



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI
Delegatura w Szczecinie

LSZ.410.003.03.2020

Pan
Piotr Ignaciuk
Prezes Zarządu
Szpitala Powiatowego w Gryfinie Sp. z o.o.
ul. Parkowa 5
74-100 Gryfino

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

P/20/063

Opieka nad pacjentkami w przypadkach poronień i martwych urodzeń.

I. Dane identyfikacyjne

Jednostka kontrolowana	Szpital Powiatowy w Gryfinie Sp. z o.o.
Kierownik jednostki kontrolowanej	Piotr Ignaciuk, Prezes Zarządu Szpitala Powiatowego w Gryfinie Sp. z o.o. od 12 marca 2020 r. W okresie objętym kontrolą funkcję kierownika jednostki poprzednio pełnili: Małgorzata Szewczuk ¹ , Prezes Zarządu, od 1 stycznia 2019 r. do 11 marca 2020 r. Grzegorz Bogdanowicz, Prezes Zarządu, od 28 kwietnia 2016 r. do 31 grudnia 2018 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 ² . 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
Kontrolerzy	Agata Prochotta Miłek, specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LSZ/20/2020 z 15.01.2020 r. i nr LSZ/74/2020 z 16.04.2020 r. (akta kontroli str. 1-6)

¹ Dalej: Prezes Zarządu.

² należy rozumieć sytuacje, w których dziecko zmarło do 6. doby życia włącznie.

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

II. Ocena ogólna⁴ kontrolowanej działalności

OCENA OGÓLNA

W Szpitalu stworzono warunki lokalowe, kadrowe oraz dysponowano sprzętem zapewniającym właściwy pobyt i opiekę nad pacjentkami, które poroniły, urodziły martwe dziecko lub dziecko, które zmarło zaraz po porodzie⁵.

Położne oddziału ginekologiczno-położniczego odbywały szkolenia w zakresie standardów opieki okołoporodowej, w tym opieki nad pacjentkami po niepowodzeniach położniczych.

Pacjentkom i pracownikom zabezpieczono możliwość korzystania z pomocy psychologicznej.

Miejsca pobytu pacjentek, które doświadczyły niepowodzeń położniczych, były oddzielone od miejsc pobytu położnic, które urodziły zdrowe dziecko.

Dokumentacja medyczna była prowadzona prawidłowo.

Stwierdzone nieprawidłowości polegały na nieokreśleniu w sposób formalny wskaźników opieki okołoporodowej oraz częstotliwości ich monitorowania, mimo obowiązku określonego w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej⁶ oraz niespełnieniu wymogu w zakresie szerokości pokoi łóżkowych umożliwiającej wprowadzenie łóżka.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego oraz oceny cząstkowej⁷ kontrolowanej działalności

OBSZAR

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

Opis stanu faktycznego

1.1. W Szpitalu⁸ o I stopniu referencyjności świadczenia opieki zdrowotnej dotyczące niepowodzeń położniczych: udzielał Oddział Ginekologiczno - Położniczy⁹. Zakres zadań oraz sposób organizacji Oddziału określał regulamin organizacyjny Szpitala¹⁰ i regulamin organizacyjny Oddziału Ginekologiczno - Położniczego¹¹. W strukturze Oddziału wydzielono m.in. blok porodowy do porodów fizjologicznych oraz salę do cięć cesarskich wraz ze stanowiskiem resuscytacji noworodka. Szpital zorganizował udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej pacjentkom, które poroniły, urodziły martwe dziecko lub dziecko, które zmarło zaraz po porodzie zgodnie z umową zawartą z ZOW NFZ nr 16-00-03837-19-05/03-08-025 i warunkami udzielania świadczeń, określonymi w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych¹².

(akta kontroli str. 8-21, 27-32, 174-194, 248-417, 421-428)

⁴ Najwyższa Izba Kontroli formułuje ocenę ogólną jako ocenę pozytywną, ocenę negatywną albo ocenę w formie opisowej.

⁵ dalej także: niepowodzenia położnicze.

⁶ Dz.U. poz. 1756, dalej rozporządzenie w sprawie standardu z 2018 r.

⁷ Oceny cząstkowe to oceny działalności w poszczególnych obszarach badań kontrolnych. Ocena cząstkowa może być sformułowana jako ocena pozytywna, ocena negatywna albo ocena w formie opisowej.

⁸ Dalej Szpital. 51% udziałów posiada powiat gryfiński, 49% „Dom Lekarski” Spółka Akcyjna.

⁹ Dalej: Oddział.

¹⁰ Określony zarządzeniami Prezesa Nr 12/2012 z 30.09.2019 r. i Nr 36/2018 z 21.12.2018 r., dalej: regulamin organizacyjny.

¹¹ Określony zarządzeniem Nr 37/2016 Prezesa Szpitala z dnia 28.12.2016 r., obowiązujący od 01.01.2017 r.

¹² Dz. U. z 2019 r. poz. 1373, ze zm.

1.2. W okresie objętym kontrolą w Szpitalu liczba noworodków żywo urodzonych wyniosła 360 w 2017 r., 313 w 2018 r. oraz 233 w 2019 r. Liczba niepowodzeń położniczych wyniosła 66 w 2017 r., 64 w 2018 r. oraz 53 w 2019 r.¹³. Najczęstszą przyczyną niepowodzeń położniczych we wszystkich latach objętych kontrolą były obumarcia wewnątrzmaciczne płodu (115)¹⁴. Ponadto wystąpiło w tych latach 68 przypadków zdarzeń samoistnych. Wśród noworodków żywo urodzonych nie wystąpiły przypadki zgonów do szóstej doby życia włącznie.

(akta kontroli str.23-26)

1.3. W latach 2017 – 2019 na oddziale zatrudniano:

- od 9 do 13 lekarzy specjalistów położnictwa i ginekologii -na podstawie kontraktów.
- od 17 do 18 położnych, w tym dwie o specjalizacji opieka przed i poporodowa, trzy pielęgniarstwo położnicze, jedna o specjalizacji pielęgniarstwo neontologiczne, jedna - pielęgniarstwo ginekologiczne.

W Szpitalu był spełniony obowiązek obecności lekarza specjalisty w dziedzinie anestezjologii.

(akta kontroli str. 69-71)

Dokonano 73 aktualizacje w SZOI¹⁵ w zakresie zmian dotyczących personelu medycznego (m.in. zwolnienia, zatrudnienia, zmiany wymiaru czasu pracy).

(akta kontroli str. 248-417)

W Szpitalu w latach 2017–2019 opracowano minimalne normy zatrudnienia pielęgniarek i położnych, które zostały zaopiniowane przez Szczecińską Izbę Pielęgniarek i Położnych.

(akta kontroli str. 120-121, 195-196)

1.4. Szpital posiadał program dostosowania do wymagań określonych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą¹⁶.

(akta kontroli str. 43-49)

Liczba przyjęć i pomieszczenia Oddziału spełniały wymogi określone w rozporządzeniu w sprawie wymagań dla pomieszczeń i urządzeń w podmiotach leczniczych z 2019 r., z wyjątkiem braku w zespole porodowym: śluzu umywalkowo – fartuchowej i pomieszczenia do obserwacji położnic i noworodków w pierwszych godzinach życia po porodach powikłanych, w którym zapewnia się możliwość obserwacji bezpośredniej lub przy użyciu kamer wyposażonych w funkcję autostartu, w szczególności możliwość obserwacji twarzy. Również drzwi o szerokości światła 90 cm nie spełniały wymogów.

(akta kontroli str. 50-58)

W związku z powyższymi brakami, Zachodniopomorski Państwowy Wojewódzki Inspektor Sanitarny w Szczecinie, w dniu 16 kwietnia 2018 r. wydał decyzję stwierdzającą niespełnienie wymagań rozporządzenia w sprawie wymagań dla pomieszczeń i urządzeń w podmiotach leczniczych. Jednocześnie stwierdził na podstawie dokumentacji oceny ryzyka, że stan ten ma nieznaczny wpływ

¹³ W tych trzy martwe urodzenia.

¹⁴ Kształtowały się na poziomie: 39 – w 2017 r., 46 – w 2018 r. oraz 30 przypadków w 2019 r.

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

¹⁶ Dz. U. poz. 739; uchylone z dniem 1 kwietnia 2019 r.; zastąpione rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz.U. poz. 595) dalej: rozporządzenia w sprawie wymagań dla pomieszczeń i urządzeń w podmiotach leczniczych z 2012 r. i 2019 r.

na bezpieczeństwo pacjentów i zaakceptował argumentację Prezesa Szpitala, który oświadczył, że wymogi te zostaną spełnione w budowanym nowym skrzydle szpitala.

(akta kontroli str. 59-68)

Oddział był podzielony na część położniczą i ginekologiczną.

- Część położnicza składała się z:
 - zespołu porodowego obejmującego salę przyjęć i badań wstępnych zorganizowaną w sposób zapewniający pacjentkom intymność, jedną salę porodową dwustanowiskową bez możliwości odbywania porodów rodzinnych, jedną salę cięć wyposażoną w stanowisko do resuscytacji noworodka;
 - części położniczej obejmującej dwie sale wyposażone łącznie w 6 łóżek, wszystkie sale wyposażone były w umywalki z dozownikami mydła w płynie, dozownikami ze środkiem dezynfekującym, podajnikami ręczników jednorazowego użycia oraz stanowiska umożliwiające mycie i pielęgnację noworodka;
 - gabinetu zabiegowego zorganizowanego w sposób zapewniający pacjentkom intymność podczas badań i zabiegów;
- pododdział ginekologiczny składał się z:
 - trzech sal, w tym sali pooperacyjnej, wyposażonych w umywalki z dozownikami mydła i środka dezynfekującego oraz podajnikami jednorazowych ręczników;
 - gabinetu zabiegowego zorganizowanego w sposób zapewniający pacjentkom intymność.

(akta kontroli str. 197-208)

W badanym okresie wszystkie trzy przypadki dzieci martwo urodzonych rozwiązano w drodze cesarskiego cięcia na wyodrębnionej, jednostanowiskowej sali cięć.

(dowód: akta kontroli str. 222-226)

Oddział był wyposażony w sprzęt i aparaturę medyczną określoną w rozporządzeniu w sprawie świadczeń gwarantowanych oraz w umowie z NFZ, m.in. kolposkop, kardiolografy (aparaty KTG) – 3 szt., histeroskop, diatermię, pompy infuzyjne – 4 szt., detektor tętna płodu, ultrasonograf – 2 szt., kardiomonitor.

(akta kontroli str. 72-73, 174-194, 209-212, 248-417)

Szpital był wyposażony w dwa gastroskopy dwa kolonoskopy, endoskop, kardiomonitor, stanowiące zgodnie z umową z NFZ, zasoby aparatury dostępne dla Oddziału „w lokalizacji”.

(akta kontroli str. 74-75, 209-212, 248-417)

Szpital posiadał paszporty ww. sprzętu i aparatury medycznej, z których wynikało, że przestrzegane były terminy konserwacji, działań serwisowych i przeglądów.

(akta kontroli str. 76-77)

Oddział był wyposażony w wentylację grawitacyjną. Przewody kominowe wentylacji grawitacyjnej były objęte przeglądami przeprowadzanymi raz w roku. W badanym okresie nie stwierdzono nieprawidłowości

(akta kontroli str. 197-210)

Badania histopatologiczne śródoperacyjne nie były wykonywane bezpośrednio w szpitalu. Dostępność takiego badania zapewniono zawierając 7 października 2013 r. umowę z Pomorskim Uniwersytetem Medycznym na ich wykonanie.

(akta kontroli str. 241)

Prezes wyjaśniła, że badania histopatologiczne śródoperacyjne są dostępne. Jednak uwzględniając konieczność zamówienia odpowiedniego transportu materiału

do badania, czas dojazdu, czas przewozu i wykonania samego badania do momentu uzyskania wyniku w praktyce operacyjnej nie są wykonywane.

(akta kontroli str. 221)

1.5. Badaniem szczegółowym czasu pracy lekarzy Oddziału objęto miesiące lipiec i październik lat 2017 – 2019. Badanie wykazało, że w dni robocze, w godzinach od 8.00 do 15.00 pracowało od dwóch do pięciu lekarzy, a w godzinach od 15.00 do 8.00 dnia następnego – jeden lekarz. W soboty, niedziele i dni świąteczne praca była wykonywana w formie 24-godzinnych dyżurów – od 7.00 do 7.00 dnia następnego, pełnionych przez jednego lekarza.

W Szpitalu zapewniono stałą obecność lekarza specjalisty w dziedzinie anestezjologii.

Organizacja systemu dyżurów lekarzy Oddziału dopuszczała świadczenie pracy przez 48 godzin bez przerwy. Badanie przeprowadzone w toku kontroli wykazało 16 przypadków takiej pracy¹⁷.

(akta kontroli str. 212-217)

Prezes wyjaśniła, że w Szpitalu wszyscy lekarze zatrudnieni są w ramach umowy cywilno – prawnej (prowadzą działalność gospodarczą). W okresie objętym kontrolą zdarzały się przypadki pełnienia przez lekarzy dyżurów trwających dłużej niż 24 godziny. Wynika to przede wszystkim z braków kadrowych, które dotyczą szpitala w całej Polsce. Podejmujemy wszelkie działania mające na celu zatrudnienie brakującej kadry medycznej – dotyczy to zarówno lekarzy jak i położnych. W roku 2019 udało nam się zatrudnić 12 położnych, 1 lekarza anestezjologa i 2 lekarzy neonatologów. W dalszym ciągu pilnie poszukujemy lekarzy ginekologów w celu zabezpieczenia ciągłości pracy oddziału. Pragniemy zaznaczyć, że poza godzinami zwykłymi funkcjonowania Oddziału, tj. 8.00 – 15.00 obciążenie pracą personelu medycznego jest na bardzo niskim poziomie. Wszystkie zabiegi planowe odbywają się do godziny 15.00. Statystycznie w miesiącu przeprowadzanych jest około 130 zabiegów, z czego tylko 10 zabiegów wykonywanych jest po godz. 15.00, w tzw. godzinach dyżurowych (zabiegi pilne). W rzeczywistości lekarze w czasie dyżurów są w gotowości do świadczenia usług oraz mają możliwość odpoczynku. Szpital zapewnia warunki do odpoczynku (pokoje socjalne z miejscem do spania), a lekarze z nich korzystają. Podejmujemy wszelkie starania w celu zabezpieczenia ciągłości pracy Oddziału i wyeliminowanie dyżurów trwających ponad 24 godziny.

(akta kontroli str. 106-109)

1.6. W okresie badanym Szpital nie był kontrolowany w zakresie opieki nad pacjentkami doświadczającymi poronień, urodzenia martwego dziecka lub śmierci dziecka do szóstej doby po porodzie.

(akta kontroli str. 79-105)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

W Oddziale nie spełniono wymogu § 20 rozporządzenia w sprawie wymagań dla pomieszczeń i urządzeń w podmiotach leczniczych z 2019 r. w zakresie szerokości pokoiów łóżkowych umożliwiającej wyprowadzenie łóżka. Inspektor Sanitarny ocenił ryzyko jako tolerowane i jako rozwiązanie zastępcze zaproponowała wyposażenie Oddziału w wózki transportowe, umożliwiający bezpieczny transport pacjentów.

(akta kontroli str. 59-68)

Prezes wyjaśniła, że z uwagi na dobiegającą końca budowę nowego skrzydła szpitalnego, do którego zostanie przeniesiony Oddział, w starym budynku nie

¹⁷ W lipcu 2017 r. – 4, w październiku 2017 r. – 4, w lipcu 2018 r. – 1, w październiku 2018 r. – 2, w lipcu 2019 r. – 2, w październiku 2017 r. – 3.

podejmowano jakichkolwiek prac budowlanych. Zgodnie z zaleceniami Inspektra Sanitarnego zakupiono dla Oddziału dwa wózki transportowe.

(akta kontroli str. 221)

OCENA CZĄSTKOWA

Szpital zapewnił wynikające z umowy z NFZ i przepisów prawa warunki kadrowe i sprzętowe niezbędne do opieki nad pacjentkami, które poroniły, urodziły martwe dziecko lub dziecko, które zmarło zaraz po porodzie.

Zatrudnienie lekarzy i położnych spełniało wymogi określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego¹⁸. Aparaturę medyczną i przewody wentylacji grawitacyjnej Oddziału objęto badaniami i przeglądami technicznymi. Warunki lokalowe Oddziału spełniały wymogi określone w rozporządzeniu w sprawie wymagań dla pomieszczeń i urządzeń w podmiotach leczniczych z 2019 r., z wyjątkiem braku w zespole porodowym śluzy umywalkowo – fartuchowej i pomieszczenia do obserwacji położnic i noworodków w pierwszych godzinach życia po porodach powikłanych oraz niespełnienie wymogu w zakresie szerokości pokojów łóżkowych umożliwiające wyprowadzenie łóżka.

Zachodniopomorski Państwowy Wojewódzki Inspektor Sanitarny w Szczecinie w dniu 16 kwietnia 2018 r. wydał decyzję stwierdzającą niespełnienie wymogów rozporządzenia w sprawie wymagań dla pomieszczeń i urządzeń w podmiotach leczniczych, stwierdzając na podstawie dokumentacji oceny ryzyka, że stan ten ma nieznaczny wpływ na bezpieczeństwo pacjentów i przyjął argumentację Prezesa, który oświadczył, że wymogi te zostaną spełnione w budowanym nowym skrzydle szpitala.

OBSZAR

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

Opis stanu faktycznego

2.1 i 2.2. Szpital nie określił wskaźników opieki okołoporodowej, o których mowa w części I ust. 2 załącznika do rozporządzenia w sprawie standardu z 2018 r.

(akta kontroli str. 229)

2.3. Od dnia 20 kwietnia 2015 r. w Szpitalu obowiązywały wewnętrzne procedury postępowania w przypadku opieki nad pacjentką ciężarną z ciążą obumarłą w Oddziale Ginekologiczno – Położniczym oraz procedura pielęgnacji i opieki nad położnicą: w psychozie poporodowej, w przypadku straty dziecka, w sytuacji pozostawienia dziecka do adopcji.

(akta kontroli str. 33-42)

2.4. - 2.6. W planach szkoleń na lata 2017-2019 nie ujęto żadnego szkolenia z zakresu opieki okołoporodowej lub opieki nad pacjentkami, które doświadczyły niepowodzeń położniczych dla lekarzy pracujących na Oddziale.

(akta kontroli str. 218-220)

Prezes wyjaśniła, że wszyscy lekarze Oddziału pracują na kontraktach i kształcą się we własnym zakresie. Szpital nie ma obowiązku ich kształcenia.

(akta kontroli str. 221)

Położne uczestniczyły w szkoleniach zewnętrznych z zakresu m.in. przetaczania krwi i jej składników, opieki nad matką i dzieckiem w praktyce pielęgniarstwa i położnej, nowego ujęcia znanych problemów ginekologiczno – położniczych, opieki nad matką i dzieckiem w zakresie standardów opieki okołoporodowej, resuscytacji noworodka.

¹⁸ Dz.U. z 2017 r., poz. 2295, ze zm., dalej rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych.

Poza tym raz w miesiącu odbywały się szkolenia wewnętrzne dotyczące procedur medycznych, kodeksu etyki zawodowej pielęgniarek i położnych oraz obowiązujących przepisów, praw pacjenta.

W szkoleniu dotyczącym standardów okołoporodowych stosowanych w Oddziale oraz w szkoleniu z zakresu postępowania położnej w przypadku porodu martwego noworodka i poronienia wzięło udział po dziewięć położnych. Szkolenia wewnątrzoddziałowe były prowadzone przez pielęgniarkę oddziałową, a ich tematyka oraz obecność na szkoleniu były odnotowywane w prowadzonym zeszycie szkoleń wewnętrznych.

(akta kontroli str. 110-113)

2.7. Szpital był przygotowany do udzielania wsparcia w radzeniu sobie ze stresem personelowi medycznemu opiekującemu się pacjentkami po niepowodzeniach położniczych.

Na podstawie umowy z dnia 25.06.2014 r. zatrudniono w Szpitalu na umowę zlecenia psychologa. Zakres umowy przewidywał prowadzenie grupy terapeutycznej, indywidualnych rozmów psychologicznych z pacjentami, interweniowanie psychologiczne w sprawach nagłych, pomoc psychologiczną dla pracowników medycznych szpitala.

(akta kontroli str. 114-119)

2.8. W toku kontroli zwrócono się do pięciu osób personelu (dwóch lekarzy i trzech położnych) Oddziału o udzielenie informacji w następujących sprawach dotyczących pracy z pacjentkami, które poroniły lub urodziły martwe dziecko:

1. Jakie trudności występują w pracy z tymi pacjentkami?
2. Czy istnieje potrzeba doskonalenia zawodowego w tym zakresie?
3. Czy odczuwa się potrzebę przeciwdziałania tzw. wypaleniu zawodowemu?
4. W jaki sposób Szpital zapewnia wsparcie w radzeniu sobie ze stresem personelowi pracującemu z ww. pacjentkami?
5. Czy znane są przypadki wystąpienia sytuacji, w których personel medyczny zgłaszał potrzebę wsparcia, a nie otrzymał go lub otrzymał w terminie późniejszym od oczekiwanego?
6. Czy realizowane przez Szpital formy doskonalenia zawodowego, przeciwdziałania tzw. wypaleniu zawodowemu i wsparcia są właściwe i wystarczające?

W założonych wyjaśnieniach:

ad.1. Ani lekarze, ani położne nie wskazywali na jakiegokolwiek trudności w pracy z pacjentkami doświadczającymi niepowodzeń położniczych, jedna z położnych wyjaśniła, że jest to stały element pracy ginekologów, położników i położnych, ponieważ ok. 25% wszystkich ciąż kończy się takim niepowodzeniem i wiedza w tym zakresie należy do zakresu podstawowego kształcenia w tych zawodach;

ad.2. dwie osoby wskazały na potrzebę szkoleń i doskonalenia zawodowego;

ad.3. Żadna z osób składających wyjaśnienia nie wskazała na problemy związane z wypaleniem zawodowym;

ad.4. Jako formę wsparcia w pokonywaniu stresu wszystkie osoby wskazały, że mają wiedzę o możliwości skorzystania z porady psychologa, jednak nie potrzebują wsparcia w tym zakresie i nigdy z niego nie korzystały;

ad.5. Żadnej z osób składających wyjaśnienia nie były znane sytuacje przedstawione w pytaniu, wszystkie wiedziały o możliwości skorzystania ze wsparcia psychologicznego, żadna z niego nie korzystała;

ad. 6. Wszystkie osoby składające wyjaśnienia uznały, że realizowane przez Szpital formy doskonalenia zawodowego, przeciwdziałania tzw. wypaleniu zawodowemu i wsparcia są wystarczające.

(akta kontroli str. 122-126)

2.9. W dokumentacji medycznej były odnotowywane ustne oświadczenia pacjentek o tym, że zostały poinformowane o możliwości rozmowy z psychologiem. Dokumentacja medyczna nie zawierała adnotacji o informowaniu pacjentek, które doświadczyły niepowodzenia położniczego o możliwości uzyskania dalszej pomocy psychologicznej, miejscach i organizacjach udzielających wsparcia. Położna oddziałowa wyjaśniła, że pacjentki wymagające w ocenie personelu medycznego dalszej pomocy były o takich możliwościach informowane ustnie¹⁹.

(akta kontroli str. 221-225)

Położna oddziałowa wyjaśniła, że ww. pacjentki były informowane ustnie przez personel o możliwości uzyskania pomocy psychologicznej. Informacje o takiej możliwości były umieszczane na tablicach ogłoszeń Oddziału.

(akta kontroli str. 226)

Prezes wyjaśniła, że w Oddziale wykorzystywane są gotowe informatory przygotowane przez organizację zewnętrzną: *Poronienie. Co dalej? Pochówek dziecka utraconego przed urodzeniem*. Informacje te trafiły do wszystkich pacjentek, które poroniły lub urodziły martwe dziecko.

(akta kontroli str. 168, 172)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

W Szpitalu nie określono w sposób formalny wskaźników opieki okołoporodowej oraz częstotliwości ich monitorowania, co stanowiło naruszenie ust. 2 i 3 części I załącznika do rozporządzenia w sprawie standardu z 2018 r.

(akta kontroli str. 229)

Prezes wyjaśniła, że *Szpital jest szpitalem o I stopniu referencyjności, na Oddział Ginekologiczno – Położniczy naszego szpitala do porodu zgłaszają się kobiety w ciąży prawidłowej i niepowikłanej, rodzące w terminie. W Oddziale Noworodkowym sprawujemy opiekę nad zdrowymi, donoszonymi noworodkami, u których nie stwierdza się objawów choroby. Aktualnie określiliśmy poszczególne elementy opieki mające na celu zapewnienie dobrego stanu zdrowia ciężarnej, matki i noworodka z uwzględnieniem zasad bezpieczeństwa zdrowotnego, których monitorowanie pozwoli nam określić wskaźniki opieki okołoporodowej na 2020 rok. Opracowaliśmy już Plan porodu oraz weryfikujemy istniejącą Ankietę badania satysfakcji pacjentki z udzielanych świadczeń zdrowotnych. W 2019 roku Szpital przystąpił do projektu „Wsparcie szpitali we wdrażaniu standardów jakości i bezpieczeństwa opieki” realizowanego przez Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia, w ramach tego projektu dokonaliśmy przeglądu i weryfikacji wszystkich obowiązujących procedur medycznych. Duży zakres prac opóźnił przygotowanie i wdrożenie standardów okołoporodowych. Ustalanie i wprowadzenie wskaźników okołoporodowych jest w trakcie realizacji i po jego zakończeniu zostaną one niezwłocznie wdrożone, z uwzględnieniem zmian w Regulaminie Organizacyjnym Oddziału.*

(akta kontroli str.106-109)

OCENA CZĄSTKOWA

Szpital zabezpieczył możliwość skorzystania z pomocy psychologicznej przez pacjentki, które doświadczyły niepowodzeń położniczych, oraz możliwość uzyskania wsparcia przez pracowników w radzeniu sobie ze stresem, w związku z opieką nad takimi pacjentkami. Zatrudnione na Oddziale położne były objęte szkoleniami z zakresu standardów opieki okołoporodowej, w tym opieki nad ww. pacjentkami.

Pacjentki, które doświadczyły niepowodzeń położniczych były informowane przez personel Oddziału ustnie o możliwości uzyskania pomocy psychologicznej

¹⁹ np. pomoc przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie, Ośrodek Pomocy Społecznej.

oraz o przysługujących prawach wynikających z sytuacji, w której się znalazły oraz o możliwości pochówku utraconego dziecka.

Stwierdzona nieprawidłowość dotyczyła nieustalenia w sposób formalny wskaźników opieki okołoporodowej.

OBSZAR

3. Świadczenia zapewniające pacjentkom stosowną pomoc.

Opis stanu faktycznego

3.1. Poza nieprawidłowościami stwierdzonymi przez Inspekcję Sanitarną, i uznanymi za akceptowalne do chwili uruchomienie nowego skrzydła szpitala. Oddział odpowiadał wymaganiom dotyczącym warunków lokalowych i sprzętu medycznego, określonym w rozporządzeniach w sprawie szczegółowych wymagań dla pomieszczeń i urządzeń w podmiotach leczniczych z 2012 r. i 2019 r.

3.2 i 3.3. W Szpitalu przestrzegane były przepisy dotyczące prowadzenia dokumentacji medycznej. Badanie, którym objęto 60 dokumentacji²⁰ wykazało, że we wszystkich przypadkach zawierała:

- upoważnienie do uzyskiwania informacji o stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych, ze wskazaniem imienia i nazwiska osoby upoważnionej;
- wyrażenie zgody na przeprowadzenie badania lub udzielenie innego świadczenia zdrowotnego.

Do historii choroby były dołączane:

- 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;
- w przypadku pacjentek, u których dokonywano zabiegu abrazyj/cięcia cesarskiego²¹ - karty przebiegu znieczulenia.

Badana dokumentacja pozwalała na jednoznaczne stwierdzenie, jakich świadczeń i w jakim zakresie udzielono pacjentkom w przypadkach poronień i martwych urodzeń.

(akta kontroli str. 221-226)

3.4 i 3.5. Wsparcie i poradnictwo psychologiczne dla pacjentów Szpitala było przedmiotem umowy zlecenia z dnia 25.06.2014 r. z psycholog mgr B.K.

(akta kontroli str. 114-119)

Prezes wyjaśniła, że w Szpitalu zatrudniony jest psycholog, dostępny we wszystkich jednostkach organizacyjnych. Psycholog dostępny jest na wezwanie telefoniczne we wszystkie dni tygodnia i święta. Psycholog telefonicznie informowany jest o konieczności konsultacji w oddziale i ustala termin wizyty, która odbywa się w ciągu doby.

(akta kontroli str. 168, 172)

W przypadku niemożliwości świadczenia usług wynikających z ww. umowy psycholog zobowiązana była do wskazania osoby o niemniejszych kwalifikacjach, która ją zastąpi.

²⁰ w tym 55 dokumentacji pacjentek, które poroniły i 5 dokumentacji pacjentek, które w okresie badanym urodziły martwe dzieci.

²¹ Trzy zabiegi cesarskiego cięcia (dzieci martwo urodzone) i 38 zabiegów abrazyj.

(akta kontroli str. 114-119)

Badanie szczegółowe ww. 60 dokumentacji medycznych wykazało, że w każdej z nich zawarta była wzmianka o oferowaniu możliwości skorzystania z pomocy psychologicznej. W badanej próbie nie wystąpił przypadek, w którym pacjentka chciała skorzystać z tej pomocy.

(akta kontroli str. 212-226)

3.6. W Szpitalu nie obowiązywały formalne regulacje zapewnienia pacjentkom, które poroniły, urodziły martwe dziecko lub którym dziecko zmarło zaraz po porodzie możliwości pobytu w sali, w której nie przebywają kobiety w okresie ciąży lub połogu, które urodziły zdrowe dziecko.

Prezes Zarządu wyjaśniła, że w *Oddziale wyodrębniono sale dla pacjentek w sytuacjach niepowodzeń położniczych i określono zasady kierowania pacjentek do wydzielonych sal. Pacjentki po poronieniach i ciążach obumarłych kierowane są do sali nr 106, a pacjentki, które urodziły martwe dziecko kierowane są do sali nr 108 w części ginekologicznej oddziału.*

(akta kontroli str. 167-171)

Badanie szczegółowe 76 pacjentek przebywających na Oddziale w grudniu 2019 r. wykazało, że nie wystąpiły przypadki umieszczania pacjentek, które poroniły, urodziły martwe dziecko lub dziecko, które zmarło zaraz po porodzie z pacjentkami, które urodziły żywe dziecko lub oczekiwały dziecka.

(akta kontroli str. 418-420)

3.7. Szpital nie posiadał odrębnego pomieszczenia do pożegnań ze zmarłym dzieckiem.

(akta kontroli str. 168-172)

Położna oddziałowa wyjaśniła, że są to przypadki tak sporadyczne, iż sposób pożegnania dziecka jest indywidualnie uzgadniany z pacjentką i jej rodziną. Szpital nawiązał współpracę z grupą wolontariuszek Tęczowy kocyk, które przygotowują i dostarczają pamiątki po utraconym dziecku.

(akta kontroli str. 227-228)

3.8. W okresie badanym w Szpitalu obowiązywały następujące procedury postępowania w przypadku zgonu i postępowania ze szczątkami ludzkimi:

- a) „Postępowanie w przypadku zgonu pacjenta” z 17 listopada 2015 r.,
- b) „Algorytm postępowania z dzieckiem martwo urodzonym” z 17 listopada 2015 r.,
- c) „Postępowanie ze szczątkami ludzkimi” z 17 listopada 2015 r.

Procedury te określały, że płody martwo urodzone są oznakowywane zgodnie z zasadami obowiązującymi na Sali Porodowej i Oddziale, pakowane do opisanych pojemników (oddział, data poronienia/porodu, opis zawartości, imię i nazwisko matki, ew. płeć, jeśli znana) i transportowane zgodnie z decyzją lekarza na badanie patomorfologiczne lub owijane w gazę i worek przeznaczony do transportu zwłok. Zwłoki tak przygotowane należało przetransportować na 2 godziny do pomieszczenia promorte. Po powiadomieniu Przedsiębiorstwa Usług Komunalnych w Gryfinie²² i jego przybyciu należało wypełnić kartę przekazania zwłok do chłodni i przekazać zwłoki pracownikowi PUK i odnotować ten fakt w zeszycie „odbior zwłok”. Lekarz dyżurny ginekolog wypełniał kartę sekcijną i ustalał termin sekcji, informował o tym PUK i wystawiał zlecenie na przewóz zwłok. Wypełniał on również skierowanie na badanie histopatologiczne materiału. Matce dziecka należało wydać kartę martwego urodzenia do rejestracji zgonu. Obowiązkiem firmy wykonującej sekcję i badanie histopatologiczne było poinformowanie matki o dacie sekcji i dacie odbioru zwłok. W Szpitalu nie ustalono zasad postępowania w przypadku zrzeczenia się matki prawa do pochówku. W badanym okresie we wszystkich trzech przypadkach martwych urodzeń organizacją pochówku zajmowały się matki.

²² Dalej PUK.

(dowód: akta kontroli str. 230-235)

Szpital nie posiadał chłodni przystosowanej do przechowywania zwłok, na podstawie porozumienia zawartego w 2014 r., zwłoki były przenoszone do chłodni PUK.

(akta kontroli str. 229, 236-240)

Badania diagnostyczne²³ były wykonywane przez Zakład Patomorfologii Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego Nr 1 w Szczecinie na podstawie umowy na wykonywanie usług diagnostycznych z dnia 7 października 2013 r. zawartej pomiędzy Szpitalem (zamawiający) a Pomorskim Uniwersytetem Medycznym w Szczecinie (wykonawca). Z dniem 01.07.2015 r. została zawarta umowa cesji, mocą której dotychczasowy wykonawca badań diagnostycznych Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie przejął wszelkie prawa i obowiązki z umowy z 7.10.2013 r. na Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 1 PUM w Szczecinie²⁴.

W umowie cesji wskazano, że wykonawca zobowiązuje się do pochówku wszelkich szczątków ludzkich, które zostaną mu przekazane w materiale do badania według procedur obowiązujących w Zakładzie.

(akta kontroli str. 241-247, 429-430)

Organizacją pochówku zwłok, w przypadku zrzeczenia się rodziców z tego prawa, w imieniu Miasta i Gminy Gryfino zajmował się Ośrodek Pomocy Społecznej w Gryfinie²⁵. Zasady postępowania w tej sprawie nie były uregulowane prawem lokalnym. Zastępca Burmistrza Miasta i Gminy Gryfino, Piotr Nikityński, poinformował, że w przypadkach konieczności dokonania pochówku przez gminę, OPS otrzymuje odpowiednie zlecenie. Poinformował on również, że gmina Gryfino przystąpiła do realizacji zadania polegającego na wykonaniu miejsca zbiorowego pochówku. Wyznaczone zostało miejsce na gryfińskim cmentarzu. Po wykonaniu zbiorowej mogiły, w drodze uchwały zostaną określone zasady pochówku. Kwestia organizacji pochówku ciał dzieci martwo urodzonych nie była omawiana z organizacjami pozarządowymi działającymi w tym obszarze. Burmistrz poinformował również, że w badanym okresie Szpital nie przekazywał ciał / szczątków dzieci martwo urodzonych do pochówku.

(akta kontroli str. 127-129)

Badanie 20 dokumentacji medycznych pacjentek, które doznały poronienia wybranych z lat 2017-2019 wykazało, że we wszystkich przypadkach dokumentacja zawierała oświadczenia pacjentek dotyczące uzyskania informacji o prawie pochowania szczątków. W żadnym z tych przypadków pacjentki nie wyraziły woli skorzystania z tego prawa. W każdym z tych przypadków do badania diagnostycznego Szpital przesyłał całość materiału poporonnego. W dokumentacji medycznej odnotowywano numer skierowania na badanie oraz kopię wyniku.

(akta kontroli str. 221-226)

Prezes wyjaśniła, że w ramach przygotowania do otwarcia nowego skrzydła szpitala w jego akredytacji opracowywane są również nowe procedury postępowania

²³ cytologiczne, histopatologiczne immunohistochemiczne, cytometryczne, śródoperacyjne, autopsyjne

²⁴ Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 1 PUM w Szczecinie (dalej SPSK Nr 1) 12.09.2017 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 oraz że porozumieniem objęte są również szczątki dzieci martwo urodzonych, bez względu na czas trwania ciąży, jeśli SPSK Nr 1 zobowiązał się umownie do ich pochówku. 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.

²⁵ Dalej OPS.

w przypadku urodzenia martwego dziecka bez względu na czas trwania ciąży. Dotychczasowa współpraca w tym zakresie z PUM układa się bardzo dobrze. Media regionalne informują o terminie sprawiania pochówku, co pozwala osobom zainteresowanym na udział w uroczystości.

(akta kontroli str. 431)

W badanym okresie do Szpitala ani do Zachodniopomorskiego Oddziału Narodowego Funduszu Zdrowia nie wpłynęły skargi dotyczące świadczeń udzielanych pacjentkom, które poroniły, urodziły martwe dziecko lub którym dziecko zmarło wkrótce po porodzie.

(akta kontroli str. 130-160)

3.10. 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 sześć ankiet. Na pytanie w sprawie:

- podejmowania decyzji dotyczących diagnostyki i leczenia – dwie pacjentki odpowiedziały, że podpisały ogólną zgodę na wszystkie zabiegi, a cztery pacjentki – że każdorazowo były pytane o zgodę na przeprowadzenie jakiegoś zabiegu;
- możliwości skorzystania z pomocy psychologa – jedna pacjentka potwierdziła, że miała taką możliwość z inicjatywy szpitala, a pięć – że nie miały takiej możliwości, jedna pacjentka podała w uwagach, że w jej przypadku psycholog nie był potrzebny;
- traktowania przez personel medyczny – cztery pacjentki poinformowało o życzliwym traktowaniu, ze zrozumieniem sytuacji, dwie pacjentki odpowiedziały, że nie były życzliwie traktowane, nie podając żadnych dodatkowych informacji w uwagach, jedna pacjentka podała w uwagach, że wróciła po roku urodzić dziecko i nie wyobraża sobie porodu w innym szpitalu;
- możliwości pożegnania zmarłego dziecka – w sześciu przypadkach pacjentki odpowiedziały, że nie wyrażały takiej woli;
- opieki w Szpitalu – trzy pacjentki oceniły bardzo dobrze, jedna – dobrze, jedna – wystarczająco i jedna niewystarczająco bez podania jakichkolwiek uwag.

(akta kontroli str. 161-166)

IV. Uwagi i wnioski

W związku ze stwierdzoną nieprawidłowością, Najwyższa Izba Kontroli, na podstawie art. 53 ust. 1 pkt 5 ustawy o NIK, przedstawia wniosek o określenie i monitorowanie wskaźników opieki okołoporodowej.

NIK nie formułuje uwag.

V. Pozostałe informacje i pouczenia

Wystąpienie pokontrolne zostało sporządzone w dwóch egzemplarzach; jeden dla kierownika jednostki kontrolowanej, drugi do akt kontroli.

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.

Prawo zgłoszenia
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 21 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, 13 maja 2020 r.

Kontroler
Agata Prochotta Milek
Specjalista kontroli państwowej

.....
podpis

Najwyższa Izba Kontroli
Delegatura w Szczecinie
Dyrektor

.....
podpis