



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI
Delegatura w Zielonej Górze

LZG.410.003.01.2020

Jolanta Dankiewicz
Prezes Zarządu

Szpital Na Wyspie Sp. z o.o.
ul. Pszenna 2, 68-200 Żary

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

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

I. Dane identyfikacyjne

| | |
|-------------------------------------|---|
| Jednostka kontrolowana | Szpital Na Wyspie Sp. z o. o., 68-200 Żary, ul. Pszenna 2 (dalej: <i>Szpital</i> lub <i>Spółka</i>) |
| Kierownik jednostki kontrolowanej | Jolanta Dankiewicz, Prezes Zarządu, od 27.06.2017 r. (dalej: <i>Prezes</i>) W okresie objętym kontrolą funkcję kierownika jednostki poprzednio pełnił Wiesław Olszański, Prezes Zarządu, do 26.06.2017 r. |
| 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 zapewniane pacjentkom stosowną pomoc. |
| Okres objęty kontrolą | Lata 2017-2020 (do dnia zakończenia kontroli), 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 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli ¹ |
| Jednostka przeprowadzająca kontrolę | Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Zielonej Górze |
| Kontrolerzy | <ol style="list-style-type: none">1. Mariusz Kniat, doradca prawny, upoważnienie do kontroli nr LZG/9/2020 z 15.01.2020 r.2. Patrycja Woźniak, starszy inspektor k.p., upoważnienie do kontroli nr LZG/8/2020 z 15.01.2020 r. |

(akta kontroli str. 1-27)

¹ Dz. U. z 2019 r. poz. 489, ze zm., dalej: *ustawa o NIK*.

II. Ocena ogólna² kontrolowanej działalności

OCENA OGÓLNA

Opieka Szpitala nad pacjentkami, które poroniły, urodziły martwe dziecko lub którym dziecko zmarło tuż po porodzie była sprawowana zgodnie z wymaganiami dotyczącymi organizacji udzielania świadczeń, wyposażenia w odpowiedni sprzęt i aparaturę medyczną oraz liczby – poza trzema przypadkami pełnienia samodzielnych dyżurów przez lekarza nieposiadającego specjalizacji – wykwalifikowanego personelu³, który był przygotowany do pracy z takimi pacjentkami. Niemniej jednak stwierdzono przypadki nieprzerwanego wykonywania przez lekarzy czynności zawodowych powyżej 48 godzin, co stwarza ryzyko dla jakości świadczonej opieki i zapewnienia bezpieczeństwa pacjentkom.

Personel Szpitala podnosił swoje kwalifikacje, uczestnicząc systematycznie w szkoleniach z zakresu opieki okołoporodowej. Opieka nad pacjentkami sprawowana była w pomieszczeniach spełniających warunki ogólnoprzestrzenne, sanitarne, instalacyjne, zapewniające poczucie intymności oraz wyposażonych w wymagany sprzęt, który poddawany był regularnym przeglądom. Zgodnie z obowiązującymi standardami pacjentki, które doświadczyły niepowodzenia położniczego nie były umieszczane z pacjentkami, które urodziły zdrowe dziecko⁴. Zakres sprawowanej nad pacjentką opieki, obejmował m.in. pomoc psychologiczną. W Szpitalu monitorowano wskaźniki okołoporodowe, jednak sposób ich realizacji i dokumentowania nie został określony w regulaminie organizacyjnym. Poddana analizie dokumentacja medyczna 60 pacjentek prowadzona była prawidłowo, za wyjątkiem nieudokumentowania faktu poinformowania pacjentek o przysługujących im prawach (11 przypadków). W pięciu przypadkach⁵ pochówku dzieci martwo urodzonych sposób dokumentowania nie odpowiadał obowiązującym wymogom.

Podkreślenia wymaga fakt prowadzenia przez Szpital jedyne w województwie lubuskim hospicjum perinatalnego, zapewniającego kompleksową opiekę ciężko choremu, nienarodzonemu dziecku i umożliwienie spędzenia ostatnich chwil życia noworodka w otoczeniu rodziny i bliskich.

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

³ Na podstawie próby kontrolnej obejmującej dwa miesiące (lipiec, październik) w każdym roku w okresie 2017-2019 r. stwierdzono 3 przypadki pełnienia samodzielnych dyżurów przez lekarza nieposiadającego statusu specjalisty.

⁴ Badaniem objęto pacjentki hospitalizowane w Oddziale Położniczo-Ginekologicznym Szpitala w listopadzie i w grudniu 2019 r.

⁵ Badaniem objęto dokumentację 18 pacjentek, które poroniły bądź urodziły martwe dziecko w latach 2017-2019.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego oraz oceny cząstkowe⁶ kontrolowanej działalności

OBSZAR

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

Opis stanu faktycznego

1.1. Szpital⁷ realizuje świadczenia opieki zdrowotnej w zakresie leczenia szpitalnego (stacjonarnego) na oddziale ginekologiczno-położniczym na podstawie umowy nr 0403/0023/17/PSZ z dnia 29.09.2017 r. zawartej z Lubuskim Oddziałem Wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia w Zielonej Górze (dalej: *LOW NFZ*)⁸.

(akta kontroli str. 10-24, 28-84)

W Szpitalu funkcjonuje siedem oddziałów⁹, w tym oddział ginekologiczno-położniczy (dalej: *Oddział*), na którym hospitalizowane są m.in. kobiety, które poroniły, urodziły martwe dziecko bądź którym dziecko zmarło tuż po porodzie. W ramach Oddziału nie wyodrębniono pododdziału ani odcinka dedykowanego wyłącznie kobietom doświadczającym ww. sytuacji szczególnych.

Prezes Szpitala wyjaśniła, że z uwagi na warunki architektoniczne Oddziału nie wydzielono dotychczas ani jego części, ani konkretnej sali przeznaczonej wyłącznie dla tej grupy pacjentek. Jednocześnie Prezes wskazała, iż po dokonaniu rozbudowy Oddziału i jego uruchomieniu, od lutego 2020 r. pacjentka doświadczająca niepowodzenia położniczego umieszczana jest w sali jednoosobowej.

(akta kontroli str. 85-95)

Całością spraw związanych z działalnością Szpitala kieruje jednoosobowy Zarząd przy pomocy m.in.: Lekarza Naczelnego oraz Pielęgniarki Naczelnej odpowiedzialnych za organizowanie, koordynowanie i nadzorowanie pracy wszystkich oddziałów¹⁰ oraz przy pomocy kierowników komórek organizacyjnych odpowiedzialnych za wydzieloną strukturę organizacyjną.

(akta kontroli str. 17-27, 85-92, 96-98)

W okresie objętym kontrolą Oddział posiadał pierwszy poziom referencyjności.

(akta kontroli str. 99-100)

W Szpitalu obowiązuje procedura wewnętrzna dotycząca postępowania ze zwłokami dzieci martwo urodzonych bez względu na czas trwania ciąży, którą opisano w punkcie 2.3. i 2.9.-2.10. wystąpienia pokontrolnego.

(akta kontroli str. 101-114)

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 Całość kapitału zakładowego Spółki (100% udziałów) stanowi własność Powiatu Żarskiego.

⁸ Umowa obowiązuje od 1.10.2017 r.; w okresie od 1.01.2017 r. do 30.09.2017 r. świadczenia były realizowane w oparciu o umowę nr 0411/015/16 z dnia 28.06.2016 r. w brzmieniu określonym w aneksie nr 7 z dnia 30.12.2016 r. do tejże umowy.

⁹ Poza oddziałem ginekologiczno-położniczym funkcjonuje oddział chorób wewnętrznych, geriatryczny, noworodkowy, dziecięcy, chirurgii ogólnej i intensywnej terapii; ponadto wyodrębniono całodobową izbę przyjęć, blok operacyjny, zespół transportu medycznego.

¹⁰ Odpowiedzialność Pielęgniarki Naczelnej odnosi się do pracy personelu pielęgniarskiego, położniczego i pomocniczego.

1.2. Skalę działalności Oddziału w latach 2017-2019 obrazują poniższe dane:

- liczba noworodków¹¹: 984 w 2017 r., 902 w 2018 r. i 868 w 2019 r.;
- liczba poronień: 93 w 2017 r., 101 w 2018 r. i 104 w 2019 r., przy czym najliczniejszą grupę poronień stanowią przypadki do 16. tygodnia trwania ciąży, spowodowane obumarciem wewnątrzmacicznym;
- liczba martwych urodzeń: 2 w 2017 r., 5 w 2018 r. oraz 3 w 2019 r.;
- łącznie do 6. doby życia zmarło 2 dzieci (po 1 w 2017 r. i 2019 r.).

(akta kontroli str. 115-118)

1.3. W okresie objętym kontrolą na Oddziale¹² zapewniono personel medyczny w wymiarze i o kwalifikacjach zgodnych z wymogami dla pierwszego poziomu referencyjnego, określonymi w *rozporządzeniu* Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego¹³ (dalej: *rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych*), w odniesieniu do wymogu zapewnienia co najmniej dwóch lekarzy we wszystkie dni tygodnia oraz odpowiedniej liczby położnych, w tym położnych ze specjalizacją w dziedzinie pielęgniarstwa położniczego i ginekologicznego¹⁴. Ponadto w Szpitalu zapewniono stałą obecność lekarza specjalisty w dziedzinie anestezjologii¹⁵.

(akta kontroli str. 120-316, 641-642)

Trzykrotnie w badanym okresie¹⁶ nie zapewniono natomiast stałej obecności lekarza specjalisty w dziedzinie położnictwa i ginekologii – lekarz pełniący samodzielne dyżury nie posiadał stopnia specjalisty, co szerzej opisano w dalszej części wystąpienia pokontrolnego, w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 124-132, 641-642)

Stosownie do art. 50 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej¹⁷, w Szpitalu opracowano minimalne normy zatrudnienia pielęgniarek i położnych. Dla okresu objętego kontrolą minimalna przyjęta norma zatrudnienia pielęgniarek i położnych na Oddziale wyniosła 22,4 etatu¹⁸, a zatrudnienie na Oddziale wynosiło od 22,71 do 23,91 etatu (tj. o 0,31-1,51 etatu powyżej normy)¹⁹.

(akta kontroli str. 122, 317-318)

¹¹ Martwo i żywo urodzonych.

¹² Na podstawie próby kontrolnej obejmującej dwa miesiące (lipiec, październik) w każdym roku w okresie 2017-2019 r.

¹³ Dz. U. z 2017 r. poz. 2295, ze zm.

¹⁴ Przykładowo: wg stanu zatrudnienia na październik 2019 r. - świadczeń udzielało 26 osób, w tym 15 z tytułem specjalisty; dwie osoby uzyskały stopień specjalisty w okresie objętym kontrolą (tj. w listopadzie 2017 r. i w maju 2019 r.).

¹⁵ W trakcie pełnienia przez lekarza anestezjologa dyżuru od godz. 7:00 do godz. 7:00 dnia następnego, a po zakończeniu pracy innych anestezjologów udzielających świadczeń medycznych w godz. 7:00-15:00, w gotowości w godz. 15:00-7:00 pozostawał każdorazowo inny lekarz anestezjolog.

¹⁶ Tj. w dniach 10, 18 i 23 lipca 2017 roku, w odniesieniu do próby kontrolnej obejmującej dwa miesiące (lipiec, październik) w każdym roku, w okresie 2017-2019 r.

¹⁷ Dz. U. z 2020 r. poz. 295, ze zm.

¹⁸ Za lipiec i październik 2019 r. – 22,4; za lipiec i październik 2017 r. i 2018 r. – 17,35.

¹⁹ Za lipiec i październik 2017 r. i 2018 r. – zatrudnienie wyniosło od 20,92 do 22,71 etatu (tj. o 3,57-5,36 etatu powyżej normy); na dzień 25.02.2020 r. zatrudnienie wyniosło 26,06 etatu tj. o 3,66 etatu powyżej normy.

Personel medyczny wykonujący usługi medyczne na Oddziale w okresie objętym kontrolą²⁰, został ujęty w wykazie personelu stanowiącym załącznik do umowy i jej aneksów zawartych z Lubuskim Oddziałem Wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia, a także w zgłoszeniach aktualizacyjnych.

(akta kontroli str. 38-66, 319-490)

W okresie objętym kontrolą²¹ lekarze udzielający świadczeń na Oddziale wykonywali swoje zdania na podstawie umów cywilnoprawnych (kontraktów).

(akta kontroli str. 119)

1.4. Szpital²² opracował program dostosowania pomieszczeń i urządzeń do wymogów rozporządzenia²³, który decyzją z dnia 4.06.2012 r. został pozytywnie zaopiniowany przez Lubuski Państwowy Wojewódzki Inspektorat Sanitarny (dalej: LPWIS).

W programie ujęto dziewięć niespełnionych wymagań, w tym jeden dotyczący Oddziału²⁴. Jako sposób jego dostosowania do ustalonych wymogów wskazano przebudowę Oddziału²⁵, z terminem realizacji upływającym 31.12.2016 r. Szpital zrealizował terminowo to działanie.

(akta kontroli str. 491-501)

W związku z zamiarem przystąpienia do użytkowania części budynku po zrealizowanej inwestycji, na wniosek Szpitala, LPWIS przeprowadził kontrolę pomieszczeń, w tym Oddziału, w wyniku której stwierdził zgodność inwestycji z zatwierdzonym projektem budowlanym²⁶.

(akta kontroli str. 502)

Państwowa Inspekcja Sanitarna w rezultacie przeprowadzonych w latach 2017-2019 kontroli nie stwierdziła nieprawidłowości dotyczących Oddziału²⁷.

(akta kontroli str. 502-511)

W okresie objętym kontrolą Szpital spełniał warunki określone w rozporządzeniu w sprawie świadczeń gwarantowanych dla pierwszego stopnia referencyjności, w zakresie zapewnienia odpowiedniego wyposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną, tj. na Oddziale zapewniono: kolposkop, aparaty KTG (13 szt.), kardiomonitor (6 szt.).

²⁰ Na podstawie próby kontrolnej obejmującej dwa miesiące (lipiec, październik) w każdym roku, w okresie 2017-2019 r.

²¹ Na podstawie próby kontrolnej obejmującej dwa miesiące (lipiec, październik) w każdym roku w okresie 2017-2019 r.

²² Funkcjonujący wówczas jako Powiatowe Centrum Usługowe Sp. z o. o. NZOZ „Szpital Na Wyspie” w Żarach.

²³ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 2 lutego 2011 r. w sprawie wymagań jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładu opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 31 poz. 158).

²⁴ Wymóg dostosowania bloku operacyjnego poprzez wydzielenie w jego strukturze niezbędnych sal i pomieszczeń, z jednoczesnym zachowaniem wymaganego układu tych pomieszczeń.

²⁵ Zgodnie z projektem „Przebudowa i rozbudowa budynku szpitalnego przy ul. Pszennej 2 w Żarach”.

²⁶ Zwrócono uwagę na aspekty epidemiologiczne – brak pomieszczenia brudownika w nowej części budynku (brudownik znajduje się w starej części budynku, ale ze względu na dzielącą je odległość od nowej części wskazano na rozważenie stworzenia brudownika w nowej części oddziału ginekologiczno-położniczego). Szpital przystosował w tym celu drugie pomieszczenie pod względem budowlanym i instalacyjnym, a do dnia zakończenia kontroli był w trakcie jego wyposażania (myjka-dezynfektor).

²⁷ W wyniku dwóch kontroli (obie przeprowadzone w 2018 r.) sformułowano po jednym zaleceniu: 1. Zobowiązano Szpital do przesłania wyników pomiarów z wentylacji w salach operacyjnych – przesłano zgodnie z zaleceniami, 2. Zalecono przyjęcie przez Szpital systemu czynnej rejestracji zakażeń szpitalnych – zobowiązanie zawarto w odpowiedzi na protokół kontroli.

Wymieniony i zgłoszony do LOW NFZ sprzęt i aparatura medyczna były sprawne technicznie oraz posiadały dokumenty potwierdzające dokonanie aktualnych przeglądów wykonanych przez uprawnione podmioty²⁸, stosownie do zapisów § 7 ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej²⁹ (dalej: *rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów*).

Zgodnie z § 40 ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą³⁰, instalacje i urządzenia wentylacji mechanicznej i klimatyzacji podlegały okresowemu przeglądowi, czyszczeniu lub dezynfekcji, lub wymianie elementów zgodnie z zaleceniami producenta i były dokumentowane³¹.

(akta kontroli str. 512-521, 641-642)

1.5. Analiza czasu pracy lekarzy realizujących w Oddziale świadczenia zdrowotne na podstawie umów cywilnoprawnych w wybranych miesiącach objętych kontrolą³² wykazała, że w 81 przypadkach lekarze udzielali świadczeń zdrowotnych nieprzerwanie przez okres ponad 24 godzin, z czego w:

- 2017 r. – było takich przypadków 15 (lipiec) i 20 (październik);
- 2018 r. – 9 (lipiec) i 13 (październik);
- 2019 r. – 10 (lipiec) i 14 (październik).

W 14 z ww. przypadków lekarze udzielali świadczeń zdrowotnych nieprzerwanie przez okres ponad 48 godzin, w tym w 6 przypadkach nie krócej niż 72 godziny³³, co szerzej opisano w dalszej części wystąpienia pokontrolnego, w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 522)

1.6. Opieka nad pacjentkami doświadczającymi poronień, urodzenia martwego dziecka lub śmierci dziecka krótko po porodzie nie była przedmiotem kontroli prowadzonych w Szpitalu przez NFZ, wojewodę, konsultanta wojewódzkiego i krajowego w dziedzinie położnictwa i ginekologii lub inne organy.

(akta kontroli str. 523)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

1. W dniach 10, 18 i 23 lipca 2017 roku do pełnienia samodzielnych dyżurów dopuszczono lekarza nieposiadającego statusu specjalisty, co stanowiło naruszenie wymogu określonego w pkt. 37 części I załącznika nr 3 do *rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych*.

(akta kontroli str. 124-132, 641-642)

Prezes Spółki wyjaśniła, że lekarz ten posiadał wymaganą wiedzę i umiejętności. W Szpitalu zakończył rezydenturę, a z powodów osobistych nie mógł podejść do egzaminu w wymaganym terminie. Jeszcze jako lekarz rezydent pełnił samodzielne

²⁸ Przeglądy dokonywane były z częstotliwością określoną przez producenta/autoryzowany serwis.

²⁹ Dz. U. z 2020 r. poz. 320, ze zm.

³⁰ Dz. U. poz. 595.

³¹ Urządzenia posiadające filtry podlegają okresowym przeglądom dwa razy do roku – Szpital zawarł na realizację tych usług długoterminową umowę konserwacyjną; pozostałe urządzenia podlegają przeglądowi raz na 12 miesięcy.

³² Na podstawie próby kontrolnej obejmującej dwa miesiące (lipiec, październik) w każdym roku w okresie 2017-2019 r.

³³ 8 przypadków pracy w wymiarze 56 h i po 1 przypadku pracy w wymiarze 72 h, 80 h, 96 h, 104 h, 120 h, 128 h.

dyżury, co było zgodne z obowiązującymi przepisami prawa. Ponadto Prezes podkreśliła, że ze względu na konieczność zapewnienia ciągłości pracy Oddziału i udzielania świadczeń, Szpital zmuszony był skierować lekarza bez specjalizacji do pełnienia wspomnianych dyżurów. Niemniej jednak uznano wówczas, że skoro lekarz ten pełnił takie dyżury jeszcze w trakcie szkolenia specjalizacyjnego zgodnie z prawem, to tym bardziej po zakończeniu rezydentury lekarz był w pełni przygotowany do ich pełnienia.

(akta kontroli str. 524-525)

2. Analiza czasu pracy lekarzy realizujących w Oddziale świadczenia zdrowotne na podstawie umowy cywilnoprawnej w wybranych miesiącach objętych kontrolą³⁴ wykazała, że w 14 przypadkach lekarze udzielali świadczeń zdrowotnych nieprzerwanie przez okres ponad 48 godzin, w tym w 6 przypadkach nie krócej niż 72 godzin³⁵.

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

(akta kontroli str. 522)

Prezes Szpitala wyjaśniła, że wszyscy lekarze Oddziału zatrudnieni są na umowy cywilnoprawne, dla których nie obowiązują restrykcje w zakresie wymiaru czasu pracy oraz podkreśliła, że m.in. ze względu na trudności w pozyskaniu specjalistów do pracy (brak ich na rynku pracy), bez korzystania z możliwości świadczenia przez lekarzy dyżurów w wymiarze powyżej 24 godzin, Szpital nie byłby w stanie zapewnić funkcjonowania Oddziału zgodnie ze standardami i wymaganiami NFZ dotyczącymi obsady. Natomiast sytuacja związana z dużymi przekroczeniami jednorazowego czasu pracy dotyczy w szczególności jednego lekarza³⁶.

Liczba dyżurów oraz ich rozkład określane są w grafiku akceptowanym przez lekarza, kierownika Oddziału i Prezesa Zarządu. W związku ze świadczeniem pracy przez lekarzy nieprzerwanie przez tak długi okres czasu, kierownik Oddziału nie zgłaszał żadnych zastrzeżeń, co do jakości świadczonych przez nich usług i zapewnienia bezpieczeństwa pacjentkom. Prezes Spółki również nie odebrała żadnych niepokojących sygnałów zarówno ze strony pacjentek, jak i personelu medycznego.

(akta kontroli str. 526-527)

OCENA CZĄSTKOWA

W okresie objętym kontrolą w Szpitalu właściwie zorganizowano opiekę nad pacjentkami doświadczającymi poronienia, urodzenia martwego dziecka lub dziecka, które zmarło krótko po porodzie. Stosownie do wymogów dla pierwszego poziomu referencyjnego określonych w rozporządzeniu w sprawie świadczeń gwarantowanych, Szpital był wyposażony w odpowiednią aparaturę i sprzęt medyczny, a w Oddziale zapewniono – poza trzema przypadkami pełnienia samodzielnych dyżurów przez lekarza nieposiadającego specjalizacji – odpowiednią liczbę personelu medycznego posiadającego wymagane kwalifikacje, przy czym stwierdzono przypadki nieprzerwanego wykonywania przez lekarzy czynności

³⁴ Na podstawie próby kontrolnej obejmującej dwa miesiące (lipiec, październik) w każdym roku w okresie 2017-2019 r.

³⁵ 8 przypadków pracy w wymiarze 56 h i po 1 przypadku pracy w wymiarze 72 h, 80 h, 96 h, 104 h, 120 h, 128 h.

³⁶ Jednorazowy wymiar pracy wynoszący: 56 h, 72 h, 80 h, 96 h, 104 h, 120 h, 128 h.

zawodowych powyżej 48 godzin, co stwarza ryzyko dla jakości świadczonej opieki i zapewnienia bezpieczeństwa pacjentkom. Użytkowany sprzęt i aparatura medyczna były sprawne technicznie oraz posiadały dokumenty potwierdzające dokonanie aktualnych przeglądów wykonywanych przez uprawnione podmioty.

OBSZAR

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

Opis stanu faktycznego

2.1.-2.2. Wskaźniki opieki okołoporodowej, sposób ich realizacji oraz dokumentowania nie zostały ujęte w regulaminie organizacyjnym Szpitala, ani w żadnym innym dokumencie wewnętrznym, co szerzej opisano w dalszej części wystąpienia pokontrolnego, w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 528)

Pomimo braku w regulaminie ww. zapisów, w Szpitalu monitorowane były dwa wskaźniki opieki okołoporodowej z zakresu wykonywanych interwencji medycznych:

- odsetek porodów indukowanych w stosunku do ogólnej liczby porodów wyrażony w %,
- odsetek cięć cesarskich w stosunku do ogólnej liczby porodów wyrażony w %.

Monitorowanie powyższych wskaźników odbywało się w Szpitalu raz na kwartał³⁷, dodatkowo dokonano analizy porównawczej w ujęciu rocznym³⁸.

(akta kontroli str. 529-533)

Prezes Spółki wyjaśniła, że monitorowanie powyższych wskaźników wynika ze znacznej ilości porodów indukowanych w liczbie porodów ogółem oraz dążenia do rozwiązywania ciąż fizjologicznych w sposób naturalny.

Dla monitorowanych wskaźników nie ustalono wartości docelowych (pożądanych), co Prezes Szpitala wytłumaczyła brakiem przepisów, które narzucałyby podmiotom leczniczym konieczność osiągania określonych wartości maksymalnych czy minimalnych. Wskazała również na brak skutecznych narzędzi pomagających zredukować jedne zjawiska na korzyść pozostałych. Prezes zadeklarowała, że po przeprowadzeniu analizy ryzyka i wyborze wskaźników, które będą podlegały monitorowaniu, podjęte zostaną również działania zmierzające do ustalenia wartości pożądanych, ale zarazem możliwych do osiągnięcia.

(akta kontroli str. 534-535)

³⁷ Poczynając od I kwartału 2019 r.

³⁸ W 2019 r. odsetek porodów indukowanych w 2019 r. – 20,4% (najniższa wartość I kw. – 17,5%, najwyższa IV kw. 23,9%); odsetek cięć cesarskich – 49,5% (najniższa wartość I kw. 43,8%, najwyższa wartość IV kw. – 58%).

Zgodnie z obowiązującą procedurą wewnętrzną, Szpital prowadzi badania ankietowe w zakresie satysfakcji pacjentów³⁹, z których przygotowywane są półroczne raporty⁴⁰. Wynika z nich, iż pacjentki w większości dobrze lub bardzo dobrze oceniały poszczególne obszary funkcjonowania Oddziału⁴¹.

(akta kontroli str. 536-551)

2.3. Szpital opracował wewnętrzną procedurę postępowania ze zwłokami dzieci martwo urodzonych bez względu na czas trwania ciąży, która w swej treści odnosi się również do relacji personelu medycznego z pacjentką. Zgodnie z przyjętą instrukcją personel powinien poinformować pacjentkę o przysługujących jej prawach⁴², a podpisaną przez pacjentkę informację dołączyć do jej indywidualnej dokumentacji medycznej.

(akta kontroli str. 101-114)

Personel zapoznał się w ww. procedurą i pisemnie zobowiązał się do jej stosowania.

(akta kontroli str. 112)

2.4.-2.6. W latach 2017-2019 personel Oddziału uczestniczył w 22 szkoleniach i konferencjach zewnętrznych⁴³. Łącznie wzięło w nich udział 78 osób⁴⁴. Na ten cel⁴⁵ Szpital poniósł wydatki w wysokości:

- w 2017 r. 5.735,83 zł, co stanowiło 18,5 % łącznych wydatków poniesionych na szkolenia w tym roku,
- w 2018 r. 1.254,08 zł, co stanowiło 5% łącznych wydatków poniesionych na szkolenia w tym roku,
- w 2019 r. 16.102,61 zł, co stanowiło 12,5% łącznych wydatków poniesionych na szkolenia w tym roku.

(akta kontroli str. 552-556)

Położne uczestniczyły również w szkoleniach wewnętrznych ze standardów opieki okołoporodowej, tj. w 2017 r. w szkoleniu dotyczącym opieki nad kobietą po stracie ciąży (12 osób) oraz w 2019 r. w szkoleniu dotyczącym opieki nad pacjentką w sytuacji niepowodzeń położniczych (14 osób). Na 2020 rok przewidziano

³⁹ Dane agregowane są odrębnie dla każdego oddziału tj. chirurgii, dziecięcego, geriatry, ginekologiczno-położniczego i wewnętrznego. Ocenie podlega pięć obszarów: 1. Przyjęcie chorego (w tym: czas oczekiwania na łzbie Przyjęć, łatwość dostania się do szpitala, szybkość załatwienia formalności związanych z przyjęciem do szpitala, zapoznanie się z regulaminem szpitala, zapoznanie się z topografią oddziału) 2. Opieka pielęgnarska (w tym: stosunek do pacjenta – życzliwość, zaangażowanie, reakcja na prośby chorego, komunikatywność – wyczerpujący i zrozumiały sposób przekazywania informacji, fachowość i sprawność obsługi podczas badań i zabiegów, zapewnienie intymności i godności osobistej podczas zabiegów pielęgnacyjnych) 3. Samopoczucie pacjenta (w tym: zaufanie do metod leczenia, stopień poczucia bezpieczeństwa, informacja nt. praw pacjenta, przestrzeganie praw pacjenta, dogodność pory odwiedzin, dostępność do radia, telewizji i telefonu) 4. Posiłki i diety (w tym: jakość, temperatura i regularność podawanych posiłków, informacje nt. stosowanej diety), 5. Ogólna ocena szpitala (w tym: usługi świadczone w szpitalu, polecenie szpitala innym).

⁴⁰ Zgodnie z procedurą, uzyskane opinie są wykorzystywane do podejmowania działań naprawczych, korygujących i doskonalących. W wyniku przeprowadzonych analiz wyników ankiet nie było konieczności ich wprowadzania.

⁴¹ W zależności od analizowanego półrocza ok. 12-20% przeciętnie ocenia stosunek do pacjenta, a 10-20% przeciętnie ocenia dostępność lekarza w godzinach nocnych i wieczornych. Sporadycznie (max. 1-2 przypadki w ciągu każdego półrocza) pacjentki źle bądź bardzo źle oceniły czas oczekiwania na łzbie Przyjęć, łatwość dostania się do szpitala i zapoznanie z topografią Oddziału. 100% ankietowanych (w każdym półroczu), po swoich doświadczeniach na Oddziale poleciłaby Szpital znajomym i rodzinie.

⁴² Procedura obowiązuje od 1.03.2017 r., jednakże w wersji obejmującej informację dla pacjentki obowiązuje od 20.11.2018 r.

⁴³ Po 6 w 2017 r. i 2018 r. i 10 w 2019 r., z czego łącznie 6 (2 w 2017 r. i 4 w 2019 r.) nie wiązały się z ponoszeniem kosztów przez Szpital.

⁴⁴ 2017 r. – 31 osób, 2018 r. – 10 osób, 2019 r. – 37 osób

⁴⁵ Wszystkie szkolenia w Oddziale zostały zakwalifikowane do szkoleń dot. standardów opieki okołoporodowej.

szkolenie z zakresu opieki nad pacjentką w sytuacji niepowodzeń położniczych dla 22 osób.

(akta kontroli str. 557-563)

Ponadto Prezes Szpitala wskazała, że uczestniczący w szkoleniach zewnętrznych lekarze ginekolodzy, przekazywali na spotkaniach wewnętrznych zdobyte informacje w zakresie opieki okołoporodowej pozostałemu personelowi. Dodatkowo personel medyczny, przed wejściem w życie obowiązujących procedur okołoporodowych otrzymał treść stosownego rozporządzenia oraz materiały pomocnicze w postaci broszury informacyjnej⁴⁶.

(akta kontroli str. 564-566)

Przyjęty w Szpitalu mechanizm weryfikacji przygotowania personelu do pracy z kobietami doświadczającymi poronień, urodzenia martwego dziecka, bądź jego śmierci tuż po porodzie opiera się m.in. na ocenie skuteczności przeprowadzanych szkoleń wewnętrznych⁴⁷.

(akta kontroli str. 558-559, 561-562, 564-566)

Prezes Szpitala wyjaśniła, iż nie przeprowadza się testów weryfikujących predyspozycje do pracy na Oddziale, dotyczących m.in. poronień czy martwych urodzeń, a przygotowanie w tym zakresie przewiduje system kształcenia. Niemniej jednak Prezes wskazała, że w przypadku powzięcia informacji, że położna nie posiada predyspozycji do świadczenia pracy na tzw. trakcie porodowym, dedykuje się jej wykonywanie czynności zawodowych wyłącznie w części ginekologicznej Oddziału.

(akta kontroli str. 564-566)

2.7. W okresie objętym kontrolą personel medyczny Oddziału nie zgłaszał potrzeby skorzystania ze wsparcia w radzeniu sobie ze stresem.

(akta kontroli str. 564-566)

Z planu szkoleń wewnętrznych dla Oddziału na 2020 rok wynika, iż na maj zaplanowano szkolenie z zakresu radzenia sobie ze stresem, a na październik szkolenie z zakresu przeciwdziałania wypaleniu zawodowemu⁴⁸.

(akta kontroli str. 563)

2.8. Wybrani przedstawiciele personelu medycznego Oddziału⁴⁹, odnosząc się do określonych aspektów swojej pracy z pacjentkami, które doświadczyły niepowodzenia położniczego, stwierdzili m.in., że praca z takimi pacjentkami jest bardzo trudna, wiąże się z ponoszeniem kosztów psychologicznych i jest obciążona czynnikami stresogennymi. Równocześnie wskazali, że trudności jakich doświadczają, dotyczą przeważnie nawiązania relacji z pacjentką, która często reaguje gniewem, agresją, a w zaistniałej sytuacji personel musi wykazać się szczególną empatią, zrozumieniem i wrażliwością.

⁴⁶ Broszura pt. „Praktyczne uwarunkowania wprowadzenia nowego standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej”, https://prometrig.pl/wp-content/uploads/2018/12/Broszura_NPZ-CO1-wersja-elektroniczna.pdf.

⁴⁷ Oceny dokonuje osoba prowadząca szkolenie (w omawianych przypadkach: położna oddziałowa lub jej zastępca, bezpośrednio po szkoleniu, w formie testu ustnego), a następnie po upływie określonego czasu przez przełożonego (w omawianych przypadkach przez położną oddziałową). Oba szkolenia każdorazowo zostały ocenione jako skuteczne.

⁴⁸ Docelowo w każdym szkoleniu założono udział 22 osób.

⁴⁹ Trzech lekarzy, w tym kierownik Oddziału oraz siedem położnych.

Wszyscy pracownicy dostrzegają potrzebę realizacji różnych form doskonalenia zawodowego i wyrażają chęć uczestnictwa w nich⁵⁰.

Personel zwraca uwagę⁵¹ na zagrożenie wypaleniem zawodowym związanym ze stresem, jednak wskazuje również, że nie zawsze jest on związany wyłącznie z pracą z pacjentkami doświadczającymi niepowodzeń położniczych, a całością doświadczeń zawodowych.

Personel deklaruje, iż ma zapewnione wsparcie w radzeniu sobie ze stresem ze strony władz Szpitala i nie zdarzyło się, by tej pomocy nie otrzymał⁵².

Zdecydowana większość personelu⁵³ wskazała, że realizowane w Szpitalu formy wsparcia osób pracujących z pacjentkami doświadczającymi niepowodzeń położniczych są właściwe i wystarczające. Osoby te są świadome możliwości skorzystania z pomocy psychologa.

(akta kontroli str. 566-589)

Z wyjaśnień Prezes Spółki wynika, że w razie zaistnienia potrzeby Szpital jest gotowy zorganizować poradę zatrudnionego w nim psychologa. Ponadto Prezes poinformowała, że Szpital jest w trakcie tworzenia zarządzenia w sprawie trybu przyjmowania zgłoszeń i udzielania pomocy psychologicznej dla swojego personelu⁵⁴.

(akta kontroli str. 564-566)

2.9.-2.10. Przyjęta w Szpitalu procedura przewiduje poinformowanie pacjentki o przysługujących jej prawach w związku z sytuacją, w której się znalazła. Informacja obejmuje prawo do rejestracji poronień (porodów), które odbyły się w domu czy poza granicami Polski, prawo do urlopu macierzyńskiego i/lub zasiłku macierzyńskiego, prawo do pochowania dziecka, uzyskania zasiłku pogrzebowego oraz uzyskania informacji i dokumentacji medycznej, zachowania tajemnicy lekarskiej oraz poszanowania własnej godności, a także możliwości otrzymania pomocy psychologa⁵⁵.

Zgodnie z tą samą procedurą pacjentkę informuję się o przysługujących jej prawach i sposobie postępowania, w sytuacji kiedy po poronieniu lub urodzeniu martwego dziecka, nie jest możliwe określenie płci dziecka. Informacja przewiduje również wykaz pracowni wykonujących badania genetyczne określające płeć dziecka.

Decydując się na dokonanie pochówku, pacjentka powinna złożyć wniosek o wydanie karty zgonu oraz wniosek o przygotowanie materiału do badania genetycznego. W przypadku odmowy dokonania pochówku we własnym zakresie,

⁵⁰ Wskazują m.in.: kursy i szkolenia z postępowania w przypadku niepowodzenia położniczego, umiejętności współpracy z pacjentem przeżywającym stratę dziecka i umiejętności prowadzenia rozmów z rodzinami w sytuacji poronienia, warsztaty z psychologiem, superwizje, wymiana doświadczeń, spotkania z rodzicami po przeżyciach.

⁵¹ W jednym przypadku położna zadeklarowała brak potrzeby przeciwdziałania wypaleniu zawodowemu, w jednym położna wskazała na świadomość występowania sytuacji niepożądanych w momencie wyboru swojego zawodu, jedna wskazała na, przykre wydarzenia z pracy, po których potrzebowała czasu by powrócić do równowagi psychicznej. Personel wskazuje również na wsparcie, jakie w tym zakresie otrzymuje od rodziny oraz deklaruje uczestnictwo bądź chęć uczestnictwa w różnych formach wpływających na poprawę swojej formy psychofizycznej w związku z wykonywaną pracą.

⁵² Wskazano m.in. na wsparcie psychologiczne, moralno-etyczne, wsparcie od współpracowników; jedna położna wskazała, że nikt nie oferował jej wsparcia, ale też sama nie zgłaszała potrzeby jego otrzymania.

⁵³ Jedna położna wskazała, że formy wsparcia są niewystarczające i jedna, że nie ma wiedzy na temat realizowanych form wsparcia; obie jednak zaznaczyły, że o wsparcie nigdy nie prosiły.

⁵⁴ Do dnia zakończenia kontroli przedmiotowe zarządzenie nie weszło w życie.

⁵⁵ Wymienione informacje zawarto w załączniku nr 1 do procedury; chęć otrzymania konsultacji pacjentka powinna zgłosić personelowi Oddziału.

pacjentka lub inna osoba uprawniona składa stosowne oświadczenie w tym zakresie.

(akta kontroli str. 101-114)

W Szpitalu udostępniano broszury informacyjne⁵⁶ dotyczące możliwości uzyskania dalszej pomocy psychologicznej i miejsc, w których można ją otrzymać. We własnym zakresie Szpital sporządził informację w formie ulotki z danymi teleadresowymi lokalnych placówek świadczących pomoc psychologiczną.

(akta kontroli str. 99-100, 590-592)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

W regulaminie organizacyjnym Szpitala nie określono sposobu realizacji oraz dokumentowania wskaźników opieki okołoporodowej, co stanowiło naruszenie przepisu ust. 3 części I załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 roku w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej.

Prezes Spółki wyjaśniła, że niniejsze spowodowane było przeoczeniem i wskazała jednocześnie, że Szpital realizuje świadczenia z zachowaniem wymaganych standardów organizacyjnych opieki okołoporodowej, a brak wymaganych zapisów nie wpływa na jakość udzielanych świadczeń.

Prezes poinformowała ponadto, że mając na uwadze wytyczne ww. rozporządzenia, do obowiązującego regulaminu organizacyjnego Szpitala wprowadzone zostaną wymagane postanowienia, przy czym postanowienia te dadzą podstawę do ustalania wskaźników, sposobu ich monitorowania i realizacji, w tym częstotliwości pomiaru i dokumentowania, w odrębnej procedurze wewnętrznej, bez konieczności każdorazowej zmiany regulaminu.

(akta kontroli str. 528, 534-535)

OCENA CZĄSTKOWA

Personel medyczny Oddziału podnosił swoje kwalifikacje, uczestnicząc systematycznie w szkoleniach z zakresu opieki okołoporodowej oraz uzyskiwał wsparcie w radzeniu sobie ze stresem. W Szpitalu opracowano procedurę postępowania w przypadku niekorzystnego zakończenia ciąży, której adresatem były pacjentki oraz personel medyczny. Przygotowano pacjentkom również pakiet danych informacyjnych mogących pomóc im w zaistniałej, trudnej sytuacji. Monitorowano wskaźniki okołoporodowe, jednak sposób ich realizacji i dokumentowania nie został określony w regulaminie organizacyjnym.

OBSZAR

3. Świadczenia zapewniające pacjentkom stosowną pomoc

Opis stanu
faktycznego

3.1. Oględziny wybranych pomieszczeń Oddziału wykazały, że Szpital spełnił warunki określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą⁵⁷, w szczególności:

- a) dla odcinka położniczego, w ramach którego funkcjonują:
 - blok porodowy z czterema jednołóżkowymi pokojami porodowymi przystosowanymi do porodów rodzinnych, z dostępem do własnego wężła

⁵⁶ M.in. *Zdrowie psychiczne pod szczególną ochroną* przygotowanej na zlecenie Starostwa Powiatowego w Żarach.

⁵⁷ Dz. U. poz. 595.

- sanitarnego⁵⁸, wyposażonych w stanowiska do resuscytacji noworodka – wejście przez służbę umywalkowo-fartuchową,
- sala operacyjna przeznaczona do porodów zabiegowych rozwiązywanych cięciem cesarskim, wyposażoną w stanowisko do resuscytacji noworodka – wejście przez służbę umywalkowo-fartuchową,
 - sala pooperacyjna tj. sala nadzoru po cięciu cesarskim (dwułożkowa),
 - siedem sal dla pacjentek (w tym trzy jedno- i cztery dwułożkowe, każda z węzłem sanitarnym),
 - pokój zabiegowy.
- b) dla odcinka ginekologicznego, w ramach którego funkcjonuje:
- osiem sal dla pacjentek (cztery jedno- i cztery dwułożkowe, każda z węzłem sanitarnym),
 - sala pooperacyjna (trzyłożkowa),
 - łazienka dla pacjentek niepełnosprawnych,
 - pokój zabiegowy (w którym przeprowadzane są m.in. abrazyje),
- c) dla Izby Przyjęć w części wyodrębnionej dla kobiet ciężarnych i pacjentek ginekologicznych:
- dwa pokoje badań – jeden dla pacjentek ginekologicznych i jeden dla pacjentek położniczych, który posiada bezpośrednie wejście do windy, umożliwiające szybki transport pacjentki na Oddział.

(akta kontroli str. 593-640)

Każdy pokój łóżkowy⁵⁹ Oddziału (jedno- i dwuosobowy), poddany oględzinom posiadał:

- łóżka dostępne z trzech stron, w tym z dwóch dłuższych oraz odstępy między nimi umożliwiające swobodny dostęp do pacjentek i szerokość pozwalającą na wyprowadzenie łóżka z pokoju,
- umywalkę z ciepłą i zimną wodą, dozownik z mydłem w płynie, pojemnik z ręcznikami jednorazowego użycia i pojemnik na zużyte ręczniki,
- bezpośredni dostęp do światła dziennego,
- czynny system przywoławczy personelu medycznego⁶⁰.

Wszystkie meble znajdujące się w pomieszczeniach Oddziału oraz sposób połączenia ścian z podłogami umożliwiają ich mycie i dezynfekcję.

(akta kontroli str. 593-594, 597, 600-605, 613-616)

Wszystkie pokoje badań, pokoje zabiegowe (w tym pokój, w którym przeprowadzane są zabiegi abrazyj) zlokalizowane na Oddziale oraz Izbie Przyjęć⁶¹ były wyposażone w:

- umywalkę z ciepłą i zimną wodą,
- dozownik z mydłem w płynie oraz dozownik z płynem dezynfekcyjnym,

⁵⁸ W tym jeden pokój nieużytkowany (brak łóżka), stan na 25.02.2020 r.

⁵⁹ Oględziny przeprowadzono w 5 pokojach łóżkowych.

⁶⁰ System funkcjonuje również w łazience przeznaczonej dla pacjentek niepełnosprawnych.

⁶¹ Odcinek położniczy – 1 pokój zabiegowy, odcinek ginekologiczny – 1 pokój zabiegowy, Izba Przyjęć – 2 pokoje badań.

- pojemnik z ręcznikami jednorazowego użycia oraz pojemnik na zużyte ręczniki,
- pomieszczenia higieniczno-sanitarne z miską ustępową, dozownik z mydłem w płynie, pojemnik z ręcznikami jednorazowego użycia oraz pojemnik na zużyte ręczniki.

Pokoje, o których mowa, zapewniały poszanowanie intymności i godności pacjentek poprzez właściwe ustawienie fotela ginekologicznego, zastosowanie parawanów oraz zabezpieczenie okien przed dostępem osób postronnych⁶².

(akta kontroli str. 593-595, 598, 606-608, 633-640)

W jednym pokoju badań w Izbie Przyjęć zamontowano ponadto klamkę uniemożliwiającą niepożądane wejście osoby postronnej.

(akta kontroli str. 633)

W trakcie trwania kontroli Szpital dokonał zakupu mechanizmów na klamki wyposażonych w kody dostępu, jako systemu zabezpieczeń przed wejściem osób postronnych w trakcie trwania zabiegu czy badania.

(akta kontroli str. 99-100)

Wykaz placówek oferujących pomoc psychologiczną, z której pacjentka może skorzystać po opuszczeniu Szpitala oraz możliwość wizyty duszpasterskiej znajdował się na tablicy informacyjnej Oddziału, w ogólnodostępnym miejscu.

(akta kontroli str. 593-594)

3.2.-3.3. Badanie dokumentacji medycznej pacjentek, które poroniły, urodziły martwe dziecko lub którym dziecko zmarło wkrótce po porodzie⁶³ wykazało, że jest ona prowadzona zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 roku w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania⁶⁴ (dalej: *rozporządzenie w sprawie dokumentacji medycznej*), w szczególności zawiera:

- oświadczenie pacjentki o upoważnieniu do uzyskiwania informacji o jej stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach medycznych, wraz ze wskazaniem imienia i nazwiska osoby upoważnionej oraz danych umożliwiających kontakt z tą osobą,
- oświadczenie pacjentki o upoważnieniu do uzyskiwaniu dokumentacji, ze wskazaniem osoby i nazwiska osoby upoważnionej,
- zgodę na przeprowadzenie świadczenia zdrowotnego,
- kartę: indywidualnej opieki pielęgniarskiej/położniczej, obserwacji, gorączkową, zleceń lekarskich,
- kartę znieczulenia⁶⁵,
- wyniki badań diagnostycznych,
- kartę informacyjną z wynikami badań wraz z opisem i wypisem ze szpitala⁶⁶.

(akta kontroli str. 645-653)

⁶² Jeden pokój badań (odcinek ginekologiczny - pokój w którym dokonywane są zabiegi abrazyj) nie posiada okien, w pozostałych pokojach we wszystkich oknach zamontowano rolety, bądź folię maskującą.

⁶³ Badanie obejmowało dokumentację 60 takich pacjentek, po 20 w 2017 r., 2018 r. i 2019 r.

⁶⁴ Dz. U. poz. 2069 – uchylone z dniem 15 kwietnia 2020 r.

⁶⁵ W przypadku zastosowania znieczulenia anestetycznego przy cięciu cesarskim lub zabiegu abrazyj.

⁶⁶ Zawierające informacje, o których mowa w § 20 i § 24 *rozporządzenia w sprawie dokumentacji medycznej*.

Procedura informowania pacjentek o przysługujących jej prawach i odnotowywania tego faktu w dokumentacji medycznej pacjentki obowiązuje od 20 listopada 2018 roku. Z dokumentacji medycznej pacjentek wynika, że ponad połowa z nich nie otrzymała stosownej informacji⁶⁷, co szerzej opisano w dalszej części wystąpienia pokontrolnego, w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 101-114, 645-655)

3.4.-3.5. W okresie objętym kontrolą Szpital posiadał zawartą umowę cywilnoprawną z psychologiem świadczącym usługi m.in. na Oddziale. Zgodnie z obowiązującą procedurą wewnętrzną, pacjentki są informowane o możliwości skorzystania z pomocy psychologicznej, ze względu na sytuację, w której się znalazły.

Prezes Szpitala wyjaśniła, że w przypadku konieczności objęcia pacjentki opieką psychologiczną pod nieobecność psychologa, z którym Spółka ma zawartą umowę, Szpital korzysta z pomocy dwóch innych osób świadczących takie usługi⁶⁸.

(akta kontroli str. 657-663)

Ponadto w trakcie trwania kontroli Szpital zawarł umowę z kolejnym psychologiem, który docelowo świadczy pracę na Oddziale.

(akta kontroli str. 664-665)

Z dokumentacji poddanej badaniu wynika, że z pomocy psychologa zapewnionego przez Szpital w postaci konsultacji skorzystało 10 pacjentek (17%). Ponadto jedną pacjentkę na jej prośbę skierowano do poradni psychologicznej, a kolejnej przedstawiono informacje o warunkach paliatywnej opieki perinatalnej świadczonej przez hospicjum. W pozostałych przypadkach w dokumentacji odnotowano brak zgody pacjentek na konsultację psychologiczną.

(akta kontroli str. 645-653)

3.6. Badanie pacjentek hospitalizowanych w Oddziale (w listopadzie i w grudniu 2019 r.) wykazało, że pacjentki, które doświadczyły niepowodzenia położniczego nie były umieszczane w pokojach z pacjentkami, które urodziły zdrowe dzieci, co było zgodne z ust. 3 pkt 3 części XV załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej.

(akta kontroli str. 666-670)

3.7. Szpital, w przypadku martwo urodzonego dziecka umożliwiał pacjentce pożegnanie się z nim, a na jej życzenie i za jej zgodą również członkom jej rodziny i bliskim. Pożegnanie odbywa się w sali, w której przebywa matka, bądź w sali oddziału noworodkowego⁶⁹.

Szpital nie wprowadził specjalnych rozwiązań w zakresie pozyskania pamiątek po zmarłym dziecku, jednakże rodzice zmarłego dziecka mają możliwość zrobienia zdjęcia, otrzymania zdjęcia USG czy kosmyka włosów dziecka. Zarówno Prezes, jak i personel Oddziału⁷⁰ zaznaczyli, że jak dotąd nie spotkali się jednak z potrzebą

⁶⁷ Analizie poddano dokumentację 21 pacjentek, które doświadczyły poronienia, martwego urodzenia lub śmierci dziecka tuż po narodzinach w okresie od dnia wejścia w życie procedury do końca 2019 roku (tj. 1 w 2018 r., 20 w 2019 r.); w 11 przypadkach brak jest informacji o przysługujących pacjentce prawach, w związku z zaistniałą sytuacją, w 1 przypadku do dokumentacji dołączono informację bez podpisu pacjentki.

⁶⁸ W okresie objętym kontrolą, na podstawie dokumentacji medycznej przyjętej do próby nie odnotowano, by pomocy psychologicznej udzielała inna osoba aniżeli psycholog, z którym Szpital zawarł umowę.

⁶⁹ Szpital nie wyodrębnił pokoju dedykowanego wyłącznie pożegnaniom martwo urodzonych czy zmarłych tuż po porodzie dzieci.

⁷⁰ Kierownik Oddziału, jego zastępca i położna oddziałowa.

pozyskania przez pacjentkę jakichkolwiek przedmiotów po martwo urodzonym dziecku⁷¹.

(akta kontroli str. 99-100, 572-574, 671-675)

Szpital prowadzi hospicjum perinatalne obejmujące opieką pacjentki decydujące się na urodzenie dziecka z wadami genetycznymi, poważnie obciążonego ryzykiem zgonu wewnątrzmacicznego lub zgonem tuż po urodzeniu. Pieczę nad jego funkcjonowaniem sprawuje specjalista neonatolog, specjalista ginekolog i psycholog. Hospicjum zapewnia rodzicom pomoc w zakresie prowadzenia ciąży i opieki okołoporodowej oraz kompleksową opiekę ciężko choremu dziecku, które ze względu na obciążenie wadami nie podlega leczeniu i umożliwia spędzenie ostatnich chwil życia dziecka w otoczeniu rodziny i bliskich.

(akta kontroli str. 99-100)

3.8. W zakresie postępowania ze zwłokami w Szpitalu obowiązują dwie procedury:

- dotycząca postępowania ze zwłokami dzieci martwo urodzonych bez względu na czas trwania ciąży, o której mowa w pkt. 2.3. wystąpienia;
- dotycząca postępowania ze zwłokami osób zmarłych w Szpitalu oraz po zgonie na chorobę zakaźną.

(akta kontroli str. 101-114, 676-683)

Według ww. procedur, jeżeli nie jest możliwe określenie płci dziecka, postępuje się zgodnie z tym, co wskazano w pkt. 2.9.-2.10. wystąpienia. Następnie położna lub pielęgniarka powiadamia firmę odbierającą zwłoki o potrzebie ich przetransportowania.

(akta kontroli str. 101-112)

W okresie objętym kontrolą Szpital realizował odbiór i przewóz zwłok na podstawie umowy zawartej z podmiotem zewnętrznym oraz zleceń na wykonanie usług transportowych w tym zakresie.

(akta kontroli str. 684-691)

Od 2016 roku na cmentarzu komunalnym w Żarach funkcjonuje mogiła zbiorowa z grobem dzieci utraconych. W zależności od potrzeby i częstotliwości forma pochówku jest dowolna⁷². Wydatki na organizację pochówków są zryczałtowane i zostały scedowane na administratora cmentarza, na podstawie umowy zawartej w tym celu pomiędzy administratorem, a gminą miejską Żary.

(akta kontroli str. 692-696)

Zgodnie z procedurą postępowania ze zwłokami dzieci martwo urodzonych⁷³ bez względu na czas trwania ciąży, zwłoki dzieci przekazywane są do prosektorium, skąd następnie odbierane są przez zakład pogrzebowy, z którym Szpital w październiku 2019 roku zawarł porozumienie⁷⁴.

(akta kontroli str. 696-698)

⁷¹ Personel zaznaczył przy tym, że nie ma możliwości przekazania np. opaski z rączki dziecka, z którą musi ono zostać przewiezione do sali pro morte i prosektorium.

⁷² Istnieje możliwość pochówku zarówno w trumnie jak i urnie.

⁷³ W wersji obowiązującej od 30 września 2019 r.

⁷⁴ Porozumienie zawarto na czas nieokreślony.

Prezes Spółki określiła, że w większości przypadków dotyczących poronień zupełnych nie pozostają jakiegokolwiek szczątki ludzkie, które podlegałyby spoieleniu.

(akta kontroli str. 696-698)

Badanie dokumentacji medycznej 18 pacjentek (wybranych spośród pacjentek, o których mowa w pkt. 3.2.-3.3. niniejszego wystąpienia), które poroniły bądź urodziły martwe dziecko wykazało m.in., że:

- w 16 przypadkach Szpital zlecił przeprowadzenie badań histopatologicznych podmiotom, z którymi zawarto stosowne umowy⁷⁵; w jednym przypadku nastąpiło poronienie całkowite (brak materiału do badania), a w kolejnym przypadku poród nastąpił w domu (brak przesłanek do przeprowadzenia badania). Szpital każdorazowo otrzymywał wyniki zleconych badań⁷⁶;
- dla 12 martwo urodzonych dzieci sporządzono skierowania zwłok do chłodni, skąd zwłoki zostały odebrane przez rodziny (osoby uprawnione), za pośrednictwem wskazanych przez nich zakładów pogrzebowych, celem dokonania pochówku⁷⁷; w jednym przypadku nastąpiło poronienie całkowite (brak zwłok do pochówku), natomiast w 5 przypadkach matki odstąpiły od możliwości dokonania pochówku we własnym zakresie, na co złożyły stosowne oświadczenia, przy czym w Szpitalu nie udokumentowano dalszego postępowania w tych przypadkach, co szerzej opisano w dalszej części wystąpienia pokontrolnego, w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 736-752)

3.9. W okresie objętym kontrolą złożono dwie skargi⁷⁸ dotyczące funkcjonowania Oddziału. W jednym przypadku skargę uznano za niezasadną⁷⁹, w drugim, w związku z postępowaniem wyjaśniającym prowadzonym przez Rzecznika Praw Pacjenta, Szpital przesłał niezbędne wyjaśnienia oraz kopie dokumentacji medycznej skarżącej pacjentki⁸⁰.

(akta kontroli str. 699-702, 761-762)

3.10. W toku kontroli, do 33 pacjentek hospitalizowanych w Szpitalu w latach 2017-2020⁸¹, które doświadczyły niepowodzenia położniczego skierowano prośbę o udzielenie informacji (na załączonym druku) w celu uzyskania informacji o otrzymanej opiece. W uzyskanych zwrotnie 15 ankietach, pacjentki w większości oceniły pozytywnie otrzymaną opiekę (14). Większość pacjentek: każdorazowo była pytana o zgodę na przeprowadzenie jakiegoś zabiegu (10)⁸², miała możliwość skorzystania z pomocy psychologa (14), z czego w większości przypadków

⁷⁵ W okresie objętym kontrolą Szpital zawarł umowy z trzema podmiotami świadczącymi na jego rzecz badania laboratoryjne, w tym histopatologiczne – badania były najczęściej wykonywane przez Szpital Uniwersytecki im. Karola Marcinkowskiego w Zielonej Górze Sp. z o.o.

⁷⁶ Przekazany do badania materiał nie był zwracany.

⁷⁷ W tym w jednym przypadku na wniosek matki przygotowano materiał genetyczny, który następnie został jej wydany.

⁷⁸ W 2017 r. – 1 skarga złożona w Szpitalu; w 2018 r. – 1 skarga złożona bezpośrednio do Rzecznika Praw Pacjenta, 2019 r. – brak skarg.

⁷⁹ Skarga dotyczyła braku wykonania badania pacjentce, która zgłosiła się na Oddział po tym, jak nie zastała lekarza prowadzącego jej ciążę w poradni „K”. Ustalono, że głównym celem wizyty było otrzymanie zwolnienia (które w efekcie pacjentka uzyskała na Oddziale); pacjentka nie zgłaszała żadnych dolegliwości, które mogły być przesłanką do konieczności przeprowadzenia nieplanowanego badania na Oddziale zamiast w późniejszym terminie w poradni „K”.

⁸⁰ Skarga dotyczyła m.in. naruszenia praw pacjenta do świadczeń zdrowotnych i informacji o stanie zdrowia. Według stanu na dzień 27.02.2020 r. Szpital nie otrzymał informacji o wynikach postępowania prowadzonego przez Rzecznika Praw Pacjenta.

⁸¹ Z tego 20 korespondencyjnie, a 13 do pacjentek przebywających w Oddziale w toku kontroli NIK.

⁸² W jednej ankiecie nie zaznaczono odpowiedzi na pytanie z tego obszaru.

następowało to z inicjatywy szpitala (12), była traktowana przez personel życzliwie (14), a opiekę w Szpitalu ocenia bardzo dobrze lub dobrze (13). Personel Szpitala w przypadku wyrażenia woli przez pacjentkę umożliwił jej pożegnanie się ze zmarłym dzieckiem (3), jednak część pacjentek takiej woli nie wyrażała (5).

Jedna pacjentka źle oceniła opiekę w Szpitalu wskazując na lekceważący i arogancki stosunek lekarzy do jej osoby. Kolejna pacjentka zaznaczyła, iż nie otrzymała informacji nt. możliwości dokonania pochówku nienarodzonego dziecka, przeprowadzenia badań genetycznych i skorzystania z zasiłku macierzyńskiego.

(akta kontroli str. 703-733)

Z wyjaśnień Prezes Szpitala odnoszących się do oceny negatywnej jednej z pacjentek wynika, że pacjentka ta musiała zostać poinformowana o możliwości dokonania pochówku, przeprowadzenia badań genetycznych oraz pozostałych przysługujących jej prawach. Jednak brak szczegółowych informacji dotyczących przypadku, którego dotyczy zarzut, nie pozwala na dokładne ustosunkowanie się do niego. Ponadto Prezes wskazała, że cały zespół medyczny mający kontakt z pacjentkami doświadczającymi niepowodzeń położniczych stara się być empatyczny i szczególnie zaangażowany, niemniej jednak odczucia pacjentek są subiektywne, a ich oczekiwania mogą wykraczać poza oferowaną opiekę i procedury przyjęte w Szpitalu.

(akta kontroli str. 734-735)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

1. W 11 przypadkach nie dopełniono obowiązku udokumentowania faktu poinformowania pacjentek, które doświadczyły poronienia o przysługujących im prawach. Zgodnie z obowiązującą w Szpitalu procedurą wewnętrzną, w zakresie postępowania ze zwłokami dzieci martwo urodzonych, podpisana przez pacjentkę informacja w tym zakresie powinna znaleźć się w jej indywidualnej dokumentacji medycznej⁸³.

Prezes Szpitala wyjaśniła, że powyższe było spowodowane przeoczeniem oraz że personel medyczny odpowiedzialny za właściwe prowadzenie dokumentacji medycznej został już ponownie poinformowany i zobligowany do postępowania zgodnie z wewnętrzną procedurą.

(akta kontroli str. 101-114, 645-655)

2. W przypadku pięciu poronień⁸⁴ (do 22 tygodnia ciąży) w Szpitalu brak było dokumentów potwierdzających pochowanie zwłok albo ich spopielenie, co stanowiło naruszenie przepisu § 7 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 7 grudnia 2001 r. w sprawie postępowania ze zwłokami i szczątkami ludzkimi⁸⁵.

Prezes Spółki wyjaśniła, że: *Z uwagi na niejednoznaczne i rozproszone w różnych aktach normatywnych, a także w różnych gałęziach prawa przepisy regulujące problematykę pochówku dzieci martwo urodzonych zarówno nasz Szpital, jak i inne placówki służby zdrowia, borykają się z ogromnymi trudnościami w rozumieniu i przestrzeganiu tych przepisów. Dotyczy to zwłaszcza relacji pomiędzy przepisami rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie postępowania ze zwłokami i szczątkami*

⁸³ Procedura obowiązuje od 1.03.2017 r., jednakże w wersji obejmującej informację dla pacjentki i obowiązek jej dołączenia do indywidualnej dokumentacji medycznej obowiązuje od 20.11.2018 r.

⁸⁴ Badaniem objęto dokumentację 18 pacjentek, które poroniły bądź urodziły martwe dziecko w latach 2017-2019.

⁸⁵ Dz. U. Nr 153 poz. 1783, ze zm.

ludzkimi, które posługuje się kategorią dzieci martwo urodzonych bez względu na czas trwania ciąży, a przepisami rozporządzenia tego samego Ministra z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania, które dla celów związanych z prowadzeniem dokumentacji medycznej jako martwe urodzenie kwalifikuje wyłącznie przypadki po upływie 22 tygodnia ciąży. Dodatkowo dochodzą jeszcze przepisy z zakresu aktów stanu cywilnego oraz pomocy społecznej (zasilek pogrzebowy), co nastręcza kolejnych trudności we właściwej interpretacji tych przepisów.

Nie mniej jednak w celu wyeliminowania jakichkolwiek wątpliwości i błędów w postępowaniu ze zwłokami, w tym dzieci martwo urodzonych, w Szpitalu poczyniono już kroki do prawidłowego uregulowania kwestii postępowania ze zwłokami dzieci martwo urodzonych. W tym celu, w październiku 2019 roku, Szpital zawarł porozumienie z zakładem pogrzebowym, który zobowiązał się do odbioru i dokonywania pochówków zwłok dzieci martwo urodzonych. Począwszy od tego czasu zwłoki dzieci martwo urodzonych, bez względu na czas trwania ciąży trafiają do chłodzi, co dokumentowane jest w księdze przyjęcia i wydania zwłok⁸⁶ i co jest zgodne ze zaktualizowaną we wrześniu 2019 roku procedurą obowiązującą w Szpitalu.

(akta kontroli str. 101-111, 696, 736, 753-760)

OCENA CZĄSTKOWA

Szpital zapewnił pacjentkom, które doświadczyły niepowodzenia położniczego możliwość skorzystania w Oddziale z pomocy psychologicznej, a także odpowiednie warunki pobytu, w tym: wyposażenia, techniczne, lokalowe oraz poczucie intymności. Dokumentacja medyczna prowadzona była prawidłowo, za wyjątkiem nieudokumentowania faktu poinformowania pacjentek o przysługujących im prawach (11 przypadków). W pięciu przypadkach pochówku dzieci martwo urodzonych sposób dokumentowania nie odpowiadał obowiązującym wymogom.

Podkreślenia wymaga fakt prowadzenia przez Szpital jedyne w województwie hospicjum perinatalnego, zapewniającego kompleksową opiekę ciężko choremu, nienarodzonemu dziecku i umożliwienie spędzenia ostatnich chwil życia noworodka w otoczeniu rodziny i bliskich.

IV. Wnioski

Wnioski

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

1. Przestrzeganie szczegółowych warunków realizacji świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego, dotyczących zapewnienia odpowiedniego pod względem posiadanych uprawnień personelu medycznego Oddziału.
2. Podjęcie działań organizacyjnych mających na celu ograniczenie, a w przypadku poprawy sytuacji w zatrudnianiu lekarzy specjalistów, wyeliminowania przypadków nieprzerwanego udzielania przez lekarzy świadczeń zdrowotnych przez zbyt długi okres.
3. Wprowadzenie zmian w regulaminie organizacyjnym Szpitala polegających na określeniu sposobu realizacji i dokumentowania wskaźników opieki okołoporodowej oraz częstotliwości ich monitorowania.

⁸⁶ Od listopada 2019 r. Szpital prowadzi odrębną księgę przyjęcia i wydania zwłok dzieci martwo urodzonych, wobec których matka, bądź inna osoba uprawniona złożyła oświadczenie o braku zamiaru dokonania pochówku we własnym zakresie.

4. Przestrzeganie obowiązku informowania pacjentek, które doświadczyły poronienia o przysługujących im prawach.
5. Przestrzeganie wymogów dotyczących dokumentowania pochówku dzieci martwo urodzonych.

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 Zielonej Górze. 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 30 dni od otrzymania wystąpienia pokontrolnego, o sposobie wykonania wniosków pokontrolnych oraz o podjętych działaniach lub przyczynach niepodjęcia tych działań.

W przypadku wniesienia zastrzeżeń do wystąpienia pokontrolnego, termin przedstawienia informacji liczy się od dnia otrzymania uchwały o oddaleniu zastrzeżeń w całości lub zmienionego wystąpienia pokontrolnego.

Zielona Góra, 21 maja 2020 r.

Kontrolerzy
Mariusz Kniat
doradca prawny

Najwyższa Izba Kontroli
Delegatura w Zielonej Górze
p.o. Dyrektora
Włodzimierz Stobrawa

.....
podpis

.....
podpis

Patrycja Woźniak
starszy inspektor k.p.

.....
podpis