



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI
Delegatura w Rzeszowie

LRZ.410.003.02.2020

Zbigniew Trybus
p.o. Dyrektor
Szpitala Specjalistycznego
im. Edmunda Biernackiego
w Mielcu
39-300 Mielec
ul. Żeromskiego 22

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

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

I. Dane identyfikacyjne

| | |
|-------------------------------------|--|
| Jednostka kontrolowana | Szpital Specjalistyczny im. Edmunda Biernackiego w Mielcu |
| Kierownik jednostki kontrolowanej | Zbigniew Trybus p.o. Dyrektora ¹ od 30 kwietnia 2020, wcześniej: Józef Więclaw Dyrektor ² od 1 kwietnia 2019 r., od 12 grudnia 2016 r. Leszek Kwaśniewski Dyrektor ³ . |
| Zakres przedmiotowy kontroli | <ul style="list-style-type: none">- zgodność z przepisami prawa organizowania udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w sytuacjach poronień, martwych urodzeń i zgonów dziecka po porodzie,- przestrzeganie obowiązujących uregulowań (w tym standardów) dotyczących opieki okołoporodowej w przypadkach poronień, martwych urodzeń lub urodzenia dziecka, które umiera wkrótce po porodzie,- świadczenia zapewniające pacjentkom stosowną pomoc. |
| Okres objęty kontrolą | 2017 – 2020 (do dnia zakończenia kontroli), z wykorzystaniem dowodów sporządzonych przed tym okresem, jeżeli miały one wpływ na działalność jednostki w zakresie objętym kontrolą. |
| Podstawa prawna podjęcia kontroli | Art. 2 ust. 2 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli ⁴ |
| Jednostka przeprowadzająca kontrolę | Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Rzeszowie |
| Kontroler/Kontrolerzy | Barbara Lew, starszy inspektor kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LRZ19/2020 z 15 stycznia 2020 r. |

[akta kontroli str.1-8]

¹ Uchwała nr 81/531/2020 Zarządu Powiatu Mieleckiego z dnia 30 kwietnia 2020 r. w sprawie powierzenia obowiązków Dyrektora Szpitala Specjalistycznego im. Edmunda Biernackiego w Mielcu.

² Uchwała nr 12/74/2019 Zarządu Powiatu Mieleckiego z dnia 8 lutego 2019 r.

³ Uchwała nr 93/644/2016 Zarządu Powiatu Mieleckiego z dnia z 12 grudnia 2016 r.

⁴ Dz. U. z 2020 r, poz. 1200 tekst jednolity (dalej: ustawa o NIK).

OCENA OGÓLNA

Uzasadnienie
oceny ogólnej

II. Ocena ogólna⁵ kontrolowanej działalności

W ocenie NIK, w Szpitalu Specjalistycznym w Mielcu organizacja opieki nad pacjentkami doświadczającymi poronienia, urodzenia martwego dziecka, czy zgonu dziecka tuż po porodzie oraz obsada personelu medycznego była zgodna z przepisami prawa i umową na realizację świadczeń zdrowotnych zawartą z NFZ.

Proces udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w związku z poronieniami, martwymi urodzeniami i zgonami dziecka tuż po porodzie został określony procedurami wewnętrznymi.

Wyposażenie i sposób urządzenia zespołów porodowych, sal chorych w Oddziale Położniczo-Ginekologicznym były zgodne z warunkami wynikającymi z przepisów prawa oraz z regulacjami wewnętrznymi. Jedynym brakiem w wyposażeniu był kolposkop. Sprzęt medyczny wykorzystywany do udzielania świadczeń na oddziałach położniczo-ginekologicznych posiadał aktualne badania techniczne dopuszczające go do użytku.

Szkolenia nie wyczerpywały potrzeb personelu Oddziału w zakresie doskonalenia zawodowego związanego z pracą z pacjentkami doświadczającymi niepowodzenia położniczego oraz wynikającym z tego stresem, a także odczuwaniem wypalenia zawodowego.

Nieprawidłowością w działalności Szpitala były braki w dokumentowaniu poszczególnych działań wprowadzonych Procedurą związaną z postępowaniem w przypadku poronienia lub urodzenia martwego dziecka.

W okresie objętym kontrolą, stwierdzono 28 przypadków dyżurów lekarzy zatrudnionych na podstawie umów cywilnoprawnych trwających nieprzerwanie powyżej 40 godzin. W ocenie NIK powyższy stan rzeczy - prawnie nieuregulowany, gdyż przepisy prawa ograniczające czas pracy lekarzy nie dotyczą tej formy zatrudnienia - może powodować, że fizyczne i psychiczne zmęczenie lekarzy będzie stwarzać ryzyko dla bezpieczeństwa pacjentów i samych lekarzy.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego oraz oceny cząstkowej⁶ kontrolowanej działalności

OBSZAR

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

Opis stanu
faktycznego

1. W Statucie⁷, Regulaminie Organizacyjnym Szpitala⁸ ani w Umowie⁹ zawartej z NFZ m.in. na realizację świadczeń w Oddziale Ginekologiczno-Położniczym¹⁰ nie zawarto szczegółowych zapisów dotyczących przypisania odpowiednim jednostkom organizacyjnym zadań dotyczących opieki nad pacjentkami, które poroniły, urodziły martwe dziecko lub którym dziecko zmarło krótko po porodzie.

⁵ Najwyższa Izba Kontroli formułuje ocenę ogólną jako ocenę pozytywną, ocenę negatywną albo ocenę w formie opisowej.

⁶ Oceny cząstkowe to oceny działalności w poszczególnych obszarach badań kontrolnych. Ocena cząstkowa może być sformułowana jako ocena pozytywna, ocena negatywna albo ocena w formie opisowej.

⁷ Uchwała nr XXXVIII/272/2017 Rady Powiatu Mieleckiego z dnia 29 grudnia 2017 r. i Uchwała nr X/80/2019 Rady Powiatu Mieleckiego z dnia 17 września 2019 r. w sprawie nadania Statutu Szpitala Specjalistycznego im. Edmunda Biernackiego w Mielcu.

⁸ Regulaminy organizacyjne: obowiązujące od 2017 r. i 2019 r. Dalej: Regulamin.

⁹ Umowa nr 090100100201908 zawarta na okres od 1 października 2017 r. do 31 czerwca 2021 r. o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej w systemie podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej.

¹⁰ Dalej: Oddział.

W Regulaminie określono sprawy dotyczące sposobu i warunków udzielania świadczeń zdrowotnych nieuregulowane w ustawie lub statucie. Określono w nim strukturę organizacyjną Szpitala, organizację i zadania poszczególnych jednostek lub komórek organizacyjnych oraz warunki współdziałania tych jednostek lub komórek dla zapewnienia sprawnego i efektywnego funkcjonowania podmiotu pod względem diagnostyczno-lecznym, pielęgnacyjnym, rehabilitacyjnym i administracyjno-gospodarczym.

Oddział składał się z 3 części:

- Ginekologicznej znajdującej się na II piętrze, gdzie prowadzono leczenie ciąży wysokiego ryzyka oraz pacjentek z dolegliwościami ginekologicznymi,
- Położniczej na I piętrze, gdzie hospitalizowane były położnice wraz z dziećmi oraz
- Traktu Porodowego, znajdującego się w osobnym skrzydle tego piętra.

Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że *pacjentki, które doświadczyły poronienia, urodziły martwe dziecko lub urodziły dziecko, które zmarło po porodzie hospitalizowane są na oddziale ginekologicznym II piętro w salach 6, 7 i 8, przy czym jeżeli pacjentka wymagała znieczulenia ogólnego pozostaje po zabiegu na Sali intensywnego nadzoru SIN przez okres niezbędny do bezpiecznego przekazanie jej na ww. sale. W celu zapewnienia maksimum intymności przebywają na tych salach same. Personel nie robi trudności osobom towarzyszącym w przypadku odwiedzin poza przypisanymi godzinami. Formalnego podziału organizacyjnego nie ma, a nadzór nad poszczególnymi salami w tym 6, 7 i 8 pełnią lekarze prowadzący według harmonogramu oraz lekarz kierujący oddziałem.*

[akta kontroli str. 9-157]

2. W latach 2017-2019 liczba noworodków wynosiła 3228 w tym: w 2017 r. urodziło się 1145 dzieci (w tym 2 dzieci martwo urodzone), w 2018 r. 1052 dzieci (w tym 1 dziecko martwo urodzone) i w 2019 r. 1031 dzieci. W 2019 r. wystąpił 1 przypadek dziecka, które zmarło do 6 doby życia.

W kontrolowanych latach było odpowiednio 131, 129 i 121 poronień. Nie było powikłań przebytych po poronieniach z uszkodzeniem narządów płciowych.

W latach 2017-2019 na Oddziale przebywały 384 pacjentki, u których wystąpiło obumarcie wewnątrzmaciczne płodu w tym: 365 przypadków do 16 tygodnia, 16 przypadków w okresie od 17 do 22 tygodnia i 2 przypadki w okresie od 23 do 28 tygodnia ciąży i 1 przypadek w okresie od 37 do 40 tygodnia ciąży. Nie było zdarzeń związanych z wadami płodu lub zaburzeniami genetycznymi, zdarzeniami samoistnymi, indukcyjnymi ze wskazań matczyńskich lub ze wskazań innych.

Na oddziale ginekologiczno-położniczym w latach 2017-2019 liczba łóżek wynosiła: 55¹¹ sztuk, 46¹² sztuk, 35¹³ sztuk i 32 sztuki¹⁴.

[akta kontroli str. 158-172]

3. Zarządzeniami Dyrektora Szpitala nr 48/2017¹⁵, 6/2019¹⁶ i 167/2019¹⁷ w sprawie norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych zatrudnionych w poszczególnych oddziałach Szpitala Dyrektor wprowadził minimalne normy zatrudnienia położnych na Oddziale odpowiednio w liczbie 40, 44 i 36 osób.

Na Oddziale zatrudniano odpowiednio do zarządzeń: 8 lekarzy¹⁸ i od 50 do 44¹⁹

¹¹ Zarządzenie Dyrektora Szpitala nr 11/15 z dnia 20 marca 2015 r. i nr 76/2018 z dnia 5 października 2018 r.

¹² Zarządzenie Dyrektora Szpitala nr 99/2018 z dnia 16 listopada 2018 r.

¹³ Zarządzenie Dyrektora Szpitala nr 111/2019 z dnia 9 sierpnia 2019 r.

¹⁴ Zarządzenie Dyrektora Szpitala nr 157/2019 z dnia 27 listopada 2019 r.

¹⁵ Z dnia 9 czerwca 2017 r.

¹⁶ Z dnia 10 stycznia 2019 r.

¹⁷ Z dnia 30 listopada 2019 r.

¹⁸ W tym 1 lekarz rezydent i 1 na podstawie kontraktu.

¹⁹ W tym 5 na podstawie kontraktu i 1 na podstawie umowy zlecenia.

położnych; 12 lekarzy²⁰ i od 48 do 44²¹ położnych oraz 10 lekarzy²² i 46 położnych²³.

Personel medyczny spełniał (zgodnie z wymaganiami II poziomu referencyjnego) warunki, co do liczby i wykształcenia, określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego i o kwalifikacjach wskazanych w przepisach tego rozporządzenia²⁴.

W latach 2017-2019²⁵ lekarze zatrudnieni na podstawie umowy o pracę, pracujący ponad ustawowy czas pracy (do 259 godzin miesięcznie) podpisali klauzulę opt-out²⁶.

Lekarze zatrudnieni na podstawie kontraktu²⁷ pracowali od 143,30 do 530,54 godziny miesięcznie.

Szpital spełniał warunek obecności anestezjologa w Szpitalu na podstawie umów²⁸ o udzielanie zamówienia na świadczenia zdrowotne w zakresie anestezjologii i intensywnej terapii, zawartych przez Szpital z firmą Anestezjologzy – Nykiel i Partnerzy Spółka Partnerska. Przyjmujący zamówienie zobowiązany był do całodobowego udzielania świadczeń m.in. w zakresie anestezji, intensywnej terapii, znieczulania wewnątrzoponowego do porodów, zapewnienia kadry lekarskiej odpowiedniej do zakresu działalności bloku operacyjnego z uwzględnieniem całości zakresu działalności i specyfiki Szpitala przez cały okres obowiązywania umowy.

[akta kontroli str. 173-302]

4a. Wojewódzka Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna w Rzeszowie przeprowadziła kontrole, których wyniki nakładały na Szpital obowiązki:

- doprowadzenia²⁹ do należytego stanu sanitarno-technicznego wykładziny podłóg w Oddziale, w salach chorych (w zakresie dotyczącym części położniczej Oddziału). Szpital składał wnioski o zmianę terminu nałożonego obowiązku. Podkarpacki Państwowy Wojewódzki Inspektor Sanitarny³⁰ 7 - krotnie zmieniał terminy³¹ wykonania obowiązku. Przy kolejnym wniosku o przedłużenie terminu otrzymał decyzję odmowną³².

W dniu 27 grudnia 2019 r. Szpital złożył wniosek do PPWIS z informacją o planowej kompleksowej przebudowie Oddziału, wraz z ogłoszeniem i informacją o rozstrzygnięciu przetargu, opisem realizacji wykonanych robót oraz planem realizacji robót w 2020 r.

PPWIS po przeanalizowaniu wniosku przychylił się do zmiany wykonania obowiązku z decyzji z 14 sierpnia 2012 r. na dzień 20 czerwca 2020 r.

- zapewnienia urządzeń umożliwiających mycie i pielęgnację noworodków w salach 3 i 5, poprzez udostępnienie sali nr. 4 jako sali dla noworodków w systemie korespondencyjnym, ponieważ część pokoi nie posiadała urządzeń umożliwiających

²⁰ W tym jeden lekarz rezydent i 8 na podstawie kontraktu.

²¹ W tym 4 na podstawie kontraktu i 1 na podstawie umowy zlecenia.

²² W tym jeden lekarz rezydent i 6 na podstawie kontraktu.

²³ W tym 4 na podstawie kontraktu i 1 na podstawie umowy zlecenia.

²⁴ Dz. U. z 2017 r., poz. 2295 ze zm.

²⁵ Dane za lipiec i październik w latach 2017-2019.

²⁶ K.K. i M.W.1 stycznia 2008 r., P.M. 1 grudnia 2015 r.

²⁷ Dane za lipiec i październik w latach 2017-2019.

²⁸ Umowy: nr 3/16/K z dnia 19 lutego 2016 r. (9 anestezjologów), DAO.4241.11.2019 z dnia 29 marca 2019 r. (10 anestezjologów) z aneksami.

²⁹ Protokół kontroli nr SE.9022.66.2.2012 z dnia 14 sierpnia 2012 r. pierwszy termin usunięcia uchybienia to, 31 grudnia 2013 r.

³⁰ Dalej PPWIS.

³¹ Następne terminy usunięcia uchybienia to: 31 grudnia 2014 r., 30 czerwca 2015 r., 30 czerwca 2016 r., 31 grudnia 2017 r., 30 czerwca 2018 r., 31 grudnia 2018 r., 31 października 2019 r.

³² Z dnia 4 listopada 2019 r.

mycie i pielęgnację noworodków³³. W protokole³⁴ z dnia 30 stycznia 2020 r. stwierdzono wykonanie ww. obowiązków PPWIS w postanowieniu z 9 stycznia 2018 r. stwierdził, iż *strona deklaruje, że w Oddziale funkcjonują pokoje „matki z dzieckiem”. Każdy pokój posiada dostęp do pomieszczeń, które wyposażone są w zespół urządzeń umożliwiających mycie i pielęgnację noworodków. Brak spełniania przywołanych wymagań ma nieznaczny wpływ na bezpieczeństwo pacjentów.*

Podczas trwania kontroli wykonano zaplanowany remont Oddziału, który ma być oddany do użytkowania w połowie sierpnia 2020 r. Opóźnienie w terminie oddania wynikało z przyczyn niezależnych od Szpitala.

[akta kontroli str. 303-353]

4b. Na wyposażeniu Szpitala Oddziału znajdował się sprzęt i aparatura medyczna zgodna z wymogami II poziomu referencyjnego tj.: kardiomonitor (7 szt.), aparat KTG (5 szt.), aparat USG, System centralnego nadzoru okołoporodowego, amnioskop, oraz dostępne: laparoskop i histeroskop diagnostyczno-operacyjny. Ponadto na Oddziale dostępne były: pompy infuzyjne (7 szt.), a od 2018 r. tomograf komputerowy.

Wszystkie urządzenia miały wykonane przeglądy techniczne³⁵, dokonywane terminowo, potwierdzające ich sprawność oraz zgodność z normami i założeniami producenta.

Brak było kolposkopu.

Lekarz kierujący Oddziałem wyjaśnił, iż *kolposkop został skasowany ze stanu Oddziału ze względu za nieprzydatność do dalszego użytkowania – miał ponad 30 lat. Został on skasowany wiele lat temu. Ze względu na ograniczenia finansowe nie było środków na zakup nowego. Obecnie została przedstawiona oferta przetargowa na zakup nowego.*

W czasie trwania niniejszej kontroli Dyrektor podpisał decyzję o zakupie kolposkopu.

W lipcu 2019 r. zakupiono i zainstalowano klimatyzatory w Położniczej Izbie Przyjęć i Pracowni USG. Pozostałe pomieszczenia Oddziału nie posiadały klimatyzacji ani wentylacji mechanicznych, posiadały jedynie wentylację grawitacyjną.

[akta kontroli str. 354-392]

5. W kontrolowanym okresie³⁶ 4 lekarzy dyżurowało ponad 24 godz., głównie w weekendy i tak: 1 lekarz pracował 21 razy po 48 godz., 1 lekarz pracował 3 razy po 48 godz. i 1 raz 40,25 godz., 1 lekarz pracował 2 razy po 48 godz. i 1 lekarz pracował 1 raz 40,25 godz. Lekarze ci zatrudnieni byli na podstawie kontraktu. Pozostałe dyżury pełniono głównie w wymiarze 16,25 godz. Położne pracowały w systemie 12 godzinnym od 7⁰⁰ do 19⁰⁰ i od 19⁰⁰ do 7⁰⁰.

Dyrektor Szpitala wyjaśnił, iż *w Oddziale dyżuruje zawsze dwóch lekarzy. W trakcie pełnionych dyżurów dzielą się pracą, co stwarza im możliwość odpoczynku w trakcie dyżurów. Dwoch lekarzy dyżurnych jest wymagalnych w związku z II stopniem referencyjności oddziału. Lekarze ginekolodzy deklarują, że jako osoby odpowiedzialne za życie innych osób w sytuacjach nadmiernego zmęczenia*

³³ SE.9020.66.10.2018 z dnia 8 sierpnia 2018 r.; SE.9020.66.14.2018 z dnia 12 listopada 2018 r. SE.9020.66.3.2019 z dnia 20 września 2019 r.

³⁴ SE.9020.66.1.2020 z dnia 30 stycznia 2020 r.

³⁵ Przegląd wykonywały firmy serwisujące sprzęt medyczny np. ZTM Innovations s. z o.o, Serwis 3 Medico Systems Aparatura i Servis Lublin.

³⁶ Dane za lipiec i październik w latach 2017-2019.

i trudności w podejmowaniu decyzji udają się do domu na spoczynek po odbytych dyżurach.

[akta kontroli str. 392-486, 814-815]

6. W latach 2017-2019 w Szpitalu przeprowadzono 82 kontrole, w tym: 23 kontrole w 2017 r., 33 kontrole w 2018 r. i 26 kontroli w 2019 r. Żadna z kontroli nie obejmowała tematu „Opieki nad pacjentkami w przypadkach poronień i urodzeń martwych dzieci.”

[akta kontroli str. 487]

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

1. Na Oddziale brak było kolposkopu. Zgodne z wytycznymi zawartymi w rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego związanymi z II poziomem referencyjnym oddziału ginekologiczno- położniczego, w miejscu udzielania świadczeń powinien znajdować się kolposkop.
2. W okresie objętym kontrolą, stwierdzono 28 przypadków dyżurów lekarzy zatrudnionych na podstawie umów cywilnoprawnych trwających nieprzerwanie powyżej 40 godzin.

OCENA CZĄSTKOWA

W ocenie NIK, w Szpitalu zapewniono wynikające z umowy z NFZ i przepisów prawa w zakresie drugiego poziomu referencyjnego, niezbędne warunki organizacyjne, kadrowe, lokalowe, sprzętowe, niezbędne do opieki nad pacjentkami, które poroniły, urodziły martwe dziecko lub dziecko, które zmarło krótko po porodzie.

W ocenie NIK, stwierdzone liczne przypadki dyżurów lekarzy zatrudnionych na podstawie umów cywilnoprawnych trwające nieprzerwanie powyżej 40 godzin, choć formalnie nie naruszające przepisów prawa, mogą wpływać na bezpieczeństwo lub zdrowie samych lekarzy, a także na zapewnienie właściwego poziomu udzielania świadczeń zdrowotnych.

OBSZAR

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

Opis stanu
faktycznego

1. W Regulaminie organizacyjnym Szpitala nie ustalono sposobu realizacji i dokumentowania wskaźników opieki okołoporodowej.

W związku z wprowadzeniem wskaźników opieki okołoporodowej w Szpitalu określono „Nowe wytyczne w organizacji opieki okołoporodowej”, które zostały przedstawione pracownikom na szkoleniach³⁷. Przedstawiono organizację opieki sprawowanej nad kobietą w okresie ciąży, porodu, porożenia oraz noworodkiem. Dodatkowo uwrażliwiono na potrzeby i właściwą organizację opieki nad kobietą w sytuacji szczególnej. Określono także, że wskaźniki opieki okołoporodowej będą monitorowane nie rzadziej niż raz w roku.

Wskaźniki opieki okołoporodowej zawarto w Arkuszu 1. Określono obszary: wyniki okołoporodowe i jakość opieki, a także wskaźniki dotyczące³⁸: martwych urodzeń po 22 tyg. ciąży, urodzeń z podziałem wg: masy urodzeniowej, czasy trwania ciąży,

³⁷ Szkolenia przeprowadzono 5, 10, 15 i 20 stycznia 2019 r.

³⁸ Przedstawiono w sposób liczbowy.

porodów mnogich, sposobu ukończenia ciąży, rozpoczęcia czynności porodowych, miejsca urodzenia, umieralność kobiet w czasie ciąży, porodu oraz wskaźniki dotyczące odsetek: częstości występowania wad wrodzonych, matek dzieci przedwcześnie urodzonych lub chorych, które uzyskały pomoc w zakresie odciągania pokarmu dla dziecka w ciągu 1-2 godz. od narodzin dziecka, matek dzieci, u których wystąpiły problemy z laktacją i które uzyskały pomoc w zakresie karmienia piersią, kobiet z kontaktem skóra do skóry, kobiet rodzących w znieczuleniu ZZO³⁹, nacięć krocza, amniotomii⁴⁰, indukcji porodu, stymulacji czynności skurczowej i personelu przeszkolonego w zakresie opieki laktacyjnej.

[akta kontroli str. 487-493]

2. W Arkuszu 1 Wskaźniki opieki okołoporodowej nie uwzględniono dwóch elementów organizacji opieki wynikających z cz. I ust. 1 pkt 6 i 7 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej⁴¹, tj. cięcia cesarskiego i podania noworodkowi mleka modyfikowanego.

W wyjaśnieniach lekarz kierujący oddziałem wyjaśnił, iż *noworodek matki po cięciu cesarskim jest regularnie przystawiany do piersi. Dokarmianie mlekiem modyfikowanym jest sporadyczne. W pojedynczych przypadkach, gdy brak pokarmu matki lub problemy natury technicznej, dziecko karmione jest mlekiem modyfikowanym, co odnotowane jest w karcie noworodka.*

[akta kontroli str. 494-497]

3. Na Oddziale obowiązywały procedury systemu zarządzania jakością ISO 9001⁴² tj.: *Procedura dotycząca opieki nad pacjentką w sytuacji niepowodzeń położniczych, procedura Postępowanie w przypadku poronienia lub dziecka martwo urodzonego oraz Procedura szpitalnego żywienia kobiet w ciąży i okresie poporodowym.*

W Procedurze dotyczącej opieki nad pacjentką w sytuacji niepowodzeń położniczych wskazano, iż personel medyczny powinien posiadać wiedzę w zakresie pracy z rodzicami doświadczającymi śmierci swojego dziecka lub narodzin dziecka chorego, celem uwrażliwienia na jej trudną sytuację. Przy przekazaniu powyższych informacji, osoba sprawująca opiekę nad pacjentką zapewniała czas pozwalający do oswojenia się z tą informacją, umożliwiała pacjentce pomoc psychologiczną, opiekę duchową, wsparcie osób bliskich zgodnie z życzeniem pacjentki oraz nawiązywała z pacjentką dobry kontakt słowny i miała świadomość, jak ważny jest ton rozmowy, postawa ciała i słowa kierowane do pacjentki o utracie dziecka.

Procedury określały zasady postępowania z pacjentką z niepowodzeniem położniczym. Wskazano, że: pacjentka nie przebywa w sali z innymi kobietami ciężarnymi, bądź po porodzie, których ciąża zakończyła się urodzeniem zdrowego dziecka, traktowana jest z szacunkiem, poszanowaniem intymności i prywatności oraz zrozumieniem jej stanu psychicznego, otrzymuje informacje na temat obowiązującego stanu prawnego, w przypadku niepowodzenia położniczego oraz zabezpieczenia społecznego i prawa pracy, dotyczące sytuacji, w jakiej się znalazła. Pacjentka ma możliwość dopytać o szczegóły, wyjaśnić niezrozumiałe treści czy wątpliwości.

Postępowanie w przypadku poronienia lub dziecka martwo urodzonego wskazywało na ww. procedurę, a ponadto na odpowiednie działania związane z oznakowaniem i zabezpieczeniem ciała martwo urodzonego dziecka. Wskazywało również na

³⁹ Znieczulenie zewnątrzoponowe.

⁴⁰ Przebicie błon płodowych.

⁴¹ Dz. U. poz. 1756 ze zm.

⁴² ISO 9001:2015 odpowiednio P-034/P z dnia 14 czerwca 2019 r.: QP -62/O z dnia 16 września 2019 r., QP – 74/O z dnia 18 listopada 2019 r.

dokumentację medyczną wypełnianą przez położną i lekarza. W procedurze zawarto sposób postępowania w przypadku gdy rodzice wyrażają chęć pożegnania się i pochowania swojego dziecka martwo urodzonego, a także w przypadku braku woli rodziców do pochówku.

Pacjentki otrzymywały po poronieniu w formie pisemnej⁴³ informacje o przysługujących im prawach na podstawie aktualnych aktów prawnych m.in. prawo: do rejestracji urodzenia dziecka w USC bez względu na tydzień zakończenia ciąży, do urlopu macierzyńskiego, do pochowania dziecka, do uzyskania zasiłku pogrzebowego, zbadania płci po poronieniu oraz badanie DNA wraz z warunkami, które należy spełnić w celu ich uzyskania.

Na Oddziale obowiązywała również *Procedura szpitalnego żywienia kobiet w ciąży i okresie poporodowym*. Przewidziano ocenę Oddziału przez pacjentki w anonimowych ankietach, w których oprócz pytań związanych np. z posiłkami, sposobem porodu, itp., zawarto pytania dotyczące opieki okołoporodowej m.in. jak ocenia pani opiekę, którą otrzymała: na oddziale ginekologicznym, położniczym, czy w trakcie porodu. Czy i w jakim stopniu zostały spełnione oczekiwania związane z opieką okołoporodową w kwestiach: komunikacji z pacjentką: w czasie porodu, na oddziale położniczym, zapewnienia intymności, łagodzenia bólu porodowego, wsparcia emocjonalnego: w czasie porodu, na oddziale położniczym, kontaktu z dzieckiem bezpośrednio po porodzie, wsparcia w karmieniu piersią, warunków lokalowych i sanitarnych: w trakcie porodu i na oddziale położnictwa. Zadano pacjentkom także pytanie otwarte: co należałoby zmienić w opiece okołoporodowej. Odpowiedzi wskazywały potrzebę remontu oddziału i warunków sanitarnych, komunikacji z personelem, dostępu do laktatora oraz zwiększenia poczucia intymności poprzez większą ilość sal i parawanów.

[akta kontroli str. 498-530]

4. W ogólnoszpitalnych planach szkoleń nie ujęto szkoleń w tematyce okołoporodowej. Tematykę tą zawarto w planach wewnątrzoddziałowych na rok 2019 i 2020. W styczniu 2019 r. przeprowadzono szkolenie „Nowe wytyczne w organizacji opieki okołoporodowej”, w październiku 2019 r. „Karmienie piersią”, w marcu 2020 r. zaplanowano szkolenie pt. „Rola personelu w przypadkach niepowodzeń położniczych”. Na grudzień 2020 r. zaplanowano szkolenie „Rola położnej w opiece nad pacjentką w przypadku urodzenia martwego dziecka”.

[akta kontroli str. 531-549]

5. W latach 2017, 2018 i 2019 kwota poniesionych przez Szpital wydatków na szkolenia wynosiła odpowiednio:

łącznie na szkolenia 164 982,81 zł, 145 375,31 zł, 58 382,83 zł.

Łączna⁴⁴ kwota na szkolenia w Oddziale wynosiła odpowiednio 3 165,00 zł, 24 750,88 zł i 19 499,50 zł.

Łączna kwota poniesionych wydatków na szkolenia w oddziale ginekologiczno-położniczym dotyczące standardów opieki okołoporodowej w 2019 r. wynosiła 11 222,20 zł⁴⁵.

Szkolenia obejmowały m.in.: Dokumentację pielęgniarską – sposób prowadzenia w wersji elektronicznej, Higieniczne mycie rąk, Prawa pacjenta, Rola położnej w komunikacji z rodzicami po stracie dziecka, Problem nietrzymania moczu u kobiet, Problem wypalenia zawodowego, Procedura przedłużonego odcięcia pępowiny,

⁴³ Przekazanie informacji było potwierdzane podpisem pacjentki.

⁴⁴ w tym odpowiednio koszty szkoleń 1 580,00; 21 897,67 i 6 550,00 i koszty nieobecności usprawiedliwionej (płatne) 1 585,00; 2 853,21 i 12 499,50zł.

⁴⁵ w tym koszty szkoleń 5 400,00 zł i koszty nieobecności usprawiedliwionej (płatne) 5 822,20 zł.

Karmienie piersią – standard w opiece okołoporodowej, Zasady przyjmowania realizacji, dokumentowania zleceń lekarskich.

[akta kontroli str. 550]

6. Z chwilą wprowadzenia nowych wytycznych związanych z opieką okołoporodową, przeprowadzono szkolenia wewnątrzdziałowe, prowadzone przez personel Szpitala oraz osoby z zewnątrz, w których m.in. poruszono problem potrzeb i właściwej organizacji opieki nad kobietą w sytuacji szczególnej, do której zalicza się rozpoznanie podczas ciąży, ciężkiej choroby lub wady dziecka, poronienie, urodzenie dziecka martwego, niezdolnego do życia, chorego lub z wadami wrodzonymi.

[akta kontroli str. 551-552]

7. W Szpitalu nie ma dokumentacji potwierdzającej, że władze Szpitala udzielały wsparcia w radzeniu sobie ze stresem personelowi medycznemu opiekującemu się pacjentkami, które poroniły lub urodziły martwe dziecko.

Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że do tej chwili personel medyczny nie zgłaszał takich potrzeb. Jeżeli istnieje taka potrzeba to władze Szpitala udzielają wsparcia personelowi medycznemu opiekującym się pacjentkami, które poroniły lub urodziły martwe dziecko (współpraca z psychologiem zatrudnionym w Szpitalu).

[akta kontroli str. 551-552]

8. W ramach badania dotyczącego wsparcia w radzeniu sobie ze stresem, udzielanego personelowi medycznemu opiekującemu się pacjentkami, które poroniły, urodziły martwe dziecko lub dziecko, które zmarło wkrótce po porodzie na prośbę o informację odpowiedziało na pytania 4 lekarzy i 16 położnych.

Na pytanie dotyczące trudności występujących w pracy z pacjentkami doświadczającymi niepowodzeń położniczych lekarze odpowiedzieli:

Problemem jest brak akceptacji i zrozumienie przez pacjentkę niepowodzeń położniczych. Wynika to między innymi z oczekiwań samej pacjentki, uwarunkowań społecznych, jak i ogólnej wiedzy, co do przyczyn zaistnienia w/w sytuacji klinicznych. Ponadto nadmiar/problemy z dokumentacją, tj. duża ilość dokumentacji do wypełnienia, brak konkretnych wytycznych, co do wypełnienia dokumentacji, brak norm postępowania w przypadku braku zarodka - puste jajo płodowe, brak jasno określonych kryteriów postępowania z pacjentkami we wczesnej ciąży – w jaki sposób zabezpieczać materiał w przypadku braku jaja płodowego czy braku zarodka (puste jajo płodowe), brak odpowiedniej dokumentacji lekarskiej dotyczącej poronień to znaczy do 22 tygodnia. W sytuacji obumarłej ciąży, zarodka, płodu jesteśmy zmuszeni wypełniać karty martwego urodzenia, akty zgonu, jak w przypadku osoby dorosłej lub dziecka. W zasadzie nie ma problemów, gdy można wyodrębnić zarodek czy płód, problem jest w przypadku pustego jaja płodowego oraz resztek po poronieniu, kiedy w jamie macicy zarodka lub płodu nie było lub już nie ma. Niejasne są kryteria wypełniania kart - jak wpisać datę urodzenia osoby, która się nigdy nie urodziła, bo nie było porodu. Jak wpisać termin zgonu, skoro nie jest to w żaden sposób do ustalenia - nie wiemy kiedy zarodek, płód obumarł w macicy.

Dlaczego musimy wypełniać karty martwego urodzenia w przypadku poronienia skoro poronienie to nie jest poród - jest to mieszanie pojęć - powinien być stworzony osobny formularz. Zbyt dużo dokumentów do wypełnienia i są zbyt szczegółowe. Jaka jest potrzeba uzupełniania informacji przez lekarza na temat wykształcenia rodziców obumarłego płodu?

Na pytanie związane z potrzebą doskonalenia zawodowego (np. w formie warsztatów, superwizji) w związku z pracą z takimi pacjentkami lekarze

odpowiedzieli: *Tak istnieje taka potrzeba. Doskonalenie zawodowe jest wpisane w nasz zawód. Pozwala dzięki temu w sposób w pełni profesjonalny nieść właściwą pomoc osobom jej potrzebującym. Szczególnie w zakresie przekazywania rzetelnych informacji na temat poronienia, postępowania po nim. Jednakże najpierw trzeba stworzyć jasne i przejrzyste kryteria postępowania, a dopiero potem robić szkolenia. Istnieje natomiast potrzeba pracy ze społeczeństwem powinno dotrzeć do niego, że 40% poronień ludzkich kończy się na terminie miesiączki, z ciąż, które można stwierdzić klinicznie roni się około 20 procent, a jakiegokolwiek leczenie nie zmniejsza tego odsetka.*

Na pytanie czy osoby z personelu medycznego pracujące z takimi pacjentkami odczuwają potrzebę przeciwdziałania tzw. wypaleniu zawodowemu lekarze odpowiedzieli: *Tak, taka potrzeba istnieje tym bardziej, że wypalenie zawodowe dotyka coraz większą grupę lekarzy w ogóle, nie tylko w temacie poronień. Wypalenie zawodowe coraz bardziej dotyczy naszego środowiska. Główną przyczyną jest nadmierne obciążenie pracą zawodową (zbyt duża ilość godzin pracy, wliczając w to dyżury), jak również w związku z charakterem pracy i odpowiedzialnością zawodową. Dokładanie kolejnych obowiązków przy jednoczesnym zmniejszaniu się liczby personelu medycznego prowadzi do przyspieszonego wypalenia zawodowego.*

Na pytanie czy mają zapewnione wsparcie w radzeniu sobie ze stresem w pracy pracując z pacjentkami, które poroniły lub urodziły martwe dziecko oraz czy wystąpiły sytuacje, w których personel medyczny zgłaszał potrzebę wsparcia, a nie otrzymał go lub otrzymał w terminie późniejszym od oczekiwanego lekarze odpowiedzieli: *Personel nie ma żadnego wsparcia. Potrzebne jest opracowanie szerokiego programu pomocy personelowi medycznemu w radzeniu sobie ze stresem w związku z charakterem pracy - osób udzielających usług medycznych osobom, które poroniły lub urodziły martwy płód. Konieczne jest rozłożenie pracy na większą ilość personelu, dzięki czemu odciążone zostaną osoby bezpośrednio udzielające świadczeń medycznych w/w osobom. Przede wszystkim pomoc w prowadzeniu niezbędnej dokumentacji medycznej np. przez sekretarki medyczne. Zapewnienie odpowiednich warunków bytowych pacjentkom, jak i personelowi. Niezbędne jest wyposażenie w odpowiedni sprzęt dla prowadzenia świadczeń medycznych. Brak jakiegokolwiek wsparcia; nie ma się do kogo zwrócić o takie wsparcie.*

Na pytanie czy w opinii osób składających wyjaśnienia realizowane formy są właściwe i wystarczające lekarze odpowiedzieli: *Obecna realizacja jak rozumiem świadczeń jest dokonywana w formie minimalnej i wiele można zrobić, aby było lepiej. Wymaga to głębokiej analizy aktualnej sytuacji ekonomicznej służby zdrowia i przeznaczenia adekwatnej ilości środków z konkretnym wskazaniem na w/w cel. Część lekarzy odpowiedziała, że brak jakichkolwiek form, ewentualne formy nie są wystarczające.*

Na pytanie dotyczące trudności występujących w pracy z pacjentkami doświadczającymi niepowodzeń położniczych położne odpowiedziały: *Pacjentki te stanowią odrębną grupę. Wymagają kompleksowej opinii nie tylko medycznej, ale także wsparcia psychologicznego. Takim pacjentkom często potrzeba poświęcić więcej czasu, aby kompleksowo zadbać o ich potrzeby i okazać wsparcie z zachowaniem intymności. Utrudniony kontakt ze względu labilność emocjonalną pacjentki, zamknięcie w sobie, niechęć do rozmowy, okazywania uczuć i emocji, odrętwienie, trudności z wyrażaniem uczuć. Ponadto ciężki kontakt słowny z pacjentką, bezradność w odpowiedziach na trudne pytania m.in. podczas*

zadawanych pytań: Dlaczego ja? Wymagają poświęcenia im więcej uwagi. Występuje brak dostępności psychologa w godzinach nocnych i świątecznych, brak warunków lokalowych, żeby zapewnić salę indywidualną pacjentce (w zależności od sytuacji na oddziale).

Na pytanie czy istnieje potrzeba doskonalenia zawodowego (np. w formie warsztatów, supervizji) w związku z pracą z takimi pacjentkami położne odpowiedziały: *Nie*, odpowiedziało 5 położnych (31,25%) lub *nie odczuwam takiej potrzeby*, w tym jedna położna odpowiedziała, iż *każda pacjentka jest inna i oczekuje innej pomocy. Trudno ją wpasować w jakieś ramy przekazane na warsztatach, a po 36 latach pracy na oddz. Gin-poł i różnych doświadczeniach radzę sobie. Tak lub tak, bardzo* odpowiedziało 11 położnych (68,25%) oraz, że *istnieje potrzeba doskonalenia zawodowego. Warsztaty z komunikacji z takimi pacjentkami byłyby cennym doświadczeniem. Jest bardzo duża potrzeba szkoleń, aby wiedzieć i umieć rozmawiać z pacjentkami po stracie.*

Na pytanie czy położne pracujące z takimi pacjentkami odczuwają potrzebę przeciwdziałania tzw. wypaleniu zawodowemu odpowiedziały: *Nie lub nie odczuwam takiej potrzeby* odpowiedziało 5 położnych (31,25%). Tak odpowiedziało 11 położnych (68,25%) oraz, że *aby przeciwdziałać wypaleniu zawodowemu, należy ciągle się szkolić, znać najnowsze standardy, umieć rozmawiać z pacjentkami, które są młodsze, taka profilaktyka jest potrzebna na każdym etapie pracy zawodowej dla doświadczonych i niedoświadczonych pracą.*

Na pytanie czy mają zapewnione wsparcie w radzeniu sobie ze stresem w pracy pracując z pacjentkami, które poroniły lub urodziły martwe dziecko oraz czy wystąpiły sytuacje, w których zgłaszały potrzebę wsparcia, a nie otrzymały go lub otrzymały w terminie późniejszym od oczekiwanego położne odpowiedziały: 1 położna (6,6%) odpowiedziała, że otrzymała wsparcie, 15 położnych (93,3%) odpowiedziało, iż *nie otrzymały wsparcia*. Położne napisały również, że: *zawsze jesteśmy poruszone taką sytuacją, największym wsparciem dla personelu jest możliwość rozmowy z osobami bardziej doświadczonymi i wymienianie się spostrzeżeniami i uwagami tych sytuacji, (...) ale mile widziane by były warsztaty z psychologiem, każdy ma wypracowany własny sposób na radzenie sobie ze stresem oraz, że personel nie zgłaszał potrzeby wsparcia.*

Na pytanie czy w opinii osób składających wyjaśnienia realizowane formy są właściwe i wystarczające położne odpowiedziały: 8 położnych (50%) odpowiedziało, że *realizowane formy są właściwe i wystarczające*, 3 położne (18,75 %) , że *nie wystarczające*, 3 położne (18,75 %) *nie miały zdania*, w 2 ankietach (12,5%) brak było odpowiedzi.

Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że *do chwili obecnej personel medyczny nie zgłaszał potrzeb (związanych z problemami przedstawionymi w ankiecie). Jeżeli istnieje taka potrzeba, władze Szpitala udzielają wsparcia w radzeniu sobie ze stresem personelowi medycznemu opiekującemu się pacjentkami, które poroniły lub urodziły martwe dziecko (współpraca z psychologiem zatrudnionym z Szpitalu).*

[akta kontroli str. 553-577]

9., 10. W badanej dokumentacji medycznej 64 pacjentek, od 13 kwietnia 2017 r. znajdowały się potwierdzone własnoręcznym podpisem oświadczenia pacjentek o uzyskaniu informacji o przysługujących świadczeniach po stracie dziecka, także po poronieniach. W dokumencie zawarto m.in. informacje dotyczące: prawa do rejestracji urodzenia dziecka w USC bez względu na tydzień zakończenia ciąży, prawo do urlopu macierzyńskiego i (lub) zasiłku macierzyńskiego bez względu na tydzień zakończenia ciąży, o ile dziecko zostanie zarejestrowane w USC, prawo do

pochowania dziecka (jego ciała czy szczątków) bez względu na tydzień ciąży i bez potrzeby określenia płci i rejestracji w USC, prawo do uzyskania zasiłku pogrzebowego bez względu na tydzień zakończenia ciąży, o ile dziecko zostanie zarejestrowane w USC.

Zamieszczono również informację o możliwości wykonania badania płci po poronieniu.

Informowano również pacjentki o możliwości uzyskania pomocy psychologicznej⁴⁶, z której skorzystało 2 z 64 pacjentek. Jedna z 2 pacjentek otrzymała skierowanie do poradni specjalistycznej w wyniku opinii psychologicznej zalecającej podjęcie terapii psychologicznej po opuszczeniu szpitala w celu zminimalizowania poczucia winy oraz przepracowania ciągu ostatnich zdarzeń, jak również w celu pracy nad zaburzeniami nerwicowymi.

W okresie objętym kontrolą w Szpitalu zatrudnionych było 2 psychologów na Oddziałach: Rehabilitacyjnym, Neurologicznym, Medycyny Paliatywnej i Udarowym. W przypadkach potrzeby konsultacji psychologicznej dla pacjentek podczas weekendów psycholog był w Szpitalu dostępny i udzielał porady na Oddziale.

[akta kontroli str. 578-581, 794-812]

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

OCENA CZĄSTKOWA

Pacjentkom, które doświadczyły niepowodzeń położniczych, Szpital zapewniał, możliwość skorzystania z porady psychologa dostępnego w Szpitalu w każdym dniu tygodnia. Personel Oddziału był przeszkolony w zakresie opieki nad pacjentkami. Pracownicy nie zgłaszali potrzeby i nie otrzymywali wsparcia związanego z pracą z pacjentkami doświadczającymi niepowodzeń położniczych.

Opis stanu
faktycznego

3. Świadczenia zapewniające pacjentkom stosowną pomoc

1. Szpital posiadał warunki lokalowe oraz sprzęt medyczny dla drugiego poziomu referencyjnego w zakresie położnictwa i ginekologii (poza kolposkopem).

Podczas kontroli przeprowadzono oględziny, w wyniku których stwierdzono:

Oddział Ginekologiczno - Położniczy zajmował dwa piętra i składał się z 3 części tj.:

- Ginekologicznej znajdującej się na II piętrze, gdzie hospitalizowano pacjentki będące w ciąży wysokiego ryzyka oraz pacjentki z dolegliwościami ginekologicznymi,

- Położniczej na I piętrze, gdzie hospitalizowane były położnice wraz z dziećmi oraz

- Traktu Porodowego znajdującego się w osobnym skrzydle tego piętra.

Kobiety po niepowodzeniach położniczych nie miały kontaktu z kobietami, które urodziły dzieci.

Sale na Oddziale były 2 lub 3 łóżkowe, na sali SIN⁴⁷ było 7 łóżek. Wszystkie miały dostęp do łazienek znajdujących się przy salach lub do łazienek przypisanych do sal z wejściem z korytarza.

Łóżka w salach były dostępne z trzech stron, w tym z dwóch dłuższych, odstępy między łóżkami umożliwiały swobodny dostęp, szerokość pokoiów łóżkowych umożliwiała bezproblemowe wyprowadzenie łóżka.

Pokoje łóżkowe oraz pomieszczenia, w których wykonywane były badania lub zabiegi na oddziale wyposażono w umywalkę z ciepłą i zimną wodą, dozownik z mydłem w płynie oraz pojemnik z ręcznikami jednorazowego użycia i pojemnik na

⁴⁶Informacje o przekazaniu informacji o możliwości skorzystania pomocy psychologicznej odnotowywano w dokumentacji medycznej: w Karcie Indywidualnej Opieki Pielęgniarskiej oraz w Karcie Informacyjnej.

⁴⁷ Sala Intensywnego Nadzoru

zużyte ręczniki. Ponadto pomieszczenia, w których wykonywano badania lub zabiegi przy użyciu narzędzi wielokrotnego użycia wyposażono w zlew z baterią.

Pomieszczenia higieniczno-sanitarne wyposażone były w miskę ustępową, umywalkę z ciepłą i zimną wodą, dozownik z mydłem w płynie oraz pojemnik z ręcznikami jednorazowego użycia i pojemnik na zużyte ręczniki.

Zespół porodowy składał się z: oddzielnej izby przyjęć dla ciężarnych, sali porodowej wielostanowiskowej o czterech stanowiskach, oddzielonych od siebie ściankami⁴⁸, w tym jednej przeznaczonej do porodów rodzinnych, sali operacyjnej dla porodów rozwiązywanych cięciem cesarskim, wyposażonej w stanowisko resuscytacji noworodka. Personel wchodził do zespołu przez służbę umywalkowo-fartuchową.

Meble w pomieszczeniach oddziału umożliwiały ich mycie oraz dezynfekcję. Połączenie ścian z podłogami wykonano w sposób umożliwiający mycie i dezynfekcję. W pokojach łóżkowych zapewniony jest bezpośredni dostęp światła dziennego.

W miejscu udzielania świadczeń znajdowały się: aparat KTG, kardiomonitor, aparat USG zapewniający wykonanie badań zgodnych z profilem udzielanych świadczeń.

Ponadto w trakcie oględzin uzyskano informacje⁴⁹, iż w Szpitalu znajduje się laparoskop, histeroskop diagnostyczno-operacyjny.

W salach przebywały po jednej lub dwie pacjentki (zgodnie z ich życzeniem).

W Szpitalu znajdował się Oddział Neonatologiczny z równoważnym poziomem referencyjnym (I piętro obok położnictwa).

Pacjentkom zapewniono poczucie intymności i godności poprzez zabezpieczenie okien, ulokowanie foteli ginekologicznych oraz miejsc do przygotowania się pacjentek do badania za parawanami w taki sposób, aby nie było dostępu osób postronnych.

Na tablicy informacyjnej znajdującej się w ogólnodostępnym miejscu oddziału umieszczono informacje o możliwości skorzystania z pomocy psychologicznej i opieki duchownego.

Oddział nie dysponował osobnym pomieszczeniem służącym do pożegnań ze zmarłym dzieckiem.

[akta kontroli str. 582-625]

2. Do badania wybrano dokumentację 64 pacjentek hospitalizowanych w oddziale w latach 2017-2019, które poroniły, urodziły martwe dziecko lub którym dziecko zmarło wkrótce po porodzie.

Wpisów w dokumentacji dokonywano po udzieleniu świadczenia zdrowotnego, w sposób czytelny i w porządku chronologicznym; każdy wpis w dokumentacji opatrzony był oznaczeniem osoby dokonującej wpisu, wpisy dokonane w dokumentacji nie były usuwane i skreślane, strony w dokumentacji prowadzonej w postaci papierowej były numerowane i stanowiły chronologicznie uporządkowaną całość. W przypadku sporządzania wydruku z dokumentacji prowadzonej w postaci elektronicznej, strony wydruku były numerowane.

Dokumentacja indywidualna pacjentek zawierała oświadczenia o: upoważnieniu do uzyskiwania informacji o stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych, upoważnieniu do uzyskiwania dokumentacji, ze wskazaniem imienia i nazwiska osoby upoważnionej, wyrażeniu zgody na przeprowadzenie badania lub udzielenie innego świadczenia zdrowotnego.

Do historii choroby w każdym przypadku dołączano karty indywidualnej opieki prowadzonej przez położną, karty obserwacji, karty gorączkowe, karty zleceń

⁴⁸ Bez możliwości widzenia się pacjentek.

⁴⁹wstęp na salę operacyjną nie był możliwy, ze względu na sterylizację/odkażanie sali.

lekarskich, karty informacyjne z leczenia szpitalnego, wyniki badań diagnostycznych wraz z opisem, wyniki konsultacji, a w przypadku pacjentek, u których dokonywano zabiegu abrazji/cięcia cesarskiego⁵⁰ również karty przebiegu znieczulenia.

Wszystkie pacjentki zostały przyjęte do szpitala w trybie nagłym, w 9 przypadkach nie wykonywano zabiegu⁵¹, w 3 przypadkach nie było dokumentu zgody na zabieg. Nie było również skarg z tym związanych z przeprowadzonymi u nich zabiegami.

Lekarz kierujący Oddziałem wyjaśnił, iż w każdym z powyższych przypadków wystąpiły obfite krwawienia wymagające pilnego zaopatrzenia, więc uzyskano ustną zgodę na wykonanie zabiegu.

W przypadkach uzyskania ustnej zgody na przeprowadzenie zabiegu NIK wskazuje na konieczność odnotowywania tego faktu w dokumentacji medycznej pacjentki.

[akta kontroli str. 626-637]

3. Sporządzana dokumentacja pozwala na jednoznaczne stwierdzenie, jakich świadczeń i w jakim zakresie udzielono pacjentkom w przypadkach poronień, martwych urodzeń lub którym dziecko zmarło wkrótce po porodzie.

4. W dokumentacjach medycznych były zapisy o przekazaniu informacji dotyczącej możliwości skorzystania z porady psychologa.

Wśród 64 przypadków, 60 dotyczyło pacjentek, które poroniły do 20 tygodnia ciąży oraz 2 pacjentki (oprócz 2 opisanych poniżej), które utraciły dziecko w 33⁵² i 37 tygodniu ciąży, z których jedna była ciąża bliźniaczą (jedno dziecko zdrowe). Pacjentki te odmówiły porady psychologicznej.

5. Z pomocy psychologicznej skorzystały 2 pacjentki⁵³: jedna pacjentka (zgłoszona w pierwszej dobie pobytu w szpitalu) objęta pomocą położniczą z powodu obumarcia płodu (śmierć wewnątrzmaciczna) w 33 tygodniu ciąży; druga pacjentka po porodzie przez cięcie cesarskie w 40 tygodniu ciąży z wadami rozwojowymi dziecka (wielowodzie)⁵⁴, (zgłoszona w trzeciej dobie po porodzie). Pacjentce tej wydano skierowanie do poradni psychologicznej.

[akta kontroli str. 626-637]

6. Zbadano dokumentację 64 pacjentek pod względem miejsca/sali pobytu. Na sali SIN⁵⁵ przebywało 41 pacjentek, na sali nr 2 – 11 pacjentek, na sali nr 6-4 pacjentki, na salach nr 7 i 3 po 2 pacjentki, na salach nr 1 i 4 po 1 pacjentce, jedna pacjentka w pierwszym okresie pobytu leżała na sali nr 2, a później została przeniesiona na salę SIN, w jednym przypadku pacjentka została przeniesiona na położnictwo⁵⁶.

W listopadzie i grudniu 2019 r. na Oddziale przebywało 18 pacjentek, które poroniły, urodziły martwe dziecko lub którym dziecko zmarło zaraz po porodzie. Przebywały one na sali nr 2 (9 osób) i na sali SIN (9 osób).

[akta kontroli str. 626-638]

7. W sprawie pokoju pożegnań Ordynator Oddziału Ginekologiczno - Położniczego wyjaśnił, iż *pomieszczeniem służącym do pożegnań oddział nie dysponuje, nie ma sali specjalnego przeznaczenia. W przypadku woli pożegnania adaptuje się do tego jedną z sal 6, 7 lub 8. Jedną z różnic pomiędzy aranżowaną do tego celu salą a salą poporodową jest brak łóżeczka dla dziecka. Zapewniamy maksimum intymności,*

⁵⁰ 53 zabiegi abrazji, 1 cięcie cesarskie, w 10 przypadkach nie było potrzeby abrazji (w tym jeden poród)

⁵¹ Poronienie samoistne zupełne lub nie określone bez powikłań.

⁵² Ciężki stan przed rzucawkowy.

⁵³ Fakt odmowy skorzystania przez pacjentki z pomocy psychologicznej odnotowywano w dokumentacji medycznej.

⁵⁴ zgon dziecka nastąpił 52 minuty po porodzie.

⁵⁵ sala intensywnego nadzoru.

⁵⁶ Ciąża bliźniacza, jedno dziecko było martwe.

w którym rodzice wraz z bliskimi będą mogli przywitać się i pożegnać ze swoim dzieckiem, a jeżeli będzie taka wola to ochrzcić dziecko. Jeżeli rodzice wyrażą taką wolę to wszelkie pamiątki po dziecku są im przekazywane.

[akta kontroli str. 125-127]

8. W Szpitalu obowiązywała Procedura Systemu Zarządzana Jakością i Zarządzania Środowiskowego QP-062/O⁵⁷ *Postępowanie z ciałem martwo narodzonego dziecka*, której celem było zabezpieczenie ciała martwo narodzonego dziecka, a następnie zapewnienie godziwego pochówku. Szpital nie przedstawił procedur za okres do 20 lipca 2017 r., jednakże od kwietnia 2017 r. pacjentki otrzymywały za pisemnym potwierdzeniem informację o przysługujących prawach po poronieniu⁵⁸.

Przedstawione kolejne wersje procedury tj. nr 3, 4 i 5 obowiązywały odpowiednio od 21 lipca 2017 r.⁵⁹, od 25 stycznia 2018 r., od 16 września 2019 r. nadal.

Zgodnie z procedurą nr 3, 4 i 5⁶⁰ w przypadku martwo narodzonego dziecka należało:

- wypełnić kartę martwo urodzonego dziecka, oddać rodzicom i poinformować ich o miejscu odbioru ciała martwo narodzonego dziecka,
- wypełnić kartę zgonu w całości, jeśli jest określona płeć dziecka lub w części w celach pochówku, jeśli nie ma możliwości określenia płci dziecka,
- poinformować rodziców o ich sytuacji prawnej, dotyczącej pochówku, urlopu macierzyńskiego, zasiłku z ZUS⁶¹.

W przypadku braku woli rodziców do pochówku należało dodatkowo:

- odebrać od osoby uprawnionej oświadczenie o braku woli do pochówku,
- wypełnić kartę skierowania zwłok do Pracowni Anatomii Patologicznej⁶²,
- poinformować na piśmie Dyrektora ds. leczenia o potrzebie dokonania pochówku oraz przekazać w załączeniu kserokopię podpisanego oświadczenia, kartę martwo urodzonego dziecka, kartę zgonu,
- wydać ciało martwo urodzonego dziecka z Pracowni AP zakładowi pogrzebowemu, któremu MOPS⁶³ zlecił pochówek (pisemne upoważnienie, a uprawniona osoba tego zakładu powinna potwierdzić fakt odbioru zwłok w Księdze Prosektorium (pieczętka zakładu i czytelny podpis pracownika).

Analizie poddano 20 dokumentacji medycznych pacjentek, które poroniły lub urodziły dziecko powyżej 12 tygodnia ciąży w zakresie czynności podejmowanych od momentu poronienia do pochówku.

Dla kartotek nr od 1 do 5 Szpital nie przedstawił procedur⁶⁴ za okres do 20 lipca 2017 r., (dostępne są procedury nr 3, 4 i 5 nie obejmujące okresu pobytu tych pacjentek w Szpitalu), kartoteki 5, 6, 7 obejmowała procedura wydanie nr 3, obowiązywała od 21 lipca 2017 r.⁶⁵, kartoteki 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 13, 15, 16, 20 obejmowała procedura wydanie nr 4, obowiązywała od 25 stycznia 2018 r. oraz kartoteki 17, 18, 19 procedura wydanie 5, obowiązująca od 16 września 2019 r.

W wyniku analizy stwierdzono, że: we wszystkich przypadkach przeprowadzono badanie histopatologiczne⁶⁶, w trzech przypadkach przeprowadzono sekcję zwłok,

⁵⁷ ISO 9001:2008, ISO14004, ISO9001:2015.

⁵⁸ Informacja uzyskana z badania 60 dokumentacji medycznych.

⁵⁹ Do wiadomości przez lekarzy przyjęto 2 października 2017 r.

⁶⁰ Zgodnie z procedurą wypełnia się dokumentację w systemie Clininet.

⁶¹ Procedura 3 i 4 załącznik nr 1, procedura 5 załącznik nr 5.

⁶² Znajdującej się w strukturze Szpitala.

⁶³ Dalej: Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Mielcu.

⁶⁴ Od kwietnia 2017 r. otrzymywały za potwierdzeniem informację o przysługujących prawach po poronieniu. Informacja uzyskana z badania 64 dokumentacji medycznych.

⁶⁵ Do wiadomości przez lekarzy przyjęto 2 października 2017 r.

⁶⁶ Umowa nr 2/2016 na wykonywanie i ocenę badań histopatologicznych i cytologicznych z 6 grudnia 2016 r., Umowa DAO.4241.20.2019 z 18 listopada 2019 r.

w dwóch pobrano materiał do badań genetycznych. W żadnym przypadku nie odnotowano zgłoszenia dziecka do USC

W 5 przypadkach⁶⁷ nie przedstawiono procedur, obejmujących okres pobytu w szpitalu pacjentek do 1 października 2017 r., tj. do czasu zapoznania się personelu z 3 wersją procedury QP-062/O⁶⁸. Brak było potwierdzeń o przedstawieniu pacjentkom dokumentacji związanej z ich prawami po stracie dziecka i z pochówkiem. W 3 z powyżej wymienionych przypadkach w prosektorium znajdowały się skierowania do pracowni anatomii patomorfologicznej. W 1 z tych przypadków brak było zapisu związanego ze szczątkami/zwłokami w księdze prosektorium.

W czterech przypadkach szczątki/zwłoki zostały odebrane przez rodziny w celu pochówku.

W 2 przypadkach⁶⁹ z pozostałych 15 dokumentacji, urodzone w 21 tygodniu ciąży dziecko z objawami życia i w 40 tygodniu ciąży dziecko z zespołem wad wrodzonych oddano do oddziału noworodkowego i neonatologii, gdzie nastąpił zgon. Ciała dzieci zostały odebrane przez rodziny w celu pochówku.

W pozostałych 13 kartotekach w 4 przypadkach nie było dokumentacji potwierdzającej przekazanie informacji o sytuacji prawnej po poronieniu, w 6 przypadkach nie było Karty martwego urodzenia, w 9 przypadkach nie było Karty zgonu, w 2 przypadkach nie było karty skierowania do pracowni patomorfologicznej⁷⁰. W dwóch przypadkach nie było dokumentu poświadczającego przekazanie szczątków do prosektorium. W 5 przypadkach było oświadczenie o odbiorze/pozostawieniu zwłok/szczątków dziecka celem pochówku, w 5 przypadkach nie było, jednakże zwłoki zostały odebrane przez rodzinę. W 3 przypadkach było oświadczenie o pozostawieniu zwłok do pochówku przez Gminę oraz właściwa dokumentacja⁷¹ do Dyrektora ds. Lecznictwa o potrzebie dokonania pochówku. Ciała te przechowywane były w prosektorium 36, 83 i 220 dni, następnie wydawane⁷², firmie pogrzebowej.

Dyrektor Szpitala odniósł się do poszczególnych procedur wynikających z w/w dokumentacji pacjentek i wyjaśnił, że: (...) od dn. 21.07.2017 r. zaczęła obowiązywać wersja 3. Procedury QP-062/O⁷³, z którą personel medyczny Oddziału Ginekologiczno-Położniczego Szpitala zapoznał się 2 października 2017 roku, co każdy z lekarzy poświadczył własnoręcznym podpisem. Do tego czasu z całą pewnością funkcjonowały w Szpitalu wcześniejsze wersje ww. Procedury, regulujące – zgodnie z rozporządzeniem MZ z dnia 7 grudnia 2001r. w sprawie postępowania ze zwłokami i szczątkami ludzkimi (Dz. U. z 2001 r. Nr 153, poz. 1783) oraz ustawą z dnia 31 stycznia 1959 roku o cmentarzach i chowaniu zmarłych i wydanych na jej podstawie rozporządzeniach wykonawczych (Dz. U. z 2011 r. Nr 118, poz. 687) – także kwestie opieki nad pacjentkami w przypadkach poronień i martwych urodzeń, w tym również informujące o przysługujących im w tak trudnej dla nich sytuacji prawach (...).

Dokumentacja 6 [26-10-2017] i 7 [18-12-2017] – zgodnie z obowiązującą już wersją 3 Procedurą QP-062/O pacjentki uzyskały „Informację o sytuacji prawnej...”, jednak ze względu na zaawansowany stan kolikwacji (rozpadu i dezintegracji) materiał

⁶⁷ W zestawieniu kartoteki od 1 do 5.

⁶⁸ 2 października 2017 r. data zapoznania się z procedurą przez personel.

⁶⁹ Kartoteki 13 i 16.

⁷⁰ Karty znajdowały się w prosektorium.

⁷¹ Dokumentacja znajdowała się w odrębnym miejscu.

⁷² Po informacji o organizowanym pochówku przez MOPS.

⁷³ W Szpitalu nie zachowały się procedury nr 1 i 2

biologiczny (...), po preparatyce laboratoryjnej i badaniu mikroskopowym nie jest dalej przekazywany do prosektorium, lecz pozostaje w pracowni histopatologicznej.

Dokumentacja 8 [16-02-2018] – uchybienia w wypełnieniu składników dokumentacji (...), tłumaczyć należy koniecznością dynamicznego reagowania przez personel lekarski na zagrażającą życiu matki sytuację kliniczną jaka wynikła w toku postępowania terapeutycznego (...).

Dokumentacja 9 [10-11-2018] – dotyczy 37-tygodniowej ciąży bliźniaczej z obumarłym jednym płodem, podczas której nacisk terapeutyczny położony był przede wszystkim na zapewnieniu dobrostanu żyjącego dziecka, a wysiłki personelu lekarskiego skoncentrowane były na jego ratowaniu oraz chronieniu zdrowia fizycznego i psychicznego matki, odsuwając na plan dalszy problemy administracyjne nieistotne z punktu tak medycznego, jak i etycznego wobec kobiety, której życie drugiego dziecka było zagrożone (...).

Dokumentacja 10 [09-06-2018] – uchybienia w wypełnieniu wszystkich składników dokumentacji przewidzianych procedurą wynikały z postawy samej pacjentki, której całkowity czas hospitalizacji, wliczając w to przyjęcie (...) trwał 3 godziny i 27 minut (sic) (...).

Dokumentacje 12 [04-06-2019] i 15 [22-07-2019] – bez uchybień ze strony szpitalnego personelu lekarskiego Oddziału Ginekologiczno-Położniczego, jednak brak kopii karty zgonu lub potwierdzenia przez pacjentkę jej odebrania czy choćby odnotowania w dokumentacji medycznej faktu jej wydania jest istotnym niedopatrzeniem.

Dokumentacja 14 [20-02-2019] – mimo uchybień proceduralnych, pacjentka świadoma swoich praw i powinności wynikających z procedury; osoba upoważniona przez pacjentkę potwierdziła podpisem odbiór zabezpieczonego materiału biologicznego. Nie tłumaczy to jednak braku rzetelności w prowadzeniu dokumentacji medycznej.

Dokumentacja 17 [17-10-2019] – uchybienia w wypełnieniu składników dokumentacji przewidzianych procedurą (...) tłumaczyć należy dublowaniem się obowiązującej szpitala Elektronicznej Dokumentacji Medycznej z dotychczasową dokumentacją papierową czego potwierdzeniem może być wystawiona w Clininet - systemie elektronicznym szpitala Karta martwego urodzenia, jak również wniesienie przez pacjentkę o sporządzenie karty zgonu dziecka martwo urodzonego w zarchiwizowanej dokumentacji papierowej Oświadczeniu woli o pochówku dziecka martwo urodzonego, a także potwierdzony przez rodzica odbiór zwłok dziecka. Podobnie dotyczy to Karty zgonu, która powinna być sporządzona, a jej wydanie potwierdzone przez pacjentkę albo przynajmniej odnotowane w dokumentacji lekarskiej.

Dokumentacja 19 [29-05-2020] – jedynym uchybieniem w wypełnieniu składników dokumentacji przewidzianych procedurą w niniejszym przypadku jest brak w dokumentacji lekarskiej potwierdzenia wydania pacjentce Informacji o sytuacji prawnej (...). W tym przypadku najprawdopodobniej kartka z podpisem pacjentki zaginęła, być może zawieruszyła się w innych dokumentach (...).

Podsumowując przyczyny nieprawidłowości w prowadzeniu dokumentacji lekarskiej stwierdzone przez NIK podczas przeprowadzonej na Oddziale Ginekologiczno-Położniczym Mieleckiego Szpitala Specjalistycznego kontroli P/20/063 pt. Opieka nad pacjentkami w przypadkach poronień i martwych urodzeń, a dotyczącej przestrzegania i stosowania Procedury QP-062/O Postępowanie z ciałem martwo narodzonego dziecka należy przede wszystkim zwrócić uwagę na specyfikę funkcjonowania pełnoprofilowego zabiegowego oddziału ginekologiczno-położniczego, który zapewnia całodobową opiekę i pomoc medyczną nie tylko

kobietom z niepowodzeniem czy utratą ciąży, ale również ciężarnym na Patologii Ciąży, rodzącym i położnicom.

Pod opieką tego samego personelu medycznego – w przypadku 24-godzinnego dyżuru lekarskiego pod opieką tylko 2 lekarzy – są pacjentki na odcinku pooperacyjnym, po cięciach cesarskich i operacjach ginekologicznych.

Kompleksowość tej opieki, jej dynamika wraz z odpowiedzialnością – w przypadku kobiet ciężarnych – za dwa życia, niesie ze sobą obciążenia, które mogą sprzyjać dokumentacyjnym niedociągnięciom proceduralnym czy to przez przeoczenie czy nieuwagę, czy też przez zwykłe zapomnienie, gdy konieczność reakcji na pilne wezwanie bądź przeprowadzenie niecierpiącej zwłoki interwencji odrywa lekarza od wykonywanych związanych z realizacją wymaganych procedurą.

Tym niemniej z dużym zadowoleniem trzeba podkreślić, że z każdym kolejnym przypadkiem, gdy wymogi Procedury QP-062/O mają zastosowanie, personel lekarski spełnia je coraz sumienniej i staranniej.

Gmina Miejska Mielec dysponuje zbiorową mogiłą przeznaczoną do pochówku ciał dzieci martwo urodzonych po kremacji. Pochówek odbywał się dwa razy do roku na cmentarzu komunalnym. Szpital w 2017 r. nie przekazywał ciał do pochówku przez MOPS w Mielcu. W 2018 r. było 9 pochówków i odbyły się w maju i w październiku 2018 r., na które wydano 3 934,80 zł oraz w 2019 r. 6 pochówków, które odbyły się w marcu i październiku 2019 r., na które wydano 3 323,84 zł.

[akta kontroli str. 639-751]

9. W latach 2017-2019 do Szpitala wpłynęło odpowiednio 28, 40 i 25 skarg, w tym: odpowiednio 3 (w tym 1 anonimowa), 1 i 2 skargi dotyczyły Oddziału Ginekologiczno-Położniczego. Do dnia 2 marca 2020 r. wpłynęły 3 skargi i żadna nie dotyczyła zakresu niniejszej kontroli.

Skargi w 2017 r. dotyczyły: udzielenia informacji⁷⁴ o stanie zdrowia pacjentki oraz wydanie kart informacyjnych osobie do tego nieupoważnionej, diagnozowania i leczenia⁷⁵ skarga anonimowa⁷⁵ telefoniczna odnośnie nie wydania karty martwego dziecka.

Skarga w 2018 r. dotyczyła sposobu przeprowadzania konsultacji ginekologicznej⁷⁶.

Skargi w 2019 r. dotyczyły: odczuć pacjentki związanych z traktowaniem jej przez personel szpitala⁷⁷ oraz pomyłki związanej z poronieniem⁷⁸.

Pacjentki zostały przeproszone i poinformowane, iż w przypadku poczucia braku należytej staranności w wykonywanej praktyce medycznej popełnionych błędów i zaniedbania w leczeniu oraz stwierdzenia, że lekarz postępuje sprzecznie z zasadami etyki zawodowej może zwrócić się do Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej przy właściwej dla danego lekarza Izbie Lekarskiej celem przeprowadzenia postępowania wyjaśniającego. Poinformowano je również o możliwości składania skarg do Okręgowej i Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych oraz do Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej.

NFZ Podkarpacki Oddział Wojewódzki w Rzeszowie nie otrzymał żadnej skargi związanej z tematem niniejszej kontroli⁷⁹.

Przeprowadzenie ankiet wśród kobiet, które doświadczyły poronienia, urodziły martwe dziecko lub urodziły dziecko, które zmarło zaraz po porodzie - nie zostało

⁷⁴Skarga 4/2017.

⁷⁵ Skarga 14/2017.

⁷⁶ Skarga 37/2018.

⁷⁷ Skarga 4/2019.

⁷⁸ Skarga 7/2019.

⁷⁹ Pismo WSS-SW.5114,-.4.2020 z dnia 2 marca 2020 r.

zrealizowane. Dyrektor Szpitala nie wyraził zgody na powyższe działania wobec pacjentek przebywających na Oddziale⁸⁰.

[akta kontroli str. 752-793]

OCENA CZĄSTKOWA

Szpital spełniał warunki dotyczące sprzętu i aparatury medycznej, sal porodowych i sal chorych w Oddziale, określone dla drugiego poziomu referencyjnego. Nierzetelnie prowadzono dokumentację przewidzianą procedurą QP-062/O związaną z postępowaniem z ciałem martwo narodzonego dziecka.

Stwierdzone
nieprawidłowości

W działalności kontrolowanej jednostki w przedstawionym wyżej zakresie stwierdzono nieprawidłowość polegającą na braku dokumentów wymaganych procedurą QP-062/O związaną z postępowaniem z ciałem martwo narodzonego dziecka w dokumentacjach medycznych.

IV. Wnioski

Wnioski

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

Najwyższa Izba Kontroli wnosi o:

1. Uzupelnienie wyposażenia Oddziału w kolposkop zgodnie w wymogami zawartymi w rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie *świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego*.
2. Podjęcie działań organizacyjnych mających na celu wyeliminowanie przypadków nieprzerwanego udzielania przez okres ponad 24 godzin świadczeń zdrowotnych przez lekarzy zatrudnionych na podstawie umów cywilnoprawnych w Szpitalu.
3. Prowadzenie rzetelnej dokumentacji lekarskiej dotyczącej Procedury QP-062/O Postępowanie z ciałem martwo narodzonego dziecka.

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.

⁸⁰ Wybrano 48 numerów KG w celu przeprowadzenia ankiety u byłych pacjentek Oddziału. W 5 przypadkach w dokumentacji medycznej nie było numeru telefonu, w 4 przypadkach nastąpiła zmiana właściciela, 3 osoby nie odebrały telefonu, pozostałe osoby nie wyraziły zgody na przeprowadzenie niniejszej ankiety.

Obowiązek
poinformowania
NIK o sposobie
wykorzystania uwag
i wykonania wniosków

Zgodnie z art. 62 ustawy o NIK należy poinformować Najwyższą Izbę Kontroli, w terminie 21 od otrzymania wystąpienia pokontrolnego, o sposobie wykorzystania uwag i 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, dnia 11 września 2020 r.

Najwyższa Izba Kontroli
Delegatura w Rzeszowie

Kontroler

Dyrektor

Barbara Lew
Starszy inspektor k.p.

Wiesław Motyka

/-/

/-/