



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI
Delegatura w Szczecinie

LSZ.410.003.01.2020

Marcin Sygut
Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 2 PUM
w Szczecinie
Al. Powstańców Wlkp. 72
70-111 Szczecin

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

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

I. Dane identyfikacyjne

Jednostka kontrolowana	Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 2 PUM w Szczecinie ¹ Al. Powstańców Wlkp. 72, 70-111 Szczecin
Kierownik jednostki kontrolowanej	Marcin Sygut ² , Dyrektor, od 13.07.2017 do obecnie W okresie objętym kontrolą funkcję kierownika jednostki poprzednio pełnili: Barbara Turkiewicz, Dyrektor, od 19.05.2015 r. do 31.05.2017 r. Magda Wiśniewska, p.o. Dyrektora, od 01.06.2017 r. do 12.07.2017 r.
Zakres przedmiotowy kontroli	1. Zgodność z przepisami prawa organizowania udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w sytuacjach poronień, martwych urodzeń i zgonów dziecka tuż po porodzie ³ . 2. Przestrzeganie obowiązujących uregulowań (w tym standardów) dotyczących opieki okołoporodowej w przypadkach poronień, martwych urodzeń lub urodzenia dziecka, które umiera wkrótce po porodzie. 3. Świadczenia zapewniające pacjentkom stosowną pomoc.
Okres objęty kontrolą	Lata 2017-2020 (do dnia zakończenia kontroli), z wykorzystaniem dowodów sporządzonych przed tym okresem, jeżeli miały wpływ na działalność jednostki w zakresie objętym kontrolą
Podstawa prawna podjęcia kontroli	art. 2 ust. 1 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli ⁴
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Szczecinie
Kontroler	Mirela Zając, doradca prawny, upoważnienie do kontroli nr LSZ/17/2020 z 15.01.2020 r. (akta kontroli str.1-3)

II. Ocena ogólna⁵ kontrolowanej działalności

OCENA OGÓLNA	W Szpitalu zapewniono właściwe warunki do opieki nad pacjentkami, które poroniły, urodziły martwe dziecko lub dziecko, które zmarło wkrótce po porodzie. Pacjentkom udzielana była właściwa pomoc psychologiczna, z wyjątkiem weekendów i świąt, w którym to okresie nie zapewniono dostępności psychologa. Pacjentki były informowane o miejscach i organizacjach udzielających wsparcia, przysługujących prawach, możliwości pochówku.
Uzasadnienie oceny ogólnej	Szpital był przygotowany organizacyjnie, kadrowo, lokalowo i sprzętowo do opieki nad pacjentkami po niepowodzeniach położniczych. Obsada kadrowa była zgodna

¹ Dalej: Szpital.

² Dalej: Dyrektor Szpitala

³ Należy rozumieć sytuacje, w których dziecko zmarło w szpitalu do 6. doby życia włącznie.

⁴ Dz. U. z 2019 r. poz. 489 ze zm., dalej: ustawa o NIK

⁵ Najwyższa Izba Kontroli formułuje ocenę ogólną jako ocenę pozytywną, ocenę negatywną albo ocenę w formie opisowej.

z warunkami wynikającymi z przepisów prawa i umowami na realizację świadczeń zdrowotnych zawartych z NFZ. Wprowadzone w Szpitalu procedury wewnętrzne przewidywały zapewnienie pomocy psychologicznej w przypadku urodzenia martwego dziecka. Szpital zatrudniał dwóch psychologów. Personel medyczny poprzez udział w odpowiednich szkoleniach był właściwie przygotowany do pracy z pacjentkami, które poroniły, urodziły martwe dziecko lub dziecko które zmarło wkrótce po porodzie. W Szpitalu określono wskaźniki opieki okołoporodowej oraz terminowo je monitorowano. Informowano ustnie pacjentki o możliwości uzyskania pomocy psychologicznej, miejscach i organizacjach udzielających wsparcia, przysługujących prawach, możliwości pochówku, wręczano informator Poroniłam.pl. W Szpitalu przestrzegano wymagań dotyczących warunków lokalowych i sprzętowych. Urządzenie pomieszczeń zapewniało poczucie intymności i godności, prawidłowo prowadzono dokumentację medyczną pacjentek. Pacjentkom doświadczającym niepowodzenia położniczego zapewniono w większości objętych badaniem przypadków pomoc psychologiczną, jednak w 14 przypadkach (na 60 objętych badaniem) takiej pomocy nie zapewniono z uwagi na okres weekendowy lub świąteczny i brak dostępności psychologa w tym okresie. W Szpitalu prawidłowo zorganizowano pochówek płodów/dzieci martwo urodzonych.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego oraz oceny cząstkowe⁶ kontrolowanej działalności

OBSZAR

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

Opis stanu faktycznego

Zgodnie ze statutem Szpitala podmiotem tworzącym Szpital był Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie. Organem jednoosobowym był dyrektor – jako organ kierujący i zarządzający Szpitalem. Jednostkami organizacyjnymi działalności medycznej były kliniki, oddziały kliniczne, oddziały, pododdziały, zakłady, poradnie, pracownie. W załączniku nr 1 do Statutu wskazano m.in. Klinikę Położnictwa i Ginekologii: oddział patologii ciąży, położnictwa i ginekologii oraz blok porodowo-operacyjny.

W regulaminie organizacyjnym Szpitala w §44 pkt 9 wymieniono Klinikę Położnictwa i Ginekologii i wskazano, że wykonuje ona świadczenia zdrowotne w dziedzinie położnictwa i perinatologii, opieki nad noworodkiem i wcześniakiem oraz opieki nad noworodkiem w ramach systemu rooming-in. W Klinice wyodrębniono Oddział Patologii Ciąży, Położnictwa i Ginekologii. Oddział należał do III poziomu referencyjnego opieki perinatalnej nad pacjentkami ciężarnymi.

Dla Kliniki Położnictwa i Ginekologii wprowadzono Regulamin. Nadzór nad jego przestrzeganiem sprawować miał Lekarz Kierujący Kliniką⁷.

W 2017 r. w Szpitalu liczba noworodków wyniosła 2166 (w tym martwo urodzone 10, zmarłe do 6 doby życia – 12), poronień wystąpiło 405⁸.

⁶ Oceny cząstkowe to oceny działalności w poszczególnych obszarach badań kontrolnych. Ocena cząstkowa może być sformułowana jako ocena pozytywna, ocena negatywna albo ocena w formie opisowej.

⁷ w okresie od 01.01.2015 r. do 31.12.2017 r. kierującym Kliniką był dr n.med. Rafał Rzepka. Od 01.01.2018 r. do chwili obecnej jest nim Prof. dr hab.n.med. Andrzej Torbe.

W 2018 r. liczba noworodków wyniosła 2193 (w tym martwo urodzone 8, zmarłe do 6 doby życia – 9), poronień wystąpiło 372.

W 2019 r. liczba noworodków wyniosła 2347 (w tym martwo urodzone 13, zmarłe do 6 doby życia – 6), poronień wystąpiło 348.

(akta kontroli str. 9)

W Szpitalu zapewniono odpowiednią liczbę wykwalifikowanych lekarzy, położnych i pielęgniarek.

Minimalna norma zatrudnienia pielęgniarek w Klinice została opracowana i zachowana zgodnie z art. 50 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej⁹. Zachowano także w Klinice równoważnik 0,7 etatu pielęgniarskiego na 1 łóżko, w tym co najmniej 2 etaty specjalisty położnictwa.

W każdym lipcu i październiku 2017, 2018 i 2019 zatrudnionych (kontrakt cywilnoprawny) było w Klinice co najmniej tylu lekarzy specjalistów w dziedzinie położnictwa i ginekologii, która odpowiadała 2 etatom przeliczeniowym.

Personel medyczny (lekarze ginekologów-położniczy i położne), który w lipcu i październiku 2017, 2018 i 2019 roku świadczył pracę (na podstawie umowy cywilno-prawnej lub umowy o pracę) w Klinice był wykazany w umowach zawartych z NFZ na świadczenie usług w zakresie położnictwa i ginekologii. Nie wykazano lekarza kardiologa udzielającego konsultacji kardiologicznych w Klinice Ginekologii i Położnictwa.

(akta kontroli str. 11 -15, 41 - 42)

Z-ca dyrektora ds. Administracyjnych wyjaśnił, że lekarz kardiolog nie został wykazany w umowie z NFZ ponieważ nie zachodziła taka potrzeba, a zabezpieczenie różnych konsultacji lekarzy specjalistów na rzecz pacjentów Kliniki jest powinnością podmiotu leczniczego wynikającą z obowiązku zapewnienia całodobowego udzielania świadczeń zdrowotnych.

(akta kontroli str. 20)

W lipcu i październiku 2017, 2018, 2019 zabezpieczono obecność anestezjologa w Klinice. Żaden dyżur, łącznie z czasem pracy poza dyżurem, nie trwał dłużej niż 24 godziny. Wszyscy anestezjolodzy pełniący dyżury w ww. okresie posiadali stosowne uprawnienia specjalisty w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii.

W lipcu i październiku 2017, 2018, 2019 był zabezpieczony dyżur lekarza ginekologa-położnika. Wszyscy posiadali wymagane kwalifikacje (tytuł specjalisty w dziedzinie położnictwa i ginekologii oraz w jednym przypadku perinatologii (podspecjalność położnictwa)). Żaden dyżur, łącznie z czasem pracy poza dyżurem, nie trwał dłużej niż 24 godziny.

W Klinice tylko jeden lekarz pracował na podstawie umowy o pracę (w latach 2017 – 2018). Czas jego pracy¹⁰ był zgodny z wymogiem art. 93 ustawy o działalności leczniczej.

Pozostali lekarze (łącznie w latach 2017 – 2020 r. 20 lekarzy) udzielali świadczeń zdrowotnych na podstawie umowy cywilno-prawnej zawartej ze Szpitalem. Każda umowa zawierała zapis, że udzielanie tych świadczeń odbywa się zgodnie z harmonogramem udzielania świadczeń zdrowotnych przedłożonym przez Szpital w NFZ, w celu zapewnienia niezbędnego zakresu świadczeń i całodobowej opieki nad chorymi. Wszyscy ww. lekarze przepracowali¹¹ nominalny czas pracy wykazany w umowie Szpitala z NFZ.

⁸ w tym wystąpiło 1 powikłanie po przebytym poronieniu z uszkodzeniem narządów płciowych.

⁹ Dz.U. z 2020 r. poz. 295 ze zm., dalej: ustawa o działalności leczniczej.

¹⁰ badanie za okres: lipiec i październik 2017 r. i lipiec i październik 2018 r.

¹¹ badanie za okres: lipiec i październik 2017 r., 2018 r., 2019 r.

(akta kontroli str. 17 – 19, 40 - 42)

Zachodniopomorski Państwowy Wojewódzki Inspektorat Sanitarny decyzją z 20.06.2012 r. zaopiniował pozytywnie program dostosowania Szpitala do wymagań określonych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z 2 lutego 2011 r. w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładu opieki zdrowotnej¹². W decyzji wskazano, że jest ona ważna pod warunkiem dołączenia "Programu dostosowania". Do ww. decyzji załączony został Program dostosowawczy. W części IV Oddział położnictwa i neonatologii, w części V – Zespół porodowy oraz w części XI-Blok operacyjny wskazano, że wszystkie warunki były spełnione. W Rozdziale 2 "Wymagania ogólnoprzestrzenne" w Programie dostosowawczym w jednym przypadku dotyczącym Oddziału Położniczo – Ginekologicznego wskazano na niespełnienie wymagań, gdyż w budynku Oddziału system wentylacyjno-klimatyzacyjny nie posiadał chłodzenia. Wskazano, że wymogi te zostaną spełnione w terminie do końca 2016 r. W dniu 30.12.2016 r. na stan środków trwałych Kliniki Ginekologii i Położnictwa przyjęto 3 klimatyzatory, co zgodnie z wyjaśnieniami z-cy dyrektora ds. technicznych i inwestycyjnych Szpitala stanowiło wypełnienie ww. wymogu z programu dostosowawczego.

Decyzją Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Szczecinie z 31.12.2019 r. wskazano na konieczność zapewnienia wymiany powietrza w gabinecie zabiegowym na Oddziale Ginekologiczno-Położniczym (pokój nr 316) wynikającą z potrzeb użytkowych i funkcji tego pomieszczenia, bilansu ciepła i wilgotności. Obowiązek ten Szpital, zgodnie z decyzją ma wykonać do 31.12.2022 r.

(akta kontroli str. 43 - 44)

Użytkowany w Klinice Położnictwa i Ginekologii¹³ sprzęt i aparatura medyczna, instalacje i urządzenia wentylacji mechanicznej i klimatyzacji pomieszczeń podlegały okresowym przeglądom, czyszczeniu i dezynfekcji. Sprzęt i aparatura medyczna były wykazane w umowie z NFZ.

(akta kontroli str. 26 – 37, 45)

Opieka nad pacjentkami doświadczającymi poronienia, urodzenia martwego dziecka lub dziecka, które zmarło krótko po porodzie była właściwie zorganizowana. W Szpitalu na oddziale ginekologiczno – położniczym zapewniono odpowiednią liczbę wykwalifikowanych lekarzy, położnych i pielęgniarek, sprzęt i aparaturę medyczną. Nie było w Szpitalu oddzielnych procedur wewnętrznych dotyczących umieszczania takich pacjentek w oddzielnej sali lub zapewnienia im pomocy psychologicznej, gdyż stosowano wprost zapisy rozporządzeń: w sprawie standardu z 2018 r. oraz w sprawie standardów z 2015 r.

(akta kontroli str. 16, 40 - 45)

Opieka nad pacjentkami doświadczającymi poronień, urodzenia martwego dziecka lub śmierci dziecka wkrótce po porodzie nie była przedmiotem kontroli prowadzonych przez inne organy.

(akta kontroli str. 8)

Stwierdzone
nieprawidłowości

W działalności kontrolowanej jednostki w przedstawionym wyżej zakresie nie stwierdzono nieprawidłowości

¹² Dz.U. Nr 31 poz. 158

¹³ Dalej także: Klinika.

OCENA CZĄSTKOWA

W Szpitalu zapewniono warunki organizacyjne, kadrowe, lokalowe i sprzętowe niezbędne do opieki nad pacjentkami które poroniły, urodziły martwe dziecko lub dziecko które zmarło wkrótce po porodzie. Obsada kadrowa była zgodna z warunkami wynikającymi z przepisów prawa i umowami na realizację świadczeń zdrowotnych zawartych z NFZ. Aparatura i sprzęt medyczny posiadały wymagane aktualne przeglądy techniczne, a instalacje i urządzenia wentylacji i klimatyzacji podlegały czyszczeniu i dezynfekcji.

OBSZAR

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

Opis stanu faktycznego

W Regulaminie organizacyjnym Szpitala, zgodnie z częścią I ust. 3 rozporządzenia w sprawie standardu z 2018 r. ustalono sposób realizacji oraz dokumentowanie działań ustalających wskaźniki opieki okołoporodowej i ich monitorowania. Wskazano, że lekarz kierujący Kliniką we współpracy z lekarzem kierującym Kliniką Patologii Noworodka ustala wskaźniki opieki okołoporodowej i je monitoruje przy pomocy rejestru oraz anonimowego kwestionariusza oceniającego satysfakcję pacjentek z opieki okołoporodowej. Wnioski z prowadzonych ustaleń, lekarz kierujący Kliniką wraz z lekarzem kierującym Kliniką Patologii Noworodka przedstawia zastępcy dyrektora ds. leczenia nie rzadziej niż raz do roku. Dział Informatyczny nadzoruje gromadzenie danych o zdarzeniach w systemie informatycznym Szpitala i udziela informacji o ich występowaniu osobom monitorującym.

W Regulaminie organizacyjnym wymieniono wskaźniki dotyczące: pacjentek z pozytywnym doświadczeniem porodu, pacjentek otrzymujących opioidy w trakcie porodu, nacięć krocza, amniotomii, indukcji porodu, stymulacji czynności skurczowej, niemowląt karmionych mlekiem modyfikowanym.

(akta kontroli str. 55, 60, 111 - 112)

Wskaźników opieki okołoporodowej nie ustalono w innym dokumencie niż Regulamin organizacyjny.

(akta kontroli str. 70)

Dyrektor ds. Lecznictwa Andrzej Różański¹⁴ wyjaśnił, że wskaźniki zostały ustalone i ostatecznie zaakceptowane na spotkaniu organizacyjnym Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa z Lekarzami Kierującymi: Kliniką Położnictwa i Ginekologii oraz Kliniką Patologii Noworodka. Spotkanie nie było protokołowane, dlatego nie ma odrębnego dokumentu z wykazem wskaźników opieki okołoporodowej, poza tym co zawiera Regulamin Organizacyjny Szpitala. W systemie informatycznym Szpitala znajdują się omawiane wskaźniki (procedury lub leki), co umożliwia ich monitorowanie. Niecelowe jest w związku z tym prowadzenie odrębnego rejestru tych wskaźników. Nie ustalono docelowych wartości wskaźników opieki okołoporodowej, tylko określono cel, jakim jest dążenie do uzyskania jak najniższych wartości zgodnie ze standardami opieki okołoporodowej. Bieżący monitoring założonych wskaźników i przeprowadzona analiza poziomu cięć cesarskich w 2019 r. spowodowały zorganizowanie w miesiącu grudniu 2019 r. kolejnego spotkania na którym omówiono przyczyny tak wysokiego wskaźnika cięć cesarskich

¹⁴ Dalej także: Z-ca Dyrektora ds. Lecznictwa

i zobligowano Lekarza Kierującego Kliniką Położnictwa i Ginekologii do podjęcia działań zmierzających do obniżenia liczby cięć cesarskich.

(akta kontroli str. 70)

Z-ca dyrektora ds. lecznictwa wyjaśnił, że wskaźniki opieki okołoporodowej wymienione w Regulaminie organizacyjnym ustalano w oparciu o standard opieki okołoporodowej wynikający z rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie standardu z 2018 r. Jako stan niesatysfakcjonujący w roku 2019 r. uznano wskaźnik cięć cesarskich i nakazano lekarzowi kierującemu Kliniką bieżące jego monitorowanie.

(akta kontroli str. 49)

Monitoring satysfakcji pacjentek z opieki okołoporodowej opierał się na ankietowaniu pacjentek¹⁵.

(akta kontroli str. 49, 111 - 112)

Lekarz Kierujący Kliniką Położnictwa i Ginekologii prof. dr hab. n.med. Andrzej Torbe¹⁶ sporządził w dniu 16.01.2020 Raport z monitoringu wskaźników opieki okołoporodowej przeprowadzonego w Klinice w roku 2019 r. odnosząc się do wskaźników wymienionych w Regulaminie organizacyjnym. Sformułowano wniosek dotyczący ograniczenia w kolejnych latach liczby cięć cesarskich oraz liczby zabiegów nacięć krocza.

(akta kontroli str. 56 - 58)

W Szpitalu opracowano procedury: informowania o prawach pacjenta, postępowania z dzieckiem martwo urodzonym, opieki pielęgniarskiej nad położnicą po cięciu cesarskim, opieki pielęgniarskiej nad położnicą po porodzie drogami natury, informowania rodziców o pogorszeniu stanu noworodka, postępowania z noworodkiem w stanie terminalnym, postępowania z noworodkiem urodzonym przedwcześnie, opieka nad kobietą rodzącą podczas porodu fizjologicznego.

Procedura postępowania z dzieckiem martwo urodzonym m.in. regulowała zasady informowania kobiety lub rodziców o możliwości pożegnania się z dzieckiem w warunkach uwzględniających poszanowanie intymności, zorganizowania pochówku lub rezygnacji z pochówku, odbiór/transport zwłok/ szczątków dziecka martwo urodzonego i zgłoszenie urodzenia martwego dziecka.

W przyjętych procedurach, z wyjątkiem procedury postępowania z noworodkiem w stanie terminalnym, nie wskazano, że w sytuacjach szczególnych pacjentce zapewnia się pomoc psychologiczną¹⁷

W procedurze postępowania z noworodkiem w stanie terminalnym w części A "Sposób postępowania; postępowanie paliatywne" zapisano, że matce i ojcu proponuje się pomoc psychologiczną.

(akta kontroli str. 38 - 39)

Z-ca Dyrektora ds. Administracyjno – Organizacyjnych Mirosław Siudak¹⁸ oświadczył, że w Szpitalu nie utworzono odrębnych procedur odnośnie pomocy psychologicznej nad pacjentkami w sytuacjach szczególnych oraz umieszczania pacjentek w oddzielnych salach, tak aby nie przebywały z innymi kobietami ciężarnymi lub położnicami, ponieważ personel medyczny Kliniki pracował zgodnie z

¹⁵ W każdym roku ankietowano około 50 pacjentek Kliniki Położnictwa i Ginekologii.

¹⁶ Dalej także: Lekarz kierujący Kliniką

¹⁷ w procedurze: postępowanie z dzieckiem martwo urodzonym wskazano w aktach prawnych: Udzielanie pomocy psychologicznej - rozp. MZ z 09.11.2015 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, połogu, w przypadkach występowania określonych powikłań oraz opieki nad kobietą w sytuacji niepowodzeń położniczych.

¹⁸ Dalej także: Z-ca dyrektora ds. Administracyjnych

rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej¹⁹, w którym powyższe wytyczne są zawarte, a wcześniej zgodnie z rozporządzeniem 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 położniczych²⁰.

(akta kontroli str.16)

W Szpitalu wprowadzono procedury dotyczące pośrednio sytuacji pacjentek, które poroniły, urodziły martwe dziecko lub dziecko, które zmarło krótko po porodzie: informowania o prawach pacjenta, postępowania z dzieckiem martwo urodzonym, opieki pielęgniarskiej nad położnicą po cięciu cesarskim, opieki pielęgniarskiej nad położnicą po porodzie drogami natury, informowania rodziców o pogorszeniu stanu noworodka, postępowania z noworodkiem w stanie terminalnym, postępowania z noworodkiem urodzonym przedwcześnie, opieka nad kobietą rodzącą podczas porodu fizjologicznego.

Nie opracowano wewnętrznych procedur dla personelu medycznego dotyczących opieki nad pacjentkami w sytuacjach niepowodzeń położniczych (pacjentek które poroniły, urodziły martwe dziecko lub dziecko, które zmarło wkrótce po porodzie).

(akta kontroli str. 38, 111)

Z-ca dyrektora ds. Lecznictwa wyjaśnił, że w oddziale ginekologiczno-położniczym znajdował się wydrukowany standard organizacyjny opieki okołoporodowej. Położne zostały zobowiązane do zapoznania się z nim. Tematy nawiązujące do wytycznych standardu okołoporodowego omawiane były podczas szkoleń wewnętrznych.

(akta kontroli str. 50)

W szpitalu nie określono zasad kierowania pacjentek, które poroniły, urodziły martwe dziecko lub którym dziecko zmarło wkrótce po porodzie do sal jednoosobowych bądź sal przeznaczonych wyłącznie dla nich.

Z-ca dyrektora ds. Lecznictwa wyjaśnił, że od wielu lat w Szpitalu dobrą praktyką jest umieszczanie pacjentek po niepowodzeniach położniczych w odrębnej sali. Wynika to z poszanowania praw pacjenta, zasad etyki zawodowej, a przede wszystkim dbałości o intymność i zachowanie jak najlepszej opieki w zakresie sfery psychicznej pacjentki. Na cyklicznych spotkaniach personelu (raporty codzienne) te sprawy były omawiane na bieżąco.

(akta kontroli str. 46, 50)

Położna oddziałowa oświadczyła, że nie utworzono odrębnych procedur odnośnie pomocy psychologicznej nad pacjentkami w sytuacjach szczególnych oraz umieszczania pacjentek w oddzielnych salach, ponieważ personel pracował zgodnie z rozporządzeniem w sprawie standardów z 2015 r. oraz rozporządzeniem w sprawie standardu z 2018 r. W oddziale ginekologiczno-położniczym znajdował się wydrukowany standard organizacyjny opieki okołoporodowej z którym zapoznały się położne. Wszystkie pacjentki objęte opieką po stracie dziecka, otrzymywały ustną informację o przysługujących prawach oraz możliwości pochówku dziecka. Podpisywały stosowne oświadczenie zgodnie z procedurą dziecka martwo urodzonego, które pozostawało w Historii choroby. Pacjentki dostają gotowy informator Poroniłam.pl. Nie przewidziano konieczności udokumentowania przekazywania tych informacji.

¹⁹ Dz.U. poz. 1756., dalej: rozporządzenie w sprawie standardu z 2018 r.

²⁰ Dz.U. poz. 2007, dalej: rozporządzenie w sprawie standardów z 2015 r.

(akta kontroli str. 71)

Podobnie wyjaśnił Z-ca dyrektora ds. Lecznictwa wskazując, że Szpital udzielał wyczerpujących informacji o pomocy psychologicznej oraz przysługujących prawach. Informacje te trafiały do wszystkich pacjentek, jednak nie miały formy udokumentowanej. Szpital współpracował ze Stowarzyszeniem Tęczowy Kocyk, w ramach którego przekazywane były pacjentkom kocyki, beciki, ubranka, pożegnalne pamiątki w postaci "Pudełka Wspomnień", rozdawano poradnik Poroniłam.pl.

(akta kontroli str. 51 - 52)

Naczelną pielęgniarką Szpitala wyjaśniła, że każda pacjentka z niepowodzeniem położniczym była objęta szeroko rozumianą opieką zarówno położniczą, jak i psychologiczną mającą na celu złagodzenie tych trudnych dla niej chwil. Informowana była przez personel medyczny o możliwości uzyskania dalszej pomocy psychologicznej i wsparcia w innych organizacjach i stowarzyszeniach (np. Tęczowy Kocyk). Ze względu na nie pogłębianie stresu i dbanie o dobro pacjentki, tego typu rozmowy nie były dokumentowane podpisem pacjentki.

Naczelną pielęgniarką Szpitala wyjaśniła dalej, że z chwilą zaistnienia niepowodzenia położniczego każda pacjentka była informowana o możliwości pochówku. Jeżeli pacjentka decydowała się na pozostawienie płodu bądź martwego dziecka w Szpitalu, wówczas pochówek był organizowany przez Szpital zgodnie z procedurą i umową zawartą z Gmną Miasto Szczecin. Nie dokumentowano samego faktu przekazania tej informacji pacjentce. Pacjentka decydowała o dalszym trybie postępowania i ten fakt był odnotowywany w dokumentacji medycznej.

(akta kontroli str. 52)

W procedurze postępowania z noworodkiem w stanie terminalnym zapisano, że matce i ojcu proponuje się pomoc psychologiczną. W procedurze postępowania z dzieckiem martwo urodzonym wskazano w aktach prawnych: Udzielanie pomocy psychologicznej – rozporządzenie w sprawie standardów z 2015 r.

(akta kontroli str. 39)

Szpital wywiązał się z obowiązku przygotowania personelu medycznego do opieki nad pacjentkami doświadczającymi niepowodzeń położniczych.

Szkolenia przeprowadzono na zebraniu personelu Kliniki m.in. w zakresie zasad opieki okołoporodowej, standardu opieki okołoporodowej według rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie standardu z 2018 r., zasad postępowania w przypadku poronień i martwych urodzeń. Przeprowadzono także analizę umieralności okołoporodowej za I i II półrocze 2018 oraz analizę zgonu wewnątrzmacicznego (prezentacja przypadku i omówienie dokumentów wewnętrznych Szpitala).

W ramach szkoleń wewnętrznych w Klinice Położnictwa i Ginekologii przeprowadzono szkolenie pt.: "Psychoterapeutyczna rola położnej w wybranych sytuacjach trudnych w okresie okołoporodowym" (prowadzącym szkolenie była psycholog kliniczny). Na szkoleniu poruszono zagadnienia takie jak: rola i zadania położnej wynikające ze standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej, psychoterapia elementarna jako podstawowa forma pomocy psychologicznej w relacjach położna-pacjentka w okresie okołoporodowym; umiejętność radzenia sobie ze stresem w okołoporodowych sytuacjach trudnych jako warunek niezbędny dobrej praktyki położniczej.

Ponadto przeprowadzono szkolenia wewnętrzne pt.:

- Poród przedwcześnie zagrażający (treść szkolenia obejmowała m.in. wsparcie emocjonalne u kobiet w sytuacjach szczególnych),
- Prawa pacjenta, w tym prawo do poszanowania intymności, godności, do opieki duszpasterskiej;

- Rola położnej u pacjentek z ciążą obumarłą – wsparcie i postępowanie (treść szkolenia obejmowała: nawiązanie prawidłowej komunikacji z pacjentką; zadbanie o właściwą atmosferę; intymność oraz indywidualną salę (w miarę możliwości organizacyjnych oddziału); stworzenie warunków umożliwiających pożegnanie się z dzieckiem (w obecności bliskich, jeżeli wyrazi taką potrzebę); zapewnienie pomocy psychologicznej; kontaktu z duchownym; udzielenie informacji na temat stanu prawnego; zabezpieczenia społecznego i praw pracy oraz możliwości pochówku;
- Zapoznanie się z nowymi procedurami obowiązującymi w Szpitalu w Klinice Położnictwa i Ginekologii; treść szkolenia obejmowała m.in.: procedurę postępowania z dzieckiem martwo urodzonym.

(akta kontroli str. 111 - 112)

Łączna kwota wdatków poniesionych na szkolenia wyniosła w roku 2017 - 21.457 zł, 2018 r. – 115.436 zł, 2019 r. – 131.240 zł, w tym na szkolenia w oddziale ginekologiczno – położniczym w 2017 r. 0 zł, 2018 r. - 3820 zł, 2019 r. – 10.624 zł (w tym dotyczące opieki okołoporodowej w 2017 r. 0 zł, 2018 r. - 1000 zł, 2019 r. – 0 zł).

(akta kontroli str. 95)

W kwestii właściwego przygotowania personelu oraz wprowadzenia mechanizmów pozwalających na sprawdzenie właściwego jego przygotowania Z-ca dyrektora ds. Lecznictwa wyjaśnił, że personel medyczny poprzez udział w szkoleniach był przygotowany do opieki nad pacjentkami po niepowodzeniach położniczych, a sprawdzenie właściwego przygotowania się personelu medycznego do tej problematyki weryfikowane było na bieżąco poprzez ocenę za rok 2018 r. oraz na podstawie bieżących spotkań, rozmów i raportów.

(akta kontroli str. 51)

W kwestii udzielania przez władze Szpitala wsparcia w radzeniu sobie ze stresem personelowi medycznemu opiekującemu się pacjentkami po niepowodzeniach położniczych Z-ca dyrektora ds. Lecznictwa wyjaśnił, że nie odnotowano żadnych wniosków personelu o wsparcie i pomoc w radzeniu sobie ze stresem oraz o zmianę stanowiska pracy z uwagi na uciążliwość obciążenia stresem. Szpital zatrudnił dwóch psychologów klinicznych z zadaniem udzielania wsparcia zarówno pacjentom, jak i personelowi. Dyrektor Szpitala przyjmował raz w tygodniu pracowników zgłaszających wnioski lub petycje.

(akta kontroli str. 51)

Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że wychodząc naprzeciw potrzebom pracowników w 2020 r. planuje się cykl szkoleń mających na celu pomoc w radzeniu sobie ze stresem i przeciwdziałaniu wypaleniu zawodowemu.

(akta kontroli str. 107)

Psycholog kliniczny Szpitala oświadczyła, że od 2017 r. do 17.02.2020 r. żaden z pracowników Kliniki nie skierował prośby o pomoc z powodu trudności w radzeniu sobie ze stresem w pracy lub wypalenia zawodowego.

(akta kontroli str. 109)

Personel medyczny Kliniki²¹ wśród trudności występujących w pracy z pacjentkami doświadczającymi niepowodzeń położniczych wskazał przepełnienie oddziału i trudności w przyjęciu na salę, w której nie będą one musiały przebywać równocześnie z pacjentkami w ciąży żywej. Z powodów lokalowych (np. struktura izby przyjęć, lokalizacja sal Kliniki Patologii Noworodka w obrębie Oddziału

²¹ Wyjaśnienia złożone przez 3 lekarzy i 7 położnych.

Ginekologiczno-Położniczego) bywało to trudne i nie zawsze w pełni możliwe. Personel wskazał na potrzebę doskonalenia zawodowego w związku z pracą z takimi pacjentkami oraz na potrzebę przeciwdziałania wypaleniu zawodowemu. Jako element wsparcia w radzeniu sobie ze stresem personelowi medycznemu pracującemu z pacjentkami doświadczającymi niepowodzeń położniczych wskazano na nieograniczony dostęp do psychologa szpitalnego oraz spotkania z psychologami w celu doskonalenia formy komunikacji z takimi pacjentkami. Realizowane formy wsparcia uznano za właściwe i wystarczające, niezbędne w łagodzeniu napięcia i stresu personelu medycznego.

(akta kontroli str. 96 - 106)

Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że z informacji przekazanych przez personel medyczny Kliniki trudności w pracy z pacjentkami doświadczającymi niepowodzeń położniczych są naturalne, ale nie dotyczą wszystkich pacjentek. Dlatego Szpital zatrudnia psychologów klinicznych z zadaniem udzielania wsparcia zarówno pacjentom, jak i personelowi udzielającemu świadczeń zdrowotnych.

(akta kontroli str. 107)

Stwierdzone
nieprawidłowości

W działalności kontrolowanej jednostki w przedstawionym wyżej zakresie nie stwierdzono nieprawidłowości

OCENA CZĄSTKOWA

Wprowadzone w Szpitalu procedury wewnętrzne przewidywały zapewnienie pomocy psychologicznej w przypadku niepowodzenia położniczego. Szpital zatrudniał dwóch psychologów. Jednen z nich udzielał świadczeń w wymiarze co najmniej 0,5 etatu pacjentkom Kliniki Położnictwa i Ginekologii. Personel medyczny poprzez udział w odpowiednich szkoleniach był właściwie przygotowany do pracy z pacjentkami, które poroniły, urodziły martwe dziecko lub dziecko które zmarło wkrótce po porodzie. Personel nie zgłaszał Dyrekcji informacji o stresie w trakcie wykonywania pracy, jednak w radzeniu ze stresem pomocy mógł uzyskać pomoc u jednego z dwóch zatrudnionych w szpitalu psychologów. W Szpitalu określono wskaźniki opieki okołoporodowej oraz terminowo je monitorowano. Informowano ustnie pacjentki o możliwości uzyskania pomocy psychologicznej, miejscach i organizacjach udzielających wsparcia, przysługujących prawach, możliwości pochówku.

OBSZAR

3. Świadczenia zapewniające pacjentkom stosowną pomoc

Opis stanu
faktycznego

Przeprowadzone w Szpitalu oględziny wykazały, że podczas udzielania świadczeń zdrowotnych przestrzegano wymagań dotyczących warunków lokalowych i sprzętu medycznego. Wydzielono oddzielną izbę przyjęć dla ciężarnych, funkcjonowały trzy sale porodowe jednoosobowe, odstępy między łózkami umożliwiały swobodny dostęp do pacjentów.

Pokoje diagnostyczne oraz izba przyjęć były wyposażone w informacje o trwającym badaniu. Ulokowanie foteli ginekologicznych zapewniało pacjentkom intymność. Okna były zabezpieczone przed dostępem osób postronnych.

W sprawie wyodrębnienia oddzielnej sali dla pacjentek po niepowodzeniach położniczych, lekarz kierujący Kliniką wyjaśnił, że jeżeli klinika dysponuje wolną salą, wówczas pacjentka jest w nim umieszczana. Jednak ze względu na bardzo dużą ilość pacjentek w Klinice i zdarzającymi się przypadkami braku wolnego

miejsca, dochodzi do sytuacji, że pacjentka jest informowana o konieczności umieszczenia jej w sali z innymi pacjentkami.

W kwestii miejsca, gdzie odbywają się porody martwych dzieci, lekarz kierujący Kliniką wyjaśnił, że porody takie odbywają się w jednołóżkowej sali porodowej.

W sprawie dysponowania pomieszczeniem służącym do pożegnań (tzw. pokój pożegnań), lekarz kierujący Kliniką wyjaśnił, że ze względu na trudności lokalowe Klinika obecnie nie dysponuje takim pomieszczeniem. Każdej pacjentce oraz jej rodzinie umożliwia się pożegnanie ze zmarłym dzieckiem. Zapewniana jest sala bez innych pacjentek i osób postronnych.

Na tablicy informacyjnej Oddziału Ginekologicznego i Położniczego z Pododdziałem Patologii Ciąży była informacja o możliwości skorzystania z pomocy psychologicznej i opieki duchownego.

(akta kontroli str. 121 - 136)

Lekarz kierujący Kliniką wyjaśnił, że w Klinice każda pacjentka po porodzie martwego płodu lub po zgonie dziecka po urodzeniu, jest aktywnie informowana przez położną o możliwości pożegnania się ze zmarłym dzieckiem. Na ten czas udostępniane jest wolne pomieszczenie, w którym pacjentka wraz z osobami jej bliskimi może dokonać pożegnania. W Klinice praktykowane jest przekazywanie pamiątek po zmarłym dziecku.

(akta kontroli str. 117)

Podobnie wyjaśniła położna oddziałowa Kliniki wskazując, że każdej pacjentce oraz jej rodzinie umożliwia się pożegnanie ze zmarłym dzieckiem. Zapewniana jest sala bez innych pacjentek i osób postronnych. Praktykowane jest przekazywanie rodzicom pamiątek po utraconym dziecku, jeżeli sobie tego życzą. W tym celu została nawiązana współpraca ze stowarzyszeniem Tęczowy Kocyk, które przygotowuje i dostarcza do szpitala pożegnalne pamiątki w postaci becików, ubranek, maskotek.

(akta kontroli str. 118)

Szczegółowym badaniem objęto dokumentację 60 pacjentek, które poroniły, urodziły martwe dziecko lub dziecko które zmarło wkrótce po porodzie, hospitalizowanych w Szpitalu w latach 2017 – 2019. Dokumentacja indywidualna wszystkich pacjentek prowadzona była zgodnie z rozporządzeniem z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania²², pozwalała na stwierdzenie, jakich świadczeń i w jakim zakresie udzielono pacjentkom. 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 przeprowadzenie badania lub udzielenie innego świadczenia zdrowotnego. 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 abrazyj/cięcia cesarskiego również karty przebiegu znieczulenia.

(akta kontroli str. 142 - 147)

Szpital zatrudniał dwóch psychologów klinicznych. Jedna z nich E.C. obejmowała opieką psychologiczną m.in. pacjentki oddziału położnictwa i ginekologii w wymiarze

²² Dz.U. poz. 2069.

co najmniej 0,5 etatu²³. Była dostępna w Szpitalu od poniedziałku do piątku w godzinach pracy 8.30 – 16.05. Konsultacje odbywały się tylko w godzinach pracy psychologa.

Zgodnie z z załącznikiem nr 3 do rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (l.p. 39 części I, pkt 12 sekcji *Pozostałe wymagania*), posiadające trzeci poziom referencyjności komórki organizacyjne o profilu położniczo-ginekologicznym powinny zatrudniać psychologa w wymiarze co najmniej 0,5 etatu. Psycholog E.C. nie miała przypisanego formalnie w zakresie czynności służbowych 0,5 etatu do Oddziału.

(akta kontroli str. 22 – 23, 110, 111, 120)

W kwestii udzielania pomocy psychologicznej pacjentkom Kliniki Położnictwa i Ginekologii w weekendy lub w święta Z-ca Dyrektora ds. Administracyjnych wyjaśnił, że zgodnie z Regulaminem Pracy Szpitala każdy pracownik został zobowiązany do świadczenia pracy po godzinach służbowych, również w soboty, niedziele i święta w sytuacjach, gdy byłaby taka potrzeba. Treść postanowień Regulaminu Pracy brzmiała cyt.: "W przypadku zaistnienia konieczności, pracownicy mogą być zobowiązani do wykonywania pracy w godzinach nadliczbowych, a każde zobowiązanie do pracy w godzinach nadliczbowych wymaga polecenia Pracodawcy, bądź w sytuacjach szczególnych bezpośredniego przełożonego lub innej wyznaczonej osoby funkcyjnej.". Biorąc pod uwagę powyższe rozwiązanie, pacjentki Kliniki Położnictwa i Ginekologii nigdy nie powinny być pozbawione możliwości opieki psychologa ze względu na okres hospitalizacji.

(akta kontroli str. 115)

Z-ca dyrektora ds. Administracyjnych wyjaśnił, że możliwość wezwania psychologa ma lekarz prowadzący, lekarz dyżurny, położna oddziałowa lub dyżurna Kliniki. Od 2017 r. do 20.02.2020 r. nie wystąpiła konieczność świadczenia pracy przez psychologa w Klinice w ramach godzin nadliczbowych, w weekend lub święta. Psycholog był dostępny codziennie na każde wezwanie personelu medycznego pod numerem telefonu stacjonarnego, komórkowego służbowego, a także komórkowego prywatnego. Na wezwanie był też dostępny w poradni przyszpitalnej patologii ciąży.

(akta kontroli str. 120)

W 37 przypadkach z 60 objętych badaniem udzielono pacjentkom pomocy psychologicznej. Pomoc psychologiczna udzielana była w dniu przyjęcia, względnie dzień lub dwa dni po przyjęciu do Szpitala. W 3 przypadkach pomocy psychologicznej udzielono w 4 dobie pobytu w Szpitalu.

(akta kontroli str. 148 - 153)

Lekarz kierujący Kliniką wyjaśnił, że pomoc udzielono dopiero w 4 dobie pobytu w Szpitalu z uwagi na fakt, że w dwóch przypadkach brak było dostępności psychologa w czasie weekendu (majowego albo sobotnio-niedzielnego).

(akta kontroli str. 158)

W 23 przypadkach pomocy psychologicznej nie udzielono.

(akta kontroli str. 148 - 153)

Lekarz kierujący Kliniką wyjaśnił, że w ww. 23 przypadkach nie udzielono takiej pomocy, gdyż w 14 przypadkach poród odbył się w weekend, święta lub w godzinach popołudniowych (a następnego dnia rano pacjentka była wypisana), w 8 przypadkach pacjentki odmówiły pomocy psychologicznej, w 1 przypadku

²³ wg oświadczenia psychologa klinicznego E.C. z dnia 31.01.2020 r.

doszło do wypisania pacjentki na jej żądanie o godzinie 3 w nocy bezpośrednio po zgonie dziecka.

(akta kontroli str. 156 - 157)

Przykładowo nie udzielono pomocy psychologicznej pacjentce po porodzie bliźniaczym w 22 tygodniu ciąży i śmierci dwójki dzieci, gdyż jak wyjaśnił Lekarz kierujący Kliniką poród i hospitalizacja miały miejsce w okresie świątecznym (24-27 grudnia) i w tym czasie nie był dostępny psycholog.

Podobnie nie udzielono pomocy psychologicznej pacjentce, która urodziła martwe dziecko w 37 tygodniu ciąży. Jak wyjaśnił Lekarz kierujący Kliniką przyczyną nieudzielenia tej pomocy był krótki czas pobytu pacjentki w Klinice w czasie weekendu.

(akta kontroli str. 157)

Zdaniem NIK pomoc psychologiczna powinna być zorganizowana i dostępna w każdym czasie dla pacjentek.

W dokumentacji nie było informacji o odmowie przez pacjentki konsultacji psychologicznej, z wyjątkiem jednego przypadku (pacjentka nie wyraziła zgody na pomoc psychologiczną). Z dokumentacji nie wynikało, iż nie została udzielona pomoc psychologiczna, pomimo wyrażenia takiej potrzeby przez pacjentkę.

(akta kontroli str. 153)

W żadnym przypadku z 60 objętych badaniem nie wydano skierowania do poradni psychologicznej lub poradni zdrowia psychicznego.

(akta kontroli str. 148 - 153)

Lekarz kierujący Kliniką wyjaśnił, że rozporządzenie w sprawie standardów z 2015 r. oraz rozporządzenie w sprawie standardu z 2018 r. wymagały udzielenia informacji o możliwości uzyskania dalszej opieki psychologicznej i taka informacja była przekazywana pacjentkom, natomiast z żadnego przepisu nie wynika konieczność obowiązkowego wydawania pacjentce skierowania do poradni psychologicznej lub poradni zdrowia psychicznego. Wszystkie pacjentki objęte są Koordynowaną Opieką nad Kobietą w Ciąży, po wypisie z oddziału w dalszym ciągu pozostają pod opieką i kontrolą personelu Kliniki, udzielającego codziennie świadczeń medycznych w formie ambulatoryjnej w Poradni Patologii Ciąży i Chorób Kobięcych mieszczącej się na terenie Szpitala i tam mogą, w razie potrzeby, bez problemu uzyskać skierowanie do poradni psychologicznej lub poradni zdrowia psychicznego.

(akta kontroli str. 158 - 159)

W związku z bardzo dużą liczbą hospitalizowanych pacjentek oraz częstą ich rotacją Oddział położniczo-ginekologiczny nie prowadził ewidencji przypisywanych pacjentek do poszczególnych sal.

(akta kontroli str. 115)

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 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 porożu, których ciąża zakończyła się urodzeniem zdrowego dziecka.

W Szpitalu przyjęto prawidłowy sposób postępowania dotyczący organizacji pochówku dzieci martwo urodzonych, w tym w wyniku poronienia. Zarządzeniem nr 328/2018 z 14.12.2018 r. Dyrektora Szpitala wprowadzono do stosowania "Procedurę postępowania z dzieckiem martwo urodzonym" PP/P/12/18

z 26.11.2018r.²⁴ Nadzór nad realizacją powierzono Lekarzowi Kierującemu Kliniką Położnictwa i Ginekologii Szpitala.

Celem procedury było zapewnienie prawidłowego postępowania w przypadku dziecka martwo urodzonego, niezależnie od jego masy ciała i czasu trwania ciąży.

Procedura regulowała: postępowanie w przypadku dziecka martwo urodzonego z określoną płcią, z niemożliwą do określenia płcią, ze szczątkami pozyskanymi w wyniku poronienia, odbiór / transport zwłok / szczątków dziecka martwo urodzonego, zgłoszenie urodzenia martwego dziecka.

W odniesieniu do szczątków pozyskanych w wyniku poronienia w procedurze zapisano, że jeżeli zachodziła taka potrzeba, szczątki w postaci wyskrobin/resztek po utrwaleniu w formalinie i opisanu danymi identyfikującymi przekazane powinny być do Pracowni Patomorfologii, celem wykonania badania histopatologicznego. Badanie to pozwalało również określić czy w preparacie znajdowały się tkanki płodowe. Po potwierdzeniu obecności tkanek płodowych Pracownia Patomorfologii zobowiązana była przekazać bloczki parafinowe do Kliniki. Położna w zależności od woli rodziców co do formy pochówku wypełniała potrzebną dokumentację tj. oznaczała danymi identyfikacyjnymi szczątki, kartę przekazania zwłok do chłodni w dwóch egzemplarzach, wpisywała w rejestr zwłok/szczałków dzieci martwo urodzonych, powiadamiała dział administracyjno-gospodarczy o konieczności odbioru szczątków do chłodni. Lekarz wypełniał Kartę Zgonu.

Personel Kliniki był zobowiązany powiadomić o konieczności odbioru zwłok /szczątków dziecka martwo urodzonego pracownika działu administracyjno-gospodarczego.

Zgodnie z procedurą, decyzja, co będzie się działo z ciałem dziecka należała do rodziców po uzyskaniu niezbędnych informacji od właściwych pracowników Kliniki. Mogli pozostawić je w Klinice lub zdecydować o odbiorze ciała i zorganizowaniu pochówku.

Jeżeli rodzice podjęli decyzję o pochowaniu dziecka należało uzyskać od matki/osób upoważnionych pisemne oświadczenie. Położna będąca przy porodzie wypełniała Kartę Martwego Urodzenia dziecka celem przedłożenia w U.S.C.

Według procedury, jeżeli matka/osoby upoważnione nie wyraziły woli pochowania dziecka należało uzyskać odmowę pochowania dziecka.

Do Procedury postępowania z dzieckiem martwo urodzonym sporządzono załączniki: Karta Martwego Urodzenia; Karta skierowania zwłok do chłodni dziecka martwo urodzonego; Wola rodziców o pochówku dziecka martwo urodzonego; Wola rodziców o odstąpieniu od pochówku dziecka martwo urodzonego; Wola rodziców o pochówku dziecka po poronieniu; Karta Sekcyjna Noworodka; Sprzeciw rodziców na wykonanie sekcji; Karta zgonu.

Wzory oświadczeń rodziców dotyczących pochówku dziecka martwo urodzonego były zgodne z aktualnym stanem prawnym.

W załączniku "Wola rodziców o pochówku dziecka po poronieniu" zapisano, że w przypadku stwierdzenia w badaniu histopatologicznym w materiale z poronienia tkanek płodowych, zarodka, płodu lub jego fragmentów rodzic oświadcza, że wyraża wolę pochówku zarodka/płodu lub jego fragmentów albo wyraża wolę i zgodę na pozostawienie w Klinice zarodka/płodu lub jego fragmentów, w celu kremacji oraz pochówku zorganizowanego zgodnie z obowiązującymi procedurami Kliniki. Jednocześnie rodzic składał oświadczenie, że przyjmuje

²⁴ Wcześniej obowiązywało zarządzenie nr 157/2014 z 25.06.2014 r. Dyrektora Szpitala, którym wprowadzono do stosowania "Procedurę postępowania z dzieckiem martwo urodzonym" PP/-020-33/14 z 18.05.2014r.. Nadzór nad realizacją powierzono Lekarzowi Kierującemu Kliniką Położnictwa i Ginekologii Szpitala. W Procedurze określono postępowanie w przypadku dziecka martwo urodzonego w wyniku poronienia i / lub porodu przedwczesnego (niezależnie do masy), odbiór / transport zwłok – szczątków dziecka martwo urodzonego, zgłoszenie urodzenia martwego dziecka, wypełnienie zaświadczenia o urodzeniu martwego dziecka.

do wiadomości, że materiał biologiczny, w którym nie stwierdzono zarodka, płodu lub jego fragmentów po wykonaniu badania zostanie zutyliczowany zgodnie z przepisami o odpadach medycznych.

(akta kontroli str. 183 - 213)

Szpital w dniu 18.01.2018 r. zawarł porozumienie z Gminą Miasto Szczecin – Miejskim Ośrodkiem Pomocy Rodzinie w Szczecinie o dokonywanie przez Gminę nieodpłatnie pochówku dzieci martwo urodzonych, bez względu na czas trwania ciąży, pozostawionych w szpitalu, których zgon nastąpił na terenie Gminy Miasto Szczecin i których pochówek nie został dokonany przez osoby, organy lub instytucje i ich zwłoki nie zostały przekazane szkołom wyższym. W porozumieniu zapisano, że jeżeli rodzice nie skorzystają z prawa osobistego dokonania pochówku, decydują się na pochówek zbiorowy w Grobie Zbiorowym Dzieci Utraconych na Cmentarzu Zachodnim w Szczecinie ze wskazaniem najbliższego terminu pochówku (marzec lub październik). Szpital zobowiązał się odpowiednio zabezpieczyć i przechowywać zwłoki dzieci martwo urodzonych do dnia ich odebrania przez podmiot prowadzący usługi pogrzebowe – wskazany przez Gminę celem dokonania pochówku. Gmina zobowiązała się do odebrania ze Szpitala zwłok dzieci martwo urodzonych bez względu na czas trwania ciąży i przewiezienia ich do kremacji, skremowania, zakupu urny oraz pochówku urny z prochami. Gmina zobowiązała się do dostarczenia Szpitalowi dokumentacji potwierdzającej dokonanie pochówku.

(akta kontroli str. 184)

Wcześniej, tj. przed zawarciem ww. porozumienia z Gminą Miasto Szczecin pochówek dzieci martwo urodzonych bez względu na czas trwania ciąży organizował Szpital zlecając pochówek firmie pogrzebowej²⁵.

(akta kontroli str. 217 - 219)

W objętej badaniem dokumentacji medycznej 20 pacjentek, w 9 przypadkach znajdowało się oświadczenie rodzica o odstąpieniu od pochówku dziecka martwo urodzonego, w 11 przypadkach rodzic wyraził wolę dokonania takiego pochówku. W 9 ww. przypadkach ciała zostały przekazane do pochówku przez Gminę Miasto Szczecin.

(akta kontroli str. 222)

W 2018 r. Gmina Szczecin pochowała 26 ciał/ szczątków dzieci martwo urodzonych w Szpitalu, w 2019 r. – 67. Koszty tych pochówków wyniosły w 2018 r. 3692 zł, w 2019 r. – 9514 zł. Gmina Szczecin dysponowała zbiorową mogiłą przeznaczoną do pochówku od marca 2018 r. W dniu 16 marca 2018 r. zawarła porozumienie z Wydziałem Duszpasterstwa Rodzin Kurii Metropolitalnej Szczecińsko – Kamieńskiej – Fundacja Donum Vitae, którego przedmiotem było organizowanie i dokonanie godnego pochówku z usługą duszpasterską.

(akta kontroli str. 223 - 226)

Do Szpitala nie wpłynęły skargi dotyczące sposobu sprawowania opieki nad pacjentkami, które poroniły, urodziły martwe dziecko lub którym dziecko zmarło wkrótce po porodzie. Skargi takie nie wpłynęły też do Narodowego Funduszu Zdrowia Oddział w Szczecinie.

(akta kontroli str. 116, 243)

Do 20 pacjentek hospitalizowanych w Szpitalu w latach 2017-2019 z powodu poronienia wysłano prośbę o udzielenie informacji (na załączonym druku) na temat otrzymanej opieki. Otrzymano zwrotnie 5 ankiet. Ponadto 10 ankiet rozdysponowano w toku kontroli NIK w Szpitalu. Na pytanie w sprawie:

²⁵ W 2017 r. Szpital zlecił kremację i pochówek jeden raz. Kremacji dokonano w dniu 10.01.2018 r.

- podejmowania decyzji dotyczących diagnostyki i leczenia – 4 pacjentki odpowiedziały, że podpisały ogólną zgodę na wszystkie zabiegi, a 11 pacjentek – że każdorazowo były pytane o zgodę na przeprowadzenie jakiegoś zabiegu,
- możliwości skorzystania z pomocy psychologa – 1 pacjentka potwierdziła, że miała taką możliwość na jej prośbę, 9 – miały taką możliwość z własnej inicjatywy szpitala, a 5 – że nie miały takiej możliwości,
- traktowania przez personel medyczny – 13 pacjentek poinformowało o życzliwym traktowaniu, ze zrozumieniem sytuacji, dwie nie udzieliły odpowiedzi,
- możliwości pożegnania zmarłego dziecka – w 2 przypadkach pacjentki odpowiedziały, że miały taką możliwość w obecności osób im bliskich, w 1 przypadku, że pacjentka nie wiedziała o takiej możliwości, w 11 przypadkach, że nie wyraziły takiej woli, w jednym przypadku nie udzielono odpowiedzi,
- opieki w Szpitalu – 7 pacjentek oceniło ją bardzo dobrze, 6 pacjentek – dobrze i 2 pacjentki – wystarczająco.

Jedna pacjentka w uwagach wskazała, że została przyjęta na salę, w której leżały kobiety w zaawansowanej ciąży i pomimo jej prośby o przeniesienie na inną salę nie zrobiono tego z uwagi na brak wolnych łóżek.

(akta kontroli str. 227 - 242)

Stwierdzone
nieprawidłowości

W działalności kontrolowanej jednostki w przedstawionym wyżej zakresie nie stwierdzono nieprawidłowości

OCENA CZĄSTKOWA

W Szpitalu przestrzegano wymagań dotyczących warunków lokalowych i sprzętowych, urządzenie pomieszczeń zapewniało poczucie intymności i godności, prawidłowo prowadzono dokumentację medyczną pacjentek. Pacjentkom doświadczającym niepowodzenia położniczego w większości przypadków zapewniono pomoc psychologiczną.

Ze względu na brak dostępności psychologa w weekendy lub święta w 14 przypadkach (na 60 objętych badaniem) nie zapewniono opieki psychologicznej.

Psycholog świadcząca pracę na Oddziale nie miała w zakresie obowiązków formalnego oddelegowania do pracy w wymiarze 0,5 etatu w tym Oddziale.

Nieodnotowywanie w dokumentacji medycznej numerów sal, w których hospitalizowano pacjentki doświadczające straty dziecka nie pozwala na stwierdzenie, czy pacjentki te nie były umieszczane w pokojach z pacjentkami, które urodziły zdrowe dzieci.

Pacjentkom zapewniono możliwość pożegnania się ze zmarłym dzieckiem. W Szpitalu prawidłowo zorganizowano pochówki płodów/dzieci martwo urodzonych.

IV. Uwagi i wnioski

Najwyższa Izba Kontroli nie formułuje uwag i wniosków.

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 Szczecinie. 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.

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.

Szczecin, 6 maja 2020 r.

Kontroler

Najwyższa Izba Kontroli
Delegatura w Szczecinie
Dyrektor

Mirela Zając

.....
podpis

.....
podpis