



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Rzeszowie

LRZ.410.003.04.2020

Pan
Andrzej Komsa
pełniący obowiązki Dyrektora
Samodzielnego Publicznego Zespołu ZOZ
Powiatowego Szpitala Specjalistycznego
w Stalowej Woli
ul. Staszica 4
37- 450 Stalowa Wola

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

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

I. Dane identyfikacyjne

Jednostka kontrolowana	Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej Powiatowy Szpital Specjalistyczny w Stalowej Woli, 37-450 Stalowa Wola, ul. Staszica 4 (dalej Szpital).
Kierownik jednostki kontrolowanej	Pan Andrzej Komsa – p.o. Dyrektora Szpitala od 27.04.2020 r. Pan Edward Surmacz – Dyrektor Szpitala, w okresie od 01.07.2015 r. do 27.04.2020 r. (akta kontroli, str. 1-2, 1100-1101)
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 w jednostkach), z wykorzystaniem dowodów sporządzonych przed tym okresem, jeżeli miały wpływ na działalność jednostki w zakresie objętym kontrolą.
Podstawa prawna podjęcia kontroli	Art. 2 ust. 2 ustawy z dnia 23.12.1994 r. o <i>Najwyższej Izbie Kontroli</i> ¹ .
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Rzeszowie
Kontroler	Wilhelm Dmytrów, główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LRZ/20/2020 z 15.01.2020 r. (akta kontroli, str. 3-4)

¹ Dz. U. z 2020 r, poz. 1200 tekst jednolity (dalej: ustawa o NIK).

II. Ocena ogólna² kontrolowanej działalności

OCENA OGÓLNA

W ocenie NIK, w Szpitalu – organizacja opieki nad pacjentkami doświadczającymi poronienia, urodzenia martwego dziecka, czy zgonu dziecka tuż po porodzie, była zgodna z przepisami prawa oraz umową na realizację świadczeń zdrowotnych zawartą z NFZ. W kontroli ustalono, że obsada personelu Oddziału Położniczo-Ginekologicznego oraz jego wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną, były odpowiednie do rodzaju wykonywanej działalności leczniczej.

Kontrola wykazała, że Szpital, organizacyjnie nie zapewnił porady psychologa, pacjentkom z powikłaniami położniczymi, przez okres wszystkich dni tygodnia. Stwierdzono również naruszenia terminów w procedurze zgłaszania dyrektorowi oddziału wojewódzkiego Funduszu³ zmian w harmonogramie dotyczącym osób (w 6 przypadkach) oraz brak określenia sposobu i częstotliwości monitorowania wskaźników opieki okołoporodowej.

W kontroli stwierdzono, że w Szpitalu niestarannie prowadzone były „Książka martwych płodów (na Oddziale Położniczo-Ginekologicznym) oraz „Ewidencja martwych płodów” w Prosektorium Szpitala, w których występowały braki podpisów osób przyjmujących zwłoki, czy też występowały podpisy nieczytelne. Ustalono także, że w Szpitalu nie był wykonywany przez położną obowiązek wypełniania „karty martwych płodów”, w przypadku zgonu.

Kontrola wykazała również przypadki używania wyrobów medycznych bez wymaganych badań (przeглядów) technicznych.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego

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. Statut⁴ Szpitala, nadany w formie uchwały Rady Powiatu Stalowowolskiego, określał m.in., że podmiotem tworzącym jest Powiat Stalowowolski, a jednym z celów jego działania jest wykonywanie działalności leczniczej poprzez udzielanie świadczeń zdrowotnych. W Statucie wskazano również, że szczegółową strukturę organizacyjną Szpitala, rodzaj działalności leczniczej i zakres udzielanych świadczeń zdrowotnych określa Regulamin Organizacyjny.

Regulamin Organizacyjny Szpitala wprowadzony w formie zarządzenia⁵ Dyrektora Szpitala (z terminem wejścia w życie od 01.06.2019 r.), określał sprawy dotyczące sposobu i warunków udzielania świadczeń zdrowotnych przez Szpital (nieuregulowane w ustawie o *działalności leczniczej*⁶ i w Statucie Szpitala), w tym

² Najwyższa Izba Kontroli formułuje ocenę ogólną jako ocenę pozytywną, ocenę negatywną albo ocenę w formie opisowej.

³ Dyrektor Podkarpackiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia w Rzeszowie (dalej POWNFZ).

⁴ W okresie od 01.01.2017 r. do 22.01.2019 r. obowiązywała uchwała nr XXII/153/2012 Rady Powiatu Stalowowolskiego z dnia 27.06.2012 r. w sprawie nadania Statutu Samodzielnemu Publicznemu Zespołowi Zakładów Opieki Zdrowotnej Powiatowemu Szpitalowi Specjalistycznemu w Stalowej Woli. W okresie od 23.01.2019 r. do nadal obowiązuje uchwała nr III/13/2018 Rady Powiatu Stalowowolskiego, z dnia 12.12.2018 r., podjęta w tej samej sprawie.

⁵ Zarządzenie nr 29/2019 Dyrektora Powiatowego Szpitala Specjalistycznego w Stalowej Woli, z dnia 31.05.2019 r. w sprawie ustalenia Regulaminu Organizacyjnego Powiatowego Szpitala Specjalistycznego w Stalowej Woli.

⁶ Ustawa z dnia 15.04.2011 r. o *działalności leczniczej* (Dz.U. z 2020 r. poz. 295 ze zm.).

strukturę organizacyjną Szpitala oraz organizację i zadania poszczególnych jednostek i oddziałów szpitalnych. W regulaminie tym określono m.in.:

- w § 6 ust. 3, że komórki organizacyjne działalności medycznej podlegają bezpośrednio Zastępcy Dyrektora do spraw Lecznictwa, a w zakresie opieki pielęgniarskiej bezpośrednio Pielęgniarce Naczelnej,
- w 24 ust. 4, że oddziałami zarządzają Lekarze Kierujący tymi Oddziałami, którzy bezpośrednio podlegają Dyrektorowi jeżeli jest lekarzem, a jeżeli Dyrektor nie jest lekarzem⁷, Zastępcy Dyrektora do spraw Lecznictwa,
- w § 32 ust. 1, że w skład Oddziału Położniczo-Ginekologicznego (dalej Oddział) wchodzi: Oddział Położniczy, Sala Porodowa, Oddział Ginekologiczny i Szkoła Rodzenia,
- w § 32 ust. 2 pkt. 1-2, że do Oddziału należy w szczególności: diagnostyka i leczenie chorób ginekologicznych, świadczenie opieki okołoporodowej nad ciężarną kobietą, prowadzenie porodów oraz opieki poporodowej nad położnicą.

Odpowiednie zapisy zawierał Regulamin Organizacyjny⁸ z dnia 31.03.2014 r., obowiązujący (po wprowadzeniu zmian) w okresie od 28.07.2015 r. do 31.05.2019 r. (akta kontroli, str. 5-145)

2. Ustalono, że:

a) w roku 2017:

- w ogólnej liczbie 781 noworodków, wystąpiły 3 przypadki martwo urodzonych oraz 1 przypadek zmarłego noworodka do 6 doby życia,
- w ogólnej liczbie 140 poronień, przyczyną 135 przypadków było „zdarzenie samoistne”, zaś przyczyną 5 przypadków było „obumarcie wewnątrzmaciczne”,

b) w roku 2018:

- w ogólnej liczbie 633 noworodków, wystąpił 1 przypadek martwo urodzonego, oraz nie wystąpił przypadek zmarłego noworodka do 6 doby życia,
- w ogólnej liczbie 130 poronień, przyczyną 117 przypadków było „zdarzenie samoistne”, zaś przyczyną 13 przypadków było „obumarcie wewnątrzmaciczne”,

c) w roku 2019:

- w ogólnej liczbie 594 noworodków, nie wystąpił przypadek martwo urodzonego oraz wystąpił 1 przypadek zmarłego noworodka do 6 doby życia,
- w ogólnej liczbie 116 poronień, przyczyną 111 przypadków było „zdarzenie samoistne”, zaś przyczyną 5 przypadków było „obumarcie wewnątrzmaciczne”.

(akta kontroli, str. 146-147)

3 i 5. Personel medyczny zatrudniony w Oddziale spełniał warunki co do liczby, wykształcenia i kwalifikacji, określone dla I poziomu referencyjnego, w rozporządzeniu w sprawie *świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego*⁹.

Szczegółowa analiza obsady personelu medycznego udzielającego świadczeń w Oddziale w miesiącach: lipiec, październik w latach 2017-2019 (łącznie 6 miesięcy), wykazała m.in., że:

a) liczba zatrudnionych lekarzy wahała się od 7 do 8, a wszyscy lekarze mieli II stopień specjalizacji w zakresie położnictwa i ginekologii,

⁷ Dyrektor Szpitala nie był lekarzem (aktualnie, tj. od 27.04.2020 r. p.o. Dyrektora Szpitala jest lekarzem).

⁸ Regulamin Organizacyjny Szpitala ustalony zarządzeniem nr 20/2014 Dyrektora Szpitala, z dnia 31.03.2014 r., zmieniony zarządzeniem nr 64/2015 Dyrektora Szpitala, z dnia 28.07.2015 r. w sprawie *wprowadzenia zmian i ustalenia tekstu jednolitego Regulaminu Organizacyjnego Samodzielnego Publicznego Zespołu Zakładów Opieki Zdrowotnej Powiatowego Szpitala Specjalistycznego w Stalowej Woli*.

⁹ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22.11.2013 r. w sprawie *świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego* (Dz.U. z 2017 r., poz. 2295, ze zm.).

- b) łączny wymiar zatrudnienia lekarzy stanowił równoważnik od 5,95 etatu do 4,75 etatu,
- c) wszystkie pielęgniarki i położne były zatrudnione w pełnym wymiarze czasu pracy, a ich liczebność w przypadku:
- pielęgniarek: była stała i wynosiła 2,
 - położnych: wahała się od 34 do 37, w tym liczby specjalistów w dziedzinie pielęgniarstwa położniczego lub ginekologicznego lub ginekologiczno-położniczego w badanych 6 miesiącach wynosiły: 6, 6, 10, 10, 10 i 16,
- d) równoważnik etatów pielęgniarek i położnych na 1 łóżko¹⁰ w badanych 6 miesiącach wynosił: 0,77, 0,75, 0,77, 0,81, 0,98 i 0,93,
- e) personel medyczny zatrudniony na Oddziale był zgłoszony do „harmonogramu-listy personelu wykonawczego” Oddziału, przeznaczonego do realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, zawieranych z POWNFZ. Wyjątki stanowiło 6 przypadków zmian w obsadzie kadrowej (spośród ogółem 13 zmian kadrowych w Oddziale, jakie miały miejsce w okresie od 01.01.2017 r. do 31.12.2019 r.), tj.:
- rozwiązanie stosunku pracy z panią Magdaleną G., z dniem 12.12.2018 r., w którym nie udokumentowano terminu¹¹ zgłoszenia zmiany do POWNFZ,
 - zatrudnienie z dniem 01.10.2018 r. pani Marty L., które zgłoszono do POWNFZ w dniu 09.10.2018 r. (tj. 8 dni po zaistnieniu zdarzenia),
 - zatrudnienie z dniem 01.03.2019 r. pani Patrycji H.-G., zgłoszono do POWNFZ w dniu 01.04.2019 r. (tj. 30 dni po zaistnieniu zdarzenia),
 - zatrudnienie z dniem 11.12.2019 r. pani Agaty Ż. zgłoszono do POWNFZ w dniu 15.12.2019 r. (tj. 4 dni po zaistnieniu zdarzenia),
 - rozwiązanie stosunku pracy z dniem 26.03.2017 r. z panią Teresą D. zgłoszono do POWNFZ w dniu 05.07.2017 r. (tj. 101 dni po zaistnieniu zdarzenia), oraz
 - zgłoszenie do „harmonogramu-listy personelu wykonawczego” pani Ireny J. (specjalista pielęgniarstwa położniczego), w lipcu 2018 r., październiku 2018 r., lipcu 2019 r. i październiku 2019 r., w sytuacji, gdy nie występowała ona w ewidencji (wykazach) osób zatrudnionych w Szpitalu w tym czasie.
- (akta kontroli, str. 148-353)

W miesiącach: lipiec i październik 2017 r., 2018 r. i 2019 r.:

- świadczenia były udzielane osobiście przez osoby wykonujące zawody medyczne, zgłoszone do „harmonogramu-listy personelu wykonawczego”, oraz
- czas pracy położnych (pielęgniarek) nie przekraczał 12 godzin na dobę,
- analiza czasu pracy 6 lekarzy (zatrudnionych w Szpitalu na podstawie umowy o pracę), wykazała, że w przypadkach pracy na Oddziale (od godz. 7.00 do godz. 14.35), po której następował dyżur (do godz. 7.00 dnia następnego), nieprzerwany czas pracy lekarzy wynosił do 24 godz. na dobę, co miało miejsce 129 razy.

W latach 2017 – 2019 lekarze mieli zawarte ze Szpitalem porozumienia¹² w sprawie wyrażenia zgody na pracę w wymiarze przekraczającym 48 godzin tygodniowo.

Dyrektor Szpitala, m.in.:

¹⁰ W okresie od 01.01.2017 r. do 03.03.2019 r. liczba łóżek dostępnych dla pacjentek Oddziału wynosiła 48, a od dnia 04.03.2019 r. liczba łóżek wynosi 40 (została ustalona zarządzeniem nr 13/2019 Dyrektora Szpitala, z dnia 04.03.2019 r. w sprawie *ustalenia liczby łóżek w oddziałach Powiatowego Szpitala Specjalistycznego*).

¹¹ Według stanu w dniu 11.02.2020 r. (w którym przekazano kontrolerowi dokumenty dotyczące zgłoszeń aktualizacyjnych) brak było udokumentowania faktu dokonanego zgłoszenia. Natomiast według stanu w dniu 24.03.2020 r. (w którym wyjaśniano ten przypadek), nie udokumentowano terminu tego zgłoszenia.

¹² Na podstawie art. 96 ustawy z dnia 15.04.2011 r. o *działalności leczniczej*, który stanowił, że pracownicy wykonujący zawód medyczny i posiadający wyższe wykształcenie zatrudnieni w podmiocie leczniczym wykonującym działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne, mogą być po wyrażeniu zgody na piśmie, zobowiązani do pracy w wymiarze przekraczającym przeciętnie 48 godzin na tydzień w przyjętym okresie rozliczeniowym.

- powołał się na przepis art. 97 ust. 2 ustawy¹³ o działalności leczniczej, podając, że prawa pracownicze lekarza są realizowane przez zapewnienie tzw. zejścia bezpośrednio po pełnionym dyżurze, które trwa od godz. 7.00 rano do godz. 7.00 rano dnia następnego,

- podał m.in., że po zakończeniu normalnych godzin pracy wynikających z dobowej normy czasu pracy, wynoszącej dla lekarza 7 godz. 35 minut, lekarz pełni dyżur medyczny, jeśli tak wynika z jego harmonogramu. Podczas dyżuru lekarz nie świadczy normalnej pracy, lecz pozostaje w gotowości, do podjęcia w razie potrzeby natychmiastowych czynności leczniczych. Po udzieleniu świadczenia lekarz ma prawo do odpoczynku w odosobnionym pokoju lekarskim, z zapewnionym zapleczem socjalnym. Taka praca nie zagraża życiu, ani zdrowiu pacjentów. Taki system pracy lekarzy obowiązuje w całej Polsce, od wielu lat. (...).

W badanych 6 miesiącach (lipiec i październik - 2017 r., 2018 r. i 2019 r.):

- w ewidencji wykonanego rozkładu pracy, nie wystąpił przypadek, w którym lekarz Oddziału, bezpośrednio po nocnym dyżurze, podejmowałby pracę na Oddziale wynikającą z dobowej normy czasu pracy dla lekarza, tj. 7 godz. 35 minut,

- w Szpitalu był spełniony warunek obecności lekarza specjalisty w dziedzinie anestezjologii¹⁴.

Dyrektor ustalił 13.04.2017 r., w drodze zarządzenia¹⁵, minimalne normy zatrudnienia pielęgniarek i położnych w Szpitalu, w tym dla Oddziału. W miesiącach objętych badaniem, normy te były przestrzegane.

(akta kontroli, str. 148-197, 354-433, 689-699)

4. Decyzją¹⁶ z dnia 13.06.2012 r. Podkarpacki Państwowy Wojewódzki Inspektor Sanitarny (dalej PPWIS) pozytywnie zaopiniował przedłożony program dostosowania dla pomieszczeń i urządzeń Szpitala (dalej program dostosowania) do wymagań rozporządzenia Ministra Zdrowia¹⁷. W programie dostosowania wykazano m.in., następujące odstępstwa (niedostosowania) od przepisów rozporządzenia w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą¹⁸, które dotyczą Oddziału i Oddziału Neonatologicznego wraz z zespołem porodowym:

- w Oddziale znajdują się pokoje dla więcej niż dwóch matek z noworodkiem,

¹³ Który stanowi, że pracownikowi pełniącemu dyżur medyczny okres odpoczynku, o którym mowa w ust. 1, powinien być udzielony bezpośrednio po zakończeniu pełnienia dyżuru medycznego.

¹⁴ Przez okres 6 miesięcy (lipiec i październik) z 2017 r., 2018 r. i 2019 r.

w Szpitalu było od 8 do 9 anestezjologów, którzy:

- w ramach zatrudnienia na podstawie umowy o pracę, w godz. od 07.00 do 14.35 (lub od 07.25 do 15.00) podejmowali pracę wynikającą z dobowej normy czasu pracy 7 godz. 35 minut, w zespołach 6-8 osobowych, oraz

- w ramach kontraktu, realizowali codzienne dyżury, w zespołach dwuosobowych.

¹⁵ Zarządzenie Dyrektora z dnia 13.04.2017 r. w sprawie powołania zespołu do spraw ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w Powiatowym Szpitalu Specjalistycznym w Stalowej Woli.

¹⁶ W dniu 14.05.2012 r. Szpital złożył wniosek o wydanie decyzji opiniującej program dostosowania dla pomieszczeń i urządzeń Szpitala. Podkarpacki Państwowy Wojewódzki Inspektor Sanitarny zaopiniował program dostosowania dla pomieszczeń i urządzeń Szpitala w decyzji SE.9020.21.10.2012, z dnia 13.06.2012 r.

¹⁷ Tj. rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 02.02.2011 r. w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładu opieki zdrowotnej (Dz.U. z Nr 31, poz. 158).

¹⁸ W dacie wydania decyzji PPWIS (tj. 13.06.2012 r.) obowiązywało jeszcze (do dnia 30.06.2012 r.) rozporządzenie z dnia 02.02.2011 r. w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładu opieki zdrowotnej (promulgowane w Dz.U. nr 31 poz. 158). Aktualnie (tj. od 01.04.2019 r.) obowiązuje rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26.03.2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz.U. z roku 2019 poz. 595), które było poprzedzone rozporządzeniem Ministra Zdrowia wydanym w dniu 26.06.2012 r. w tej samej sprawie (Dz.U. z 2012 r. poz. 739) i obowiązującym w okresie od 01.07.2012 r. do 31.03.2019 r.

- w zespole porodowym brak odpowiedniego pomieszczenia dla położnicy i noworodka tuż po porodach powikłanych.

Jako sposób usunięcia niezgodności, program dostosowania wskazywał modernizację oddziału położniczego i neonatologicznego wraz z zespołem porodowym. W programie dostosowania podano również, że Szpital posiada już projekt oraz pozwolenie na budowę. Szpital wykonał roboty budowlane, polegające m.in. na: przebudowie Oddziału Położniczego i Neonatologicznego oraz Bloku Porodowego, wraz z elementami termomodernizacji. W decyzji z dnia 07.11.2017 r., PPWIS w odniesieniu do Oddziału, nakazał wyłącznie zapewnić zamkniętą szafę na sprzęt medyczny i narzędzia sterylne, co Szpital zrealizował przed upływem terminu, wyznaczonego na dzień 31.03.2018 r.

Na podstawie: kart technicznych, protokołów z badań urządzenia technicznego, oraz dokumentacji przeglądów sprzętu oraz wentylacji (przewodów kominowych), klimatyzacji i dźwigów osobowych, stwierdzono, że użytkowane w Oddziale, instalacje i urządzenia wentylacji mechanicznej, klimatyzacji pomieszczeń, dźwigów osobowych, oraz sprzęt i aparatura medyczna, były zgodne z warunkami określonymi w umowie z NFZ oraz podlegały okresowym przeglądom, konserwacji, wymianie, czyszczeniu, zgodnie z zaleceniami producenta, za wyjątkiem wykazanego poniżej sprzętu, który w wymienionych okresach nie miał wykonanego, wymaganego badania (przeglądu) stanu technicznego:

- kardiomonitor (nr prod. 0123629), w okresie od 25.09.2018 r. do 04.09.2019 r.,
- aparat do kriochirurgii (nr prod. CS2085DE), w okresie od 05.10.2018 r. do 12.09.2019 r.,
- kardiomonitor (nr prod. 0123633), w okresie od 25.09.2018 r. do 04.09.2019 r.,
- centrala monitorująca (nr prod. 0100273), w okresie od 25.09.2018 r. do 04.09.2019 r.,
- kardiomonitor (nr prod. 0123828), w okresie od 25.09.2018 r. do 04.09.2019 r.

Stwierdzono, że na Oddziale znajduje się m.in. zestaw do kolposkopii¹⁹, który nie został wykazany w dokumencie „składniki majątku - Ginekologia”, nie był ujęty na arkuszach spisu z natury przez komisję inwentaryzacyjną, działającą w grudniu 2018 r. oraz nie został zaewidencjonowany w księgach rachunkowych Szpitala, a jednocześnie w latach 2017-2019, został zgłoszony do harmonogramu (listy) zasobów potencjału wykonawczego Oddziału, przeznaczonego do realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawieranych z NFZ.

(akta kontroli, str. 348-353, 434-482, 507-528, 700-786, 845-870)

6. W „Książce kontroli” Szpitala, w badanym okresie były zaewidencjonowane ogółem 64 kontrole (w roku 2017 – 19, w roku 2018 – 21 i w roku 2019 – 24).

W wyniku analizy zapisów w „Książce kontroli” oraz dokumentacji pokontrolnej, nie stwierdzono zrealizowanej kontroli, której przedmiotem byłaby opieka Szpitala nad pacjentkami doświadczającymi poronień, urodzenia martwego dziecka lub śmierci dziecka krótko po porodzie.

(akta kontroli, str. 483-506)

¹⁹ Kolposkopia, to badanie polegające na oglądaniu powierzchni szyjki macicy, dolnej części jej kanału oraz pochwy i sromu, przy pomocy urządzenia optycznego – kolposkopu.

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

1. Przepis § 6 ust. 1-2 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 08.09.2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej²⁰ reguluje m.in., że świadczenia są udzielane osobiście przez osoby wykonujące zawody medyczne w rozumieniu art. 2 ust. 1 pkt 2 ustawy o działalności leczniczej. Zmiany w harmonogramie dotyczące osób, o których mowa w ust. 1, wymagają zgłoszenia dyrektorowi oddziału wojewódzkiego Funduszu, najpóźniej w dniu poprzedzającym ich powstanie, albo w przypadkach losowych, niezwłocznie po zaistnieniu zdarzenia.

W kontroli stwierdzono, że w badanym okresie, cztery przypadki zmian w obsadzie kadrowej Szpital zgłosił dyrektorowi POWNFZ z naruszeniem obowiązującego terminu (tj. 4, 8, 30 i 101 dni po terminie), oraz w jednym przypadku w ogóle nie udokumentował terminu zgłoszenia zmiany kadrowej.

Działający z upoważnienia Dyrektora, Andrzej Komsa – Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa²¹, odnosząc się do powyższych przypadków naruszenia terminu w procesie zgłaszania zmian w obsadzie kadrowej do dyrektora POWNFZ, udzielił łącznej odpowiedzi, podając m.in., że w przypadku konieczności wykonania pilnych terminowych zadań, takie czynności jak aneksowanie umowy związane ze zmianami harmonogramu personelu, przesuwane są na termin późniejszy, ponieważ (...) Szpital ma techniczną możliwość dokonania takich zmian w umowie do 45 dni od zaistnienia zdarzenia.

Wyjaśniając wyszczególniony przypadek pani Ireny J. (była zgłoszona do „harmonogramu-listy personelu wykonawczego” objętych analizą w miesiącach: lipiec 2018 r., październik 2018 r., lipiec 2019 r. i październik 2019 r. i jednocześnie nie występowała w ewidencji osób zatrudnionych w Szpitalu), Zastępca Dyrektora podał, że nie zgłoszono tej zmiany w obowiązującym czasie²² do POWNFZ z powodu błędu pracownika Działu Analiz i Rozliczeń.

(akta kontroli, str. 148-353)

2. Przepisy art. 90 ust. 1 i ust. 6 ustawy z dnia 20.05.2010 r. o wyrobach medycznych²³ stanowią m. in., że wyrób powinien być prawidłowo utrzymywany oraz, że świadczeniodawca jest obowiązany posiadać dokumentację wykonanych przeglądów wyrobu, który wykorzystuje do udzielania świadczeń zdrowotnych, zawierającą w szczególności daty wykonania tych czynności.

W kontroli ustalono, że niżej wymienione wyroby medyczne używane na Oddziale, które miały określone terminy przeglądów technicznych w tzw. „Paszportach technicznych”, w wymienionych okresach nie miały wykonanego wymaganego badania (przeglądu) stanu technicznego:

- kardiomonitor (nr prod. 0123629, nr inwentarzowy 8-4-42-150), od 25.09.2018 r. do 04.09.2019 r. (tj. przez okres 11 miesięcy i 10 dni),
- aparat do kriochirurgii (nr prod. CS2085DE, nr inwentarzowy 8-4-42-163-1), od 05.10.2018 r. do 12.09.2019 r. (tj. przez okres 11 miesięcy i 8 dni),
- kardiomonitor (nr prod. 0123633, nr inwentarzowy 8-4-42-150-3), od 25.09.2018 r. do 04.09.2019 r. (tj. przez okres 11 miesięcy i 10 dni),

²⁰ Dz.U. z 2016 r. poz. 1146 ze zm.

²¹ W terminie udzielanego wyjaśnienia (tj. w dniu 24.03.2020 r.) zatrudniony na stanowisku Zastępcy Dyrektora do spraw Lecznictwa w Szpitalu.

²² Do wyjaśnienia nie załączono udokumentowania takiego zgłoszenia.

²³ Dz.U. z 2020 r. poz. 186.

- centrala monitorująca (nr prod. 0100273, nr inwentarzowy 8-4-42-224-2), od 25.09.2018 r. do 04.09.2019 r. (tj. przez okres 11 miesięcy i 10 dni),
- kardiomonitor (nr prod. 0123828, nr inwentarzowy 84-42-150-2), od 25.09.2018 r. do 04.09.2019 r. (tj. przez okres 11 miesięcy i 10 dni).

Pani [...] ²⁴ – położna oddziałowa na Oddziale, wyjaśniając przyczynę braku realizacji powyższych przeglądów technicznych, podała m.in., że przeglądy techniczne zostały pominięte z powodu ludzkiego błędu (przeoczenia), związanego z tym, że firma, która wykonuje przeglądy techniczne, nie oznaczyła tych sprzętów naklejką o treści „data następnego przeglądu technicznego”, co jest przyjętą zasadą w Szpitalu.

(akta kontroli, str. 434-482)

3. W § 59 Regulaminu Organizacyjnego Szpitala uregulowano m.in., że do zadań Działu Ekonomiczno-Finansowego należy przeprowadzanie inwentaryzacji, kontrola, nadzór i rozliczanie przeprowadzonych inwentaryzacji oraz weryfikacja stanu faktycznego z przeprowadzonymi inwentaryzacjami.

Stwierdzono, że na Oddziale znajdował się zestaw do kolposkopii, który nie został zaewidencjonowany w księgach rachunkowych Szpitala i był zgłoszony do harmonogramu (listy) zasobów potencjału wykonawczego ²⁵ Oddziału, przeznaczonego do realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawieranych z NFZ.

Pani [...] ²⁶ – Główny Księgowy w Szpitalu podała m.in.:

- w związku z tym, że „zestaw do kolposkopii” nie jest zaewidencjonowany w księgach rachunkowych, nie został wykazany w dokumencie „Składniki majątku-Ginekologia”,
- „Zestaw do kolposkopii” nie został ujęty na arkuszu spisu z natury przez komisję inwentaryzacyjną, działającą w grudniu 2018 r., gdyż sprzęt nie został okazany komisji inwentaryzacyjnej podczas spisu,
- „Zestaw do kolposkopii” nie jest zaewidencjonowany w księgach rachunkowych, gdyż nie zostały przekazane do Działu Ekonomiczno-Finansowego żadne dokumenty, na podstawie których można by go przyjąć na stan Oddziału. O fakcie, iż taki „zestaw” jest eksploatowany na Oddziale dowiedziałam się w toku prowadzonej kontroli.

Dyrektor wyjaśnił, że: w latach 2000 – 2003 Szpital realizował program skryningowy, rekomendowany przez Ministerstwo Zdrowia, z zakresu profilaktyki raka szyjki macicy. W ramach tego programu Ministerstwo Zdrowia przekazało również sprzęt niezbędny do realizacji w/w badań. Jak wynika z wyjaśnień Lekarza Kierującego Oddziałem, Szpital otrzymał sprzęt bez dokumentów potwierdzających jego nabycie. W związku z tym, nie mógł być zaewidencjonowany w księgach rachunkowych, ani nie pojawiał się w arkuszach spisu z natury sporządzanych w Oddziale. Po ukazaniu się rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego, w wymaganiach dla Oddziału kolposkop był sprzętem diagnostycznym niezbędnym, wymaganym w Oddziale i w związku z tym jako sprzęt używany w Oddziale został zgłoszony w zasobach w Portalu Potencjału ²⁷.

(akta kontroli, str.: 348-353, 434-482, 507-528, 700-786, 845-870)

²⁴ 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) Najwyższa Izba Kontroli wyłączyła jawność informacji w zakresie imienia i nazwiska, ze względu na prywatność osoby fizycznej

²⁵ Tzw. zasób w „Portalu potencjału”.

²⁶ Jak w przypisie 24.

²⁷ Do wyjaśnienia nie załączono dokumentów uwiarygadniających jego treść.

OCENA CZĄSTKOWA

W ocenie NIK, w Szpitalu zapewniono wynikające z umowy z NFZ i przepisów prawa – niezbędne warunki organizacyjne, kadrowe, lokalowe, sprzętowe, niezbędne do opieki nad pacjentkami, które poroniły, urodziły martwe dziecko lub dziecko, które zmarło krótko po porodzie. Wątpliwości NIK może budzić praca lekarzy trwająca nieprzerwanie do 24 godz., co może wpływać ujemnie na jakość wykonywanych przez nich świadczeń medycznych oraz ustalony przypadek zgłoszenia do harmonogramu (listy) zasobów potencjału wykonawczego Oddziału, przeznaczonego do realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawieranych z NFZ, sprzętu (zestawu do kolposkopii) o nieudokumentowanym pochodzeniu, który formalnie nie stanowi składnika majątkowego Szpitala. Na uwagę zasługują stwierdzone przypadki naruszania terminów, w procedurze zgłaszania dyrektorowi POWNFZ zmian w obsadzie kadrowej oraz 5 przypadków używania na Oddziale wyrobów medycznych, nieposiadających wymaganych badań (przeглядów) technicznych.

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 obowiązującym od dnia 01.06.2019 r. Regulaminie Organizacyjnym Szpitala, w § 32 ust. 2 określono, że do zadań Oddziału należy m.in. świadczenie opieki okołoporodowej nad kobietą ciężarną, prowadzenie porodów oraz opieki poporodowej nad położnicą. Regulamin ten nie zawierał innych zapisów dotyczących opieki okołoporodowej, w tym sposobu jej realizacji, czy dokumentowania działań dotyczących ustalania i monitorowania wskaźników takiej opieki. Dyrektor wyjaśnił, że wskaźniki opieki okołoporodowej zostały określone pismem wewnętrznym z dnia 20.08.2019 r.

Ustalono, że pismem z dnia 20.08.2019 r., Lekarz Kierujący Oddziałem zwrócił się do Dyrektora o zaakceptowanie i wprowadzenie wskaźników opieki okołoporodowej, określających poziom jakości świadczonych usług. Do pisma były załączone:

- tabela pt. „Wskaźniki opieki okołoporodowej”, gdzie w poszczególnych kolumnach określone zostały następujące wskaźniki: liczba wizyt w ciąży według karty ciąży, kobiety które zgłosiły się z planem porodu, poród siłami natury, nacięcie krocza, cięcie cesarskie, szkoła rodzenia, oraz

- tabela pt.: „Sprawozdanie zbiorcze wskaźników opieki okołoporodowej”, w której w wierszach oznaczonych nazwami miesięcy, wpisywane miały być dane zbiorcze z całego miesiąca, w układzie określonym tabelą jak wyżej.

W piśmie z 20.08.2019 r. nie określono sposobu i częstotliwości monitorowania wskaźników opieki okołoporodowej.

2. 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 Ministra Zdrowia z dnia 16.08.2018 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej²⁸, 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

²⁸ Dz.U. z 2018 r. poz. 1756 ze zm.

w szczególności ograniczeniem interwencji medycznych, o których mowa w ust. 1²⁹ oraz oceną satysfakcji kobiet objętych opieką.

W wyniku analizy sprawozdania zbiorczego wskaźników opieki okołoporodowej za okres od września do grudnia 2019 r., można było m.in. ustalić, że w okresie tych czterech miesięcy odbyły się 203 porody, w tym: siłami natury – 49,5 % (w tym nacięcie i szycie krocza – 43,25%), cięcia cesarskie – 50,5%, a do szkoły rodzenia uczęszczało – 11% kobiet.

Zakres przyjętych w Szpitalu wskaźników opieki okołoporodowej nie określał czynników ryzyka powikłań okołoporodowych i - związanego z tym - poziomu ryzyka rzeczywistego i pożądanego.

W Szpitalu nie było dokumentacji potwierdzającej monitorowanie wskaźników opieki okołoporodowej.

(akta kontroli, str.: 23-79, 529-547)

3. W Szpitalu nie zostały ustalone wewnętrzne zasady (procedury) dotyczące opieki nad pacjentkami, które poroniły, urodziły martwe dziecko lub dziecko, które zmarło wkrótce po porodzie.

Dyrektor wyjaśnił, że w Oddziale nie zostały określone takie procedury, lecz nieformalnie stosowane jest opracowanie z inicjatywy Wojewody Podkarpackiego pt. „Niekorzystne zakończenie ciąży. Rekomendacje postępowania z pacjentkami dla personelu medycznego oddziałów położniczo-ginekologicznych województwa podkarpackiego”³⁰. Od czerwca 2018 r. jako dobra praktyka wprowadzone zostały do obrotu: ankieta pacjentek wypełniana przez personel, informacje dla pacjentki i jej bliskich, które są czytelne i zrozumiałe zarówno dla personelu jak i dla pacjentki. Od roku 2019 prowadzone są prace nad opracowaniem standardu opieki nad kobietą w sytuacjach szczególnych, z uwzględnieniem postępowania z dzieckiem poronionym, martwo urodzonym lub niezdolnym do życia. Stan zaangażowania prac wskazuje na możliwość wprowadzenia w życie standardu w 2020 r.

„Informacja dla pacjentki i jej bliskich” m.in. pouczała o przysługujących pacjentce uprawnieniach, dotyczących: otrzymania aktu urodzenia w USC, określenia płci dziecka, dokonania pochówku, ochrzczenia dziecka żywego, urlopu i zasiłku macierzyńskiego. Na Oddziale dostępna była ulotka (m.in. w pomieszczeniu Szkoły Rodzenia) informująca o możliwości skorzystania z prawa do rejestracji dziecka w USC, pogrzebu dziecka, badania histopatologicznego płodu, skorzystania z pomocy specjalistów i grup wsparcia oraz o prawach do zasiłku pogrzebowego, urlopu macierzyńskiego³¹.

W badanym okresie obowiązywały w Szpitalu trzy zarządzenia Dyrektora w sprawie wprowadzenia ankiety badania poziomu satysfakcji pacjentów Szpitala³². Każde z nich miało wyznaczony tylko jeden okres prowadzenia badania poziomu

²⁹ Chodzi o: amniotomię (chirurgiczne przerwanie błon płodowych, mające na celu wzniesienia porodu lub poronienia), indukcję porodu (sztuczne wywołanie czynności skurczowej macicy u ciężarnej, mające na celu urodzenie dziecka drogami natury), stymulację czynności skurczowej, podawanie opioidów (np. kodeiny, morfiny), nacięcia krocza, cięcia cesarskie, podanie noworodkowi mleka modyfikowanego.

³⁰ Opracowanie to miało pierwsze wydanie w styczniu 2018 r. (a więc przed wydaniem rozporządzenia z dnia 16.08.2019 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej) i wpłynęło do Sekretariatu Szpitala w dniu 15.06.2018 r.

³¹ W części adresowanej do osób bliskich pacjentce, informacja zawierała m.in. porady: „jeśli towarzyszysz osobom, które utraciły dziecko:

- pozwól im na wyrażanie uczuć, słuchaj i nie osądzaj,
- nie umniejszaj jej przeżyć opowiadając o swoich lub cudzych doświadczeniach związanych ze śmiercią,
- nie zacieraj śladów istnienia dziecka (nie chowaj ubranek, sprzętów),
- nie krytykuj woli matki/rodziców”.

³² Tj. zarządzenia: nr 54/2017 z 09.10.2017 r., 57/2018 z 30.10.2018 r. oraz nr 57/2019 z 21.10.2019 r.

satysfakcji pacjentów. W badanych latach były to okresy: od 16.10.2017 r. do 10.11.2017 r., od 05.11.2018 r. do 30.11.2018 r. oraz od 04.11.2019 r. do 30.11.2019 r. W ocenie poziomu satysfakcji pacjentów w Oddziale na podstawie analizy zebranych ankiet w 2019 r., pacjenci ocenili następująco niektóre usługi:

- czystość w Oddziale: dobra – 93%, zła – 7%,
 - różnorodność potraw: dobra – 56%, przeciętna – 31%, zła – 13%,
 - wielkość porcji: dobra – 86%, przeciętna – 7%, zła – 7%,
 - dyspozycyjność personelu pielęgniarskiego: dobra – 94%, zła – 6%,
 - dyspozycyjność personelu lekarskiego: dobra – 69%, przeciętna - 25%, zła – 6%.
- Przykładowe wypowiedzi pacjentów zawarte w części otwartej ankiety dotyczące opieki lekarskiej były następujące:

- *Milszy anestezjolog. Teksty i zachowanie tragedia,*
- *Uważam, że są sytuacje kiedy lekarze powinni poświęcić uwagę na diagnostykę, zamiast traktować pacjentki jak histeryczki. Może wtedy udałoby się uniknąć sytuacji zagrożenia życia. Na pewno nie poleciłabym, jeśli chodzi o opiekę i zaangażowanie lekarzy, szczególnie pacjentkom z ciążami powikłanymi,*
- *Biorąc pod uwagę swój przypadek przy porodzie, branie pod uwagę intuicji kobiety rodzącej i jej wskazówek do lepszej współpracy przy tak ważnym wydarzeniu jakim jest poród.*

(akta kontroli, str.: 529-570)

4-6. W okresie objętym kontrolą, w Szpitalu przeprowadzono łącznie 10 szkoleń zewnętrznych dla personelu medycznego (lekarzy, położnych i pielęgniarek), w tym: 4 szkolenia w 2017 r., 4 szkolenia w 2018 r. i 2 szkolenia w 2019 r. Spośród tych szkoleń personel medyczny Oddziału uczestniczył w 3 następujących szkoleniach:

a) w roku 2017:

- monitorowanie dobrostanu płodu w czasie ciąży i podczas porodu dla położnych, w którym uczestniczyło 18 położnych/pielęgniarek,
 - wywiad i badania fizykalne, w którym uczestniczyło 9 położnych/pielęgniarek, oraz
- b) w roku 2018:

- przetaczanie krwi i jej składników, w którym uczestniczyło 6 położnych/pielęgniarek.

Łączna kwota wydatków poniesiona na szkolenia w Szpitalu wyniosła:

- w roku 2017 - 128.054 zł, w tym na szkolenia w Oddziale – 21.024 zł,
- w roku 2018 - 39.700 zł, w tym na szkolenia w Oddziale – 780 zł,
- w roku 2019 - 3.100, w tym na szkolenia w Oddziale – 0,00 zł.

Szpital nie ponosił wydatków na szkolenia dotyczące opieki okołoporodowej. Pani [...] ³³ – Kierownik Działu Kadr w Szpitalu podała, że szkolenia dotyczące standardów opieki okołoporodowej realizowane są w Oddziale w formie szkoleń wewnętrzzakładowych i z tego względu nie generują kosztów.

W wyniku analizy „Kart szkoleń wewnętrzzakładowych”, stwierdzono m.in., że ogółem w badanym okresie zrealizowano:

- a) 18 szkoleń dla lekarzy Oddziału (w roku 2017 – 5, w roku 2018 – 9 i w roku 2019 – 6), w których uczestniczyło od 6 do 10 lekarzy i których tematyka obejmowała m.in.: zakażenie wewnątrzszpitalne, zakażenia i antybiotykoterapię w ciąży, całkowite wypadanie macicy – leczenie, ciąża obumarła – diagnostyka i postępowanie, manewr Kristellera ³⁴, nadzór i opieka okołoporodowa u ciężarnych z cukrzycą w świetle obowiązującego prawa (tematyka realizowana dwukrotnie),

³³ Jak w przypisie 24.

³⁴ Inaczej: rękoczyn Kristellera, chwyt Kristellera. To zabieg (manewr) położniczy, stosowany w czasie rodzenia główki i barków, polegający na ucisku na dno macicy w celu skrócenia drugiego etapu porodu lub uniknięcia operacji.

postępowanie w stanach zagrożenia życia w położnictwie i ginekologii oraz przygotowanie pacjentki do operacji z punktu widzenia anestezjologa (realizowane dwukrotnie), nadzór i opieka okołoporodowa u ciężarnych z ciążą mnogą,

b) 25 szkoleń dla położnych/pielęgniarek Oddziału (w roku 2017 – 8, w roku 2018 – 9 i w roku 2019 – 8), w których uczestniczyło od 10 do 26 położnych/pielęgniarek i których tematyka obejmowała m.in.: zapobieganie odleżynom – standard, postępowanie personelu w sytuacjach trudnych emocjonalnie (poronienie, poród martwy), przygotowanie psychiczne pacjentki do porodu i do karmienia, rekomendacje postępowania z pacjentkami dla personelu medycznego przy niekorzystnym zakończeniu ciąży, standardy – aktualizacje, standard opieki okołoporodowej.

Dyrektor wyjaśnił, że w Szpitalu nie wprowadzono mechanizmów sprawdzających poziom przygotowania personelu medycznego w zakresie standardów opieki okołoporodowej. Lekarz Kierujący Oddziałem uzyskuje pewność, że podległy mu personel ma wiedzę o obowiązujących standardach, na podstawie list obecności uczestników szkoleń oraz list personelu, który zapoznał się z obowiązującymi aktami prawnymi.

(akta kontroli, str.: 529-535, 571-687)

7-8. Ustalono, że w badanym okresie, Szpital nie udzielał wsparcia w radzeniu sobie ze stresem personelowi medycznemu, opiekującemu się pacjentkami, które poroniły lub urodziły martwe dziecko, a w okresie od 01.01.2017 r. do 11.08.2019 r., wręcz nie było możliwości udzielania takiego wsparcia, z uwagi na brak dostępności do psychologa.

W wyjaśnieniu Dyrektor, podał, że *nikt do chwili obecnej z personelu medycznego nie zgłaszał potrzeby wsparcia psychicznego i wsparcia w radzeniu sobie ze stresem. Od sierpnia 2019 roku w Poradni Zdrowia Psychicznego przyjmuje psycholog, z którego porad może korzystać również personel medyczny, jeżeli zaistnieje taka potrzeba.*

Ustalono, że pismem z dnia 08.08.2019 r., adresowanym do Lekarzy Kierujących Oddziałami Szpitala, Dyrektor poinformował, że z dniem 12.08.2019 r., w Poradni Zdrowia Psychicznego, zatrudniona została psycholog – pani Anna B. Psycholog przyjmuje pacjentów w: poniedziałek i wtorek w godz. 7.30 - 15.05 oraz w środę w godz. 7.30 – 11.17.

W toku kontroli pobrano wyjaśnienia od trzech lekarzy (w tym Lekarza Kierującego Oddziałem) i siedmiu położnych z Oddziału, którzy podali m.in., że największą trudnością w pracy z pacjentkami doświadczającymi niepowodzeń położniczych, jest komunikacja z nimi, ponieważ to szczególny rodzaj pacjentek. Bardzo przeżywają zaistniałą sytuację, okazują swoje uczucia na zewnątrz poprzez zmartwienie, żal, złe samopoczucie, czasem płacz, bądź wszystkie emocje skrywają w sobie. Są ciche, zamknięte, nie rozumieją co się z nimi w tej chwili dzieje i czego doświadczają. Położne stwierdziły, że dobrą praktyką przeciw wypaleniu zawodowemu jest rotacja położnych pomiędzy odcinkami (sala porodowa, oddział położniczy, oddział ginekologiczny). Dużym wsparciem psychicznym jest możliwość pracy na oddziale, gdzie narodzi się dziecko, choć są równie stresujące, powodują skrajnie odmienne emocje. Uczestniczenie w procesie porodów zakończonych sukcesem niesie radość. W wyjaśnieniach doceniono dostęp do gabinetu psychologicznego, chociaż dotychczas żadna z osób nie była doświadczona sytuacją, w której wymagałaby wsparcia psychologicznego. W ocenie personelu, dotychczasowe formy wsparcia są właściwe i wystarczające, ponieważ Oddział ma I-szy stopień referencyjności, co ogranicza liczbę przypadków z nieprawidłowym rozwojem ciąży (pacjentki z ciążą powikłaną są odsyłane do ośrodków o wyższym stopniu referencyjności).

Dyrektor podał, że zdaje sobie sprawę z trudności w pracy personelu medycznego z pacjentkami doświadczającymi niepowodzeń położniczych. Według niego, największą trudnością w tej pracy jest szeroko rozumiana komunikacja z pacjentkami. Jako pracodawca rozmawia z pracownikami poszczególnych komórek organizacyjnych Szpitala, również w temacie wypalenia zawodowego. Wyraził przekonanie, iż istnieje potrzeba zapobiegania temu zjawisku i m.in. w tym celu organizowane są szkolenia wewnątrzzakładowe, które poruszają ten temat.

(akta kontroli, str.: 529-535, 571-688, 787-820)

9-10. W Szpitalu, informowanie pacjentek o możliwości uzyskania dalszej pomocy psychologicznej, miejscach i organizacjach udzielających wsparcia, przysługujących prawach wynikających z sytuacji, w których się znalazły, możliwości pochówku utraconego dziecka, odbywało się w formie ustnej i nie było odrębnie dokumentowane. Jak wyjaśnił Lekarz Kierujący Oddziałem *korzystamy z gotowego informatora (Poroniłam.pl), który jest prosty i przejrzysty, a jednocześnie zawiera wszystkie informacje. Od roku 2018 pacjentki otrzymują również informatory z rekomendacji województwa podkarpackiego, dotyczące niekorzystnego zakończenia ciąży.*

W dokumentacji medycznej 60 pacjentek hospitalizowanych na Oddziale w latach 2017 – 2020, doświadczonych niepowodzeniem położniczym, ustalono przypadek, w którym pacjentka w 9 tygodniu ciąży, po wykonanym zabiegu abrazji³⁵, w tzw. „Ankiecie pacjentki”, na pytanie: „czy życzy sobie pani porozmawiać z psychologiem”, odpowiedziała: „nie wiem”, a w karcie obserwacji³⁶ zapisano m.in. *pacjentka płacziwa, wymagająca wsparcia i rozmowy.* Pacjentce nie udzielono porady psychologa.

Lekarz Kierujący Oddziałem wyjaśniając przyczynę nieudzielenia wsparcia psychologicznego pacjentce, podał, że hospitalizacja pacjentki i niekorzystne zakończenie ciąży przypadło na okres weekendu, kiedy występuje brak dostępności do psychologa.

W toku kontroli osiem³⁷ pacjentek doświadczonych niepowodzeniem położniczym w latach 2017 – 2019, udzieliło m.in. następujących informacji na temat zapewnionej im w Szpitalu opieki:

- na pytanie: „czy miała pani możliwość skorzystania z pomocy psychologa”, 5 pacjentek odpowiedziało „nie”, 2 osoby odpowiedziały „tak, z własnej inicjatywy” oraz 1 osoba odpowiedziała „tak, na moją prośbę”.

Lekarz Kierujący Oddziałem odnosząc się do odpowiedzi 5 pacjentek, które podały, że nie miały możliwości skorzystania z pomocy psychologa, podał m.in., że w wyniku przeprowadzonej rozmowy z personelem Oddziału uzyskał informację, że *personel informował pacjentki o możliwości skorzystania z pomocy psychologa. Informacji takiej nie otrzymują pacjentki w przypadku, gdy dotyczy to bardzo wczesnej ciąży.*

Szpital nie był organizacyjnie przygotowany do zapewnienia pacjentkom - które poroniły, urodziły martwe dziecko, bądź dziecko niezdolne do życia – skorzystania możliwie szybko z pomocy psychologicznej, w każdym dniu tygodnia, gdyż psycholog z Oddziału Psychiatrycznego Szpitala, nie był dostępny w dni wolne od

³⁵ To nazwa określająca łyżeczkowanie macicy.

³⁶ Tj. dokumentu dołączanego do historii choroby, na podstawie przepisu § 15 ust. 1 pkt. 3 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. z 2015 r. poz. 2069).

³⁷ Na 40 pacjentek zapytanych telefonicznie o możliwość otrzymania od nich informacji na temat opieki udzielonej przez Szpital, 13 pacjentek wyraziło zgodę na przysłanie im pytań przygotowanych w formie ankiety, spośród których 8 pacjentek udzieliło zwrotnej odpowiedzi.

pracy, natomiast psycholog z Poradni Zdrowia Psychicznego nie był dostępny przez 4 dni w tygodniu, tj. od czwartku do niedzieli.

Lekarz Kierujący Oddziałem wyjaśnił, że *pomoc psychologiczna zapewniana jest każdorazowo w oparciu o konsultacje psychologa z Oddziału Psychiatrycznego naszego Szpitala. W dni wolne od pracy dostępność psychologa nie jest możliwa i pacjentki opuszczające w takie dni Oddział, otrzymują informacje o możliwości skorzystania z pomocy psychologicznej w poradniach psychologicznych.*

(akta kontroli, str.: 529-535, 688, 787-823, 894-904, 961-962)

Stwierdzona
nieprawidłowość

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

1. 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 Ministra Zdrowia z dnia 16.08.2018 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej, 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 w szczególności ograniczaniem interwencji medycznych oraz oceną satysfakcji kobiet objętych opieką.

W Szpitalu, nie określono sposobu i częstotliwości monitorowania wskaźników opieki okołoporodowej.

Dyrektor wyjaśnił, że w związku z krótkim okresem dotychczasowego dokumentowania (od 01.09.2019 r.) tych wskaźników (...) dotychczas nie określono częstotliwości ich monitorowania, niemniej w praktyce analizowane są tabele zbiorcze w układzie miesięcznym. Czynności w zakresie monitorowania wskaźników opieki okołoporodowej nie były odrębnie dokumentowane, natomiast były przedmiotem rozważań i uwag Lekarza Kierującego Oddziałem. Lekarz Kierujący Oddziałem rozważył zawłoskowanie uregulowania realizacji wskaźników opieki okołoporodowej, w formie zarządzenia wydanego przez Dyrektora, który kompleksowo określiłby zakres czynności i obowiązków realizacji ich monitoringu.

(akta kontroli, str. 23-79, 529-547)

OCENA CZĄSTKOWA

Pacjentkom, które doświadczyły niepowodzeń położniczych, Szpital nie zapewnił stałej, szybkiej możliwości skorzystania z porady psychologa, w każdym dniu tygodnia. Psycholog z Oddziału Psychiatrycznego Szpitala, nie był dostępny w dni wolne od pracy, natomiast psycholog z Poradni Zdrowia Psychicznego nie był dostępny przez 4 dni w tygodniu, tj. od czwartku do niedzieli.

Zatrudniony na Oddziale personel był przeszkolony do opieki nad pacjentkami, a tematyka szkoleń odnosiła się do rodzaju udzielanych świadczeń.

Zastrzeżenia NIK budzi brak określenia sposobu i częstotliwości monitorowania wskaźników opieki okołoporodowej.

OBSZAR

3. Świadczenia zapewniające pacjentkom stosowną pomoc.

Opis stanu
faktycznego

1. Pomieszczenia Oddziału znajdują się:
1) w budynku A:

- a) na parterze izba przyjęć,
- b) na I-szym piętrze:
 - położnictwo, w tym m.in: pokój zabiegowy, sala dwu-lóżkowa o wzmożonym nadzorze nad położnicą, 9 sal jedno i dwulóżkowych dla mam z noworodkami, o łącznej liczbie 16 łóżek,
 - c) na II-gim piętrze: ginekologia, na której znajduje się m.in. pokój przyjęć pacjentek, pokój do badań cytologii i kolposkopii, gabinet zabiegów diagnostycznych, pokój zabiegowy położnych, porodówka septyczna (do porodów martwych i jednocześnie będąca pokojem pożegnań), pracownia USG, 10 sal jedno i dwu-lóżkowych (w tym sala dwu-lóżkowa położnicza septyczna, dla pacjentek po porodach martwych dzieci oraz sala pooperacyjna dwu-lóżkowa intensywnego nadzoru) o łącznej liczbie 18 łóżek,
- 2) w Budynku B1, na I piętrze – tzw. blok porodowy (w tym: pokój przyjęć rodzącej i badań, pokój przedporodowy, sala porodów rodzinnych z jednym łóżkiem, sala porodowa z jednym łóżkiem, sala cięć cesarskich, sala dwu-lóżkowa po porodach powikłanych, pomieszczenie do dezynfekcji narzędzi, toaleta dla niepełnosprawnych).

Stwierdzono, że pomieszczenia Oddziału spełniały wymagania określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie *szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą*, a w szczególności:

a) pokoje łóżkowe:

- łóżka były dostępne z trzech stron, w tym z dwóch dłuższych,
- odstęp między łóżkami umożliwiały swobodny dostęp do pacjentów,
- szerokości pokoi umożliwiały wyprowadzenie łóżka,
- były wyposażone w umywalkę z ciepłą i zimną wodą i dozownik z mydłem w płynie uruchamiane bez kontaktu z dłonią, oraz pojemnik z ręcznikami jednorazowego użycia i pojemnik na zużyte ręczniki,
- meble umożliwiały ich mycie oraz dezynfekcję,
- połączenia ścian z podłogami były wykonane w sposób umożliwiający ich mycie i dezynfekcję,
- zapewniony był bezpośredni dostęp światła dziennego,

b) pomieszczenia, w których są wykonywane badania lub zabiegi, były wyposażone 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,

c) pomieszczenia, w których były wykonywane badania lub zabiegi przy użyciu narzędzi i sprzętu wielokrotnego użycia, niezależnie od umywalk, były wyposażone w zlew z baterią, uruchamiane bez kontaktu z dłonią,

d) pomieszczenia higieniczno-sanitarne wyposażone były co najmniej w miskę ustępową, umywalkę, dozownik z mydłem w płynie, pojemnik z ręcznikami jednorazowego użycia oraz pojemnik na zużyte ręczniki,

Na Bloku Porodowym były m.in. sala cięć cesarskich (wyposażona m.in. w aparat do znieczulenia, stanowisko do resuscytacji³⁸, stół operacyjny. Wejście na salę

³⁸ Resuscytacja neonatologiczna, to zespół czynności mających na celu przywrócenie krążenia i oddychania u noworodka w stanie zagrożenia życia. Współczesne stanowiska do resuscytacji posiadają m.in. ogrzewacz powierzchni materacyka noworodka, mikroprocesorowy system kontroli i regulacji temperatury, wbudowany zegar APGAR (skala używana w medycynie w celu określenia stanu noworodka zaraz po porodzie. Od nazwiska prof. Virginii Apgar, która zaprezentowała ją w 1952 r.), alarmy: akustyczne i optyczne, obrotowy promiennik przy wykonywaniu zdjęć Rtg, precyzyjną i bezpieczną regulację ciśnienia PIP (ang. Peak Inspiratory Pressure – szczytowe ciśnienie wdechu) i PEEP (ang. Positive end-expiratory pressure – dodatnie ciśnienie końcowo-wdechowowe), elektroniczną wagę noworodka, lampę do fototerapii.

prowadziło przez służbę wyposażoną m.in. w stanowisko do mycia chirurgicznego rąk z umywalką z dostępem do ciepłej i zimnej wody z baterią uruchamianą bez kontaktu z dłonią, osobnymi dozownikami z mydłem w płynie i ze środkiem dezynfekcyjnym, uruchamianymi bez kontaktu z dłonią, pojemnikiem z ręcznikami jednorazowego użycia i pojemnikiem na zużyte ręczniki), sala porodów rodzinnych (odpowiednio wyposażona).

Na korytarzu Oddziału Położniczego zawieszona była tablica informacyjna, na której znajdowały się informacje dotyczące m.in.: opieki duszpasterskiej (parafii prawosławnej, kościoła luterńskiego, parafii grekokatolickiej, kościoła zielonoświątkowego, kościoła adwentystów dnia siódmego, in.), posługi sakramentalnej, karty praw i obowiązków pacjenta, miejsca i terminu udzielanych porad psychologicznych oraz trybu składania skarg i wniosków.

Oddział spełniał wymagania w zakresie sprzętu i aparatury medycznej, określone dla I-szego poziomu referencyjnego w załączniku nr 3 „Warunki szczegółowe realizacji świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego”, część I „Warunki szczegółowe, jakie powinni spełniać świadczeniodawcy przy udzielaniu świadczeń gwarantowanych w trybie hospitalizacji i hospitalizacji planowej” (liczba porządkowa 37) do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22.11.2013 r. w sprawie *świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego*³⁹.

(akta kontroli, str.: 871-893)

2-3. W toku kontroli dokonano analizy dokumentacji medycznej 60 pacjentek hospitalizowanych na Oddziale w latach 2017 – 2019 (po 20 z każdego badanego roku), które doświadczyły martwego urodzenia (4 przypadki) lub których dziecko zmarło zaraz po porodzie (2 przypadki) oraz losowo wybranych pacjentek, które doświadczyły poronienia (54 przypadki). We wszystkich zbadanych przypadkach dokumentacja zawierała:

- kartę indywidualnej opieki pielęgniarskiej,
- kartę obserwacji,
- oświadczenie pacjenta o upoważnieniu do uzyskiwania informacji o jego stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych, ze wskazaniem imienia i nazwiska osoby upoważnionej,
- oświadczenie pacjenta o wyrażeniu zgody na proponowaną diagnostykę i leczenie,
- kartę gorączkową.

W jednym przypadku, wykonania zabiegu abrazji w znieczuleniu ogólnym - nie było karty przebiegu znieczulenia⁴⁰ oraz w jednym przypadku nie było karty zleceń lekarskich⁴¹. Brak karty zleceń lekarskich Lekarz Kierujący Oddziałem wyjaśnił tym, że w trakcie hospitalizacji pacjentki nie zlecano żadnych procedur (podawanie leków, pobieranie badań) wymagających potwierdzenia wykonania w karcie zleceń lekarskich.

W dokumentacji nie było zapisów dotyczących informowania pacjentek o:

- miejscach i organizacjach udzielających wsparcia,
- przysługujących prawach wynikających z sytuacji, w których się znalazły,
- możliwości pochówku utraconego dziecka.

Historie choroby w części dotyczącej wypisania pacjenta ze szpitala oraz karty informacyjnej z leczenia szpitalnego zawierały elementy określone w § 20 i § 24

³⁹ Dz.U. z 2017 r. poz.2295,ze zm.

⁴⁰ Tj. dokumentu dołączanego do historii choroby, na podstawie przepisu § 15 ust. 1 pkt. 6 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 09.11.2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. z 2015 r. poz. 2069).

⁴¹ Tj. dokumentu dołączanego do historii choroby, na podstawie przepisu § 15 ust. 1 pkt. 5 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 09.11.2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania.

rozporządzenia w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania.

Poza powyższymi wyjątkami, dokumentacja medyczna prowadzona była rzetelnie, pozwalała jednoznacznie stwierdzić, jakich świadczeń i w jakim zakresie udzielono pacjentkom w przypadkach poronień, martwych urodzeń lub którym dziecko zmarło wkrótce po porodzie. Karty informacyjne były podpisane przez lekarza prowadzącego i lekarza kierującego Oddziałem. Zawierały one rozpoznania w języku polskim (zgodne z kodem ICD-10⁴²), wynik rozpoznania (z opisem badań diagnostycznych), zastosowane leczenie, terminy zabiegów (jeżeli były takie zalecenia lekarskie), wskazania co do leczenia szpitalnego, żywienia, pielęgnacji i zalecanego trybu życia.

(akta kontroli, str.: 894-959)

4-5. Ustalono, że:

- 4 pacjentkom⁴³ udzielono porady psychologa⁴⁴,
- 7 pacjentek odmówiło konsultacji psychologa,
- w 47 kontrolowanych dokumentacjach medycznych, w których nie wykazano udzielania wsparcia psychologicznego, nie było udokumentowanej odmowy pacjentki co do porady (konsultacji) psychologa,
- w 1 przypadku zdiagnozowano potrzebę konsultacji psychologa, ale nie zapewniono pacjentce takiego wsparcia (przypadek opisany na str. 14 niniejszego wystąpienia pokontrolnego),
- w 1 przypadku na pytanie: „czy życzy sobie Pani porozmawiać z psychologiem?”, pacjentka odpowiedziała „nie wiem”⁴⁵.

Ponadto, stwierdzono, że w dokumentacji medycznej, w 5 uzasadnionych przypadkach, nie było tzw. „Ankiety pacjentki” (rekomendowanej przez Wojewodę Podkarpackiego w dokumencie „Niekorzystne zakończenie ciąży – Rekomendacje postępowania z pacjentkami dla personelu medycznego oddziałów położniczo-ginekologicznych województwa podkarpackiego”, wydanym w styczniu 2018 r.), która m.in. zawiera dane odnośnie woli pacjentek co do udzielenia wsparcia psychologicznego.

W wyjaśnieniach odnoszących się do braku w 47 dokumentacjach medycznych – odmowy pacjentki co do pomocy psychologa, oraz braku w 5 dokumentacjach medycznych tzw. „Ankiety pacjentki”, Lekarz Kierujący Oddziałem podał m.in., że:

- *według naszej wiedzy, nie jest wymagana pisemna odmowa pacjentki co do porady (konsultacji) psychologa,*
- *brak „Ankiety pacjentki” nastąpił wskutek błędu personelu, lub z przyczyn mi nieznanych. W związku z tą sytuacją przeprowadzono z personelem rozmowę dyscyplinującą oraz zaplanowano szkolenie dotyczące prawidłowego wypełniania „Ankiety pacjentki”.*

(akta kontroli, str.: 894-960)

⁴² Ang. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems – dziesiąta wersja Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych, sporządzona przez Światową Organizację Zdrowia (WHO) i zatwierdzona przez czterdzieste trzecie Zgromadzenie Światowej Organizacji Zdrowia w 1990 r.

⁴³ W tym przypadek z dnia 03.06.2019 r., w którym pacjentka na pytanie: czy życzy sobie Pani porozmawiać z psychologiem, odpowiedziała: „nie”, a personel przekonując ją do takiej rozmowy, pozyskał jej zgodę i pomoc psychologiczną została jej udzielona. Psycholog stwierdziła w tym przypadku, że *pacjentka przeżywa kryzys psychologiczny, po stracie dziecka. Jest to druga strata (...) Znajduje się w fazie szoku, przeżywa wewnętrzny zamęt, poczucie bezradności, dystansowania się, zaprzecza swoim uczuciom. Otrzymała informacje o możliwości skorzystania z pomocy psychologicznej po zakończeniu leczenia w Szpitalu.*

⁴⁴ Wzmianki o poradach psychologa, znajdowały się w „Kartach opieki pielęgniarskiej”.

⁴⁵ W karcie obserwacji podano m.in. *pacjentka po zabiegu (...) czuje się dobrze.* W kartach indywidualnej opieki położniczej i zaleceń lekarskich nie określono potrzeby udzielenia pomocy psychologicznej.

6. Karta gorączkowa ogólna, która obowiązuje w Szpitalu od 2016 r., nie zawierała danych odnośnie numeru sali, na której przebywały pacjentki doświadczone niepowodzeniem położniczym.

Na podstawie analizy:

- wykazu 165 pacjentek hospitalizowanych na Oddziale (tj. części położniczej, znajdującej się na I-szym piętrze, oraz części ginekologicznej, zlokalizowanej na II-gim piętrze budynku A Szpitala) w okresie od 01.12.2019 r. do 31.12.2019 r. oraz

- wykazu 13 pacjentek z tego samego okresu, z rozpoznaniem poronienia, nie stwierdzono przypadku, w którym pacjentka z niepowodzeniem położniczym przebywałaby w tej samej sali co kobiety w okresie porodu, które urodziły zdrowe dziecko.

Kobiety doświadczone niepowodzeniem położniczym, najczęściej przebywały na dwu-lózkowych salach, o numerach: 231, 232, 218.

(akta kontroli, str. 962-971)

7. Spośród ośmiu pacjentek z lat 2017 – 2019, doświadczonych niepowodzeniem położniczym, zapytanych: „czy miała pani możliwość pożegnania zmarłego dziecka”,

- 3 pacjentki odpowiedziały: „nie, nie wiedziałam o takiej możliwości”,

- 1 pacjentka odpowiedziała: „nie, nie miałam takiej możliwości, pomimo że wyrażałam taką wolę”⁴⁶,

- 1 pacjentka odpowiedziała „tak, w obecności osób mi bliskich”,

- 1 osoba odpowiedziała „tak, ale bez możliwości uczestniczenia w pożegnaniu osób mi bliskich”, oraz

- 2 osoby odpowiedziały „nie, nie wyrażałam takiej woli”.

Lekarz Kierujący Oddziałem, podał m.in., że:

- w wyniku przeprowadzonej rozmowy z personelem Oddziału, uzyskał informację, że personel informował pacjentki o możliwości pożegnania zmarłego dziecka, chyba że stan pacjentki wymagał pilnego zaopatrzenia medycznego, w tym znieczulenia ogólnego, lub dotyczyło to bardzo wczesnej ciąży,

- według informacji, które posiadam w każdym przypadku po odebraniu woli pacjentki, co do pożegnania dziecka, personel Oddziału umożliwiał (zapewniał) takie pożegnanie, chyba że stan pacjentki wymagał pilnego zaopatrzenia medycznego, w tym znieczulenia ogólnego lub dotyczyło to bardzo wczesnej ciąży.

Na Oddziale było pomieszczenie pn. porodówka septyczna, w którym znajdowało się m.in. jedno łóżko do martwych porodów, łóżeczko dla martwego dziecka, szafka lekarska. Pomieszczenie przeznaczone było do porodów martwych dzieci, oraz służyło do pożegnania się rodziców z dzieckiem. Na Oddziale dostępne były ubranka, czapeczki, pamiątki dla rodziców po utracie dziecka, oraz dla dzieci martwo urodzonych, otrzymane z Fundacji Tęczowy Kocyk.

⁴⁶ Pacjentka podała też „prosiłam, aby przynieśli mi dziecko po przewiezieniu na salę pooperacyjną, mówili, że przyniosą mi córkę, a nie zrobili tego. Później mogłam zobaczyć dziecko w kostnicy, ale bałam się i nie widziałam, nie przytuliłam mojego dziecka”.

Dwie inne pacjentki podały m.in.:

- ze Szpitala wypisałam się na własne żądanie, ponieważ gdy prosiłam o wydanie ciała lekarz mnie wyśmiał i powiedział, że resztek się nie chowa, że tylko na pieniądzach mi zależy. Przytaczał przykłady z U.K. (być może chodzi o ang. United Kingdom – Zjednoczone Królestwo), że tam nawet kobiet się nie czyści, że jestem przewrażliwiona. Uważam, że tacy lekarze powinni stracić prawo do wykonywania zawodu. Ostatecznie udało mi się pochować dziecko, ale nigdy nie wrócić do tego Szpitala,

- nikt z personelu nie powiedział mi jakie prawa mi się należą po poronieniu, np. urlop macierzyński w zakładzie pracy, ustalenie płci dziecka, a jak się spytałam, to pielęgniarki z krzykiem powiedziały, że to jest na własny koszt i mogłam poinformować o tym lekarza wcześniej, jak nawet nie wiedziałam o czymś takim.

8. W badanym okresie nie wpłynęła do Szpitala (jak również do POWNFZ) skarga dotycząca sposobu sprawowania opieki nad pacjentkami, które poroniły, urodziły martwe dziecko lub którym dziecko zmarło wkrótce po porodzie.

W badanym okresie, nie wystąpił przypadek, w którym osoby uprawnione⁴⁷ do pochowania ciała dziecka martwo urodzonego wnioskowałyby o spopielenie zwłok lub w którym niepochowane zwłoki dziecka martwo urodzonego, zostałyby przekazane do celów dydaktycznych i naukowych uczelni medycznej lub innej uczelni prowadzącej działalność dydaktyczną i naukową w zakresie nauk medycznych lub federacji podmiotów systemu szkolnictwa wyższego i nauki, prowadzącej działalność naukową w zakresie nauk medycznych.

W Szpitalu nie zostały opracowane i wdrożone odpowiednie procedury wewnętrzne, dotyczące przechowywania zwłok i szczątków oraz zachowania należytej staranności podczas postępowania zmierzającego do pochówku dzieci martwo urodzonych, w tym nawiązania współpracy z gminą odpowiedzialną za pochówek oraz organizacjami zajmującymi się tą problematyką. Jak wyjaśnił p.o. Dyrektora, formalnie nie zostały opracowane takie procedury, ale w ramach przyjętej praktyki, Szpital współpracuje z fundacją „Tęczowy kocyk”, która dostarcza nam malutkie ubranka dla płodów, kocyki. Współpracujemy również z Katolickim Centrum Pomocy Rodzinie, z którym wspólnie określamy czas dokonania pochówku.

W Szpitalu były opracowane i wdrożone:

- „Procedura postępowania w przypadku śmierci pacjenta”⁴⁸, która nie odnosiła się do postępowania ze zwłokami dzieci urodzonych w wyniku poronienia lub martwo urodzonych oraz do praw pacjentki doświadczonej niepowodzeniem położniczym, oraz

- „Procedura postępowania z martwymi płodami w Powiatowym Szpitalu Specjalistycznym w Stalowej Woli”⁴⁹, wprowadzona w życie z dniem 01.01.2006 r. Procedura ta stanowiła m.in., że martwe płody umieszczane są w specjalnie przeznaczonych, zamykanych pojemnikach (oznakowanych nazwiskiem matki i datą poronienia), z zachowaniem zasad poszanowania zwłok ludzkich i przekazywane do prosektorium Szpitalnego, gdzie przechowywane są w specjalnie do tego celu przeznaczonej chłodni - zamrażarce. Jeden raz w roku organizowany jest pochówek martwych płodów na cmentarzu Komunalnym w Stalowej Woli, przy współpracy z administracją cmentarza. W celu dokonania godnego pochówku pojemniki z płodami umieszczane są w trumience. Sporządzony zostaje protokół pochówku, zawierający datę pochówku i imienny wykaz pochowanych dzieci. Personel Oddziału sprawujący bezpośrednią opiekę nad pacjentką ma obowiązek poinformować rodzinę o obowiązującej procedurze oraz o możliwości zabrania płodu i dokonania pochówku indywidualnie.

Działający z upoważnienia Prezydenta Miasta Stalowej Woli, pan Marcin Uszyński – Sekretarz Miasta, podał m.in., że na cmentarzu komunalnym w Stalowej Woli wyznaczono dwa miejsca grzebalne, na których utworzono groby (tzw. „Groby Dziecka Utraconego”) przeznaczone do pochówku ciał dzieci martwo urodzonych (w tym zmarłych wskutek poronienia). Pierwszy z tych grobów powstał 15.10.2006 r., z inicjatywy Dyrekcji Szpitala, pod wpływem głośniejszych, medialnych komentarzy dotyczących braku szacunku dla płodów. Obecnie pochowane są tam

⁴⁷ Tj. osoby wymienione w art. 10 ust. 1 ustawy o *cmentarzach i chowaniu zmarłych* (Dz.U. z 2019 r. poz. 1473, ze zm.) np. pozostali małżonek, krewni zstępni, krewni wstępni, krewni boczni do 4 stopnia pokrewieństwa, powinowaci w linii prostej do 1 stopnia.

⁴⁸ W badanym okresie obowiązywały 2 procedury następujące po sobie, z dni 15.07.2016 r. i 14.02.2018 r.

⁴⁹ Wprowadzona zarządzeniem nr 77/2005 Dyrektora z dnia 28.12.2005 r. w sprawie *zasad postępowania z martwymi płodami*.

53 płody. Drugi z tych grobów powstał 10.11.2015 r., z inicjatywy Ordynariusza Sandomierskiego ks. Bp. Krzysztofa Nitkiewicza, a obecnie pochowanych jest tam 18 płodów. Ciała dzieci martwo urodzonych nie podlegają kremacji, a ich pochówek odbywa się zbiorowo, jeden raz w roku, w Dniu Dziecka Utraconego, tj. 15 października. Przed złożeniem ciał do grobu odbywa się liturgia pogrzebowa, sprawowana w Kościele Rzymsko-Katolickim p.w. Św. Jana Pawła II w Stalowej Woli. Pozostałe czynności związane z pogrzebem (przewiezienie ciał, złożenie do grobu) wykonuje nieodpłatnie zakład pogrzebowy.

Szpital nie ponosił wydatków z tytułu pochówku dzieci martwo urodzonych.

W badanym okresie, miały miejsce dwie ceremonie pochówku martwych płodów, w dniu 15.10.2017 r. - pochowano 7 płodów i w dniu 14.10.2018 r. – pochowano 8 płodów. W obydwu przypadkach, w ceremoniach uczestniczyła Położna Oddziałowa (oraz w dniu 15.10.2017 r. druga położna z Oddziału). Płody zostały pochowane na Cmentarzu Komunalnym w Stalowej Woli w grobie „Dziecka Utraconego”. Dwa „Protokoły z pochówku martwych płodów” zawierały datę pochówku i imienny wykaz pochowanych dzieci.

Szpital posiadał własne prosektorium, zapewniające przechowywanie zwłok, do momentu odbioru przez rodzinę lub osoby upoważnione. W badanym okresie, Szpital miał zawarte umowy z podmiotami zewnętrznymi, które wykonywały na rzecz Szpitala badania histopatologiczne.

W Szpitalu nie było przyjętych (i stosowanych) zasad oraz wzorów oświadczeń przeznaczonych do wypełnienia przez pacjentki, dotyczących korzystania z prawa do pochówku lub rezygnacji z tego prawa.

P.o. Dyrektor wyjaśnił m.in., że w Szpitalu pacjentki są informowane ustnie o przysługujących prawach i możliwości pochówku zgodnie z Procedurą postępowania z martwymi płodami. Po zapoznaniu się z tą procedurą pacjentka (lub rodzina) potwierdza zapoznanie się z nią podpisem w „Książce martwych płodów”. Wola pacjentki także jest ustalana ustnie. Od roku 2018 Oddział pracuje w oparciu o rekomendacje Wojewody Podkarpackiego, dotyczące postępowania z pacjentkami w niekorzystnym zakończeniu ciąży, w których nie ma wskazania, że pacjentka musi wypełniać oświadczenie dotyczące korzystania z prawa do pochówku lub rezygnacji z tego prawa. W związku z krótkim okresem pełnienia przeze mnie funkcji p.o. Dyrektora, nie są mi znane przyczyny, dla których nie było określonych zasad i wzorów oświadczeń woli pacjentki dotyczących korzystania z prawa do pochówku. Wdrażając w najbliższym czasie nową procedurę, zostanie wzięte pod uwagę i zostanie wprowadzone takie oświadczenie. Po dłuższym okresie przechowywania szczątków/dzieci nieodebranych przez rodziców z prosektorium Szpital sam organizował raz w roku pochówek.

Lekarz Kierujący Oddziałem podał, że wola pacjentki nie była dokumentowana, ponieważ nie wymagają tego obowiązujące przepisy.

(akta kontroli, str. 972-1099, 1102-1104)

W wyniku analizy dokumentacji medycznej 20 pacjentek, z lat 2017 – 2020, dobranej celowo według kryterium zaawansowania ciąży (nie mniej niż 12 tygodni), stwierdzono m.in., że:

- w 20 przypadkach, pacjentka potwierdziła podpisem w „Książce martwych płodów”, fakt zapoznania się z Procedurą postępowania z martwymi płodami,
- w 20 przypadkach, nie było udokumentowania woli pacjentki (lub osoby uprawnionej) co do odebrania lub nieodebrania zwłok ze Szpitala,

- w 20 przypadkach, o szczątkach/ciałach dzieci nieodebranych przez rodziców z prosektorium (niepochowanych), Szpital nie zgłaszał do Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Stalowej Woli (dalej MOPS),
- w 20 przypadkach, w dokumentacji medycznej nie było „karty skierowania zwłok do prosektorium”,
- w 19 przypadkach były wykonywane badania histopatologiczne. Nie wystąpił przypadek przekazywania ciała dziecka do badania histopatologicznego.

W każdym badanym przypadku do badania histopatologicznego przekazywane były:

- w ciążach niższych, tkanki trofoblastu lub kosmki łożyskowe,
- w ciążach wyższych, tzw. popłód (tj. łożysko, pępowina, błony płodowe),
- w 1 przypadku była wykonana sekcja zwłok noworodka (w pozostałych przypadkach nie wykonywano sekcji zwłok),
- w przypadkach, w których stan ciała dziecka umożliwiał „*należyte przygotowanie zwłok poprzez ich umycie i okrycie*”, w „Kartach opieki pielęgniarskiej” były zapisy stwierdzające, że czynności te były przeprowadzane z zachowaniem godności należącej osobie zmarłej.

W wyniku analizy 20 wpisów w „Książce martwych płodów”, stwierdzono m.in., że:

- w trzech przypadkach, w kolumnie „czytelny podpis osoby odbierającej”, brak było wpisu komu faktycznie zostały wydane zwłoki dziecka,
- w jednym przypadku, w kolumnie „data przekazania do prosektorium” wpisano: „*oddano do prosektorium, poinformowano pacjentkę o możliwości odebrania*”, bez wskazania daty,
- w sześciu przypadkach, w kolumnie „czytelny podpis osoby odbierającej”, wpisany był nieczytelny podpis osoby przyjmującej do prosektorium.

W wyniku analizy 20 wpisów w „Ewidencji martwych płodów” urzędowej i prowadzonej w prosektorium Szpitala, za rok 2017, stwierdzono przypadek, w którym w kolumnie pt. „data wydania rodzinie i czytelny podpis osoby odbierającej”, wpisano termin wydania zwłok bez wskazania osoby przyjmującej i bez podpisu (komu faktycznie zostały wydane zwłoki na zewnątrz Szpitala).

Przepis § 10 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 07.12.2001 r. w sprawie *postępowania ze zwłokami i szczątkami ludzkimi*⁵⁰ stanowi, że przewożenie zwłok jest dozwolone specjalnie do tego celu przeznaczonymi środkami przewozowymi.

W przypadkach oznaczonych nr księgi głównej: 15238/17, 12161/18, 20051/19, 25402/19 i 21270/19, szczątki/ciała dzieci zostały wydane bezpośrednio członkom rodziny (bez pośrednictwa zakładu pogrzebowego).

P.o. Dyrektor, odnosząc się do weryfikacji właściwości osoby odbierającej zwłoki (jeżeli nie jest to przedstawiciel zakładu pogrzebowego), w zakresie spełnienia wymogów transportowych, podał m.in., że weryfikacja przy wydawaniu zwłok z prosektorium odbywa się na podstawie okazania aktu zgonu, wydanego przez USC. Szpital nie weryfikuje rodzin pod kątem spełniania wymogów transportowych.

Ustalono, że w 19 przypadkach szczątki/ciała dzieci zostały odebrane z prosektorium, oraz w 1 przypadku martwy płód został pochowany przez Szpital w dniu 14.10.2018 r.

(akta kontroli, str. 972-1099, 1102-1103)

⁵⁰ Dz.U. z 2001 r. Nr 153 poz. 1783, ze zm.

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

1. Przepis § 15 ust. 1 pkt. 6 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 09.11.2015 r. w sprawie *rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania*, stanowi, że do historii choroby dołącza się dokumenty dodatkowe, w szczególności kartę przebiegu znieczulenia.

W dokumentacji medycznej oznaczonej nr Księgi Głównej 24524/17, dotyczącej pacjentki, której wykonano zabieg abrazji w znieczuleniu ogólnym - nie było karty przebiegu znieczulenia⁵¹, co Lekarz Kierujący Oddziałem wyjaśnił następująco: *nie było karty przebiegu znieczulenia wskutek oczywistego, ludzkiego błędu.*

(akta kontroli, str. 972-1099, 1102-1103)

2. Procedura postępowania w przypadku śmierci pacjenta, reguluje m.in., że obowiązkiem pielęgniarki w przypadku zgonu pacjenta, jest m.in. wypełnienie „karty skierowania zwłok do chłodni”.

W poddanych badaniu 20 dokumentacjach medycznych, nie było „karty skierowania zwłok do chłodni”, co p.o. Dyrektor wyjaśnił następująco: *nie było karty skierowania zwłok do chłodni, ponieważ przekazanie płodów odnotowane jest w „Książce martwych płodów” na Oddziale, która jest kompatybilna z „Ewidencją Martwych Płodów” w prosektorium.*

(akta kontroli, str. 972-1099, 1102-1103)

3. „Książka martwych płodów” i „Ewidencja martwych płodów”, nie były prowadzone rzetelnie. „Książka martwych płodów” urządzona i prowadzona na Oddziale, zawierała m.in. dane dotyczące tożsamości osoby, która przyjmowała (odbierała) zwłoki dziecka z Oddziału do prosektorium, w formie jej czytelnego podpisu, oraz datę przekazania zwłok z Oddziału do prosektorium.

W zbadanych 20 wpisach do „Książki martwych płodów”, stwierdzono, że:

- w trzech przypadkach, w kolumnie „czytelny podpis osoby odbierającej”, brak było wpisu komu faktycznie zostały wydane zwłoki dziecka,

- w jednym przypadku, w kolumnie „data przekazania do prosektorium” wpisano: *„oddano do prosektorium, poinformowano pacjentkę o możliwości odebrania”*, bez wskazania daty,

- w sześciu przypadkach, w kolumnie „czytelny podpis osoby odbierającej”, wpisany był nieczytelny podpis osoby przyjmującej do prosektorium, co p.o. Dyrektor wyjaśnił m.in., że nie są mu znane przyczyny brakujących podpisów osoby odbierającej, czy też nieczytelnych podpisów.

„Ewidencja martwych płodów” urządzona i prowadzona w prosektorium Szpitala, zawierała m. in. dane dotyczące tożsamości osoby (rodziny zmarłego), której są wydawane zwłoki, w formie jej czytelnego podpisu.

Ustalono przypadek, w którym w „Ewidencji martwych płodów” urzędzonej i prowadzonej w prosektorium Szpitala, za rok 2017, w kolumnie 5 pt. „data wydania rodzinie i czytelny podpis osoby odbierającej”, wpisano termin wydania zwłok bez wskazania osoby przyjmującej i bez podpisu (komu faktycznie zostały wydane zwłoki). Odnosząc się do tej kwestii, p.o. Dyrektor, podał m.in., że nie jest w stanie odpowiedzieć, dlaczego nie było wpisów zgodnie z rubrykami, oraz, że zostanie przeprowadzona rozmowa dyscyplinująca z pracownikiem prosektorium.

(akta kontroli, str. 972-1099, 1102-1103)

⁵¹ Tj. dokumentu dołączanego do historii choroby, na podstawie przepisu § 15 ust. 1 pkt. 6 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie *rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania* (Dz. U. z 2015 r., poz. 2069), dalej rozporządzenie.

OCENA CZĄSTKOWA

Szpital spełniał minimalne warunki dotyczące sprzętu i aparatury medycznej, określone dla I poziomu referencyjnego oraz sposobu urządzenia sal porodowych i sal chorych w Oddziale. W Szpitalu nierzetelnie prowadzone były „Książka martwych płodów” urządzona na Oddziale i „Ewidencja martwych płodów” urządzona w prosektorium, w których brakowało podpisów pomiędzy stronami, które wydawały, czy odbierały zwłoki, bądź składane były podpisy nieczytelne. Rażącem jest ustalony przypadek wydania zwłok osobie zewnętrznej i nie odebranie od niej podpisu (co powoduje, że nie jest wiadomo komu zwłoki zostały wydane). Zdaniem NIK, dopóki w Szpitalu obowiązuje „Procedura postępowania w przypadku śmierci pacjenta”, winien być wykonywany obowiązek wypełniania „karty skierowania zwłok do chłodni”.

IV. Wnioski

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

Wnioski

1. Zapewnienie terminowego zgłaszania Dyrektorowi POWNFZ, wszelkich zmian w harmonogramie dotyczących osób.
2. Terminowe wykonywanie wymaganych badań (przeглядów) technicznych wyrobów medycznych stosowanych do udzielania świadczeń zdrowotnych.
3. Podjęcie działań mających na celu wprowadzenie do ewidencji majątku Szpitala zestawu do kolposkopii, znajdującego się na Oddziale Położniczo-Ginekologicznym.
4. Określenie sposobu i częstotliwości monitorowania wskaźników opieki okołoporodowej.
5. Zapewnienie realizacji obowiązku wypełniania „karty skierowania zwłok do chłodni” w przypadku zgonu.
6. Zapewnienie starannego prowadzenia „Książki martwych płodów” – urzędzonej na Oddziale Położniczo-Ginekologicznym oraz „Ewidencji martwych płodów” – urzędzonej w Prosektorium Szpitala.

V. Pozostałe informacje i pouczenia

1.

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 wniosku pokontrolnego 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, 20 sierpnia 2020 r.

Kontroler
Wilhelm Dmytrów
Główny specjalista kontroli
państwowej

/-/

Najwyższa Izba Kontroli
Delegatura w Rzeszowie
Dyrektor
Wiesław Motyka

/-/