



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Kielcach

LKI.411.009.01.2019

Dariusz Kopania, p.o. Dyrektor
Powiatowego Zakładu Opieki Zdrowotnej
w Starachowicach,
ul. Radomska 70, 27-200 Starachowice

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

R/19/008 – Opieka nad pacjentkami w sytuacjach niepowodzeń położniczych

I. Dane identyfikacyjne

Jednostka kontrolowana	Powiatowy Zakład Opieki Zdrowotnej w Starachowicach (dalej: Szpital), ul. Radomska 70, 27-200 Starachowice.
Kierownik jednostki kontrolowanej	Od 11 września 2019 r. pełniącym obowiązki Dyrektora Szpitala jest Dariusz Kopania. Od 1 czerwca 2018 r. Dyrektorem była Katarzyna Arent. W okresie objętym kontrolą Dyrektorem był również Grzegorz Fitas, od 1 lipca 2016 r. do 30 września 2017 r.
Zakres przedmiotowy kontroli	<ol style="list-style-type: none">1. Przygotowanie podmiotów leczniczych do udzielania świadczeń zdrowotnych w sposób wynikający z przepisów prawa i zapewniający pacjentkom opiekę zgodną ze standardami organizacyjnymi opieki okołoporodowej i prawami pacjenta.2. Przestrzeganie standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych w dziedzinie położnictwa i ginekologii z zakresu opieki nad kobietą w sytuacji niepowodzeń położniczych.
Okres objęty kontrolą	Od 1 stycznia 2017 r. do dnia zakończenia kontroli, z wykorzystaniem dowodów sporządzonych przed tym okresem, jeżeli miały związek z przedmiotem kontroli.
Podstawa prawna podjęcia kontroli	Art. 2 ust. 2 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli ¹ .
Jednostka przeprowadzająca kontrolę Kontrolerzy	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Kielcach. <ol style="list-style-type: none">1. Kinga Komenda, starszy inspektor kp., upoważnienie do kontroli nr LKI/65/2019 z 24 lipca 2019 r.2. Łukasz Pieńkowski, inspektor kp., upoważnienie do kontroli nr LKI/66/2019 z 24 lipca 2019 r.

(akta kontroli str. 1-6, 710-715)

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

II. Ocena ogólna² kontrolowanej działalności

OCENA OGÓLNA

Pomimo zgodnego z wymogami dla drugiego poziomu referencyjnego przygotowania Szpitala do udzielania świadczeń zdrowotnych z zakresu położnictwa i ginekologii oraz wdrożenia wewnętrznych procedur uwzględniających standardy opieki okołoporodowej dotyczące opieki nad pacjentkami doświadczającymi niepowodzeń położniczych³, pacjentkom tym nie zawsze zapewniano właściwą opiekę.

Nie wszystkim pacjentkom umożliwiono skorzystanie z pomocy psychologicznej, pomimo istnienia takiej potrzeby.

Personel medyczny Oddziału Położniczo-Ginekologicznego z Salą Porodową (dalej: Oddział) nie miał zapewnionego wsparcia w radzeniu sobie ze stresem, w związku z opieką nad pacjentkami w sytuacjach niepowodzeń położniczych. Szpital nie w pełni odpowiadał na potrzeby pracowników w zakresie doształcania o tematyce związanej ze standardami opieki okołoporodowej.

Na Oddziale zapewniono odpowiednią liczbę personelu medycznego, zarówno lekarzy jak i położnych, posiadających wymagane kwalifikacje, a w lokalizacji Szpitala stałą obecność lekarza specjalisty w dziedzinie anestezjologii. Jednakże skala udzielania świadczeń zdrowotnych przez lekarzy, niejednokrotnie nieprzerwanie przez okres ponad 24 godzin, może świadczyć o niewłaściwej organizacji pracy i budzić wątpliwości, co do jakości świadczeń oraz zapewnienia bezpieczeństwa pacjentek przebywających na Oddziale.

Oddział był wyposażony w wymaganą aparaturę i sprzęt medyczny, które były sprawne technicznie oraz posiadały aktualne przeglądy stanu technicznego.

Warunki organizacyjno-techniczne w pomieszczeniu izby przyjęć oraz w sali porodowej wielostanowiskowej, a także brak na Oddziale pomieszczenia higieniczno-sanitarnego dostosowanego do potrzeb osób niepełnosprawnych, mogły powodować, że pacjentkom nie zapewniono warunków pełnej intymności i godności. Również warunki organizacyjne w salach chorych nie zawsze były prawidłowe, gdyż nie wszystkie łóżka były dostępne z trzech stron, w tym z dwóch dłuższych, a w jednej z sal szerokość i rozlokowanie łóżek uniemożliwiało ich wyprowadzenie. W pięciu pomieszczeniach Oddziału, w których przebywały pacjentki, przeglądy instalacji i urządzeń wentylacji mechanicznej i klimatyzacji były dokonywane rzadziej, niż co 12 miesięcy.

Stwierdzono także nieprawidłowości o charakterze formalnym, tj.: brak numerowania stron dokumentacji medycznej, brak podpisów pacjentki potwierdzających m.in. wyrażenie przez nią zgody na przyjęcie, pobyt w szpitalu, wstępne badania diagnostyczne i działania terapeutyczne oraz udzielenie upoważnienia do uzyskania informacji o stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych, a także udzielenie upoważnienia do uzyskania dokumentacji medycznej, ujmowanie w wykazie personelu stanowiącego załącznik do umowy z NFZ położnej, która nie świadczyła pracy na Oddziale, oraz brak okresowego raportu z monitorowania wskaźników opieki okołoporodowej.

W celu pomocy pacjentkom doświadczającym martwego urodzenia dziecka lub poronienia w Szpitalu opracowano *Informator dla pacjentki* oraz nawiązano współpracę z organizacją, która zapewniała symboliczne pamiątki po utraconym dziecku.

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

³ Przedmiotem kontroli były niepowodzenia położnicze polegające na poronieniu i urodzeniu dziecka martwego. Po wejściu w życie (1 stycznia 2019 r.) rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej (Dz. U. poz. 1756), pojęcie *niepowodzeń położniczych* zostało zastąpione pojęciem *sytuacji szczególnych*.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego oraz oceny cząstkowe⁴ kontrolowanej działalności

OBSZAR

1. Przygotowanie podmiotu leczniczego do udzielania świadczeń zdrowotnych

Opis stanu faktycznego

W okresie objętym kontrolą w Szpitalu funkcjonował m.in. Oddział Położniczo-Ginekologiczny z Salą Porodową oraz Oddział Neonatologiczny. W strukturze Oddziału wydzielono odcinek ginekologiczny oraz odcinek położniczy. W ramach obu oddziałów wydzielono tzw. trakt porodowy składający się z gabinetu diagnostycznego, sali przedporodowej, sali porodowej z punktem przyjęć noworodka, sali poporodowej, sali operacyjnej do cięć cesarskich, sali intensywnego nadzoru noworodka oraz części rooming-in z salami, w których przebywają matki z noworodkami po porodzie. Pacjentki doświadczające niepowodzeń położniczych hospitalizowano w odcinku ginekologicznym Oddziału.

(akta kontroli str. 42 – 56)

W okresie objętym kontrolą w Szpitalu liczba noworodków żywo urodzonych wyniosła 743 w 2017 r., 751 w 2018 r. oraz 346 do 30 czerwca 2019 r. W analogicznym okresie liczba niepowodzeń położniczych wyniosła 84 w 2017 r. i w 2018 r. oraz 38 w 2019 r. (do 30 czerwca), co stanowiło 12% w 2017 i 2018 r. oraz 11% w 2019 r. w stosunku do liczby noworodków żywo urodzonych. Najczęstszą przyczyną niepowodzeń położniczych we wszystkich latach objętych kontrolą były zdarzenia samoistne⁵. W 2019 r. wystąpił jeden przypadek obumarcia wewnątrzmacicznego płodu. Wśród noworodków żywo urodzonych wystąpiły dwa przypadki zgonów do szóstej doby życia włącznie w 2017 r., cztery – w 2018 r. oraz jeden – w 2019 r. (do końca czerwca).

(akta kontroli str. 132 – 134)

Stosownie do art. 50 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej⁶, w Szpitalu w latach 2017 – 2019 opracowano minimalne normy zatrudnienia pielęgniarek i położnych. Dla wskazanego okresu w Oddziale minimalna norma zatrudnienia pielęgniarek i położnych wynosiła 30 etatów.

(akta kontroli str. 141 – 145)

W wybranych do próby kontrolnej miesiącach⁷, w ramach umowy o pracę zatrudniano na Oddziale⁸:

- w lipcu i sierpniu 2017 r. – 34 położne (w tym dwie ze specjalizacją w zakresie pielęgniarstwa położniczego) oraz sześciu lekarzy (w tym pięciu ze specjalizacją w dziedzinie położnictwa i ginekologii);
- w lipcu i sierpniu 2018 r. – 35 położnych (w tym pięć ze specjalizacją w zakresie pielęgniarstwa położniczego) oraz sześciu lekarzy (w tym pięciu ze specjalizacją w dziedzinie położnictwa i ginekologii);

⁴ 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.

⁵ Zdarzenia samoistne kształtowały się na poziomie: 84 przypadków w 2017 r. i 2018 r. oraz – 36 przypadków w 2019 r. (do końca czerwca).

⁶ Dz. U. z 2018 r. poz. 2190, ze zm.

⁷ Jako próbę kontrolną wybrano dwa miesiące (lipiec, sierpień) w latach 2017 i 2018 oraz czerwiec 2019 r.

⁸ Do personelu położniczego zatrudnionego na Oddziale wliczono jedną z położnych, która pismem z dnia 31.10.2017 r. została zwolniona z obowiązku świadczenia pracy na czas trwania kadencji w zarządzie zakładowej organizacji związkowej.

- w czerwcu 2019 r. – 34 położne (w tym pięć ze specjalizacją w zakresie pielęgniarstwa położniczego) oraz siedmiu lekarzy (w tym pięciu ze specjalizacją w dziedzinie położnictwa i ginekologii).

Na Oddziale zatrudniano również lekarzy w ramach umów cywilnoprawnych (po osiem umów w lipcu i sierpniu 2017 r., dziewięć umów w lipcu 2018 r., dziesięć umów w sierpniu 2018 r. oraz dziesięć umów w czerwcu 2019 r.). Umowy cywilnoprawne zawierano także z lekarzami świadczącymi pracę w kontrolowanej jednostce w ramach umowy o pracę. W lipcu i sierpniu 2017 r. były to trzy umowy, w lipcu, sierpniu 2018 r. i w czerwcu 2019 r. - dwie umowy.

(akta kontroli str. 112 – 128, 136 – 140)

Szpital zapewnił odpowiedni personel medyczny wymagany dla drugiego poziomu referencyjnego w wymiarze określonym w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego⁹ (dalej: rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych), tzn. dwóch lekarzy we wszystkie dni tygodnia oraz stałą obecność lekarza specjalisty w dziedzinie położnictwa i ginekologii we wszystkie dni tygodnia, a także odpowiednią liczbę położnych, w tym położnych ze specjalizacją w dziedzinie pielęgniarstwa położniczego.

(akta kontroli str. 388 – 488)

Analiza rozkładu czasu pracy lekarzy zatrudnionych na Oddziale wykazała, iż przestrzegano przepisów art. 93-97 ustawy o działalności leczniczej. Jednakże w miesiącach objętych szczegółowym badaniem wystąpiły liczne przypadki świadczenia pracy przez lekarzy nieprzerwanie przez długi okres, przekraczający nawet 24 godziny. Przypadki te dotyczyły lekarzy zatrudnionych w Szpitalu na podstawie umów cywilnoprawnych, a także lekarzy zatrudnionych na podstawie umowy o pracę oraz dodatkowo świadczących pracę w ramach tzw. umów kontraktowych (co szerzej opisano w dalszej części wystąpienia pokontrolnego, w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*).

(akta kontroli str. 388 – 488, 517 – 520, 644 – 646)

Personel medyczny wykonujący usługi medyczne na Oddziale w okresie objętym kontrolą, został ujęty w wykazie personelu stanowiącym załącznik do umowy i w załącznikach do aneksów do umowy ze Świętokrzyskim Oddziałem Wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia. W wykazie personelu medycznego na 2018 r. widniała jedna z położnych, która z dniem 31 października 2017 r. została zwolniona z obowiązku świadczenia pracy, co szerzej opisano w dalszej części wystąpienia pokontrolnego, w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 129 – 131, 183 – 301, 602 – 606)

W okresie objętym kontrolą Szpital spełniał warunki określone w rozporządzeniu w sprawie świadczeń gwarantowanych dla drugiego stopnia referencyjności w zakresie:

- zapewnienia odpowiedniego wyposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną (na Oddziale zapewniono: kolposkop, aparat KTG¹⁰, kardiomonitor, aparat USG, histeroskop oraz w lokalizacji Szpitala laparoskop);
- zapewnienia realizacji badań (na oddziale zapewniono: ciągłe badanie KTG przed i w trakcie porodu, a w lokalizacji Szpitala - badania laboratoryjne);
- pozostałych wymagań (prowadzono partogram, stosowano standardy w łagodzeniu bólu porodowego, wyodrębniono salę do cięć cesarskich,

⁹ Dz. U. z 2017 r. poz. 2295, ze zm.

¹⁰ Kardiotokograf

a w Szpitalu funkcjonował Oddział Neonatologiczny o drugim stopniu referencyjności).

Wymieniony sprzęt i aparatura medyczna były sprawne technicznie oraz posiadały aktualne przeglądy stanu technicznego.

(akta kontroli str. 172 – 179, 183 – 288, 588 – 590)

Zgodnie z załącznikiem nr 3 do rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych, w Szpitalu zapewniono stałą obecność lekarza specjalisty w dziedzinie anestezjologii.

(akta kontroli str. 489 – 513)

W latach 2017 – 2019 (do 30 czerwca) na Oddziale oraz Oddziale Neonatologicznym doszło do 41 zakażeń szpitalnych (25 w 2017 r., 9 w 2018 r. oraz 7 w 2019 r.). W podziale na rodzaj zakażeń, 11 przypadków dotyczyło zakażenia miejsca operowanego, dwa szpitalnego zapalenia płuc, pięć zakażeń układu moczowego, trzy zakażenia układu pokarmowego, dwa zakażenia skóry i tkanki podskórnej, jedno zakażenie łożyska naczyniowego, 12 zakażeń układu rozrodczego, dwa przypadki zakażenia oka, ucha, nosa, gardła, jamy ustnej, górnych dróg oddechowych oraz trzy przypadki zakażeń nieokreślonych.

W związku z wystąpieniem zakażeń szpitalnych w analizowanym okresie, podejmowano działania mające na celu zwalczanie i zapobieganie tych zdarzeń m.in. poprzez: izolację chorych, prowadzenie kontroli wewnętrznej z zakresu przestrzegania procedur profilaktyki zakażeń, oceny stanu sanitarno-higienicznego oraz czystości mikrobiologicznej środowiska szpitalnego, przeprowadzenie bezpośredniej obserwacji oraz określenie wskaźnika przestrzegania higieny rąk dla poszczególnych grup zawodowych, przeprowadzenie szkoleń z zakresu kontroli zakażeń szpitalnych.

(akta kontroli str.146 – 171)

Od 2017 r. w Szpitalu przeprowadzono 41 kontroli zewnętrznych, z których osiem dotyczyło Oddziału oraz Oddziału Neonatologicznego. Kontrole przeprowadzane były między innymi przez Świętokrzyskiego Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego (dalej: ŚPWIS), konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie położnictwa i ginekologii, konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie pielęgniarstwa ginekologicznego i położniczego oraz Świętokrzyski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia. W wyniku przeprowadzonych kontroli sformułowano m.in. następujące wnioski i zalecenia:

- zwiększenie obsady położnych na poszczególnych odcinkach Oddziału oraz wyeliminowanie dyżurów jednoosobowych na sali porodowej;
- dokonanie zmian organizacyjnych w Oddziale, które spowodują, że pododdziały będą znajdować się w jednej lokalizacji lub bardzo blisko siebie, co umożliwi bardziej efektywne wykorzystanie zatrudnionego w nich personelu i poprawi bezpieczeństwo pacjentów;
- reorganizację procesu przyjmowania pacjentek na Oddział w taki sposób, by położna schodząc na izbę przyjęć nie pozostawiała pacjentek na Oddziale bez opieki;
- przeszkolenie personelu w zakresie świadczenia wzajemnej, międzyoddziałowej pomocy pielęgniarskiej w czasie dyżurów świątecznych i nocnych;
- poprawienie systemu komunikacji pomiędzy personelem zatrudnionym na Oddziale;
- przestrzeganie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych w dziedzinie położnictwa i ginekologii z zakresu okołoporodowej opieki położniczo-ginekologicznej, sprawowanej nad kobietą w okresie ciąży,

porodu, położu, w przypadkach występowania określonych powikłań oraz opieki nad kobietą w sytuacji niepowodzeń położniczych¹¹, zwłaszcza mówiących o empatycznym podejściu personelu do pacjentki;

- prowadzenie dokumentacji medycznej zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania¹²;
- zapewnienie prawidłowego stanu sanitarno-technicznego umywalk i brodzików prysznicowych.

(akta kontroli str. 180)

W okresie objętym kontrolą do Szpitala nie wpłynęły skargi związane z działalnością Oddziału.

(akta kontroli str. 182)

Stosownie do przepisów rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą¹³ (dalej: rozporządzenie w sprawie wymagań podmiotu wykonującego działalność leczniczą), w Szpitalu pokoje łóżkowe zostały wyposażone w umywalkę z ciepłą i zimną wodą, dozownik z mydłem w płynie oraz pojemnik z ręcznikami jednorazowego użycia wraz z pojemnikiem na zużyte ręczniki. W pokojach łóżkowych zapewniono bezpośredni dostęp do światła dziennego, łóżka dostępne były z trzech stron, w tym z dwóch dłuższych (wyjątek stanowiły łóżka w pokoju pooperacyjnym nr 223 ustawione dłuższym bokiem wzdłuż ściany, co szerzej opisano w dalszej części wystąpienia pokontrolnego, w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*), odstępy między łózkami zapewniały swobodny dostęp do pacjentek. Szerokość pokoi łóżkowych (poza pokojem pooperacyjnym nr 224, co szerzej opisano w dalszej części wystąpienia pokontrolnego, w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*) umożliwiała wyprowadzenie łóżka z pokoju. Na oddziale funkcjonował zespół porodowy złożony z sali porodowej wielostanowiskowej¹⁴, sali do porodów rodzinnych, sali operacyjnej dla porodów rozwiązywanych cięciem cesarskim wraz ze stanowiskiem resuscytacji noworodka oraz służą umywalkowo-fartuchową.

W odcinku ginekologicznym Oddziału zlokalizowanym na drugim piętrze budynku A, obok wejścia na Oddział funkcjonowała izba przyjęć.

Pokoje łóżkowe na Oddziale wyposażone były w węzeł sanitarny, za wyjątkiem pomieszczenia pooperacyjnego (pokoje 222 i 223), dla którego najbliższy węzeł sanitarny znajdował się na przeciwległym końcu korytarza.

Zastępca Dyrektora ds. Leczniczych Dariusz Kopania (obecnie p.o. Dyrektora) wyjaśnił: *W odniesieniu do uwagi dotyczącej zlokalizowania pokoju pooperacyjnego (sale nr 222 i 223) w znacznej odległości od węzła sanitarnego informuję, iż pacjentki przebywające w pokoju pooperacyjnym wymagają stałego nadzoru personelu pielęgniarskiego, który to wykonuje wszelkie czynności pielęgnacyjne względem pacjentek. Po odzyskaniu sprawności pacjentki przenoszone są na sale wyposażone w węzeł sanitarny.*

(akta kontroli str. 385 – 387, 588 – 598, 629 – 633)

Pomieszczenia higieniczno-sanitarne znajdujące się na Oddziale, zgodnie z § 2 pkt 4 rozporządzenia w sprawie wymagań podmiotu wykonującego działalność

¹¹ Dz. U. poz. 2007.

¹² Dz. U. poz. 2069.

¹³ Dz. U. poz. 595.

¹⁴ Na sali porodowej wielostanowiskowej znajdowały się dwa stanowiska porodowe, stanowisko pierwszej pielęgnacji noworodka oraz wanna porodowa.

leczniczą, wyposażone były co najmniej w miskę ustępową, umywalkę, dozownik z mydłem w płynie, pojemnik z ręcznikami jednorazowego użycia oraz pojemnik na zużyte ręczniki. Wbrew wymogowi określone w części II załącznika nr 1 do ww. rozporządzenia, co najmniej jedno z pomieszczeń nie zostało przystosowane dla potrzeb osób niepełnosprawnych, w szczególności poruszających się na wózkach inwalidzkich.

(akta kontroli str. 588 – 598, 629 – 633)

Stosownie do § 40 ust. 1 rozporządzenia w sprawie wymagań podmiotu wykonującego działalność leczniczą, instalacje i urządzenia wentylacji mechanicznej i klimatyzacji, podlegały okresowemu przeglądowi, czyszczeniu lub dezynfekcji, lub wymianie elementów zgodnie z zaleceniami producenta i były dokumentowane. Maksymalne okresy, które upłynęły pomiędzy poszczególnymi przeglądami klimatyzacji wyniosły: 15 miesięcy i 15 dni (dla układu nr 20 obsługującego pomieszczenia 205 i 205A), 14 miesięcy i 14 dni (dla układu nr 21 obsługującego pomieszczenia 222 i 223), 13 miesięcy i 11 dni (dla układu nr 7 obsługującego pomieszczenie 202).

(akta kontroli str. 382 – 384, 637 – 638)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

1. W lipcu i sierpniu 2017 r. i 2018 r. oraz w czerwcu 2019 r. wystąpiły przypadki świadczenia pracy przez lekarzy zatrudnionych w Szpitalu na podstawie umów cywilnoprawnych, a także lekarzy zatrudnionych na podstawie umowy o pracę oraz dodatkowo świadczących pracę w ramach tzw. umów kontraktowych, nieprzerwanie przez długi okres, przekraczający nawet 24 godziny. W wybranych do próby kontrolnej miesiącach w latach 2017 – 2019, wystąpiło 57 przypadków świadczenia pracy bez odpoczynku ponad 24 godziny, w tym:

- przez okres 55 h 35' – dwa przypadki,
- przez okres 48 h – sześć przypadków,
- przez okres 45 h – jeden przypadek,
- przez okres 31 h 35' – 48 przypadków.

(akta kontroli str. 388 – 488, 517 – 520)

Z wyjaśnień Zastępcy Dyrektora ds. Leczniczych Dariusza Kopani wynika, że w wyżej wymienionych przypadkach lekarze nie pełnili dyżurów medycznych wynikających ze stosunku pracy, a realizowali świadczenia w ramach umów cywilnoprawnych zawartych z lekarzem prowadzącym działalność gospodarczą, w związku z powyższym nie mają w tych przypadkach zastosowania przepisy ustawy o działalności leczniczej określające normy i wymiar czasu pracy w podmiotach leczniczych oraz okres odpoczynku pracowników. Zastępca Dyrektora ds. Leczniczych nadmienił, że: *ustalenie liczby godzin dyżurowych odbywa się poprzez comiesięczne deklaracje lekarza, po uwzględnieniu zapotrzebowania podmiotu leczniczego i możliwości własnych lekarza.*

(akta kontroli str. 644 – 646)

NIK nie kwestionuje zgodności rozkładu czasu pracy z przepisami art. 93-97 ustawy o działalności leczniczej, jednakże skala udzielania świadczeń zdrowotnych przez lekarzy nieprzerwanie w wymiarze przekraczającym 24 godziny może świadczyć o niewłaściwej organizacji pracy i budzić uzasadnione wątpliwości co do jakości świadczonych usług oraz zapewnienia bezpieczeństwa przebywających na Oddziale pacjentek.

2. W wykazie personelu medycznego na rok 2018 stanowiącym załącznik do umowy ze Świętokrzyskim Oddziałem Wojewódzkim NFZ nie dokonano aktualizacji

w związku ze zwolnieniem jednej z położnych z dniem 31 października 2017 r. z obowiązku świadczenia pracy.

(akta kontroli str. 129 – 131, 183 – 301)

Kierownik Działu ds. Kontraktowania i Statystyki Medycznej Tomasz Krzak wyjaśnił: (...) *nie otrzymałem stosownej informacji, na podstawie której powinno nastąpić zamknięcie harmonogramu pracy Pani W. G. dnia 31.10.2017 r. W związku z powyższym nie dokonano zmian w harmonogramie zmiany do umowy w SZOI¹⁵.*

Była Dyrektor Szpitala Katarzyna Arent wyjaśniła: *Zgodnie z obecnym stanem faktycznym Pani W. G. nie jest wykazywana w systemie SZOI jako położna Oddziału położniczo-ginekologicznego, oraz że wszystkie koszty ponoszone przez pracodawcę związane z ww. osobą obciążają obsługę administracyjną, począwszy od bieżącego miesiąca w/w osoba będzie potwierdzała swoją obecność w zakładzie na liście obecności pracowników administracji.*

(akta kontroli str. 602 – 606)

3. W Oddziale co najmniej jedno z pomieszczeń higieniczno-sanitarnych nie zostało przystosowane dla potrzeb osób niepełnosprawnych, w szczególności poruszających się na wózkach inwalidzkich, co było niezgodne z wymogiem określonym w załączniku nr 1 (część II, pkt 4) do rozporządzenia w sprawie wymagań podmiotu wykonującego działalność leczniczą.

(akta kontroli str. 588 – 598)

Zastępca Dyrektora ds. Leczniczych wyjaśnił: (...) *w zakresie uwagi dotyczącej braku łazienki przystosowanej dla osób niepełnosprawnych, zaplanowano przeprowadzenie w najbliższym czasie remontu Oddziału Położniczo-Ginekologicznego z Salą Porodową, w którym to uwzględniono dostosowanie łazienki do potrzeb osób niepełnosprawnych.*

(akta kontroli str. 629 – 633)

W ocenie NIK, brak co najmniej jednego pomieszczenia higieniczno-sanitarnego przystosowanego dla osób niepełnosprawnych oznacza również, że nie zapewniono przebywającym pacjentkom warunków pełnej intymności i godności.

4. W Szpitalu nie przestrzegano wymogu określonego w § 40 ust. 1 rozporządzenia w sprawie wymagań podmiotu wykonującego działalność leczniczą, zgodnie z którym, instalacje i urządzenia m.in. klimatyzacji, podlegają okresowemu przeglądowi, nie rzadziej niż co 12 miesięcy. Dla układów klimatyzacji: nr 20 (obsługującego pomieszczenia 205 i 205A), nr 21 (obsługującego pomieszczenia 222 i 223) oraz nr 7 obsługującego pomieszczenie 202 okresy, które upłynęły pomiędzy poszczególnymi przeglądami wyniosły odpowiednio: 15 miesięcy i 15 dni, 14 miesięcy i 14 dni, 13 miesięcy i 11 dni.

(akta kontroli str. 382 – 384)

Zastępca Dyrektora ds. Leczniczych wyjaśnił: *Dla rozpatrywanych układów przekroczony został 12 miesięczny okres wynikający z przytoczonych przepisów. Jednakże jak można zauważyć na podstawie wpisów w książce, dla tych układów przeglądy wykonywane były również znacznie częściej (...)*

(akta kontroli str. 637 – 638)

5. Na Oddziale nie zawsze przestrzegano wymogów wynikających z § 18 ust. 1 oraz § 20 rozporządzenia w sprawie wymagań podmiotu wykonującego działalność leczniczą, gdyż w jednym z pomieszczeń (pokój pooperacyjny nr 223) łóżka dla pacjentek ustawione były w taki sposób, że nie zapewniały dostępu z trzech stron,

¹⁵ System Zarządzania Obiegiem Informacji – portal służący do wymiany informacji między świadczeniodawcą, a Oddziałem NFZ.

w tym z dwóch dłuższych. Ponadto w jednej z sal (pokój pooperacyjny 224) ustawienie łóżek oraz szerokość sali uniemożliwiały wyprowadzenie łóżek.

(akta kontroli str. 588 – 598)

Zastępca Dyrektora ds. Lecznicznych wyjaśnił: *Informuję, iż dostosowano liczbę łóżek w taki sposób, że zapewniono dostęp do łóżek z trzech stron, w tym z dwóch dłuższych oraz możliwość wyprowadzenia łóżka.*

(akta kontroli str. 629 – 633)

6. Pacjentkom Oddziału, w tym pacjentkom doświadczającym niepowodzeń położniczych, nie zapewniono warunków pełnej intymności i godności gdyż:

a) fotel ginekologiczny w pomieszczeniu izby przyjęć ustawiony został naprzeciwko wejścia i nie był osłonięty przed widokiem osób postronnych, ponadto przed drzwiami wejściowymi do tego pomieszczenia nie umieszczono informacji o trwającym badaniu. Dopiero w trakcie kontroli umieszczono na drzwiach wejściowych informacje o trwającym badaniu i zakazie wchodzenia oraz ustawiono parawan osłaniający fotel ginekologiczny;

b) łóżka porodowe na sali porodowej wielostanowiskowej były oddzielone od siebie ścianką działową jedynie częściowo osłaniającą oba stanowiska porodowe.

Stosownie do art. 20 i 22 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta¹⁶, pacjent ma prawo do poszanowania godności i intymności, a osoba wykonująca zawód medyczny ma obowiązek postępować w taki sposób, aby zapewnić poszanowanie tych praw.

(akta kontroli str. 588 – 598)

Zastępca Dyrektora ds. Lecznicznych wyjaśnił: (...) *W zakresie uwagi dotyczącej niezapewnienia intymności pacjentkom w izbie przyjęć informuję, iż w sali został ustawiony parawan, zasłaniający fotel ginekologiczny oraz na drzwiach umieszczono informację NIE WCHODZIĆ BADANIE. W zakresie uwagi dotyczącej niezapewnienia warunków intymności pacjentkom rodzącym w wielostanowiskowej sali porodowej informuję, iż porody z obecnością osoby towarzyszącej realizowane są tylko na sali porodów rodzinnych, oddzielonej od sali głównej. Sala porodowa została zaprojektowana w taki sposób, aby zapewnić rodzącym pacjentkom bezpieczeństwo, ponieważ przez cały okres porodu pozostają pod nadzorem personelu, jednocześnie w możliwie maksymalny sposób zapewniając im poczucie intymności.*

(akta kontroli str. 629 – 633)

Zdaniem NIK umożliwienie przeprowadzenia porodu na sali wielostanowiskowej w warunkach intymności i godności, z uwagi na opisane powyżej rozlokowanie stanowisk porodowych, nie było zachowane w szczególności w przypadkach odbywania się jednocześnie dwóch akcji porodowych i obecności na sali współrodzącej kobiety.

OCENA CZĄSTKOWA

W okresie objętym kontrolą Szpital był przygotowany do udzielania świadczeń zdrowotnych z zakresu położnictwa i ginekologii, w tym opieki nad pacjentkami doświadczającymi niepowodzeń położniczych, zgodnie z wymogami dla drugiego poziomu referencyjnego oraz umową zawartą z NFZ.

Stosownie do wymogów określonych w rozporządzeniu w sprawie świadczeń gwarantowanych, Szpital zapewnił na Oddziale odpowiednią liczbę personelu medycznego posiadającego wymagane kwalifikacje. Jednakże skala udzielania świadczeń zdrowotnych przez lekarzy nieprzerwanie przez okres ponad 24 godzin,

¹⁶ Dz. U. z 2019 r. poz. 1127.

może świadczyć o niewłaściwej organizacji pracy i budzić wątpliwości co do ich jakości oraz zapewnienia bezpieczeństwa pacjentek przebywających na Oddziale. Szpital nie zaktualizował wykazu personelu stanowiącego załącznik do umowy z NFZ w związku ze zwolnieniem jednej z położnych z obowiązku świadczenia pracy.

Oddział i Oddział Neonatologiczny były wyposażone w wymaganą aparaturę i sprzęt medyczny.

Szpital nie spełniał wszystkich warunków określonych w rozporządzeniu w sprawie wymagań podmiotu wykonującego działalność leczniczą. W jednej z sal chorych łóżka nie były dostępne z trzech stron, w tym z dwóch dłuższych, a w innej szerokość i rozlokowanie łóżek uniemożliwiało ich wyprowadzenie. Na Oddziale, co najmniej jedno z pomieszczeń higieniczno-sanitarnych nie zostało przystosowane do potrzeb osób niepełnosprawnych, w szczególności poruszających się na wózkach inwalidzkich. W Szpitalu nie zawsze przestrzegano wymaganej częstotliwości okresowych przeglądów, czyszczenia lub dezynfekcji, lub wymiany elementów instalacji i urządzeń wentylacji mechanicznej i klimatyzacji.

Szpital nie zapewniał pacjentkom przebywającym w pomieszczeniu izby przyjęć oraz rodzącym w sali porodowej wielostanowiskowej, a także pacjentkom niepełnosprawnym, warunków pełnej intymności i prywatności.

OBSZAR

2. Przestrzeganie standardów opieki nad pacjentką w sytuacji niepowodzeń położniczych

Opis stanu faktycznego

W zakresie opieki nad pacjentkami w Oddziale obowiązywały następujące procedury:

- *Przygotowanie pacjentki do zabiegu w sali zabiegowej Oddziału;*
- *Wykonanie badania KTG;*
- *Opieka nad położnicą po porodzie fizjologicznym, zabiegowym i cięciu cesarskim w poszczególnych dobach porodu;*
- *Postępowanie z pacjentką w przypadku wystąpienia niepowodzeń położniczych;*
- *Wskaźniki opieki okołoporodowej.*

(akta kontroli str. 302 – 369)

Procedura pn. *Postępowanie z pacjentką w przypadku wystąpienia niepowodzeń położniczych* określa zasady postępowania położnych podczas opieki nad pacjentkami, których ciąża nie zakończyła się urodzeniem zdrowego dziecka. Załączniki do Procedury stanowią: ankieta dla pacjentek (służąca uzyskaniu informacji o życzeniach pacjentki), informator dla rodziców o możliwości rejestracji dziecka, pochówku, prawach pacjentki do urlopu macierzyńskiego, zasiłku pogrzebowego, grupach wsparcia i regulacjach prawnych związanych z niekorzystnym zakończeniem ciąży oraz wzór oświadczenia o sposobie pochówku noworodka martwo urodzonego lub płodu.

Dołączona do procedury lista osób, które zapoznały się z jej treścią nie zawierała wszystkich nazwisk położnych zatrudnionych w Oddziale. Kierownik Oddziału oraz Położna Oddziałowa wyjaśniły: *Położne pracujące w Oddziale stosują się do procedury i są zobligowane do jej przestrzegania, a brak podpisów nie jest dowodem na to, że pracownicy jej nie znają. Były przeprowadzane szkolenia wewnątrzoddziałowe o takiej tematyce, gdzie personel uzupełnia i przypomina sobie informacje. Natomiast osoby, które pracują od kilku miesięcy systematycznie zapoznają się z procedurami i są w tej kwestii również przeszkolone, co jest odnotowane w ich karcie adaptacji zawodowej.*

Nie opracowano analogicznej procedury dla lekarzy. Była Dyrektor Szpitala wyjaśniła: *Zespół lekarski pracujący w Oddziale podejmuje decyzje lekarskie indywidualnie dla każdej przyjmowanej pacjentki, na podstawie wywiadu oraz badania klinicznego przeprowadzonego w trakcie przyjęcia. Przyjęty sposób postępowania musi być zgodny z obowiązującymi rekomendacjami i zaleceniami towarzystw naukowych z dziedziny ginekologii i położnictwa oraz z aktualną wiedzą medyczną. Ponadto wszyscy lekarze są zobligowani do przestrzegania przepisów prawa oraz rozporządzenia Ministra Zdrowia dotyczącego standardów opieki okołoporodowej. Zatem brak procedury dotyczącej postępowania lekarzy w sytuacjach niepowodzeń położniczych nie stanowi o nieprawidłowym postępowaniu i opiece nad pacjentką z niepowodzeniem położniczym.*

(akta kontroli str. 321 – 327, 599 – 601, 684 – 687)

Zgodnie z ust. 2 części I załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej, w Szpitalu ustalono wskaźniki opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie ciąży, porodu, porożu oraz nad noworodkiem¹⁷. Żaden z przyjętych wskaźników nie był związany z opieką nad pacjentkami, które urodziły martwe dziecko lub poroniły. Dane do monitorowania ustalonych wskaźników odnotowywano na bieżąco w *Księżce monitorowania wskaźników opieki okołoporodowej*.

Przyjęto, że raport zbiorczy z monitorowania wskaźników: *Indukcja porodu, Stymulacja czynności skurczowej, Nacięcie krocza, Cięcie cesarskie* będzie sporządzany raz do roku (do 31 stycznia roku następnego), zaś z monitorowania wskaźników: *Pozytywne doświadczenia porodu, 2-godzinny kontakt „skóra do skóry”* – dwa razy w roku (do 31 lipca i do 31 stycznia roku następnego). Na dzień zakończenia czynności kontrolnych, nie opracowano raportu zbiorczego, który powinien być sporządzony do 31 lipca.

(akta kontroli str. 328 – 334)

W latach 2017 – 2019 położne Oddziału uczestniczyły w szkoleniach wewnętrznych, których zakres tematyczny dotyczył standardów opieki okołoporodowej. W 2017 r. zorganizowano dwa szkolenia pt. *Stany zagrożenia w ciąży oraz Nawiazanie kontaktu i wspieranie rodzącej*. W 2018 r. przeprowadzono również dwa szkolenia pt. *Nawiązywanie kontaktu i wspieranie pacjentki rodzącej oraz Postępowanie z pacjentką w przypadku niepowodzeń położniczych*. W 2019 r. zorganizowano jedno szkolenie pt. *Opieka okołoporodowa w myśl nowych standardów*.

Zgodnie z przedstawionymi przez Szpital planami szkoleń zewnętrznych obejmującymi kontrolowany okres, w zakresie opieki okołoporodowej dla personelu Oddziału i Oddziału Neonatologicznego w 2017 r. zaplanowano cztery szkolenia, z których odbyło się jedno – *Certyfikowany doradca laktacyjny*. W 2018 r. Szpital zaplanował dwa szkolenia, z których żadne się nie odbyło. W 2019 r. do dnia zakończenia czynności kontrolnych, z zaplanowanych sześciu szkoleń ze wskazanego zakresu, odbyły się dwa: *Instruktor szkoły rodzenia* oraz *Kurs instruktorów szkoły rodzenia*.

Wszystkie szkolenia zewnętrzne wymienione w planach szkoleń na poszczególne lata dotyczyły pielęgniarek i położnych zatrudnionych na Oddziale i Oddziale Neonatologicznym. W okresie objętym kontrolą personel lekarski nie odbywał szkoleń z zakresu standardów opieki okołoporodowej, bądź postępowania z pacjentkami w sytuacjach wystąpienia niepowodzeń położniczych.

Była Dyrektor wyjaśniła: *Szkolenia wewnętrzne tj. wewnątrzoddziałowe planują kierownicy, tj. kierownik oddziału dla lekarzy oraz pielęgniarka/położna oddziałowa*

¹⁷ Procedura PM-OGP-05 Wskaźniki opieki okołoporodowej.

dla pielęgniarek i położnych. Również szkolenia zewnętrzne finansowane lub współfinansowane przez Szpital planowane są w oparciu głównie o zgłaszane potrzeby poszczególnych komórek organizacyjnych.

(akta kontroli str. 512 – 542, 684 – 690)

Szczegółowe badanie dokumentacji medycznej 60 pacjentek, które doświadczyły niepowodzenia położniczego hospitalizowanych w latach 2017-2019 (do końca czerwca) wykazało, że:

- dokumentacja indywidualna wszystkich pacjentek (poza jedną, co szerzej opisano w dalszej części wystąpienia pokontrolnego, w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*) zawierała oświadczenia o: upoważnieniu do uzyskiwania informacji o stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych, upoważnieniu do uzyskiwania dokumentacji, ze wskazaniem imienia i nazwiska osoby upoważnionej, wyrażeniu zgody na przeprowadzenia badania lub udzielenie innego świadczenia zdrowotnego;
- stosownie do § 15 pkt 1 rozporządzenia w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania do historii choroby w każdym przypadku dołączano karty indywidualnej opieki prowadzonej przez położną, karty obserwacji, karty gorączkowe, karty zleceń lekarskich, karty informacyjne z leczenia szpitalnego, wyniki badań diagnostycznych wraz z opisem, wyniki konsultacji, a w przypadku pacjentek, u których dokonywano zabiegu abrazji również karty przebiegu znieczulenia. Strony tej dokumentacji nie były jednak ponumerowane, co szerzej opisano w dalszej części wystąpienia pokontrolnego, w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*);
- wszystkie pacjentki, którym przeprowadzono zabieg abrazji (42 spośród 60) otrzymały znieczulenie ogólne dożylnie i wyraziły zgodę na przeprowadzenie zabiegu.

(akta kontroli str. 583 – 586, 702)

Pacjentkom doświadczającym niepowodzeń położniczych, pomocy psychologicznej udzielała psycholog zatrudniona na Oddziale Neonatologicznym, która świadczyła pracę przez cztery godziny w dni powszednie. Była Dyrektor wyjaśniła: *Kwestie konsultacji psychologicznych w dni wolne od pracy, weekendy i święta, czy też poza ustalonymi standardowymi godzinami pracy zostały uregulowane w dokumencie Informacji dotyczącej udzielania konsultacji psychologicznych w oddziałach szpitalnych PZOZ w Starachowicach. Dla porządku organizacyjnego każdy z psychologów ma przypisany obszar. W czasie nieobecności psychologa pracującego na Oddziale zastępstwo dla oddziału pełni pani K. P. Ponadto jedna z psychologów świadczy porady psychologiczne na każde wezwanie, szczególnie w obszarze SOR. Nie ma problemu, by psycholog ta w razie potrzeby była wezwana do innego oddziału, gdyż otrzymuje za każdą wykonaną konsultację wynagrodzenie. Dodatkowo PZOZ współpracuje doraźnie z psychologiem, który w razie potrzeby również doraźnie świadczy usługi psychologiczne dla naszych pacjentów w sytuacjach nagłych i wymagających takiej interwencji. W ubiegłym roku szpital dwukrotnie korzystał z jego usług. Psycholog ten stanowi dodatkowe zabezpieczenie na wypadek urlopów, chorób naszych psychologów.*

(akta kontroli str. 684 – 690)

W badanej próbie, z porady psychologicznej skorzystało 11 pacjentek, osiem odmówiło konsultacji z psychologiem, zaś w dokumentacji medycznej 39 pacjentek brak jest informacji o tej konsultacji. Pacjentki, które skorzystały z konsultacji psychologa, otrzymały tę pomoc w dniu przyjęcia do Szpitala lub w dniu następnym. Dwóm pacjentkom nie umożliwiono skorzystania z pomocy psychologa (co szerzej

opisano w dalszej części wystąpienia pokontrolnego, w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*), pomimo że jedna z nich w ankiecie zaznaczyła, że życzy sobie takiej pomocy, a w stosunku do drugiej taką potrzebę dostrzegał personel medyczny.

(akta kontroli str. 585 – 586)

Pacjentki doświadczające niepowodzeń położniczych najczęściej umieszczano w salach chorych nr 4 i 5 w odcinku ginekologicznym. Informacja o numerze sali, w której przebywała hospitalizowana pacjentka znajdowała się w dokumentacji medycznej, tj w *Karcie gorączkowej*. W przedmiotowej dokumentacji personel medyczny nie odnotowywał przypadków przeniesienia pacjentki do innej sali.

Położna oddziałowa wyjaśniła: *Pacjentki, które trafiają na Oddział w sytuacji niepowodzeń położniczych przebywają w sali nr 4, 5, 7, 8. We wczesnych ciążach, które są do dokładnego zdiagnozowania, co do dalszego ich rokowania pacjentki kładzie się na sali 4 lub 5, a dopiero w późniejszym etapie są przesuwane na sale 7 i 8. Nigdy nie zdarza się, aby pacjentki te przebywały na salach z pacjentkami ciężarnymi. Personel przy zmianie sali pacjentki często nie wpisuje takiej zmiany w karcie gorączkowej.*

(akta kontroli, str. 608)

Była Dyrektor wyjaśniła: *sale są przydzielane dla pacjentek Oddziału w trakcie zakładania dokumentacji medycznej i przyjmowania do oddziału. W związku ze zdarzającym się w oddziale brakiem miejsc na odpowiednich salach (i unikaniem przebywania pacjentek w sytuacjach niepowodzeń położniczych na holu), pacjentki są przyjmowane do innej sali na czas organizacji miejsca w salach docelowych, co nie było później odnotowywane w dokumentacji medycznej.*

(akta kontroli, str. 709)

Zdaniem NIK, wskazanie numeru sali, w której przebywa pacjentka oraz jej zmiany powinny być odnotowywane w prowadzonej dokumentacji medycznej w celu wykazania, że Szpital przestrzega warunku, o którym mowa w ust. 3 pkt 3 części XV załącznika do rozporządzenia w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej, zgodnie z którym kobiety w sytuacji niepowodzeń położniczych w miarę możliwości nie umieszcza się w sali razem z kobietami w okresie ciąży, bądź w porożu, których ciąża zakończyła się urodzeniem zdrowego dziecka.

(akta kontroli str. 585 – 586, 607 – 608, 691 – 701)

Zgodnie z pkt 5.3 procedury *Postępowanie z pacjentką w przypadku wystąpienia niepowodzeń położniczych*, w celu uzyskania informacji o życzeniach pacjentki należy zaproponować jej wypełnienie ankiety stanowiącej załącznik do procedury. W dokumentacji medycznej pacjentek objętych próbą kontrolną znajdowało się 10 wypełnionych ankiet. Położna Oddziałowa wyjaśniła: *Zdarza się, że pacjentki nie chcą wypełniać żadnych ankiet lub wydana ankieta nie wraca do nas. Wypełnione ankiety są dołączane do dokumentacji medycznej, natomiast nie jest prowadzona analiza ich wyników. Jest to informacja dla personelu co do dalszego postępowania.*

(akta kontroli str. 323, 607 - 608)

W Szpitalu nie ma oddzielnego pomieszczenia, w którym rodzice mogliby pożegnać się ze zmarłym dzieckiem. Kierownik Oddziału wyjaśniła: *Pacjentkom, (jeżeli sobie tego życzą) umożliwia się pożegnanie ze zmarłym dzieckiem, a osoby bliskie mogą uczestniczyć w pożegnaniu. Pożegnanie odbywa się w pojedynczej Sali, w której pacjentce towarzyszą jedynie osoby bliskie. Poza tym w szpitalu dostępna jest kaplica, w której również mogą odbywać się pożegnania.*

(akta kontroli str. 649 – 650)

W celu pomocy pacjentkom doświadczającym straty dziecka w Szpitalu nawiązano współpracę z grupą Tęczowy Kocyk¹⁸. Psycholog Aleksandra Mikołajczyk wyjaśniła: *Ubranka przygotowane przez tę grupę są używane do otulania dzieci po przedwczesnych porodach lub są przekazywane mamom jako symboliczna pamiątka po dziecku. Wszystkie rzeczy są nieodpłatne i tworzone przez wolontariuszki z przekazanych przez darczyńców tkanin. Współpraca została zainicjowana przez koordynatora grupy w województwie świętokrzyskim jeszcze przed moim zatrudnieniem w Szpitalu. Po zatrudnieniu w styczniu 2019 r. przejęłam kwestie komunikacji z koordynatorem, która w sytuacji zgłaszanego przez nas zapotrzebowania, dostarcza potrzebne rożki. Część rzeczy jest używana przez położne podczas martwych urodzeń lub śmierci dziecka tuż po porodzie. Podczas rozmowy psychologicznej z kobietami po poronieniach przekazuję małe, pamiątkowe rożki lub pudełka wspomnień, w zależności od chęci pacjentki i sposobu przeżywania straty dziecka.*

Ponadto zastępca Kierownika Oddziału wyjaśnił: *Oddział jest w pełni przygotowany do przebrania zwłok martwo urodzonego dziecka (ubranka przygotowane przez grupę Tęczowy Kocyk), na życzenie pacjentek. Większość pacjentek dotkniętych stratą ciąży wyraża wolę otrzymania tzw. tęczowego becika.*

(akta kontroli str. 662, 655 – 656)

W celu ułatwienia przekazywania informacji pacjentkom doświadczającym niepowodzeń położniczych o przysługujących jej prawach i o możliwości pochówku w Szpitalu opracowano *Informator dla pacjentki (rodziców)* stanowiący załącznik do procedury *Postępowanie z pacjentką w przypadku wystąpienia niepowodzeń położniczych*.

Ponadto Kierownik Oddziału wyjaśniła, że pacjentkom przekazywane są również dwie broszury informacyjne: *Pochówek dziecka utraconego przed urodzeniem*¹⁹ oraz *Poronienie. Co dalej?*²⁰

(akta kontroli str. 324 – 325, 651 – 654)

Według personelu medycznego zatrudnionego w Szpitalu²¹, praca z pacjentkami doświadczającymi niepowodzeń położniczych jest trudna i sprawia wiele problemów emocjonalnych. Jedna z położnych wyjaśniła: *Praca ta nakłada na nas obowiązek przekazywania informacji, które są dla pacjentki mało istotne, jak metryczka, ubezpieczenie, inne sprawy formalne. Ma się poczucie bezradności i ingerencji w tak intymną sferę pacjentki.*

Jako problemy w pracy z pacjentkami, które straciły dziecko personel medyczny wskazywał na nadmierną ilość dokumentacji i konieczność rejestracji pacjentek przez położne.

Wszyscy składający wyjaśnienia wskazali na konieczność przeprowadzenia szkoleń dla personelu medycznego w zakresie aspektów psychologicznych rozmowy i relacji z pacjentkami doświadczającymi niepowodzeń położniczych oraz na potrzebę wsparcia personelu medycznego w radzeniu sobie ze stresem związanym z wykonywanymi obowiązkami.

¹⁸ Grupa wolontariuszek współpracująca z hospicjami perinatalnymi i szpitalami na terenie całego kraju, która szyje koce i ubranka dla dzieci z wadami letalnymi, wcześniaków i dzieci martwo urodzonych. Celem działalności grupy jest pomoc rodzicom w godnym pożegnaniu dziecka, ich wyroby (tęczowe beciki) mogą stanowić również pamiątkę dla rodziny po utraconym dziecku.

¹⁹ Informator przygotowany przez Instytut Ordo Iuris dotyczący pochówku dziecka.

²⁰ Informator przygotowany przez portal poronilam.pl dotyczący praw przysługujących kobiecie po poronieniu.

²¹ Wyjaśnień udzieliło dziewięć osób (troje lekarzy oraz sześć położnych), zajmujących się opieką nad pacjentkami doświadczającymi niepowodzeń położniczych.

(akta kontroli str. 607 - 622)

Do 60 pacjentek hospitalizowanych w Szpitalu w latach 2017-2019 z powodu poronienia wysłano ankiety w celu uzyskania informacji o otrzymanej opiece. Otrzymano zwrótnie siedem ankiet. Tylko jedna z respondentek oceniła otrzymaną opiekę jako bardzo dobrą, trzy – jako wystarczającą, zaś trzy – jako nieodpowiednią. Trzy z ankietowanych pacjentek wskazały m.in., że podczas pobytu w szpitalu nie były traktowane z szacunkiem oraz na brak empatii ze strony lekarzy.

(akta kontroli str. 663 - 683)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

1. Raport zbiorczy z monitorowania wskaźników: *Pozytywne doświadczenia porodu, 2-godzinny kontakt „skóra do skóry”* nie został opracowany terminowo. Zgodnie z pkt 6.3 procedury *Wskaźniki opieki okołoporodowej*, raport zbiorczy z monitorowania tych wskaźników powinien być sporządzony dwa razy w roku (do 31 lipca i do 31 stycznia roku następnego). Na dzień zakończenia czynności kontrolnych²², nie opracowano raportu zbiorczego, który powinien być sporządzony do 31 lipca.

(akta kontroli, str. 328-330)

Położna Oddziałowa wyjaśniła: (...) *procedura odnośnie zasad monitorowania wskaźników opieki okołoporodowej funkcjonuje od kwietnia 2019 r. Wskaźniki są monitorowane i raport z nich, który miał być przekazany do 31 lipca 2019 r. jest w trakcie opracowywania.*

(akta kontroli, str. 659-660)

2. W historii choroby pacjentki A. L. hospitalizowanej na Oddziale w dniu 28 listopada 2018 r., w części dotyczącej przyjęcia pacjenta brak jest podpisów pacjentki potwierdzających m.in.: wyrażenie przez nią zgody na przyjęcie, pobyt w szpitalu, wstępne badania diagnostyczne i działania terapeutyczne; udzielenie upoważnienia do uzyskania informacji o stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych; udzielenie upoważnienia do uzyskania dokumentacji medycznej. Stanowiło to naruszenie § 8 ust. 1 rozporządzenia w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania. Z § 8 ust. 3 ww. rozporządzenia wynika, że w przypadku, gdy pacjent nie złożył oświadczenia, o którym mowa wyżej, adnotację o tym zamieszcza się w dokumentacji indywidualnej wewnętrznej.

(akta kontroli, str. 583)

Joanna Ząbecka, statystyk medyczny Oddziału wyjaśniła: *Pacjentka została przyjęta w godzinach popołudniowych i w ten sam dzień wypisana. W związku z tym nie miałam możliwości zebrania podpisów od pacjentki. Dokumentację medyczną otrzymałam w dniu następnym.*

(akta kontroli, str. 623-624)

Natomiast lekarz Anna Wilczyńska, która przyjmowała pacjentkę na Oddział wyjaśniła: *Nie pamiętam pacjentki oraz organizacji pracy na oddziale (operacje, porody, zabiegi planowe) w danym dniu.*

(akta kontroli, str. 627-628)

²² 23 sierpnia 2019 r.

3. Strony dokumentacji medycznej 60 pacjentek objętych próbą kontrolną nie zostały ponumerowane, co było niezgodne z § 5 rozporządzenia w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania. Z przepisu tego wynika, że strony w dokumentacji prowadzonej w postaci papierowej są numerowane i stanowią chronologicznie uporządkowaną całość, zaś w przypadku sporządzania wydruku z dokumentacji prowadzonej w postaci elektronicznej, strony wydruku są numerowane.

(akta kontroli, str. 702)

Joanna Ząbecka, statystyk medyczny Oddziału wyjaśniła: *W naszej placówce nie prowadzi się numeracji stron historii choroby (nie ma takiego polecenia ani zarządzenia). Dokumentacja medyczna jest kompletowana i spinana z określonymi wymogami i oddawana do działu Statystyki medycznej celem dalszej kontroli, następnie przekazywana do Archiwum Szpitala.*

(akta kontroli, str. 647-648)

Natomiast Tomasz Krzak, kierownik Działu Kontraktowania i Statystyki Medycznej wyjaśnił: *Powyższe spowodowane było m.in. dużą intensywnością pracy statystyków medycznych na oddziałach szpitalnych, którzy są odpowiedzialni m.in. za kompletowanie i sprawdzanie kompletności dokumentacji medycznej indywidualnej pacjentów oraz brakiem statystyków w części oddziałów szpitalnych. Od dnia 1 lipca numerowaniem stron w historiach chorób z leczenia szpitalnego zajmuje się pracownik Działu Kontraktowania i Statystyki Medycznej, który jest zatrudniony w Ruchu Chorych, gdzie dostarczane są historie pacjentów wypisanych z oddziałów szpitalnych.*

(akta kontroli, str. 661)

4. Dwóm pacjentkom²³ nie umożliwiono skorzystania z pomocy psychologa, pomimo że jedna z nich w ankiecie zaznaczyła, że życzy sobie takiej pomocy, a w stosunku do drugiej taką potrzebę dostrzegał personel medyczny²⁴. W *Kartach informacyjnych leczenia szpitalnego* ww. pacjentek również nie zalecono konsultacji psychologa ani nie skierowano pacjentek do poradni zdrowia psychicznego.

Zgodnie z ust. 3 pkt 2 części XV załącznika do rozporządzenia w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej, po przekazaniu informacji należy umożliwić kobiecie skorzystanie możliwie szybko z pomocy psychologicznej, zgodnie z jej życzeniem.

(akta kontroli, str. 585-586)

Kierownik Oddziału wyjaśniła: *Pacjentka hospitalizowana w dniu 28 sierpnia 2017 r. przebywała w Oddziale ok. cztery godziny, zabieg w znieczuleniu ogólnym wykonano o godz. 12.50. Pacjentka została wypisana najszybciej jak to było możliwe, gdyż chciała znaleźć się w domu pod opieką bliskich. W związku z powyższym nie było czasu na opiekę psychologiczną. Pacjentka hospitalizowana w dniach 16-18 kwietnia 2017 r. w okresie Świąt Wielkanocnych. We wtorek poświęcony wykonany był zabieg w znieczuleniu ogólnym o godz. 11.20. Jest oczywiste, że dostępność psychologa, jak i psychiatry w duże święta kościelne jest niemożliwa. W 2017 r. nie było możliwości uzyskania konsultacji w dni świąteczne.*

5. Personelowi medycznemu pracującemu z pacjentkami doświadczającymi niepowodzeń położniczych nie zapewniono wsparcia w radzeniu sobie ze stresem. Zgodnie z ust. 3 pkt 11 części XV załącznika do rozporządzenia w sprawie

²³ Hospitalizowanym na Oddziale od 16 do 18 kwietnia 2017 r. oraz 28 sierpnia 2017 r.

²⁴ W Ocenie położnej dotyczącej stanu zdrowia pacjentki z datą 17 kwietnia 2017 r. wpisano: „pacjentka wymaga pomocy psychologa”.

standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej, osobom wykonującym zawód medyczny zapewnia się wsparcie w radzeniu sobie ze stresem, w związku z opieką nad kobietą i dzieckiem, w sytuacjach szczególnych.

W trakcie kontroli NIK kierownik Oddziału wystąpiła do dyrekcji Szpitala z prośbą o wyznaczenie dyżuru psychologa dla personelu medycznego oraz o przeprowadzenie szkoleń dla personelu w zakresie radzenia sobie ze stresem.

(akta kontroli str. 607 - 622)

Była Dyrektor Szpitala wyjaśniła: *W związku z pojawiającymi się w ostatnim czasie sygnałami ze strony personelu Oddziału na temat stresu związanego z niepowodzeniami położniczymi dyrekcja szpitala podejmie działania w celu zabezpieczenia wsparcia psychologicznego pracownikom zatrudnionym w przedmiotowej komórce organizacyjnej. W związku z coraz częstszymi sytuacjami agresji w pracy personelu medycznego Szpitala, narastającą frustracją i stresem, Dyrekcja PZOZ planuje umieścić w planie szkoleń na 2020 r. szkolenia z radzenia sobie w sytuacjach stresu i agresji. Personel medyczny oddziału ginekologiczno-położniczego również zostanie objęty tego rodzaju szkoleniem.*

OCENA CZĄSTKOWA

W kontrolowanym okresie Szpital opracował procedury związane z opieką nad pacjentkami w sytuacji niepowodzeń położniczych oraz ankietę dla pacjentek znajdujących się w tej trudnej sytuacji, w celu uzyskania informacji odnośnie sposobu zapewnienia im jak najlepszej opieki. Opracowana i wdrożona została również procedura dotycząca monitorowania wskaźników opieki okołoporodowej, jednakże nie został terminowo sporządzony okresowy raport z monitorowania. Pacjentkom doświadczającym niepowodzeń położniczych, co do zasady, zapewniono opiekę psychologiczną w dniu przyjęcia lub w kolejnym dniu pobytu w Szpitalu. W badanej próbie wystąpiły jednak dwa przypadki niezapewnienia opieki psychologicznej, pomimo istnienia takiej potrzeby. Szpital nie w pełni odpowiadał na potrzeby pracowników w zakresie doształcania o tematyce związanej ze standardami opieki okołoporodowej. Personel medyczny Oddziału nie miał zapewnionego wsparcia w radzeniu sobie ze stresem, w związku z opieką nad pacjentkami w sytuacjach niepowodzeń położniczych. Stwierdzono brak numerowania stron dokumentacji medycznej, ponadto nie aktualizowano w dokumentacji numerów sal, w przypadkach przeniesienia pacjentki. W jednym przypadku stwierdzono brak podpisów hospitalizowanej pacjentki potwierdzających wyrażenie przez nią zgody na przyjęcie, pobyt w szpitalu, wstępne badania diagnostyczne i działania terapeutyczne oraz udzielenie upoważnienia do uzyskania informacji o stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych, a także udzielenie upoważnienia do uzyskania dokumentacji medycznej. W Szpitalu nawiązano współpracę z organizacją przygotowującą pamiętki po utraconym dziecku oraz przygotowano informatory dla rodziców dotyczące pochówku i przysługujących im praw.

IV. Uwagi i wnioski

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

Wnioski

1. Podjęcie działań organizacyjnych mających na celu wyeliminowanie przypadków nieprzerwanego udzielania przez zbyt długi okres świadczeń zdrowotnych przez lekarzy zatrudnionych w Szpitalu.
2. Podjęcie działań w celu dostosowania co najmniej jednego z pomieszczeń higieniczno-sanitarnych na Oddziale dla potrzeb osób niepełnosprawnych, w szczególności poruszających się na wózkach inwalidzkich.

3. Wykonywanie okresowych przeglądów klimatyzacji, zgodnie z zaleceniami producenta, nie rzadziej niż co 12 miesięcy.
4. Dokonywanie na bieżąco zmian w wykazie personelu medycznego, stanowiącym załącznik do umowy zawartej z NFZ, w przypadku wystąpienia zmiany dotyczącej kadry świadczącej usługi medyczne.
5. Podjęcie działań w celu zapewnienia pacjentkom przebywającym w sali porodowej wielostanowiskowej warunków pełnej intymności i godności.
6. Terminowe opracowywanie raportu zbiorczego z monitorowania wskaźników opieki okołoporodowej, zgodnie z *Procedurą PM-OGP-05 Wskaźniki opieki okołoporodowej*.
7. Zapewnienie pacjentce pomocy psychologa w każdej sytuacji, zgodnie z jej życzeniem lub potrzebą wynikającą z innej uzasadnionej przyczyny.
8. Zapewnienie wsparcia w radzeniu sobie ze stresem osobom wykonującym zawód medyczny zajmującym się pacjentkami doświadczającymi sytuacji szczególnych.

Uwagi NIK nie formułuje uwag.

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 Kielcach. Prawo zgłaszania zastrzeżeń, zgodnie z art. 61b ust. 2 ustawy o NIK, nie przysługuje do wystąpienia pokontrolnego zmienionego zgodnie z treścią uchwały w sprawie zastrzeżeń.

Obowiązek
poinformowania
NIK o sposobie
wykonania wniosków

Zgodnie z art. 62 ustawy o NIK należy poinformować Najwyższą Izbę Kontroli, w terminie 21 dni od otrzymania wystąpienia pokontrolnego, o sposobie wykonania wniosków pokontrolnych oraz o podjętych działaniach lub przyczynach niepodjęcia tych działań.

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

Kielce, września 2019 r.

Kontroler
Kinga Komenda
Starszy inspektor
kontroli państwowej

Najwyższa Izba Kontroli
Delegatura w Kielcach
Dyrektor
Grzegorz Walenzik

.....
podpis
Kontroler
Łukasz Pieńkowski
Inspektor kontroli państwowej

.....
podpis

.....
podpis