



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Kielcach

LKI.411.009.02.2019

Bartosz Stemplewski, Dyrektor
Wojewódzkiego Szpitala Zespołonego w Kielcach,
ul. Grunwaldzka 45, 25-736 Kielce

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

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

I. Dane identyfikacyjne

Jednostka kontrolowana	Wojewódzki Szpital Zespolony w Kielcach (dalej: WSZZ lub Szpital), ul. Grunwaldzka 45, 25-736 Kielce.
Kierownik jednostki kontrolowanej	Bartosz Stemplewski, Dyrektor Szpitala od 24 stycznia 2019 r. W okresie objętym kontrolą Dyrektorem WSZZ był również Andrzej Domański, od 13 stycznia 2015 r. do 23 stycznia 2019 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	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Kielcach.
Kontrolerzy	<ol style="list-style-type: none">1. Barbara Jaros, starszy inspektor kp., upoważnienie do kontroli nr LKI/67/2019 z 25 lipca 2019 r.;2. Kinga Komenda, starszy inspektor kp., upoważnienie do kontroli nr LKI/81/2019 z 13 września 2019 r.

(akta kontroli str. 1-2a, 36-37)

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

II. Ocena ogólna² kontrolowanej działalności

OCENA OGÓLNA

Opieka nad pacjentkami doświadczającymi niepowodzeń położniczych³ w WSZZ była sprawowana przez odpowiednią liczbę personelu medycznego, posiadającego wymagane kwalifikacje. Szpital zapewnił właściwą organizację udzielania świadczeń, wyposażenie w odpowiedni sprzęt i aparaturę medyczną oraz dostępność do niezbędnych badań. Warunki organizacyjno-techniczne izby przyjęć, sal chorych, pomieszczeń diagnostycznych zapewniały pacjentkom warunki intymności i godności. W Szpitalu opracowano i wdrożono wewnątrzoddziałowe procedury dotyczące opieki nad pacjentkami doświadczającymi poronienia lub urodzenia dziecka martwego.

Opieka psychologiczna była sprawowana przez psychologów zatrudnionych w Szpitalu, przy czym żaden z nich nie był zatrudniony w Klinice Położnictwa i Ginekologii WSZZ (dalej: Klinika lub KP i G) w wymiarze co najmniej ½ etatu, co było niezgodne z wymogiem wynikającym z części I załącznika nr 3 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego⁴ (dalej: rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych), zawartym w l.p. 39, pkt 12 sekcji *Pozostałe wymagania*. Taki sposób organizacji pracy psychologa mógł powodować, że z pomocy psychologicznej skorzystała nieznaczna liczba pacjentek – z informacji zawartych w dokumentacji medycznej 770 pacjentek, które w okresie od 1 stycznia 2017 r. do 30 czerwca 2019 r. doświadczyły niepowodzenia położniczego wynika, że pomocą psychologa objęto zaledwie sześć z nich (0,8%).

W Klinice spełnione były warunki określone rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą⁵, poza jednym, dotyczącym dostępności z trzech stron łóżek znajdujących się w salach pacjentów.

Personel medyczny Kliniki nie miał zapewnionego wystarczającego wsparcia w radzeniu sobie ze stresem, w związku z opieką nad pacjentkami w sytuacjach szczególnych.

W regulaminie organizacyjnym WSZZ, wbrew obowiązującym przepisom, nie został określony sposób ustalania oraz monitorowania wskaźników opieki okołoporodowej ani sposób dokumentowania działań w tym zakresie.

Stwierdzono także nieprawidłowości o charakterze formalnym, dotyczące nierzetelnego sporządzania sprawozdań MZ-29⁶ za 2017 r. i 2018 r. w zakresie danych o liczbie poronień samoistnych, nieustalania przez Dyrektora Szpitala przed 20 lipca 2017 r. minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych oraz niesporządzenia planów porodu dla niektórych pacjentek, które urodziły martwe dziecko.

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, urodzeniu dziecka martwego oraz zgony żywo urodzonych noworodków przed upływem 6. doby. 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*.

⁴ Dz. U. z 2017 r. poz. 2295, ze zm.

⁵ Dz. U. z 2019 r. poz. 595.

⁶ Sprawozdanie o działalności szpitala ogólnego.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego oraz oceny cząstkowe⁷ kontrolowanej działalności

OBSZAR

1. Przygotowanie podmiotu leczniczego do udzielania świadczeń zdrowotnych

Opis stanu faktycznego

W kontrolowanym okresie świadczenia z zakresu ginekologii i położnictwa udzielane były w Klinice Położnictwa i Ginekologii WSZZ. Zgodnie z jej regulaminem wewnętrznym⁸, Klinika to 80-łóżkowy, pełnoprofilowy ośrodek o III (najwyższym) stopniu referencyjności⁹, w skład którego wchodzi w szczególności:

- Patologia Ciąży – posiadający III stopień referencyjności oddział zajmujący się leczeniem najtrudniejszych przypadków w województwie, hospitalizujący ciężarne z zagrażającym porodem przedwczesnym i ciążą powikłaną;
- Sala Porodowa;
- Położnictwo z Intensywnym Nadzorem Położniczym (dalej również: Położnictwo) – gdzie, w salach dwu i trzyosobowych, pacjentki po porodzie przebywają wspólnie ze swoimi dziećmi;
- Ginekologia z Intensywnym Nadzorem Ginekologicznym i Salą Operacyjną, pododdziałem endokrynologii ginekologicznej i medycyny rozrodu (dalej również: Ginekologia) – oddział zajmujący się diagnostyką patologii endometrium, gdzie wykonywano zabiegi diagnostyczne i lecznicze oraz diagnostykę prenatalną;
- Izba Przyjęć Położniczo-Ginekologiczna – obsługująca pacjentki przyjmowane do Kliniki oraz konsultująca pacjentki z innych klinik/oddziałów szpitalnych;
- Pracownia echokardiografii płodowej.

Stanowisko kierownika KPiG zajmował w kontrolowanym okresie dr hab. n. med. Wojciech Rokita, który miał trzech zastępców – doktorów n. med.: Wojciecha Piwońskiego, Grzegorza Wydrzyńskiego oraz Grzegorza Świercza. Osobami odpowiedzialnymi za organizację świadczeń pielęgniarskich w Klinice były Pielęgniarka koordynująca Zdzisława Głuszek oraz zastępca Pielęgniarki koordynującej Maria Młodawska.

Regulamin wewnętrzny Kliniki stanowi, że zatrudnieni w niej lekarze pracują od godziny 7:00 do 14:35, natomiast dyżury lekarskie trwają od 14:35 do 7:00.

(akta kontroli str. 35-36, 38-74, 161-163, 167-168, 183, 323-329)

Według danych zawartych w sporządzonym na potrzeby kontroli zestawieniu (a za lata 2017-2018 także w przesłanych przez WSZZ do Ministerstwa Zdrowia rocznych sprawozdaniach MZ-29) liczba noworodków żywo urodzonych w WSZZ wynosiła 2333 w 2017 r., 2475 w 2018 r. i 1232 do 30 czerwca 2019 r., natomiast liczba niepowodzeń położniczych: 287 w 2017 r., 290 w 2018 r. i 141 w I półroczu 2019 r. (łącznie 718), tj. w stosunku do liczby żywo urodzonych noworodków odpowiednio 12,3%, 11,7% i 11,9%.

Najczęściej występującym niepowodzeniem położniczym były poronienia¹⁰ – 279 w 2017 r., 283 w 2018 r. i 134 w 2019 r. (łącznie 696), stanowiące odpowiednio 97,2%, 97,6%, i 95% ogółu niepowodzeń. Sporadycznie dochodziło do martwych

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 Zatwierdzonym przez Dyrektora WSZZ w dniu 30 listopada 2016 r.

⁹ Trzeci poziom referencyjności uzyskał 1 maja 2013 r. ówczesny Oddział Ginekologiczno-Położniczy z Salą Operacyjną.

¹⁰ Poronieniem określa się – zgodnie z załącznikiem nr 1 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. poz. 2069) – wydalenie lub wydobycie z ustroju matki płodu, który nie oddycha ani nie wykazuje żadnego innego znaku życia, jak czynność serca, tętnienie pępowiny lub wyraźne skurcze mięśni zależnych od woli, o ile nastąpiło to przed upływem 22. tygodnia ciąży (21 tygodni i 7 dni).

urodzeń – 6 w 2017 r., 3 w 2018 r. i 2 w 2019 r. oraz zgonów żywo urodzonych noworodków przed upływem 6. doby – odpowiednio 2, 4 i 5.

(akta kontroli str. 172, 191-192, 195)

Według danych pobranych z programu AMMS, w którym częściowo prowadzona jest elektroniczna dokumentacja medyczna pacjentów Szpitala, liczba poronień samoistnych to 288 w 2017 r., 307 w 2018 r. i 168 w I półroczu 2019 r. (łącznie 763), tj. odpowiednio o 9, 24 i 34 (łącznie 67) więcej niż wykazano w sporządzonym na potrzeby kontroli zestawieniu, a za lata 2017-2018 również w sprawozdaniach MZ-29.

W wyniku weryfikacji danych z systemu AMMS – przeprowadzonej w oparciu o informacje pochodzące ze źródłowej dokumentacji medycznej (teczek pacjentek) – stwierdzono, że w 16 z 763 ww. przypadków ujętych w systemie za okres od 1 stycznia 2017 r. do 30 czerwca 2019 r. jako poronienia samoistne, wpisany do dokumentacji medycznej jako rozpoznanie zasadnicze kod *ICD-10*¹¹, wskazujący na to poronienie (tj. kod O03 – poronienie samoistne lub kod O02 – inne patologiczne skutki zapłodnienia), był nieprawidłowy. Dotyczyło to:

- dwóch pacjentek (po jednej w 2017 r. i w 2019 r.), których żywo urodzone – odpowiednio w 22 tygodniu i 6 dniu ciąży i w 22 tygodniu ciąży (dalej: t.c.) – dzieci zmarły przed upływem 6. doby¹² (w zestawieniu sporządzonym na potrzeby kontroli noworodki te były wliczone do grupy żywo urodzonych i zmarłych do 6. doby);
- 12 pacjentek (po 5 w 2017 r. i 2018 r., 2 w 2019 r.), u których nie doszło do poronienia¹³, a ich hospitalizacja była związana z usuwaniem resztek po wcześniej przebytych poronieniach, nieprawidłowymi krwawieniami macicznymi czy poronieniem zagrażającym;
- jednej pacjentki, która (w 2019 r.) urodziła w 25 t.c. martwe dziecko¹⁴;
- jednej pacjentki, u której (w 2019 r.) – z uwagi na wady płodu – przeprowadzono w 17 t.c. terminację ciąży¹⁵.

W związku z powyższym faktyczna liczba poronień samoistnych wynosiła: 282 w 2017 r., 302 w 2018 r. i 163 w I półroczu 2019 r. (łącznie 747) i była większa odpowiednio o 3, 19 i 29 (łącznie 51) niż liczba poronień wykazanych w zestawieniu sporządzonym na potrzeby kontroli (a za lata 2017-2018 również w sprawozdaniach MZ-29), natomiast faktyczna liczba martwych urodzeń w 2019 r. wynosiła 3 (łącznie 12 w badanym okresie) i była większa o jedno od liczby tych urodzeń wykazanej w zestawieniu sporządzonym na potrzeby kontroli.

Tym samym faktyczna liczba niepowodzeń położniczych wynosiła 290 w 2017 r., 309 w 2018 r. i 171 w I półroczu 2019 r. (łącznie 770), tj. odpowiednio 12,4%, 12,5% i 13,9%, w stosunku do liczby żywo urodzonych noworodków. Do ponad 95% zdarzeń (97,6% w 2017 r., 97,7% w 2018 r. i 95,9% w 2019 r.) dochodziło przed 22 t.c. Poronienia stanowiły w ww. latach odpowiednio 97,2%, 97,7%, i 95,3% ogółu niepowodzeń, martwe urodzenia – 2,1%, 1% i 1,8%, zaś zgony żywo urodzonych noworodków przed upływem 6. doby – 0,7%, 1,3% i 2,9%. Głównymi przyczynami niepowodzeń położniczych były obumarcie wewnątrzmaciczne – 173 przypadki (59,7%) w 2017 r., 155 (50,2%) w 2018 r. i 74 (43,3%) w I półroczu 2019 r. oraz zdarzenia samoistne – odpowiednio 112 przypadków (38,6%), 144 (46,6%) i 86 (50,3%).

(akta kontroli str. 259, 310-318)

¹¹ Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10, Rewizja 10, 2008 rok.

¹² Numery księgi głównej: 2017/18578/0 i 2019/13669/0.

¹³ Numery księgi głównej: 2017/27510/0, 2017/19290/0, 2017/16028/0, 2017/4897/0, 2017/4521/0, 2018/23910/0, 2018/22053/0, 2018/20230/0, 2018/14915/0, 2018/12182/0, 2019/394/0 i 2019/13495/0.

¹⁴ Numer księgi głównej 2019/15835/0.

¹⁵ Numer księgi głównej 2019/14066/0.

Stosownie do wymogu wynikającego z art. 50 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej¹⁶, Dyrektor WSZZ – po zasięgnięciu opinii kierujących jednostkami i komórkami organizacyjnymi określonymi w regulaminie organizacyjnym, a także przedstawicieli organów samorządu pielęgniarek oraz związków zawodowych pielęgniarek i położnych działających na terenie WSZZ – zarządzeniem wewnętrznym 24/2017 z 20 lipca 2017 r. w sprawie wprowadzenia minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych, ustalił te normy. Dla KPiG minimalna norma wynosiła 72 etaty.

Według § 7 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 28 grudnia 2012 r. w sprawie sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami¹⁷, minimalne normy ustala się co najmniej raz na trzy lata.

W toku kontroli nie przedłożono innego niż zarządzenie 24/2017, w szczególności wcześniejszego, podpisanego przez Dyrektora WSZZ, dokumentu określającego przedmiotowe normy. Przekazano jedynie – podpisane przez Zastępcę Dyrektora ds. Pielęgniarstwa/Położnictwa, a opracowane przez zespół powołany poleceniem Dyrektora Szpitala¹⁸ – propozycje tych norm na rok 2017 (według stanu na 31 grudnia 2016 r.) oraz na rok 2019 (według stanu na 31 października 2018 r. i 31 stycznia 2019 r.). Zawarta w nich minimalna norma zatrudnienia pielęgniarek i położnych w KPiG wynosiła odpowiednio 48 i 56 etatów.

Dyrektor Szpitala Bartosz Stemplewski zapytany o to czy przed zarządzeniem 24/2017 minimalne normy zatrudnienia pielęgniarek i położnych ustalane były przez Dyrektora WSZZ (tj. podpisanym przez niego dokumentem) stwierdził: *Przed dniem 20 lipca 2017 r. minimalne normy zatrudnienia pielęgniarek i położnych w WSSZ były ustalane przez Dyrektora. W tym celu Dyrektor poleceniami służbowymi powoływał Zespoły zobowiązane do przygotowania propozycji ustalenia minimalnych norm (...) we wszystkich klinikach/oddziałach.*

Przedłożone propozycje norm na rok 2017 i rok 2019 nie zawierały pisemnej akceptacji Dyrektora WSZZ. NIK zwraca uwagę, że zgodnie z art. 50 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej, normy ustala kierownik niebędącego przedsiębiorcą podmiotu leczniczego, co należy rozumieć w ten sposób, że jest to jego wyłączna kompetencja.

(akta kontroli str. 330-363)

W wybranych do próby kontrolnej miesiącach kontrolowanego okresu¹⁹ w Klinice na podstawie umowy o pracę zatrudniano:

- w lipcu 2017 r. – 75 położnych (jedną na ½ etatu), w tym cztery ze specjalizacją w dziedzinie położnictwa oraz 22 lekarzy (jednego na ¼ etatu), w tym 13 specjalistów położnictwa i ginekologii²⁰ (Kierownik KPiG dodatkowo posiada specjalizację z perinatologii);
- w sierpniu 2017 r. – 77 położnych (jedną na ½ etatu), w tym pięć ze specjalizacją w dziedzinie położnictwa oraz 22 lekarzy (jednego na ¼ etatu), w tym 13 ww. specjalistów położnictwa i ginekologii;
- w lipcu 2018 r. – 81 położnych (jedną na ½ etatu), w tym osiem ze specjalizacją w dziedzinie położnictwa oraz 24 lekarzy (jednego na ¼ etatu), w tym 15 specjalistów położnictwa i ginekologii;

¹⁶ Dz. U. z 2018 r. poz. 2190, ze zm.

¹⁷ Dz. U. z 2012 r. poz. 1545.

¹⁸ Polecenie służbowe z dnia 24 lipca 2015 r. (brak numeru dokumentu).

¹⁹ Próbą kontrolną objęto po dwa miesiące 2017 r. i 2018 r. (lipiec, sierpień) oraz jeden miesiąc 2019 r. (czerwiec).

²⁰ Zgodnie z § 2 pkt 5 rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych lekarz specjalista to lekarz, który posiada specjalizację II stopnia lub tytuł specjalisty w określonej dziedzinie medycyny.

- w sierpniu 2018 r. – 81 położnych (jedną na ½ etatu), w tym osiem ze specjalizacją w dziedzinie położnictwa oraz 24 lekarzy (jednego na ¼ etatu), w tym 15 specjalistów położnictwa i ginekologii;
- w czerwcu 2019 r. – 88 położnych (jedną na ½ etatu), w tym 11 ze specjalizacją w dziedzinie położnictwa oraz 29 lekarzy (jednego na ¼ etatu, jednego na 2/5 etatu i dwóch na 0,02 etatu), w tym 18 specjalistów położnictwa i ginekologii.

Część personelu KPİG nie była zatrudniona w Szpitalu, ale udzielała pacjentkom Kliniki świadczeń zdrowotnych w oparciu o umowy cywilnoprawne²¹. I tak:

- w lipcu oraz sierpniu 2017 r. było to 12 osób, tj.:
 - 11 lekarzy: czterech ginekologów-położników (w tym trzech specjalistów w tej dziedzinie) w ramach dyżurów kontraktowych; sześciu specjalistów anestezjologii i intensywnej terapii w ramach dyżurów pod telefonem oraz jeden specjalista genetyki klinicznej (na telefon/żądanie);
 - jedna pielęgniarka ze specjalizacją z pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki w ramach dyżurów kontraktowych;
- w lipcu oraz sierpniu 2018 r. było to 14 osób, tj.:
 - 13 lekarzy: sześciu ginekologów-położników (w tym pięciu specjalistów w tej dziedzinie) – czterech w ramach dyżurów kontraktowych, natomiast dwóch wykonujących badania USG; sześciu specjalistów anestezjologii i intensywnej terapii w ramach dyżurów stacjonarnych i/lub pod telefonem oraz jeden specjalista genetyki klinicznej (na telefon/żądanie);
 - jedna pielęgniarka ze specjalizacją z pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki;
- w czerwcu 2019 r. było to 14 osób, tj.:
 - 12 lekarzy: pięciu ginekologów-położników (w tym czterech specjalistów w tej dziedzinie) – trzech w ramach dyżurów kontraktowych, natomiast dwóch wykonujących badania USG; sześciu specjalistów anestezjologii i intensywnej terapii w ramach dyżurów stacjonarnych i pod telefonem oraz jeden specjalista genetyki klinicznej (na telefon/żądanie);
 - jedna pielęgniarka ze specjalizacją z pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki;
 - jedna położna w ramach dyżurów stacjonarnych.

Z personelem zatrudnionym w Klinice na podstawie umowy o pracę nie zawierano jednocześnie umów cywilnoprawnych o udzielanie świadczeń zdrowotnych.

W każdym z pięciu objętych próbą kontrolną miesięcy w udzielaniu świadczeń pacjentkom KPİG brało również udział 10 zatrudnionych w Klinice Anestezjologii i Intensywnej Terapii (dalej: KAİT) pielęgniarek (każda w wymiarze 0,02 etatu), w tym pięć ze specjalizacją z pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki.

(akta kontroli str. 197-216, 364-365)

Personel medyczny udzielający w wybranych do próby kontrolnej miesiącach świadczeń zdrowotnych w KPİG był wykazywany w załącznikach do zawartych ze Świętokrzyskim Oddziałem Wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia (dalej: ŚOW NFZ) umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne²² lub w zgłoszeniach aktualizacyjnych dokonywanych poprzez SZOI²³.

(akta kontroli str. 219-222, 364-365)

²¹ Osoby prowadzące działalność gospodarczą – na podstawie subkontraktów (tj. umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych), zaś osoby fizyczne na podstawie umów zlecenia.

²² Tj. w harmonogramie-zasoby, stanowiącym załącznik nr 2 do zawartych umów.

²³ System Zarządzania Obiegiem Informacji – portal służący do wymiany informacji między świadczeniodawcą, a Oddziałem NFZ.

Liczba i kwalifikacje personelu jak również organizacja udzielania świadczeń w KPiG odpowiadały – określonym załączniku nr 3 do rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych²⁴ – wymogom dla posiadających trzeci poziom referencyjności komórek organizacyjnych o profilu położniczo-ginekologicznym. Zapewniona została wyodrębniona opieka lekarska sprawowana przez przynajmniej trzech lekarzy we wszystkie dni tygodnia, stała obecność w Klinice lekarza specjalisty w dziedzinie położnictwa i ginekologii, stała obecność w WSZZ lekarza specjalisty w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii, a także odpowiednia liczba położnych, w tym ze specjalizacją w dziedzinie pielęgniarstwa położniczego. Zagwarantowano również dostępność wykonania znieczulenia śródporodowego, możliwość wykonywania więcej niż jednego cięcia cesarskiego jednocześnie i wyodrębnioną całodobową opiekę położniczą dla sal porodowych w KPiG.

(akta kontroli str. 364-366, 398-399)

Analiza rozkładu czasu pracy zatrudnionych w Klinice lekarzy wykazała, że w pięciu objętych szczegółowym badaniem miesiącach przestrzegane były postanowienia art. 93-97 ustawy o działalności leczniczej. Żaden z lekarzy udzielających pacjentkom KPiG świadczeń zdrowotnych (w tym również na podstawie umów cywilnoprawnych) nie świadczył pracy nieprzerwanie przez czas dłuższy niż 24 godziny.

(akta kontroli str. 364-397)

W kontrolowanym okresie Szpital spełniał, określone w załączniku nr 3 do rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych dla posiadających trzeci poziom referencyjności komórek o profilu położniczo-ginekologicznym, wymogi w zakresie wyposażenia w sprzęt i aparaturę oraz zapewnienia realizacji badań:

- Klinika dysponowała w szczególności: siedmioma aparatami KTG²⁵ i trzema kardiomonitoremami podpiętymi pod centralny system nadzoru okołoporodowego, (umożliwiający komputerową analizę KTG), dwoma kolposkopami, siedmioma aparatami USG²⁶ (w tym trzema z funkcją echokardiografu i opcją kolorowego Dopplera), dwoma laparoskopami (w tym jedną nowoczesną platformą laparoskopową), a także trzema histeroskopami diagnostyczno-operacyjnymi;
- w Szpitalu zapewniano realizację badań laboratoryjnych, gazometrię krwi pępowinowej, a także diagnostykę prenatalną; dostępne były również badania cytogenetyczne histopatologiczne śródoperacyjne, popłodu i fetoskopii.

(akta kontroli str. 398-399)

Będący w dyspozycji KPiG sprzęt i aparatura medyczna posiadały aktualne przeglądy techniczne, potwierdzające ich sprawność oraz zgodność z normami i założeniami producenta.

(akta kontroli str. 457-462)

Stosownie do ustalonych w załączniku nr 3 do rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych pozostałych wymagań, w szczególności:

- WSZZ posiadał pracownię endoskopii, blok operacyjny oraz wyodrębnione sale operacyjne do cięć cesarskich (dwie w KPiG), a w jego strukturze znajdował się oddział neonatologiczny z równoważnym (trzecim) poziomem referencyjnym²⁷; Klinika dysponowała co najmniej dwoma stanowiskami intensywnej opieki medycznej;

²⁴ L.p. 39 części I załącznika.

²⁵ Kardiotokograf.

²⁶ Ultrasonograf.

²⁷ Klinika Neonatologii WSZZ.

- w KPiG prowadzono partogram²⁸; stosowano: standardy postępowania oraz procedury medyczne przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, porodu oraz opieki nad noworodkiem, a także standardy w łagodzeniu bólu porodowego;
- w przypadku prenatalnego zdiagnozowania wad rozwojowych płodu zapewniano dostępność leczenia wewnątrzmacicznego, zaś w przypadku zdiagnozowania ciężkich, nieuleczalnych chorób płodu powstałych w prenatalnym okresie rozwoju dziecka lub w czasie porodu – dostępność do opieki nad chorym noworodkiem w ramach opieki paliatywnej i hospicyjnej, zgodnie ze wskazaniami medycznymi.

(akta kontroli str. 399)

Z obowiązującego od 10 lutego 2017 r. punktu 12 pozostałych wymagań zawartych w załączniku nr 3 do rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych²⁹ wynika, że w posiadającej trzecią poziom referencyjności komórce organizacyjnej o profilu położniczo-ginekologicznym powinien być zatrudniony psycholog w wymiarze co najmniej ½ etatu.

W okresie objętym kontrolą WSZZ dysponował 14 psychologami. Wszystkich zatrudniano na podstawie umowy o pracę, przy czym na koniec 2017 r. było to 10 osób (siedem na pełny etat i trzy w łącznym wymiarze 2 i 6/20), na koniec 2018 r. – 10 osób (siedem na pełny etat i trzy w łącznym wymiarze 1 i 16/20), a na 30 czerwca 2019 r. – 12 osób (dziewięć na pełny etat i trzy w łącznym wymiarze 1 i 16/20). Świadczyli oni pracę od poniedziałku do piątku w godzinach między 7:00 a 14:35. Wszyscy byli przypisani do konkretnych komórek organizacyjnych WSZZ, jednak żaden z nich do KPiG³⁰. Trzech psychologów zatrudnianych w Klinice Neurologii Świętokrzyskiego Centrum Neurologii, w tym koordynator psychologów, udzielało świadczeń pacjentkom KPiG – zgodnie z zakresami czynności – „w razie zaistniałej potrzeby”.

(akta kontroli str. 400-417)

Odpowiadając na pytanie o to w jaki sposób pacjentkom KPiG, w szczególności doświadczającym niepowodzeń położniczych, zapewniono opiekę psychologiczną w soboty, niedziele oraz inne dni wolne od pracy, skoro psychologowie zatrudnieni w WSZZ pracowali wyłącznie w tzw. dniach roboczych, Kierownik Kliniki Wojciech Rokita stwierdził: *Konsultacje te były dostępne w koniecznych przypadkach w dniach powszednich. W dniach wolnych od pracy świadczenia w tym zakresie były realizowane przez specjalistów psychiatrii. Dostępność tych świadczeń nie była ograniczona. Optymalnym rozwiązaniem byłoby zapewnienie dostępności opieki psychologicznej przez specjalistów na stałe oddelegowanych do pracy w Klinice Położnictwa i Ginekologii.*

Położna koordynująca Zdzisława Głuszek wyjaśniła, że pomoc psychologa czy ewentualnie psychiatry jest udzielana każdorazowo na życzenie pacjentki, a także w przypadkach, w których pomimo braku zgłoszenia ze strony pacjentki personel Kliniki zauważy taką potrzebę.

(akta kontroli str. 417,425-426, 429)

Kierownik KPiG Wojciech Rokita trzykrotnie w kontrolowanym okresie – pismami datowanymi na 10 lutego 2017 r., 19 września 2018 r. i 29 kwietnia 2019 r. –

²⁸ Partogram to karta obserwacji porodu – formularz dokumentacji medycznej, służący do zapisania najistotniejszych informacji dotyczących przebiegu porodu, stanu rodzącej, stanu płodu i postępu porodu.

²⁹ Dodanego do l.p. 39 tego załącznika przez § 1 pkt 6 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 31 stycznia 2017 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz. U. poz. 237).

³⁰ Psychologowie byli przypisani do Kliniki Neurologii, Kliniki Rehabilitacji, Kliniki Kardiologii oraz Gabinetu Psychologicznego w Świętokrzyskim Centrum Pediatrii.

zwracał się do dyrekcji WSZZ o oddelegowanie psychologa do pracy w KPİG. Dwa pierwsze pisma zawierały prośbę o zapewnienie psychologa w wymiarze 2 godzin dziennie, trzecie – w wymiarze ½ etatu. Pismo z 2017 r. nie zawierało uzasadnienia, natomiast w dwóch kolejnych wskazano na potrzeby wynikające z sytuacji leczonych pacjentek, wymogi *standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej* jak również stawiane przez NFZ. W 2017 r. i 2018 r. Dyrekcja WSZZ nie udzieliła Kierownikowi Kliniki pisemnej odpowiedzi. Na piśmie z 2019 r. znajduje się dokonana przez Dyrektora Szpitala adnotacja o treści: *W ramach posiadanej kadry wyłącznie*, a na odwrocie adnotacja Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa o treści: *Zapotrzebowanie z Kliniki Poł. I Gin. Po zgłoszeniu telefonicznym lub pisemnym w ramach posiadanych zasobów.*

(akta kontroli str. 421-424)

Dyrektor WSZZ Bartosz Stemplewski zapytany o przyczyny, dla których dyrekcja nie reagowała na zgłaszane corocznie zapotrzebowanie dotyczące oddelegowania psychologa do KPİG stwierdził: *Dyrekcja WSZZ Kielce podejmowała działania zmierzające do zapewnienia psychologa w KPİG. Zorganizowane było spotkanie m.in. z koordynatorem psychologów i dyrekcją, na którym ustalono zasady konsultacji psychologów w KPİG – po zgłoszeniu telefonicznym lub pisemnym w ramach posiadanych zasobów.*

(akta kontroli str. 425-427)

W wyniku oględzin ustalono, że pomieszczenia Kliniki, znajdujące się w głównym budynku WSZZ przy ul. Grunwaldzkiej 45, rozmieszczone są w następujący sposób:

- na parterze:
 - w budynku B, w części łączącej się z budynkiem C – za Ośrodkiem Kompleksowej Ochrony Zdrowia Prokreacyjnego z Pracownią diagnostyki prenatalnej i echokardiografii płodowej – Izba Przyjęć Położniczo-Ginekologiczna;
 - w lewym skrzydle budynku C – gdzie mieści się należący do Kliniki Neonatologii Intensywny Nadzór Noworodka – sala porodowa i sala do cięć cesarskich, przeznaczone do porodów dzieci ze skrajnie niską masą ciała i skrajnie niedojrzałych (głównie porodów wcześniaczych, tj. poniżej 36 tygodnia ciąży), gdzie odbywają się również porody dzieci martwych;
- na pierwszym piętrze budynku C:
 - w lewym skrzydle (wraz z pomieszczeniami Kliniki Neonatologii): Położnictwo z Intensywnym Nadzorem Położniczym, w tym m.in.: jednostanowiskowa sala porodowa (pokój porodów rodzinnych), trzystanowiskowa sala porodowa i sala do cięć cesarskich, przeznaczone do porodów z ciąż donoszonych (tj. od 36 tygodnia ciąży);
 - w prawym skrzydle: Patologia Ciąży z salą operacyjną i gabinetem diagnostycznym;
 - w łączniku między Położnictwem a Patologią ciąży – gabinet diagnostyczny;
- na drugim piętrze budynku C – w prawym skrzydle – Ginekologia z Intensywnym Nadzorem Ginekologicznym, z salą zabiegową i gabinetem diagnostycznym.

Według oświadczenia Kierownika KPİG, pacjentki z patologiami ciąży są przeważnie hospitalizowane na Patologii Ciąży, zaś w przypadku braku wolnych miejsc na Ginekologii, natomiast kobiety po niepowodzeniach położniczych umieszcza się na Ginekologii, gdzie nie przebywają matki z nowonarodzonymi dziećmi.

Ginekologia dysponuje dziewięcioma salami dla pacjentek (pokojami łóżkowymi). W jednej (nr 4) – wykorzystywanej dla kobiet po niepowodzeniach położniczych – znajdowało się jedno łóżko, w jednej (nr 6) dwa łóżka, w trzech (nr 1, nr 2 i nr 3) po trzy łóżka, w dwóch (nr 7 i nr 8) po cztery łóżka, w jednej (nr 9) sześć łóżek i w jednej (nr 5) – siedem łóżek.

Stosownie do wymogów ustalonych w rozporządzeniu w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą:

- pomieszczenia KPiG, w których wykonuje się badania lub zabiegi, wyposażono: co najmniej w jedną umywalkę z baterią z ciepłą i zimną wodą, dozownik z mydłem w płynie, dozownik ze środkiem dezynfekcyjnym oraz pojemnik z ręcznikami jednorazowego użycia i pojemnik na zużyte ręczniki, zaś pomieszczenia, w których wykonywane są badania lub zabiegi przy użyciu narzędzi i sprzętu wielokrotnego użycia – niezależnie od umywalk, w zlew z baterią (§ 37);
- pokoje łóżkowe na Ginekologii³¹ wyposażono w umywalkę z ciepłą i zimną wodą, dozownik z mydłem w płynie oraz pojemnik z ręcznikami jednorazowego użycia i pojemnik na zużyte ręczniki (§ 24 ust. 1); zapewniono w nich bezpośredni dostęp do światła dziennego (§ 34); odstępy pomiędzy łózkami umożliwiały swobodny dostęp do pacjentek (§ 19), zaś szerokość pokoi umożliwiała wyprowadzenie łóżka (§ 20); w czterech pokojach łóżkowych (nr 2, nr 3, nr 4 i nr 6) wszystkie łóżka dostępne były z trzech stron, w tym z dwóch dłuższych (§ 18), a w pięciu pozostałych pokojach znajdowały się łóżka dostępne tylko z dwóch stron (jednej dłuższej i jednej krótkiej).

W każdym pododdziale KPiG, tj. na Położnictwie, na Patologii Ciąży oraz na Ginekologii, na tablicy informacyjnej zawieszono były m.in. informacje dotyczące możliwości skorzystania z pomocy psychologa oraz wsparcia duchownego (wykaz związków wyznaniowych działających na terenie Kielc, wraz z ich adresami i numerami telefonów).

(akta kontroli str. 430-456)

Od 2017 r. w WSZZ przeprowadzono 121 kontroli zewnętrznych (38 w 2017 r., 53 w 2018 r. i 30 w 2019 r. do czasu niniejszej kontroli), z których siedem – dwie w 2017 r., cztery w 2018 r. i jedna w 2019 r. – dotyczyło działalności KPiG. W toku czterech z nich nie stwierdzono nieprawidłowości. Były to:

- przeprowadzona w 2017 r. przez Świętokrzyski Urząd Wojewódzki kontrola dotycząca zgodności wykonywanej w WSZZ działalności leczniczej z przepisami ustawy o działalności leczniczej;
- przeprowadzone w 2017 r. i 2018 r. przez konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie perinatologii kontrole, których przedmiot stanowiła realizacja standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń medycznych z zakresu perinatologii;
- przeprowadzona w 2018 r. przez Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego (dalej: PPIS) kontrola dotycząca dostosowania pomieszczeń KPiG na potrzeby Ośrodka Leczenia Niepłodności.

Podczas przeprowadzonej w 2018 r. przez ŚOW NFZ kontroli dotyczącej realizacji i rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie położnictwo i ginekologia stwierdzono, że w sześciu przypadkach spośród 110 sprawdzonych hospitalizacji, Szpital wskazał nieprawidłowy kod ICD, co skutkowało niepoprawnym rozliczeniem świadczeń wyżej punktowaną grupą JPG – *N09 Ciężka patologia ciąży z porodem – diagnostyka rozszerzona, leczenie kompleksowe >6 dni*, zamiast grupami niżej punktowanymi. W związku z przekwalifikowaniem świadczeń na właściwe grupy, nakazano WSZZ dokonać korekty rachunku oraz raportu statystycznego na kwotę 18 824 zł. Dodatkowo ŚOW NFZ nałożył na Szpital karę umowną w wysokości 0,2% kwoty zobowiązania określonej w umowie dla wartości kontrolowanego zakresu, tj. 19 047,69 zł.

³¹ Oględzinami objęto tylko sale dla pacjentek znajdujące się na Ginekologii, gdyż tam umieszczano kobiety po niepowodzeniach położniczych.

Podczas przeprowadzonej w 2018 r. przez PPIS kompleksowej kontroli działalności Szpitala w pomieszczeniach Kliniki stwierdzono: ubytki tynku i odpryski farby na ścianach we wszystkich salach chorych, brudne ściany na korytarzu z ubytkami tynku i odpryskami farby, popękaną tapicerkę fotela do pobierania krwi w gabinecie KTG, odpryski farby na 50 szt. łóżek dla pacjentek oraz skorodowane lustra przy wszystkich umywalkach. Przeprowadzona w 2019 r. kontrola sprawdzająca stwierdziła usunięcie trzech pierwszych nieprawidłowości.

(akta kontroli str. 562-601)

W kontrolowanym okresie do WSZZ wpłynęły dwie skargi związane z działalnością KPiG (jedna w sierpniu 2018 r., druga w maju 2019 r.). Żadna z nich nie dotyczyła opieki nad kobietą doświadczającą niepowodzenia położniczego.

(akta kontroli str. 602-603)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

1. W systemie AMMS wykazano nierzetelne dane dotyczące poronień samoistnych, które wystąpiły w okresie od 1 stycznia 2017 r. do 30 czerwca 2019 r. Z 763 zdarzeń ujętych w tym systemie jako poronienia samoistne, 16 nie było takimi poronieniami. Zostało to spowodowane użyciem nieprawidłowego kodu ICD w przypadku tych zdarzeń.

(akta kontroli str. 310-318)

Kierownik KPiG Wojciech Rokita wyjaśnił: (...) *Błędy w kodowaniu związane są z bardzo dużą liczbą leczonych pacjentek. W związku ze stwierdzeniem błędów (...) zobowiązuję podległy mi personel do wnikliwej analizy dokumentacji medycznej w celu uniknięcia w przyszłości ww. błędów.*

(akta kontroli str. 319-321)

2. Sprawozdania MZ-29 za 2017 r. i 2018 r., przesłane do Ministerstwa Zdrowia sporządzone zostały nierzetelnie. Wykazano w nich bowiem odpowiednio 279 i 283 poronień samoistnych, podczas gdy faktycznie było ich 282 i 302.

(akta kontroli str. 172, 192, 310-314, 259)

Kierownik Kliniki Wojciech Rokita wyjaśnił: (...) *Różnica (...) wynika z błędnego zliczenia liczby przypadków z dokumentacji w formie papierowej. W przyszłości zestawienia te będą przygotowywane tylko w oparciu o dane uzyskane z systemu AMMS.*

(akta kontroli str. 319-320, 322)

3. W Klinice nie zatrudniano psychologa, mimo że zgodnie z załącznikiem nr 3 do rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (l.p. 39 części I, pkt 12 sekcji *Pozostałe wymagania*), od 10 lutego 2017 r. posiadające trzeci poziom referencyjności komórki organizacyjne o profilu położniczo-ginekologicznym powinny zatrudniać psychologa w wymiarze co najmniej ½ etatu.

(akta kontroli str. 400-415, 421-424)

Dyrektor WSZZ Bartosz Stemplewski stwierdził: *WSZZ Kielce zapewnił i zapewnia psychologa do udzielania świadczeń pacjentkom Kliniki Położnictwa i Ginekologii. Potwierdzeniem tego są wyjaśnienia złożone przez Kierownika KPiG oraz wpisy w dokumentacji medycznej. Spornym może być czy 0,5 etatu musi być zrealizowane poprzez przypisanie pracownika bezpośrednio do Kliniki (...), czy w sposób inny (udzielane „na wezwanie”).*

(akta kontroli str. 425-427)

Udzielone wyjaśnienia nie zasługują na uwzględnienie, bowiem z powołanych przepisów wynika, że Klinika jako ośrodek o trzecim poziomie referencyjności powinna mieć zapewnione udzielanie świadczeń przez psychologa zatrudnionego w niej co najmniej na ½ etatu. Wymogu tego nie spełnia zapewnienie dostępności psychologa.

4. W pięciu spośród dziewięciu pokoiów łóżkowych znajdujących się na Ginekologii (tj. w salach nr 1, nr 5, nr 7, nr 8 i nr 9) niektóre łóżka dostępne były tylko z dwóch stron (jednej dłuższej i jednej krótkiej), co było niezgodne § 18 ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą. Dotyczyło to: wszystkich trzech łóżek w sali nr 1, trzech z czterech łóżek w salach nr 7 i nr 8, trzech z sześciu łóżek w sali nr 9 oraz trzech z siedmiu łóżek w sali nr 5.

(akta kontroli str. 430, 433)

Kierownik KPİG wyjaśnił: *Usytuowanie łóżek w sposób niezapewniający dostępu z trzech stron, w tym z dwóch dłuższych wynikało z faktu, że pacjentki dla własnej wygody dosuwają je do ściany bądź parapetu. Informuję, że zobligowałem personel Kliniki do zwracania szczególnej uwagi na prawidłowe rozmieszczenie łóżek w salach pacjentek.*

(akta kontroli str. 526, 535)

OCENA CZĄSTKOWA

W kontrolowanym okresie WSZZ był przygotowany do udzielania świadczeń zdrowotnych z zakresu położnictwa i ginekologii zgodnie z wymogami ustalonymi dla ośrodków o trzecim poziomie referencyjności i zawieranymi z NFZ umowami. W szczególności zapewniono odpowiednią liczbę personelu medycznego KPİG, posiadającego wymagane kwalifikacje, właściwą organizację udzielania świadczeń, wyposażenie w odpowiedni sprzęt i aparaturę medyczną, jak również dostępność do niezbędnych badań. Nie został jednak spełniony – bardzo istotny z punktu widzenia opieki okołoporodowej, zwłaszcza nad pacjentkami doświadczającymi sytuacji szczególnych – wymóg dotyczący zatrudnienia w Klinice psychologa w wymiarze co najmniej ½ etatu. Mimo zgłaszania przez Kierownika KPİG zapotrzebowania w tym zakresie dyrekcja Szpitala nie oddelegowała do niej żadnego z psychologów zatrudnianych w WSZZ.

W Klinice spełnione były warunki określone rozporządzeniem w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą, poza jednym, dotyczącym dostępności z trzech stron łóżek znajdujących się w salach pacjentów.

Wskutek wpisania do dokumentacji medycznej niektórych pacjentek błędnych kodów ICD, przesłane do Ministerstwa Zdrowia sprawozdania MZ-29 za 2017 r. i 2018 r. zawierały nierzetelne dane o liczbie poronień samoistnych.

Przed 20 lipca 2017 r. minimalne normy zatrudnienia pielęgniarek i położnych nie były ustalane przez Dyrektora Szpitala.

OBSZAR

2. Przestrzeganie standardów opieki nad pacjentką w sytuacji niepowodzeń położniczych

Opis stanu faktycznego

Według ust. 2 części I *Standardu organizacyjnego opieki zdrowotnej w podmiotach wykonujących działalność leczniczą udzielających świadczeń zdrowotnych w zakresie opieki okołoporodowej* – stanowiącego załącznik do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej – podmioty wykonujące działalność leczniczą udzielające świadczeń zdrowotnych w zakresie opieki okołoporodowej ustalają wskaźniki tej

opieki i monitorują je, nie rzadziej niż raz w roku, kierując się w szczególności ograniczaniem interwencji medycznych wskazanych w ust. 1³² oraz oceną satysfakcji kobiet objętych opieką. Sposób realizacji oraz dokumentowanie działań dotyczących ustalania i monitorowania wskaźników opieki okołoporodowej powinien określać – zgodnie z ust. 3 części I standardu – regulamin organizacyjny podmiotu wykonującego działalność leczniczą.

W regulaminie organizacyjnym WSZZ nie został określony sposób ustalania oraz monitorowania wskaźników opieki okołoporodowej ani sposób dokumentowania działań w tym zakresie.

(akta kontroli str. 34, 81-143)

Z informacji przekazanej przez Kierownika KPiG wynika, że wypełniając wymóg ust. 2 części I ww. standardu, ustalono – w sposób niesformalizowany, bez wydania stosownego dokumentu w tym zakresie – wskaźniki opieki okołoporodowej, które będą monitorowane w raportach rocznych sporządzanych na koniec każdego roku kalendarzowego. Żaden z przyjętych wskaźników nie jest związany z opieką nad pacjentkami doświadczającymi niepowodzeń położniczych³³. Kierownik Kliniki stwierdził, że większość wskaźników jest monitorowana i sprawozdawana w ramach corocznych raportów przekazywanych konsultantowi wojewódzkiemu w dziedzinie położnictwa i ginekologii.

(akta kontroli str. 256-258)

Obowiązujące do 31 grudnia 2018 r. standardy opieki okołoporodowej³⁴ (dalej: standardy z 2015 r.) stanowiły, że personel medyczny oddziału, na którym znajduje się pacjentka doświadczająca niepowodzenia położniczego (tj. sytuacji, w której w wyniku ciąży kobieta nie zabierze do domu zdrowego dziecka z powodu: poronienia, urodzenia dziecka martwego, niezdolnego do życia lub obarczonego letalnymi schorzeniami) powinien być przeszkolony w zakresie pracy z rodzicami doświadczającymi śmierci noworodka, narodzin dziecka chorego (część VII ust. 1 i 2). Wprowadzony z dniem 1 stycznia 2019 r. standard opieki okołoporodowej (dalej: standardy z 2018 r.) stanowi, że nie tylko personel oddziału, na którym przebywa pacjentka doświadczająca zdarzeń takich jak poronienie, urodzenie dziecka martwego, niezdolnego do życia, chorego lub z wadami wrodzonymi (nazywanych aktualnie „sytuacją szczególną”), lecz wszystkie wykonujące zawód medyczny osoby, pod których opieką się ona znajduje są przygotowane do pracy z rodzicami doświadczającymi śmierci noworodka lub narodzin dziecka chorego (część XV ust. 1 i 2).

W kontrolowanym okresie dla personelu medycznego KPiG organizowane były wewnątrzoddziałowe szkolenia, których zakres tematyczny obejmował m.in. standardy opieki okołoporodowej w sytuacji niepowodzeń położniczych. W 2017 r. położne uczestniczyły w szkoleniu aktualizującym wiedzę na temat obowiązujących standardów jak również procedur wewnątrzszpitalnych i wewnątrzoddziałowych³⁵

³² Tj. w szczególności: amniotomii (tj. przebicia pęcherza płodowego), indukcji porodu, stymulacji czynności skurczowej, podawania opioidów, nacięcia krocza, cięcia cesarskiego oraz podania noworodkowi mleka modyfikowanego.

³³ Obejmują one: liczbę amniotomii (do 10% porodów drogami natury), indukcję porodu (do 20% porodów drogami natury), stymulację czynności skurczowej (do 30% rodzących drogami natury), podawanie opioidów (do 5% rodzących drogami natury), nacięcie krocza (do 30% rodzących drogami natury), cięcie cesarskie (do 50% rodzących drogami natury), podawanie mleka modyfikowanego (do 20% urodzonych noworodków).

³⁴ Zawarte w załączniku do 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, porogu, w przypadkach występowania określonych powikłań oraz opieki nad kobietą w sytuacji niepowodzeń położniczych (Dz. U. poz. 2007).

³⁵ Szkolenia tego typu organizowane były dla położnych zatrudnianych w KPiG cyklicznie – w 2015 r., 2016 r. i 2017 r.

(brak listy obecności), a na początku 2019 r. (9 i 30 stycznia) – 60 z nich brało udział w szkoleniu z nowego standardu opieki okołoporodowej³⁶. W zorganizowanym w 2017 r. dla lekarzy Kliniki szkoleniu na temat opieki nad kobietą w sytuacjach szczególnych wzięło udział 20 z nich, zaś w przeprowadzonym 9 stycznia 2019 r. szkoleniu z nowego standardu opieki okołoporodowej – 22.

(akta kontroli str. 463-487, 493, 496)

W latach 2017-2019 (do 30 czerwca) wydatki na szkolenia zewnętrzne personelu medycznego KPİG wynosiły odpowiednio: 2800 zł (12 szkoleń/ 24 osoby), 14 530 zł (7 szkoleń/ 23 osoby) i 2640 zł (9 szkoleń/ 19 osób). Żadne z tych szkoleń nie dotyczyło standardów opieki okołoporodowej.

(akta kontroli str. 223-223c)

Personel medyczny KPİG potwierdzał własnoręcznym podpisem zapoznanie się z rozporządzeniami Ministra Zdrowia w sprawie standardów opieki okołoporodowej. Z analizy wykazów osób deklarujących znajomość standardów i przyjęcie ich do stosowania wynika, że:

- z 45 lekarzy udzielających pacjentkom Kliniki świadczeń w pięciu objętych próbą kontrolną miesiącach: 27 nie zapoznało się ze standardami z 2015 r. w szczególności nie zapoznał się z nimi żaden z 15 lekarzy świadczących usługi na podstawie umów cywilnoprawnych; brak wykazu lekarzy potwierdzających znajomość standardów z 2018 r.;
- z 93 położnych udzielających pacjentkom Kliniki świadczeń pięciu objętych próbą kontrolną miesiącach 14 nie zapoznało się ze standardami z 2015 r., a 11 ze standardami z 2018 r.

Z uwagi na brak wykazów potwierdzających zapoznanie się ze standardami przez 11 niezatrudnianych w KPİG pielęgniarek anesteziologicznych, biorących udział w udzielaniu świadczeń jej pacjentkom (tj. jedną będącą na kontrakcie i 10 zatrudnionych w KAIT, a przypisanych do KPİG w wymiarze 0,02 etatu), nie można było stwierdzić czy zaznajomiły się one z tymi dokumentami.

(akta kontroli str. 488-497, 523-533)

Kierownik KPİG Wojciech Rokita, odnosząc się do przyczyn, dla których nie wszyscy lekarze udzielający świadczeń w Klinice zapoznali się ze standardami z 2015 r. oraz braku wykazów dotyczących znajomości standardów z 2018 r. stwierdził: *Procedury obowiązujące na terenie KPİG zostały opracowane w oparciu o aktualnie obowiązujące rekomendacje towarzystw naukowych oraz standardy postępowania medycznego w tym zakresie. Każdy z lekarzy pracujących w KPİG z tytułu wykonywania swojego zawodu posiada wiedzę w tym zakresie. Wszystkie informacje dotyczące zmian w tym zakresie przekazywane są na bieżąco podczas codziennych odpraw lekarskich oraz szkoleń wewnątrzoddziałowych. Brak wykazów potwierdzających zapoznanie się ze standardami nie świadczy o niezapoznaniu się z ich treścią. Ze względu na dużą ilość lekarzy pracujących w Klinice (...) nie zawsze udaje się dopełnić formalności związanych z podpisami. Materiały ze szkolenia w formie prezentacji są dostępne na terminalach komputerowych w Klinice (prezentacja w załączeniu). Zapytany o sposób, w jaki uzyskiwał pewność, że wszystkie osoby uczestniczące w udzielaniu świadczeń pacjentkom KPİG dysponują niezbędną wiedzą z zakresu standardów opieki okołoporodowej stwierdził: *Wszyscy pracownicy KPİG są zobligowani do zapoznania się i przestrzegania obowiązujących standardów. Fakt ten powinien być odnotowany w formie podpisu na stosownym oświadczeniu, lecz czasem przez niedopatrzenie nie dopełniają tej formalności. Brak na listach podpisów tych lekarzy i położnych wynika z przeoczenia**

³⁶ W latach wcześniejszych (tj. 2013 r., 2014 r. i 2015 r.) dla położnych Kliniki odbywały się szkolenia z ówczas obowiązujących standardów opieki okołoporodowej.

i nie świadczy o niezapoznaniu się przez te osoby z w/w standardami. Nie ma wytycznych dotyczących wymogu weryfikowania znajomości standardów u pracowników, ale ich znajomość przekłada się na wykonywanie codziennej pracy. Znajomość wymogów związanych ze standardem okołoporodowym jest konieczna do prawidłowego wykonywania obowiązków.

(akta kontroli str. 525, 534)

Zdzisława Głuszek, Położna koordynująca odpowiedzialna za personel położniczy KPiG, zapytana o przyczyny niezapoznania się przez niektóre podlegające jej osoby ze standardami opieki okołoporodowej oraz sposób weryfikacji ich znajomości przez te osoby, stwierdziła: *Położne pracujące w KPiG są zobowiązane do znajomości i przestrzegania aktualnych standardów opieki okołoporodowej, gdyż warunkuje to prawidłowe wykonywanie obowiązków. Każdorazowo po opublikowaniu nowych przepisów w tym zakresie informuję podlegający mi personel o konieczności zapoznania się z nimi oraz odnotowania tego faktu na stosownej liście. Nowym pracownikom informacja jest przekazywana niezwłocznie po ich zatrudnieniu. Brak podpisów wskazanych osób jest wynikiem przeoczenia, bowiem ze względu na dużą liczbę położnych pracujących w Klinice oraz rotację części personelu położniczego nie zawsze udaje się dopilnować dopełnienia tej formalności. Znajomość standardów nie była weryfikowana, gdyż nie ma takiego obowiązku.*

(akta kontroli str. 62-71, 516-517, 522)

W kontrolowanym okresie w Szpitalu obowiązywały następujące procedury, dotyczące niepowodzeń położniczych:

- skierowana do położnych, wewnątrzoddziałowa procedura nr Pp 7.5-04, pn. *Opieka nad kobietą z zagrażającym i rozpoczynającym się poronieniem samoistnym*, zatwierdzona 1 lutego 2016 r.;
- skierowana do lekarzy, położnych i pielęgniarek, wewnątrzoddziałowa procedura nr Pp 7.5-19, pn. *Opieka położnicza nad rodzącą w czasie porodu martwego*, zatwierdzona 10 stycznia 2017 r.;
- skierowana do pielęgniarek i lekarzy, ogólnoszpitalna procedura nr Pm 7.5-39, pn. *Postępowanie po zgonie pacjenta*, zatwierdzona 23 lipca 2019 r.

(akta kontroli str. 260-309)

Kierownik KPiG Wojciech Rokita zapytany o przyczyny nieobjęcia procedurą pn. *Opieka nad kobietą z zagrażającym i rozpoczynającym się poronieniem samoistnym* innych niż położne osób udzielających świadczeń zdrowotnych pacjentkom Kliniki (tj. lekarzy i pielęgniarek) stwierdził: *Procedury wewnątrzoddziałowe Pp 7.5-04 dotyczą personelu zatrudnionego w KPiG. Pielęgniarki świadczące usługi z zakresu anestezjologii obowiązują procedury i standardy Kliniki Anestezjologii i Intensywnej Terapii oraz standardy i procedury ogólnoszpitalne.*

(akta kontroli str. 526, 534)

Procedura pn. *Opieka nad kobietą z zagrażającym i rozpoczynającym się poronieniem samoistnym*, której celem jest – jak wskazano w treści dokumentu – zapewnienie profesjonalnej opieki i udzielenie wsparcia psychicznego pacjentce z zagrażającym i rozpoczynającym się poronieniem samoistnym, określa zadania/zasady postępowania położnych w ww. sytuacjach.

Załączniki do ww. procedury stanowią:

- formularze związane z badaniem genetycznym płodu: skierowanie do pracowni cytogenetycznych Zakładu Genetyki Medycznej Instytutu Matki i Dziecka (zał. 1); deklaracja świadomej zgody na badanie genetyczne (zał. 2);
- formularze niezbędne do pochówku płodu: Karta martwego urodzenia (zał. 3); Karta skierowania zwłok do chłodni (zał. 4), Oświadczenie o zobowiązaniu się rodziców do pochówku (zał. 5); Skierowanie zwłok do prosektorium (zał. 6);

Informacja o zgonie pacjenta (zał. 7); Karta zgonu (zał. 8); Wniosek o zarządzanie/zaniechanie sekcji zwłok (zał. 9); Karta sekcyjna (zał. 10); Zlecenie objęcia pacjenta opieką przez pracownika socjalnego (zał. 11); Oświadczenie rodziców o niewyrażeniu zgody na odbiór płodu (zał. 12); Kwestionariusz danych niezbędnych do sporządzenia aktu urodzenia dziecka przez szpital w przypadku odstąpienia rodziców od konieczności rejestracji dziecka w Urzędzie Stanu Cywilnego (zał. 13).

(akta kontroli str. 260-282)

Celem procedury pn. *Opieka położnicza nad rodzącą w czasie porodu martwego*, jest – jak wskazano w jej treści – prowadzenie porodu zgodnie z obowiązującymi zasadami stosowanymi w położnictwie, kompleksowe zapewnienie bezpieczeństwa i profesjonalnej opieki położniczej. Określa ona zadania i zasady postępowania osób sprawujących opiekę nad kobietą w trakcie porodu martwego oraz innych osób uczestniczących bezpośrednio w udzielaniu jej świadczeń zdrowotnych.

(akta kontroli str. 283-285)

Z analizy dokumentacji dotyczącej zaznajamiania się przez personel KPİG z ww. procedurami wynika w szczególności, że:

- z 45 lekarzy, którzy w pięciu objętych próbą kontrolną miesiącach udzielali świadczeń pacjentkom Kliniki: 20 nie zapoznało się z procedurą pn. *Opieka nad kobietą z zagrażającym i rozpoczynającym się poronieniem samoistnym*; 19 – z procedurą pn. *Opieka położnicza nad rodzącą w czasie porodu martwego*, a 21 – z procedurą pn. *Postępowanie po zgonie pacjenta*; w szczególności z ww. procedurami nie zapoznał się żaden spośród 15 lekarzy świadczący usługi na podstawie umów cywilnoprawnych;
- z 93 położnych udzielających pacjentkom Kliniki świadczeń w pięciu objętych próbą kontrolną miesiącach: 10 nie zapoznało się z procedurą pn. *Opieka nad kobietą z zagrażającym i rozpoczynającym się poronieniem samoistnym*, 11 – z procedurą pn. *Opieka położnicza nad rodzącą w czasie porodu martwego*, a 13 – z procedurą pn. *Postępowanie po zgonie pacjenta*.

Z uwagi na brak wykazów potwierdzających zapoznanie się z przedmiotowymi procedurami przez 11 niezatrudnianych w Klinice pielęgniarek anestezyjologicznych, biorących udział w udzielaniu świadczeń jej pacjentkom (tj. jedną będącą na kontrakcie i 10 zatrudnionych w KAIT, a „przypisanych” do KPİG w wymiarze 0,02 etatu), nie można było stwierdzić czy zaznajomiły się one z tymi dokumentami.

(akta kontroli str. 498-533)

Kierownik KPİG Wojciech Rokita, odnosząc się do przyczyn, dla których nie wszyscy lekarze udzielający świadczeń w Klinice (w szczególności świadczący usługi na podstawie umów cywilnoprawnych) zapoznali się z ww. procedurami, stwierdził: *Lekarze pracujący w KPİG są zobowiązani do znajomości i przestrzegania procedur wewnątrzoddziałowych, gdyż warunkuje to prawidłowe wykonywanie obowiązków. Ze względu na dużą ilość lekarzy pracujących w Klinice Położnictwa i Ginekologii nie zawsze udaje się dopilnować dopełnienia formalności związanych z podpisami wskazanych osób. Zapytany, czy biorące udział w udzielaniu świadczeń pacjentkom KPİG pielęgniarki anestezyjologiczne zostały zobowiązane do zapoznania się z ww. procedurami* Kierownik Kliniki stwierdził: *Pielęgniarki świadczące usługi z zakresu anestezyjologii obowiązują procedury i standardy Kliniki Anestezyjologii i Intensywnej Terapii oraz standardy i procedury ogólnoszpitalne. Wyjaśniając w jaki sposób uzyskiwał pewność, że wszystkie osoby uczestniczące w udzielaniu świadczeń pacjentkom KPİG są zaznajomione z tymi procedurami, Wojciech Rokita stwierdził: *Znajomość procedur Pp7.5.-04 i 7.5-19 dotyczy głównie położnych i lekarzy ginekologów KPİG. Natomiast do zapoznania się z procedurą ogólnoszpitalną Pm 7.5 -39 zobligowani są wszyscy lekarze, pielęgniarki i położne pracujące w WSZZ.**

Zdzisława Głuszek, Położna koordynująca odpowiedzialna za personel położniczy KPiG, zapytana o przyczyny niezapoznania się przez niektóre podlegające jej osoby z ww. procedurami, a także sposób weryfikacji ich znajomości przez te osoby, stwierdziła: *Podobnie jak w przypadku standardów opieki okołoporodowej podlegający mi personel położniczy zobligowany jest do znajomości i przestrzegania obowiązujących w KPiG procedur (...) związanych z wykonywanymi obowiązkami. Pracownicy ci informowani są, że fakt zapoznania się z poszczególnymi procedurami oraz przyjęcia ich do stosowania powinni potwierdzić podpisem, lecz czasem przez nieuwagę nie dopełniają tej formalności. Brak na listach podpisów wskazanych położnych wynika z przeoczenia i nie świadczy o niezapoznaniu się przez te osoby z ww. procedurami. Ich znajomość – z uwagi na brak takiego wymogu – nie była weryfikowana, jednak bez niej nie byłoby możliwe prawidłowe wykonywanie obowiązków. Nadmieniam, że praktycznie co roku (...) organizuję dla podległego personelu wewnątrzoddziałowe szkolenia m.in. zarówno z zakresu aktualnych standardów opieki okołoporodowej jak i obowiązujących w KPiG procedur. Bierze w nich udział każda osoba obecna w pracy danego dnia, przeważnie za wyjątkiem tych, które pracowały na nocną zmianę.*

(akta kontroli str. 62-71, 516-517, 522)

Standardy z 2015 r., w ust. 3 pkt 2 części VII, stanowiły, że po przekazaniu pacjentce informacji na temat niepowodzenia położniczego lub istotnego zagrożenia takim niepowodzeniem należy jej umożliwić, zgodnie z życzeniem, pomoc psychologiczną i wsparcie osób bliskich. Również standardy z 2018 r. w ust. 3 pkt 2 części XV stanowią, że w tzw. sytuacjach szczególnych po przekazaniu kobiecie informacji o sytuacji położniczej i zdrowotnej należy jej umożliwić, zgodnie z życzeniem, skorzystanie możliwie szybko z pomocy psychologicznej i kontakt z duchownym jej wyznania oraz wsparcie osób bliskich. Ponadto według standardów opieka nad położnicą powinna obejmować ocenę jej stanu psychicznego (ust. 2 pkt 6 części XIV standardów z 2012 r.), w tym ryzyka wystąpienia depresji poporodowej (ust. 2 pkt 6 części XIV standardów z 2018 r.), a m.in. w sytuacji niepowodzeń położniczych/ w sytuacjach szczególnych wprowadzono wymóg zapewnienia kobiecie pomocy psychologicznej (ust. 3 części XIV standardów z 2012 r. i z 2018 r.).

W Szpitalu nie prowadzono statystyk dotyczących liczby pacjentek korzystających z porady psychologa i/lub wsparcia osoby duchownej. Z informacji zawartych w dokumentacji medycznej 770 pacjentek, które w okresie od 1 stycznia 2017 r. do 30 czerwca 2019 r. doświadczyły niepowodzenia położniczego wynika, że pomocą psychologa objęto sześć z nich (0,78%), tj.: trzy z 290 takich pacjentek w 2017 r. (1,03%), jedną z 309 w 2018 r. (0,32%) i dwie ze 171 w 2019 r. (1,17%). Były to trzy spośród 12 kobiet, które urodziły martwe dzieci (dwie w 2017 r., jedna w 2019 r.³⁷) oraz trzy spośród 11 kobiet, których żywo urodzone dzieci zmarły przed upływem 6. doby (po jednej w latach 2017-2019³⁸). Ponadto jedna pacjentka po martwym urodzeniu (w 2018 r.) nie wyraziła zgody na udzielenie jej pomocy psychologicznej³⁹. Pomocą psychologa, jak wynika z dokumentacji medycznej, nie objęto żadnej spośród 747 kobiet, u których w ww. okresie doszło do poronienia samoistnego. W dokumentacji medycznej nie odnotowywano korzystania przez pacjentki ze wsparcia osoby duchownej.

³⁷ Numery księgi głównej: 2017/14752, 2017/29274 i 2019/10555. Martwe urodzenia nastąpiły w tych przypadkach odpowiednio w 26, 30 i 24 tygodniu ciąży.

³⁸ Numery księgi głównej 2017/4758, 2018/28267 i 2019/12236. Wszystkie dzieci były przedwcześnie urodzone – odpowiednio w 23, 25 i 23 tygodniu ciąży.

³⁹ Numer księgi głównej 2018/19684. Martwe urodzenia nastąpiło w 28 tygodniu ciąży.

(akta kontroli str. 196, 310-312)

Szczegółowe badanie dokumentacji medycznej 63 hospitalizowanych w latach 2017-2019 (do końca czerwca) pacjentek, które doświadczyły niepowodzenia położniczego wykazało, że:

- dokumentacja indywidualna każdej z nich zawierała podpisane oświadczenia: o upoważnieniu do uzyskiwania informacji o stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych, o upoważnieniu do uzyskiwania dokumentacji, ze wskazaniem imienia i nazwiska osoby upoważnionej, o wyrażeniu zgody na przeprowadzenia badania lub udzielenie innego świadczenia zdrowotnego;
- w każdym przypadku, stosownie do § 15 pkt 1 rozporządzenia w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania, do historii choroby 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 i cesarskiego cięcia również karty przebiegu znieczulenia;
- wszystkie pacjentki, u których przeprowadzono zabieg abrazji (34 spośród 63) otrzymały znieczulenie ogólne dożylnie i wyraziły zgodę na przeprowadzenie zabiegu;
- dla pacjentek, które urodziły martwe dziecko drogami natury nie zawsze sporządzano plan porodu, co szerzej opisano w dalszej części wystąpienia pokontrolnego, w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 604-616)

Pacjentkom doświadczającym niepowodzeń położniczych, pomocy psychologicznej udzielał zespół psychologów zatrudnionych w Szpitalu, z których żaden nie został „przypisany” do Kliniki.

(akta kontroli str. 401-415)

W badanej próbie, z porady psychologicznej skorzystało pięć pacjentek, jedna odmówiła konsultacji z psychologiem, zaś w dokumentacji medycznej pozostałych pacjentek brak jest informacji o tej konsultacji. Pacjentki, które skorzystały z konsultacji psychologa, otrzymały tę pomoc w dniu przyjęcia do Szpitala lub w okresie do czterech dni po przyjęciu.

(akta kontroli str. 601-616)

W przypadku jednej z pacjentek (nr KG 2017/29274) psycholog zwróciła się z prośbą o wystawienie skierowania do psychologa z poradni zdrowia psychicznego⁴⁰. Fakt wystawienia takiego skierowania nie znajduje odzwierciedlenia w karcie informacyjnej leczenia szpitalnego ani w pozostałej dokumentacji medycznej pacjentki.

(akta kontroli str. 617-619, 623-625)

Kierownik Kliniki wyjaśnił: *Pacjentka została poinformowana ustnie o możliwości skorzystania z pomocy psychologa w dowolnej placówce Poradni Zdrowia Psychicznego po wyjściu ze szpitala. Do Poradni Psychologicznej nie ma rejonizacji i pacjentka mogła skorzystać z dowolnej placówki. Pacjentka odmówiła skierowania do psychologa, a faktu tego nie odnotowano w dokumentacji. W karcie informacyjnej istnieje adnotacja, że pacjentka została pouczona o dalszym postępowaniu.*

(akta kontroli str. 620-622)

⁴⁰ Notatka psychologa z dnia 21 września 2017 r.

W przypadku jednej z pacjentek hospitalizowanych w 2018 r. (nr KG 2018/30960) w karcie *Ocena ginekologiczno-pielęgniarska dotycząca stanu zdrowia pacjentki* pod datą 9 października 2018 r. wpisano: *pacjentka apatyczna i płacziwa (...) Zgłoszono konsultację psychologa*. W dokumentacji medycznej pacjentki nie znajdują się jakiegokolwiek informacje wskazujące na odbycie się przedmiotowych konsultacji.

(akta kontroli str. 617-619, 623-625)

Kierownik Kliniki wyjaśnił: *Wypis pacjentki był planowany na dzień 11.10.2018 r. Pacjentka zrezygnowała z planowanej konsultacji psychologa i poprosiła o wcześniejszy wypis. Na prośbę pacjentki wyrażono zgodę na opuszczenie szpitala w dniu 10.10.2018 r. Pouczona o dalszym postępowaniu w położu została wypisana do domu z zaleceniami jak w karcie informacyjnej*.

(akta kontroli str. 620-625)

Zdaniem NIK, nieodnotowywanie w dokumentacji medycznej pacjentek będących w sytuacjach szczególnych, faktu odmowy skorzystania przez nie z konsultacji psychologa nie pozwala na ocenę, czy w Szpitalu przestrzegano warunku, o którym mowa w ust. 3 pkt 2 części XV standardów z 2018 r., zgodnie z którym kobiecie należy możliwie szybko udzielić pomocy psychologicznej.

Pacjentki doświadczające niepowodzeń położniczych najczęściej umieszczano w salach chorych nr 1, 4, 5, 6 w odcinku ginekologicznym. W dokumentacji medycznej siedmiu pacjentek z badanej próby nie wskazano numerów sal chorych, w których one przebywały.

(akta kontroli str. 604-619)

Położna koordynująca wyjaśniła: *Przyczyną niewpisania we wskazanych przypadkach numeru sali było przeoczenie położnych, które przyjmowały pacjentki. Każdorazowo numer ten odnotowywany jest na znajdujących się w dokumentacji pacjentki wynikach badań. Powinien też być umieszczony na innych dokumentach, jednak czasem z uwagi na duże tempo pracy wynikające z konieczności przyjęcia dużej liczby pacjentek zdarza się, że zostanie pominięty*.

(akta kontroli, str. 626-627)

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 standardów z 2018 r., zgodnie z którym kobiet w sytuacji niepowodzeń położniczych w miarę możliwości nie umieszcza się w sali razem z kobietami w okresie ciąży, bądź w położu, których ciąża zakończyła się urodzeniem zdrowego dziecka.

Dla pacjentek doświadczających niepowodzeń położniczych w Szpitalu nie opracowano informatora na temat obowiązującego stanu prawnego, w szczególności wynikającego z przepisów o aktach stanu cywilnego, zabezpieczenia społecznego i prawa pracy oraz o możliwości pochówku. Położna koordynująca wyjaśniła: *Każdej pacjentce informacje dotyczące dalszego postępowania przekazujemy ustnie. W zależności od decyzji jaką pacjentka podejmie – często w porozumieniu z rodziną – otrzymuje komplet dokumentów zgodnie z procedurą Opieka nad kobietą z zagrażającym i rozpoczynającym się poronieniem samoistnym i wskazówki, co do dalszego działania wynikające z obowiązującego stanu prawnego, jak i zalecenia dotyczące jej stanu zdrowia. Mając na uwadze stan psychiczny kobiety, po tak trudnym przeżyciu wszelkie informacje przekazywane są w sposób delikatny w atmosferze intymności, troski i zrozumienia. Informujemy pacjentki o możliwości skorzystania z pomocy psychologa, psychoterapeuty po wyjściu ze szpitala. Pacjentka sama podejmuje decyzję, z którego ośrodka pomocy psychologicznej skorzysta. W dużej mierze jest to zależne od miejsca jej pobytu po wypisaniu ze szpitala. Adresy placówek*

dostępne są w sekretariacie. Dodatkowo pacjentki przy wypisie otrzymują broszurę „Poronienie. Co dalej?”⁴¹, w której zawarte są praktyczne wskazówki dalszego postępowania.

(akta kontroli str. 628-633)

W Szpitalu nie ma oddzielnego pomieszczenia, w którym rodzice mogliby pożegnać się ze zmarłym dzieckiem.

(akta kontroli str. 431-456)

Położna koordynująca wyjaśniła: *W przypadku, gdy doszło do wewnątrzmacicznego obumarcia płodu w bardzo wczesnej ciąży, możliwość obejrzenia płodu uzależniona jest od sytuacji położniczej (nie zawsze istnieje możliwość uwidocznienia tkanek płodu i proponowanie oglądania ich może odnieść niekorzystny wpływ na kobietę). Po stracie dziecka w większej ciąży, jeśli kobieta wyrazi taką potrzebę i życzenie, może pożegnać się z nim sama, bądź w obecności najbliższych. Personel na ten czas opuszcza salę, aby pożegnanie przebiegało w atmosferze prywatności i spokoju. Na prośbę pacjentki w pożegnaniu może również uczestniczyć osoba duchowna. Dziecko przekazywane matce i najbliższym owinięte jest pieluszką i/lub włókninową serwetą. Pożegnanie odbywa się w jednoosobowej sali, w której pacjentka poroniła/urodziła. Pacjentka w przypadku niepowodzenia położniczego ma zapewnione wsparcie personelu medycznego, w tym zawsze proponowaną profesjonalną pomoc psychologa i na życzenie wizytę duchownego. Personel Kliniki wyczulony jest, aby kobieta w tak trudnym dla niej okresie otoczona była fachową i troskliwą opieką. Z naszej dotychczasowej obserwacji i doświadczenia wynika, że nie zachodzi potrzeba wydzielenia w oddziale dodatkowego pomieszczenia, tzw. sali pożegnań.*

(akta kontroli str. 628-633)

Według personelu medycznego zatrudnionego w Szpitalu⁴², praca z pacjentkami doświadczającymi niepowodzeń położniczych jest trudna i sprawia wiele problemów emocjonalnych. Jedna z położnych wyjaśniła: *Pacjentki doświadczające niepowodzeń położniczych często nie są świadome zaistniałej sytuacji. Potrzebują wsparcia psychicznego od wykwalifikowanego personelu i najbliższej rodziny. Ogromna część kobiet roniących nawet bardzo wczesne ciążę przeżywa lęk, poczucie straty, pustkę. Pacjentki przeżywają niejako podwójną śmierć zarówno dziecka, które nosiły w sobie, jak i siebie jako matki. Wymagają szczególnego zainteresowania, rozmowy, edukacji i opieki.*

Wszyscy składający wyjaśnienia wskazali na konieczność przeprowadzenia szkoleń dla personelu medycznego w zakresie aspektów psychologicznych rozmowy i relacji z pacjentkami doświadczającymi niepowodzeń położniczych.

Zdaniem personelu medycznego udzielającego wyjaśnień, wsparcie w radzeniu ze stresem stanowią wzajemne rozmowy. Pracownicy nie odbyli szkoleń w tym zakresie, a pomoc psychologiczna została im zapewniona dopiero podczas kontroli NIK.

(akta kontroli str. 634-655)

Do 63 pacjentek hospitalizowanych w Szpitalu w latach 2017-2019 z powodu poronienia lub martwego urodzenia wysłano ankiety w celu uzyskania informacji o otrzymanej opiece. Otrzymano zwrotnie 13 ankiet. Sześć z respondentek oceniło otrzymaną opiekę jako bardzo dobrą, trzy – jako dobrą, trzy – jako wystarczającą, jedna – jako nieodpowiednią. Dziesięć z ankietowanych pacjentek stwierdziło, że podczas pobytu w szpitalu były traktowane z szacunkiem. Cztery ankietowane

⁴¹ Informator przygotowany przez portal poroniam.pl dotyczący praw przysługujących kobiecie po poronieniu.

⁴² Wyjaśnień udzielało dziesięć osób (czworo lekarzy oraz sześć położnych), zajmujących się opieką nad pacjentkami doświadczającymi niepowodzeń położniczych.

wskazały, że nie zostały poinformowane o możliwości pożegnania się z dzieckiem, zaś dwie stwierdziły, że podczas badania nie zapewniono im warunków intymności.

(akta kontroli str. 656-695)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

1. W regulaminie organizacyjnym WSZZ, wbrew wymogowi wynikającemu z ust. 3 części I standardów z 2018 r. nie został określony sposób ustalania i monitorowania wskaźników opieki okołoporodowej ani sposób dokumentowania działań w tym zakresie.

(akta kontroli str. 34, 81-143)

Dyrektor WSZZ Bartosz Stemplewski wyjaśnił, że brak stosownych postanowień w regulaminie organizacyjnym Szpitala wynikał z przeoczenia. Jednocześnie Dyrektor poinformował, że zarządzeniem nr 47/2019 z dnia 24 września 2019 r., obowiązującym od dnia jego wydania, wprowadził do tego regulaminu § 6 ust. 8 pkt 11 o treści: *Wskaźniki opieki okołoporodowej, których obowiązek ustalania i monitorowania wynika z Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 r. (...) są ustalone w drodze procedury wewnętrznej w Klinice Ginekologii i Położnictwa WSZZ i na tej podstawie monitorowane.*

(akta kontroli str. 224-226, 234)

NIK zwraca uwagę, że po ww. zmianie regulaminu organizacyjnego WSZZ nadal nie określa on sposobu monitorowania wskaźników opieki okołoporodowej ani sposobu dokumentowania działań związanych z ich ustalaniem oraz monitorowaniem.

2. Dla pięciu pacjentek, które urodziły martwe dziecko drogami natury nie sporządzono planów porodu, co było niezgodne z procedurą *Opieka położnicza nad rodzącą w czasie porodu płodu martwego* (pkt 3 ppkt 3). Wynika z niej, że *w celu nawiązania dobrego kontaktu z rodzącą osoby sprawujące opiekę oraz inne osoby uczestniczące bezpośrednio w udzielaniu świadczeń zdrowotnych w szczególności: wspólnie czytają i omawiają plan porodu; (...) Plan opieki przedporodowej i plan porodu może być modyfikowany odpowiednio do sytuacji zdrowotnej ciężarnej w trakcie porodu. (...) Plan opieki przedporodowej i plan porodu powinien być dołączany do dokumentacji medycznej.*

(akta kontroli str. 283-289, 604-619)

Położna koordynująca wyjaśniła: *Brak planów porodów dotyczy małych ciąż (22-29 tydzień ciąży), a rodzące pacjentki przyjmowane były w zaawansowanej fazie porodu i brakowało czasu na jego omówienie. Położna sprawująca opiekę nad kobietą rodzącą skoncentrowana jest na zapewnieniu jej bezpieczeństwa, udzielaniu wsparcia, często również jej najbliższym. Poród martwego płodu jest traumatycznym przeżyciem zarówno dla rodzącej, jej rodziny i przykrym także dla personelu. Wiemy, że takie porody wymagają również uzupełnienia planu porodu, ale w obliczu dramatu, z jakim boryka się kobieta omówienie niektórych punktów przysporzyłoby jej dodatkowego cierpienia. Pacjentka doświadczająca niepowodzenia położniczego często nie jest w stanie współuczestniczyć w procesie podejmowania decyzji dotyczących udzielania jej świadczeń zdrowotnych, stąd nierzadko występują trudności w omawianiu i wypełnianiu planu porodu.*

(akta kontroli str. 447-448)

3. Personelowi medycznemu pracującemu z pacjentkami doświadczającymi niepowodzeń położniczych nie zapewniono wystarczającego wsparcia w radzeniu sobie ze stresem. Zgodnie z ust. 3 pkt 11 części XV standardów

z 2018 r., 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 Dyrektor Szpitala wyznaczył psychologa udzielającego porad personelowi medycznemu oraz zobowiązał go do przeprowadzenia szkoleń dla personelu w zakresie radzenia sobie ze stresem.

(akta kontroli str. 634-655, 696-697)

Dyrektor Szpitala wyjaśnił: *Informuję, że wsparcie w sytuacjach kryzysowych, nadmiernego stresu i innych wymagających interwencji psychologicznych dla pracowników Kliniki Położnictwa i Ginekologii będzie zapewniać pracownik Ośrodka Terapii Uzależnień i Współzależnienia tutejszego Szpitala – psychoterapeuta oraz psycholog kliniczny w trakcie specjalizacji, Pani B.S. Jednocześnie oświadczam, że ww. pracownik został zobowiązany do przeprowadzenia szkolenia dla personelu medycznego Kliniki Ginekologii i Położnictwa w przedmiotowym zakresie.*

(akta kontroli str. 698-699)

OCENA CZĄSTKOWA

W Szpitalu opracowano i wdrożono wewnątrzoddziałowe procedury dotyczące opieki nad pacjentkami doświadczającymi poronienia lub urodzenia dziecka martwego. Nie zawsze jednak były one w pełni przestrzegane, gdyż nie dla wszystkich pacjentek, które urodziły martwe dziecko sporządzano plany porodów. W regulaminie organizacyjnym WSZZ nie został określony sposób ustalania oraz monitorowania wskaźników opieki okołoporodowej, ani sposób dokumentowania działań w tym zakresie. Dla personelu medycznego KPiG organizowano wewnątrzoddziałowe szkolenia, których zakres tematyczny obejmował m.in. standardy opieki okołoporodowej w sytuacjach szczególnych. Prowadzona dokumentacja medyczna pacjentek nie w każdym przypadku odzwierciedlała, że pacjentkom zapewniono możliwość skorzystania z pomocy psychologa oraz że pacjentki nie przebywały w salach razem z kobietami, których ciąża zakończyła się urodzeniem zdrowego dziecka. Personel medyczny Kliniki nie miał zapewnionego wystarczającego wsparcia w radzeniu sobie ze stresem, w związku z opieką nad pacjentkami w sytuacjach niepowodzeń położniczych.

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. Wykazywanie w systemie AMMS rzetelnych danych dotyczących poronień samoistnych.
2. Sporządzanie rzetelnych rocznych sprawozdań MZ-29.
3. Zapewnienie świadczenia opieki psychologicznej przez psychologa zatrudnionego w Klinice w wymiarze co najmniej ½ etatu.
4. Zapewnienie w Klinice zgodnego z obowiązującymi wymaganiami usytuowania łóżek we wszystkich salach chorych.
5. Określenie w regulaminie organizacyjnym WSZZ sposobu monitorowania wskaźników opieki okołoporodowej, jak również sposobu dokumentowania działań podejmowanych w ramach ustalania i monitorowania tych wskaźników.
6. Sporządzanie planów porodu w przypadku każdej z pacjentek rodzących martwe dziecko siłami natury.

7. 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 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, listopada 2019 r.

Kontrolerzy
Barbara Jaros
starszy inspektor kontroli państwowej

Najwyższa Izba Kontroli
Delegatura w Kielcach
Dyrektor
Grzegorz Walendzik

.....
podpis

Kinga Komenda
starszy inspektor kontroli państwowej

.....
podpis