



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI
Delegatura w Szczecinie

LSZ.410.003.02.2020

dr n. med. Łukasz Tyszler
Dyrektor
Samodzielnego Publicznego Specjalistycznego
Zakładu Opieki Zdrowotnej „Zdroje” w Szczecinie
ul. Mączna 4, 70-780 Szczecin

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

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

I. Dane identyfikacyjne

Jednostka kontrolowana	Samodzielny Publiczny Specjalistyczny Zakład Opieki Zdrowotnej „Zdroje” w Szczecinie ¹
Kierownik jednostki kontrolowanej	dr n. med. Łukasz Tyszler, dyrektor Szpitala ² , od 1.03.2017 r. W okresie objętym kontrolą funkcję kierownika jednostki poprzednio pełniła Danuta Śliwa, dyrektor Szpitala, od 1.04.2014 r. do 28.02.2017 r.
Zakres przedmiotowy kontroli	<ol style="list-style-type: none">1. Zgodność z przepisami prawa organizowania udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w sytuacjach poronień, martwych urodzeń i zgonów dziecka tuż po porodzie.2. Przestrzeganie obowiązujących uregulowań (w tym standardów) dotyczących opieki okołoporodowej w przypadkach poronień, martwych urodzeń lub urodzenia dziecka, które umiera wkrótce po porodzie.3. Świadczenia zapewniające pacjentkom stosowną pomoc.
Okres objęty kontrolą	Lata 2017-2020 (do dnia zakończenia kontroli), z wykorzystaniem dowodów sporządzonych przed tym okresem, jeżeli miały wpływ na działalność jednostki w zakresie objętym kontrolą.
Podstawa prawna podjęcia kontroli	Art. 2 ust. 2 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli ³
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Szczecinie ⁴
Kontrolerzy	<ol style="list-style-type: none">1. Leszek Smykowski, specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LSZ/19/2020 z 15.01.2020 r.2. Bogumiła Mędrzak, główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LSZ/18/2020 z 15.01.2020 r.

(akta kontroli str. 1-8)

¹ Dalej: Szpital lub SPS ZOZ „Zdroje”.

² Dalej: dyrektor.

³ Dz. U. z 2019 r. poz. 489 ze zm., dalej: ustawa o NIK.

⁴ Dalej: NIK.

II. Ocena ogólna⁵ kontrolowanej działalności

OCENA OGÓLNA

Szpital był przygotowany do udzielania świadczeń zdrowotnych z zakresu położnictwa i ginekologii, w tym opieki nad pacjentkami doświadczającymi niepowodzeń położniczych⁶, zgodnie z wymogami dla trzeciego poziomu referencyjnego oraz umową zawartą z Zachodniopomorskim Oddziałem Wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia w Szczecinie⁷. Szpital zapewnił odpowiednią liczbę personelu medycznego posiadającego wymagane kwalifikacje. Personel medyczny był przygotowany do pracy z pacjentkami doświadczającymi niepowodzeń położniczych. Szpital zapewnił personelowi medycznemu wsparcie psychologiczne w radzeniu sobie ze stresem powstałym w związku z opieką nad pacjentkami. Pomieszczenia Oddziału były dostosowane do wymogów dotyczących warunków lokalowych i sprzętowych. W Szpitalu rzetelnie określono oraz terminowo monitorowano wskaźniki opieki okołoporodowej. Organizacja pomieszczeń Oddziału zapewniała udzielanie świadczeń zdrowotnych w sposób zapewniający intymność i poszanowanie godności. Szpital prawidłowo i rzetelnie prowadził dokumentację medyczną. Pacjentkom udzielano świadczeń zdrowotnych z zachowaniem standardów opieki okołoporodowej, w tym dotyczących: udzielania pomocy psychologicznej; informowania o możliwości skorzystania z dalszej pomocy i przysługujących prawach; możliwych formach pochówku; umieszczania pacjentek w pomieszczeniach, w których nie przebywały pacjentki będące w ciąży lub po narodzinach zdrowych dzieci.

W badanym okresie nie przeprowadzono terminowo przeglądu technicznego 5 urządzeń⁸.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego oraz oceny cząstkowej⁹ kontrolowanej działalności

OBSZAR

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

Opis stanu faktycznego

1. W Szpitalu (o III stopniu referencyjności) świadczeń opieki zdrowotnej dotyczących niepowodzeń położniczych¹⁰ udzielał Oddział Położnictwa i Ginekologii z Pododdziałem Patologii Ciąży¹¹. Zakres zadań oraz sposób organizacji Oddziału określał statut i regulamin organizacyjny Szpitala¹².

⁵ Najwyższa Izba Kontroli formułuje ocenę ogólną, jako ocenę pozytywną, ocenę negatywną albo ocenę w formie opisowej. W niniejszym wystąpieniu pokontrolnym zastosowano ocenę opisową.

⁶ Tj. pacjentkom, które poroniły, urodziły martwe dzieci lub dzieci, które zmarły zaraz po porodzie (do szóstej doby życia).

⁷ Dalej: ZOW NFZ.

⁸ Tj. laparoskopu na bloku operacyjnym, histeroskopu i dwóch laparoskopów na bloku operacyjnym, kardiogramu w odcinku położnictwa.

⁹ 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. W niniejszym wystąpieniu pokontrolnym zastosowano ocenę opisową.

¹⁰ Tj. pacjentkom, które poroniły, urodziły martwe dzieci lub dzieci, które zmarły zaraz po porodzie (do szóstej doby życia).

¹¹ Dalej: Oddział.

¹² Określony zarządzeniem Nr 111/2019 dyrektora Szpitala z 30.09.2019 r., dalej: regulamin organizacyjny.

W strukturze Oddziału wydzielono m.in. Położniczo-Ginekologiczną Izbę Przyjęć, odcinek ginekologii, położnictwa, patologii ciąży oraz blok porodowy do porodów fizjologicznych oraz blok operacyjny (m.in. do cięć cesarskich wraz ze stanowiskiem resuscytacji noworodka). Pacjentki doświadczające niepowodzeń położniczych hospitalizowano w odcinku ginekologii.

Szpital zorganizował udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej pacjentkom doświadczającym niepowodzeń położniczych zgodnie z umową zawartą z ZOW NFZ i warunkami udzielania świadczeń, określonymi w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych¹³.

(akta kontroli str. 21-79, 81-111, 545-547)

W sprawie wyodrębnienia oddzielnej sali dla pacjentek po niepowodzeniach położniczych, zastępca lekarza kierującego Oddziałem wyjaśnił m.in., że *pacjentki takie są umieszczane w salach na parterze, w których przebywają pacjentki leczone ginekologicznie.*

(akta kontroli str. 81-82)

2. W okresie objętym kontrolą w Szpitalu liczba noworodków żywo urodzonych wyniosła 2 662 w 2017 r., 2 561 w 2018 r. oraz 2 356 w 2019 r. W analogicznym okresie liczba niepowodzeń położniczych wyniosła 160¹⁴ w 2017 r., 181¹⁵ w 2018 r. oraz 196¹⁶ w 2019 r., co stanowiło 6% w 2017 r., 7% w 2018 r. oraz 8% w 2019 r. w stosunku do liczby noworodków żywo urodzonych. Najczęstszą przyczyną niepowodzeń położniczych we wszystkich latach objętych kontrolą były obumarcia wewnątrzmaciczne płodu (285)¹⁷. Ponadto wystąpiły 154 przypadki zdarzeń samoistnych¹⁸, 52 indukcje ze wskazań innych¹⁹ oraz 46 przypadków wad płodu lub zaburzeń genetycznych²⁰. Wśród noworodków żywo urodzonych wystąpiło pięć przypadków zgonów do szóstej doby życia włącznie w 2017 r., cztery – w 2018 r. oraz sześć – w 2019 r.

(akta kontroli str. 119, 120-122)

3. W Szpitalu w latach 2017–2019 opracowano minimalne normy zatrudnienia pielęgniarek i położnych. Dla wskazanego okresu w Oddziale minimalna norma zatrudnienia pielęgniarek i położnych wynosiła 44,7 etatu w 2017r., 42,62 etatu – w 2018 r. oraz 46,2 etatu – w 2019 r. Zostały one pozytywnie zaopiniowane przez Szczecińską Izbę Pielęgniarek i Położnych.

(akta kontroli str. 9-20, 123-132)

Szpital zapewnił odpowiedni personel medyczny wymagany dla trzeciego poziomu referencyjnego w wymiarze określonym w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego²¹, tj. trzech lekarzy we wszystkie dni tygodnia oraz stałą obecność lekarza specjalisty w dziedzinie położnictwa i ginekologii w miejscu udzielania świadczeń, a także odpowiednią liczbę położnych, w tym położnych ze specjalizacją w dziedzinie pielęgniarstwa położniczego, ginekologicznego, rodzinnego oraz opieki przed- i okołoporodowej. W Oddziale pracowało:

- w 2017 r. – 67 położnych, jedna pielęgniarka oraz 32 lekarzy²²;

¹³ Dz. U. z 2019 r. poz. 1373, ze zm.

¹⁴ Siedem noworodków martwo urodzonych i 153 poronienia.

¹⁵ Siedem noworodków martwo urodzonych i 174 poronień.

¹⁶ 11 noworodków martwo urodzonych i 185 poronień.

¹⁷ Kształtowały się na poziomie: 88 przypadków w 2017 r., 93 – w 2018 r. oraz 104 przypadków w 2019 r.

¹⁸ Kształtowały się na poziomie: 31 przypadków w 2017 r., 61 – w 2018 r. oraz 62 przypadków w 2019 r.

¹⁹ Kształtowały się na poziomie: 20 przypadków w 2017 r., 14 – w 2018 r. oraz 18 przypadków w 2019 r.

²⁰ Kształtowały się na poziomie: 21 przypadków w 2017 r., 13 – w 2018 r. oraz 12 przypadków w 2019 r.

²¹ Dz. U. z 2017 r. poz. 2295, ze zm.; dalej: rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych.

²² W tym dwóch lekarzy było długotrwale nieobecnych.

- w 2018 r. – 65 położnych, jedna pielęgniarka oraz 35 lekarzy²³;
- w 2019 r. – 66 położnych, jedna pielęgniarka oraz 25 lekarzy²⁴.

W okresie objętym kontrolą świadczeń zdrowotnych udzielało:

- 27 lekarzy specjalistów z zakresu położnictwa i ginekologii (na podstawie umowy o pracę lub kontraktu), z tego: 25 lekarzy z drugim stopniem bądź tytułem specjalisty w zakresie położnictwa i ginekologii oraz dwie osoby z pierwszym stopniem specjalizacji, ośmiu lekarzy bez specjalizacji (rezydentów);
- 82 położne i pielęgniarki (na podstawie umowy o pracę lub kontraktu), z tego: 31 posiadało wykształcenie wyższe, a 30 spośród nich posiadało specjalizację z zakresu pielęgniarstwa położniczego, ginekologicznego, rodzinnego oraz opieki przed- i okołoporodowej.

(akta kontroli str. 9-20, 133-138, 674)

W Szpitalu zapewniono również stałą obecność lekarza specjalisty w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii. W Oddziale Intensywnej Terapii i Anestezjologii świadczeń zdrowotnych udzielało łącznie 18 lekarzy specjalistów z zakresu anestezjologii i intensywnej terapii (na podstawie umowy o pracę lub kontraktu) oraz czterech lekarzy bez specjalizacji – rezydentów.

(akta kontroli str. 9-20, 139)

W sprawie organizacji pracy lekarzy anestezjologów Dyrektor wyjaśnił: *Organizacja pracy anestezjologów jest zabezpieczona wielokierunkowo. Stale w Szpitalu znajduje się kilku specjalistów z dziedziny anestezjologii i intensywnej terapii. Lekarz bloku porodowego jest na nim stale i zabezpiecza pacjentki rodzące. W przypadku, gdy lekarz dyżurny jest zajęty np. przy cięciu cesarskim, w Szpitalu jest drugi lekarz anestezjolog, który służy do interwencji w różnych miejscach na terenie Szpitala. A więc w wymienionym przypadku, gdyby zaszła potrzeba jednoczesowego kolejnego znieczulenia np. do analgezji porodu, czy też poronienia, to jest on wzywany do wykonania tego znieczulenia. Oczywiście w razie konieczności wykonania kolejnego pilnego cięcia cesarskiego jest ono priorytetem i kiedy obaj anestezjologowie znieczulają do operacji, podanie znieczulenia rodzącej może się opóźnić.*

(akta kontroli str. 9-20)

W wybranej próbie kontrolnej²⁵:

- w lipcu 2017 r. – świadczenia zdrowotne udzielało 24 lekarzy (dwóch lekarzy zatrudnionych na podstawie umowy o pracę, 20 lekarzy – w ramach umów cywilnoprawnych oraz dwóch lekarzy rezydentów – na podstawie umowy o pracę i kontrakt). W okresie rozliczeniowym (jednego miesiąca) czas pracy 16 lekarzy (66,7%), udzielających świadczenia zdrowotne na podstawie kontraktu, przekroczył od 5,6% do 62,7% normatywny czas pracy określony dla pracowników zatrudnionych na podstawie umowy o pracę (w art. 93 ust. 1 i art. 94 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej²⁶). Czas pracy ośmiu lekarzy (33,3%), w tym wszystkich lekarzy zatrudnionych na podstawie umowy o pracę nie przekraczał normatywnego czasu pracy, określonego w ww. przepisie (tj. 159 godzin i 15 minut).
- w październiku 2017 r. – świadczenia zdrowotne udzielało 24 lekarzy (dwóch lekarzy zatrudnionych na podstawie umowy o pracę, 20 lekarzy – w ramach umów cywilnoprawnych oraz dwóch lekarzy rezydentów – na podstawie umowy

²³ W tym czterech lekarzy było długotrwale nieobecnych.

²⁴ W tym trzech lekarzy było długotrwale nieobecnych.

²⁵ Na podstawie rozkładu czasu pracy lekarzy Oddziału w lipcu i październiku 2017-2019 r.

²⁶ Dz.U. z 2020 r. poz. 295, ze zm., dalej: ustawa o działalności leczniczej.

o pracę i kontrakt). W okresie rozliczeniowym (jednego miesiąca) czas pracy 16 lekarzy (66,7%), udzielających świadczenia zdrowotne na podstawie kontraktu, przekroczył od 5,7% do 60% normatywny czas pracy określony dla pracowników zatrudnionych na podstawie umowy o pracę (w art. 93 ust. 1 i art. 94 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej). Czas pracy ośmiu lekarzy (33,3%), w tym wszystkich lekarzy zatrudnionych na podstawie umowy o pracę nie przekraczał normatywnego czasu pracy, określonego w ww. przepisie (tj. 166 godzin i 50 minut).

- w lipcu 2018 r. – świadczenia zdrowotne udzielało 25 lekarzy (pięciu lekarzy zatrudnionych na podstawie umowy o pracę oraz 20 lekarzy – w ramach umów cywilnoprawnych). W okresie rozliczeniowym (jednego miesiąca) czas pracy 16 lekarzy (64%), udzielających świadczenia zdrowotne na podstawie kontraktu, przekroczył o 5,7% normatywny czas pracy określony dla pracowników zatrudnionych na podstawie umowy o pracę (w art. 93 ust. 1 i art. 94 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej). Czas pracy dziewięciu lekarzy (36%), w tym wszystkich lekarzy zatrudnionych na podstawie umowy o pracę nie przekraczał normatywnego czasu pracy, określonego w ww. przepisie (tj. 166 godzin i 50 minut).
- w październiku 2018 r. – świadczenia zdrowotne udzielało 25 lekarzy (pięciu lekarzy zatrudnionych na podstawie umowy o pracę oraz 20 lekarzy – w ramach umów cywilnoprawnych). W okresie rozliczeniowym (jednego miesiąca) czas pracy 16 lekarzy (64%), udzielających świadczenia zdrowotne na podstawie kontraktu, przekroczył o 5,6% normatywny czas pracy określony dla pracowników zatrudnionych na podstawie umowy o pracę (w art. 93 ust. 1 i art. 94 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej). Czas pracy dziewięciu lekarzy (36%), w tym wszystkich lekarzy zatrudnionych na podstawie umowy o pracę nie przekraczał normatywnego czasu pracy, określonego w ww. przepisie (tj. 174 godzin i 25 minut).
- w lipcu 2019 r. – świadczenia zdrowotne udzielało 25 lekarzy (dziewięciu lekarzy zatrudnionych na podstawie umowy o pracę oraz 16 lekarzy – w ramach umów cywilnoprawnych). W okresie rozliczeniowym (jednego miesiąca) czas pracy 13 lekarzy (52%), udzielających świadczenia zdrowotne na podstawie kontraktu, przekroczył o 5,6% normatywny czas pracy określony dla pracowników zatrudnionych na podstawie umowy o pracę (w art. 93 ust. 1 i art. 94 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej). Czas pracy 12 lekarzy (48%), w tym wszystkich lekarzy zatrudnionych na podstawie umowy o pracę nie przekraczał normatywnego czasu pracy, określonego w ww. przepisie (tj. 174 godzin i 25 minut).
- w październiku 2019 r. – świadczenia zdrowotne udzielało 25 lekarzy (dziewięciu lekarzy zatrudnionych na podstawie umowy o pracę oraz 16 lekarzy – w ramach umów cywilnoprawnych). W okresie rozliczeniowym (jednego miesiąca) czas pracy 13 lekarzy (52%), udzielających świadczenia zdrowotne na podstawie kontraktu, przekroczył o 5,6% normatywny czas pracy określony dla pracowników zatrudnionych na podstawie umowy o pracę (w art. 93 ust. 1 i art. 94 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej). Czas pracy 12 lekarzy (48%), w tym wszystkich lekarzy zatrudnionych na podstawie umowy o pracę nie przekraczał normatywnego czasu pracy, określonego w ww. przepisie (tj. 174 godzin i 25 minut).

W miesiącach objętych badaniem nie wystąpiły przypadki świadczenia pracy przez lekarzy nieprzerwanie przez okres przekraczający 24 godziny.

(akta kontroli str. 149-150, 151-154, 481-482)

Personel medyczny Oddziału został ujęty w wykazie personelu stanowiącym załącznik nr 2 do umowy²⁷ i w załącznikach do aneksów do ww. umowy z ZOW NFZ. Dokonano 109 aktualizacji w SZOI²⁸ w zakresie zmian dotyczących personelu medycznego (m.in. zwolnienia, zatrudnienia, zmiana miejsca świadczenia pracy, podwyższenia kwalifikacji).

(akta kontroli str. 155-222, 223-236)

4. Pomieszczenia Oddziału zlokalizowane były w budynku oddanym do użytkowania 17.12.2010 r., w którym od marca 2011 r. Oddział kontynuował udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny w Szczecinie stwierdził (postanowieniem z 25.02.2011 r.), że pomieszczenia i sprzęt medyczny, w który wyposażony był Oddział oraz Izba Przyjęć spełniał warunki umożliwiające udzielanie świadczeń medycznych z zakresu ginekologii, położnictwa, zabiegów operacyjnych oraz konsultacji w poradniach: ginekologiczno-położniczej, laktacyjnej i neonatologicznej.

ZOW NFZ potwierdził, że Oddział spełniał wymagania określone w zarządzeniu nr 125/2016/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 22 grudnia 2016 r. w sprawie warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej przez podmioty realizujące świadczenia koordynowanej opieki nad kobietą i dzieckiem (w protokole z czynności sprawdzających 21.03.2017 r.).

Szpital opracował program dostosowania do wymagań jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładu opieki zdrowotnej, który został pozytywnie zaopiniowany przez Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Szczecinie (25.06.2012 r.). Program dostosowania Szpitala do wymogów ww. rozporządzenia nie dotyczył Oddziału.

(akta kontroli str. 15, 458-469, 498-500, 538-540, 545-547)

Instalacje i urządzenia wentylacji mechanicznej i klimatyzacji podlegały okresowemu przeglądowi, czyszczeniu lub dezynfekcji, lub wymianie elementów zgodnie z zaleceniami producenta w każdym roku objętym kontrolą i były dokumentowane w formie protokołów.

(akta kontroli str. 237-242)

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

- zapewnienia odpowiedniego wyposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną – na Oddziale zapewniono: trzy kolposkopy, 16 aparatów KTG²⁹, 13 kardiomonitorów, sześć aparatów USG, jeden aparat EKG płodu, histeroskop oraz dwa laparoskopy dostępne w lokalizacji Szpitala na bloku operacyjnym;
- zapewnienia realizacji badań – na Oddziale zapewniono: ciągłe badanie KTG przed i w trakcie porodu oraz badanie EKG płodu, a w lokalizacji Szpitala – badania laboratoryjne, gazometrię krwi pępowinowej, diagnostykę prenatalną – kordocentezę, biopsję trofoblastu, amniopunkcję, dostęp do badań cytogenetycznych, histopatologicznych śródoperacyjnych, popłodu, fetoskopii;
- prowadzenia partogramu, stosowania standardów łagodzenia bólu porodowego, zapewnienia sali do cięć cesarskich oraz Oddziału Neonatologicznego (o III stopniu referencyjności), bloku operacyjnego oraz pracowni endoskopii.

²⁷ Zawartej 28.09.2017 r. o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w systemie podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej – 16-00-00761-17-29/03-08-17-018.

²⁸ System Zarządzania Obiegiem Informacji – portal służący do wymiany informacji między świadczeniodawcą, a Oddziałem Narodowego Funduszu Zdrowia.

²⁹ Kardiokardiof. (nieczytelne)

(akta kontroli str. 81-118, 243-257, 258-265, 695)

Sprzęt medyczny poddawany był przeglądom technicznym w terminach określonych przez producentów. Wymieniony sprzęt i aparatura medyczna w dniu kontroli były sprawne technicznie oraz posiadały aktualne przeglądy stanu technicznego. W 2017 r. nie przeprowadzono przeglądu technicznego jednego urządzenia specjalistycznego (laparoskop na bloku operacyjnym), a w 2018 r. – przeglądów czterech urządzeń (histeroskopu i dwóch laparoskopów na bloku operacyjnym, kardiogramu w odcinku położnictwa), co szerzej opisano w dalszej części wystąpienia pokontrolnego, w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 81-118, 243-257, 258-265)

Urządzenia specjalistyczne znajdujące się w Oddziale oraz jednostkach współpracujących zostały ujęte w wykazie sprzętu stanowiącym załącznik nr 2 do umowy i w załącznikach do aneksów do umowy z ZOW NFZ. Dokonano dwóch aktualizacji w SZOI w zakresie zmian dotyczących sprzętu medycznego (zgłoszenie nowego sprzętu zainstalowanego w Oddziale).

(akta kontroli str. 155-222, 266-277)

5. W latach 2017-2019 w Szpitalu przeprowadzono 109 kontroli zewnętrznych, z których sześć dotyczyło Oddziału. Kontrole przeprowadzane były przez Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Szczecinie³⁰ (trzy), Konsultanta Wojewódzkiego w dziedzinie perinatologii³¹ (dwie) oraz ZOW NFZ (jedna).

W wyniku przeprowadzonych kontroli PPIS stwierdził:

- w 2017 r. – uszkodzenia kratki wentylacyjnej, zacieki na podłodze, odpryski farby na sufitach i ścianach; w kabinach prysznicowych: skorodowane listwy, łuszcząca się farba, uszkodzone drzwi, przebarwienia i ubytki sylikonu, przebarwienia na fugach;
- w 2018 r. – zabrudzenia i ubytki farby, odpryski farby i tynku, pęknięcia na sufitach i ścianach; zacieki na sufitach; uszkodzenie kratki wentylacyjnej; uszkodzenia narożników w pomieszczeniach; popękana szyba w drzwiach;
- w 2019 r. – zabrudzenia na ścianach i sufitach; miejscowe odpryski farby i tynku; ubytki i pęknięcia gresu; uszkodzenia drzwi; uszkodzenia narożników; uszkodzenie kratki wentylacyjnej; uszkodzenia tapicerek łóżek porodowych; uszkodzenia tapicerki.

Wszystkie uchybienia były usuwane na bieżąco w terminach określonych w decyzjach pokontrolnych lub w decyzjach prolongujących termin ich wykonania.

Konsultant Wojewódzki przeprowadził:

- w 2018 r. kontrolę problemową dotyczącą organizacji i realizacji opieki perinatologicznej (w okresie 1.01.-31.12.2017 r.). W wyniku kontroli potwierdził, że Oddział zabezpieczał realizację zadań w zakresie perinatologii i prowadził przygotowania do rozpoczęcia udzielania wysokospecjalistycznych procedur w zakresie terapii wewnątrzmacicznej;
- w 2019 r. kontrolę problemową w zakresie przestrzegania (1.01.-31.03.2019 r.) standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej wprowadzonego rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej³². W wyniku kontroli stwierdził, że standardy opieki okołoporodowej realizowane były prawidłowo.

³⁰ Dalej: PPIS.

³¹ Dalej: Konsultant Wojewódzki.

³² Dz. U. poz. 1756, dalej: rozporządzenie w sprawie standardu z 2018 r.

Przeprowadzona w 2018 r. kontrola ZOW NFZ dotyczyła rozliczania świadczeń wykonanych w Oddziale w 2016 r.

(akta kontroli str. 9-20, 278-441, 442-257, 479-480)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

W 2017 r. Szpital nie przeprowadził przeglądu technicznego jednego urządzenia specjalistycznego – laparoskopu na bloku operacyjnym Oddziału oraz w 2018 r. – czterech urządzeń (histeroskopu i dwóch laparoskopów na bloku operacyjnym, kardiogramu w odcinku położnictwa).

(akta kontroli str. 258-265)

Sprzęt medyczny powinien być poddawany przeglądom technicznym w terminach określonych przez producentów. W przypadku ww. urządzeń przegląd techniczny winien być przeprowadzany co roku.

Kierownik Działu Technicznego wyjaśniła, że *na przełomie 2017 i 2018 nastąpiła reorganizacja Działu Technicznego, co mogło spowodować brak zlecenia wykonania przeglądów technicznych ww. urządzeń. Za przeprowadzenie przeglądów technicznych tych urządzeń odpowiadały serwisy zewnętrzne, natomiast za zlecenie wykonania przeglądów odpowiadali pracownicy Działu Technicznego.*

(akta kontroli str. 260-265)

OCENA CZĄSTKOWA

Szpital był przygotowany do udzielania świadczeń zdrowotnych z zakresu położnictwa i ginekologii, w tym opieki nad pacjentkami doświadczającymi niepowodzeń położniczych, zgodnie z wymogami dla trzeciego poziomu referencyjnego oraz umową zawartą z ZOW NFZ. Szpital zapewnił na Oddziale odpowiednią liczbę personelu medycznego posiadającego wymagane kwalifikacje. Czas pracy lekarzy zatrudnionych na podstawie umowy o pracę (w wybranych okresach) był zgodny z wymogami określonymi w art. 93 i 94 ustawy o działalności leczniczej. Nie wystąpiły przypadki świadczenia pracy nieprzerwanie przez okres przekraczający 24 godziny. Oddział i jednostki współdziałające były wyposażone w wymaganą aparaturę i sprzęt medyczny. Szpital aktualizował wykazy personelu i sprzętu stanowiącego załącznik do umowy z ZOW NFZ. W Szpitalu w 5 przypadkach nie przeprowadzono przeglądów technicznych urządzeń.

OBSZAR

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

Opis stanu
faktycznego

1. Zgodnie z § 9 ust. 3 i § 20 regulaminu organizacyjnego³³ w zarządzeniu nr 187/2018 dyrektora Szpitala z 31.12.2018 r.³⁴ określono 12 wskaźników opieki okołoporodowej (obowiązujących od 1.01.2019 r.). Wskaźniki powinny być

³³ Przepis § 9 ust.3 regulaminu organizacyjnego stanowił m.in.: Kierując się potrzebą zapewnienia odpowiedniej jakości świadczeń zdrowotnych przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych stosuje się standardy organizacyjne opieki zdrowotnej, określone na podstawie art. 22 ust. 5 ustawy o działalności leczniczej (...). Przepis § 20 regulaminu organizacyjnego stanowił, że Dyrektor SPS „Zdroje” lub jego zastępcy do spraw medycznych mogą określić szczegółowo zasady, standardy postępowania i procedury wykonywane w poszczególnych komórkach organizacyjnych w celu zapewnienia właściwego poziomu i jakości świadczeń zdrowotnych.

³⁴ W sprawie ustalenia wskaźników opieki okołoporodowej w SPS ZOZ „Zdroje”.

dokumentowane w zestawieniu rocznym w formie pisemnej, z podziałem na poszczególne rodzaje oraz monitorowane raz w roku (w I kwartale po zakończonym roku kalendarzowym). W procedurze określono, że satysfakcja pacjentek powinna być badana w formie ankiety generowanej w Systemie Informatycznym Monitorowania Profilaktyki (SIMP). Było to zgodne z wymogiem określonym w zarządzeniu Nr 167/2019/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 29 listopada 2019 r w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie³⁵.

(akta kontroli str. 516-517)

Zastępca lekarza kierującego Oddziałem wyjaśnił m.in.: (...) *W oparciu o księgę porodową i historie choroby dokonuje się miesięcznej, kwartalnej i półrocznej analizy wskaźników okołoporodowych (analiza martwych urodzeń, zgonów kobiet w okresie ciąży, porodu, połogu, nacięć krocza, ilości porodów zabiegowych itd.). Sprawozdania półroczne dotyczące umieralności okołoporodowej przekazuje się do Wydziału Zdrowia i Polityki Społecznej Zachodniopomorskiego Urzędu Wojewódzkiego w Szczecinie. Omawiane są one także na spotkaniach kierowników oddziałów/ordynatorów z konsultantem wojewódzkim ds. położnictwa i ginekologii. Każdy przypadek szczególnie jest omawiany z personelem lekarskim, pielęgniarskim i psychologiem na bieżąco podczas raportów lekarskich i pielęgniarskich. Analiza ma na celu ustalenie przyczyny niepowodzenia i zaplanowania dalszego postępowania.*

(akta kontroli str. 521)

W latach 2017-2019 Szpital monitorował wskaźniki opieki okołoporodowej, sporządzał roczne analizy ich realizacji w formie rocznych zestawień.

(akta kontroli str. 518-519)

2. Wskaźniki opieki okołoporodowej zostały określone z należytą starannością. Odnosiły się one w szczególności do: amniotomii, indukcji porodu, stymulacji czynności skurczowej, podawania opioidów, nacięcia krocza, cięcia cesarskiego, podania noworodkowi mleka modyfikowanego, zgodnie z ust. 2 części I załącznika do rozporządzenia w sprawie standardu z 2018 r.

(akta kontroli str. 516-520)

3. Szpital określił wewnętrzne procedury dotyczące opieki nad pacjentkami, które doświadczyły niepowodzeń położniczych, m.in:

- algorytm postępowania z dzieckiem martwo urodzonym (niezależnie od wagi),
- opieka nad pacjentkami w sytuacjach szczególnych³⁶, odnoszące się m.in. do umieszczania pacjentek w pomieszczenia, w których nie przebywają pacjentki w okresie ciąży i po porodach zdrowych dzieci,
- przygotowania materiału do badań genetycznych w celu określenia płci płodu w przypadku poronienia.

(akta kontroli str. 143-148)

4. Szpital podejmował działania w celu przygotowania personelu medycznego Oddziału do udzielania świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej, w tym opieki nad pacjentkami doświadczającymi niepowodzeń położniczych, m.in. poprzez organizowanie szkoleń wewnętrznych i kierowania pracowników na szkolenia zewnętrzne (w tym oddelegowanie na szkolenie lub udzielaniu urlopu szkoleniowego).

³⁵ Koordynowana opieka nad kobietą w ciąży – KOC I (KOC I) – stosuje formularze „Informacja dla kobiety objętej koordynowaną opieką nad kobietą w ciąży – KOC I (KOC I)” oraz „Ankieta satysfakcji” – zgodnie ze wzorami określonymi w załącznikach nr 12 i 13 do zarządzenia.

³⁶ Zgodnie z definicją określoną w pkt 1 części XV załącznika do rozporządzenia w sprawie standardu z 2018 r.

W celu prawidłowego realizowania standardów opieki nad pacjentkami doświadczającymi niepowodzeń położniczych, personel medyczny Oddziału został zapoznany z procedurami wewnętrznymi dotyczącymi standardów opieki okołoporodowej, w tym opieki nad pacjentkami w sytuacjach szczególnych.

Szpital opracował plany szkoleń (zewnętrznych i wewnętrznych) personelu medycznego Oddziału. W 2017 r. zaplanowano – 36 szkoleń (w tym 17 szkoleń zewnętrznych i 19 szkoleń wewnętrznych), w 2018 r. – 29 (odpowiednio: 12 i 17), w 2019 r. – 30 (odpowiednio: 11 i 19), w 2020 r. – 19 (odpowiednio: dziewięć i 10).

Szpital realizował zaplanowane szkolenia, w tym dotyczące opieki nad pacjentkami, które doświadczyły niepowodzeń położniczych.

(akta kontroli str. 597-603, 645-657, 689, 691-692)

5. W okresie 2017-2020 (do 11.03.) personel medyczny Oddziału (położne) uczestniczyły w 86 szkoleniach zewnętrznych (odpowiednio: 30, 33, 11 i 12) dotyczących m.in. opieki okołoporodowej, w tym: prawo dla pielęgniarek i położnych (2017 r.), prawo i etyka w opiece nad matką i dzieckiem (w 2017 r.), wybrane algorytmy w postępowaniu położnej (w 2018 r.), nowe standardy w położnictwie (w 2018 r., 2019 r., 2020 r.), zaburzenia emocjonalne w okresie okołoperacyjnym (2020 r.).

Szkolenia były finansowane przez Szpital lub pracowników³⁷. W latach 2017-2019 Szpital poniósł wydatki na szkolenia w łącznej kwocie 95 086,59 zł (w 2017 r. – 22 618 zł, w 2018 r. – 34 225,20 zł, w 2019 r. – 38 243,39 zł). Na szkolenia personelu medycznego Oddziału wydatkowano łącznie 10 461,80 zł (w 2017 r. – 1 370 zł, w 2018 r. – 6 820 zł i w 2019 r. – 2 271,80 zł). W 2020 r. położne uczestniczyły w szkoleniach internetowych zakończonych uzyskaniem certyfikatu.

W ww. okresie położne uczestniczyły w 49 szkoleniach wewnętrznych (odpowiednio: 15, 15, 16 i trzech) dotyczących m.in. opieki okołoporodowej, w tym: opieka nad pacjentką w sytuacjach szczególnych i wypalenie zawodowe (2017 r.), metod komunikowania się z rodzicami w sytuacji trudnej emocjonalnie (w 2017 r.), opieka nad pacjentką w ciąży zagrożonej (2018 r.), wypalenie zawodowe (w 2018 r.), opieka nad pacjentką w sytuacjach szczególnych związanych z ciążą (w 2019 r.), prawnoetyczne aspekty zawodu położnej (w 2019 r.), obowiązujące dokumenty w Urzędzie Stanu Cywilnego – karta żywego i martwego urodzenia (w 2019 r.), rodzaje pytań stosowanych w komunikacji z pacjentką (2020 r.) i wsparcie psychiczne pacjentki w przypadku utraty ciąży (2020 r.).

(akta kontroli str. 589-596, 658-668, 689, 691-692)

6. Podjęte przez Szpital działania dotyczące szkolenia personelu medycznego miały na celu przygotowanie personelu do prawidłowego udzielania świadczeń kobietom doświadczającym niepowodzeń położniczych.

(akta kontroli str. 589-596, 658-668, 689, 691-692)

W sprawie wprowadzenia mechanizmów sprawdzenia właściwego przygotowania personelu medycznego do udzielania świadczeń zdrowotnych, dyrektor wyjaśnił: *Zgodnie z definicją ustawową (ustawa o działalności leczniczej) pod pojęciem osoba wykonująca zawód medyczny należy rozumieć osobę uprawnioną na podstawie odrębnych przepisów do udzielania świadczeń zdrowotnych oraz osobę legitymującą się nabyciem fachowych kwalifikacji do udzielania świadczeń zdrowotnych w określonym zakresie lub w określonej dziedzinie medycyny. Ukończenie stosownego dla danego zawodu medycznego kształcenia, specjalizacji daje uprawnienie do udzielania świadczeń zdrowotnych, czyli "działań służących profilaktyce, zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz inne*

³⁷ Szpital nie posiadał danych dotyczących kosztów szkolenia poniesionych przez pracowników.

działania medyczne wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących". Personel medyczny zatrudniony w Oddziale jest wykwalifikowany, doświadczony i przygotowany do udzielania świadczeń zdrowotnych kobietom, które doświadczyły poronienia, urodziły martwe dziecko lub dziecko, które zmarło wkrótce po porodzie. Ponadto nad organizacją, jakością i sposobem udzielania świadczeń zdrowotnych nadzór pełni lekarz kierujący Oddziałem oraz pielęgniarka oddziałowa, którzy na każdym etapie weryfikują i czuwają nad właściwym sposobem i jakością pracy personelu im podległego. Standardy opieki okołoporodowej nie nakładają obowiązku wprowadzenia mechanizmów weryfikacji właściwego przygotowania personelu medycznego do udzielania świadczeń zdrowotnych kobietom, które doświadczyły poronienia, urodziły martwe dziecko lub dziecko zmarło po porodzie. Reasumując personel medyczny po ukończeniu kształcenia zawodowego, przy jednoczesnym wpisaniu doskonalenia zawodowego w prawa i obowiązki lekarzy (...) oraz pielęgniarek i położnych (...) jest właściwie przygotowany do udzielania świadczeń zdrowotnych m.in. kobietom, które doświadczyły poronienia, urodziły martwe dziecko lub dziecko, które zmarło wkrótce po porodzie.

(akta kontroli str. 564)

7. Szpital nie prowadził dokumentacji dotyczącej udzielonego wsparcia w radzeniu sobie ze stresem personelowi medycznemu opiekującemu się pacjentkami, które doświadczyły niepowodzeń położniczych.

Dyrektor wyjaśnił m.in: (...) W strukturach Oddziału zatrudniona jest na cały etat mgr. psychologii, która udziela pomocy psychologicznej pacjentkom i w razie potrzeby personelowi medycznemu. Na podstawie informacji uzyskanych od (...) – psychologa wyjaśniam, iż osoby z personelu, które odczuwają potrzebę wsparcia, rozmowy, omówienia szczególnej sytuacji, pomocy w radzeniu sobie ze stresem zgłaszają taką potrzebę i zostają objęte opieką psychologa. W razie potrzeby istnieje możliwość rozmowy z innym psychologiem zatrudnionym w Szpitalu bądź skorzystanie z pomocy lekarza psychiatry. W Szpitalu funkcjonuje pion leczenia psychiatrycznego (lecznictwo szpitalne i ambulatoryjne), co daje poczucie dostępności w zakresie wsparcia w radzeniu sobie ze stresem personelowi medycznemu. W Szpitalu zatrudnionych jest 35 psychologów, którzy stanowią grupę osób przygotowanych zawodowo do wspierania i pomocy w radzeniu sobie ze stresem personelowi medycznemu, który taką potrzebę zgłosi. Pomoc w radzeniu sobie ze stresem udzielana personelowi medycznemu nie jest dokumentowana, gdyż zwyczajowo jest to rozmowa wspierająca z psychologiem, która ma na celu przeanalizowanie danej sytuacji emocjonalnej. Nie dokumentujemy pomocy udzielanej w ramach wykonywania obowiązków pracowniczych. Jeśli konkretna osoba/pracownik odczuwa potrzebę zgłębienia tematu w szerszym zakresie i korzysta z pomocy psychologa lub lekarza psychiatry, stając się jednocześnie jego pacjentem ma zakładaną dokumentację medyczną zgodnie z przepisami prawa. Jednocześnie należy mieć na uwadze, Szpital nie jest jedyną placówką udzielającą świadczenia ambulatoryjne z zakresu leczenia psychiatrycznego, a każdy potencjalny pacjent ma prawo wyboru miejsca udzielania świadczeń i lekarza. (...) personel medyczny sporadycznie zgłasza potrzebę rozmowy, wsparcia w zakresie radzenia sobie ze stresem.

(akta kontroli str. 563-564)

Od 26.09.2017 r. Szpital zatrudnił w Oddziale psychologa na pełny etat (w dni powszednie od 7:25 do 15:00). W Szpitalu funkcjonowały oddziały psychiatryczne w ramach których wyodrębniono zespół psychologów (35).

(akta kontroli str. 41, 79, 563, 569)

8. Personel medyczny (tj. dwóch lekarzy³⁸, w tym lekarz kierujący Oddziałem oraz siedem położnych) wyjaśnił, że zorganizowane przez Szpital formy wsparcia dotyczące radzenia sobie ze stresem były wystarczające.

Głównymi trudnościami występującymi w pracy z pacjentkami doświadczającymi niepowodzeń położniczych była komunikacja pomiędzy personelem a pacjentką, dotycząca m.in. udzielanych świadczeń (najczęściej przyspieszenia procesu diagnostyczno-terapeutycznego) oraz stanu psychicznego (najczęściej trudności w przełamaniu bariery porozumiewania się z personelem oraz przenoszenie negatywnych emocji na personel).

W sprawie potrzeby doskonalenia zawodowego wszystkie ww. osoby poinformowały, iż obowiązek doskonalenia zawodowego wynika z przepisów ustaw regulujących zasady wykonywania zawodu lekarza oraz położnej. W opinii ośmiu z dziewięciu ww. osób (poza jednym lekarzem) istnieje potrzeba przeciwdziałania tzw. wypaleniu zawodowemu (np. w formie pomocy psychoprofilaktycznej). Udzielane przez Szpital wsparcie w radzeniu sobie ze stresem było realizowane poprzez rozmowy z psychologiem zatrudnionemu w Oddziale oraz wsparcie przełożonych. Nie wystąpiły sytuacje, w których personel medyczny zgłaszał potrzebę wsparcia, a nie otrzymał go lub otrzymał w terminie późniejszym od oczekiwanego. W opinii osób składających wyjaśnienia realizowane formy wsparcia były właściwe i wystarczające.

(akta kontroli str. 611-644)

Dyrektor wyjaśnił m.in.: *Największą wiedzę w zakresie trudności występujących w pracy z pacjentkami doświadczającymi niepowodzeń położniczych posiada personel medyczny. (...) Zdaniem personelu medycznego trudności w pracy z pacjentkami doświadczającymi niepowodzeń położniczych dotyczą komunikacji pomiędzy pacjentką a personelem medycznym. Trudne, traumatyczne emocje towarzyszące niepowodzeniom położniczym wpływają na chęć i możliwość przyswojenia istotnych informacji, podejmowania decyzji i współpracę z personelem. (...) Oczywiście istnieje potrzeba stałego doskonalenia zawodowego, w tym w związku z pracą z pacjentkami doświadczającymi niepowodzeń położniczych. Szkolenia organizują samorządy zawodowe i towarzystwa specjalistyczne. Od wyboru danej osoby zależy, kto i w jakim szkoleniu uczestniczy, trudno wskazać szczególnie przydatną formę. Dyrektor SPS ZOZ „Zdroje” na wniosek pracownika udziela zgody na oddelegowanie na szkolenie. (...) W Oddziale zatrudniona jest mgr psychologii, która swoją wiedzę i doświadczeniem służy nie tylko pacjentkom, ale również personelowi medycznemu. (...) Formą przeciwdziałania wypaleniu zawodowemu jest właściwa organizacja pracy (właściwy przydział obowiązków, bez nadmiernego pośpiechu), możliwości rozwoju zawodowego, udział pracownika w podejmowaniu decyzji, praca bez konfliktów w zespole. (...) Wszystkie ewentualne zgłoszenia personelu medycznego dotyczące potrzeby wsparcia są na bieżąco analizowane i udzielane stosownie do zgłoszonej potrzeby. (...) Dotychczas personel medyczny nie zgłaszał potrzeby innych form wsparcia.*

(akta kontroli str. 690-691)

9. W procedurze postępowania w przypadku opieki nad kobietą w sytuacjach szczególnych określono, że:

- pacjentka ma możliwość skorzystania z pomocy psychologicznej, wsparcia duchowego i osób najbliższych, jeśli takie jest jej życzenie, o czym informowana jest w chwili przyjęcia do szpitala oraz na każdym etapie pobytu;

³⁸ Z czterech lekarzy, do których skierowano pismo trybie art. 29 ust. 1 pkt 2 lit. e ustawy o NIK. Jeden lekarz nie udzielił wyjaśnień w związku z pobytem na urlopie wypoczynkowym, a jeden – odmówił udzielenia wyjaśnień.

- na każdym etapie pobytu personel udziela wyczerpujących informacji o możliwości uzyskania dalszej pomocy psychologicznej, miejscach i organizacjach wsparcia osobom w podobnych sytuacjach oraz o przysługujących jej prawach i świadczeniach;
- pacjentka otrzymuje wyczerpujące informacje na temat obowiązującego stanu prawnego, wynikającego z przepisów o aktach stanu cywilnego, zabezpieczenia społecznego i prawa pracy oraz o możliwości pochówku, zgodnie z wymogami określonymi w ust. 3 pkt 8 i pkt 10 części XV załącznika do rozporządzenia w sprawie standardu z 2018 r.

(akta kontroli str. 143-145)

W pomieszczeniach Oddziału³⁹ znajdowały się m.in. informatory „Poroniłam.pl”, w których opisano instrukcję postępowania w przypadku poronienia w domu; przysługujące prawa (tj. prawo do rejestracji dziecka w Urzędzie Stanu cywilnego, pochówku dziecka przez rodzinę, zasiłku pogrzebowego oraz urlopu macierzyńskiego) oraz możliwości skorzystania z pomocy psychologa. Na tablicy informacyjnej Oddziału zamieszczono informację o zapewnieniu przez Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie w Szczecinie pomocy interwencyjnej (w tym wsparcia psychologicznego) przez całą dobę oraz informator o przysługujących prawach.

(akta kontroli str. 103-106, 110-111)

W ww. procedurach wewnętrznych nie określono, w jaki sposób (formie) należy przekazać pacjentce informacje o możliwości skorzystania z pomocy psychologicznej, uzyskaniu dalszej pomocy psychologicznej (w tym miejscach i organizacjach udzielających wsparcia osobom w podobnej sytuacji) oraz o przysługujących jej prawach, w tym możliwości pochówku.

(akta kontroli str. 143-145)

W sprawie przyjętego sposobu informowania pacjentki o możliwości uzyskania pomocy psychologicznej oraz dalszej pomocy psychologicznej, dyrektor wyjaśnił m.in.: (...) Zgodnie z ust. 3 pkt 4 części XV załącznika do rozporządzenia w sprawie standardu z 2018 r. pacjentki informowane są w formie ustnej z uwzględnieniem nawiązania dobrego kontaktu słownego i świadomością jak ważny jest ton rozmowy. Zgodnie z Procedurą postępowania w przypadku opieki nad kobietą w sytuacjach szczególnych – na każdym etapie pobytu personel przedstawia się, prezentuje spokojną wzbudzającą zaufanie postawę, szanuje prywatność pacjentki, udziela wyczerpujących informacji na temat stanu zdrowia, a także informacji o możliwości uzyskania dalszej pomocy psychologicznej, miejscach i organizacjach wsparcia osobom w podobnych sytuacjach oraz o przysługujących jej prawach i świadczeniach. Przyjęto formę ustną informowania pacjentek o możliwości uzyskania dalszej pomocy psychologicznej miejscach i organizacjach udzielających wsparcia osobom w podobnej sytuacji, jak przysługujących jej prawach również z uwagi na wskazania w zapisie ust. 3 pkt 4 części XV załącznika do rozporządzenia w sprawie standardu z 2018 r. (...). Mgr psychologii, która udziela wsparcia pacjentkom przebywającym w oddziale odnotowuje w dokumentacji medycznej (karta obserwacji) udzielone świadczenia lub odmowę tych świadczeń. (...) każdorazowo przy udzielaniu wsparcia pacjentkom po traumatycznych sytuacjach udziela ustnie informacji o działalności Miejskiego Ośrodka Interwencji Kryzysowych oraz przekazuje ulotkę z wszystkimi danymi ośrodka. Ponadto w Oddziale umieszczone są ulotki z portalu poroniłam.pl (...). Szpital posiada w swoich strukturach pion leczenia psychiatrycznego istnieje możliwość (jeśli pacjentka wyraża taką wolę) umówienia pacjentki na wizytę w Poradni Zdrowia Psychicznego

³⁹ W trakcie oględzin przeprowadzonych 6.02.2020 r. przez kontrolerów NIK, na podstawie art. 29 ust. 1 pkt 2 lit. c ustawy o NIK.

bądź w gabinecie psychologa zarówno w lokalizacji przy u. Mącznej 4 jak i w Centrum Psychiatrycznym przy ul. Żołnierskiej 55 w Szczecinie. Istnieje również możliwość jeszcze w trakcie pobytu w oddziale zasięgnięcia porady, konsultacji lekarza psychiatry. Pacjentka po poronieniu, urodzeniu martwego dziecka lub dziecko, której zmarło wkrótce po porodzie jest informowana w dwojaki sposób o możliwości uzyskania dalszej pomocy psychologicznej – jest to forma ustna oraz pisemna w postaci zrozumiale spisanych informacji na ulotkach ogólnie dostępnych w Oddziale, wywieszonych na tablicach ogłoszeń oraz przekazywanych osobiście pacjentce, jeśli wyrazi takie życzenie. Na uwagę zasługuje fakt, iż traumatyczne sytuacje jakich doświadczają kobiety (...) wymagają indywidualnego podejścia do każdej pacjentki oraz niezwykle taktownego i delikatnego wyczucia ze strony personelu medycznego. Stąd trudno jednoznacznie wskazać, czy jedna forma przekazu jest lepsza od drugiej. Personel medyczny stara się każdorazowo postępować stosownie do stanu, w jakim znajduje się dana pacjentka. Niewątpliwie dla pacjentki podejście indywidualne, rozmowa zarówno z położną, lekarzem jak i psychologiem stanowi wsparcie i możliwość uzyskania potrzebnego w danym momencie wsparcia oraz informacji możliwości uzyskania dalszej pomocy psychologicznej. Zastosowanie formy ustnej oraz pisemnej pozwala pacjentkom w sposób zrozumiały zapoznać się zarówno o możliwości uzyskania dalszej pomocy psychologicznej, miejscach i organizacjach udzielających wsparcia osobom w podobnej sytuacji jak i przysługujących jej prawach.

(akta kontroli str. 565-566)

W sprawie przyjętego sposobu informowania pacjentki o przysługujących jej prawach, w tym o możliwości pochówku, dyrektor wyjaśnił m.in.: *Standardy organizacyjne opieki okołoporodowej nie określają w sposób jednoznaczny formy informowania pacjentki o przysługujących jej prawach, przy czym podkreślona jest forma komunikowania ustna (słowna) i zwrócenie uwagi na ton rozmowy – zgodnie z ust. 3 pkt 4 części XV załącznika do rozporządzenia w sprawie standardu z 2018 r. W związku z powyższym (...) przyjęto sposób informowania pacjentki w sposób ustny na temat obowiązującego stanu prawnego, wynikającego z przepisów o aktach stanu cywilnego, zabezpieczenia społecznego i prawa pracy dotyczącego sytuacji, w jakiej się znalazła, jak również o możliwości pochówku. Ponadto przy przyjęciu pacjentka jest informowana o prawach pacjenta. Na tablicach ogłoszeń i w różnych miejscach w Oddziale dostępne są informacje o prawach pacjenta, o możliwości uzyskania dalszej pomocy psychologicznej oraz ulotki zawierające informacje o szczególnej sytuacji, w jakiej znalazła się pacjentka (...).*

(akta kontroli str. 567)

10. W dokumentacji medycznej 46 pacjentek (z 60) odnotowano fakt poinformowania pacjentki przez psychologa o możliwości uzyskania dalszej pomocy psychologicznej (oraz miejscach i organizacjach udzielających wsparcia). W dokumentacji medycznej 14 pacjentek⁴⁰, hospitalizowanych w latach 2018-2017, nie odnotowano faktu poinformowania jej o możliwości korzystania z dalszej pomocy psychologicznej. Żadna z tych pacjentek nie zgłaszała potrzeby skorzystania z pomocy psychologa. Jedna pacjentka (z 14) hospitalizowana była na Oddziale dobowym, sześciu – wykonano zabieg łyżeczkowania i wypisano ze Szpitala w tym samym dniu, a siedem – przyjęto w 2017 r. przed zatrudnieniem w Oddziale psychologa (tj. 26.09.2017 r.).

(akta kontroli str. 576-582, 670-671)

⁴⁰ Nr pacjentki wg księgi głównej Szpitala: 2525/2018; 4766/2018; 6943/2018; 9351/2018; 4688/2017; 2765/2017; 7126/2017; 12672/2017; 10204/2017; 10501/2017; 15662/2017; 18100/2017; 20197/2017; 582/2017.

Dyrektor wyjaśnił m.in.: (...) Zgodnie z § 1 pkt 6 ppkt 12 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 31.01.2017 r. zmieniającym rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego wymóg zatrudnienia psychologa – w wymiarze co najmniej 0,5 etatu powstał od 1.08.2017 r. SPS ZOZ „Zdroje” zabezpieczał przed tym terminem opiekę psychologiczną dla pacjentek Oddziału wykwalifikowanym personelem z części leczenia psychiatrycznego. (...) Psycholog (...) została zatrudniona w wymiarze 1 etatu w Oddziale 26.09.2017 r. Na uwagę zasługuje fakt, iż ww. rozporządzenie w § 1 pkt 6 ppkt 8 nakłada obowiązek stosowania standardów postępowania medycznego z zakresu okołoporodowej opieki położniczo – ginekologicznej sprawowanej nad kobietą w okresie ciąży, porodu i połogu, w przypadku występowania określonych powikłań, oraz opieki nad kobietą w sytuacji niepowodzeń położniczych od 1.08.2017 r. Do tego dnia niniejsze rozporządzenie obejmowało wymagania stosowania standardów postępowania oraz procedur medycznych przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, połogu oraz opieki nad noworodkiem. Pomimo braku w rozporządzeniu w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (do 1.08.2017 r.) bezpośredniego wskazania stosowania standardów opieki nad kobietą w sytuacji niepowodzeń położniczych SPS ZOZ „Zdroje” sprawował i zapewniał opiekę psychologiczną pacjentkom w sytuacjach traumatycznych. Opieka ta była zapewniona przez psychologów wyznaczanych przez kierownika zespołu psychologów oraz lekarzy psychiatrów z leczenia psychiatrycznego.

(akta kontroli str. 671-672)

W dokumentacji medycznej wszystkich 60 pacjentek odnotowano fakt poinformowania o miejscu udostępnienia informacji o Prawach Pacjenta oraz regulaminu Szpitala. Na tablicy informacyjnej Oddziału zamieszczono m.in. informator o przysługujących prawach oraz ulotki informujące o prawie do rejestracji dziecka w Urzędzie Stanu Cywilnego, pochówku dziecka przez rodzinę, zasiłku pogrzebowego oraz urlopu macierzyńskiego⁴¹. W dokumentacji medycznej nie odnotowywano faktu poinformowania pacjentek o obowiązującym stanie prawnym odnoszącym się do sytuacji szczególnej, w której się znalazły.

(akta kontroli str. 103-106, 567, 572-582, 588)

Dyrektor wyjaśnił m.in., że: *Standardy organizacyjne opieki okołoporodowej nie określają w sposób jednoznaczny formy informowania pacjentki o przysługujących jej prawach, przy czym podkreślona jest forma komunikowania ustna (słowna) i zwrócenie uwagi na ton rozmowy – zgodnie z ust.3 pkt 4 części XV załącznika do rozporządzenia w sprawie standardu z 2018 r. W związku z powyższym w SPS ZOZ „Zdroje” zgodnie z „Procedurą postępowania w przypadku opieki nad kobietą w sytuacjach szczególnych” przyjęto sposób informowania pacjentki w sposób ustny na temat obowiązującego stanu prawnego, wynikającego z przepisów o aktach stanu cywilnego, zabezpieczenia społecznego i prawa pracy dotyczącego sytuacji, w jakiej się znalazła, jak również o możliwości pochówku. Ponadto przy przyjęciu pacjentka jest informowana o prawach pacjenta. Na tablicach ogłoszeń i w różnych miejscach w Oddziale dostępne są informacje o prawach pacjenta, o możliwości uzyskania dalszej pomocy psychologicznej oraz ulotki zawierające informacje o szczególnej sytuacji w jakiej znalazła się pacjentka. Informacje te zawierają również miejsca i adresy placówek, ośrodków i portali internetowych, w których można uzyskać pomoc, informację temat obowiązującego stanu prawnego*

⁴¹ W trakcie oględzin przeprowadzonych 6.02.2020 r. przez kontrolerów NIK, na podstawie art. 29 ust. 1 pkt 2 lit. c ustawy o NIK.

wynikającego z przepisów o aktach stanu cywilnego, zabezpieczenia społecznego i prawa pracy dotyczącego sytuacji, w jakiej się znalazła pacjentka.

(akta kontroli str. 567)

Stwierdzone
nieprawidłowości

W działalności kontrolowanej jednostki w przedstawionym wyżej zakresie nie stwierdzono nieprawidłowości.

OCENA CZĄSTKOWA

W Szpitalu rzetelnie określono oraz terminowo monitorowano wskaźniki opieki okołoporodowej. Szpital zapewnił pacjentkom, które doświadczyły niepowodzeń położniczych pomoc psychologiczną oraz informował o możliwość korzystania z dalszej pomocy psychologicznej i przysługujących prawach, w tym możliwych formach pochówku. Personel medyczny Szpitala był przygotowany do pracy z pacjentkami doświadczającymi niepowodzeń położniczych. Szpital zapewnił personelowi medycznemu wsparcie psychologiczne w radzeniu sobie ze stresem powstałym w związku z opieką nad pacjentkami.

3. Świadczenia zapewniające pacjentkom stosowną pomoc.

Opis stanu
faktycznego

1. Pomieszczenia i urządzenia Oddziału (w tym Izby Przyjęć Ginekologiczno-Położniczej)⁴² spełniały wymogi określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą⁴³. Pokoje łóżkowe w odcinkach położnictwa i ginekologii były dwuosobowe lub jednoosobowe. W każdym pokoju znajdowało się pomieszczenie higieniczno-sanitarne (wyposażone w dozownik z mydłem w płynie, pojemnik z ręcznikami jednorazowego użycia oraz pojemnik na zużyte ręczniki). Pomieszczenia higieniczno-sanitarne spełniały wymagania określone w § 2 pkt 4 rozporządzenia w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia. Odstępy między łózkami zapewniały swobodny dostęp do pacjentek – łóżka w pokojach łóżkowych były dostępne z trzech stron, w tym z dwóch dłuższych. Szerokość pokoi umożliwiała swobodne wyprowadzenie i wprowadzanie łóżka.

W Oddziale wyodrębniono blok porodowy (składający się z czterech sal porodowych jednostanowiskowych do porodów rodzinnych) oraz blok operacyjny (składający się m.in. z czterech sal operacyjnych, w tym jednej przeznaczonej do cięć cesarskich wraz ze stanowiskiem resuscytacji noworodka oraz służą umywalkowo-fartuchową).

W odcinkach ginekologii oraz położnictwa, znajdowały się oddzielne gabinety badań usg (oraz gabinet badań ktg w odcinku położnictwa), pokoje badań i gabinety zabiegowe. We wszystkich ww. gabinetach i pomieszczeniach Izby Przyjęć zapewniono pacjentkom intymność podczas wykonywania badań/zabiegów. Jeden pokój badań (z sześciu gabinetów zabiegowych/pokoi badań poddanych oględzinom) był wyposażony w tabliczkę na drzwiach, informującą o trwającym badaniu⁴⁴. W pozostałych pięciu pokojach/gabinetach nie było takiej informacji⁴⁵.

⁴² W trakcie oględzin przeprowadzonych 6.02.2020 r. przez kontrolerów NIK, na podstawie art. 29 ust. 1 pkt 2 lit. c ustawy o NIK.

⁴³ Dz. U. poz. 595; dalej: rozporządzenie w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia.

⁴⁴ Tj. pokój badań (nr 12) na parterze odcinka ginekologii.

⁴⁵ Tj. gabinet badań usg (nr 09), gabinet badań ktg (nr 010) i pomieszczenie izby przyjęć (nr 05) - w przyziemiu oraz gabinet zabiegowy (nr 11) na parterze i gabinet badań (nr 120) na I piętrze.

W trakcie kontroli NIK ww. pomieszczenia zostały wyposażone w tabliczkę na drzwiach, informującą o trwającym badaniu/zabiegu⁴⁶.

Na każdym piętrze (odcinku Oddziału) znajdowało się pomieszczenie higieniczno-sanitarne przystosowane dla osób niepełnosprawnych, w szczególności poruszających się na wózkach inwalidzkich, wyposażone dodatkowo w natrysk. W Izbie Przyjęć wyodrębniono osobne pomieszczenia do przyjęć kobiet ciężarnych wraz z pomieszczeniem higieniczno-sanitarnym, stosownie do wymogu określonego w części I pkt 3 załącznika nr 1 do ww. rozporządzenia. Na tablicy informacyjnej Oddziału znajdowały się informacje o możliwości skorzystania z pomocy psychologicznej i opieki duchownego.

(akta kontroli str. 81-118, 504-505, 539-542)

W sprawie dysponowania przez Szpital pomieszczeniem służącym do pożegnań, zastępca lekarza kierującego Oddziałem wyjaśnił m.in.: że w przypadku niepowodzeń położniczych w zależności od szczególnej sytuacji, w której znajduje się pacjentka – poród odbywa się w jednej z czterech indywidualnych sal porodowych lub w sali operacyjnej na bloku operacyjnym i w tym pomieszczeniu umożliwia się pacjentce pożegnanie z dzieckiem, w zależności od zgłoszonych przez nią potrzeb.

(akta kontroli str. 82)

2. Szpital prowadził dokumentację medyczną wybranych do badania 60 pacjentek (hospitalizowanych w latach 2017-2019⁴⁷) zgodnie z wymogami rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania⁴⁸. Dokumentację medyczną prowadzono w formie papierowej. Strony w dokumentacji były ponumerowane i stanowiły chronologicznie uporządkowaną całość, każdy wpis w dokumentacji opatrzony był oznaczeniem osoby dokonującej wpisu. W dokumentacji potwierdzono przyjęcie od pacjentki oświadczenia o upoważnieniu do uzyskiwania informacji o stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych (ze wskazaniem imienia i nazwiska osoby upoważnionej oraz danych umożliwiających kontakt z tą osobą) oraz oświadczenie pacjentki o upoważnieniu do uzyskiwania dokumentacji (ze wskazaniem imienia i nazwiska osoby upoważnionej), zgodnie z wymogami § 8 ust. 1 pkt 1 i 2 ww. rozporządzenia. W jednym przypadku pobrano oświadczenie w trybie określonym w § 8 ust. 1 pkt 3 ww. rozporządzenia. W każdym przypadku wystawiono kartę informacyjną z leczenia szpitalnego. Do historii choroby dołączone były dokumenty dodatkowe, m.in.: karta indywidualnej opieki pielęgniarskiej/położniczej; karta obserwacji, karta gorączkowa, karta zleceń lekarskich, karta przebiegu znieczulenia, wyniki badań diagnostycznych wraz z opisem.

(akta kontroli str. 572-575)

3. Szpital rzetelnie prowadził dokumentację medyczną 60 pacjentek. W każdym przypadku odnotowywano stan zdrowia pacjentki, przebieg procesu leczenia, udzielone świadczenia i porady. We wszystkich przypadkach odnotowano zgodę na hospitalizację (z czynnościami diagnostyczno-leczniczymi) oraz dodatkową zgodę: na zabieg cesarskiego cięcia – w ośmiu przypadkach oraz zabieg abrazji – w 35. W jednym przypadku poronienie nastąpiło samoistnie i nie wykonano zabiegu

⁴⁶ W trakcie oględzin przeprowadzonych 11.02.2020 r. przez kontrolera NIK, na podstawie art. 29 ust. 1 pkt 2 lit. c ustawy o NIK.

⁴⁷ Tj. pacjentek objętych badaniem kontrolnym, które poroniły urodziły martwe dziecko lub dziecko, które zmarło zaraz po porodzie (do szóstej doby życia).

⁴⁸ Dz. U. poz. 2069, dalej: rozporządzenie w sprawie dokumentacji medycznej.

łyżeczkowania. W pozostałych 16 przypadkach⁴⁹ hospitalizacje dotyczyły niepowodzeń położniczych, które zakończyły się porodem fizjologicznym – pacjentki wyraziły zgodę na hospitalizację.

(akta kontroli str. 572-582, 585-588)

4. Porady psychologiczne udzielane były przez psychologa w dni powszednie od 7:25 do 15:00. W Szpitalu funkcjonowały oddziały psychiatryczne w ramach, których wyodrębniono zespół psychologów (35).

(akta kontroli str. 41, 79, 563, 569)

Dyrektor wyjaśnił m.in.: (...) opiekę nad pacjentkami doświadczającymi poronienia, urodzenia martwego dziecka czy zgonu dziecka tuż po porodzie sprawuje personel medyczny (lekarze, położne, pielęgniarki). Ponadto do opieki nad pacjentkami zatrudniony jest psycholog. Jest to osoba zatrudniona na cały etat, przypisana do opieki nad pacjentkami hospitalizowanymi w Oddziale, które mają udzielane świadczenia w ramach koordynowanej opieki nad kobietą w ciąży. Psycholog każdego dnia uczestniczy w raportach lekarskich oraz wizytach, tzw. obchodzie lekarskim w Oddziale. W trakcie raportów lekarskich omawiane są schorzenia, proces diagnostyczny i leczniczy każdej pacjentki, nowe przyjęcia i wypisy z Oddziału. W trakcie wizyt lekarskich personel rozmawia z każdą pacjentką, ocenia stan zdrowia fizyczny jak i psychiczny. Psycholog udziela świadczeń zarówno w związku ze zgłoszoną potrzebą przez pacjentkę, ze wskazań personelu medycznego, jak i z własnych obserwacji poczynionych w ramach uczestnictwa w wizytach bezpośrednio u pacjentek. (...). Szpital, poza godzinami pracy psychologa zatrudnionego w Oddziale, zapewnia pomoc psychologiczną pacjentkom, które doświadczyły poronienia, urodziły martwe dziecko lub dziecko zmarło wkrótce po porodzie z pomocą lekarzy psychiatrów, którzy ze względu na funkcjonujące w strukturze całodobowe oddziały psychiatryczne są obecni w szpitalu całodobowo. Rozwinięty pion leczenia psychiatrycznego – zarówno stacjonarny jak i ambulatoryjny umożliwia całodobowo możliwość zapewnienia opieki i wsparcia psychologicznego dla pacjentek Oddziału.

(akta kontroli str. 9-10, 568)

Zgodnie z przyjętą procedurą postępowania w przypadku opieki nad kobietą w sytuacjach szczególnych, każda pacjentka była ustnie informowana w chwili przyjęcia do Szpitala o możliwość skorzystania z pomocy psychologicznej, wsparcia duchowego i osób najbliższych, jeżeli takie było jej życzenie.

W dokumentacji medycznej 46 pacjentek odnotowano fakt ponownego poinformowania pacjentki o możliwości uzyskania pomocy psychologicznej, z tego:

- w 31 przypadkach pacjentki odmówiły pomocy;
- w 15 przypadkach pacjentki skorzystały z pomocy psychologicznej (w tym w dwóch przypadkach z pomocy psychiatrycznej⁵⁰).

W dokumentacji medycznej pozostałych 14 pacjentek⁵¹ nie odnotowano informacji o ponownym zaproponowaniu pacjentce możliwości skorzystania z pomocy psychologicznej oraz faktu odmowy/udzielania pomocy psychologicznej.

(akta kontroli str. 143, 565, 576-582)

5. Zakres udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej przez Szpital (w tym opieki psychiatrycznej) oraz zatrudnienie psychologa w Oddziale (na cały etat⁵²) umożliwiał

⁴⁹ Nr pacjentki wg księgi głównej Szpitala: 6996/2019; 1977/2019; 6649/2019; 31167/2019; 29910/2019; 32174/2019; 15765/2018; 28001/2018; 24813/2018; 14089/2017; 24094/2017; 2765/2017; 15478/2017; 5656/2017; 10204/2017.

⁵⁰ W związku z groźbami samobójczymi.

⁵¹ Nr pacjentki wg księgi głównej Szpitala: 2525/2018; 4766/2018; 6943/2018; 9351/2018; 4688/2017; 2765/2017; 7126/2017; 12672/2017; 10204/2017; 10501/2017; 15662/2017; 18100/2017; 20197/2017; 582/2017.

zapewnienie pomocy psychologicznej w trakcie hospitalizacji pacjentek, doświadczających niepowodzeń położniczych.

(akta kontroli str. 41, 79, 563, 569, 576-582)

6. Sposób organizacji Oddziału (w podziale na trzy odcinki: ginekologii, położnictwa i patologii ciąży znajdujących się na różnych piętrach budynku), w tym lokalizacja bloku porodowego i bloku operacyjnego na parterze (przy odcinku ginekologii) umożliwiały zapewnienie pacjentkom doświadczającym niepowodzeń położniczych pobyt w pomieszczeniach, w których nie przebywały kobiety w ciąży, połogu lub które urodziły zdrowe dzieci.

(akta kontroli str. 81-84)

W dokumentacji medycznej pacjentek przebywających w Oddziale w listopadzie (188) i grudniu 2019 r. (159) nie odnotowywano numerów sal, w których przebywała pacjentka w trakcie hospitalizacji⁵³.

(akta kontroli str. 487-496, 572-575)

Kierownik Oddziału i Pielęgniarka Oddziałowa wyjaśnili m.in.: (...) *Bywa tak, że czasie jednego, pięciodniowego pobytu pacjentka leży na trzech różnych salach. Pacjentki do zabiegów operacyjnych w "zerowej" dobie po operacji trafiają na nową salę i nowe świeżo przygotowane łóżko. Podobnie bywa z pacjentkami leczonymi zachowawczo: stan ogólny pacjentki, rozpoznanie, nadzór, jakiego wymaga, czynności pielęgnacyjno-lecznicze generują salę, na której leży pacjentka. Pacjentki w cięższych stanach leżą bliżej punktu pielęgniarskiego, te w lżejszych lub rekonwalescentki dalej. Stan pacjentek i ich rozmieszczenie w oddziale jest monitorowane i podlega bieżącej weryfikacji. W związku z tym bardzo trudno jest wskazać sale, na których leżały poszczególne pacjentki. W codziennej pracy, zwłaszcza w stosunku do pacjentek znajdujących się w sytuacjach kryzysowych staramy się zawsze podchodzić indywidualnie i z bardzo dużą empatią. Jesteśmy otwarte na prośby i życzenia pacjentek. Wszędzie tam gdzie istnieje konieczność lub wola pacjentki zapewniamy pojedyncze sale lub nie dokładamy innych pacjentek. Pacjentki po traumatycznych porodach, zgonach wewnątrzmacicznych zawsze mają zapewnioną salę jednoosobową – w okresie objętym kontrolą, tj. 2017 – do dnia 31.01.2020 r. były to sale nr 14 i 25. W przypadku pacjentek po poronieniach także staramy się, w miarę możliwości zapewnić pacjentce salę jednoosobową lub pojedynczy pobyt w sali dwuosobowej. W sporadycznych przypadkach na jednej sali mogą leżeć dwie pacjentki z taki samym rozpoznaniem. Pacjentki, których dzieci po porodach przebywają na Oddziale Intensywnej Terapii Neonatologicznej także mają zapewniony pobyt w oddziale ginekologii, z dala od matek, których porody zakończyły się szczęśliwie. Nie zdarzyło się nigdy, żeby pacjentki w sytuacjach szczególnych w rozumieniu rozporządzenia przebywały na jednej sali z matkami z dziećmi albo pacjentkami ciężarnymi.*

(akta kontroli str. 497)

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 połogu, których ciąża zakończyła się urodzeniem zdrowego dziecka.

⁵² W dni powszednie od 7:25 do 15:00.

⁵³ Badanie dokumentacji medycznej 60 pacjentek hospitalizowanych w latach 2017-2019 potwierdziło, że nie odnotowywano w niej numerów sal, w których przebywała pacjentka w trakcie pobytu w Oddziale.

7. Zastępca lekarza kierującego Oddziałem⁵⁴ wyjaśnił, że Szpital zapewniał pacjentkom (rodzicom) pożegnanie się ze zmarłym dzieckiem, w pomieszczeniu, w którym nastąpił poród. W dokumentacji medycznej dwóch pacjentek odnotowano fakt wykonania pamiątki – odcisku stopy dziecka na prośbę rodziców.

(akta kontroli str. 82, 577-578)

Dyrektor wyjaśnił m.in.: *Szpital nawiązał współpracę z grupą wsparcia Tęczowy Kocyk, która szyjąc miniaturowe ubranka, beciki, małe kocyki pomaga przejść kobietom trudne chwile po utracie ciąży, dziecka. W Oddziale są dostępne niniejsze przedmioty i mogą być udostępnione, jeśli pacjentka ma takie życzenie. Współpraca z grupą Tęczowy Kocyk ogranicza się do dostarczenia pamiątek po utracie dziecka, przedstawiciele tej grupy nie oferują wsparcia w postaci rozmowy, porady psychologa - tę formę zapewnia szpital. Ponadto personel Oddziału współpracuje z Miejskimi Ośrodkami Pomocy Rodzinie, Miejskim Ośrodkiem Interwencji Kryzysowej oraz zapewniona jest opieka duszpasterska. (...) Po zakończonej hospitalizacji pacjentka, której dziecko zmarło wkrótce po porodzie może uczestniczyć w toalecie pośmiertnej dziecka i na prośbę matki/ rodziców przekazuje się jedną z opasek identyfikacyjnych dziecka. Jednocześnie personel pielęgniarski wypisuje dodatkową opaskę identyfikacyjną dziecka i zakłada na rączkę bądź nóżkę, gdyż zgodnie z Algorytmem postępowania z dzieckiem martwo urodzonym (niezależnie od wagi dziecka) dziecko musi mieć założone dwie opaski identyfikacyjne. W przypadku kobiet, które urodziły martwe dziecko umożliwia się pożegnanie ze zmarłym dzieckiem, jeśli wyraża taką potrzebę. Sporadycznie zdarzały się przypadki prośby matki/rodziców o wykonanie odcisku stópki bądź dłoni dziecka i wówczas personel medyczny taką prośbę spełnia.*

(akta kontroli str. 567-568)

8. Szpital określił procedurę dotyczącą postępowania z dzieckiem martwo urodzonym (niezależnie od wagi dziecka), postępowania w przypadku zgonu pacjenta oraz procedurę przygotowania materiału do badań genetycznych w celu określenia płci płodu w przypadku poronienia.

W procedurach określono m.in., że dziecko powinno być owinięte w dwie jednorazowe serwety, z założoną opaską identyfikującą na rączce i nóżce. W celu zapewnienia godności należącej osobie zmarłej należało wykonać toaletę całego ciała zmarłego. Procedura postępowania z dzieckiem martwo urodzonym określała zasady działania personelu medycznego w przypadku wyrażenia zgody na pochówek przez rodzinę lub na pochówek zbiorowy. Stosowane przez Szpital wzory oświadczeń były prawidłowe.

Szpital zawarł 6.02.2018 r. porozumienie z Gminą Miasto Szczecin określające zasady współpracy celem dokonywania godnego 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. W porozumieniu określono, że rodzic/rodzice otrzymują informację o prawie do dokonania pochówku (otrzymania karty zgonu, rejestracji dziecka w Urzędzie Stanu Cywilnego i świadczeniach z Zakładu Ubezpieczeń Społecznych) lub możliwości pochówku zbiorowego ze wskazaniem najbliższego terminu pochówku (po wyrażeniu przez nich zgody w formie oświadczenia). Szpital zobowiązany został do odpowiedniego zabezpieczenia i przewiezienia zwłok do miejskiej chłodni. Gmina Miasto Szczecin zobowiązała się do zapewnienia przechowywania zwłok dzieci do czasu kremacji, skremowania, zakupu urny oraz pochówku urny z prochami. Współpraca miała

⁵⁴ W obecności pielęgniarki oddziałowej, w trakcie oględzin przeprowadzonych 6.02.2020 r. przez kontrolerów NIK, na podstawie art. 29 ust. 1 pkt 2 lit. c ustawy o NIK.

charakter nieodpłatny. Pochówek zbiorowy odbywał się dwa razy w roku (w marcu i październiku) w Grobie Zbiorowym Dzieci Utraconych na Cmentarzu Zachodnim w Szczecinie.

(akta kontroli str.145, 522-527)

W badanym okresie Szpital zawarł umowy na odbiór i przewóz zwłok specjalnymi środkami transportu drogowego. Wykonawca został zobowiązany do odbioru zwłok w terminie trzech godzin od momentu otrzymania telefonicznego zgłoszenia wykonania usługi i przewiezienia ich do miejskiej chłodni lub wyznaczonego miejsca sekcyjnego.

(akta kontroli str. 528-531, 553-558)

Dyrektor wyjaśnił m.in. *przed podpisaniem porozumienia z Gminą Miasto Szczecin w sprawie zbiorowych pochówków dzieci utraconych SPS ZOZ „Zdroje” opracował następujący sposób postępowania: jeżeli pacjentka wyrażała zgodę na indywidualny pochówek otrzymywała kartę urodzenia martwego dziecka, co służyło do wystawienia aktu urodzenia martwego dziecka, który był odbierany przez rodziców w Urzędzie Stanu Cywilnego. Rodzice zgodnie z własnymi intencjami i wyborami (wybór firmy pogrzebowej, miejsca) przeprowadzali pochówek. Jeżeli pacjentka nie wyrażała zgody na pochówek indywidualny (był to pojedyncze przypadki) wówczas szpital współpracował z MOPR w zakresie pochówku dzieci urodzonych w wyniku poronienia lub martwo urodzonych (...).*

(akta kontroli str. 692)

We wszystkich 20 badanych przypadkach Szpital przestrzegał wewnętrznych procedur dotyczących postępowania z dzieckiem martwo urodzonym. W 17 przypadkach zdecydowano o pochówku dziecka przez rodzinę i wystawiono zaświadczenie o urodzeniu martwego dziecka (2017-2019), a w trzech – o pochówku zbiorowym przez Gminę Miasto Szczecin (w 2019 r.). We wszystkich badanych przypadkach:

- pobrano oświadczenie rodzica/rodziców o wybranej formie pochówku (dołączone do dokumentacji medycznej);
- zwłoki dzieci przechowywano w Szpitalu do 72 godzin, licząc od godziny, w której nastąpiła zgon/poród lub poronienie (tj. od 00:26 do 3:05).

Zwłoki w każdym przypadku były przekazywane podmiotowi zewnętrznemu, któremu zlecono odbiór i przewóz zwłok do chłodni miejskiej (w celu oczekiwania na pochówek zbiorowy lub przekazania firmie pogrzebowej upoważnionej przez rodzinę), w tym także w celu transportu z chłodni miejskiej do miejsca sekcyjnego oraz z miejsca sekcyjnego do chłodni.

W trzech przypadkach (z 20) wykonano badania histopatologiczne tkanek, które zlecono podmiotowi zewnętrznemu, z którym Szpital zawarł umowę m.in. na wykonywanie badań histopatologicznych i autopsyjnych. W ośmiu przypadkach przeprowadzono sekcję zwłok⁵⁵ – transport realizował podmiot zewnętrzny, na zlecenie Szpitala. W czterech przypadkach na zlecenie rodziców Szpital przygotował preparaty do przeprowadzenia badań genetycznych (finansowanych przez rodziców i wykonywanych przez podmiot przez nich wskazany).

(akta kontroli str. 559-562, 583-584)

Dyrektor wyjaśnił, że pacjentki były ustnie informowane, w trakcie rozmowy w sprawie wybranej przez nich formy pochówku, o obowiązującym stanie prawnym, wynikającym z przepisów o aktach stanu cywilnego, zabezpieczenia społecznego i prawa pracy, w związku z tym, że ust. 3 pkt 10 części XV załącznika do

⁵⁵ Z tego: w jednym przypadku – pochówku zbiorowego oraz siedmiu przypadkach – pochówku przez rodzinę.

rozporządzenia w sprawie standardu z 2018 r. nie określa formy pisemnej informowania o prawach przysługujących pacjentkom.

(akta kontroli str. 565-567)

Dyrektor Wydziału Spraw Społecznych Urzędu Miasta Szczecin poinformowała⁵⁶ m.in.: *Realizację zadań będących przedmiotem prowadzonej kontroli reguluje Zarządzenie Nr 87/18 Prezydenta Miasta Szczecin z dnia 22 lutego 2018 r. w sprawie zasad sprawiania pogrzebu przez Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie w Szczecinie osobom zmarłym na terenie Gminy Miasto Szczecin. Przed zawarciem porozumienia w dniu 6.02.2018 r. tj. w okresie 1.01.2017 r. – 05.02.2018 r. Gmina Miasto Szczecin - Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie w Szczecinie nie organizowała pochówku ciał dzieci martwo urodzonych. Pierwszy pochówek na koszt Gminy Miasto Szczecin odbył się w dniu 26.03.2018 r. Gmina Miasto Szczecin nawiązała współpracę w zakresie organizacji pochówku ciał dzieci martwo urodzonych i w dniu 16 marca 2018 r. zawarła porozumienie z Wydziałem Duszpasterstwa Rodzin Kurii Metropolitalnej Szczecińsko-Kamieńskiej – Fundacja DONUM VITAE, z którą współpracuje do chwili obecnej.*

(akta kontroli str. 604-610)

W zarządzeniu Nr 87/18 Prezydenta Miasta Szczecin z dnia 22 lutego 2018 r. w sprawie zasad sprawiania pogrzebu przez Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie w Szczecinie osobom zmarłym na terenie Gminy Miasto Szczecin określono m.in., że sprawianie zbiorowego pogrzebu dzieci martwo urodzonych bez względu na czas trwania ciąży, których ciała nie zostały odebrane ze szpitala dokonuje się nie częściej niż dwa razy w roku (marcu i październiku) w zbiorowej mogile Grobie Zbiorowym Dzieci Utraconych.

Gmina Miasto Szczecin zorganizowała w 2018 r. pochówki dziesięciorga dzieci, na które wydatkowała 8 207 zł, a w 2019 r. – 35 (18 534 zł).

(akta kontroli str. 604-610)

9. Sześć (54%) z 11 pacjentek⁵⁷ hospitalizowanych z powodu niepowodzeń położniczych oceniło bardzo dobrze opiekę w Oddziale, cztery – dobrze lub wystarczająco (po dwie), a jedna – nieodpowiednio.

Osiem pacjentek (73%) oceniło, że personel medyczny życzliwie traktował je w trakcie hospitalizacji, a trzy – negatywnie.

Dziewięć pacjentek (82%) oświadczyło, że wyrażało zgodę na wykonanie zabiegu (w tym sześć – każdorazowo na wykonanie zabiegu, a trzy – ogólną zgodę). Jedna pacjentka oświadczyła, że Szpital nie pytał ją o wyrażenie zgody na wykonanie zabiegów, a jedna pacjentka oświadczyła, że nie pamięta.

Osiem pacjentek (73%) miało możliwość skorzystania z pomocy psychologa (w tym: pięć - z inicjatywy personelu Oddziału, a trzy – na własną prośbę). Trzy pacjentki oświadczyły, że nie miały możliwość skorzystania z pomocy psychologa (w tym jedna – z powodu urlopu psychologa).

Dziewięć pacjentek (82%) miało możliwość pożegnania się z dzieckiem (w tym: pięć – w obecności bliskich osób, jedna – bez udziału bliskich osób, a trzy – nie wyraziły takiej woli). Dwie pacjentki oświadczyły, że nie wiedziały o możliwości pożegnania się z dzieckiem.

(akta kontroli str. 675-686)

10. W latach 2017-2019 wpłynęły trzy skargi dotyczące sposobu sprawowania opieki nad pacjentkami, które doświadczyły niepowodzeń położniczych (w 2017 r. – dwie i w 2019 r. – jedna). Dyrektor rzetelnie wyjaśnił zarzuty podniesione przez

⁵⁶ W trybie art. 29 ust. 1 pkt 2 f ustawy o NIK.

⁵⁷ Z 20 pacjentek, do których NIK skierowała prośbę o informację dotyczącą otrzymanej opieki (na załączonym druku).

skarżących i wszystkie okoliczności spraw. Nie stwierdzono nieprawidłowości w postępowaniu personelu medycznego Oddziału. We wszystkich przypadkach poinformowano skarżących o sposobie rozpatrzenia skargi. Odpowiedzi udzielono w terminie od 14 do 42 dni po wpłynięciu skargi, zgodnie z wewnętrzną procedurą w sprawie przyjmowania skarg i wniosków⁵⁸.

Jedna z ww. skarg została skierowana do ZOW NFZ. W przeprowadzonym postępowaniu wyjaśniającym dyrektor ZOW NFZ nie stwierdził naruszenia warunków umowy i potwierdził, że Szpital przestrzegał standardów.

(akta kontroli str. 489, 532-633)

Do Szpitala wpłynęły trzy podziękowania od pacjentek, które doświadczyły niepowodzeń położniczych, za opiekę w czasie pobytu w Oddziale (tj. po jednym w każdym z badanych lat).

(akta kontroli str. 532-633)

Stwierdzone
nieprawidłowości

W działalności kontrolowanej jednostki w przedstawionym wyżej zakresie nie stwierdzono nieprawidłowości.

OCENA CZĄSTKOWA

Pomieszczenia Oddziału były dostosowane do wymogów dotyczących warunków lokalowych i sprzętowych, w tym określonych dla III stopniu referencyjności. Organizacja pomieszczeń Oddziału zapewniała udzielanie świadczeń zdrowotnych w sposób zapewniający intymność. Szpital prawidłowo i rzetelnie prowadził dokumentację medyczną. Pacjentkom udzielano świadczeń zdrowotnych z zachowaniem standardów opieki okołoporodowej, w tym dotyczących m.in. udzielania pomocy psychologicznej, informowania o możliwości skorzystania z dalszej pomocy psychologicznej oraz umieszczania pacjentek w pomieszczeniach, w których nie przebywały pacjentki po narodzinach zdrowych dzieci.

⁵⁸ Zarządzenie Nr 125/2017 dyrektora Szpitala z dnia 29.11.2017 r. w sprawie wprowadzenia zaktualizowanej Procedury przyjmowania skarg i wniosków w SPS ZOZ „Zdroje”.

IV. Uwagi i wnioski

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

Wnioski *Terminowe przeprowadzanie przeglądów technicznych urządzeń i sprzętu, w który wyposażony jest Szpital.*

Uwagi Najwyższa Izba Kontroli 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 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.

Obowiązek
poinformowania
NIK o sposobie
wykorzystania uwag
i wykonania wniosków

Zgodnie z art. 62 ustawy o NIK należy poinformować Najwyższą Izbę Kontroli, w terminie 30 dni od otrzymania wystąpienia pokontrolnego, o sposobie wykonania wniosku pokontrolnego 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.

Szczecin, 6 maja 2020 r.

Delegatura w Szczecinie
Dyrektor

Kontroler

Bogumiła Mędrzak
główny specjalista kontroli państwowej