



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI
Delegatura w Zielonej Górze

LZG.410.003.02.2020

Agnieszka Zaręba
Dyrektor Samodzielnego Publicznego
Zakład Opieki Zdrowotnej w Sulęcinie

ul. Witosa 7
69-200 Sulęcín

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

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

I. Dane identyfikacyjne

Jednostka kontrolowana	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Sulęcinie ¹ , ul. Witosa 7, 69-200 Sulęcín (<i>Szpital</i> lub <i>SP ZOZ</i>)
Kierownik jednostki kontrolowanej	Agnieszka Zaręba, Dyrektor SP ZOZ od 4 grudnia 2007 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 zapewniające 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 ²
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Zielonej Górze
Kontroler	Mariusz Kniat, doradca prawny, upoważnienie do kontroli nr LZG/7/2020 z 15 stycznia 2020 r. (akta kontroli str. 1-4)

¹ SP ZOZ w Sulęcinie jest samorządową osobą prawną Powiatu Sulęcińskiego.

² Dz. U. z 2019 r. poz. 489, dalej: *ustawa o NIK*.

II. Ocena ogólna³ kontrolowanej działalności

OCENA OGÓLNA

Szpital zapewnił pacjentkom odpowiednie warunki pobytu, w tym wyposażenia technicznego oraz lokalowego. Przyjęte rozwiązania umożliwiały pacjentkom zachowanie intymności, a doświadczającym niepowodzenia położniczego⁴ zagwarantowano warunki odosobnienia od pacjentek, które urodziły lub oczekiwały na urodzenie zdrowego dziecka. Oddział Położniczo-Ginekologiczny-Rooming-in (dalej: *Oddział*) wyposażony był w odpowiednią aparaturę i sprzęt medyczny, który – poza dwoma wyjątkami⁵ – posiadał aktualne przeglądy wykonywane przez uprawnione podmioty.

W Oddziale zapewniono odpowiednią liczbę lekarzy posiadających wymagane kwalifikacje, a personel podnosił swoje kwalifikacje, uczestnicząc systematycznie w szkoleniach, w tym z zakresu opieki okołoporodowej. Kierownictwo Szpitala udzielało personelowi Oddziału odpowiedniego wsparcia w radzeniu sobie ze stresem i wypaleniem zawodowym. Od stycznia 2019 r. nie dochowano natomiast minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych. Stwierdzono także przypadki nieprzerwanego wykonywania przez lekarzy czynności zawodowych powyżej 48 godzin⁶, co stwarza ryzyko dla jakości świadczonej opieki i zapewnienia bezpieczeństwa pacjentkom.

W Szpitalu określono i monitorowano wskaźniki opieki okołoporodowej, jednak sposób ich realizacji i dokumentowania nie został określony w regulaminie organizacyjnym. Nie w pełni rzetelnie realizowano także obowiązki dotyczące gromadzenia w dokumentacji medycznej wymaganych oświadczeń pacjentek. Stwierdzono bowiem aż w 17 na 60 zbadanych przypadków brak zgody pacjentki na dokonanie zabiegu medycznego oraz brak udokumentowania realizacji obowiązku informowania pacjentek o przysługujących im uprawnieniach, w tym możliwości skorzystania z porady psychologicznej. W konsekwencji w zaledwie w dwóch przypadkach (3,3% zbadanych) pacjentki skorzystały z tej formy wsparcia, co może świadczyć o konieczności szerszego informowania o tej możliwości.

Podkreślenia wymaga, że jeszcze w toku kontroli podjęto lub zadeklarowano działania zmierzające do usunięcia stwierdzonych nieprawidłowości.

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

⁴ W przypadku poronienia, martwo urodzonego dziecka oraz śmierci dziecka do 6 doby życia.

⁵ Dotyczy braku przeglądu jednego aparatu KTG w roku 2018 oraz jednego kardiomonitora w roku 2019.

⁶ Na podstawie próby kontrolnej obejmującej dwa miesiące (lipiec, październik) w każdym roku w okresie 2017-2019 r. – stwierdzono 26 przypadków udzielania przez lekarzy świadczeń zdrowotnych nieprzerwanie przez okres ponad 48 godzin, w tym trzy przypadki nie krócej niż 72 godziny.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego oraz oceny cząstkowe⁷ 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. W Szpitalu, opieka nad pacjentkami, które doświadczyły poronienia, urodzenia martwego dziecka, czy zgonu dziecka tuż po porodzie (dalej: *niepowodzenia położnicze*), realizowana była⁸ na oddziale ginekologiczno-położniczym – rooming-in⁹ (dalej: *Oddział*), o pierwszym stopniu referencyjności. W strukturze organizacyjnej Oddziału wyodrębniono: szkołę rodzenia, położniczą izbę przyjęć, pododdział patologii ciąży, rooming-in, blok porodowy, pododdział położniczy oraz pododdział ginekologiczny, na którym umieszczano pacjentki, które doświadczyły niepowodzenia położniczego.

(akta kontroli str. 5-34, 241-268)

Pracę całego Oddziału organizuje i nadzoruje kierownik Oddziału (lekarz specjalista w zakresie ginekologii i położnictwa), natomiast pracę personelu położniczego /pielęgniarskiego pielęgniarka oddziałowa.

(akta kontroli str. 32-34)

1.2. W latach 2017-2019, w Szpitalu urodziło się ogółem 994¹⁰ noworodków, w tym m.in.:

- 992 żywo urodzonych (366 w 2017 r., 305 w 2018 r., 321 w 2019 r.);
- dwoje martwo urodzonych (po jednym w 2017 r. i w 2018 r.);
- jedno dziecko zmarło do 6. doby życia (w 2018 r.).

Łączna liczba poronień w ww. okresie wyniosła 142, z tego 51 w 2017 r., 49 w 2018 r. i 42 w 2019 r.

Nie wystąpiły przypadki powikłań po przebytych poronieniach z uszkodzeniem narządów płciowych.

(akta kontroli str. 35-52)

Przyczyną wszystkich poronień były zdarzenia samoistne, natomiast w przypadku dwóch martwych urodzeń – wada płodu lub zaburzenie genetyczne (przypadek z 2018 r.) oraz obumaracie wewnątrzmaciczne (przypadek z 2017 r.)

(akta kontroli str. 35-52)

1.3. W okresie objętym kontrolą¹¹, Oddział spełniał wymogi dla pierwszego poziomu referencyjnego dotyczące liczby i kwalifikacji lekarzy określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych

⁷ 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.

⁸ Na podstawie umowy nr 0403/0001/PSZ z dnia 29 września 2017 r. (wraz z aneksami) zawartej z Lubuskim Oddziałem Wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia w Zielonej Górze (dalej: *LOW NFZ*).

⁹ W okresie od dnia 01.01.2017 do dnia 06.11.2017 Oddział położniczo-ginekologiczny, a od dnia 07.11.2017 do nadal Oddział położniczo-ginekologiczny – rooming-in.

¹⁰ W 2017 r. – 367, w 2018 r. – 306, w 2019 r. – 321.

¹¹ Na podstawie próby kontrolnej obejmującej dwa miesiące (lipiec, październik) w każdym roku w okresie 2017-2019 r.

z zakresu leczenia szpitalnego¹² (dalej: *rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych*). Świadczeń zdrowotnych udzielało pięciu lekarzy specjalistów w zakresie ginekologii i położnictwa, w tym czterech zatrudnionych w ramach umów cywilnoprawnych oraz jeden zatrudnionych na podstawie umowy o pracę z klauzulą opt-out.

Ponadto Oddział miał zapewnioną stałą opiekę lekarza specjalisty w dziedzinie anestezjologii¹³.

(akta kontroli str. 207-212, 216-227)

W zakresie spełniania na Oddziale minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych, ustalanych na podstawie przepisu art. 50 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej¹⁴, stwierdzono m.in., że¹⁵:

- do końca 2018 r. spełnione były ww. normy;
- w lipcu oraz październiku 2019 r.; a także w toku kontroli NIK¹⁶ na Oddziale nie spełniano norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych¹⁷, co szerzej opisano w dalszej części wystąpienia pokontrolnego, w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 114-119, 207-208, 213-215)

1.4. Szpital opracował program dostosowania pomieszczeń i urządzeń do wymogów rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r. w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą¹⁸, który decyzją z dnia 10 grudnia 2012 r. został pozytywnie zaopiniowany przez Lubuski Państwowy Wojewódzki Inspektorat Sanitarny (dalej: *LPWIS*).

(akta kontroli str. 55-59)

Ustalono, że według stanu na dzień 15 grudnia 2017 r. Oddział nie spełniał czterech wymagań określonych w ww. rozporządzeniu¹⁹, przy czym wszystkie te niezgodności zostały zakwalifikowane jako „nieznaczne” dla bezpieczeństwa pacjentów.

W wyniku zakończenia w sierpniu 2019 r. inwestycji pn. „Rozbudowa i przebudowa Oddziału Położniczo-Ginekologicznego, Noworodkowego oraz sali cesarskich cięć w Szpitalu Powiatowym w Sulęcinie” wszystkie ww. niezgodności zostały usunięte.

(akta kontroli str. 55-93)

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 (5 szt.), kardiomonitory (4 szt.).

(akta kontroli str. 94-96, 207-208, 241-268)

¹² Dz. U. z 2017 r. poz. 2295, ze zm.

¹³ Poprzez oddelegowanie w zależności od potrzeb Oddziału jednego z zatrudnionych w Szpitalu lekarzy anestezjologów (w okresie objętym kontrolą w Szpitalu zatrudniano od 4 do 5 lekarzy anestezjologów). Dla potrzeb operacyjnych Oddziału wydzielono dwa dni w tygodniu (wtorek, czwartek), w których anestezjodolodzy byli kierowani w pierwszej kolejności do Oddziału.

¹⁴ Dz. U. z 2020 r. poz. 295, ze zm.

¹⁵ Na podstawie próby kontrolnej obejmującej dwa miesiące (lipiec, październik) w każdym roku w okresie 2017-2019 r.

¹⁶ Wg stanu na koniec lutego oraz na koniec kwietnia 2020 r.

¹⁷ W lipcu 2019 r. (15,07 etatu poniżej normy), w październiku 2019 r. (15,07 etatu poniżej normy), w lutym 2020 r. (14,65 etatu poniżej normy) w kwietniu 2020 r. (14,57 etatu poniżej normy).

¹⁸ Dz. U. poz. 739; uchylone z dniem 1 kwietnia 2019 r.

¹⁹ Tj.: brak śluzu umywalkowo-fartuchowej wyposażanej w umywalkę, brak śluzu szatniowej przed salą zabiegowo-operacyjną cesarskich cięć, przystosowanie zespołu porodowego o obowiązujących wymagań, w tym wyposażenia w śluzę umywalkowo-fartuchową, przebudowa istniejących pomieszczeń celem przystosowania do obowiązujących wymagań dla sal operacyjnych.

Sprzęt ten poddawany był regularnym przeglądom technicznym, z częstotliwością wymaganą przez jego producenta (co 12 miesięcy), za wyjątkiem jednego aparatu KTG²⁰ w roku 2018 oraz jednego kardiomonitora²¹ w 2019 r., co szerzej opisano w dalszej części wystąpienia pokontrolnego, w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 94-101)

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 leczniczą²², instalacje i urządzenia wentylacji mechanicznej i klimatyzacji podlegały okresowemu przeglądowi, czyszczeniu lub dezynfekcji, lub wymianie elementów zgodnie z zaleceniami producenta i były dokumentowane.

(akta kontroli str. 102)

1.5. Analiza czasu pracy lekarzy²³ realizujących w Oddziale świadczenia zdrowotne w wybranych miesiącach objętych kontrolą²⁴ wykazała, że w 122 przypadkach lekarze udzielali świadczeń zdrowotnych nieprzerwanie przez okres ponad 24 godzin, z czego w:

- 2017 r. – było takich przypadków 21 (lipiec) i 22 (październik);
- 2018 r. – 21 (lipiec) i 20 (październik);
- 2019 r. – 20 (lipiec) i 18 (październik).

W 26 z ww. przypadków lekarze udzielali świadczeń zdrowotnych nieprzerwanie przez okres ponad 48 godzin, w tym w 3 przypadkach nie krócej niż 72 godziny²⁵, co szerzej opisano w dalszej części wystąpienia pokontrolnego, w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 114-119, 216-227)

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. 54)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

1. Wbrew zaleceniom producenta nie dokonywano wymaganych przeglądów (co 12 miesięcy) dwóch jednostek sprzętu medycznego użytkowanego na Oddziale, tj.: aparatu KTG²⁶ w roku 2018 oraz kardiomonitora²⁷ w 2019 r.

(akta kontroli str. 94-101)

Kierownik Działu Technicznego w Szpitalu wyjaśnił, że: *Brak dokonania wymaganych przeglądów technicznych wynikał z mojego przeoczenia. Jednocześnie informuję, że jeszcze w toku kontroli wykonano wymagane przeglądy, które wykazały sprawność techniczną tego sprzętu, a na przyszłość dołożę najwyższej staranności aby nie dochodziło już do takich błędów.*

(akta kontroli str. 101)

²⁰ Dotyczy aparatu KTG o numerze seryjnym 738XA24395617.

²¹ Dotyczy kardiomonitora o numerze seryjnym SP318311575WA.

²² Dz. U. poz. 595.

²³ W tym jeden zatrudniany na podstawie umowy o pracę z klauzulą opt-out.

²⁴ Na podstawie próby kontrolnej obejmującej dwa miesiące (lipiec, październik) w każdym roku w okresie 2017-2019 r.

²⁵ 2 przypadki – 79 godzin, 1 przypadek – 80 godzin.

²⁶ Dotyczy aparatu KTG o numerze seryjnym 738XA24395617.

²⁷ Dotyczy kardiomonitora o numerze seryjnym SP318311575WA.

W toku kontroli NIK, wykonano przeglądy okresowe ww. urządzeń, które potwierdziły ich sprawność techniczną.

(akta kontroli str. 94-100)

2. Analiza czasu pracy lekarzy realizujących w Oddziale świadczenia zdrowotne w wybranych miesiącach objętych kontrolą²⁸ wykazała, że w 26 przypadkach lekarze udzielali świadczeń zdrowotnych nieprzerwanie przez okres ponad 48 godzin, w tym w 3 przypadkach nie krócej niż 72 godziny²⁹.

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. 114-119, 216-227)

Dyrektor Szpitala wyjaśniła, że: *W pierwszej kolejności pragnę wyjaśnić, że obowiązujące przepisy prawa nie limitują czasu pracy lekarzy kontraktowych. Jednocześnie mam świadomość, że stanem pożądanym byłoby zapewnienie lekarzom niezależnie od formy zatrudnienia odpowiednich przerw w wykonywaniu obowiązków. Z uwagi na dramatyczną sytuację dotyczącą możliwości pozyskiwania do pracy w naszym Szpitalu lekarzy specjalistów jesteśmy zmuszeni korzystać z długotrwałych dyżurów lekarskich w celu spełnienia standardów i wymogów kontraktu z NFZ. Z powodu braku lekarzy specjalistów oddziały położniczo - ginekologiczne w Polsce są zamykane lub zawieszają swoją pracę do czasu uzupełnienia personelu.*

Podkreślenia wymaga, że w okresie objętym kontrolą nie doszło do jakichkolwiek przypadków narażenia bezpieczeństwa zdrowia i życia pacjentek z powodu takiej organizacji czasu pracy. Jednocześnie deklaruję, że w sytuacji poprawy dostępności lekarzy specjalistów będziemy dążyć do ograniczenia takich przypadków.

(akta kontroli str. 114-119)

3. Na Oddziale nie zostały spełnione normy zatrudnienia pielęgniarek i położnych w objętych badaniem miesiącach³⁰, ustalone na podstawie przepisu art. 50 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, w następującym zakresie:

- w lipcu 2019 r. (15,07 etatu poniżej normy³¹);
- w październiku 2019 r. (15,07 etatu poniżej normy³²);
- w lutym oraz w kwietniu 2020 r. (odpowiednio: 14,65 oraz 14,57 etatu poniżej normy³³).

(akta kontroli str. 114-119, 207-208, 213-215)

Dyrektor Szpitala wyjaśniła, że: *Od 01.01.2019 r. Oddział Położniczo-Ginekologiczny – Rooming – In nie spełnia norm zatrudnienia wynikających z rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 11 października 2018 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego*

Z uwagi na wytyczne dotyczące norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w przeliczeniu na łóżka, a nie na leczonych pacjentów, zmniejszamy z 35 do 20 liczbę łóżek

²⁸ Na podstawie próby kontrolnej obejmującej dwa miesiące (lipiec, październik) w każdym roku w okresie 2017-2019 r.

²⁹ 2 przypadki – 79 godzin, 1 przypadek – 80 godzin.

³⁰ Na podstawie próby kontrolnej obejmującej dwa miesiące (lipiec, październik) w każdym roku w okresie 2017-2019 r.

³¹ Zatrudnienie wynosiło – 16,3 etatu, norma – 29,8 etatu.

³² Zatrudnienie wynosiło – 16,86 etatu, norma – 29,8 etatu.

³³ Zatrudnienie wynosiło – w lutym 15,43 etatu, norma – 30,09 etatu, w kwietniu 15,35 etatu, norma – 30,02 etatu.

na oddziale położniczo-ginekologicznym-rooming-in. Jednocześnie powołując się na uwagi Wojewody Lubuskiego w piśmie z dnia 22.01.2020 r. nie możemy dokonać radykalnej zmiany liczby łóżek, tj. poniżej 20 łóżek z uwagi na konieczność zapewnienia bezpieczeństwa pacjentom i ich dostęp do świadczeń w tym zakresie.

Mam nadzieję, że wybór między wypełnieniem norm, a drastycznym zmniejszeniem liczby łóżek z uwagi na brak personelu, jest rozsądnym rozwiązaniem w tej sytuacji.

Pragnę zaznaczyć, że opóźnienie w decyzji, co do zmniejszenia liczby łóżek było związane z wieloma czynnikami m.in. powszechnie panujące wśród przedstawicieli podmiotów leczniczych przekonanie o nieracjonalnym przez pomysłodawców rozwiązaniu problemu, nieustannych próbach pozyskania personelu zapewniającego ustawowy wymóg, czy też próby wyjaśnienia niespójnych stanowisk, co do samych wyliczeń norm. Szpital nie pozostawał bierny, co do problemu. Prowadził szereg działań, które ze względu na to, że cały kraj boryka się z problemem braku chętnych na rynku pracy, szczególnie na ścianie zachodniej, kończyły się niepowodzeniem. Mamy świadomość, że samo papierowe spełnienie wymogu, jako dokonanie zmian w Rejestrze Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą nie rozwiązuje problemu, tym bardziej nie wypełnia celu i ducha ustawy.

Nie bez znaczenia dla nas były zapowiedzi Ministra Zdrowia i Narodowego Funduszu Zdrowia, co do planowanych aktualizacji map potrzeb zdrowotnych, kwestia istotna ze względu na kierunek dla dalszego rozwoju jednostki. Nasze działania nie powodowały utrudnienia w zapewnieniu dostępności do świadczeń i zapewniam, że niesprawiedliwym byłoby też stwierdzenie, iż szpital „oszczędzał” na bezpieczeństwie pacjentów.

(akta kontroli str. 114-119)

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, który – poza dwoma wyjątkami³⁴ – posiadał aktualne przeglądy wykonywane przez uprawnione podmioty.

W Oddziale zapewniono odpowiednią liczbę lekarzy posiadających wymagane kwalifikacje. Od stycznia 2019 r. nie dochowano natomiast minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych. Stwierdzono także przypadki nieprzerwanego wykonywania przez lekarzy czynności zawodowych powyżej 48 godzin³⁵, co stwarza ryzyko dla jakości świadczonej opieki i zapewnienia bezpieczeństwa pacjentkom.

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. Dyrektor Szpitala w formie zarządzenia³⁶ określiła wskaźniki opieki okołoporodowej, przy czym sposób realizacji oraz dokumentowania działań dotyczących ustalania i monitorowania tych wskaźników nie został zawarty w regulaminie organizacyjnym Szpitala, tj. w formie, o której mowa w ust. 3 części I załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej³⁷, co szerzej opisano w dalszej części wystąpienia pokontrolnego, w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

³⁴ Dotyczy braku przeglądu jednego aparatu KTG w roku 2018 oraz jednego kardiomonitora w roku 2019.

³⁵ Na podstawie próby kontrolnej obejmującej dwa miesiące (lipiec, październik) w każdym roku w okresie 2017-2019 r. – stwierdzono 26 przypadków udzielania przez lekarzy świadczeń zdrowotnych nieprzerwanie przez okres ponad 48 godzin, w tym trzy przypadki nie krócej niż 72 godziny.

³⁶ Zarządzenie Nr 22/2018 z dnia 31 grudnia 2018 r.

³⁷ Dz. U. poz. 1756.

(akta kontroli str. 103, 107-119)

Od dnia 1 stycznia 2019 r. obowiązywały dwa wskaźniki, tj.: 1) wskaźnik monitorowania karmienia naturalnego – liczba noworodków karmionych naturalnie w stosunku do ogółu noworodków; 2) wskaźnik poziomu satysfakcji ogólnej położnic (pacjentek Oddziału) – na podstawie przeprowadzanych ankiet. Dla każdego z ww. wskaźników ustalono mierniki oceny wyników³⁸, a także obowiązek ich monitorowania nie rzadziej niż raz w roku.

(akta kontroli str. 103)

Analiza badań monitoringowych³⁹ ww. wskaźników wykazała, że:

- przyjęty wskaźnik poziomu satysfakcji ogólnej ankietowanych pacjentek został osiągnięty na poziomie – bardzo dobrym⁴⁰;
- przyjęty wskaźnik monitorowania karmienia naturalnego został osiągnięty na poziomie – bardzo dobrym⁴¹.

(akta kontroli str. 104-106)

2.3. W zakresie dotyczącym opieki nad pacjentkami, które poroniły, urodziły martwe dziecko lub których dziecko zmarło wkrótce po porodzie w Szpitalu obowiązywały następujące procedury:

- Qi-SO-1.1. *Postępowanie personelu medycznego w stosunku do rodziców/opiekunów dzieci martwo urodzonych bez względu na czas trwania ciąży (ISO 9001:2008 Zestaw Standardów Akredytacyjnych 2009) - obowiązywała od 14.06.2014 r. do 19.11.2019 r.;*
- WIS 16 *Postępowanie personelu medycznego w stosunku do rodziców/opiekunów dzieci martwo urodzonych bez względu na czas trwania ciąży – obowiązywała od 19.11.2019 r.*

(akta kontroli str. 120-141)

Ww. procedury zostały opracowane przez Naczelną Pielęgniarkę oraz zatwierdzone przez Dyrektora Szpitala. Pracownicy Oddziału każdorazowo składali pisemne oświadczenie o zapoznaniu się z treścią tych dokumentów i zobowiązaniu się do ich stosowania. W ww. procedurach określono m.in. cel ich wprowadzenia, terminologię pojęć, sposób postępowania (w tym obowiązki Szpitala i prawa rodziców/opiekunów), a także zakres uprawnień i obowiązków poszczególnych kategorii personelu.

(akta kontroli str. 120-141)

Analiza postanowień ww. procedur wykazała m.in., że obowiązujące od 1 stycznia standardy opieki okołoporodowej, zostały wprowadzane do regulacji wewnętrznych Szpitala dopiero w dniu 19 listopada 2019 r., co szerzej opisano w dalszej części wystąpienia pokontrolnego, w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 114-120, 129-141, 199-203)

Ponadto w Szpitalu obowiązywały procedury dotyczące sposobu postępowania ze zwłokami osób zmarłych, określone w dokumencie pn. WIS 12 *Postępowanie ze zwłokami osób zmarłych w szpitalu oraz ze szczątkami ludzkimi* – obowiązywała od 14.06.2014 r.

(akta kontroli str. 120, 142-158)

³⁸ W skali: zły, dobry, bardzo dobry – oceny uzależnione od osiągnięcia określonych procentowo progów.

³⁹ Wyniki analizy badań monitoringowych z dnia 2 stycznia 2020 r. sporządzone przez Kierownika Oddziału, Naczelną Pielęgniarkę oraz Pielęgniarkę Oddziałową.

⁴⁰ Ankietowaniem objęto 25 pacjentek Oddziału w miesiącach wrzesień-październik 2019 r.

⁴¹ Spośród wszystkich noworodków objętych monitoringiem – 256 było karmionych naturalnie (79,5%) – przyjęty próg dla oceny bardzo dobrej >75%.

Wyniki badania dotyczącego przestrzegania ww. procedur zawarto w pkt. 3.3.-3.8. wystąpienia pokontrolnego.

2.4.-2.6. Personel medyczny Oddziału (lekarze pielęgniarki, położne, lekarze) uczestniczył corocznie w szkoleniach zewnętrznych i wewnętrznych z zakresu opieki okołoporodowej, z czego, w poszczególnych latach objętych kontrolą, odpowiednio: 8, 7, 8 szkoleniach zewnętrznych i 12, 10, 9 szkoleniach wewnętrznych.

Liczba uczestników ww. szkoleń wynosiła ogółem 477 (pracownicy uczestniczyli w kilku szkoleniach), z tego w roku 2017 – 228, w roku 2018 – 129, a w roku 2019 – 120.

Liczba osób (personel medyczny), która uczestniczyła w szkoleniach zewnętrznych wahała się między jedną osobą (np. w szkolenie dotyczące: metody diagnostyczne i obrazowe we współczesnym położnictwie i ginekologii, algorytmy postępowania w położnictwie i ginekologii, kurs kolposkopowy) a 14 osobami (szkolenie dla pielęgniarek i położnych dotyczące resuscytacji oddechowo-kръżeniowej u noworodka).

W poszczególnych szkoleniach wewnętrznych uczestniczyło od pięciu (szkolenia dotyczące: zdarzeń niepożądanych oraz błędów laboratoryjnych) do 20 osób (szkolenia dotyczące: pobierania krwi pępowinowej, zaklinowania barków w czasie porodu, błędów przedlaboratoryjnych).

(akta kontroli str. 165-171)

W latach 2017-2019, wydatki na szkolenie personelu medycznego poniesione przez Szpital wyniosły łącznie 90,6 tys. zł, z czego na szkolenia w Oddziale – 12,8 tys. zł (14,1%). Łączny koszt szkoleń dotyczących standardów opieki okołoporodowej wyniósł 2,0 tys. zł (2,2% ogółu poniesionych wydatków na szkolenia).

(akta kontroli str. 171)

Według Dyrektora Szpitala Wiedzę o standardach opieki okołoporodowej personel pozyskiwał zarówno w trakcie szkoleń, jak i poprzez wymianę doświadczeń i informacji pomiędzy pracownikami. Korzystamy również z czasopism medycznych, a także specjalistycznych portali branżowych prezentujących najnowszą wiedzę w tym obszarze. Ponadto wszyscy pracownicy zostali zapoznani z obowiązującymi przepisami i procedurami wewnętrznymi w tym zakresie.

(akta kontroli str. 114-119)

Dyrektor Szpitala wskazując na mechanizmy pozwalające na sprawdzenie właściwego przygotowania personelu medycznego, wyjaśniła: *W Szpitalu formalnie nie wprowadzono mechanizmów weryfikacji właściwego przygotowania personelu medycznego do pracy z takimi pacjentkami, jednakże taka weryfikacja następuje de facto codziennie poprzez bieżącą ocenę pracy personelu. Jako Dyrektor staram się również motywować i umożliwiać rozwój zawodowy personelu Oddziału m.in. poprzez organizowanie i kierowanie na szkolenia, kursy, specjalizację. Bardzo istotnym miernikiem, jakości pracy personelu są również wpływające do Dyrekcji i instytucji zewnętrznych skargi bądź sygnały o nieprawidłowościach, a w skrajnych przypadkach zawiadomienia karne za błędy medyczne, a co warte podkreślenia dotychczas nie było takich skarg i zawiadomień.*

(akta kontroli str. 114-119)

2.7.-2.8. W latach 2017-2019 personel medyczny opiekujący się pacjentkami doświadczającymi sytuacji szczególnych miał możliwość skorzystania z pomocy zatrudnionych w Szpitalu psychologów, jak i lekarzy psychiatrów.

Wybrani przedstawiciele personelu medycznego Oddziału (10 osób⁴²), odnosząc się do określonych aspektów swojej pracy z pacjentkami, które doświadczyły niepowodzenia położniczego, stwierdzili m.in., że:

- zasadnicza większość składających wyjaśnienia⁴³ nie spotkała się z trudnościami w pracy z pacjentkami doświadczającymi niepowodzeń położniczych; wskazywane trudności dotyczyły jedynie braku precyzyjnych przepisów dotyczących pogrzebu i pochówku po poronieniach, gdy w materiale poronnym nie stwierdzono wzrokowo martwego zarodka, a także rozbudowanej biurokracji;
- poza nielicznymi przypadkami (2) wskazano, że istnieje potrzeba doskonalenia zawodowego w pracy z takimi pacjentkami. Wskazano również, że najważniejsza w relacjach z takimi pacjentkami jest kultura osobista i empatia, tj. cechy bardzo trudne do nauczenia się w trakcie szkoleń;
- zasadnicza większość składających wyjaśnienia⁴⁴ nie odczuwała potrzeby przeciwdziałaniu tzw. „wypaleniu zawodowemu”, natomiast w jednym przypadku wskazano na ten efekt, jednak nie było to związane bezpośrednio z pracą z pacjentkami doświadczającymi niepowodzeń położniczych, a całością doświadczeń zawodowych;
- nie wystąpiły przypadki, w których zgłaszano potrzebę wsparcia psychologicznego, a jej nie uzyskano; zapewniano również o możliwości skorzystania z porady zatrudnionego w Szpitalu psychologa;
- wszyscy składający wyjaśnienia wskazali, że realizowane w Szpitalu formy wsparcia osób pracujących z pacjentkami doświadczającymi niepowodzeń położniczych są właściwe i wystarczające.

(akta kontroli str. 114-119, 172-191)

Odnosząc się do ww. spostrzeżeń personelu medycznego, Dyrektor Szpitala wskazała, że (...) z ogromną satysfakcją przyjmuję opinię pracowników Oddziału o radzeniu sobie ze stresem i trudnościami w pracy z pacjentkami dotkniętymi niepowodzeniem położniczym. W mojej ocenie świadczy to zarówno o ich profesjonalnym przygotowaniu, jak i dobrej atmosferze i współpracy w relacjach ordynator-lekarze-położne. Z uwagi na wskazywaną potrzebę dalszego doskonalenia zawodowego, deklaruję, że w miarę posiadanych możliwości finansowych postaramy się zorganizować kolejne szkolenia dotyczące standardów opieki okołoporodowej.

(akta kontroli str. 114-119)

2.9.-2.10. Przyjęta w Szpitalu procedura przewiduje poinformowanie pacjentki o przysługujących jej prawach w związku z sytuacją, w której się znalazła. Uprawnienie to obejmuje m.in. uzyskanie wyczerpujących informacji na temat praw pacjentki, w tym do pochówku, prawo do ustalenia płci martwo urodzonego dziecka, prawo do odmowy pochówku martwo urodzonego dziecka, a także możliwość pożegnania się z zmarłym dzieckiem oraz możliwość skorzystania z pomocy psychologicznej lub/i kontaktu z duchownym.

(akta kontroli str. 121-158)

W okresie objętym kontrolą Szpital nie nawiązał formalnej współpracy z żadną organizacją – grupami wsparcia. Pacjentkom udostępniano natomiast ulotki, m.in. pn. *Poronienie. Co dalej?* informujące m.in. o prawach związanych ze zdarzeniem; możliwością poznania przyczyn poronienia, w tym jak przygotować się do kolejnej

⁴² Trzech lekarzy, w tym kierownik Oddziału oraz siedem położnych/pielęgniarek.

⁴³ 90%.

⁴⁴ 90%.

ciąży i zwiększyć szansę na urodzenie dziecka; o możliwości skorzystania z pomocy specjalistów oraz grup wsparcia. W ulotce wskazano telefony zaufania oraz adresy mailowe i strony internetowe, na których zainteresowane osoby mogą pozyskiwać pogłębioną wiedzę w przedmiotowym zakresie (np. www.poroniłam.pl lub [facebook.pl/poroniłam](https://www.facebook.com/poroniłam)).

(akta kontroli str. 114-119, 269-270)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

1. W regulaminie organizacyjnym Szpitala nie określono sposobu realizacji oraz dokumentowania działań dotyczących ustalania i monitorowania, wskaźników opieki okołoporodowej, co stanowiło naruszenie przepisu ust. 3 części I załącznika do rozporządzenia w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej.

(akta kontroli str. 103, 107-119)

Dyrektor Szpitala wyjaśniła, że: *Faktycznie wskutek przeoczenia przedmiotowe zapisy nie znalazły się w Regulaminie Organizacyjnym Szpitala, a były regulowane jedynie w zarządzeniu Dyrektora. W celu wyeliminowania tej nieprawidłowości jeszcze w toku kontroli NIK zostały zaktualizowane zapisy Regulaminu w celu dostosowania ich treści do wymogów rozporządzenia w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej.*

(akta kontroli str. 114-119)

W dniu 1 kwietnia 2020 r. Dyrektor Szpitala zarządzeniem⁴⁵ wprowadziła do regulaminu organizacyjnego Szpitala postanowienia dotyczące m.in. określenia wskaźników opieki okołoporodowej oraz sposobu i częstotliwości ich monitorowania.

(akta kontroli str. 107-113)

2. Obowiązujące od 1 stycznia 2019 r. standardy opieki okołoporodowej⁴⁶, zostały wprowadzane do regulacji wewnętrznych Szpitala dopiero w dniu 19 listopada 2019 r.

(akta kontroli str. 114-120, 129-138, 199-203)

Dyrektor Szpitala wyjaśniła, że: *Wprowadzenie z opóźnieniem do regulacji wewnętrznych obowiązujących standardów opieki okołoporodowej wynikało przed wszystkim ze złożoności tej materii, ogromu innych wykonywanych obowiązków, a także konieczności opracowania tych regulacji w sposób kompletny i w bardzo dobrej jakości. Pomimo braku aktualnych regulacji wewnętrznych stosowaliśmy przedmiotowe standardy od momentu ich wejścia w życie, tj. od początku 2019 r.*

(akta kontroli str. 114-119)

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, przy czym obowiązujące od początku 2019 r. standardy opieki okołoporodowej wprowadzono do regulacji wewnętrznych ze znacznym opóźnieniem. Ustanowiono i monitorowano wskaźniki okołoporodowe, jednak sposób ich realizacji i dokumentowania nie został określony w wymaganej formie (w regulaminie organizacyjnym).

⁴⁵ Zarządzenie Nr 7 z dnia 1.04.2020 r.

⁴⁶ Określone w przepisach rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej.

3. Świadczenia zapewniające pacjentkom stosowną pomoc

Opis stanu faktycznego

3.1. Oględziny wybranych pomieszczeń Oddziału, w których przebywają pacjentki, (pięciu pokoiów dla pacjentek⁴⁷, dwóch gabinetów zabiegowych⁴⁸, pokoju przyjęć dla pacjentek Oddziału⁴⁹ oraz Bloku porodowego⁵⁰), 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 leczniczą⁵¹, a w szczególności:

- w pokojach dla pacjentek: łóżka dostępne były z trzech stron, a odstęp między nimi umożliwiały swobodny dostęp do pacjentów. Szerokość pokoju pozwalała na wyprowadzenie łóżka. Pokoje wyposażone były w umywalkę z ciepłą i zimną wodą, dozownik z mydłem w płynie oraz pojemnik z ręcznikami jednorazowego użycia i pojemnik na zużyte ręczniki. Pacjentki miały zapewniony bezpośredni dostęp do światła dziennego. Meble znajdujące się w pokojach umożliwiały ich mycie oraz dezynfekcję, a połączenie ścian z podłogami wykonane było w sposób umożliwiający mycie i dezynfekcję. Pomieszczenie higieniczno-sanitarne (przynależne do pokoju⁵²) wyposażone było w miskę ustępową, umywalkę, dozownik z mydłem w płynie, pojemnik z ręcznikami jednorazowego użycia oraz pojemnik na zużyte ręczniki;
- gabinety zabiegowe/badań wyposażone były: w umywalkę z baterią z ciepłą i zimną wodą, dozownik z mydłem w płynie oraz środkiem dezynfekującym, zlew z baterią, a także w pojemniki z ręcznikami jednorazowego użycia wraz z pojemnikami na zużyte ręcznik. Gabinety zapewniały pacjentce poczucie intymności, okna zabezpieczone były przed dostępem osób trzecich. Dostęp do jednego z gabinetów był niemożliwy dla osób postronnych⁵³, a drugi gabinet wyposażony był w informację o trwającym badaniu⁵⁴;
- Blok porodowy⁵⁵ składał się m.in. z: trzech sal porodowych, w tym dwóch sal jednostanowiskowych i jednej sali dwustanowiskowej, a także w salę operacyjną dla porodów rozwiązywanych cięciem cesarskim wyposażoną w stanowisko resuscytacji noworodka, przed wejściem do Bloku porodowego zlokalizowana była śluza umywalkowo-fartuchowa.

Ponadto oględziny wykazały, że:

- w salach dla pacjentek oraz łazienkach znajdowały się przyciski systemu przywoławczego, w trakcie oględzin potwierdzono sprawność systemu w wybranych pomieszczeniach;
- wszystkie pomieszczenia Oddziału poddane oględzinom były czyste i panowały w nich higieniczne warunki;
- na korytarzu w Oddziale (na ogólnodostępnej tablicy ogłoszeń) zamieszczone zostały informacje o możliwości skorzystania z pomocy psychologicznej lub/i duszpasterskiej wraz ze wskazaniem właściwych telefonów.

(akta kontroli str. 207-208, 241-268)

⁴⁷ Pokoje nr 412, 413, 422, 428, 430.

⁴⁸ Gabinet zabiegowy – nr sali 424, pokój badań – nr sali 402/2.

⁴⁹ Nr sali – 425.

⁵⁰ W skład Bloku porodowego wchodziły m.in.: 3 sale porodowe, w tym 2 sale jednostanowiskowe i 1 sala dwustanowiskowa.

⁵¹ Dz. U. poz. 595.

⁵² Dotyczy pokoiów nr 422, 430, 428.

⁵³ Dotyczy – sali nr 402/2 – dostęp do gabinetu możliwy jest dopiero po przejściu przez zamykaną elektronicznie śluzę.

⁵⁴ Dotyczy – sali nr 424 – informacja świetlna nad drzwiami „NIE WCHODZIĆ”.

⁵⁵ W skład Bloku porodowego wchodziły m.in.: 3 sale porodowe, w tym 2 sale jednostanowiskowe i 1 sala dwustanowiskowa.

3.2.-3.3. Badanie dokumentacji medycznej pacjentek, które poroniły, urodziły martwe dziecko lub którym dziecko zmarło wkrótce po porodzie⁵⁶ w zakresie zgodności z wymogami rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 roku w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania⁵⁷ (dalej: *rozporządzenie w sprawie dokumentacji medycznej*) wykazało, że dokumentacja zawierała m.in.:

- 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 (§ 8 ust. 1 pkt 1 ww. rozporządzenia);
- oświadczenie pacjentki o upoważnieniu do uzyskiwaniu dokumentacji, ze wskazaniem osoby i nazwiska osoby upoważnionej (§ 8 ust. 1 pkt 2 ww. rozporządzenia);
- kartę: indywidualnej opieki pielęgniarskiej/położniczej, obserwacji, gorączkową, zleceń lekarskich;
- kartę znieczulenia⁵⁸;
- wyniki badań diagnostycznych;
- kartę informacyjną z wynikami badań wraz z opisem i wypisem ze Szpitala.

(akta kontroli str. 193-203)

Stwierdzono 17 przypadków⁵⁹ braku w dokumentacji medycznej oświadczeń pacjentek o wyrażeniu zgody na przeprowadzenie badania lub udzielenie innego świadczenia zdrowotnego (§ 8 ust. 1 pkt 3 ww. rozporządzenia), co szerzej opisano w dalszej części wystąpienia pokontrolnego, w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 193-203, 205-206)

W dokumentacji medycznej brak było również pisemnych potwierdzeń pacjentek dotyczących spełnienia przez Szpital wymogów wynikających ze standardów opieki okołoporodowej obowiązujących od 1 stycznia 2019 r., tj.: 1) uzyskania informacji o możliwości skorzystania z pomocy psychologicznej lub/i kontaktu z duchownym; 2) o uzyskaniu informacji o prawie do pochówku dziecka martwo urodzonego bez względu na czas trwania ciąży; 3) o możliwości pożegnania się dziecka ze zmarłym dzieckiem, co szerzej opisano w dalszej części wystąpienia pokontrolnego, w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 193-203, 205-206)

3.4.-3.5. W okresie objętym kontrolą Szpital posiadał zawarte umowy cywilnoprawne z dwoma psychologami świadczącymi usługi m.in. na Oddziale. Świadczenia psychologów były realizowane dla pacjentów od poniedziałku do piątku. W tych dniach udzielane są konsultacje, w tym zgłaszane są przez personel Oddziału bezpośrednio do poradni lub psychologa. Dodatkowo psycholog udzielał świadczeń na wezwanie personelu Oddziału.

(akta kontroli str. 204)

Spośród 60 objętych analizą przypadków (pkt 3.2.-3.3. wystąpienia pokontrolnego) w dwóch (3,3%), pacjentki skorzystały z pomocy psychologicznej, a dodatkowo

⁵⁶ Badanie obejmowało dokumentację 60 takich pacjentek, po 20 w 2017 r., 2018 r. i 2019 r.

⁵⁷ Dz. U. poz. 2069.

⁵⁸ W przypadku zastosowania znieczulenia anestetycznego przy cięciu cesarskim lub zabiegu abrazji.

⁵⁹ Dotyczy: 3 przypadków w 2017 r. (Numer KG: 1819/2017, 4222/2017, 3308/2017), 5 przypadków w 2018 r. (Numer KG: 3353/2018, 628/2018, 7880/2018, 5201/2018, 2496/2018), 9 przypadków w 2019 r. (Numer KG: 6016/2019, 5102/2019, 4654/2019, 9438/2019, 8274/2019, 7369/2019, 5498/2019, 2879/2019, 1461,2019).

w jednym przypadku wydano pacjentce skierowanie do poradni zdrowia psychicznego.

(akta kontroli str. 193-203, 205-206)

W pozostałych przypadkach w dokumentacji pacjentek nie odnotowywano faktu poinformowania ich o możliwości skorzystania z porady psychologa bądź braku zgody pacjentek na konsultację psychologiczną, co szerzej opisano w dalszej części wystąpienia pokontrolnego, w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 193-203, 205-206)

3.6. Badanie pacjentek, hospitalizowanych w Oddziale (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. 159-162)

3.7.-3.8. W Szpitalu z uwagi na brak wolnych i godnych pomieszczeń nie wyodrębniono odrębnego pomieszczenia tzw. „pokoju pożegnań”.

Wg Dyrektora Szpitala każda pacjentka przebywająca w Oddziale miała możliwość pożegnania się z własnym dzieckiem, jeżeli wyrażała taką wolę. Na sali, w której przebywa zawsze leży sama, ma możliwość przebywania z osobą bliską, tak długo jak to jest możliwe. Osoby bliskie mogą uczestniczyć w pożegnaniu.

(akta kontroli str. 114-119, 241-268)

W zakresie postępowania ze zwłokami w Szpitalu obowiązywały następujące procedury:

- Qi-SO-1.1. Postępowanie personelu medycznego w stosunku do rodziców/opiekunów dzieci martwo urodzonych bez względu na czas trwania ciąży (ISO 9001:2008 Zestaw Standardów Akredytacyjnych 2009) - obowiązywała od 14.06.2014 r. do 19.11.2019 r.;
- WIS 16 Postępowanie personelu medycznego w stosunku do rodziców/opiekunów dzieci martwo urodzonych bez względu na czas trwania ciąży – obowiązywała od 19.11.2019 r.;
- WIS 12 Postępowanie ze zwłokami osób zmarłych w szpitalu oraz ze szczątkami ludzkimi – obowiązywała od 14.06.2014 r.

(akta kontroli str. 120-158)

Celem ww. procedur było m.in. postępowanie ze zwłokami ludzkimi (w tym dzieci martwo urodzonych) z zachowaniem należytej godności oraz określenie sposobu postępowania (poszczególnych etapów i osób/podmiotów odpowiedzialnych), a także wymaganej dokumentacji.

(akta kontroli str. 121-158)

Badanie dokumentacji medycznej 14 pacjentek (wybranych spośród pacjentek, o których mowa w pkt. 3.2.-3.3. niniejszego wystąpienia), które poroniły bądź urodziły martwe dziecko⁶⁰ wykazało m.in., że:

- każdorazowo dokonywano wpisu do rejestru dzieci martwo urodzonych bez względu na okres trwania ciąży oraz sporządzano wymaganą dokumentację (kartę martwego urodzenia/kartę zgonu);

⁶⁰ Po 12. tygodniu ciąży.

- każdorazowo wystawiono kartę skierowania zwłok dziecka do prosektorium;
- w siedmiu przypadkach dziecko zostało odebrane przez rodziny (osoby uprawnione), za pośrednictwem wskazanych przez nie zakładów pogrzebowych, celem dokonania pochówku;
- w siedmiu przypadkach matki złożyły pisemne oświadczenia o braku woli pochowania dziecka, w związku z czym, Szpital każdorazowo wnioskował do Ośrodka Pomocy Społecznej w Sulęciniu o pochowanie dziecka. Wg informacji z OPS w trzech ww. przypadkach w ramach pracy socjalnej nawiązano kontakt z rodzinami, które zobowiązały się do pochówku dzieci, a w czterech przypadkach OPS zlecił pochówek dzieci martwo urodzonych komunalnemu podmiotowi świadczącemu usługi w tym zakresie⁶¹.

(akta kontroli str. 193-203, 228-236)

Burmistrz Sulęcina poinformował, że ciała dzieci martwo urodzonych nie podlegają kremacji, a ich pochówek odbywa się średnio raz na cztery miesiące w oddzielnej mogile.

(akta kontroli str. 237-240)

3.9. W okresie objętym kontrolą do Szpitala oraz do Narodowego Funduszu Zdrowia – Lubuski Oddział Wojewódzki w Zielonej Górze nie wpłynęły skargi dotyczące sposobu sprawowania opieki nad pacjentkami, które poroniły, urodziły martwe dziecko lub którym dziecko zmarło wkrótce po porodzie.

(akta kontroli str. 53, 272-274)

3.10. W toku kontroli, do 30 pacjentek hospitalizowanych w Szpitalu w latach 2017-2020⁶², które doświadczyły niepowodzenia położniczego skierowano prośbę o udzielenie informacji (na załączonym druku) w celu uzyskania informacji o otrzymanej opiece. W uzyskanych zwrotnie 12 ankietach, pacjentki w większości oceniły pozytywnie otrzymaną opiekę (11). Większość pacjentek: każdorazowo była pytana o zgodę na przeprowadzenie jakiegoś zabiegu (8), miała możliwość skorzystania z pomocy psychologa (10), z czego w każdym przypadku następowało to z inicjatywy szpitala (10), była traktowana przez personel życzliwie (11), a opiekę w Szpitalu ocenia bardzo dobrze lub dobrze (11). Personel Szpitala w przypadku wyrażenia woli przez pacjentkę umożliwił jej pożegnanie się ze zmarłym dzieckiem (1), jednak część pacjentek takiej woli nie wyrażała (6).

Jedna pacjentka źle oceniła opiekę w Szpitalu wskazując na nieodpowiedni stosunek lekarza i pielęgniarek do jej osoby oraz brak wsparcia i trudność z dostępem do informacji. Z informacji przekazanych przez kolejną pacjentkę wynika, iż została ona wprowadzona w błąd, co do możliwości wykonania badań po poronieniu.

(akta kontroli str. 163-164)

Dyrektor Szpitala odnosząc się do wyników ankiet, wyjaśniła że: *Przedstawione wyniki ankiet zasadniczo świadczą o bardzo pozytywnym odbiorze i doświadczeniach pacjentek z pobytu na Oddziale. W mojej ocenie jest to zasługa całego personelu Oddziału, który stara się z profesjonalizmem, wyczuciem i odpowiednią wrażliwością podchodzić do tych szczególnych pacjentek. Oczywiście wyniki ankiet są efektem subiektywnych odczuć pacjentek i dlatego przyjmuję do wiadomości również jednostkowe krytyczne opinie pacjentek. Z uwagi na anonimowość ankiet trudno mi się jednak odnieść do tych przypadków.*

(akta kontroli str. 164)

⁶¹ Zakład Usług Komunalnych sp. z o.o. w Sulęciniu.

⁶² Z tego 20 korespondencyjnie, a 10 do pacjentek przebywających w Oddziale w toku kontroli NIK.

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

1. W dokumentacji medycznej 17 spośród 60 objętych badaniem pacjentek⁶³ brak było zgody (pisemnych oświadczeń) na dokonanie zabiegu abrazji, co stanowiło naruszenie przepisu art. 34 ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry⁶⁴, oraz art. 18 ust. 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta⁶⁵.

(akta kontroli str. 193-203, 205-206)

Zastępca Dyrektora Szpitala ds. Lecznictwa⁶⁶ wyjaśnił, że *W pierwszej kolejności pragnę podkreślić, że staramy się jak najrzetelniej prowadzić dokumentację medyczną w celu zapewnienia jej kompletności. Jednakże czasami z uwagi na ogrom i złożoność wykonywanych czynności mogą się zdarzyć przypadki pewnych braków, co oczywiście nie powinno mieć miejsca. Jako lekarz uznaję za priorytet zapewnić pacjentce właściwe świadczenia medyczne, a w dalszej kolejności realizować obowiązki dokumentacyjne. Nie mniej jednak oświadczam, że zostanie zwrócona szczególna uwaga zarówno lekarzy, jak i pozostałego personelu odpowiedzialnego za prowadzenie dokumentacji na konieczność pozyskiwania przed danym zabiegiem wszystkich wymaganych zgód i oświadczeń.*

(akta kontroli str. 205-206)

2. W dokumentacji medycznej wszystkich pacjentek objętych badaniem⁶⁷ brak było pisemnych potwierdzeń pacjentek dotyczących spełnienia przez Szpital wymogów wynikających ze standardów opieki okołoporodowej obowiązujących od 1 stycznia 2019 r., tj.: 1) uzyskania informacji o możliwości skorzystania z pomocy psychologicznej lub/i kontaktu z duchownym; 2) o uzyskaniu informacji o prawie do pochówku dziecka martwo urodzonego bez względu na czas trwania ciąży; 3) o możliwości pożegnania się dziecka ze zmarłym dzieckiem.

Dodatkowo w żadnym przypadku, w którym pacjentka nie skorzystała z pomocy psychologa, w dokumentacji medycznej nie odnotowano faktu braku zgody (chęci) pacjentek na konsultację psychologiczną.

Zdaniem NIK, sposób przekazywania pacjentkom informacji o możliwości skorzystania z pomocy psychologicznej był niewystarczający i w konsekwencji niewielka liczba pacjentek (zaledwie dwie z 60) skorzystało z tej formy wsparcia.

(akta kontroli str. 193-203, 205-206)

Zastępca Dyrektora Szpitala ds. Lecznictwa⁶⁸ wyjaśnił, że *Faktycznie w dokumentacji nie zawarto tych informacji. Natomiast nie oznacza to, że pacjentkom nie udzielano takich informacji, gdyż personel stara się na bieżąco informować pacjentki o przysługujących im uprawnieniach i możliwościach. Ponadto informacja o możliwości pomocy psychologicznej i wsparcia duchownego zamieszczona była na ogólnodostępnej tablicy informacyjnej w Oddziale. Dostrzegając jednak potrzebę potwierdzenia spełnienia tych wymogów wprowadzimy mechanizm pisemnego potwierdzenia przez pacjentki uzyskania tych informacji, a także potwierdzenia ewentualnej odmowy skorzystania przez pacjentkę z pomocy psychologa.*

W mojej ocenie wpływ na liczbę pacjentek korzystających z porad psychologa ma faktyczna potrzeba pacjentek skorzystania z takiej pomocy. Przypadek każdej pacjentki

⁶³ Dotyczy: 3 przypadków w 2017 r. (Numer KG: 1819/2017, 4222/2017, 3308/2017), 5 przypadków w 2018 r. (Numer KG: 3353/2018, 628/2018, 7880/2018, 5201/2018, 2496/2018), 9 przypadków w 2019 r. (Numer KG: 6016/2019, 5102/2019, 4654/2019, 9438/2019, 8274/2019, 7369/2019, 5498/2019, 2879/2019, 1461,2019).

⁶⁴ Dz. U. z 2019 r. poz. 537, ze zm.

⁶⁵ Dz. U. z 2020 r. poz. 514, ze zm.

⁶⁶ Lekarz specjalista ginekolog zatrudniony na Oddziale.

⁶⁷ Dotyczy 20 pacjentek hospitalizowanych w roku 2019.

⁶⁸ Lekarz specjalista ginekolog zatrudniony na Oddziale.

należy oceniać indywidualnie. W wielu przypadkach można nawet uznać, że zlecenie opieki psychologicznej z uwagi na stan zdrowia pacjentki lub jej zdecydowaną odmowę mogłoby być wręcz szkodliwe. Należy mieć również na uwadze, że opiekę psychologiczną zapewniają także lekarze i położne opiekujące się daną pacjentką poprzez nawiązanie bezpośredniej relacji w ramach sprawowanej opieki. Z doświadczenia wiem, że w każdej sytuacji tego wymagającej na prośbę pacjentki, była ona obejmowana opieką psychologiczną.

(akta kontroli str. 205-206)

OCENA CZĄSTKOWA

Szpital zapewnił pacjentkom, które doświadczyły niepowodzenia położniczego odpowiednie warunki pobytu na Oddziale, w tym: wyposażenia, techniczne, lokalowe oraz poczucie intymności. Przestrzegano również procedur dotyczących postępowania i dokumentowania pochówku dzieci martwo urodzonych.

Nie w pełni rzetelnie realizowano natomiast obowiązki dotyczące gromadzenia w dokumentacji medycznej wymaganych oświadczeń pacjentek. Stwierdzono bowiem aż w 17 na 60 zbadanych przypadków brak zgody pacjentki na dokonanie zabiegu medycznego oraz brak udokumentowania realizacji obowiązku informowania pacjentek o przysługujących im uprawnieniach, w tym możliwości skorzystania z porady psychologicznej. W konsekwencji w zaledwie dwóch przypadkach (3,3% zbadanych) pacjentki skorzystały z tej formy wsparcia, co może świadczyć o konieczności szerszego informowania o tej możliwości.

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. Dokonywanie okresowych przeglądów sprzętu medycznego zgodnie z zaleceniami producentów.
2. Dążenie do zapewnienia wymaganego minimalnego zatrudnienia pielęgniarek i położnych.
3. Podjęcie działań organizacyjnych mających na celu ograniczenie, a w przypadku poprawy sytuacji w zatrudnianiu lekarzy specjalistów, wyeliminowanie przypadków nieprzerwanego udzielania przez lekarzy świadczeń zdrowotnych przez zbyt długi okres.
4. Przestrzeganie obowiązku informowania pacjentek, które doświadczyły niepowodzenia położniczego o przysługujących im prawach i możliwościach.
5. Uzyskiwanie od pacjentek i gromadzenie w dokumentacji medycznej wymaganych oświadczeń o wyrażeniu zgody na zabiegi medyczne.

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, 24 czerwca 2020 r.

Kontroler

Mariusz Kniat
Doradca prawny

.....
podpis

Najwyższa Izba Kontroli
Delegatura w Zielonej Górze

p.o. Dyrektora
Włodzimierz Stobrawa

.....
podpis