terapii rodzin. Załącznik do rekomendacji stanowił wykaz 28 placówek w województwie podkarpackim, w których znajdowały się poradnie psychologiczne, ze wskazaniem ich adresów i telefonów. Pacjentka powinna otrzymać też informacje, że istnieją grupy wsparcia dla rodziców w żałobie, organizowane najczęściej przy hospicjach dziecięcych, których kontakty można znaleźć w internecie.

W procedurze zawarto informacje, które mogły być istotne dla pacjentki a dotyczące planowania kolejnej ciąży, chrztu dziecka, symbolicznego pochówku niekompletnych tkanek dziecka i miejsc zbiorowego pochówku dzieci martwo urodzonych na cmentarzach komunalnych. Jeżeli ciało dziecka nie zostało odebrane należało udostępnić pacjentce informacje o miejscu i czasie planowanego pogrzebu. Pacjentce mogły przysługiwać świadczenia wynikające z Kodeksu pracy, np. urlop macierzyński, miała także możliwość uzyskania zasiłku macierzyńskiego i pogrzebowego.

Częścią procedury były *Informacje dla pacjentki i jej bliskich*, które odnosiły się m.in. do przeżywania żałoby, wyrażania uczuć, określenia płci dziecka, pożegnania oraz zabezpieczenia pamiątek po nim, pochówku, pomocy psychologa, dokumentów wystawianych przez szpital i USC, przysługujących zasiłków oraz urlopów.

Załącznikiem do rekomendacji był *Arkusz oceny rekomendacji*, który miał służyć do dopasowania rekomendacji do warunków pracy w szpitalach. Pierwsza ewaluacja miała nastąpić po sześciu miesiącach od przekazania materiału do oddziałów ginekologiczno-położniczych, zaś kolejne okresowo. Arkusz zawierał trzy zestawienia: pierwsze dotyczące oceny poszczególnych części rekomendacji, drugie – liczby i rodzajów zdarzeń, z podziałem na przyczyny i tygodnie ciąży, liczby

pacjentek korzystających z porady psychologa i ze wsparcia osoby duchownej, trzecie – warunków organizacyjnych, tj. oddzielnych pomieszczeń do pożegnania się, dostępności psychologa w szpitalu i w poradni przyszpitalnej, lekarza, położnej i osoby duchownej.

(dowód: akta kontroli str. 652-678; 754; 889)

Kierownik Oddziału oświadczył, że rekomendacje otrzymał w czerwcu 2018 r. na spotkaniu u Wojewody Podkarpackiego i zapoznał z nimi personel medyczny Oddziału. Nie wskazał, czy personel został zobowiązany do stosowania ich w praktyce.

Na zadane pytanie: *Czy obowiązki wynikające z ww. rekomendacji, dotyczące m.in. umieszczania pacjentek w osobnych salach, informowania ich o przysługujących jej prawach, możliwości pożegnania dziecka i opiece psychologa były realizowane przez Szpital w praktyce, a jeżeli nie to dlaczego?* wyjaśnił, że Oddział spełnia obowiązki wynikające z rekomendacji, tj. dotyczące osobnej sali pobytu, informacji o przysługujących prawach, możliwości pożegnania, opieki psychologa.

(dowód: akta kontroli str. 765-767; 889)

Na zadanie pytania: *Czy pacjentki Szpitala były ankietowane wg ankiety stanowiącej załącznik do rekomendacji, a jeżeli nie to dlaczego?* oraz *Czy dokonywano ewaluacji według arkusza oceny rekomendacji stanowiącego załącznik do rekomendacji, a jeżeli nie to dlaczego?*, Kierownik Oddziału wyjaśnił, że ankietowanie pacjentek było ankietą wewnętrzną Szpitala. Ankiety są oceniane i analizowane przez Pełnomocnika ds. Praw Pacjenta Szpitala.

Udzielone przez Kierownika Oddziału wyjaśnienia nie odnoszą się do ankietowania i dokonywania ewaluacji na podstawie rekomendacji.

(dowód: akta kontroli str. 765-767)

2. W latach 2017-2019 w Szpitalu urodziło się łącznie 3 387 noworodków, w tym: 16 martwo urodzonych i osiem zmarło do 6. doby życia. W Szpitalu zmarły także dwa noworodki, które urodziły się w innych szpitalach. Odnotowano 390 poronień. W 2017 r. spośród 168 niepowodzeń położniczych – 162 miały miejsce do 16. tygodnia ciąży. W 2018 r. i w 2019 r. spośród odpowiednio 113 i 125 niepowodzeń – 107 i 121 wystąpiło również do 16. tygodnia. Główną przyczyną niepowodzeń było obumarcie wewnątrzmaciczne, które stanowiło odpowiednio: 96,4%, 94,7% i 96,8%.

(dowód: akta kontroli str. 323-324; 395-402; 405-406)

3. Personel medyczny zatrudniony w Oddziale spełniał warunki co do liczby, wykształcenia oraz kwalifikacji, określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego¹⁵.

W załączniku nr 2 *Harmonogram – zasoby* do umowy na udzielanie świadczeń medycznych¹⁶ ujęto: 47 położnych oraz 13 lekarzy, z tego siedmiu z nich było zatrudnionych na podstawie umów o pracę i sześciu na podstawie umów cywilno-prawnych, tytuł specjalisty w dziedzinie położnictwa i ginekologii posiadało 12 lekarzy.

W lipcu 2017 r. wg miesięcznej ewidencji czasu pracy w Oddziale, pracę świadczyło ośmiu lekarzy zatrudnionych na umowy o pracę. Ze świadczących pracę lekarzy specjalizację z położnictwa posiadało siedmioro z nich. Wg miesięcznej ewidencji wykonanych dyżurów pracę, poza zatrudnionymi na umowy o pracę, świadczyło też czterech lekarzy zatrudnionych na podstawie umów cywilno-prawnych, tj. J.P., P.W.,

¹⁵ Dz. U. z 2017 r. poz. 2295, ze zm., § 9 ust.1, zwanym dalej: „rozporządzeniem w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego”.

¹⁶ Nr 0901004003201701 obowiązującej w 2017 r.

M.B. i W.J. Dwaj ostatni lekarze nie byli wymienieni w załączniku nr 2 *Harmonogram – zasoby*. Pracy w tym miesiącu nie świadczyło czworo lekarzy zgłoszonych w ww. załączniku, tj. lekarze: (M.M. – rezydent, przebywała na urlopie macierzyńskim oraz M.W., A.P. oraz E.O., z którymi Szpital nie miał zawartych umów na udzielanie świadczeń medycznych w tym miesiącu). Ponadto pracę, w podstawowej ordynacji czasu pracy, świadczyła niewymieniona w cyt. załączniku I.N. – lekarz rezydent bez specjalizacji, zatrudniona na podstawie umowy o pracę. W ich przypadku Szpital nie dokonał stosownych zgłoszeń do POW NFZ.

W lipcu 2017 r., wg wykazu sporządzonego przez Szpital¹⁷, w Oddziale zatrudniano 42 położne, a wg miesięcznej ewidencji czasu pracy¹⁸ pracę świadczyły 43 położne (w Wykazie nie ujęto H.B.), w tym 22 posiadały specjalizację z położnictwa. Wg załącznika nr 2 specjalizacji nie posiadała żadna z udzielających świadczeń położnych. Świadczeń udzielały cztery położne niewykazane w tym załączniku (K.B., M.D., D.P. i A.W.). Z kolei w Wykazie i Ewidencji nie ujęto sześciu położnych (M.K., A.W., E.Sz., T.S., W.M. i M.S.) wykazanych w załączniku nr 2.

(dowód: akta kontroli str. 895-979; 1487-1492)

W październiku 2017 r. wg Wykazu – na podstawie umów o pracę w Oddziale zatrudnionych było dziewięciu lekarzy, w tym siedmioro posiadało specjalizacje w dziedzinie położnictwa i ginekologii. Ponadto – na podstawie umów cywilno-prawnych – świadczenia udzielali czterej lekarze, tj. J.P., P.W., M.B. i W.J. Dwaj ostatni lekarze nie byli wymienieni w załączniku nr 2. Pracy w tym miesiącu nie świadczyło troje lekarzy zgłoszonych w tym załączniku, tj. lekarze: M.W., A.P. oraz E.O. – Szpital w tym okresie nie miał zawartych z nimi umów na udzielanie świadczeń medycznych. Ponadto pracę, w podstawowej ordynacji czasu pracy, świadczyła niewymieniona w cyt. załączniku I.N. – lekarz rezydent bez specjalizacji, zatrudniona na podstawie umowy o pracę.

Wg Wykazu w Oddziale zatrudniano 43 położne, i wg Ewidencji pracę w tym miesiącu świadczyły 43 położne (ponadto jedna położna E.N. przebywała na zwolnieniu lekarskim), w tym 22 ze specjalizacją z dziedziny położnictwa. Wg załącznika nr 2 specjalizacji nie posiadała żadna z udzielających świadczeń położnych. Świadczeń udzielało pięć położnych niewykazanych w tym załączniku (K.B., M.B., A.N., D.P. i A.W.). Z kolei nie ujęto w Wykazie i Ewidencji siedmiu położnych (M.K., A.W., E.Sz., E.N., T.S., W.M. i M.S.) wykazanych w załączniku nr 2.

(dowód: akta kontroli str. 895-919; 980-1035; 1487-1492)

W załączniku nr 2 *Harmonogram – zasoby* do umowy na 2018 r.¹⁹ ujęto: 47 położnych oraz 13 lekarzy, z tego dziewięcioro z nich było zatrudnionych na podstawie umów o pracę i czterech na podstawie umów cywilno-prawnych, tytuł specjalisty w dziedzinie położnictwa i ginekologii posiadało 11 lekarzy. Wg cyt. załącznika żadna z położnych nie posiadała specjalizacji z dziedziny położnictwa.

W lipcu 2018 r. wg Wykazu świadczeń udzielało sześcioro lekarzy zatrudnionych na podstawie umów o pracę, w tym czworo posiadało specjalizacje w dziedzinie położnictwa i ginekologii. Wg Ewidencji pracę świadczyło jeszcze dwoje lekarzy specjalistów (zatrudnionych na podstawie umów o pracę). Ponadto dyżury pełnili lekarze zatrudnieni na podstawie umów cywilno-prawnych, tj.: J.P., P.W., W.A., W.J., M.B. Dwaj ostatni lekarze nie byli wykazani ani w załączniku nr 2 ani w Portalu Potencjału, wg stanu na dzień 31 grudnia 2018 r.

Wg Wykazu Szpital zatrudniał 45 położnych, w tym 21 ze specjalizacją z dziedziny położnictwa. Wg załącznika nr 2 specjalizacji nie posiadała żadna z udzielających

¹⁷ Zwanego dalej: „Wykazem”.

¹⁸ Zwanej dalej: „Ewidencją”.

¹⁹ Nr 0901004003201708 obowiązującej w 2018 r.

świadczeń położnych, a wg Portalu Potencjału na dzień 31 grudnia 2018 r. specjalizację z pielęgniarstwa położniczego posiadało 21 położnych. W ww. miesiącu w Wykazie jako zatrudnione ujęto pięć położnych niewykazanych w załączniku nr 2 (K.D.-B., M.D., P.D., A.N., D.P.). W Wykazie zatrudnionych nie odnotowano natomiast siedmiu położnych (A.W., M.K., E.Sz., A.C.-P., T.S., W.M., M.S.) wykazanych w załączniku nr 2. Wg Ewidencji w lipcu pracę świadczyło 45 położnych, ponadto jedna przebywała na zwolnieniu chorobowym. W Portalu Potencjału wg stanu na dzień 31 grudnia 2018 r. nie ujęto sześciu położnych, tj. H.B., M.D., B.G., D.P., B.P., B.R., które świadczyły pracę w lipcu 2018 r.

(dowód: akta kontroli str. 1036-1125; 1487-1492)

W październiku 2018 r. wg Wykazu na podstawie umów o pracę w Oddziale zatrudnionych było siedmioro lekarzy, w tym sześcioro posiadało specjalizacje w dziedzinie położnictwa i ginekologii. Wg Ewidencji pracę w tym miesiącu świadczyło siedmioro lekarzy i jedna lekarka przebywała na urlopie wypoczynkowym i następnie macierzyńskim. Ponadto na podstawie umów cywilno-prawnych świadczenia udzielało pięciu lekarzy, w tym dwóch nie było wykazanych ani w załączniku nr 2, ani w Portalu Potencjału wg stanu na dzień 31 grudnia 2018 r. Wg Wykazu Szpital zatrudniał 42 położne, w tym 23 ze specjalizacją. Wg załącznika nr 2 specjalizacji nie posiadała żadna z udzielających świadczeń położnych, a wg Portalu Potencjału na dzień 31 grudnia 2018 r. specjalizację z pielęgniarstwa położniczego posiadało 21 położnych. W Wykazie jako zatrudnione ujęto pięć położnych niewykazanych w ww. załączniku (K.D.-B., M.D., P.D., A.N., D.P.). W załączniku nr 2 ujęto siedem położnych (A.W., M.K., E.Sz., A.C.-P., T.S., W.M., M.S.), których Szpital nie wykazał w Wykazie zatrudnionych. Wg Ewidencji w październiku pracę świadczyły 42 położne, ponadto jedna przebywała na zwolnieniu chorobowym. Wśród świadczących pracę było pięć położnych (K.D.-B., M.D., P.D., A.N., D.P.) niewykazanych w załączniku nr 2. W Portalu Potencjału wg stanu na dzień 31 grudnia 2018 r. ujęto trzy położne (K.D.-B., A.N., P.D.), a nie wykazano dwóch (M.D. i D.P.).

(dowód: akta kontroli str. 1042-1063; 1124-1125; 1126-1179; 1487-1492)

W lipcu 2019 r. wg Wykazu na podstawie umów o pracę zatrudnionych było ośmioro lekarzy, a wg Ewidencji świadczeń udzielało siedmioro lekarzy (jedna lekarka przebywała na urlopie macierzyńskim), w tym sześcioro posiadało specjalizacje w dziedzinie położnictwa i ginekologii. Ponadto dyżury pełnili lekarze zatrudnieni na podstawie umów cywilno-prawnych, tj.: J.P., P.W., W.A., W.J., M.B. Dwaj ostatni lekarze nie byli wykazani ani w Portalu Potencjału wg stanu na dzień 31 grudnia 2018 r. ani wg stanu na dzień 31 grudnia 2019 r.

(dowód: akta kontroli str. 1124-1125; 1180-1190; 1191-1195; 1487-1492)

Wg Wykazu Szpital zatrudniał 43 położne, w tym 25 ze specjalizacją w zakresie położnictwa. W Portalu Potencjału wg stanu na dzień 31 grudnia 2019 r. Szpital wykazał zatrudnienie w Oddziale 42 położnych, w tym cztery ze specjalizacją z zakresu pielęgniarstwa położniczego. Wg Ewidencji w lipcu 2019 r. pracę w Oddziale świadczyły 42 położne i dwie położne przebywały na zwolnieniu chorobowym. W tym miesiącu w Wykazie, jako zatrudnioną wykazano położną B.W., która nie była wykazana w Ewidencji. W Portalu Potencjału, wg stanu na dzień 31 grudnia 2018 r., nie ujęto czworo położnych, tj. M.D., M.B., D.P. oraz R.D., którzy świadczyli pracę w lipcu 2019 r., z kolei wykazano w nim pięcioro lekarzy: E.O., K.M., A.P., P.K., A.L., którzy nie świadczyli pracy w tym Oddziale w wybranych do kontroli miesiącach w latach 2017-2019. W Portalu Potencjału wg stanu na dzień 31 grudnia 2019 r. nie ujęto dwóch położnych, tj. M.D. i D.P., które świadczyły pracę w lipcu 2019 r., ujęto zaś B.B. – położną oraz pięć lekarek: J.Z., E.O., M.K., A.P. oraz K.G. nieświadczących pracy w lipcu 2019 r.

(dowód: akta kontroli str. 1124-1125; 1191-1195; 1196-1239)

W październiku 2019 r. wg Wykazu na podstawie umów o pracę w Oddziale zatrudnionych było dziewięcioro lekarzy, w tym sześcioro posiadało specjalizacje w dziedzinie położnictwa i ginekologii. Wg Ewidencji pracę w tym miesiącu świadczyło dziewięcioro lekarzy. Ponadto dyżury pełnili lekarze zatrudnieni na podstawie umów cywilno-prawnych, tj.: J.P., P.W., W.A., W.J., M.B. Dwaj ostatni lekarze nie byli wykazani ani w Portalu Potencjału wg stanu na dzień 31 grudnia 2018 r., ani wg stanu na dzień 31 grudnia 2019 r.

Wg Wykazu Szpital zatrudniał 47 położnych, w tym 26 ze specjalizacją z zakresu położnictwa. W Portalu Potencjału, wg stanu na dzień 31 grudnia 2019 r., Szpital wykazał zatrudnienie w Oddziale 42 położnych, w tym cztery ze specjalizacją z zakresu pielęgniarstwa położniczego. Wg Ewidencji w październiku 2019 r. pracę w Oddziale świadczyły 43 położne i dwie położne przebywały na zwolnieniu chorobowym.

W Wykazie nie ujęto dwóch położnych (M.D. i D.P.) świadczących pracę wg Ewidencji, z kolei ujęto w Wykazie jako zatrudnione cztery położne (M.P., G.Sz., B.W. oraz E.G.), które nie były wykazane w Portalu Potencjału wg stanów na dzień 31 grudnia 2018 i 2019 r. i nie świadczyły pracy w tym miesiącu w Oddziale.

(dowód: akta kontroli str. 1124-1125; 1191-1195; 1240-1286; 1487-1492)

Pani Katarzyna Krygowska, Zastępca Dyrektora ds. Ekonomicznych Szpitala wyjaśniła, że zgodnie z § 6 ust. 2 załącznika do rozporządzenia w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, Szpital starał się wprowadzać informacje o obsadzie kadrowej poszczególnych komórek organizacyjnych, jednak zgłoszenia nie objęły wszystkich zaistniałych zmian. W latach 2017-2019 dla umowy w rodzaju leczenie szpitalne, Szpital wygenerował w Portalu Świadczeniodawcy 208 wniosków o zmianę potencjału. Wnioski dotyczyły różnych oddziałów szpitalnych. Wykaz wniosków dostępny w Portalu Świadczeniodawcy zawiera ID zgłoszenia, typ umowy, kod umowy, okres obowiązywania umowy, status zgłoszenia, datę utworzenia i przekazania wniosku oraz szczegóły. Zakładka „szczegóły” dopiero po jej otwarciu umożliwia podgląd jakiej komórki organizacyjnej dotyczył wniosek a po kolejnym otwarciu – wgląd w treść wniosku, tj. jakich osób dotyczy i jakich okresów. Ze względu na to, że weryfikacja tak dużej liczby wniosków jest bardzo czasochłonna, wykonanie zadania w chwili obecnej jest bardzo trudne. Problemem jest ograniczenie liczby pracowników Szpitala wynikające z przyjętego procesu restrukturyzacji oraz bardzo duże obciążenie dodatkowymi czynnościami o charakterze pilnym a związanymi m.in. z organizacją udzielania świadczeń w czasie stanu epidemii COVID-19.

Wyjaśniamy, że zgłaszanie do NFZ zmian obsady kadrowej nie jest dokonywane w przypadku nieobecności personelu wynikającej z choroby, urlopu wypoczynkowego, urlopu bezpłatnego, zasiłku rehabilitacyjnego. W ograniczonym zakresie dokonywane są zgłoszenia dla personelu, który czasowo realizuje świadczenia w innej komórce np. oddelegowania, zastępstwa. Powodem jest bardzo duża liczba zmian, co stało się powodem odstąpienia przez NFZ generowania kolejnych załączników do umowy na leczenie szpitalne z danymi o potencjale. Pozostałe zgłoszenia są dokonywane w miarę możliwości czasowych. Z uwagi na to, że liczba personelu medycznego realizującego w Szpitalu usługi we wszystkich formach zatrudnienia (łącznie ze stażystami i rezydentami) wynosi ok. 1 000 osób, bieżące sporządzanie wniosków w dwóch systemach informatycznych, tj. najpierw w Portalu Potencjału a następnie poprzez tzw. aneksowanie, wymagałoby wydzielenia odrębnego stanowiska pracy. Dodatkowym problemem jest konieczność wraz z dokonaniem w systemie zgłoszenia, przekazania do NFZ dokumentów potwierdzających kwalifikacje personelu. Wielokrotnie zdarzają się bowiem sytuacje

niedotarcia do właściwego merytorycznie działu NFZ przesłanych dokumentów a tym samym odrzucenia wniosku w systemie i konieczności ponownej jego generacji wraz wysłaniem dokumentów.

W sytuacji minimalnej obsady kadrowej i wykonywania wielu innych zadań, pracownik odpowiedzialny za ww. zakres czynności jest zmuszony do wyznaczania priorytetów, kierując się znaczeniem zadania dla utrzymania prawidłowego funkcjonowania Szpitala. Wobec bardzo częstego nakładania się zadań, w pierwszej kolejności realizowane są te o bezpośrednim znaczeniu dla działalności leczniczej, dlatego zdarza się, że zgłoszenia dokonywane są z opóźnieniem a niektóre dane są aktualizowane dopiero podczas sporządzania oferty do NFZ w kolejnym konkursie.

Odnosząc się do pisma, dodatkowo informujemy, że sposób zgłaszania personelu pracującego w oddziale szpitalnym polega na podaniu średniego wymiaru czasu pracy, przy czym brak jest informacji czy jest to praca w ramach zatrudnienia etatowego czy też zatrudnienia kontraktowego tylko dla potrzeb zabezpieczenia dyżurów medycznych. Efektem jest zgłaszanie lekarza w wymiarze pełnego etatu (pomimo pełnienia przez niego również dyżurów) oraz lekarza kontraktowego, który pełni w oddziale wyłącznie dyżury i przyjmując średnią zadeklarowaną liczbę godzin. W przypadku personelu pełniącego dyżury niejednokrotnie zdarza się sytuacja zgłoszenia do NFZ lekarza, który dyżuruje tylko okazjonalnie w miarę swojego wolnego czasu lub w zastępstwie.

Przyjęty system kontraktowania świadczeń zdrowotnych jest szczególnie pracochłonny. Wprowadzone przepisy zobowiązują świadczeniodawców do angażowania coraz większych zasobów kadrowych i technicznych do wykonywania m.in. czynności sprawozdawczych, rozliczeniowych i dokumentujących zdarzenia. Spełnienie wszystkich wymogów wynikających z obowiązujących przepisów znacznie podwyższa koszty funkcjonowania Szpitala, dlatego przy niedostatecznym poziomie finansowania świadczeń niektóre z nich stają się istotniejsze a realizacja innych zostaje odłożona w czasie.

Mając świadomość zaistniałych nieprawidłowości informujemy, że Szpital doloży wszelkich starań aby proces aktualizacji danych personelu przebiegał zgodnie z rozporządzeniem w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

(dowód: akta kontroli str. 2123-2130)

W latach 2017-2020 w Szpitalu pracowało łącznie 20 anestezjologów, z tego troje było zatrudnionych na podstawie umów o pracę, a 17 na podstawie umów cywilnoprawnych.

W lipcu, październiku 2017 r. oraz w lipcu 2018 r. usługi medyczne w podstawowej ordynacji czasu pracy świadczyło odpowiednio 14 lekarzy anestezjologów, w październiku 2018 r. – 13, a w lipcu i październiku 2019 r. – 15. W analizowanych miesiącach 24 godzinne dyżury w dni wolne od pracy, niedziele i święta, jak i 12 – godzinne dyżury w dni robocze zabezpieczało troje lekarzy anestezjologów.

(dowód: akta kontroli str. 1287-1290; 1291-1305; 1344-1353; 1929-2016)

Dyrektor Szpitala określił minimalne normy zatrudnienia pielęgniarek i położnych, które dla Oddziału do dnia 2 kwietnia 2017 r. wyniosły – 43 etaty²⁰, zaś od dnia 3 kwietnia 2017 r. – 45 etatów.²¹

Do dnia 31 grudnia 2018 r. liczba łóżek ogółem w Oddziale, w tym jedno łóżko – stanowisko intensywnej opieki – wynosiła 54, od 1 stycznia 2019 r. liczbę łóżek

²⁰ Zarządzeniem nr 217/14 z dnia 4 lipca 2014 r. w sprawie wprowadzenia w Szpitalu Standardu S-12/09/O/NN Obsada pielęgniarska.

²¹ Zarządzeniem nr 90/17 z dnia 3 kwietnia 2017 r. w sprawie wprowadzenia w Szpitalu Standardu PN/1/2017 Obsada pielęgniarska.

ogółem zmniejszono do 35, w tym wydzielono jedno łóżko jako stanowisko intensywnej terapii.

(dowód: akta kontroli str. 486-530; 1911-1914)

4a. W zaktualizowanym na dzień 2 lutego 2018 r. programie naprawczym Szpitala (wykazie nakazów dla Oddziału, Izby Przyjęć oraz wszystkich oddziałów szpitalnych, w tym Oddziału) zapisano m.in., że:

- meble w gabinetach zabiegowych uniemożliwiają ich mycie oraz dezynfekcję,
- brak osobnego pomieszczenia przyjęć dla kobiet ciężarnych w Oddziale – zalecono przebudowę pomieszczeń, utworzenie Ginekologiczno-Położniczej Izby przyjęć,
- w pomieszczeniach łóżkowych, korytarzach komunikacyjnych na oddziałach szpitalnych oraz w zapleczach sanitarnych występują odstępstwa od obowiązujących przepisów, polegające na połączeniach ścian z posadzkami uniemożliwiających mycie i dezynfekcję i ubytki w posadzkach – zalecono wymianę posadzek,
- gabinety diagnostyczno-zabiegowe we wszystkich oddziałach nie spełniają wymogów sanitarno-epidemiologicznych – zalecono remont pomieszczeń wraz z montażem niezbędnej armatury sanitarnej,
- w Izbie Przyjęć Planowych brakowało wyposażenia łazienki w wózek-wannę – zalecono demontaż starej wanny i wyposażenie pomieszczenia łazienki w wózek-wannę.

Dla wszystkich ww. przedsięwzięć zapisano, iż są one w trakcie realizacji.

(dowód: akta kontroli str. 1306-1342)

Dyrektor Szpitala oświadczył, że w związku z realizacją programu naprawczego Szpital – w ramach pełnionego nadzoru – był kilkakrotnie wizytowany przez pracowników Urzędu Marszałkowskiego Województwa Podkarpackiego. W ich wyniku do Szpitala nie wpłynęły żadne dokumenty o charakterze wystąpień pokontrolnych. Szpital otrzymał natomiast polecenie przedstawienia pisemnych wyjaśnień, dotyczących stwierdzonych uwag oraz podjętych działań naprawczych. Przekazane uwagi nie odnosiły się do Oddziału, w szczególności jego struktury, zakresu prowadzonej działalności czy organizacji udzielania świadczeń.

(dowód: akta kontroli str. 1343; 1407-1437)

W protokole z dnia 18 października 2017 r. z kontroli przeprowadzonej przez pracowników Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Krośnie (PSSE) zapisano, że:

- w trakcie kontroli realizowano przebudowę pomieszczeń, m.in. Oddziału Ginekologicznego wraz z Traktem Porodowym,
- w dniu 8 września 2017 r. Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny w Krośnie (PPIS) zajął stanowisko, w którym nie zgłosił sprzeciwu, co do możliwości użytkowania Traktu Porodowego wraz z salą cięć cesarskich oraz odcinka patologii ciąży. Prace remontowe wykonano zgodnie z projektem, pomieszczenia odpowiadały wymogom higieniczno-sanitarnym, w tym przed wejściem do sali operacyjnej dla porodów rozwiązywanych cięciem cesarskim zapewniono pomieszczenie przygotowawcze dla personelu, wyposażone w dwa stanowiska chirurgicznego mycia rąk. Wskazano na brak pomieszczeń służy szatniowej dla personelu,
- w odniesieniu do realizacji nieprawidłowości wymienionych w protokole z kontroli kompleksowej z dnia 17 października 2016 r., w którym wskazano m.in. na uszkodzone powierzchnie łóżek porodowych w Oddziale, pęknięcia na szyciu, zniszczone i uszkodzone powierzchnie foteli w gabinetach diagnostyczno-zabiegowych Oddziału, co było naruszeniem § 27 pkt 1 rozporządzenia Ministra

Zdrowia z dnia 26 czerwca 2016 r.²², zapisano iż są one realizowane w ramach projektu *Regionalne Centrum Południowego Podkarpacia Kobieta i Dziecko – wysokospecjalistyczna opieka medyczna*.

Wyniki kontroli zawarte w protokole z dnia 9 listopada 2018 r. z kontroli przeprowadzonej przez pracowników PSSE poprzedzone zostały informacją, iż PPIS – na wniosek Szpitala – w dniu 29 grudnia 2017 r. wydał postanowienie (opinię), w której stwierdził, iż brak spełnienia wymagań określonych w programie dostosowawczym ma nieznaczny wpływ na bezpieczeństwo pacjentów w zakresie art. 1 pkt 7 ustawy o *Państwowej Inspekcji Sanitarnej*²³. Podstawą wydania opinii było niespełnienie wymagań dotyczących m.in. wymiany mebli w gabinetach zabiegowych Oddziału, trwająca przebudowa pomieszczeń Oddziału Położnictwa i Neonatologii. Stan techniczno-sanitarny Oddziału oceniono jako dobry, w gabinecie diagnostyczno-zabiegowym należało wymienić powierzchnię podłogi na gładką i łatwo zmywalną, umożliwiającą jej mycie i dezynfekcję. Stan techniczny oraz bieżący stan sanitarno-porządkowy Oddziału nie budził zastrzeżeń.

W protokole z kontroli z dnia 15 listopada 2019 r. pracownicy PSSE zapisali m.in., że zrealizowano: wymianę mebli w gabinetach zabiegowych Oddziału, Izbę Przyjęć Planowych wyposażono w wózek-wannę.

(dowód: akta kontroli str.1354-1406)

4b. Instalacje i urządzenia wentylacji mechanicznej pomieszczeń Oddziału były poddawane okresowym przeglądom. Pomiary przeprowadzono 29 maja i 29 listopada oraz w grudniu 2017 r., 25 maja i 29 listopada 2018 r., a także 30 maja i 25 listopada 2019 r. W sporządzonych protokołach z prób skuteczności wentylacji mechanicznej wskazywano, że pomiary zostały wykonane zgodnie z warunkami wykonania odbioru oraz obowiązującymi normami i przepisami, a wentylacja działa poprawnie i nadaje się do dalszej eksploatacji.

(dowód: akta kontroli str. 1438-1486; 1904-1910)

Wg danych z Portalu Potencjału – na dzień 31 grudnia 2019 r. Szpital dysponował 15 kardiomonitorami, dwoma kolposkopami, 14 kardiokardiografami (aparatami KTG), dwoma aparatami USG oraz jednym laparoskopem i jednym histeroskopem:

- spośród 15 kardiomonitorów każdy corocznie został poddany przeglądom, z tego: 10 z nich (NIHON KOHDEN) było sprawdzanych przez pracowników Sekcji Naprawy Sprzętu Medycznego Szpitala, zapisy w paszportach urządzeń w 2017 r. i 2018 r.: *Przegląd funkcjonalny i BHP. Kardiomonitor sprawny, następnym grudzień 2018 r.*; w 2019 r. zapis ten brzmiał: *Przegląd i badanie techniczne. Kontrola funkcjonalna i BHP/Kontrola parametrów. Testy bezpieczeństwa. Aparat sprawny. Następnym badanie 6 grudnia 2020 r.* Instalację i pierwsze uruchomienie ww. kardiomonitorów oraz pierwsze przeglądy techniczne wykonał przedstawiciel firmy zewnętrznej. Przeglądy techniczne pięciu kardiomonitorów (PHILIPS), zakupionych w listopadzie 2017 r., dokonywali inżynierowie serwisu bądź specjaliści ds. serwisu, przedstawiciele firmy zewnętrznej,
- spośród 14 kardiokardiografów każdy został poddany przeglądom, z tego: 10 z nich (wprowadzonych do eksploatacji w listopadzie 2017 r., przegląd wymagany co dwa lata) zostało zainstalowanych przez przedstawiciela firmy zewnętrznej. Przeglądy i badania techniczne w październiku 2019 r. wykonał kierownik Sekcji Naprawy Sprzętu Medycznego Szpitala. Pozostałe cztery aparaty KTG były corocznie sprawdzone przez pracowników ww. Sekcji,
- przeglądy aparatów USG przeprowadzili przedstawiciele firmy zewnętrznej, w paszportach wpisano: *wykonano okresowy przegląd techniczny zgodnie*

²²w sprawie szczegółowych wymagań jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą, Dz. U. z 2012 r., poz. 739.

²³ z dnia 14 marca 1985 r., Dz.U. z 2017 r., poz. 1261, ze zm.

z dokumentacją serwisową producenta. System sprawny technicznie oraz daty następných przeglądów,

- kolposkop firmy Optomic wprowadzony do eksploatacji w kwietniu 2018 r. uruchomiony został przez przedstawiciela firmy zewnętrznej, następny przegląd funkcjonalny i bhp (2018 r.) oraz badanie techniczne (2019 r.) przeprowadzili konserwatorzy urządzeń technicznych z Sekcji Naprawy Sprzętu Medycznego Szpitala,
- zestaw videolaparoskopowy (producent Stryker) – w latach 2014 i 2015 przeglądy przeprowadzili serwisanci firmy zewnętrznej. Od 2016 r. coroczne przeglądy wykonywali pracownicy Sekcji Naprawy Sprzętu Medycznego Szpitala,
- histeroskop – przeglądy okresowe w listopadzie każdego roku dokonywane przez firmę zewnętrzną.

(dowód: akta kontroli str. 1194-1195; 1493-1615; 1892-1903; 2131-2142)

5. W lipcu i październiku w latach 2017-2019 wystąpiły przypadki świadczenia pracy przez troje lekarzy zatrudnionych w Szpitalu na podstawie umów o pracę oraz pełniących dyżury w ramach umów²⁴ zawartych między dyrektorem Szpitala i NZOZ /.../ oraz Centrum Medycznym /.../, a także dwóch lekarzy zatrudnionych na podstawie umów cywilnoprawnych²⁵, nieprzerwanie przez długi okres, przekraczający nawet 24 godziny. W wybranych do próby kontrolnej miesiącach w ww. latach, wystąpiły 64 przypadki świadczenia pracy bez odpoczynku ponad 24 godziny, z tego:

- przez dwóch lekarzy zatrudnionych na umowy cywilnoprawne przez okres 40 godzin 25 minut – dwa przypadki, oraz
- przez troje lekarzy zatrudnionych w Szpitalu na podstawie umów o pracę oraz pełniących dyżury w ramach tzw. umów kontraktowych:
 - przez okres 31 godzin 35 minut – 34 przypadki,
 - przez okres 27 godzin 30 minut – dziewięć przypadków,
 - przez okres 27 godzin – pięć przypadków,
 - przez okres 26 godzin 30 minut – jeden przypadek,
 - przez okres 25 godzin 30 minut – jeden przypadek,
 - przez okres 25 godzin – 12 przypadków.

Nie stwierdzono przypadków świadczenia pracy ponad 24 godziny przez lekarzy zatrudnionych wyłącznie na podstawie umów o pracę. Troje lekarzy po pracy przez 7 godzin 35 minut na podstawie umów o pracę, pełniło dyżury medyczne przez 16 godzin 25 minut na podstawie umów kontraktowych i następnie, bez przerwy na odpoczynek, na podstawie umów o pracę, realizowali ją jeszcze w wymiarze od 1 godziny do 7 godzin 35 minut, bądź po 24 godzinnym dyżurze wykonywanym na podstawie umów kontraktowych udzielali świadczeń na podstawie umowy o pracę nawet przez 7 godzin 35 minut.

(dowód: akta kontroli str. 927-936; 982-991; 1068-1076; 1128-1136; 1182-1190; 1242-1251; 1923-1928; 2017-2055; 2056-2112)

W lipcu i październiku w latach 2017-2019 w czasie podstawowej ordynacji czasu pracy od 7³⁰ do 15⁰⁵ opiekę lekarską – za wyjątkiem 6 lipca 2018 r. – zapewniało co najmniej dwóch lekarzy specjalistów. W dni wolne od pracy 24 godzinny dyżur oraz dyżury w dni robocze od 15⁰⁵ do 7³⁰ (16 godzin 25 minut) – poza dyżurem w dniu

²⁴ NK//17/2016 z dnia 22 marca 2016 r.; NK//K/45/2018 z dnia 27 marca 2018 r.; NK//K/138/2018 z dnia 31 grudnia 2018 r.; NK//K/14/2019 z dnia 8 marca 2019 r.; NK//K/78/2019 z dnia 28 czerwca 2019 r. o udzielenie zamówienia na świadczenia lekarskie w Oddziale Ginekologiczno-Położniczym poza godzinami normalnej ordynacji lekarskiej – dyżur medyczny stacjonarny.

²⁵ Lekarz M.B.; NK//K/107/2016 z dnia 7 grudnia 2016 r.; NK//K/116/2017 z dnia 21 grudnia 2017 r.; NK//K/135/2018 z dnia 31 grudnia 2018 r.; lekarz W.J.; NK//K/106/2016 z dnia 7 grudnia 2016 r.; NK//K/117/2017 z dnia 21 grudnia 2017 r.; NK//K/134/2018 z dnia 31 grudnia 2018 r. o udzielenie zamówienia na świadczenia lekarskie w Oddziale Ginekologiczno-Położniczym – dyżur medyczny stacjonarny.

14 października 2019 r., który pełniła jedna lekarka – zapewniało dwóch lekarzy, w tym co najmniej jeden z tytułem specjalisty w zakresie położnictwa i ginekologii.

(dowód: akta kontroli str. 927-936; 982-991; 1068-1076; 1128-1136; 1182-1190; 1242-1251)

Zgodnie z art. 97 *ustawy o działalności leczniczej* 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.

W przypadkach udzielania świadczeń w wymiarze przekraczającym 24 godziny przez lekarzy zatrudnionych w ramach umów cywilnoprawnych nie mają zastosowania przepisy *ustawy o działalności leczniczej*, określające normy i wymiar czasu pracy w podmiotach leczniczych oraz okres odpoczynku pracowników.

Zastępca Dyrektora ds. Ekonomicznych Szpitala wyjaśniła, że w latach 2017-2019 Szpital udzielił zamówienia na świadczenia zdrowotne w zakresie pełnienia dyżurów medycznych w Oddziale podmiotom zewnętrznym, wobec niewystarczającej kadry lekarskiej oraz braku lekarzy specjalistów na rynku pracy. Według zawartych umów – za dobór personelu lekarskiego do pełnienia dyżurów medycznych w danym miesiącu odpowiedzialny był podmiot zewnętrzny, zgodnie z zapotrzebowaniem złożonym przez Szpital.

Personel lekarski wytypowany przez podmiot zewnętrzny do pełnienia dyżurów medycznych pełnił je na podstawie umów cywilnoprawnych, zawartych z tym podmiotem. Tak więc to sami lekarze ustalali swój harmonogram z podmiotem zewnętrznym.

Wskazać także należy, że dyżur medyczny w Oddziale, zarówno w dni powszednie (od 15⁰⁵ do 7³⁰ dnia następnego), jak i w sobotę, niedzielę, święta i dni wolne od pracy (od 7³⁰ do 7³⁰ dnia następnego), jest zabezpieczany przez dwóch lekarzy. Natomiast świadczenia medyczne w godzinach normalnej ordynacji lekarskiej są zabezpieczone, przez co najmniej trzech lekarzy, nie wliczając w to lekarzy pełniących dyżury.

Wobec powyższego, pomimo braku przerw w wykonywaniu świadczeń lekarskich, praca wykonywana była rzetelnie, jak również zapewnione było bezpieczeństwo pacjentek przebywających w Oddziale.

(dowód: akta kontroli str. 2113-2120)

6. Kontrole przeprowadzone w Szpitalu w latach 2017-2020²⁶ przez inne organy nie dotyczyły bezpośrednio opieki na pacjentkami, które poroniły, urodziły martwe dziecko lub którym dziecko zmarło krótko po porodzie.

W 2018 r. POW NFZ przeprowadził kontrolę dotyczącą realizacji i rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej w ramach umowy o *udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne wybranych grup JGP związanych z porodem* w 2016 r. Zakres przedmiotowy kontroli obejmował weryfikację prawidłowości realizacji umowy w obszarze:

- 1) prawidłowości rozliczenia udzielanych świadczeń zdrowotnych poprzez porównanie zgodności danych przekazywanych w raportach statystycznych z wpisami w dokumentacji medycznej świadczeń sprawozdanych i rozliczonych grupami z katalogu JGP,
- 2) prawidłowości i rzetelności prowadzenia dokumentacji medycznej zgodnie z obowiązującymi przepisami.

Skontrolowana działalność pod względem prawidłowości rozliczania świadczeń zdrowotnych została oceniona pozytywnie z nieprawidłowościami, zaś pod

²⁶ Do dnia 4 lutego 2020 r.

względem prawidłowości i rzetelności prowadzenia dokumentacji medycznej – negatywnie.

W trakcie kontroli stwierdzono m.in. niezgodności danych sprawozdanych do NFZ z wpisami w dokumentacji medycznej, skutkujące zmianą wartości rozliczenia; braki w historiach chorób *Kart obserwacji porodu*; braki odpowiednich zapisów lub błędy w *Kartach statystycznych* i w *Kartach informacyjnych z leczenia szpitalnego* oraz sporządzanie dokumentacji medycznej niezgodnie z obowiązującymi przepisami, w szczególności w związku z jej nieczytelnością, brakiem podpisów i pieczętek lekarzy, brakiem zapisów dotyczących rozpoznań końcowych, stosowanego leczenia i wykonanych procedur.

W związku ze stwierdzonymi nieprawidłowościami zalecono: dostosowanie dokumentacji medycznej do obowiązujących przepisów oraz dokonanie korekty sprawozdania finansowego i rzeczowego za 2016 r. i prawidłowe zakwalifikowanie zakończonej hospitalizacji do właściwej grupy JGP zgodnie z wykonanymi świadczeniami.

W odpowiedzi na wystąpienie pokontrolne Szpital zwrócił się z prośbą do NFZ o odblokowanie umowy w celu dokonania korekty zakwestionowanych świadczeń.

(dowód: akta kontroli str. 409-420)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

1. W załącznikach nr 2 *Harmonogram – zasoby* do umów na udzielanie świadczeń medycznych wykazywano personel medyczny, który w kontrolowanych miesiącach nie świadczył pracy w Oddziale. Z kolei wg *miesięcznych ewidencji wykonanych dyżurów* i *miesięcznych ewidencji czasu pracy*, pracę świadczyli zarówno lekarze jak i położne niewykazani w cyt. załącznikach nr 2 do umów. Szpital nieterminowo zgłaszał do POW NFZ zmiany w harmonogramie pracy personelu medycznego, bądź nie zgłosił ich w ogóle. Stanowiło to naruszenie § 6 ust. 1 i 2 załącznika do rozporządzenia w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

(dowód: akta kontroli str. 256-422; 913)

2. W latach 2017-2019 w lipcu i październiku – troje lekarzy zatrudnionych na podstawie umów o pracę, których przedmiotem było udzielanie świadczeń w czasie normalnej ordynacji czasu pracy, a także na podstawie umów kontraktowych na pełnienie dyżurów medycznych stacjonarnych poza godzinami normalnej ordynacji lekarskiej oraz dwóch – zatrudnionych na podstawie umów cywilnoprawnych, udzielało świadczeń zdrowotnych bez przerwy przez ponad 24 godziny. Żaden z lekarzy, niezależnie od formy zatrudnienia, nie miał zapewnionego odpoczynku bezpośrednio po dyżurze medycznym. Taka sytuacja w kontrolowanych miesiącach wystąpiła łącznie 64 razy.

(dowód: akta kontroli str. 927-936; 982-991; 1068-1076; 1128-1136; 1182-1190; 1242-1251; 1923-1928)

OCENA CZĄSTKOWA

Obsada osobowa w Oddziale była zgodna z wymogami wynikającymi z przepisów prawa dla podmiotu posiadającego drugi poziom referencyjny. Zapewniono zarówno odpowiednią liczbę wykwalifikowanych lekarzy i położnych oraz stałą obecność lekarzy anestezjologów w lokalizacji, w tym także w dni wolne od pracy.

Oddział był wyposażony w wymagany sprzęt i aparaturę medyczną dla Oddziału z drugim stopniem referencyjności. Był on terminowo serwisowany przez uprawnione podmioty oraz posiadał aktualne badania techniczne dopuszczające go do użytku.

Zadania Oddziału zostały wpisane do regulaminu organizacyjnego Szpitala, jednak szczegółowych uregulowań, odnoszących się do sposobu sprawowania opieki nad pacjentkami, które poroniły, urodziły martwe dziecko lub którym dziecko zmarło krótko po porodzie, nie zdefiniowano ani w Statucie, ani w cyt. regulaminie. W Szpitalu dostrzeżono konieczność ich określenia i obecnie trwają prace dotyczące wprowadzenia stosownych uregulowań do ww. dokumentów.

Szpital nie realizował obowiązków wynikających z przepisu § 6 ust. 1 i 2 załącznika do rozporządzenia w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Nieterminowo zgłaszał do POW NFZ zmiany w harmonogramie pracy personelu medycznego lub nie zgłaszał ich w ogóle. Mimo stwierdzonych naruszeń ww. przepisów, nieprawidłowości te nie miały wpływu na jakość sprawowanej opieki nad pacjentkami doznającymi niepowodzeń położniczych.

Udzielanie świadczeń w wymiarze przekraczającym 24 godziny bez odpoczynku przez troje lekarzy zatrudnionych zarówno na podstawie umów o pracę jak i w ramach tzw. umów kontraktowych, zawartych z innym podmiotem medycznym spowodowało, że przepis art. 97 ust. 1 i 2 ustawy o działalności leczniczej nie był stosowany.

Analiza czasu pracy dwóch lekarzy ginekologów zatrudnionych wyłącznie na podstawie umów cywilnoprawnych wykazała, że w dwóch przypadkach pracowali oni bez odpoczynku w wymiarze przekraczającym 24 godziny. W tych przypadkach nie mają zastosowania przepisy ustawy o działalności leczniczej, określające normy i wymiar czasu pracy w podmiotach leczniczych oraz okres odpoczynku pracowników.

W ocenie NIK, skala udzielania świadczeń zdrowotnych przez lekarzy nieprzerwanie w tak dużym wymiarze godzin może budzić uzasadnione wątpliwości co do zapewnienia bezpieczeństwa pacjentów i samych lekarzy.

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

Opis stanu faktycznego

1., 2. W Szpitalu nie określono w formie pisemnej wskaźników opieki okołoporodowej, które pozwalałyby na pełną i systematyczną analizę opieki okołoporodowej w szczególności w obszarach problematycznych, w tym nie zdefiniowano obszarów problematycznych oraz nie przejęto poziomu rzeczywistego i pożądanego.

(dowód: akta kontroli str. 421-438)

W regulaminie organizacyjnym Szpitala nie określono sposobu realizacji oraz dokumentowania działań dotyczących ustalania i monitorowania wskaźników opieki okołoporodowej.

(dowód: akta kontroli str. 84-308)

Według ust. 2 części I Standardu organizacyjnego opieki zdrowotnej w podmiotach wykonujących działalność leczniczą udzielających świadczeń zdrowotnych w zakresie opieki okołoporodowej – stanowiącego załącznik do rozporządzenia w sprawie standardu z 2018 r. – podmioty wykonujące działalność leczniczą udzielające świadczeń zdrowotnych w zakresie opieki okołoporodowej ustalają wskaźniki tej opieki i monitorują je, nie rzadziej niż raz w roku, kierując się ograniczaniem interwencji medycznych wskazanych w ust. 1²⁷ oraz oceną satysfakcji kobiet objętych opieką. Sposób realizacji oraz dokumentowanie działań

²⁷ Tj.: amniotomii (tj. przebicia pęcherza płodowego), indukcji porodu, stymulacji czynności skurczowej, podawania opioidów, nacięcia krocza, cięcia cesarskiego oraz podania noworodkowi mleka modyfikowanego.

dotyczących ustalania i monitorowania wskaźników opieki okołoporodowej powinien określać – zgodnie z ust. 3 części I standardu – regulamin organizacyjny podmiotu wykonującego działalność leczniczą.

Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że w Szpitalu zostały opracowane i są prowadzone wskaźniki opieki okołoporodowej. Analizy są prowadzone w Oddziale na potrzeby Oddziału, zgodnie z wytycznymi kierownictwa Oddziału. Do chwili obecnej nie zostały ujęte w dokumentach Szpitala w postaci regulaminu, procedury, zarządzenia.

Jako dowód na opracowanie ww. wskaźników Dyrektor przedłożył dokument pt. *Analizy dotyczące opieki okołoporodowej prowadzone w Oddziale*, wyszczególniając w nim: analizę pierwszorazowych porodów; liczby: porodów pierwszorazowych zakończonych cięciem cesarskim, cięć cesarskich po przebytych wcześniej cięciu cesarskim, porodów siłami natury po przebytych cięciu cesarskim, porodów rodzinnych, porodów naturalnych z ręcznym wydobyciem łożyska, porodów naturalnych zakończonych wyłyżeczkowaniem jamy macicy, nacięć krocza w porodzie drogami natury, pęknięć krocza w porodzie drogami natury oraz obrażeń szyjki macicy podczas porodu naturalnego zakończonych szykiem macicy.

Powyższe dane statystyczne gromadzone były w latach 2017-2019 na koniec każdego miesiąca.

(dowód: akta kontroli str. 421-438; 483-485)

3. Wewnętrzne zasady dotyczące opieki nad pacjentkami w sytuacjach niepowodzeń położniczych, w tym ich umieszczania w oddzielnych salach Oddziału zostały opisane w pierwszym punkcie pierwszego obszaru oraz dziesiątym drugiego obszaru niniejszego wystąpienia pokontrolnego.

Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że w Szpitalu nie opracowano dotychczas pisemnie wewnętrznych zasad postępowania dla personelu medycznego dotyczących opieki nad pacjentkami, które poroniły, urodziły martwe dziecko lub dziecko, które zmarło wkrótce po porodzie. Natomiast prowadzone były wewnętrzne szkolenia personelu dla położnych w ww. zakresie. Ponadto decyzją kierownika Oddziału wprowadzono zasady określające rozmieszczenie pacjentek w poszczególnych salach w sposób pozwalający na zachowanie intymności w sytuacji stresu w wyniku straty dziecka, które są na bieżąco stosowane.

(dowód: akta kontroli str. 421-438)

Kierownik Oddziału wyjaśnił, że w Szpitalu od 2016 r. obowiązuje Procedura. Personel Oddziału realizuje swoje zadania w oparciu o standardy organizacyjne opieki okołoporodowej wprowadzone rozporządzeniem Ministra Zdrowia. Ze standardami został zapoznany cały personel Oddziału. Personel odbywał również szkolenia w ww. zakresie. Opiekę nad pacjentkami, które poroniły, urodziły martwe dziecko lub którym dziecko zmarło krótko po porodzie sprawowano zgodnie z wytycznymi Kierownika Oddziału oraz Położnej Oddziałowej, które zostały przekazane ustnie personelowi Oddziału. Dodatkowo korzystano z wiedzy nabytej w trakcie szkoleń wewnętrznych personelu, m.in. o tematyce opieki okołoporodowej zgodnej ze standardem organizacyjnym opieki okołoporodowej, uprawnień przysługujących kobietom w ramach ustawy „Za życiem”, depresji poporodowej, postępowania z pacjentką po stracie dziecka, roli położnej w informowaniu o poronieniu i śmierci okołoporodowej.

(dowód: akta kontroli str. 439-442)

4., 5., 6. Personel Oddziału został właściwie przygotowany do opieki nad pacjentkami, które doświadczyły poronień, urodziły martwe dziecko lub dziecko zmarło wkrótce po porodzie, poprzez zapewnienie mu udziału w szkoleniach

i konferencjach oraz zapoznanie z – opracowanymi przez Wojewodę Podkarpackiego – rekomendacjami.

W planach szkoleń zewnętrznych dla położnych i lekarzy na lata 2017-2019 ujęto m.in.:

- Ogólnopolski Zjazd Położniczo-Neonatologiczno-Pediatryczny (kwiecień 2018 r. i marzec 2019 r.),

- Kongres Położnych (listopad 2018 r., maj i listopad 2019 r.),

- szkolenie dla położnych dotyczące opieki okołoporodowej (luty 2019 r.).

W planach szkoleń wewnętrznych ujęto m.in. tematykę dotyczącą:

- standardu leczenia bólu porodowego (luty 2017 r. – dla położnych)²⁸,

- porodu przedwczesnego (luty 2017 r. – dla lekarzy),

- zasad postępowania w przypadku przedwczesnego pęknięcia błon płodowych (grudzień 2017 r. – dla lekarzy),

- tokolizy w porodzie przedwczesnym (styczeń 2018 r. – dla lekarzy),

- stanów zagrożenia życia u kobiet ciężarnych (maj 2018 r. – dla położnych)²⁹,

- leczenia bólu pooperacyjnego (wrzesień 2018 r. – dla położnych),

- postępowania z pacjentką w przypadku przedwczesnego odpłynięcia płynu owodniowego (październik 2018 r. – dla położnych)³⁰.

(dowód: akta kontroli str. 631-640; 754-755)

W latach 2017-2019 lekarze z Oddziału uczestniczyli w 37 szkoleniach zewnętrznych, dotyczących m.in.: standardów postępowania w położnictwie i ginekologii; aktualnych problemów perinatologii, ginekologii i położnictwa; diagnostyki wad wrodzonych płodu oraz diagnostyki prenatalnej. W szkoleniach tych uczestniczyło łącznie 56 lekarzy.

Położone z tego Oddziału uczestniczyły łącznie w 32 szkoleniach, których tematem były m.in.: współczesne zagrożenia epidemiologiczne; zasady przyjmowania, realizacji i dokumentowania zleceń lekarskich; problemy opieki pielęgniarskiej na tle realizowanych zmian systemowych w ochronie zdrowia, resuscytacja krążeniowo-oddechowa oraz krwiodawstwo i krwiolecznictwo. W szkoleniach tych uczestniczyło łącznie 147 położnych.

(dowód: akta kontroli str. 325-376; 378-381)

Łączna kwota wydatków poniesionych przez Szpital w latach 2017-2019 na szkolenia wynosiła 258 463,68 zł³¹, na szkolenia w Oddziale – 31 911,97 zł³², na szkolenia w Oddziale dotyczące standardów opieki okołoporodowej – 22 500 zł³³.

(dowód: akta kontroli str. 325-326; 357-358; 679)

Lekarze³⁴ i położne³⁵ Oddziału uczestniczyli w nw. szkoleniach i sympozyjach, które dotyczyły standardów opieki okołoporodowej, opieki nad pacjentkami, które poroniły, urodziły martwe dziecko lub którym dziecko zmarło krótko po porodzie:

A) 14 zewnętrznych³⁶:

a) w 2017 r.:

- w IV Podkarpackim Kongresie Położnych, jedna położna,

²⁸ Nie odbyło się.

²⁹ Nie odbyło się.

³⁰ Nie odbyło się.

³¹ W 2017 r. – 69 968,79 zł, w 2018 r. – 78 495,20 zł, w 2019 r. – 109 999,69 zł.

³² W 2017 r. – 3 224,67 zł, w 2018 r. – 900 zł, w 2019 r. – 27 777,30 zł.

³³ W 2019 r. – 22 500 zł.

³⁴ Łącznie 51.

³⁵ Łącznie 129.

³⁶ W dniu 6 maja 2016 r. szkolenie pn. *Standard opieki okołoporodowej – odpowiedzialność zawodowa położnej* w ramach II Podkarpackiego Kongresu Położnych.

- w szkoleniu pn. *Standardy postępowania w położnictwie i ginekologii* w ramach Forum Ginekologii i Perinatologii Praktycznej, dwóch lekarzy,
- w sympozjum *Aktualne problemy perinatologii*, jeden lekarz,
- w szkoleniu pn. *Ginekologia i położnictwo 2017 r.* w ramach XIV Konferencji Szkoleniowej, trzech lekarzy,

b) w 2018 r.:

- w szkoleniu pn. *Standard opieki okołoporodowej – postępowanie z pacjentką z depresją w ciąży, porodzie i po porodzie* w ramach VI Podkarpackiego Kongresu Położnych, jedna położna,
- w szkoleniu pn. *Psychologia relacji położnej z pacjentką i jej rodziną. Zaangażowanie pracowników jako ważny element wpływający na efektywność i jakość opieki zdrowotnej. Zadania położnej w opiece okołoporodowej zgodne z najnowszymi standardami* w ramach VII Podkarpackiego Kongresu Położnych, trzy położne,
- w szkoleniu pn. *Medycyna, prawo i etyka w opiece nad matką i dzieckiem* w ramach XII Ogólnopolskiego Zjazdu Położniczo-Neonatologiczno-Pediatrycznego, sześć położnych,
- w szkoleniu pn. *Ginekologia i położnictwo 2018 r.* w ramach XV Konferencji Szkoleniowej, czterech lekarzy,

c) w 2019 r.:

- w szkoleniu pn. *Standardy pracy położnej. Zadania położnej w opiece nad matką i dzieckiem* w ramach I Konferencji dla położnych, jedna położna,
- w szkoleniu pn. *Położne kobiet – siła w porozumieniu*, jedna położna,
- w XI Sympozjum *Aktualne problemy perinatologii*, dwóch lekarzy,
- w szkoleniu pn. *Ginekologia i położnictwo 2019 r.* w ramach XVI Konferencji Szkoleniowej, trzech lekarzy,
- w szkoleniu pn. *Pielęgniarstwo anestezyjologiczne i intensywnej opieki w położnictwie i ginekologii*, 15 położnych,
- w szkoleniu pn. *Leczenie bólu.pl. – Ból ostry i przewlekły. Ostry ból pooperacyjny, Ból przewlekły*, 16 położnych.

B) ośmiu wewnątrzdziałowych:

a) w 2017 r.:

- w szkoleniu pn. *Poród przedwczesny (postępowanie diagnostyczno-terapeutyczne)*, dziewięciu lekarzy,
- w szkoleniu pn. *Uprawnienia przysługujące kobietom w ramach ustawy „Za życiem”*, 16 położnych,
- w szkoleniu pn. *Znieczulenie przewodowe w przebiegu porodu oraz PROM – zasady postępowania*, 10 lekarzy,

b) w 2018 r.:

- w szkoleniu pn. *Tokoliza w porodzie przedwczesnym*, dziewięciu lekarzy,
- w szkoleniu pn. *Rola położnej w zwalczaniu bólu pooperacyjnego*, 23 położne,

c) w 2019 r.:

- w szkoleniu pn. *Jak informować o poronieniu i śmierci okołoporodowej – rola położnej*, 16 położnych,
- w szkoleniu pn. *Realizacja standardu opieki okołoporodowej. Postępowanie z pacjentką po stracie dziecka w Oddziale Ginekologiczno-Położniczym*, ośmiu lekarzy i 13 położnych,
- w szkoleniu pn. *Depresja poporodowa*, 17 położnych.

(dowód: akta kontroli str. 325-381; 741-752; 755-756)

Personel Oddziału został zapoznany z rekomendacjami Wojewody Podkarpackiego, szczególnie opisanymi w pierwszym punkcie pierwszego obszaru niniejszego wystąpienia pokontrolnego.

(dowód: akta kontroli str. 765-767; 889)

Kierownik Oddziału wyjaśnił, że mechanizmy sprawdzające przygotowanie personelu medycznego do sprawowania opieki nad pacjentkami Oddziału to anonimowa ankieta satysfakcji z pobytu w Oddziale. Sugestie pacjentek dotyczące sprawowania opieki na bieżąco były przedstawiane przez Pełnomocnika ds. Praw Pacjenta do weryfikacji i realizacji w Oddziale.

(dowód: akta kontroli str. 765-767)

Szczegółowa analiza ww. ankiet satysfakcji została przedstawiona w punkcie dziewiątym trzeciego obszaru niniejszego wystąpienia pokontrolnego.

7., 8. W latach 2017-2020 położne i lekarze Oddziału nie otrzymali wsparcia dotyczącego radzenia sobie ze stresem. Bieżące problemy w tym zakresie rozwiązywano we własnym zakresie.

W planie szkoleń zewnętrznych położnych Oddziału na 2017 r. ujęto szkolenie pn. *Wypalenie zawodowe – przeciwdziałanie*, zaś w planie szkoleń wewnętrznych na 2019 r. szkolenie pn. *Wypalenie zawodowe*. Szkolenia te nie odbyły się. W zamian za ww. szkolenie wewnętrzne zorganizowano szkolenie pn. *Jak informować o poronieniu i śmierci okołoporodowej*. Szkoleń w zakresie wsparcia dotyczącego radzenia sobie ze stresem nie planowano i nie realizowano dla lekarzy Oddziału.

(dowód: akta kontroli str. 325-381; 631-641; 754)

Kierownik Oddziału wyjaśnił, że szkolenie wewnętrzne pn. *Wypalenie zawodowe*, zaplanowane na 2019 r., nie odbyło się z uwagi na fakt remontu Oddziału z doposażeniem w sprzęt i koniecznością odbywania licznych szkoleń z obsługi nowego sprzętu.

(dowód: akta kontroli str. 765-767)

Zastępca Dyrektora ds. Ekonomicznych Szpitala wyjaśniła, że powodem przesunięcia na termin późniejszy szkolenia zewnętrznego pn. *Wypalenie zawodowe-przeciwdziałanie*, ujętego w planie szkoleń, była realizacja projektu *Regionalne Centrum Południowego Podkarpacia Kobieta i Dziecko*. Z uwagi na zwiększone obciążenie personelu zmianą organizacji pracy Oddziału w trakcie realizacji inwestycji, wymianą wyposażenia oraz uczestnictwem w szkoleniach związanych z obsługą nowego sprzętu, szkolenie zostało przesunięte na inny termin.

(dowód: akta kontroli str. 892-894)

Siedem położnych Oddziału³⁷ wskazało, że w latach 2017-2020, nie udzielano im profesjonalnego wsparcia dotyczącego radzenia sobie ze stresem w związku z opieką nad pacjentkami, które poroniły, urodziły martwe dziecko lub dziecko zmarło wkrótce po porodzie.

Sześć z nich brało udział w 2018 r. w VII Podkarpackim Kongresie Położnych, gdzie zajmowano się m.in. *psychologią relacji położnej z pacjentką i jej rodziną w sytuacjach szczególnych*, w tym jedna także w szkoleniu pt. *Standard opieki okołoporodowej – odpowiedzialność położnej oraz pt. Wybrane choroby i zaburzenia rozwoju u dzieci – przyczyny, profilaktyka i leczenie. Rola i zadania pielęgniarki i położnej*, w warsztatach radzenia sobie ze stresem, wypaleniem zawodowym.

Żadna z siedmiu położnych nie zgłaszała potrzeb w tym zakresie i nie składała wniosku o udział w szkoleniu zewnętrznym, mimo umożliwienia przez Dyrektora uczestnictwa w szkoleniach.

³⁷ Wszystkie, od których pobrano wyjaśnienia w przedmiotowej kwestii.

Położna Oddziałowa w planie szkoleń wewnątrzszkolowych na 2017 r. wskazała na potrzebę przeprowadzenia szkolenia z zakresu wypalenia zawodowego i przeciwdziałania temu wypaleniu. Wszystkie położne potwierdziły, że w Oddziale realizowane były szkolenia wewnętrzne dotyczące „wsparcia we własnym zakresie”. Na pytanie, czy oferowano położnym możliwość uzyskania pomocy w zakresie radzenia sobie ze stresem, a jeżeli tak to kto, w jakim zakresie, formie, kiedy (w jakich okolicznościach) nie udzieliły bezpośredniej odpowiedzi, wskazując na możliwość udziału w szkoleniach na podstawie złożonego wniosku.

Nie udzieliły również odpowiedzi, na pytanie czy działania w Szpitalu w ww. zakresie są właściwe i wystarczające.

W związku z pytaniem, czy istnieje potrzeba doskonalenia zawodowego (np. w formie warsztatów, superwizji) w związku z pracą z pacjentkami, które poroniły, urodziły martwe dziecko lub dziecko zmarło wkrótce po porodzie podały, że ich zdaniem doskonalenie zawodowe realizowane w ramach szkoleń wewnętrznych i zewnętrznych jest wystarczające.

W zakresie trudności, które występują w pracy z pacjentkami doświadczającymi niepowodzeń położniczych położne wskazały na brak zapewnienia możliwości spotkania z psychologiem w dni wolne od pracy, niedziele i święta, w tym trzy – także w godzinach popołudniowych.

Sześć położnych podało, że powinny mieć możliwości wsparcia w celu przeciwdziałania wypaleniu zawodowemu.

Położna Oddziałowa wskazała, że żadna położna sprawująca opiekę nad kobietą po stracie dziecka nie zgłosiła potrzeby uczestnictwa w szkoleniu nt. radzenia sobie ze stresem oraz wypalenia zawodowego. Od 2004 r. położne mają możliwość odreagowania stresu i przeciwdziałania wypaleniu zawodowemu w ramach wyjazdów integracyjnych.

(dowód: akta kontroli str. 459-482)

Trzech lekarzy Oddziału³⁸ podało, że w latach 2017-2020 w Szpitalu nie organizowano szkoleń poświęconych radzeniu sobie ze stresem, szczególnie dotyczących opieki nad pacjentkami po poronieniu lub urodzeniu martwego dziecka. Lekarze ci nie informowali Kierownika Oddziału o sytuacjach problemowych, ponieważ z reguły wymagały one zastosowania rozwiązań w konkretnym momencie. Sytuacje te były również przedmiotem rozmów z kolegami, Kierownikiem Oddziału, Oddziałową i położnymi, także w trakcie spotkań kadry Oddziału organizowanych poza Szpitalem. We własnym zakresie korzystano także z fachowej literatury.

Na pytanie, czy oferowano lekarzom możliwość uzyskania pomocy w zakresie radzenia sobie ze stresem, a jeżeli tak to kto, w jakim zakresie, formie, kiedy (w jakich okolicznościach) nie udzielili odpowiedzi.

Działania podejmowane w Szpitalu w celu integracji załogi poprzez „spotkania okolicznościowe i plebiscyty”, zdaniem dwóch lekarzy nie były związane z nauką radzenia sobie ze stresem i zwiększeniem umiejętności w komunikacji interpersonalnej. Jeden z lekarzy nie odpowiedział na pytanie, czy działania Szpitala były właściwe i wystarczające, a jego zdaniem pomoc musi być indywidualna i ukierunkowana na konkretny problem.

W zakresie trudności występujących w pracy z pacjentkami doświadczającymi niepowodzeń położniczych dwóch lekarzy podało brak kontaktu z psychologiem lub nawet z psychiatrą oraz obciążenie pracą i zmęczenie w trakcie wykonywania obowiązków w Oddziale. Jeden z lekarzy wskazał, że dotyczą one nie tylko pacjentek, ale również ich najbliższych. Jego zdaniem sytuacje stresowe winny być rozwiązywane indywidualnie, delikatnie, z dużym wyczuciem sytuacji. Największym problemem jest szukanie winnych straty dziecka.

³⁸ Wszyscy, od których uzyskano wyjaśnienia w przedmiotowej kwestii.

Na pytanie, czy istnieje potrzeba doskonalenia zawodowego (np. w formie warsztatów, superwizji) w związku z pracą z ww. pacjentkami dwóch lekarzy wskazało na potrzebę szkolenia prowadzonego przez psychologa, który zetknął się z problemami takich pacjentek i na mało realny ich udział w warsztatach lub superwizji, w sytuacji niedostatecznej liczby personelu i konieczności stałego podnoszenia kwalifikacji w dziedzinie ginekologii i położnictwa. Jeden z lekarzy zauważył, że nie podejmuje się tego tematu na konferencjach na kursach i konferencjach branżowych oraz w ramach doskonalenia zawodowego, gdzie w dobie ogromnego deficytu psychologów i psychiatrów, nie widział możliwości otrzymania pomocy przed zaistnieniem problemu.

Lekarze zwrócili uwagę na występowanie problemu wypalenia zawodowego, nie wskazując wyraźnie na konieczność przeciwdziałania temu zjawisku.

(dowód: akta kontroli str. 450-458)

Kierownik Oddziału wyjaśnił, że personel lekarski w latach 2017-2020 nie korzystał ze wsparcia w zakresie radzenia sobie ze stresem. Podejmowano działania we własnym zakresie organizując szkolenia wewnętrzne dla położnych oraz spotkania integracyjne personelu lekarskiego i położnych poza miejscem pracy. W sytuacjach szczególnie trudnych i pojawienia się sygnałów wyczerpania emocjonalnego, u konkretnego lekarza starano się udzielić wsparcia, indywidualnie w formie koleżeńskej rozmowy. W planie szkoleń na 2019 r. wnioskowano o przeprowadzenie szkolenia wewnętrznego dla położnych w zakresie wypalenia zawodowego. Nie wnioskowano o szkolenie tego typu dla lekarzy.

W zakresie trudności występujących w pracy z pacjentkami doświadczającymi niepowodzeń położniczych problemem był brak kontaktu z psychologiem w dniach i godzinach poza harmonogramem pracy w Szpitalu. Obciążeniem była również konieczność udzielenia pomocy pacjentce w sytuacji dużego nawarstwienia się problemów zawodowych. Szczególnie trudne były sytuacje, gdy pacjentka nie mogła liczyć na wsparcie ze strony bliskich lub była niedojrzała emocjonalnie. Wsparcie pacjentek jest czasochłonne, wymaga uwagi i zaangażowania, co w warunkach zmęczenia, braków kadrowych i licznych obowiązków nie jest łatwe.

W zakresie potrzeby doskonalenia zawodowego, Kierownik Oddziału zwrócił uwagę na zasadność pomocy kadrze lekarskiej, szczególnie w postaci szkolenia zewnętrznego. Wskazał jednocześnie, że trudno oczekiwać dużych korzyści wobec braku możliwości eliminowania bezpośrednich przyczyn stresu personelu w postaci braku czasu, deficytu lekarzy specjalistów, dużego obciążenia pracą, w tym poprzez pełnienie licznych dyżurów.

Zdaniem Kierownika praca w Oddziale przyczynia się do powstania zjawiska tzw. wypalenia zawodowego i dotyczy wielu pracowników, a zredukowanie czynników stresogennych jest niemożliwe.

Nie jest w stanie odnotowywać każdego przypadku zachowania, które jest przejawem wypalenia zawodowego lub trudności radzenia sobie ze stresem. Sytuacje takie zdarzały się, a reakcje na nie w dużej mierze zależały od możliwości w danej chwili. Personelowi medycznemu umożliwiono uczestniczenie w sympozjach i szkoleniach zewnętrznych. Ważną rolę odegrałoby szkolenie zewnętrzne przeznaczone wyłącznie temu zagadnieniu, a także poprawa komfortu pracy poprzez zwiększenie zatrudnienia.

Zdaniem Kierownika Oddziału szkolenia w zakresie kompetencji społecznych są dotychczas pomijane, podobnie jak problematyka walki z wypaleniem zawodowym.

(dowód: akta kontroli str. 443-446)

Zgodnie z przepisami ust. 3 pkt 9 części VII załącznika do rozporządzenia w sprawie standardów z 2015 r. i ust. 3 pkt 11 części XV załącznika do rozporządzenia

w sprawie standardu z 2018 r., osobom wykonującym zawód medyczny zapewnia się wsparcie w radzeniu sobie ze stresem, w związku z opieką nad kobietą i dzieckiem, w sytuacjach niepowodzenia położniczego (sytuacjach szczególnych).

Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że w Szpitalu corocznie opracowywany jest plan szkoleń zewnętrznych i wewnętrznych dla pracowników wszystkich grup zawodowych. Część szkoleń są to szkolenia wewnętrzne organizowane przez dyrekcję Szpitala lub kierownictwo danej komórki organizacyjnej. Plan zatwierdzany jest na podstawie otrzymanych od przełożonych propozycji szkoleń i kursów, z uwzględnieniem hierarchii potrzeb, kosztów oraz zapewnienia koniecznej stałej obsady komórki organizacyjnej. Kierownictwo Oddziału nigdy nie zgłaszało potrzeb w zakresie wsparcia lekarzy w radzeniu sobie ze stresem, natomiast zamieszczało takie propozycje w odniesieniu do szkoleń dla położnych. W odpowiedzi na składane wnioski dyrekcja Szpitala zorganizowała 19 czerwca 2018 r. szkolenie dla położnych i pielęgniarek prowadzone przez psychologa zatrudnionego w Szpitalu. Niestety mimo wcześniejszych deklaracji zainteresowanie personelu było znikome (zgłosiło się tylko trzy osoby), dlatego Naczelna Położna odwołała szkolenie. W konsekwencji uznano, że szkolenia prowadzone wewnętrznie przez Położną Oddziałową są wystarczające.

Nikt z personelu Oddziału nie zgłaszał dotychczas bezpośrednio Dyrektorowi, jego zastępcom lub Położnej Naczelnej trudności w radzeniu sobie ze stresem i potrzeby uzyskania dodatkowego wsparcia. Jedyną informacją w tym zakresie to ujęcie szkolenia w propozycjach szkoleń dla położnych na 2019 r. i przeprowadzenie go w ramach szkolenia wewnątrzoddziałowego.

Praca z pacjentkami, które poroniły, urodziły martwe dziecko lub którym dziecko zmarło wkrótce po porodzie, stanowi duże obciążenie dla personelu. Jednak należy zauważyć, że zawód medyczny jest zawodem szczególnym, w którym personel na co dzień styka się z pacjentami i ich rodzinami w sytuacjach bardzo często trudnych a nawet dramatycznych związanych z utratą zdrowia i życia. Jest to wpisane w wykonywany zawód a umiejętność radzenia sobie ze stresem zależy od profesjonalizmu, wiedzy, doświadczenia i cech charakteru. To czy personel potrzebuje wsparcia jest sprawą bardzo indywidualną i bez sygnałów ze strony pracowników trudno jest ocenić skalę zjawiska. Rodzajem informacji dla dyrekcji jest analiza wniesionych skarg oraz wyniki badania ankietowego pracowników Szpitala przeprowadzonego w IV/V 2019 r. w ramach anonimowego badania satysfakcji personelu SAPER. Żadne z ww. źródeł nie wskazało na konieczność zorganizowania warsztatów lub superwizji.

Podstawowym zadaniem dla dyrekcji Szpitala, które ma znaczący wpływ na satysfakcję personelu przekładającą się na jakość pracy i obsługi pacjenta, jest w obecnych warunkach systemowych, dostosowywanie obsady do potrzeb, poprawa infrastruktury oraz tworzenie kultury organizacyjnej sprzyjającej również pracownikowi. Pomimo ograniczonych możliwości wynikających z rynku pracy w naszym powiecie oraz trudności finansowych, dyrekcja od kilku lat kładzie nacisk na tworzenie właściwych relacji interpersonalnych i znaczenie współdziałania i zaangażowania pracowników. Dotychczasowe działania są na chwilę obecną dostosowane do naszych możliwości, dlatego wchodzenie w życie kolejnych unormowań nakładających na szpitale dodatkowe obowiązki bez rozwiązania zasadniczych problemów funkcjonowania podmiotu leczniczego, nie poprawią sytuacji.

(dowód: akta kontroli str. 447-449)

Zastępca Dyrektora ds. Ekonomicznych Szpitala wyjaśniła, że w latach 2017-2020 personel Oddziału nie zgłaszał przełożonym problemów ze stresem wynikających z opieki nad pacjentkami, które poroniły lub urodziły martwe dziecko. Prowadzona

obecnie kontrola zwróciła uwagę personelu na powyższe zagadnienie, jednak obserwujemy niespójność w deklaracjach i przytaczanych odpowiedziach niektórych pracowników a faktycznym postępowaniem. Przykładem jest bieżąca sytuacja zgłoszenia przez położną tego typu problemu Oddziałowej a następnie nieskorzystania z umówionej porady psychologicznej. Innym przykładem jest całkowity brak zainteresowania szkoleniem zorganizowanym przez dyrekcję w czerwcu 2018 r. w zakresie radzenia sobie ze stresem, na które położne nie zgłosiły się. Wydaje się, że istotną kwestią jest potrzeba kontaktu personelu z psychologiem bezpośrednio w chwili zdarzenia, co dla Szpitala jest nierealne, gdyż wymagałoby zatrudnienia kilku psychologów w systemie zmianowym.

(dowód: akta kontroli str. 892-894)

9., 10. Na zadane pytania: *Czy pacjentki, które poroniły, urodziły martwe dziecko lub którym dziecko zmarło krótko po porodzie informowano o możliwości uzyskania dalszej pomocy psychologicznej, miejscach i organizacjach udzielających wsparcia, przysługujących prawach wynikających z sytuacji, w których się znalazły, możliwości pochówku utraconego dziecka, a jeżeli tak to w jaki sposób (czy np. opracowano dla pacjentek specjalne informatory dotyczące uzyskania dalszej pomocy, możliwości pochówku itp. z podaniem adresów lokalnych miejsc i organizacji udzielających wsparcia, wykazu placówek świadczących opiekę w zakresie zdrowia psychicznego, w taki sposób, aby łatwo i dogodnie mogły skorzystać z oferowanej pomocy, czy też np. korzystano z gotowych informatorów przygotowanych przez organizacje zewnętrzne) i w jakich okolicznościach? oraz Czy istnieją dokumenty potwierdzające te działania? Kierownik Oddziału wyjaśnił, że każda pacjentka jest informowana o możliwości skorzystania z pomocy psychologa. Rezygnacja i odmowa konsultacji psychologicznej jest odnotowywana w dokumentacji medycznej pacjentki. Jednocześnie pacjentce udzielane jest wsparcie ze strony położnych obejmujące informacje na temat obowiązujących przepisów związanych z pochówkiem, możliwością wykonania badań genetycznych na oznaczenie płci, uzyskania urlopu macierzyńskiego. Informacje przekazywane są ustnie.*

(dowód: akta kontroli str. 439-442)

Obowiązki informowania pacjentek w ww. zakresie zostały przewidziane w rekomendacjach opisanych w pierwszym punkcie pierwszego obszaru niniejszego wystąpienia pokontrolnego.

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

1. W Szpitalu nie określono w formie pisemnej wskaźników opieki okołoporodowej. W regulaminie organizacyjnym Szpitala nie określono sposobu realizacji oraz dokumentowania działań dotyczących monitorowania tych wskaźników. Nieokreślenie wskaźników oraz sposobu realizacji i dokumentowania działań dotyczących ich monitorowania w regulaminie organizacyjnym stanowiło naruszenie przepisu ust. 2 i 3 części I *Standardu organizacyjnego opieki zdrowotnej w podmiotach wykonujących działalność leczniczą udzielających świadczeń zdrowotnych w zakresie opieki okołoporodowej*, stanowiącego załącznik do rozporządzenia w sprawie standardu z 2018 r.

(dowód: akta kontroli str. 84-308; 421-439)

2. W latach 2017-2020 położne i lekarze Oddziału nie otrzymali wsparcia dotyczącego radzenia sobie ze stresem, pomimo wystąpienia potrzeb w tym zakresie. Stanowiło to naruszenie przepisów ust. 3 pkt 9 części VII załącznika do rozporządzenia w sprawie standardów z 2015 r. i ust. 3 pkt 11 części XV załącznika do rozporządzenia w sprawie standardu z 2018 r.

(dowód: akta kontroli str. 443-482; 892-894)

OCENA CZĄSTKOWA

W ocenie NIK, Szpital przestrzegał obowiązujących uregulowań (w tym standardów) dotyczących opieki okołoporodowej w przypadkach niepowodzeń położniczych, za wyjątkiem zapewnienia personelowi medycznemu wsparcia w radzeniu sobie ze stresem, a także określenia wskaźników opieki okołoporodowej, realizacji i dokumentowania działań dotyczących ich ustalania oraz monitorowania.

Szpital właściwie przygotował personel medyczny Oddziału do pracy z rodzicami doświadczającymi poronień i śmierci noworodków, zapewniając mu udział w szkoleniach i konferencjach oraz zapoznając go z zasadami postępowania ujętymi w rekomendacjach.

W miarę możliwości pacjentki, które poroniły lub urodziły martwe dzieci były umieszczane w odrębnych salach i były informowane o możliwości uzyskania pomocy psychologicznej, przysługujących prawach wynikających z sytuacji w których się znalazły oraz o możliwości pochówku dziecka utraconego. Zadania Szpitala w tym zakresie zostały uregulowane zarówno w Procedurze, jak i w rekomendacjach.

W Szpitalu nie realizowano obowiązku zapewnienia osobom wykonującym zawód medyczny wsparcia w radzeniu sobie ze stresem, w związku z opieką nad kobietą i dzieckiem w sytuacjach niepowodzeń położniczych, który został ujęty w przepisach ust. 3 pkt 9 części VII załącznika do rozporządzenia w sprawie standardów z 2015 r. i ust. 3 pkt 11 części XV załącznika do rozporządzenia w sprawie standardu z 2018 r.

Mimo obowiązku wynikającego z przepisu ust. 2 i 3 części I Standardu organizacyjnego opieki zdrowotnej w podmiotach wykonujących działalność leczniczą udzielających świadczeń zdrowotnych w zakresie opieki okołoporodowej, stanowiącego załącznik do rozporządzenia w sprawie standardu z 2018 r., Szpital nie określił wskaźników opieki okołoporodowej, a w regulaminie organizacyjnym – sposobu realizacji i dokumentowania działań dotyczących ich ustalania oraz monitorowania.

OBSZAR

Opis stanu faktycznego

3. Świadczenia zapewniające pacjentkom stosowną pomoc

1. W Oddziale podczas udzielania świadczeń zdrowotnych kobietom, które poroniły, urodziły martwe dziecko lub którym dziecko zmarło zaraz po porodzie, przestrzegano wymagań dotyczących warunków lokalowych i wyposażenia w sprzęt medyczny. Świadczenia były udzielane pacjentkom w warunkach poszanowania ich godności i intymności, za wyjątkiem wykonywania badań i zabiegów ginekologicznych w gabinetach zabiegowych znajdujących się w Odcinku Patologii Ciąży, Odcinku Położniczym Oddziału oraz w dwóch gabinetach diagnostyczno-zabiegowych wykorzystywanych do zabiegów abrazji i kolposkopii, znajdujących się w Odcinku Ginekologicznym Oddziału. Ulokowanie foteli ginekologicznych na wprost drzwi i brak informacji o trwającym badaniu umieszczonych na drzwiach wejściowych nie zapewniały badanym pacjentkom intymności.

Dla pacjentek po niepowodzeniach położniczych wyodrębniono dwie sale, które zwykle wykorzystywane były dla matek po poronieniach lub martwych urodzeniach. Łóżka w pokojach łóżkowych były dostępne z trzech stron, w tym z dwóch dłuższych. Odstęp między łózkami umożliwiały swobodny dostęp do pacjentów. Szerokość pokoju łóżkowego umożliwiały wyprowadzenie łóżka. Pokoje łóżkowe w Oddziale były wyposażone w umywalki z ciepłą i zimną wodą, dozowniki z mydłem w płynie oraz pojemniki z ręcznikami jednorazowego użycia i pojemniki na zużyte ręczniki. Znajdujące się w pomieszczeniach meble umożliwiały ich mycie oraz dezynfekcję. Połączenia ścian z podłogami były wykonane w sposób

umożliwiający ich mycie i dezynfekcję. W pokojach łóżkowych zapewniono bezpośredni dostęp światła dziennego. Pomieszczenia, w których były wykonywane badania lub 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. Pomieszczenia, w których były wykonywane badania lub zabiegi przy użyciu narzędzi i sprzętu wielokrotnego użycia, niezależnie od umywalk, były wyposażone w zlew z baterią. Pomieszczenie higieniczno-sanitarne wyposażone były w miskę ustępową, umywalkę, dozownik z mydłem w płynie, pojemnik z ręcznikami jednorazowego użycia oraz pojemnik na zużyte ręczniki.

(dowód: akta kontroli str. 1915-1921)

Stosownie do art. 20 i 22 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o *prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta*³⁹, pacjent ma prawo do poszanowania godności i intymności, a osoba wykonująca zawód medyczny ma obowiązek postępować w taki sposób, aby zapewnić poszanowanie tych praw.

Zastępca Dyrektora ds. Ekonomicznych Szpitala wyjaśniła, że Oddział powziął kroki do zniwelowania uchybień poprzez zakup parawanów oraz umieszczenia na drzwiach wejściowych informacji „Proszę nie wchodzić bez wezwania” dla każdego z pomieszczeń, co pozwoli na wyeliminowanie ewentualnego wejścia osób niepożądanych.

(dowód: akta kontroli str. 1922)

W dniu 22 lipca 2020 r., w trakcie ponownych oględzin stwierdzono, że pokoje badań i gabinety zabiegowe Oddziału, w których podczas oględzin w dniu 15 lipca 2020 r. nie zapewniono pacjentkom intymności, uzupełniono o parawany.

Na drzwiach wejściowych każdego z ww. pomieszczeń znajdowała się informacja: „Proszę nie wchodzić bez wezwania” a nad drzwiami podświetlany napis: „Nie wchodzić”.

(dowód: akta kontroli str. 2121-2122)

2., 3. Analizą objęto 60 dokumentacji medycznych pacjentek, które w latach 2017-2019 poroniły, urodziły martwe dziecko, lub których dziecko zmarło w Szpitalu krótko po porodzie.

W każdej z analizowanych dokumentacji znajdowały się oświadczenia pacjentek w sprawie upoważnienia do uzyskiwania informacji o ich stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych a także w sprawie wyrażenia zgody na przeprowadzenie badania lub udzielenie innego świadczenia zdrowotnego, o których mowa w § 8 ust. 1 pkt 1 i 3 rozporządzenia w *sprawie dokumentacji medycznej*, a także zgody pacjentek na przyjęcie ich do Szpitala.

W dokumentacji medycznej 25 pacjentek⁴⁰ nie było oświadczeń dotyczących upoważnienia do uzyskiwania wszelkiej dokumentacji medycznej wymaganych przepisem § 8 ust. 1 pkt 2 cyt. rozporządzenia, a te które tam się znajdowały dotyczyły takiego upoważnienia jedynie na wypadek śmierci pacjentki.

(dowód: akta kontroli str. 1624-1643)

Zastępca Dyrektora ds. Ekonomicznych Szpitala wyjaśniła, że dokumentacja została utworzona we wcześniejszym okresie. W trakcie opracowywania nowych wzorów dokumentów zapisy zostały dostosowane do aktualnych przepisów, dlatego późniejsze upoważnienia zawierają treść dotyczącą ogólnego dostępu do dokumentacji nie tylko na wypadek śmierci.

(dowód: akta kontroli str. 1781-1791)

³⁹ Dz. U. z 2019 r., poz. 1127, ze zm.

⁴⁰ Poz. 3, poz. 8, poz. 9, poz. 10, poz. 11, poz. 12, poz. 13, poz. 17, poz. 31, poz. 32, poz. 33, poz. 34, poz. 35, poz. 36, poz. 37, poz. 38, poz. 39, poz. 41, poz. 45, poz. 46, poz. 47, poz. 48, poz. 56, poz. 57, poz. 58 zestawienia.

W analizowanych historiach chorób znajdowały się Karty indywidualnej opieki pielęgniarskiej/położniczej, Karty gorączkowe oraz Karty zleceń lekarskich. W siedmiu przypadkach⁴¹ nie było Kart przebiegu znieczulenia wymaganych przepisem § 15 ust. 1 pkt 6 rozporządzenia w sprawie dokumentacji medycznej, zgodnie z którym do historii choroby dołącza się dokumenty dodatkowe, w szczególności: kartę przebiegu znieczulenia.

(dowód: akta kontroli str. 1624-1643; 1829)

Zastępca Dyrektora ds. Ekonomicznych Szpitala wyjaśniła, że nie istnieją osobne karty znieczulenia ponieważ porody odbywały się w przebiegu fizjologicznym bez obecności anestezjologa. Znieczulenie dotyczyło zakresu szycia krocza i było stosowane zależnie od wskazań przez lekarza ginekologa.

(dowód: akta kontroli str. 1781-1791)

W przypadku poniższych pacjentek w dokumentacji medycznej zawarto następujące zapisy:

- poz. 5 zestawienia – w Karcie przebiegu porodu zapisano m.in.: *w znieczuleniu dożylnym wyłyżeczkowano jamę macicy*. Ponadto w dokumentacji medycznej znajdowała się zgoda pacjentki na udzielenie świadczenia zdrowotnego w zakresie znieczulenia ogólnego/regionalnego w celu leczenia operacyjnego,
- poz. 6 zestawienia – w Karcie przebiegu porodu zapisano m.in.: *w znieczuleniu wyłyżeczkowano jamę macicy*,
- poz. 7 zestawienia – w Karcie przebiegu porodu zapisano m.in.: informacje o wyłyżeczkowaniu jamy macicy i w poz. znieczulenie: Instillagel,
- poz. 9 zestawienia – w Karcie informacyjnej z leczenia szpitalnego zapisano o wyłyżeczkowaniu jamy macicy,
- poz. 12 zestawienia – w Karcie przebiegu porodu zapisano o wyłyżeczkowaniu jamy macicy,
- poz. 52 zestawienia – w Karcie informacyjnej z leczenia szpitalnego, zastosowane leczenie: zapisano o znieczuleniu porodu,
- poz. 53 zestawienia – w Karcie przebiegu porodu zapisano o wyłyżeczkowaniu jamy macicy w znieczuleniu.

(dowód: akta kontroli str. 1792-1824)

W jednym przypadku⁴² nie było karty obserwacji wymaganej przepisem § 15 ust. 1 pkt 3 rozporządzenia w sprawie dokumentacji medycznej, zgodnie z którym do historii choroby dołącza się dokumenty dodatkowe, w szczególności: kartę obserwacji lub kartę obserwacji porodu.

(dowód: akta kontroli str. 1624-1643)

Zastępca Dyrektora ds. Ekonomicznych Szpitala wyjaśniła, że brak karty obserwacji po zabiegu operacyjnym (pomiar ciśnienia RR co 15 min. przez pierwsze dwie godz. itd.) wynika z braku konieczności obserwacji pacjentki pod kątem w/w parametru.

(dowód: akta kontroli str. 1781-1791)

W siedmiu historiach chorób stwierdzono:

- w jednym przypadku⁴³ – brak wyników usg – poz. 3,
- w sześciu przypadkach⁴⁴ – brak dokumentów potwierdzających odbycie konsultacji psychologicznych wymaganych przepisem § 15 ust. 1 pkt 10 i 11 rozporządzenia w sprawie dokumentacji medycznej, zgodnie z którym do historii chorób dołącza

⁴¹ Poz. 5, poz. 6, poz. 7, poz. 9, poz. 12, poz. 52, poz. 53 zestawienia.

⁴² Poz. 59 zestawienia.

⁴³ Poz. 3 zestawienia.

⁴⁴ Poz. 4, poz. 12, poz. 15, poz. 47, poz. 52, poz. 55 zestawienia.

się dokumenty dodatkowe, w szczególności: wyniki badań diagnostycznych wraz z opisem i wyniki konsultacji, jeżeli nie zostały wpisane w historii choroby.

(dowód: akta kontroli str. 1624-1643)

Zastępca Dyrektora ds. Ekonomicznych Szpitala wyjaśniła, że: w poz. 3 zestawienia – *dyżurny wykonał USG jednak nie dołączył opisu do historii choroby*, w poz. 4, 12, 15, 52 – dokumenty z konsultacji psychologicznych zostały sporządzone w systemie AMMS, nie zostały one wydrukowane. Nie wyjaśniła braków dot. poz. 55 zestawienia.

(dowód: akta kontroli str. 1781-1791;1825-1828; 1830)

W 42 kartach informacyjnych z leczenia szpitalnego⁴⁵ nie było danych na temat wykonanych usg, konsultacji psychologicznych, psychiatrycznych i okulistycznych, dat wyłączenia, kodu statystycznego rozpoznania choroby, tj. informacji wymaganych na podstawie przepisu § 24 ust. 3 pkt 1, 2 i 3 ww. rozporządzenia, zgodnie z którym karta informacyjna z leczenia szpitalnego zawiera (...) rozpoznanie choroby w języku polskim wraz z numerem statystycznym (pkt 1), wyniki badań diagnostycznych wraz z opisem oraz wyniki konsultacji (pkt 2) i opis zastosowanego leczenia, a w przypadku wykonania zabiegu lub operacji – datę wykonania (pkt 3). Ponadto, w dwóch kartach nie było informacji o zastosowanym znieczuleniu. W pozostałym zakresie analizowane karty spełniały wymogi cyt. przepisu rozporządzenia.

(dowód: akta kontroli str. 1624-1643)

Zastępca Dyrektora ds. Ekonomicznych Szpitala wyjaśniła, że personel Oddziału był informowany o konieczności dołączania do dokumentacji wszystkich wyników badań dlatego postępowanie personelu lekarskiego jest trudne do wytłumaczenia.

(dowód: akta kontroli str. 1781-1791)

W jednej karcie informacyjnej z leczenia szpitalnego⁴⁶ dokonano odręcznych poprawek bez wskazania przyczyny, daty zmiany i podpisu osoby dokonującej zmiany, niezgodnie z przepisem § 4 ust. 3 rozporządzenia *w sprawie dokumentacji medycznej*, według którego wpis dokonany w dokumentacji nie może być z niej usunięty, a jeżeli został dokonany błędnie, skreśla się go i zamieszcza adnotację o przyczynie błędu oraz datę i oznaczenie osoby dokonującej adnotacji, zgodnie z §10 ust. 1 pkt 3.

(dowód: akta kontroli str. 1624-1643)

Zastępca Dyrektora ds. Ekonomicznych Szpitala wyjaśniła, że trudno jest wyjaśnić, dlaczego poprawki zostały naniesione w sposób nieprawidłowy, gdyż personel oddziałów był pisemnie informowany o zasadach dokonywania korekt w dokumentacji.

(dowód: akta kontroli str. 1781-1791)

Elementy wszystkich analizowanych 60 dokumentacji medycznych nie były ponumerowane i w związku z tym nie stanowiły chronologicznie uporządkowanej całości. Było to niezgodne z wymogiem przepisu § 5 ww. rozporządzenia, który stanowi, że strony dokumentacji prowadzonej w postaci papierowej są numerowane i stanowią chronologicznie uporządkowaną całość.

(dowód: akta kontroli str. 1624-1643)

Zastępca Dyrektora ds. Ekonomicznych Szpitala wyjaśniła, że zasadniczo strony są numerowane i porządkowane chronologicznie. Brak numeracji zdarza się sporadycznie w sytuacji nieobecności statystyczki medycznej w Oddziale.

(dowód: akta kontroli str. 1781-1791)

⁴⁵ Poz. 1, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10,12,14,16, 17,19, 20, 24, 25, 26, 28, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 47, 48, 49, 50, 53, 55, 57, 58, 59 zestawienia.

⁴⁶ Poz. 6 zestawienia.

W 23 dokumentacjach medycznych⁴⁷ nie wskazano nr sal, na których przebywały pacjentki, tak jak to zrobiono w pozostałych 37 przypadkach.

(dowód: akta kontroli str. 1644-1722)

Zastępca Dyrektora ds. Ekonomicznych Szpitala wyjaśniła, że brak wpisu numeru sali na której przebywała pacjentka wynika z braku obowiązku przyporządkowania konkretnego łóżka pacjentce. Tym bardziej, że pacjentki zwykle nie pozostają na sali z dnia przyjęcia lecz są przenoszone pomiędzy odcinkami i salami. Nadmieniam, iż kontrolowany okres to remont Oddziału i związane z tym utrudnienia lokalowe. Próby przypisania pacjentek do konkretnego łóżka służy przede wszystkim sporządzaniu raportów o stanie wolnych łóżek.

(dowód: akta kontroli str. 1781-1791)

Spośród 60 pacjentek objętych analizą u 49 wykonano zabieg wyłyżeczkowania. W pozostałych przypadkach pacjentki urodziły martwe dzieci lub miało miejsce poronienie samoistne.

Dokumentacja pięciu pacjentek⁴⁸, którym wykonano zabieg wyłyżeczkowania nie zawierała informacji o zastosowaniu znieczulenia.

(dowód: akta kontroli str. 1644-1722)

Zastępca Dyrektora ds. Ekonomicznych Szpitala wyjaśniła, że pacjentki otrzymały znieczulenie w porodzie: poz. 3: Znieczulenie do szycia krocza – zgodnie z kartą zleceń lekarskich, poz. 9 i poz. 10: poród siłami natury bez obrażeń krocza. Brak wskazań do znieczulenia, poz. 51: Poród żywego dziecka 370g. Podano znieczulenie zgodnie z kartą zleceń lek. (Dolargan, Atropina, Relanium), poz. 56: poród fizjologiczny, noworodek po urodzeniu kangurowany. Szycie krocza w znieczuleniu zgodnie z kartą zleceń lekarskich.

(dowód: akta kontroli str. 1781-1791)

Dokumentacje medyczne nie zawierały odrębnych zgód:

- w trzech przypadkach⁴⁹ na wyłyżeczkowanie,
- w trzech przypadkach⁵⁰ na wyłyżeczkowanie, znieczulenie i przetoczenie krwi i jej składników,
- w trzech przypadkach⁵¹ na znieczulenie,
- w 10 przypadkach⁵² – na przetoczenie krwi i jej składników, które znajdowały się w pozostałych analizowanych sprawach.

(dowód: akta kontroli str. 1644-1722)

Zastępca Dyrektora ds. Ekonomicznych Szpitala wyjaśniła, że zabieg wyłyżeczkowania jamy macicy po porodzie obejmuje zgodę na odbycie porodu. Nie było konieczności przetaczania krwi i jej preparatów więc nie pozyskiwano od pacjentek dodatkowej zgody.

(dowód: akta kontroli str. 1781-1791)

Zapisy w pięciu dokumentacjach medycznych⁵³ były dokonane w sposób nieczytelny, tj. niezgodnie z przepisem § 4 ust. 1 rozporządzenia w sprawie dokumentacji medycznej, zgodnie z którym wpisu w dokumentacji dokonuje się niezwłocznie po udzieleniu świadczenia zdrowotnego, w sposób czytelny i w porządku chronologicznym.

(dowód: akta kontroli str. 1644-1722)

⁴⁷ Poz. 2,5,6,7,9,15,16,18,19,20,21,32,33,34,40,49,50,52,54,55,56,57,58 zestawienia.

⁴⁸ Poz. 3,9,10,51,56 zestawienia.

⁴⁹ Poz. 3,10,56 zestawienia.

⁵⁰ Poz. 6,7,53 zestawienia.

⁵¹ Poz. 9,26,52 zestawienia.

⁵² Poz. 17,20,22,23,25,36,42,43,44,45 zestawienia.

⁵³ Poz. 3,6,10,56,58 zestawienia.

Zastępca Dyrektora ds. Ekonomicznych Szpitala wyjaśniła, że w części dokumentacji, która jest wypełniana ręcznie pomimo zwracania uwagi personelowi nie zawsze można wyeliminować nieczytelność wynikającą z charakteru pisma.

(dowód: akta kontroli str. 1781-1791)

Spośród 60 pacjentek z niepowodzeniami położniczymi objętych analizą, pomoc psychologiczna została udzielona ośmiu z nich, w terminach od jednego do trzech dni od przyjęcia ich do Szpitala i w terminie jednego bądź w tym samym dniu od dnia porodu lub zlecenia konsultacji/zgłoszenia jej potrzeby. Osiem pacjentek odmówiło skorzystania z konsultacji psychologicznej.

W przypadku 39 pacjentek⁵⁴, które doświadczyły niepowodzeń położniczych nie umożliwiono (nie zaproponowano i nie udzielono) pomocy psychologicznej podczas pobytu w Szpitalu, o której mowa w przepisie ust. 3 pkt 2 części VII załącznika do rozporządzenia w sprawie standardów z 2015 r. oraz w ust. 3 pkt 2 części XV załącznika do rozporządzenia w sprawie standardu z 2018 r. a także nie wydano skierowań do poradni psychologicznych. Zgodnie z ust. 3 pkt 2 części VII załącznika do rozporządzenia w sprawie standardów z 2015 r. pacjentce w sytuacji niepowodzenia położniczego, zapewnia się szczególną pomoc, realizowaną w następujący sposób: po przekazaniu informacji, należy umożliwić pacjentce pomoc psychologiczną i wsparcie osób bliskich, zgodnie z życzeniem pacjentki. Stosownie do ust. 3 pkt 2 części XV załącznika do rozporządzenia w sprawie standardu z 2018 r. kobiecie w sytuacji, o której mowa w ust. 1 zapewnia się pomoc realizowaną w następujący sposób: po przekazaniu informacji należy umożliwić kobiecie skorzystanie możliwie szybko z pomocy psychologicznej i kontakt z duchownym jej wyznania oraz wsparcie osób bliskich, zgodnie z życzeniem kobiety.

Pięciu pacjentkom⁵⁵ nie zapewniono pomocy psychologicznej pomimo wystąpienia okoliczności wskazujących na taką potrzebę. W przypadku pierwszej⁵⁶ w Karcie indywidualnej opieki pielęgniarzkiej stwierdzono, że *pacjentka przy przyjęciu do Szpitala była zdenerwowana, płacząca*. W dokumencie pn. *Ocena działań pielęgniarzskich* stwierdzono m.in., że *pacjentka podczas porodu jest zamknięta w sobie, bez emocji. Nie życzy sobie kontaktu z rodziną, przebywa tylko w towarzystwie męża*. W drugiej⁵⁷ – w dokumencie pn. *Ocena działań pielęgniarzskich* stwierdzono m.in., że *pacjentka płacze po stracie dziecka. Pacjentka dużo śpi*. W Karcie zleceń lekarskich wpisano *konsultacja psychologa*. W trzeciej⁵⁸ – w dokumencie Karta indywidualnej opieki pielęgniarzkiej w dniu przyjęcia wskazano, że *pacjentka zmartwiona, ale spokojna*. W czwartej⁵⁹ – w dokumencie *Ocena działań pielęgniarzskich* wpisano: *udzielono wsparcia psychicznego, pacjentka smutna, płacze po stracie dziecka*. W piątej⁶⁰ – w dokumencie *Ocena działań pielęgniarzskich* wpisano: *pacjentka niepokoi się stanem mającego narodzić się dziecka z uwagi na stwierdzone wady płodu. Pacjentka potrzebuje wsparcia psychicznego. Pacjentka ze względu na stan dziecka w bardzo złej kondycji psychicznej. Wymaga wsparcia psychicznego. Położnica jest zdenerwowana, załamana, płacze z powodu śmierci dziecka*.

(dowód: akta kontroli str. 1644-1722)

⁵⁴ Poz. 2, 5, 7, 8, 9, 10, 11, 13, 17, 18, 20, 21, 23, 24, 25, 26, 29, 30, 31, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 48, 49, 50, 53, 57, 58 zestawienia.

⁵⁵ Poz. 1, 3, 32, 51, 54 zestawienia.

⁵⁶ Poz. 1 zestawienia.

⁵⁷ Poz. 3 zestawienia.

⁵⁸ Poz. 32 zestawienia.

⁵⁹ Poz. 51 zestawienia.

⁶⁰ Poz. 54 zestawienia.

Zastępca Dyrektora ds. Ekonomicznych Szpitala wyjaśniła, że prawdopodobnie wynikało to z braku dostępności psychologa.

(dowód: akta kontroli str. 1781-1791)

Trzynastu pacjentkom⁶¹ wydawano przy wypisie ze szpitala dokumenty pn. *Wskazówki pielęgniarskie dla pacjenta i/lub jego rodziny/opiekuna prawnego, diagnoza pielęgniarska: Deficyt wiedzy na temat postępowania po porodzie*, w których zawarto zalecenia dotyczące m.in.: zarejestrowania nowo narodzonego dziecka w USC, przedłożenia w Zakładzie Pracy lub Biurze Pracy „Zaświadczenia o ustalenie urlopu macierzyńskiego”, karmienia dziecka piersią na żądanie, czy przestrzegania diety matki karmiącej piersią, a pięciu pacjentkom⁶² – takie same wskazówki ze skreśleniem sformułowań dotyczących karmienia dziecka piersią i przestrzegania diety matki karmiącej piersią.

(dowód: akta kontroli str. 1644-1722; 1831)

Zastępca Dyrektora ds. Ekonomicznych Szpitala wyjaśniła, że *wydano pacjentkom stosowne dokumenty ponieważ rejestracja narodzonego (także martwo) dziecka następuje w USC. Przedłożenie zaświadczenia o ustalenie urlopu macierzyńskiego dotyczy także martwych urodzeń, gdzie pacjentki korzystają z urlopu macierzyńskiego. Wskazówki mają charakter standardowy i nie zawsze personel dokonuje modyfikacji ich treści.*

(dowód: akta kontroli str. 1781-1791)

W Szpitalu opracowano dokumenty pn.:

- *Wskazówki pielęgniarskie dla pacjentki/lub jej rodziny/opiekuna prawnego, Diagnoza pielęgniarska: ryzyko powikłań po zabiegu wyłęczekowania jamy macicy*, które przekazano 39 spośród 60 analizowanych pacjentek,
- *Wskazówki pielęgniarskie dla pacjentki/lub jej rodziny/opiekuna prawnego, Diagnoza pielęgniarska: ryzyko powikłań po zabiegu poród martwy*, które przekazano jednej pacjentce,
- *Wskazówki pielęgniarskie dla pacjentki/lub jej rodziny/opiekuna prawnego, Diagnoza pielęgniarska: deficyt wiedzy dotyczący postępowania pacjentki po ginekologicznym leczeniu metodą zachowawczą*, które przekazano dwóm pacjentkom.

(dowód: akta kontroli str. 1832-1834)

Spośród 60 analizowanych przypadków niepowodzeń położniczych 31 miało miejsce po dniu 6 czerwca 2018 r., tj. dacie wprowadzenia w *rekomendacjach*, obowiązku ankietowania pacjentek. Z 31 przypadków – według rozpoznania – pięć dotyczyło „resztek po poronieniu”, trzy – „pustych jaj płodowych” i jeden – „wczesnego poronienia”. Zgodnie z rekomendacjami procedurą nie należało obejmować pacjentek w sytuacjach medycznych, w których: nie doszło do rozwoju zarodka (puste jajo płodowe); miały miejsce bardzo wczesna ciąża bez stwierdzonego zarodka lub resztki po poronieniu, ciąża ektopowa bez stwierdzonego zarodka, itp.

Dwudziestu dwóm pacjentkom⁶³ nie przekazano do wypełnienia ankiety na podstawie dokumentu pn. *Niekorzystne zakończenie ciąży – rekomendacje postępowania z pacjentkami dla personelu medycznego oddziałów położniczo-ginekologicznych województwa podkarpackiego.*

(dowód: akta kontroli str. 652-678; 1644-1780)

Zastępca Dyrektora ds. Ekonomicznych Szpitala wyjaśniła, że *ankieta „niekorzystne zakończenie ciąży” nie została wprowadzona do stosowania w Oddziale.*

(dowód: akta kontroli str. 1781-1791)

⁶¹ Poz. 1, 4, 5, 6, 7, 12, 14, 15, 16, 52, 53, 54, 55 zestawienia.

⁶² Poz. 3, 10, 11, 56, 58 zestawienia.

⁶³ Poz. 2, 4, 6, 7, 14, 15, 16, 18, 20, 22, 24, 26, 27, 28, 29, 40, 44, 49, 51, 52, 53, 55 zestawienia.

4., 5. W okresie objętym kontrolą Szpital zatrudniał łącznie pięciu psychologów, którzy mogli udzielać konsultacji psychologicznych pacjentom hospitalizowanym w Oddziale, m.in. z powodu niepowodzeń położniczych, tj.:

a) psycholog D.P. zatrudniona na podstawie:

- od dnia 1 stycznia 2018 r. – umowy o pracę w pełnym wymiarze etatu⁶⁴, z dostępnością w godzinach od 7⁰⁰ do 14³⁵. Wg zakresu obowiązków /.../ miejscem pracy były Oddziały: *Rehabilitacyjny z Pododdziałem Rehabilitacji Neurologicznej* i *Neurologiczny z Pododdziałem Udarów Mózgowych* Szpitala i psycholog była zobowiązana do konsultacji psychologicznych pacjentów hospitalizowanych w oddziałach Szpitala.

- od dnia 1 listopada 2016 r. do dnia 15 lutego 2017 r.⁶⁵ oraz od dnia 17 maja 2017 r. do 31 grudnia 2017 r. – umów zlecenia, zgodnie z którymi miejscem wykonywania świadczeń zdrowotnych były Oddziały jak wyżej oraz inne jednostki organizacyjne zamawiającego. Zleceniobiorca miał realizować usługi w ilości nie większej niż odpowiednio: 16 i 19 godzin tygodniowo, w dniach i godzinach określonych w miesięcznym harmonogramie ustalonym przez strony umowy.

b) psycholog D.S. zatrudniona na podstawie:

- od dnia 1 stycznia 2017 r. do 31 października 2018 r. umowy o pracę, w wymiarze $\frac{3}{4}$ etatu i od 1 listopada 2018 r. – umowy o pracę na czas nieokreślony w pełnym wymiarze czasu pracy, w godzinach od 7⁰⁰ do 14³⁵. W zakresie obowiązków /.../ zapisano m.in., że miejscem pracy jest *Dzienny Ośrodek Rehabilitacji Słuchu i Mowy* i do zakresu obowiązków należą konsultacje psychologiczne pacjentów hospitalizowanych w oddziałach zachowawczych i zabiegowych Szpitala.

c) psycholog M.Sz.-Ż. zatrudniona na podstawie:

- od dnia 1 czerwca 1991 r. – umowy o pracę na czas nieokreślony, w pełnym wymiarze czasu pracy, w godzinach od 7³⁰ do 14³⁰. W zakresie obowiązków /.../ zapisano m.in., że miejscem pracy jest *Poradnia Psychologiczna dla Dzieci, Poradnia Zdrowia Psychicznego*⁶⁶ będące w strukturach *Dziennego Oddziału Psychiatrycznego* i do zakresu obowiązków należą konsultacje psychologiczne pacjentów hospitalizowanych w Szpitalu.

d) psycholog M.B.-K. zatrudniona na podstawie:

- od dnia 1 maja 1985 r. – umowy o pracę na czas nieokreślony, w pełnym wymiarze czasu pracy, w godzinach od 7³⁰ do 15⁰⁵. W zakresie obowiązków /.../ zapisano m.in., że miejscem pracy jest *Poradnia Zdrowia Psychicznego* będąca w strukturach *Dziennego Oddziału Psychiatrycznego* i do zakresu obowiązków należą konsultacje psychologiczne pacjentów hospitalizowanych w Szpitalu.

e) psycholog A.S. zatrudniona na podstawie:

- od dnia 1 stycznia 2017 r. do dnia 12 maja 2017 r.⁶⁷ – umowy zlecenie, zgodnie z którą miejscem wykonywania świadczeń zdrowotnych obejmujących psychologię był *Oddział Neurologiczny z Pododdziałem Udarów Mózgowych* Szpitala oraz inne jednostki organizacyjne zamawiającego. Zleceniobiorca miał realizować usługi w ilości nie większej niż 19 godzin tygodniowo, w dniach i godzinach określonych w miesięcznym harmonogramie ustalonym przez strony umowy.

W zakresie obowiązków /.../ zapisano m.in., że miejscem pracy jest *Oddział Neurologiczny z Pododdziałem Udarów Mózgowych/Zakład Opiekuńczo Lecznicy* i do zakresu obowiązków należą konsultacje psychologiczne pacjentów hospitalizowanych w oddziałach zachowawczych i zabiegowych Szpitala.

⁶⁴ Umowa zawarta do dnia 30 września 2020 r.

⁶⁵ Umowa zawarta do dnia 30 kwietnia 2017 r.

⁶⁶ Od dnia 8 lipca 2013 r. zatrudniona w Poradni Zdrowia Psychicznego w wymiarze 0,6 etatu i w Oddziale Rehabilitacyjnym w Poddziałem Rehabilitacji Neurologicznej w wymiarze 0,4 etatu.

⁶⁷ Umowa zawarta do dnia 31 grudnia 2017 r.

Żaden z psychologów nie był zatrudniony bezpośrednio w Oddziale i w ich zakresach czynności, umowach nie było zapisów odnoszących się bezpośrednio do konsultacji pacjentek Oddziału, hospitalizowanych z powodu niepowodzeń położniczych. Szpital nie zapewnił możliwości udzielania konsultacji psychologicznych w dni robocze po godzinie 15⁰⁵ w oraz w dniach wolnych od pracy (weekendy, święta).

W ramach ww. umów zlecenia w latach 2017-2019 psychologowie nie udzielali konsultacji pacjentkom Oddziału.

(dowód: akta kontroli str. 581-630)

Odnośnie liczby udzielonych konsultacji psychologicznych pacjentkom, które doświadczyły niepowodzeń położniczych w latach 2017-2019, Zastępca Dyrektora ds. Ekonomicznych Szpitala wyjaśniła, że każdej pacjentce była proponowana pomoc psychologa. Szpital zapewniał dostęp do konsultacji w regulaminowym czasie pracy w dni robocze, ale pacjentki miały możliwość pozostania w Oddziale do czasu odbycia konsultacji. Z uwagi na to, że Szpital nie prowadził ewidencji konsultacji psychologicznych, nie prowadzi dokumentacji w formie elektronicznej a procedura nie była na podstawie dokumentacji papierowej wprowadzana do aplikacji AMMS, nie mamy możliwości pozyskania wymaganych danych. Na podstawie wyjaśnień personelu oceniamy, że orientacyjna liczba pacjentek korzystających z konsultacji psychologicznej wynosiła około 35%.

(dowód: akta kontroli str. 1616-1621)

W odpowiedzi na pytanie dlaczego w historiach chorób nie było dokumentów z przebiegu konsultacji psychologicznych potwierdzających ich przeprowadzenie, Zastępca Dyrektora ds. Ekonomicznych Szpitala wyjaśniła, że dokumenty z konsultacji psychologicznych zostały sporządzone w systemie AMMS, nie zostały one wydrukowane. Do wyjaśnienia dołączyła kopie z przeprowadzonych konsultacji z czterema pacjentkami.

(dowód: akta kontroli str. 1781-1791; 1825-1828)

Na zadane pytanie: *Dlaczego Szpital nie zapewnił możliwości udzielania konsultacji psychologicznych pacjentkom hospitalizowanym w Szpitalu z powodu niepowodzeń położniczych po godzinach pracy, tj. po godz. 15 w oraz w dniach wolnych od pracy (weekendy, święta)?*, wyjaśniła, że zapewnienie konsultacji psychologicznych pacjentkom Oddziału wymaga całodobowego dyżuru pod telefonem. Z naszych dotychczasowych doświadczeń związanych z poszukiwaniem lekarza psychiatry dla całodobowych konsultacji pacjentów Szpitala oraz rozmów prowadzonych z zatrudnianymi etatowo psychologami wynika, że nie ma wśród osób z tej grupy zawodowej żadnego zainteresowania realizacją usług w takiej formie, w godzinach popołudniowych i w dni wolne od pracy.

(dowód: akta kontroli str. 1616-1621)

Szpital nie zapewnił wystarczającej pomocy psychologicznej pacjentkom hospitalizowanym w Szpitalu z powodu niepowodzeń położniczych, w szczególności w dniach roboczych po godzinie 15⁰⁵ w oraz w dniach wolnych od pracy (weekendy, święta). Na brak zapewnienia takiej pomocy wskazali także lekarze i położne Oddziału, co zostało opisane w punkcie ósmym drugiego obszaru wystąpienia.

(dowód: akta kontroli str. 581-630; 1644-1722)

Ustalenia dotyczące zapewnienia pomocy psychologicznej pacjentkom po niepowodzeniach położniczych objętych analizą, przedstawiono w punktach drugim i trzecim niniejszego obszaru kontrolnego wystąpienia.

6. Zasady kierowania pacjentek, które poroniły, urodziły martwe dziecko lub którym dziecko zmarło krótko po porodzie do poszczególnych sal Oddziału nie były sformalizowane w żadnym dokumencie. Pacjentki podczas pobytu w Szpitalu były

przenoszone w zależności od potrzeb na różne sale Oddziału. Szczegółowo zostało to opisane w pierwszym punkcie pierwszego obszaru i trzecim – drugiego obszaru niniejszego wystąpienia pokontrolnego.

W zestawieniu 413 pacjentek hospitalizowanych w Oddziale w listopadzie i grudniu 2019 r. z powodu różnych przyczyn, także innych niż niepowodzenia położnicze numer sali nie został podany w każdym przypadku. Numer ten wskazano jedynie w przypadku pięciu pacjentek, których przyczyną hospitalizacji było „poronienie zagrażające”, tj.:

- pacjentka (nr Księgi Głównej⁶⁸ 23538) hospitalizowana w Oddziale w sali nr 5 GIN w okresie od 30 października 2019 r. do 4 listopada 2019 r. przebywała na ww. sali z pacjentką (nr KG 23210) hospitalizowaną w okresie od 26 października 2019 r. do 11 grudnia 2019 r. z powodu „porodu samoistnego w ułożeniu podłużnym potylicowym”,
- pacjentka (nr KG 117673) hospitalizowana w Oddziale w sali nr 9 GIN w okresie od 7 listopada 2019 r. do 12 listopada 2019 r. przebywała na ww. sali z pacjentkami: nr KG 23750 – hospitalizowaną w okresie od 4 listopada 2019 r. do 10 listopada 2019 r. z powodu „gruczolistości śródmaciczej jajnika”, nr KG 23728 – hospitalizowaną w okresie od 4 listopada 2019 r. do 8 listopada 2019 r. z powodu „uchyłku cewki moczowej w kobiet”, nr KG 23488 – hospitalizowaną w okresie od 30 października 2019 r. do 8 listopada 2019 r. z powodu „stanów związanych z ciążą, nieokreślonych”, nr KG 24107 – hospitalizowaną w okresie od 8 listopada 2019 r. do 11 listopada 2019 r. z powodu „porodu samoistnego w ułożeniu podłużnym potylicowym”,
- pacjentka (nr KG 25221) hospitalizowana w Oddziale w sali nr 9 GIN w okresie od 24 listopada 2019 r. do 27 listopada 2019 r. przebywała na ww. sali z pacjentką (nr KG 25223) hospitalizowaną w okresie od 24 listopada 2019 r. do 27 listopada 2019 r. z powodu „niepowściągliwych wymiotów ciężarnych z zaburzeniami przemiany materii”,
- pacjentka (nr KG 24207) hospitalizowana w Oddziale w sali nr 9 GIN w dniu 10 listopada 2019 r. przebywała na ww. sali z pacjentkami: nr KG 23750 – hospitalizowaną w okresie od 4 listopada 2019 r. do 10 listopada 2019 r. z powodu „gruczolistości śródmaciczej jajnika”, nr KG 24107 – hospitalizowaną w okresie od 8 listopada 2019 r. do 11 listopada 2019 r. z powodu „porodu samoistnego w ułożeniu podłużnym potylicowym”,
- pacjentka (nr KG 23613) hospitalizowana w Oddziale w sali nr 4 PC w okresie od 2 listopada 2019 r. do 4 listopada 2019 r. przebywała na ww. sali z pacjentkami: nr KG 23799 – hospitalizowaną w okresie od 4 listopada 2019 r. do 12 listopada 2019 r. z powodu „stanów związanych z ciążą, nieokreślonych”, nr KG 23594 – hospitalizowaną w okresie od 1 listopada 2019 r. do 3 listopada 2019 r. z powodu „porodu samoistnego w ułożeniu podłużnym potylicowym”.

(dowód: akta kontroli str. 403-402; 549-555)

Zgodnie z ust. 3 pkt 3 części VII załącznika do rozporządzenia w sprawie standardów z 2015 r., pacjentka po niepowodzeniu położniczym nie powinna przebywać w sali razem z pacjentkami ciężarnymi, bądź w położu, których ciąża zakończy się urodzeniem zdrowego dziecka; należy zadbać o to, aby w czasie pobytu w oddziale, pacjentka po urodzeniu martwego dziecka nie miała stałego kontaktu z pacjentkami, które urodziły zdrowe dzieci (przepis obowiązywał do 30 grudnia 2018 r.).

Od 1 stycznia 2019 r., zgodnie z ust. 3 pkt 3 części XV załącznika do rozporządzenia w sprawie standardu z 2018 r., kobiet w sytuacjach szczególnych,

⁶⁸ Zwanej dalej: „KG”.

w miarę możliwości nie umieszcza się w sali razem z kobietami w okresie ciąży, bądź w położu, które urodziły zdrowe dziecko.

Położna Oddziałowa wyjaśniła, że numery sal znajdujące się na wykazie bardzo często nie odpowiadają stanowi faktycznemu, a Szpital nie ma możliwości przedstawienia za okres wsteczny takiej informacji. Wynika to z działania systemu informatycznego, tj. użytkowanej przez Szpital aplikacji AMMS, która nie pozwala na wprowadzenie zmiany numeru sali w przypadku przeniesienia pacjentki, co jest częstą praktyką i nie dotyczy tylko pacjentek, które poroniły. Ponadto wynika z częstego przypisywania sal w systemie informatycznym w sposób losowy z uwagi na ww. fakt, prowadzone remonty i czasowe zmiany lokalizacji oraz przeznaczenia poszczególnych pomieszczeń, konieczności każdorazowego dostosowywania systemu do aktualnych zmian w liczbie sal i liczbie łóżek w salach. Z uwagi na coroczny plan dezynfekcji Oddziału i Oddziału Noworodkowego opracowywany dla wszystkich szpitali w województwie, okresowo każdy z oddziałów jest zobowiązany do przyjmowania pacjentek z terenu działania sąsiednich szpitali, co również ma wpływ na rozmieszczenie pacjentek. Przypadkowe przypisanie w systemie numeru sali nie oznacza rzeczywistego pobytu wskazanych pacjentek na tych samych salach, gdyż Oddział stosował się do zaleceń Ministra Zdrowia i rozmieszczał pacjentki zgodnie z wytycznymi. Za wskazanie w systemie informatycznym numeru sali podczas procedury przyjęcia do Oddziału odpowiada personel Oddziału, tj. położne.

(dowód: akta kontroli str. 377; 680-681; 1623)

Na zadane pytanie: *Czy w jakiegokolwiek dokumentacji medycznej, historiach chorób, kartach gorączkowych itp. sporządzanej w Szpitalu odnotowywano w latach 2017-2020 numery sali, na których przebywały hospitalizowane pacjentki, a jeżeli nie to dlaczego?*, Kierownik Oddziału wyjaśnił, że w historii choroby nie wpisywano obligatoryjnie numeru sali pobytu. Wyjaśnił ponadto, że pacjentki po poronieniu lub urodzeniu dziecka martwego nie przebywały w tych samych salach co pacjentki po porodzie fizjologicznym czy ciążarnie. Nadany numer sali/brak numeru sali nie stanowi o faktycznym miejscu pobytu pacjentki.

(dowód: akta kontroli str. 680-681; 765-768)

Zastępca Dyrektora ds. Ekonomicznych Szpitala wyjaśniła, że w systemie AMMS nr sali przypisywany jest często losowo, a w trakcie pobytu pacjentki są przenoszone do innego odcinka Oddziału.

(dowód: akta kontroli str. 1616-1621)

Ustalenia odnoszące się do wpisywania w dokumentacji medycznej numerów sal, w których przebywały pacjentki po niepowodzeniach położniczych został przedstawiony w punktach drugim i trzecim niniejszego obszaru kontrolnego.

7. Kierownik Oddziału wyjaśnił, że każda pacjentka rodzi martwe dziecko w pojedynczej sali porodowej. Poród może odbywać się w obecności osoby towarzyszącej wskazanej przez rodzicą. Po porodzie noworodka układa się na klatkę piersiową matki w tzw. kontakt skóra do skóry za jej zgodą. Jest to czas dwóch godzin, w których matka może pożegnać się z dzieckiem. Po dwóch godzinach dziecko zostaje przekazane na Trakt Sekcyjny. W tym czasie opiekę nad pacjentką sprawuje położna z sali porodowej i lekarz ginekolog-położnik. Pokój pożegnań w Oddziale nie jest wydzielonym pomieszczeniem. Pożegnanie następuje w sali porodowej przed przekazaniem martwego dziecka do prosektorium, które jest ubrane przez położną przed jego przekazaniem do pożegnania rodzicom. W pożegnaniu za zgodą pacjentki mogą uczestniczyć osoby bliskie. Podczas pożegnania rodzice mogą wykonywać fotografię dziecku.

Kierownik Oddziału wyjaśnił, że od lutego 2013 r. Szpital jako jeden z pierwszych w Polsce rozpoczął współpracę z Fundacją *Tęczowy kocyk* i do dnia dzisiejszego ta współpraca jest utrzymywana. W jej ramach wykonywane są pamiątki i ubranka z naszywkami z tekstem wiersza, które są wykorzystywane w trudnych chwilach po stracie dziecka podczas wsparcia udzielanego pacjentce.

(dowód: akta kontroli str. 439-442; 765-767)

Położna Oddziałowa wyjaśniła, że każda pacjentka po urodzeniu dziecka miała umożliwione pożegnanie się ze zmarłym dzieckiem, łącznie z kontaktem „skóra do skóry” na życzenie pacjentki. Pożegnanie miało miejsce w jednoosobowej sali porodowej, gdzie przebywała po porodzie. Za zgodą pacjentki umożliwiano pożegnanie najczęściej ojcu dziecka, który także mógł uczestniczyć w porodzie. W pożegnaniu uczestniczyły położne sali porodowej. W Oddziale praktykuje się możliwość wykonania zdjęcia przez rodziców. Umożliwia się także uzyskanie kopii zdjęcia USG. Każdy rodzic otrzymuje „Niezapominajkę” emblemat – naszywkę, która może być wspomnieniem o dziecku. Bezpośrednio po urodzeniu dziecko martwe jest ubrane/okryte w szatki przekazane przez Fundację *Tęczowy kocyk*. Ubranka dostosowane są do wielkości urodzonego dziecka. Jeżeli występują zewnętrzne deformacje ciała są one osłonięte dla rodzica.

(dowód: akta kontroli str. 757-761)

8. W Procedurze określono obowiązki dla:

- lekarza ginekologa-położnika dotyczące: poinformowania matki; uzyskania potwierdzenia na piśmie faktu przekazania wiadomości w *Oświadczeniu o prawie do pochówku* oraz uzyskania deklaracji na *Oświadczeniu o zrzeknięciu się prawa do pochówku* lub *Oświadczeniu o skorzystaniu z prawa do pochówku* (wg wzorów stanowiących załączniki do Procedury); wypisania *Karty zgonu* na pisemny wniosek osób uprawnionych do pochówku dziecka, *Karty sekcyjnej* oraz skierowania do Zakładu Patomorfologii;
- położnej/pielęgniarki dotyczące: wypisania *Karty martwego urodzenia dziecka*, bez względu na czas trwania ciąży; prawidłowego przygotowania zwłok dziecka/płodu (lub materiału diagnostycznego) do transportu do Zakładu Patomorfologii oraz do Traktu Sekcyjnego; czytelnego oznakowania ciała dziecka/płodu (lub materiału diagnostycznego);
- lekarza Zakładu Patomorfologii dotyczące: przeprowadzenia sekcji zwłok i/lub badania histopatologicznego, wydania wyniku badania oraz wyodrębnienia i przygotowania próbki materiału do badania genetycznego w celu określenia płci;
- pracowników Traktu Sekcyjnego dotyczące: wydania ciała dziecka/płodu matce oraz prowadzenia obowiązującej w tym zakresie dokumentacji.

(dowód: akta kontroli str. 309-322)

W 47 z 60 analizowanych dokumentacji medycznych nie było *Kart martwego urodzenia dziecka* zgodnie z Procedurą⁶⁹.

(dowód: akta kontroli str. 1723-1780)

Na zadane pytanie: *Dlaczego w 47 dokumentacjach medycznych nie było kart martwego urodzenia dziecka zgodnie z Procedurą (pkt G.3)?*, Zastępca Dyrektora ds. Ekonomicznych Szpitala wyjaśniła, że w spisie zawartości historii choroby w pozycji 17. zaznacza się tylko fakt wydania zgłoszenia a nie fakt jego załączenia do historii choroby a w niewymienionych brak zaznaczenia w poz. 17. oznacza, że nie wydano dokumentu z uwagi na nieokreśloną płć.

(dowód: akta kontroli str. 1616-1621)

⁶⁹ W pozostałych sprawach miały miejsce: zgodny dzieci żywo urodzonych (osiem przypadków) i poronienia samoistne (pięć przypadków).

W Procedurze szczegółowo określono także sposób postępowania, wskazując postanowienia ogólne, postanowienia dotyczące: poronienia bez stwierdzenia szczątków, poronienia lub urodzenia martwego płodu, przygotowania i sposobu postępowania z materiałem przeznaczonym do badania oraz wydania ciała dziecka/płodu bez przeprowadzenia badania sekcyjnego i/lub histopatologicznego. Zgodnie z zapisami Procedury, w przypadku poronienia lub zgonu dziecka lekarz Oddziału był zobowiązany poinformować matkę o możliwości wykonania na własny koszt badania genetycznego w celu określenia płci dziecka (w przypadku niemożności jej ustalenia)⁷⁰ oraz o prawie pochowania dziecka/płodu na własny koszt i terminie odbioru zwłok. Fakt zapoznania się z obowiązkiem pochówku matka miała potwierdzić na dwóch jednobrzmiących *Oświadczeniach o prawie do pochówku*⁷¹, w którym zgodnie ze wzorem stanowiącym załącznik do Procedury – miała oświadczyć, iż została poinformowana o prawie do odbioru (w terminie do sześciu tygodni od dnia wypisu jej ze Szpitala) oraz pochówku zwłok dziecka.

(dowód: akta kontroli str. 309-322)

W pięciu z 60 historii chorób⁷² nie było oświadczeń o prawie do pochówku według załącznika nr 1 do Procedury. Dwie z nich dotyczyły porodów martwych, odpowiednio w 33 i 27 tygodniu ciąży⁷³. W trzech historiach, jako rozpoznanie wskazano puste jajo płodowe a poronienia miały miejsce w siódmym i ósmym tygodniu ciąży. W każdym przypadku zlecono wykonanie badań histopatologicznych.

(dowód: akta kontroli str. 1723-1780; 1842-1843; 1846-1847)

Zastępca Dyrektora ds. Ekonomicznych Szpitala wyjaśniła, że w *historiach nie było oświadczeń ponieważ były to puste jaja płodowe, a poz. 7 to urodzenie dziecka martwego w 28 tygodniu ciąży – poród a nie poronienie i przekazanie ciała do sekcji.*

(dowód: akta kontroli str. 1616-1621)

Czterdzieści sześć oświadczeń o prawie do pochówku⁷⁴ sporządzono na innym wzorze niż wynikający z Procedury, w tym w 41 zapisano, że – *w przypadku braku możliwości określenia płci dziecka – pacjentka m.in. zobowiązywała się do przeprowadzenia badania genetycznego celem ustalenia płci dziecka wykonanego przez uprawnioną jednostkę na własny koszt.*

(dowód: akta kontroli str. 1723-1780)

Zastępca Dyrektora ds. Ekonomicznych Szpitala wyjaśniła, że powodem zastosowania różnych wzorów oświadczeń była chęć wykorzystania posiadanych na stanie Oddziału formularzy. Personel stosujący wzory oświadczeń uznał je za równoważne kierując się ich zasadniczą treścią, celowością oraz skutecznością oświadczenia.

(dowód: akta kontroli str. 1616-1621)

W przypadku wyrażenia woli wykonania badania genetycznego, zgodnie z Procedurą, matce winny zostać wydane wydzielone i zabezpieczone przez lekarza Zakładu Patomorfologii fragmenty tkanki – kosmówki. Wydanie to winno nastąpić w ww. Zakładzie.

⁷⁰ Karta martwego urodzenia dziecka sporządzana miała być przez położną w dniu dostarczenia przez matkę wyniku badania genetycznego określającego płeć (w terminie do sześciu tygodni od wydania materiału do badań), którą winna wysłać do USC, a której kserokopia winna być dołączona do dokumentacji medycznej. Karty tej nie wydawano matce.

⁷¹ Jedno winno być dołączone do dokumentacji medycznej a drugie do karty informacyjnej z leczenia szpitalnego pacjentki. Taka sama zasada dotyczyła poniższych oświadczeń sporządzanych na podstawie zapisów Procedury.

⁷² Poz. 5, 7, 25, 30, 43 zestawienia.

⁷³ Ciała dzieci zostały odebrane przez rodziców celem pochówku.

⁷⁴ Poz. 1,2,3,4,6,8,9,10,11,12,13,14,15,16,17,18,19,20,22,23,24,26,27,28,29,31,32,33,34,35,36,38,39,40,41,42, 44,45,46,47,48,49,50,57,59,60 zestawienia.

Matka zrzekając się prawa do pochówku winna potwierdzić to – w trakcie pobytu w Szpitalu, nie później niż w dniu wypisu – na dwóch egzemplarzach *Oświadczenia o zrzeknięciu się prawa do pochówku*⁷⁵, zaś deklarując chęć skorzystania z tego prawa – *Oświadczenia o skorzystaniu z prawa do pochówku*. W drugim z oświadczeń, sporządzonym według wzoru stanowiącego załącznik do Procedury – matka zobowiązywała się m.in. do odebrania zwłok dziecka w terminie do... (nie później jednak niż sześć tygodni po wypisaniu ze Szpitala). Ponadto w oświadczeniu tym zawierano informację, że *jeżeli w ciągu sześciu tygodni od dnia wypisu matki ze Szpitala zwłoki nie zostaną odebrane będą one przekazane do pochówku przez Gminę Krosno zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami prawa*.

(dowód: akta kontroli str. 309-322)

W czterech historiach chorób⁷⁶ nie było oświadczeń o zrzeknięciu się prawa do pochówku lub o skorzystaniu z prawa do pochówku według załącznika nr 2 i 3 do Procedury. Jedna z nich dotyczyła urodzenia martwego dziecka w 33 tygodniu ciąży, które zostało odebrane przez rodziców w celu dokonania pochówku, pozostałe trzy poronienia – według rozpoznania – dotyczyły pustych jaj płodowych.

(dowód: akta kontroli str. 1723-1780; 1842-1843)

Na zadane pytania: *Dlaczego w czterech historiach chorób nie było oświadczeń o zrzeknięciu się prawa do pochówku lub o skorzystaniu z prawa do pochówku według załącznika nr 2 i 3 do Procedury? oraz Co zrobiono w Szpitalu ze szczątkami/ciałami dzieci w ww. sprawach i co stanowiło podstawę działań w tym zakresie w związku z brakiem decyzji rodziców w ww. sprawach?*, Zastępca Dyrektora ds. Ekonomicznych Szpitala wyjaśniła, że w historiach choroby nie było oświadczeń ponieważ:

- pacjentka⁷⁷ zgłosiła się do szpitala w 33 tygodniu ciąży obumarłej. Ciało dziecka z zachowaniem godności przekazano do sekcji zwłok,
- w trzech przypadkach⁷⁸ pacjentki zgłosiły się z rozpoznaniem: puste jajo płodowe (bez zawiązka płodu), co potwierdziło się w badaniu USG. Do tego typu przypadków nie pobieramy oświadczeń.

(dowód: akta kontroli str. 1616-1621)

Dwadzieścia oświadczeń o skorzystaniu z prawa do pochówku⁷⁹ sporządzono na innym wzorze niż wynikający z Procedury, w którym zawarto m.in. informację, że *zwłoki będą wydane wyłącznie do stosownego, odpowiedniego pojemnika (trumienki), z którym należy się zgłosić do Traktu Sekcyjnego w Szpitalu*.

(dowód: akta kontroli str. 1723-1780)

Zastępca Dyrektora ds. Ekonomicznych Szpitala wyjaśniła, że powodem zastosowania różnych wzorów oświadczeń była chęć wykorzystania posiadanych na stanie Oddziału formularzy. Personel stosujący wzory oświadczeń uznał je za równoważne kierując się ich zasadniczą treścią, celowością oraz skutecznością oświadczenia.

(dowód: akta kontroli str. 1616-1621)

W 27 dokumentacjach medycznych pacjentek⁸⁰, które zadeklarowały odbiór ciała dzieci martwo urodzonych/płodów i szczątków po poronieniu celem pochówku, nie było oświadczeń dotyczących zrzeknięcia się odbioru i w ewidencji Szpitala nie było dowodów potwierdzających ich odbiór przez rodziców/przedstawicieli firmy pogrzebowej.

⁷⁵ Mogła je wycofać przed upływem sześciu tygodni od dnia wypisu ze Szpitala.

⁷⁶ Poz.: 5, 25, 30, 43 zestawienia.

⁷⁷ Poz. 5 zestawienia.

⁷⁸ Poz. 25, 30, 43 zestawienia.

⁷⁹ Poz. 1, 2, 3, 4, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 32, 41, 44, 47 zestawienia.

⁸⁰ Poz. 1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12,13,14,15,16,32,39,41,44,51,52,53,54,55,56,58 zestawienia.

(dowód: akta kontroli str. 1723-1780)

Zastępca Dyrektora ds. Ekonomicznych Szpitala wyjaśniła, że w Szpitalu oprócz Procedury obowiązuje procedura *Postępowanie ze zwłokami osób zmarłych w Wojewódzkim Szpitalu Podkarpackim im. Jana Pawła II w Krośnie*, która dotyczy wszystkich przypadków poza poronieniami i martwymi urodzeniami. Dla pozycji: 51, 58 zestawienia nie dysponujemy potwierdzeniem odbioru ciała dziecka. Ciała dzieci zostały odebrane z Traktu Sekcyjnego przez rodziny do pochówku bez dopilnowania uzupełnienia dokumentacji. W trzech przypadkach⁸¹ nie ma potwierdzenia odbioru fragmentów tkanki zarodka/płodu ponieważ ich nie wyłoniono podczas prac związanych z przygotowaniem preparatu do badań w Zakładzie Patomorfologii. Zakład Patomorfologii każdorazowo informuje o konieczności powiadomienia pacjentki o wyłonieniu fragmentów tkanek zarodka/płodu czy też fragmentów ciała płodu/dziecka.

(dowód: akta kontroli str. 1616-1621)

W związku z brakiem potwierdzeń odbioru ciał dzieci martwo urodzonych lub zmarłych a także fragmentów tkanek zarodka w analizowanych dokumentacjach medycznych pacjentek⁸², Szpital dostarczył 22 ich kopie sporządzone według załącznika do procedury *Postępowanie ze zwłokami osób zmarłych w Wojewódzkim Szpitalu Podkarpackim im. Jana Pawła II w Krośnie*.

(dowód: akta kontroli str. 1835-1874)

W dokumentacji medycznej 22 pacjentek⁸³, które zrzekły się prawa do pochówku szczątków poronionych pomiędzy piątym a 12 tygodniem ciąży nie było dowodów potwierdzających ich odbiór i nie zostały one pochowane z urzędu. W każdej z tych spraw zlecono i wykonano badania histopatologiczne.

(dowód: akta kontroli str. 1723-1780)

Zastępca Dyrektora ds. Ekonomicznych Szpitala wyjaśniła, że dla ww. przypadków nie ma zastosowania Procedura, z uwagi na brak fragmentów tkanki zarodka/płodu, ponieważ ich nie wyłoniono podczas prac związanych z przygotowaniem preparatu do badań w Zakładzie Patomorfologii. Jedynie dla pozycji 57 dołączamy kserokopię Oświadczenia odbioru ciała z uwagi na fakt, że waga dziecka wynosiła 460 g.

(dowód: akta kontroli str. 1616-1621; 1875-1876)

Według Procedury, w przypadku odmowy podpisania oświadczeń o skorzystaniu z prawa do pochówku lub zrzeknięciu się tego prawa, fakt ten miał być odnotowany w dokumentacji medycznej pacjentki i wewnętrznej Szpitala, z zachowaniem okresu przechowywania ciała dziecka/płodu do sześciu tygodni. Okres ten⁸⁴ winien być również zachowany w przypadku, gdy matka zrzekła się z prawa do pochówku lub nie zadeklarowała chęci skorzystania z tego prawa podczas pobytu w Szpitalu i odbioru wyniku badania histopatologicznego⁸⁵.

W przypadku poronienia, w którym lekarz nie stwierdza szczątków⁸⁶ wyskrobiny z jamy macicy (materiał diagnostyczny) winny zostać przekazane za potwierdzeniem odbioru do Zakładu Patomorfologii w celu wykonania badania histopatologicznego.

⁸¹ Poz. 32,39,44 zestawienia.

⁸² Poz. 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 41,52, 53, 54, 55,56 zestawienia.

⁸³ Poz. 18,19,22,23,24,26,27,28,31,33,34,35,36,38,42,45,46,48,49,50,59,60 zestawienia.

⁸⁴ Przechowywania ciała dziecka/płodu i/lub wyodrębnionego fragmentu tkanki – kosmówki do ewentualnych badań genetycznych.

⁸⁵ W terminie trzech tygodni od wypisu ze Szpitala.

⁸⁶ Tj. makroskopowo nie są widoczne fragmenty ciała dziecka/płodu.

W przypadku poronienia lub urodzenia martwego płodu, w którym lekarz stwierdzał dziecko/plód lub jego szczątki⁸⁷ miał on zlecić przeprowadzenie sekcji lub/i badanie histopatologiczne. Podejmował decyzje o: skierowaniu dziecka/plodu do badania sekcyjnego⁸⁸ i histopatologicznego niezależnie od czasu trwania ciąży lub o wydaniu go bez ww. badań. Zgodnie z Procedurą położna/pielęgniarka miała przygotować ciało dziecka/plodu do transportu do Traktu Sekcyjnego, tj. owinać je w kompres jednorazowego użytku, oznaczając nalepką zawierającą dane osobowe matki oraz płeć dziecka/plodu, datę i godzinę urodzenia, a następnie włożyć do stosownego pojemnika umożliwiającego godny transport. Po wykonaniu badania sekcyjnego, pracownik Traktu Sekcyjnego miał poinformować właściwego statystyka medycznego lub pracownika Oddziału o możliwości odbioru ciała dziecka/plodu do pochówku.

Zgodnie z zapisami Procedury położna/pielęgniarka winna: zabezpieczyć wyskrobiny przez wyschnięciem, utwalić w odpowiednim płynie konserwującym i w odpowiednim dokładnie zamkniętym pojemniku, zaopatrzonym w nalepkę z danymi osobowymi pacjentki a także datą i godziną pobrania, skompletować dokumenty, tj. skierowanie do badania histopatologicznego i oświadczenie zgody na utylizację pozostałości z materiału diagnostycznego, zaewidencjonować w rejestrze preparatów przekazanych do ww. badania, przekazać za potwierdzeniem odbioru preparat wraz z dokumentacją do Zakładu Patomorfologii.

Lekarz Zakładu Patomorfologii winien: *wydzielić lub nie fragmenty ciała dziecka/plodu, wydzielić lub zabezpieczyć fragmenty tkanki – kosmówki do badania genetycznego, jeżeli zostały wydzielone fragmenty ciała dziecka/plodu – przekazać w stosownym pojemniku umożliwiającym godny transport do Traktu sekcyjnego, wydzielić ciało dziecko/plodu, wydać wynik badania do Oddziału. Pracownik Traktu Sekcyjnego winien wpisać fakt otrzymania z Zakładu Patomorfologii fragmentów ciała dziecka/plodu i/lub ewentualnie wyodrębnionego fragmentu tkanki – kosmówki do dokumentacji Traktu Sekcyjnego – Ewidencja ciał dzieci/płodów martwo urodzonych⁸⁹. Jeżeli nie zostały wydzielone fragmenty ciała dziecka/plodu, z pozostałym materiałem diagnostycznym winien postąpić zgodnie z wewnętrznymi procedurami Zakładu Patomorfologii.*

(dowód: akta kontroli str. 309-322)

W 12 dokumentacjach medycznych⁹⁰, z tego: ośmiu pacjentek, które poroniły lub urodziły martwe dzieci między siódmym a 33 tygodniem ciąży i czterech – które urodziły żywe dzieci pomiędzy 21 a 38 tygodniem ciąży a następnie dzieci te zmarły, nie było oświadczeń pacjentek *w sprawie wyrażenia zgody na spalenie amputowanej części ciała (i/lub pozostałości materiału diagnostycznego pobranego do badania histopatologicznego) powstałej w wyniku zabiegu pooperacyjnego*, według wzoru stanowiącego załącznik nr 1 do Procedury P01/11/O/N. Oświadczenia takie sporządzono w 43 podobnych sprawach spośród 60 analizowanych, gdzie zlecono badania histopatologiczne. W pozostałych pięciu sprawach nie sporządzano ich z uwagi na niewykonywanie badań histopatologicznych.

(dowód: akta kontroli str. 1723-1780; 1878-1891)

Zastępca Dyrektora ds. Ekonomicznych Szpitala wyjaśniła, że *nie dokonuje się spalania części ciała po poronieniu lub porodzie. Całość materiału przekazana jest do badania histopatologicznego lub sekcji zwłok.*

(dowód: akta kontroli str. 1616-1621)

⁸⁷ Tj. makroskopowo widoczne fragmenty ciała dziecka/plodu – plód jest pofragmentowany w wyniku wydobycia z ustroju matki podczas zabiegu ginekologicznego.

⁸⁸ Sporządzając i podpisując *Kartę sekcyjną*.

⁸⁹ Prowadzonej wg wzoru stanowiącego załącznik do Procedury.

⁹⁰ Poz. 5,6,7,13,25,30,38,43,51,53,54,55 zestawienia.

Według Procedury, w przypadku wydania ciała dziecka/płodu bez przeprowadzenia badania sekcyjnego i/lub histopatologicznego lekarz ginekolog winien sporządzić *Kartę sekcijną*. W takim przypadku położna/pielęgniarka powinna przygotować ciało dziecka/płodu do transportu do chłodni Traktu Sekcyjnego poprzez: owinięcie w kompres jednorazowego użytku, oznaczony przy pomocy identyfikatora – bransoletki zawierającego dane osobowe matki oraz płeć dziecka/płodu, datę i godzinę urodzenia/zgonu, a następnie włożyć je do stosownego pojemnika, umożliwiającego transport. W przypadku pofragmentowania ciała dziecka/płodu winna włożyć szczątki do stosownego pojemnika umożliwiającego godny transport, oznaczonego nalepką zawierającą dane jak powyżej. Położna/pielęgniarka powinna przetransportować ciało dziecka/płodu do pomieszczenia *Post mortem*, skąd pracownik Traktu Sekcyjnego powinien przewieźć je do chłodni, w której miały być przechowywane przez okres sześciu tygodni. Jeżeli po tym okresie nie nastąpił odbiór dziecka/płodu ciało miało być pochowane, stosownie do zapisów Procedury, przez i na koszt Gminy Krosno. Potwierdzeniem odbioru ciała dziecka/płodu przez matkę z Traktu Sekcyjnego miało być złożenie podpisu w *Ewidencji ciał dzieci/płodów martwo urodzonych*, zaś przez pracownika Gminy Krosno – w *Ewidencji ciał dzieci/płodów martwo urodzonych przekazanych do pochówku* przez Gminę Krosno⁹¹.

(dowód: akta kontroli str. 309-322)

Szpital prowadził *Ewidencję ciał dzieci/płodów martwo urodzonych przekazanych do pochówku* przez Gminę Krosno⁹², nie prowadził zaś *Ewidencji ciał dzieci/płodów martwo urodzonych*⁹³, w której winny zostać ujęte następujące dane: *nazwisko i imię matki, płeć dziecka/płodu, data przyjęcia ciała do Traktu Sekcyjnego, data wypisu ze Szpitala matki, czytelny podpis pracownika Traktu Sekcyjnego, data upływu sześciu tygodni od dnia wypisu matki, data wydania ciała dziecka/płodu do pochówku, czytelny podpis osoby wybierającej ciało dziecka/płodu*.

(dowód: akta kontroli str. 309-322; 1616-1621)

Zastępca Dyrektora ds. Ekonomicznych Szpitala wyjaśniła, że Ewidencja nie była prowadzona z uwagi na to, że pracownik Traktu Sekcyjnego nie dopełnił obowiązku prowadzenia załącznika nr 5. W Szpitalu oprócz Procedury, obowiązuje procedura *Postępowanie ze zwłokami osób zmarłych w Wojewódzkim Szpitalu Podkarpackim im. Jana Pawła II w Krośnie*, która dotyczy wszystkich przypadków poza poronieniami i martwymi urodzeniami. Jednak zdarza się, że przy urodzeniu martwego dziecka lub zgonie noworodka żywo urodzonego, pracownik Traktu Sekcyjnego odbiera potwierdzenie odbioru ciała na dokumentach z procedury *Postępowanie ze zwłokami osób zmarłych w Wojewódzkim Szpitalu Podkarpackim im. Jana Pawła II w Krośnie* – załącznik oświadczenia osób odbierających zwłoki z Traktu Sekcyjnego Wojewódzkiego Szpitala Podkarpackiego im. Jana Pawła II w Krośnie.

(dowód: akta kontroli str. 874-880; 1616-1621; 1781-1791)

Na pytanie: *Dlaczego w Procedurze mowa jest o przekazaniu zwłok do pochówku przez Gminę Krosno zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami prawa, skoro faktycznie pochówek ten organizowało [...]?*⁹⁴ a nie Gmina Krosno?, Zastępca Dyrektora ds. Ekonomicznych Szpitala wyjaśniła, że *intencją przy opracowaniu*

⁹¹ Prowadzonych wg wzorów stanowiących załącznik do Procedury.

⁹² Według załącznika nr 6 do Procedury.

⁹³ Według załącznika nr 5 do Procedury.

⁹⁴ W wystąpieniu pokontrolnym na podstawie art. 5 ust. 2 ustawy z dnia 6 września 2001 r. o dostępie do informacji publicznej (Dz. U. z 2020 r. poz. 2176) i art. 11 ust. 4 ustawy z dnia 16 kwietnia 1993 r. o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji (Dz. U. z 2020 r., poz. 913) Najwyższa Izba Kontroli wyłączyła jawność informacji w zakresie nazwy przedsiębiorcy. Wyłączenia tego dokonano w interesie przedsiębiorcy.

Procedury było określenie postępowania zgodnie z przepisami powszechnie obowiązującymi, dlatego została ona opracowana w oparciu o obowiązujące akty prawne (wyjątek stanowił czas sześciu tygodni na decyzję matki). Jednak brak zainteresowania ze strony Gminy Krosno spowodował, że jej praktyczne stosowanie odbiega od jej treści.

(dowód: akta kontroli str. 868-873)

W latach 2017-2019 Szpital obowiązywały umowy zarte z [...] ⁹⁵, których przedmiotem było wykonywanie dla pacjentów Szpitala m.in. badań histopatologicznych i sekcji zwłok naukowo-lekarskiej z pobraniem wycinków histopatologicznych. Zgodnie z zapisami tych umów materiał do badań miał być odbierany przez przyjmującego zamówienie i na jego koszt z Zakładu Diagnostyki Laboratoryjnej udzielającego zamówienia. Umowy te nie dotyczyły pochówku dzieci urodzonych w wyniku poronienia lub martwo urodzonych, których rodzice zrzekli się tego prawa.

(dowód: akta kontroli str. 560-575)

W listopadzie 2010 r. Prezydent Miasta Krosna wyznaczył miejsce na Cmentarzu Komunalnym w Krośnie na budowę grobu dla dzieci zmarłych przed urodzeniem, tzw. „dzieci utraconych” i umorzył związane z tym opłaty. Zezwolenie na obramowanie grobu i ustawienie nagrobka zostało wydane przez zarządcę cmentarza dla [...] ^{96, 97}

W kwietniu 2011 r. Zakład ten poinformował Szpital, że wraz z kapelanem Szpitala dobrowolnie zobowiązuje się do pochowania zwłok dzieci zmarłych przed urodzeniem, a nieodebranych przez rodziców w ww. grobie. Wcześniej kierował pisma do Miejskiego Ośrodka Pomocy Rodzinie w Krośnie (MOPR) w celu wypracowania procedur dotyczących postępowania w takich sprawach. W związku z prośbą MOPR o przekazanie danych osobowych i miejsca zamieszkania rodziców dzieci oraz wskazanie dat zgonów w celu wszczęcia procedury administracyjnej Zakład nie przekazał tych danych.

(dowód: akta kontroli str. 531-548)

Na pytania: *Czy w latach 2017-2019, a także w okresie wcześniejszym Gmina Krosno realizowała jakieś działania w zakresie organizacji pochówku ciał dzieci martwo urodzonych w Szpitalu, których rodzice nie skorzystali z tego prawa?, Czy Szpital lub inny podmiot występował do Gminy w celu uregulowania sposobu postępowania w tym zakresie i z jakim skutkiem, jakie były ustalenia, a w przypadku nierealizowania żadnych działań przez Gminę jakie były tego przyczyny? oraz Czy, a jeżeli tak to jakie zasady przyjęto w ww. zakresie, czy np. ciała te podlegają kremacji, z jaką częstotliwością odbywa się ich pochówek, czy Gmina dysponuje zbiorową mogiłą przeznaczoną dla takiego pochówku, czy w kwestii organizacji pochówku Gmina nawiązała współpracę ze Szpitalem a także ze stowarzyszeniami, organizacjami pozarządowymi zajmującymi się tą problematyką?,* Pani Iwona Wójcik-Druciak, Dyrektor MOPR wyjaśniła, że w zakresie organizacji pochówku ciał dzieci martwo urodzonych w Szpitalu, Gmina Miasto Krosno kieruje się uchwałą z 30 października 2019 r. ⁹⁸ w sprawie sprawienia pogrzebu przez Gminę Miasto Krosno. Zgodnie z uchwałą, pochówek dzieci martwo urodzonych organizuje się raz do roku i następuje on na zgłoszenie miejscowego szpitala w specjalnie do tego przygotowanej mogile na obszarze cmentarza, zlokalizowanego na terenie Gminy Miasto Krosno. Informację o terminie uroczystości pogrzebowej umieszcza się na stronie internetowej MOPR. Ponadto w dniu pogrzebu w intencji dzieci zmarłych

⁹⁵ Jw.

⁹⁶ Jw.

⁹⁷ Od 2017 r. – [...] - podstawa wyłączenia jak w przypisie 94; zwany dalej: „Zakładem”.

⁹⁸ Nr XIII/381/19.

przed urodzeniem oraz ich rodziców organizowana jest uroczysta Msza Św. w Kościele pw. św. Piotra i św. Jana z Dukli w Krośnie. Uroczystość tą organizuje [...]99. Na wniosek Szpitala Prezydent Miasta Krosna w dniu 4 listopada 2010 r. wyraził zgodę na wyznaczenie miejsca pod grób dzieci zmarłych przez urodzeniem na Cmentarzu Komunalnym w Krośnie. Ciała dzieci składane są w kwaterze A3, rząd 20a, miejsce 4. Pochówek odbywa się zazwyczaj około 15 października, w którym to dniu przypada Dzień Dziecka Utraconego.

MOPR w Krośnie nie znał liczby ciał/szczątków dzieci martwo urodzonych w Szpitalu, które zostały pochowane w latach 2017-2019 według ww. zasad100. W związku z organizacją pochówku tych dzieci poniósł on wydatki101 we wskazanym okresie w łącznej wysokości 3 045,60 zł (tj. 1 015,20 zł rocznie).

(dowód: akta kontroli str. 642-651)

Zastępca Dyrektora ds. Ekonomicznych Szpitala wyjaśniła, że w początkowym okresie (2011 r.) podejmowana była próba nawiązania współpracy z Gminą Krosno, jednak pisma z dnia 18 kwietnia 2011 r. i 25 maja 2011 r. pozostały bez odpowiedzi. Z ww. przyczyn, dzięki dobrej woli i życzliwości podmiotu współpracującego ze Szpitalem pochówek organizowany jest przez [...]102. W zakresie kosztów pochówku Szpital finansował wiązanki okolicznościowe, których koszt wyniósł: w 2017 r. – 58 zł, w 2018 r. – 70 zł, w 2019 r. – 96 zł.

(dowód: akta kontroli str. 868-873; 887-888)

Raz w roku, Zakład wraz z kapelanem Szpitala dobrowolnie organizowali pochówek w ww. grobie, każdorazowo informując Szpital o terminie i miejscu pochówku. Pochówek odbywał się po uroczystej mszy świętej w intencji dzieci zmarłych i ich rodziców.

(dowód: akta kontroli str. 531-548)

Zastępca Dyrektora ds. Ekonomicznych Szpitala wyjaśniła, że o planowanej organizacji zbiorowego pochówku rodzice byli informowani po zgonie dziecka. Rodzicom przekazywano wówczas informację o przewidywanym miesiącu pochówku oraz o fakcie zamieszczania ogłoszenia na stronie internetowej Szpitala lub możliwości kontaktu ze Szpitalem. Dodatkowo każdorazowo Szpital zwracał się do parafii z prośbą o rozpowszechnienie informacji o pochówku zbiorowym a [...]103 przekazywała plakaty informujące do rozwieszenia. W pochówku brali udział przedstawiciele zarządu Szpitala.

(dowód: akta kontroli str. 868-873)

W latach 2017-2019 pochowano z urzędu łącznie 88 dzieci, z tego:

- w dniu 14 października 2017 r. 29 dzieci, których materiał został pobrany do badania histopatologicznego w okresie od 21 września 2016 r. do 19 lipca 2017 r.,
- w dniu 13 października 2018 r. 26 dzieci, których materiał został pobrany do badania histopatologicznego w okresie od 18 listopada 2017 r. do 2 sierpnia 2018 r.,
- w dniu 15 października 2019 r. 32 dzieci, których materiał został pobrany do badania histopatologicznego w okresie od 22 sierpnia 2018 r. do 20 sierpnia 2019 r. i jedno dziecko – urodzone w dniu 10 grudnia 2014 r.

(dowód: akta kontroli str. 531-548)

W zakresie pochówku w 2019 r. ciała dziecka urodzonego w 2014 r., Zastępca Dyrektora ds. Ekonomicznych Szpitala wyjaśniła, że podczas zmiany lokalizacji Traktu Sekcyjnego na przełomie 2018/2019 roku, zauważono opisany pojemnik ze szczątkami przechowywanymi w formalinie. Jednocześnie stwierdzono brak odnośnego wpisu w rejestrze ciał. Z uwagi na organizację pochówków raz w roku,

99 Jak w przypisie 94.

100 Przekazanych do pochówku przez Gminę Krosno.

101 Związane z usługą pogrzebową: trumną, przygotowaniem i kompleksową obsługą pogrzebu.

102 Jak w przypisie 94.

103 Jak wyżej.

zwłoki przeznaczono do pochówku zbiorowego w październiku 2019 r. Jednocześnie z pracownikiem Traktu Sekcyjnego przeprowadzono rozmowę dyscyplinującą, podczas której zwrócono uwagę na konieczność zachowania procedur i dbałości podczas wykonywania obowiązków. Należy zaznaczyć, że preparaty wyłonione do badań powinny być przechowywane przez Zakład Patomorfologii, a wykaz ciał do pochówku może nie zawierać danych ciał, których wielkość pozwalała tylko na wypreparowanie materiału do badania.

(dowód: akta kontroli str. 868-873)

Zgodnie z art. 28 ust. 1 pkt 2 ustawy o działalności leczniczej, szpital jest zobowiązany do należytego przygotowania zwłok poprzez ich umycie i okrycie, z zachowaniem godności należnej osobie zmarłej, w celu ich wydania osobie lub instytucji uprawnionej do ich pochowania. Szpital może przechowywać zwłoki nie dłużej niż przez 72 godziny, licząc od godziny, w której nastąpiła śmierć pacjenta.

Spośród 60 analizowanych dokumentacji medycznych Szpital przedstawił dowody potwierdzające odbiór ciał/szczątków dzieci martwo urodzonych lub urodzonych w wyniku poronienia w 25 przypadkach, w terminach wynoszących 0 do 24 doby od dnia wypisu matki ze Szpitala¹⁰⁴. Z tego do trzeciej doby – 16 przypadków, w czwartej dobie – trzy przypadki i między dziewiątą a 24 dobą – cztery przypadki. Pochówek z urzędu przeprowadzono w trzech przypadkach, odpowiednio w: czwartym¹⁰⁵ i 10 miesiącu od wypisu matki ze Szpitala. W dwóch przypadkach Szpital nie przedstawił potwierdzeń odbioru ciał. W 25 przypadkach Szpital zlecił przeprowadzenie badań histopatologicznych i po wykonaniu badań nie zwrócono do Szpitala fragmentów tkanek zarodka/ płodu z powodu niewyłonienia podczas prac związanych z przygotowaniem preparatu do badań w Zakładzie Patomorfologii. W pozostałych pięciu przypadkach miało miejsce poronienie samoistne lub stwierdzono puste jaja płodowe.

(dowód: akta kontroli str. 576-580; 1723-1780; 1835-1877)

Na zadane pytania: *Jak długo w latach 2017-2019 zwłoki dzieci urodzonych w wyniku poronienia i martwo urodzonych były przechowywane przez Szpital na jego terenie, w jakich warunkach i czy Szpital dysponował wystarczającym miejscem do przechowywania takich zwłok? i Czy, a jeżeli nie to dlaczego nie był stosowany przepis art. 28 ustawy o działalności leczniczej, który stanowi, że Szpital może przechowywać zwłoki przez 72 godziny?*, Zastępca Dyrektora ds. Ekonomicznych Szpitala wyjaśniła, że zgodnie z ustawą o cmentarzach i chowaniu zmarłych, obowiązek organizacji pochówku ciąży na gminie, ale pomimo to Szpital przy niesformalizowanej współpracy z [...] ¹⁰⁶ kontynuuje tę inicjatywę pomimo braku takiego obowiązku. Wynika to z faktu braku zainteresowania gminy pochówkiem dzieci martwo urodzonych. Z uwagi na realne możliwości, pochówki organizowane są raz w roku, co wymusza na naszym podmiocie wydłużenie czasu przechowywania zwłok. Taki system pozwala na zachowanie uroczystej oprawy i nie angażuje pracowników Szpitala w sposób utrudniający wykonywanie obowiązków służbowych. W latach 2017-2019 nie stwierdzono problemów z przechowywaniem zwłok. Nieprzestrzeganie przepisu art. 28 ustawy o działalności leczniczej wynikało z przedstawionego powyżej wyjaśnienia oraz z przyjętej wewnętrznie zasady przyznania matce prawa do zmiany decyzji w ciągu sześciu tygodni od poronienia lub urodzenia martwego dziecka. Dzień pochówku jest ustalany w dacie zbliżonej do obchodzonego Światowego Dnia Dziecka Utraconego.

Ponadto na zadane pytanie: *W kontekście cyt. przepisu ustawy o działalności leczniczej, dlaczego w obowiązującej w Szpitalu Procedurze dopuszczano*

¹⁰⁴ W tym w dwóch przypadkach w dokumentach potwierdzających nie było daty odbioru.

¹⁰⁵ W dwóch przypadkach.

¹⁰⁶ Jak w przypisie 94.

możliwość przechowywania zwłok przez sześć tygodni od dnia wypisu matki ze Szpitala, wskazując ten termin dla dokonania niektórych czynności, m.in. odbioru zwłok przez matkę? wyjaśniła, że pomimo obowiązującego przepisu art. 28 ustawy o działalności leczniczej wprowadzono wewnętrznymi uregulowaniami okres sześciu tygodni na podjęcie decyzji, co było podyktowane potrzebami rodziców, szczególnie matki. Naszym zdaniem szok i stres związany z żałobą uzasadnia konieczność wydłużenia terminu powyżej 72 godzin celem podjęcia racjonalnej decyzji. Postępowanie Szpitala wychodzi naprzeciw potrzebom społecznym, tym bardziej, że praktyka wskazuje na częste zmiany decyzji w tym czasie, a tym samym potrzebę wystąpienia z inicjatywą zmiany przepisów.

(dowód: akta kontroli str. 868-873)

W Ewidencji ciał dzieci/płodów martwo urodzonych przekazanych do pochówku przez Gminę Krosno w 2017 r. zaewidencjonowano łącznie 30 ciał dzieci/płodów, w 2018 r. – 34, zaś w 2019 r. – 9¹⁰⁷. Zgodnie ze wzorem stanowiącym załącznik do Procedury ewidencja ta zawierała następujące kolumny:

- l.p. – niewypełniona za ww. okres,
- nazwisko i imię matki – wypełniona w wszystkich przypadkach, płeć dziecka/płodu – wypełniona w 11 z 73 przypadków,
- data przyjęcia ciała do Traktu Sekcyjnego – wypełniona w 53 przypadkach,
- data wypisu ze Szpitala matki – wypełniona w 20 przypadkach,
- czytelny podpis pracownika Traktu Sekcyjnego – wypełniona w 56 przypadkach,
- data upływu sześciu tygodni od dnia wypisu matki – niewypełniona,
- data wydania ciała dziecka/płodu do pochówku – wypełniona w trzech przypadkach,
- czytelny podpis osoby wybierającej ciało dziecka/płodu – wypełniona w 22 przypadkach – z tego 18 czytelnie – podpisy rodziców dzieci i cztery parafki, we wszystkich przypadkach w tej kolumnie ewidencji wpisano nr PESEL (osób, które nie zostały wskazane, prawdopodobnie matek dzieci).

(dowód: akta kontroli str. 539-548; 576-580)

Zastępca Dyrektora ds. Ekonomicznych Szpitala wyjaśniła, że pracownik Traktu Sekcyjnego nie dochował staranności w wypełnianiu poszczególnych kolumn kart ewidencyjnych w zakresie liczby porządkowej, daty przyjęcia ciała do Traktu Sekcyjnego, daty wypisu matki ze Szpitala, podpisu, daty upływu sześciu tygodni od dnia wypisu matki, daty wydania ciała dziecka/płodu do pochówku, czytelnego podpisu osoby wybierającej ciało dziecka/płodu. Dane dotyczące płci dziecka nie zawsze mogą być wypełnione z uwagi na to, że płeć nie zawsze jest określona.

Na zadane pytanie: Skoro ewidencja nie zawierała czytelnych podpisów osób wybierających ciało dziecka/płodu (zgodnie z obowiązującą w Szpitalu procedurą – punktem 5.6 potwierdzeniem odbioru ciała dziecka/płodu przez pracownika Gminy Krosno z Traktu Sekcyjnego jest złożenie czytelnego podpisu w obowiązującej dokumentacji Traktu Sekcyjnego – Ewidencja ciał dzieci/płodów martwo urodzonych przekazanych do pochówku przez Gminę Krosno) czy Szpital posiada dokumentację, która potwierdzałaby ile, komu i kiedy przekazano w latach 2017-2019 ciał dzieci urodzonych w wyniku poronienia i martwo urodzonych, których rodzice zrzekli się prawa do pochówku w celu ich pochowania? W przypadku nieposiadania dokumentacji w ww. sprawie proszę o wskazanie przyczyn takiego stanu, Zastępca Dyrektora ds. Ekonomicznych Szpitala wyjaśniła, że Szpital nie prowadzi dodatkowej ewidencji ciał dzieci/płodów wydanych do pochówku, gdyż przy opracowywaniu procedury uznano, że prawidłowe wypełnienie załącznika nr 5 i 6 jest wystarczające.

(dowód: akta kontroli str. 1616-1621)

¹⁰⁷ Łącznie 73.

Dane dotyczące liczby ciał dzieci/płodów przekazanych do pochówku przez Gminę Krosno, które wynikały z tej ewidencji nie odpowiadały takim danym, które wynikały z zestawień sporządzonych w związku z organizowanym corocznie pochówkiem, który został opisany powyżej.

W ewidencji nie było danych dotyczących 25 ciał dzieci/płodów ujętych w ww. listach, tj.:

- jednych zwłok z 2017 r. – poz. 15 *Listy dzieci do pochówku* w dniu 14 października 2017 r.,
- trzech zwłok z 2018 r. – poz. od 24 do 26 *Listy dzieci do pochówku* w dniu 13 października 2018 r.,
- 20 zwłok z 2019 r. i jednych z 2014 r. – poz. od 13 do 33 *Listy dzieci do pochówku* w 2019 r.

Na listach dzieci do pochówku nie było łącznie 22 ciał dzieci/zwłok, które były ujęte w ww. ewidencji, tj.:

- siedmiu z 2017 r.,
- 11 z 2018 r.,
- czterech z 2019 r.

(dowód: akta kontroli str. 539-548; 576-580)

Zastępca Dyrektora ds. Ekonomicznych Szpitala wyjaśniła, że nieuwzględnienie zwłok w ewidencji Traktu Sekcyjnego było spowodowane nieprzekazaniem tkanek dzieci/płodów z Zakładu Patomorfologii do Traktu Sekcyjnego, co wynika z przepisów wewnętrznych w zakresie prowadzenia badań histopatologicznych i archiwizacji materiału do badań. Szpital nie prowadził kontroli realizacji Procedury a pracownik Traktu Sekcyjnego nie miał podstaw do zgłaszania braków. Pracownik Traktu Sekcyjnego nie dysponuje wiedzą na temat liczby poronień w Szpitalu i danymi o czasie ich wystąpienia. Po obecnej kontroli Szpital zwróci się do Zakładu Patomorfologii o wyjaśnienia. Obecnie rozpoczęły się prace przygotowawcze nad umową o współpracy w zakresie wydawania fragmentów ciała dziecka/płodu/zarodka oraz wdrożeniem nowych procedur w zakresie organizacji pochówku.

Kwestia braku w danym roku łącznie 22 ciał (tkanek, fragmentów ciał) dzieci/płodów na listach dzieci/płodów przekazanych do pochówku, wynika z rozbieżności pomiędzy terminem wyłonienia materiału (tkanki ciała dziecka/płodu) do badania a terminem organizowanego raz w roku pochówku, np. siedem ciał z 2017 r. znajduje się na liście do pochówku z roku 2018 r., 11 „ciał” z 2018 r. znajduje się na liście do pochówku z 2019 r. Podczas wstępnej analizy danych z 2019 r. i dotyczącej 20 zwłok z listy do pochówku przypuszczamy, że chodzi o niezgodność wynikającą z zaprzestania przekazywania przez Zakład Patomorfologii ciał (tkanek) Szpitalowi, co prawdopodobnie wiąże się z wewnętrznymi procedurami realizatora badań.

(dowód: akta kontroli str. 1616-1621; 1781-1791)

Dwadzieścia dwa ciała, które zostały ujęte w *Ewidencji ciał dzieci/płodów martwo urodzonych przekazanych do pochówku przez Gminę Krosno*, a nie zostały pochowane z urzędu, odebrali rodzice.

(dowód: akta kontroli str. 539-548; 576-580; 1781-1877)

W *Ewidencji ciał dzieci/płodów martwo urodzonych przekazanych do pochówku przez Gminę Krosno* w przypadku 21 ciał dzieci/zwłok niepochowanych z urzędu znajdowały się podpisy (w miarę czytelne) lub nieczytelne parafki, które miały zaświadczać o ich odbiorze przez rodziców, bez wskazania daty odbioru. W przypadku pozostałego jednego ciała nie było takiego podpisu lub parafy.

(dowód: akta kontroli str. 576-580; 874-879; 1877)

Na zadane pytania: *W ilu przypadkach, w latach 2017–2019 kobiety po poronieniach lub martwych urodzeniach nie zdecydowały się odebrać zwłok dziecka a w ilu odebrały je w celu pochówku we własnym zakresie?, W ilu przypadkach, w latach 2017 – 2019 Szpital wysyłał materiał po poronieniach lub martwych urodzeniach do badania histopatologicznego i sekcyjnego?*, Zastępca Dyrektora ds. Ekonomicznych Szpitala wyjaśniła, że łącznie nie odebrano 88 zwłok (2017 r. – 29, 2018 r. – 26, 2019 r. – 33). Oświadczenia dołączane są każdorazowo do dokumentacji medycznej. Sekcje zwłok zlecono: w 2017 r. – cztery, w 2018 r. – pięć, w 2019 r. – trzy. W przypadku badań histopatologicznych Szpital nie dysponuje taką statystyką i jej uzyskanie wymagałoby przeglądu całości dokumentacji medycznej związanej z poronieniami lub martwymi urodzeniami, dlatego Szpital zwrócił się do podwykonawcy o ewentualne udostępnienie ww. danych. [...] ¹⁰⁸ podał, że w 2017 r. zrealizował na rzecz Szpitala 183 badania histopatologiczne dotyczące dzieci urodzonych w wyniku poronienia i pięć – dzieci urodzonych martwo, w 2018 r. odpowiednio: 172 i siedem, w 2019 r. odpowiednio: 139 i siedem.

(dowód: akta kontroli str. 868-873; 890-891; 1622)

Na zadane pytania: *W jaki sposób w Szpitalu przebiegał proces postępowania ze zwłokami dzieci urodzonych w wyniku poronienia lub martwo urodzonych od momentu poronienia/porodu do pochówku, ze wskazaniem terminów dokonywania poszczególnych czynności, opisanych w Procedurze?, Czy określono terminy dokonywania poszczególnych czynności, w szczególności przekazania ciała do Traktu Sekcyjnego w celu sekcji zwłok, do Zakładu Patomorfologii w celu badania histopatologicznego i wydzielenia materiału do badania genetycznego, wydania ciała matce lub pochówku zbiorowego organizowanego raz w roku, a jeżeli tak to gdzie i ile one wynosiły, czy może były stosowane dowolnie w poszczególnych przypadkach? oraz Czy zwłoki dzieci po przeprowadzonych ww. czynnościach były przekazywane z powrotem do Szpitala, w celu odbioru ich przez rodziców, jak i w przypadku braku zgody rodziców na odbiór zwłok?*, Zastępca Dyrektora ds. Ekonomicznych Szpitala wyjaśniła, że w przypadku pozyskania materiału biologicznego w wyniku wyłęczekowania jamy macicy po poronieniu, materiał zabezpieczony jest w Oddziale i z pominięciem Traktu Sekcyjnego jest przekazywany do Zakładu Patomorfologii podwykonawcy. Takie postępowanie dotyczy również materiału pozyskanego w drodze zabiegu operacyjnego (ciąża pozamaciczna) z Bloku Operacyjnego. W sytuacji urodzenia dziecka martwego z możliwą identyfikacją płci, Szpital zabezpiecza ciało dziecka (ubranie) i umożliwia pożegnanie się (jeśli pacjentka wyrazi takie życzenie) z dzieckiem w Oddziale w czasie dwóch godzin od urodzenia, po czym zwłoki zostają przekazane do Traktu Sekcyjnego. Jednocześnie wystawiany jest przez lekarza wniosek o wykonanie sekcji zwłok. We wszystkich przypadkach, w których nie można bezpośrednio po porodzie lub poronieniu określić płci dziecka, pacjentka jest informowana o możliwości wykonania badania genetycznego na określenie płci dziecka celem otrzymania aktu urodzenia dziecka martwego, który to akt wystawiany jest po uzyskaniu przez Szpital informacji zwrotnej (kopii wyniku). Pacjentka ma możliwość nieokreślenia płci dziecka z prawem do pochówku lub skorzystania z pogrzebu zbiorowego. Zgodnie z Procedurą pacjentka ma prawo zmienić decyzję dotyczącą faktu pochówku w ciągu sześciu tygodni od poronienia lub urodzenia dziecka martwego. Z tej możliwości pacjentki często korzystają a personel stara się uwzględnić prośby rodziców.

Sekcje zwłok wykonywane są w Trakcie Sekcyjnym, który jest zlokalizowany w Szpitalu i tym samym podwykonawca wykonuje usługi sekcji zwłok w pomieszczeniach stanowiących własność Szpitala (udostępnienie na podstawie

¹⁰⁸ Jak w przypisie 94.

umowy). Jedynie materiał do badań jest przekazywany do Zakładu Patomorfologii podwykonawcy, zgodnie z procedurą Postępowanie z materiałem do badań histopatologicznych i cytologicznych oraz wynikami badań, których wynik nie był znany przy wypisie. Zgodnie z procedurą materiał do badań miał być odbierany przez Przyjmującego Zamówienie i na jego koszt, z Zakładu Diagnostyki Laboratoryjnej Udzielającego Zamówienia, w dni robocze w godzinach ustalonych między stronami. Zwłoki do Traktu Sekcyjnego są dostarczane transportem wewnętrznym Szpitala przez wyznaczonych pracowników, w zamkniętym pojemniku oraz z wykorzystaniem wózka z pokrywą. Wyjątkiem jest pomijanie obecnie pomieszczenia Post mortem, które z uwagi na zmianę lokalizacji Traktu Sekcyjnego nie jest wymagane.

W latach 2017-2019 zwłoki/materiał były przechowywane w chłodniach Traktu Sekcyjnego z zachowaniem godności osoby zmarłej. Od 2019 r. zwłoki są nadal przechowywane w Trakcie Sekcyjnym a materiał do badań jest przechowywany przez podwykonawcę wykonującego badania. W tym czasie nie stwierdzono problemów z przechowywaniem zwłok. Zasady przechowywania materiału do badań regulują standardy organizacyjne opieki zdrowotnej w dziedzinie patomorfologii

(dowód: akta kontroli str. 868-886)

9. Spośród 10 ankietowanych w trakcie kontroli NIK kobiet hospitalizowanych w Szpitalu ¹⁰⁹, które poroniły, urodziły martwe dziecko lub których dziecko zmarło krótko po porodzie:

- sześć wskazało, że podpisywały ogólną zgodę na wszystkie zabiegi, zaś cztery, że każdorazowo pytane były o zgodę na przeprowadzenie jakiegoś zabiegu;
- jedna miała możliwość skorzystania z pomocy psychologa na jej prośbę, pięć – miała taką możliwość z inicjatywy Szpitala, zaś cztery – nie miały w ogóle możliwości skorzystania z pomocy psychologa;
- siedem kobiet podało, że personel medyczny traktował je życzliwie, ze zrozumieniem sytuacji, zaś trzy, że nie były traktowane we wskazany powyżej sposób;
- cztery pacjentki miały możliwość pożegnania zmarłego dziecka w obecności osób bliskich, pięć – nie wiedziało o możliwości pożegnania zmarłego dziecka, jedna – nie wyrażała woli w tym zakresie;
- jedna pacjentka oceniła bardzo dobrze opiekę w Szpitalu, pięć – dobrze, trzy – wystarczająco, zaś jedna – nieodpowiednio.

Trzy ankietowane pacjentki, które urodziły martwe dzieci podały ponadto, że nie zostały potraktowane przez personel Szpitala w sposób życzliwy, doświadczyły poczucia osamotnienia i niezrozumienia. Zdaniem jednej z nich personel nie miał odpowiedniego przygotowania jak zachowywać się w sytuacji, w której się znalazła. Jedna wskazała także na umieszczenie jej po porodzie w sali z kobietami ciężarnymi, zaś inna na brak szybkiej informacji co się stanie z ciałem dziecka.

(dowód: akta kontroli str. 762-764)

W latach 2017-2019 w Szpitalu, za pomocą pakietu PASAT¹¹⁰, przeprowadzono badania satysfakcji. W poszczególnych latach zrealizowano je m.in. na podstawie odpowiednio 20, 35 i 32 ankiet pacjentek hospitalizowanych w Oddziale. Z badań tych wynikało m.in., że:

- od 29% do 47% pacjentek oceniło bardzo dobrze lekarzy wykonujących badania i zabiegi pod kątem zapewnienia intymności, od 28% do 37% – dobrze, od 17% do 25% – raczej dobrze, od 0 do 17% – źle;

¹⁰⁹ Ankiety zostały wysłane do 21 kobiet, z których 10 zostało zwróconych do NIK.

¹¹⁰ Narzędzia do prowadzenia badań opinii stworzonym w Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia.

- od 26% do 41% oceniło bardzo dobrze lekarzy wykonujących badania i zabiegi pod kątem wyrażania się w sposób zrozumiały dla pacjenta, od 30% do 43% – dobrze, od 25% do 26% – raczej dobrze, od 0 do 6% – źle;
- od 20% do 40% oceniło bardzo dobrze lekarzy wykonujących badania i zabiegi pod kątem życzliwości, od 25% do 51% – dobrze, od 17% do 30% – raczej dobrze, od 0 do 11% – źle;
- od 25% do 38% oceniło bardzo dobrze lekarzy wykonujących badania i zabiegi pod kątem dostępności, od 34% do 40% – dobrze, od 25% do 35% – raczej dobrze, od 0 do 3% – źle;
- od 5% do 20% oceniło bardzo dobrze lekarzy wykonujących badania i zabiegi pod kątem ilości czasu poświęconego pacjentowi, od 34% do 65% – dobrze, od 20% do 31% – raczej dobrze, od 3% do 10% – źle, od 0 do 6% – bardzo źle;
- od 70% do 83% oceniło bardzo dobrze życzliwość pielęgniarek, od 11% do 25% – dobrze, od 3% do 6% – raczej dobrze;
- od 66% do 75% oceniło bardzo dobrze dostępność personelu pielęgniarskiego w dzień, od 20% do 31% – dobrze, od 3% do 6% – raczej dobrze;
- od 57% do 70% oceniło bardzo dobrze dostępność personelu pielęgniarskiego w nocy, od 25% do 34% – dobrze, od 5% do 9% – raczej dobrze, od 0 do 3% – bardzo źle;
- od 55% do 66% oceniło bardzo dobrze szybkość reakcji na wezwanie personelu pielęgniarskiego, od 23 % do 40% – dobrze, od 5% do 9% – raczej dobrze, od 0 do 3% – bardzo źle;
- od 50% do 63% oceniło bardzo dobrze pielęgnowanie w atmosferze szacunku i poszanowania godności przez personel pielęgniarski, od 23% do 45% – dobrze, od 5% do 14% – raczej dobrze;
- od 54% do 60% stwierdziło, że udzielano w Szpitalu wyczerpujących informacji o stanie zdrowia, od 25% do 44% – raczej tak, od 0 do 15% – nie, od 0 do 4% – nie potrzebowało takiej informacji;
- od 50% do 64% stwierdziło, że udzielano w Szpitalu wyczerpujących informacji o sposobie leczenia, od 25% do 38% – raczej tak, od 7% do 12% – nie, od 0 do 4% – nie potrzebowało takiej informacji;
- od 20% do 39% stwierdziło, że w trudnych momentach miała możliwość porozmawiania z pielęgniarką, od 15% do 21% – z lekarzem, od 3% do 12% – z inną osobą z personelu (w tym z psychologiem, księdzem), od 0 do 7% – z nikim, od 52% do 65% – że nie było takiej potrzeby;
- od 35% do 53% oceniło bardzo dobrze swój pobyt w Szpitalu, od 30% do 42% – dobrze, od 12% do 30% – raczej dobrze; od 0 do 5% – źle.

(dowód: akta kontroli str. 769-837)

W każdym z lat objętych kontrolą analizowano także dane wynikające z *Ankiety satysfakcji szpitala*, które zawierały m.in. pytania dotyczące: przyjęcia do Szpitala, przekazania do Oddziału i pobytu w nim, diet i posiłków, opieki lekarskiej i pielęgniarskiej, personelu pomocniczego, badań diagnostycznych, odczuć pacjenta w trakcie pobytu w Oddziale, innych świadczeń oraz oceny ogólnej Szpitala. W 2017 r. analizę zrealizowano na podstawie 674 ankiet wypełnionych przez pacjentki Oddziału, w 2018 r. – 219, w 2019 r. – 490. Z badań tych wynikało m.in., że:

- od 39,1% do 48,1% pacjentek oceniło wysoko uprzejmość, okazywanie zrozumienia i zainteresowania lekarzy, od 44,3% do 52,6% – standardowo, od 6,4% do 8,3% – nisko;
- od 27,3% do 37,4% oceniło wysoko przekazywanie informacji na temat przebiegu choroby przez lekarzy, od 50,5% do 58% – standardowo, od 9,7% do 14,7% – nisko;

- od 31,7% do 40,8% oceniło wysoko poszanowanie intymności podczas badań lekarskich, od 53,9% do 58,7% – standardowo, od 5,3% do 9,6% – nisko;
- od 26,6% do 37,3% oceniło wysoko dostępność lekarza w dzień, od 59,1% do 67,8% – standardowo, od 3,6% do 5,6% – nisko;
- od 22,5% do 32% oceniło wysoko dostępność lekarza w godzinach wieczornych i nocnych, od 62,5% do 70,5% – standardowo, od 5,5% do 8,6% – nisko;
- od 25,8% do 40,9% oceniło wysoko sposób przekazywania wskazówek dotyczących postępowania po wyjściu ze Szpitala, od 53,7% do 68,3% – standardowo, od 5,4% do 7% – nisko;
- od 54,4% do 60,1% oceniło wysoko uprzejmość i zachowanie wobec pacjenta personelu pielęgniarskiego, od 36,8% do 43,7% – standardowo, od 1,9% do 3,1% – nisko;
- od 46,5% do 56,9% oceniło wysoko poszanowanie intymności podczas zabiegów pielęgniarskich, od 41,6% do 50,4% – standardowo, od 0,5% do 3,1% – nisko;
- od 49,3% do 59,5% oceniła wysoko szybkość reagowania na wezwanie przez personel pielęgniarski, od 38,7% do 47,4% – standardowo, od 1,8% do 3,3% – nisko;
- od 51,5% do 60,2% oceniło wysoko dostępność na Oddziale personelu pielęgniarskiego, od 39,3% do 47,3% – standardowo, od 0,5% do 1,2% – nisko;
- od 27,4% do 46,7% oceniło wysoko całościowe usługi świadczone w Szpitalu, od 51,5% do 68,6% – standardowo, od 1,5% do 4% – nisko.

(dowód: akta kontroli str. 838-867)

10. W okresie objętym kontrolą¹¹¹ do Szpitala nie wpłynęły skargi dotyczące sprawowania opieki nad pacjentkami, które poroniły, urodziły martwe dziecko lub którym dziecko zmarło wkrótce po porodzie. Skargi takie nie wpłynęły także do POW NFZ¹¹².

(dowód: akta kontroli str. 382-394; 407-409)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

1. Z analizowanych 60 dokumentacji medycznych:

- w 25 nie było oświadczeń dotyczących upoważnienia do uzyskiwania wszelkiej dokumentacji medycznej wymaganych przepisem § 8 ust. 1 pkt 2 rozporządzenia *w sprawie dokumentacji medycznej*, a te które tam się znajdowały dotyczyły takiego upoważnienia jedynie na wypadek śmierci pacjentki,
- w jednej nie było karty obserwacji wymaganej przepisem § 15 ust. 1 pkt 3 cyt. rozporządzenia,
- w jednej historii choroby nie było wyników badań usg, w sześciu – dokumentów potwierdzających odbycie konsultacji psychologicznych, wymaganych przepisami § 15 ust. 1 pkt 10 i 11 ww. rozporządzenia,
- w 42 kartach informacyjnych z leczenia szpitalnego nie było danych na temat wykonanych usg, konsultacji psychologicznych, psychiatrycznych i okulistycznych, dat wyłżeczowania, kodu statystycznego rozpoznania choroby, tj. informacji wymaganych na podstawie przepisu § 24 ust. 3 pkt 1, 2 i 3 ww. rozporządzenia,
- w jednej karcie informacyjnej z leczenia szpitalnego dokonano odręcznych poprawek bez wskazania przyczyny, daty zmiany i podpisu osoby dokonującej zmiany, niezgodnie z przepisem § 4 ust. 3 rozporządzenia *w sprawie dokumentacji medycznej*,

¹¹¹ Do dnia 4 lutego 2020 r.

¹¹² Do dnia 11 lutego 2020 r.

- nie wszystkie strony każdej z analizowanych dokumentacji medycznych były ponumerowane i w związku z tym nie stanowiły chronologicznie uporządkowanej całości, czym naruszono przepis § 5 ww. rozporządzenia,
- wpisy w pięciu dokumentacjach medycznych były dokonane w sposób nieczytelny, tj. niezgodnie z wymogiem zawartym w przepisie § 4 ust. 1 cyt. rozporządzenia.

(dowód: akta kontroli str. 1624-1722; 1825-1828)

2. Szpital nie zapewnił wystarczającej pomocy psychologicznej pacjentkom hospitalizowanym w Szpitalu z powodu niepowodzeń położniczych, o której mowa w ust. 3 pkt 2 części VII załącznika do rozporządzenia w sprawie standardów z 2015 r. oraz w ust. 3 pkt 2 części XV załącznika do rozporządzenia w sprawie standardu z 2018 r., w szczególności w dniach roboczych po godzinie 15⁰⁵ w oraz w dniach wolnych od pracy (weekendy, święta).

Spośród 60 pacjentek, które doświadczyły niepowodzeń położniczych 39 – nie umożliwiono takiej pomocy podczas pobytu w Szpitalu (nie zaproponowano i nie udzielono) oraz nie wydano skierowań do poradni psychologicznych.

Pomocy psychologicznej zgodnie z cyt. wyżej przepisami nie zapewniono także pięciu pacjentkom, pomimo zlecenia takiej konsultacji i zapisów w dokumentacji medycznej wskazującej na zły stan psychiczny pacjentek.

(dowód: akta kontroli str. 581-630; 1644-1722)

3. Trzynastu pacjentkom wydano przy wypisie ze szpitala dokumenty pn. *Wskazówki pielęgniarские dla pacjenta i/lub jego rodziny/opiekuna prawnego, diagnoza pielęgniariska: Deficyt wiedzy na temat postępowania po porodzie*, w których zawarto m.in. zalecenia dotyczące karmienia dziecka piersią na żądanie, przestrzegania diety matki karmiącej piersią. Pięciu pacjentkom przekazano takie same wskazówki ze skreśleniem sformułowań dotyczących karmienia dziecka piersią i przestrzegania diety matki karmiącej piersią.

(dowód: akta kontroli str. 1644-1722; 1831)

4. W gabinetach zabiegowych znajdujących się w Odcinku Patologii Ciąży, Odcinku Położniczym Oddziału oraz w dwóch gabinetach diagnostyczno-zabiegowych wykorzystywanych do zabiegów abrazji i kolposkopii, znajdujących się w Odcinku Ginekologicznym Oddziału, do dnia 21 lipca 2020 r., nie zapewniono pacjentkom udzielania świadczeń w warunkach poszanowania ich godności i intymności. Stanowiło to naruszenie przepisów art. 20 i 22 ustawy o *prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta*.

(dowód: akta kontroli str. 1915-1921; 2121-2122)

5. W 47 z 55 analizowanych dokumentacji medycznych¹¹³ nie było *Kart martwego urodzenia dziecka*. Obowiązek sporządzenia takiej karty należał, zgodnie z Procedurą, do położnej/pięćniarki.

(dowód: akta kontroli str. 309-322; 1723-1780)

6. W dwóch z 55 historii chorób¹¹⁴, które dotyczyły porodów martwych, odpowiednio w 33 i 27 tygodniu ciąży, nie było oświadczeń o prawie do pochówku. Obowiązek ich sporządzenia wynikał z Procedury.

(dowód: akta kontroli str. 309-322; 1723-1780; 1842-1843; 1846-1847)

7. Czterdzieści sześć oświadczeń o prawie do pochówku¹¹⁵ i dwadzieścia oświadczeń o skorzystaniu z prawa do pochówku¹¹⁶ sporządzono na innych wzorach niż wynikające z Procedury. W 41 oświadczeniach o prawie do pochówku zawarto pouczenie, że – w przypadku braku możliwości określenia płci dziecka – *pacjentka była m.in. zobowiązana się do przeprowadzenia badania genetycznego*

¹¹³ W których nie stwierdzono pustego jaja płodowego lub poronienia samoistnego.

¹¹⁴ W których nie stwierdzono pustego jaja płodowego lub poronienia samoistnego.

¹¹⁵ Wszystkie jakie sporządzono.

¹¹⁶ Wszystkie jakie sporządzono.

celem ustalenia płci dziecka wykonanego przez uprawnioną jednostkę na własny koszt. Według Procedury przeprowadzenie badania genetycznego było prawem a nie obowiązkiem pacjentki. Oświadczenia o skorzystaniu z prawa do pochówku zawierały m.in. informację, że zwłoki będą wydane wyłącznie do stosownego, odpowiedniego pojemnika (trumienki), z którym należy się zgłosić do Traktu Sekcyjnego w Szpitalu.

(dowód: akta kontroli str. 309-322; 1723-1780)

8. W jednej z 55 historii chorób¹¹⁷, która dotyczyła urodzenia martwego dziecka w 33 tygodniu ciąży, nie było oświadczeń o rzeknięciu się prawa do pochówku lub o skorzystaniu z tego prawa. Obowiązek ich sporządzenia wynikał z Procedury.

(dowód: akta kontroli str. 309-322; 1723-1780; 1842-1843)

9. W dwóch z 27 dokumentacji medycznych pacjentek, które zadeklarowały odbiór ciał dzieci martwo urodzonych/płodów i szczątków po poronieniu celem pochówku, nie było dowodów potwierdzających ich odbiór przez rodziców/uprawnione podmioty.

(dowód: akta kontroli str. 309-322; 1723-1780)

10. W 12 z 55 dokumentacji medycznych¹¹⁸, z tego: ośmiu pacjentek, które poroniły lub urodziły martwe dzieci między siódmym a 33 tygodniem ciąży i czterech – które urodziły żywe dzieci pomiędzy 21 a 38 tygodniem ciąży a następnie dzieci te zmarły, nie było oświadczeń pacjentek w sprawie wyrażenia zgody na spalenie amputowanej części ciała (i/lub pozostałości materiału diagnostycznego pobranego do badania histopatologicznego) powstałej w wyniku zabiegu pooperacyjnego, według wzoru stanowiącego załącznik nr 1 do Procedury P01/11/O/N. Zgodnie z zapisami Procedury położna/pielęgniarka winna m.in. skompletować dokumenty, tj. skierowanie do badania histopatologicznego i oświadczenie zgody na utylizację pozostałości z materiału diagnostycznego.

(dowód: akta kontroli str. 309-322; 1723-1780; 1878-1891)

11. W Szpitalu nie prowadzono *Ewidencji ciał dzieci/płodów martwo urodzonych*, która według Procedury powinna zawierać podpisy potwierdzające odbiór ciała dziecka/płodu przez matkę z Traktu Sekcyjnego.

(dowód: akta kontroli str. 309-322; 1616-1621)

12. W dniu 15 października 2019 r. pochowano z urzędu ciało/szczałki dziecka urodzonego w dniu 10 grudnia 2014 r.

(dowód: akta kontroli str. 531-548)

13. Szpital nie zachował terminu wynikającego z przepisu art. 28 ust. 1 pkt 2 ustawy o działalności leczniczej w siedmiu z analizowanych 25 przypadków, w których pochówek był organizowany przez rodziców i trzech, w których pochówek był organizowany z urzędu. Odbiór zwłok dzieci przez rodziców miał miejsce między czwartą a 24 dobą od wypisu matki ze Szpitala. Pochówki z urzędu zorganizowano między czwartym a 10 miesiącem.

(dowód: akta kontroli str. 576-580; 1723-1780; 1835-1877)

14. Niezgodnie z cyt. wyżej przepisem, w obowiązującej w Szpitalu Procedurze, zapisano możliwość przechowania zwłok do sześciu tygodni od dnia wypisu matki ze Szpitala.

(dowód: akta kontroli str. 309-322)

15. *Ewidencja ciał dzieci/płodów martwo urodzonych przekazanych do pochówku przez Gminę Krosno* była prowadzona nierzetelnie. W latach 2017-2019 nie zaewidencjonowano w niej łącznie 333 spośród 406 ciał dzieci/płodów martwo urodzonych i urodzonych w wyniku poronienia. W ewidencji nie wypełniono wszystkich danych wynikających ze wzoru stanowiącego załącznik do Procedury,

¹¹⁷ W których nie stwierdzono pustego jaja płodowego lub poronienia samoistnego.

¹¹⁸ W których nie stwierdzono pustego jaja płodowego lub poronienia samoistnego.

w tym np. daty przyjęcia ciała do Traktu Sekcyjnego, daty wydania ciała dziecka/płodu do pochówku lub wypełniano je w sposób nieczytelny, np. podpis osoby wybierającej ciało dziecka/płodu.

(dowód: akta kontroli str. 323-324; 395-402; 405-406; 539-548; 576-580)

16. Liczba ciał dzieci/płodów przekazanych do pochówku przez Gminę Krosno ujętych w ww. *Ewidencji* nie odpowiadała liczbie ciał dzieci/płodów wynikających z zestawień sporządzonych w związku z organizowanym corocznie pochówkiem z urzędu. W *Ewidencji* nie było danych dotyczących 25 ciał dzieci/płodów ujętych w listach do pochówku z urzędu. Na listach dzieci do pochówku nie było łącznie 22 ciał dzieci/zwłok, które były ujęte w ww. *Ewidencji*.

(dowód: akta kontroli str. 539-548; 576-580)

OCENA CZĄSTKOWA

W ocenie NIK, pacjentkom z niepowodzeniami położniczymi Szpital udzielał świadczeń zgodnie z przepisami prawa, dotyczącymi wyposażenia i sposobu urządzenia zespołów porodowych i sal chorych w Oddziale. Jednak do dnia 21 lipca 2020 r. nie zapewniono pacjentkom poszanowania ich godności i intymności w czterech gabinetach diagnostyczno-zabiegowych. Stanowiło to naruszenie przepisów art. 20 i 22 ustawy o *prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta*.

W kontroli ustalono, że Szpital nie zapewnił pacjentkom adekwatnej do potrzeb pomocy psychologicznej, w szczególności w dniach roboczych po godzinie 15⁰⁵ w oraz w dniach wolnych od pracy (weekendy, święta). Obowiązek taki zawarty został w przepisach ust. 3 pkt 2 części VII załącznika do rozporządzenia w *sprawie standardów z 2015 r.* oraz ust. 3 pkt 2 części XV załącznika do rozporządzenia w *sprawie standardu z 2018 r.* Spowodowane to było zawieraniem umów, które nie gwarantowały udzielenia konsultacji psychologicznych w każdym czasie.

W Szpitalu prowadzono obszerną dokumentację medyczną hospitalizowanych pacjentek. Jednakże w kilkudziesięciu przypadkach pracownicy Szpitala nie dopełnili w tym zakresie należytej staranności, naruszając przepisy rozporządzenia w *sprawie dokumentacji medycznej*, tj.: nie sporządzając oświadczeń w sprawie upoważnienia do uzyskiwania wszelkiej dokumentacji medycznej i kart obserwacji; nie zamieszczając w historiach choroby wyników badań usg i konsultacji psychologicznych; nie wpisując do kart informacyjnych z leczenia szpitalnego danych na temat wykonanych badań usg, konsultacji psychologicznych, psychiatrycznych i okulistycznych, dat przeprowadzenia abrazji, kodów statystycznych rozpoznania choroby; dokonując w nich odręcznych poprawek bez wskazania przyczyny, daty zmiany i podpisu osoby jej dokonującej lub dokonując wpisów w sposób nieczytelny.

W Szpitalu wprawdzie przygotowano wskazówki dla pacjentek, dotyczące sposobu postępowania po zabiegu abrazji lub porodzie martwym, jednak licznym pacjentkom, które doświadczyły niepowodzeń położniczych przekazano inne zalecenia na temat postępowania po porodzie odnośnie do m.in. karmienia dziecka piersią na żądanie oraz przestrzegania diety matki karmiącej piersią. Przekazanie takich zaleceń, w ocenie NIK, mogło skutkować pogorszeniem ich stanu psychicznego. Także przekazanie kilku pacjentkom takich samych wskazówek, jedynie ze skreśleniem ww. sformułowań, mogło skutkować pogłębieniem ich negatywnych emocji.

Najwyższa Izba Kontroli pozytywie ocenia opracowanie Procedury, której celem było zapewnienie prawidłowego postępowania z ciałem dziecka/płodu z zachowaniem godności należnej zmarłemu poprzez ujednoczenie sposobu postępowania oraz prawidłowe prowadzenie dokumentacji. Niemniej jednak w Szpitalu nierzetelnie realizowano jej postanowienia. Stwierdzone nieprawidłowości dotyczyły:

- braku w dokumentacjach medycznych *Kart martwego urodzenia dziecka*, do sporządzenia, których zobowiązana była położna/pielęgniarka,
- braku w historiach chorób oświadczeń o prawie do pochówku – według załącznika nr 1 do Procedury,
- sporządzenia oświadczeń o prawie do pochówku na innym wzorze niż wynikający z Procedury oraz zawarcia w niektórych z nich błędnego pouczenia o obowiązku przeprowadzenia badania genetycznego celem ustalenia płci dziecka,
- braku oświadczenia w historii choroby o zrzeknięciu się prawa do pochówku lub o skorzystaniu z tego prawa według załącznika nr 2 do Procedury, co mogło skutkować nieodpowiednim postępowaniem ze zwłokami/szczałkami,
- sporządzenia oświadczeń o skorzystaniu z prawa do pochówku na innym wzorze niż wynikający z Procedury i zawarcia w nich błędnych informacji, że zwłoki będą wydane wyłącznie do odpowiedniego pojemnika (trumienki), z którym należy się zgłosić do Traktu Sekcyjnego w Szpitalu,
- braku dowodów potwierdzających odbiór ciał dzieci martwo urodzonych/płodów i szczałków po poronieniu celem pochówku przez pacjentki, które zadeklarowały taką wolę,
- braku oświadczeń pacjentek w sprawie wyrażenia zgody na spalenie amputowanej części ciała (i/lub pozostałości materiału diagnostycznego pobranego do badania histopatologicznego) powstałej w wyniku zabiegu pooperacyjnego, do skompletowania których zobowiązana była położna/pielęgniarka,
- nieprowadzenia *Ewidencji ciał dzieci/płodów martwo urodzonych*, która według Procedury powinna zawierać podpisy potwierdzające odbiór ciała dziecka/plodu przez matkę z Traktu Sekcyjnego,
- nierzetelnego prowadzenia *Ewidencji ciał dzieci/płodów martwo urodzonych przekazanych do pochówku przez Gminę Krosno*, w której w latach 2017-2019 zaewidencjonowano jedynie 18% ciał dzieci/płodów martwo urodzonych i urodzonych w wyniku poronienia, a także nie wypełniono wszystkich danych wynikających ze wzoru stanowiącego załącznik do Procedury lub wypełniano je w sposób nieczytelny,
- niezgodności pomiędzy liczbą ciał dzieci/płodów *przekazanych do pochówku przez Gminę Krosno* ujętych w ww. Ewidencji, a liczbą ciał dzieci/płodów ujętych w zestawieniach sporządzonych w związku z organizowanym corocznie pochówkiem z urzędu,
- dopuszczenia w Procedurze możliwości przechowywania zwłok do sześciu tygodni od dnia wypisu matki ze Szpitala, czym naruszono przepis art. 28 ust. 1 pkt 2 ustawy o *działalności leczniczej*.

Niestosowanie zasad ujętych w Procedurze spowodowało niejednolite postępowanie Szpitala ze zwłokami/szczałkami dzieci martwo urodzonych/po poronieniach.

W ocenie NIK, niezachowanie przez Szpital 72-godzinnego terminu przechowywania zwłok, ujętego w przepisie art. 28 ust. 1 pkt 2 ustawy o *działalności leczniczej*, było w interesie rodziców i umożliwiło im podjęcie świadomej i odpowiedzialnej decyzji w sprawie pochówku ich dziecka.

NIK negatywnie ocenia pochowanie przez Szpital z urzędu, dopiero po pięciu latach, ciała/szczałków dziecka martwo urodzonego/poronionego i przechowywanie zwłok przez ten okres.

Ponadto NIK zwraca uwagę, iż nieprzekazanie pacjentkom do wypełnienia ankiet, zaleconych na podstawie rekomendacji, stanowiło uchybienie, które mogło skutkować brakiem pozyskania istotnych informacji na temat potrzeb pacjentek i brakiem adekwatnych do tych potrzeb działań Szpitala.

IV. Wnioski

Wnioski

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

1. Terminowe zgłaszanie do POW NFZ zmian w harmonogramach pracy lekarzy i położnych, zgodnie z przepisem § 6 ust. 1 i 2 załącznika do rozporządzenia w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.
2. Podjęcie działań organizacyjnych mających na celu wyeliminowanie przypadków nieprzerwanego udzielania przez lekarzy zatrudnionych w Szpitalu świadczeń zdrowotnych przez zbyt długi okres.
3. Określenie w formie pisemnej wskaźników opieki okołoporodowej oraz uzupełnienie regulaminu organizacyjnego Szpitala o zapisy dotyczące sposobu ich realizacji oraz dokumentowania działań w zakresie monitorowania tych wskaźników, stosownie do przepisu ust. 2 i 3 części I Standardu organizacyjnego opieki zdrowotnej w podmiotach wykonujących działalność leczniczą udzielających świadczeń zdrowotnych w zakresie opieki okołoporodowej, stanowiącego załącznik do rozporządzenia w sprawie standardu z 2018 r.
4. Zapewnienie personelowi medycznemu Oddziału wsparcia, dotyczącego radzenia sobie ze stresem, zgodnie z przepisem ust. 3 pkt 11 części XV załącznika do rozporządzenia w sprawie standardu z 2018 r.
5. Zapewnienie prowadzenia dokumentacji medycznej zgodnie z rozporządzeniem w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania poprzez:
 - włączanie oświadczeń, dotyczących upoważnienia do uzyskiwania wszelkiej dokumentacji medycznej wymaganych przepisem § 8 ust. 1 pkt 2 cyt. rozporządzenia,
 - włączanie kart obserwacji, wymaganych przepisem § 15 ust. 1 pkt 4 rozporządzenia,
 - dołączanie do historii chorób wyników badań usg i dokumentów potwierdzających odbycie konsultacji psychologicznych, wymaganych przepisem § 15 ust. 1 pkt 10 i 11 ww. rozporządzenia,
 - wpisywanie w kartach informacyjnych z leczenia szpitalnego danych na temat wykonanych badań i zabiegów, konsultacji psychologicznych, psychiatrycznych i okulistycznych, kodów statystycznych rozpoznania choroby, tj. informacji na podstawie przepisu § 21 ust. 4 pkt 1, 2 i 3 ww. rozporządzenia,
 - dokonywanie wpisów i ich zmian w dokumentacji medycznej z zachowaniem zasad określonych w przepisie § 4 ust. 1 i 2 rozporządzenia,
 - numerowanie wszystkich stron dokumentacji medycznych w taki sposób aby dokumentacje te stanowiły chronologicznie uporządkowaną całość, zgodnie z przepisem § 6 ust. 1 ww. rozporządzenia.
6. Podjęcie działań organizacyjnych w celu zapewnienia możliwości udzielania pomocy psychologicznej pacjentkom hospitalizowanym z powodu niepowodzeń położniczych, w możliwie najkrótszym czasie od zaistnienia takiej potrzeby oraz proponowanie i udzielanie takiej pomocy pacjentkom wymagającym takiej pomocy, stosownie do przepisu ust. 3 pkt 2 części XV załącznika do rozporządzenia w sprawie standardu z 2018 r. a także dokumentowanie tych czynności.
7. Zapewnienie przekazywania pacjentkom przy wypisie ze Szpitala wskazówek postępowania odpowiednich do ich sytuacji.
8. Zapewnienie zgodnego z Procedurą:
 - sporządzania *Kart martwego urodzenia dziecka*,
 - odbierania od matek oświadczeń o prawie do pochówku, o zrzeknięciu się prawa do pochówku bądź o skorzystaniu z tego prawa,

- sporządzania oświadczeń o prawie do pochówku oraz o skorzystaniu z tego prawa na odpowiednich wzorach,
 - dokumentowania odbioru przez rodziców/uprawnione podmioty ciał dzieci martwo urodzonych/płodów i szczątków po poronieniu celem pochówku,
 - uzyskiwania od pacjentek oświadczeń w sprawie wyrażenia zgody na spalenie amputowanej części ciała (i/lub pozostałości materiału diagnostycznego pobranego do badania histopatologicznego) powstałej w wyniku zabiegu pooperacyjnego,
 - prowadzenia Ewidencji ciał dzieci/płodów martwo urodzonych.
9. Zapobieganie występowaniu w Szpitalu przypadków długotrwałego przechowywania ciał/szczałków dzieci, naruszających termin wynikający z przepisu art. 28 ust. 1 pkt 2 ustawy o działalności leczniczej.
10. Ujmowanie, w prowadzonej przez Szpital na podstawie Procedury, Ewidencji ciał dzieci/płodów martwo urodzonych przekazanych do pochówku przez Gminę Krosno wszystkich przypadków niepowodzeń położniczych oraz rzetelne i w czytelny sposób wypełnianie wszystkich danych.

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 Rzeszowie. 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.

Rzeszów, 11 września 2020 r.

Kontroler
Małgorzata Milanowska
Główny specjalista k.p.

Najwyższa Izba Kontroli
Delegatura w Rzeszowie
Dyrektor
Wiesław Motyka

/-/

/-/

Kontroler
Robert Szwagiel
Doradca techniczny

/-/