



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI
Delegatura w Szczecinie

LSZ. 410.003.04.2020

**Krzysztof Kowalczyk
Samodzielny Publiczny
Wielospecjalistyczny Zakład
Opieki Zdrowotnej w Stargardzie
ul. Wojska Polskiego 27
73-110 Stargard**

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

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

I. Dane identyfikacyjne

Jednostka kontrolowana	Samodzielny Publiczny Wielospecjalistyczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Stargardzie, ul. Wojska Polskiego 27, 73-110 Stargard ¹ .
Kierownik jednostki kontrolowanej	Krzysztof Kowalczyk, Dyrektor SPWZOZ od 15 stycznia 2018 r., W okresie objętym kontrolą funkcję kierownika jednostki poprzednio pełnili: Paweł Waldemar Bakun, Dyrektor SPWZOZ od 11 lipca 2016 r. do 31 grudnia 2017 r.; Beata Skobel, Zastępca Dyrektora ds. lecznictwa od 1 do 14 stycznia 2018 r.
Zakres przedmiotowy kontroli	1. Zgodność z przepisami prawa organizowania udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w sytuacji 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 r. (do dnia zakończenia kontroli w jednostce) 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	1. Małgorzata Wejwer, specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LSZ/21/2020 z 15 stycznia 2020 r. 2. Karol Kośnik, specjalista kontroli państwowej, upoważnienia do kontroli nr LSZ/32/2020 z 20 stycznia 2020 r. i LSZ/52/2020 z 24 lutego 2020 r. (akta kontroli str. 1-10, 86-87)

¹ Dalej: Szpital lub SPWZOZ.

² Należy rozumieć sytuacje, w których dziecko zmarło w szpitalu 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

Uzasadnienie oceny ogólnej

Szpital był przygotowany do udzielania pacjentkom z niepowodzeniami położniczymi⁵ świadczeń zdrowotnych z zakresu położnictwa i ginekologii zgodnie z wymogami określonymi dla pierwszego poziomu referencyjnego.

W Oddziale zapewniono odpowiednią liczbę personelu medycznego, zarówno lekarzy jak i położnych, posiadających wymagane kwalifikacje i odpowiednie przygotowanie oraz stałą obecność lekarza specjalisty w dziedzinie anestezjologii⁶.

Oddział był wyposażony w wymaganą aparaturę i sprzęt medyczny, które były sprawne technicznie oraz na dzień rozpoczęcia kontroli posiadały aktualne przeglądy stanu technicznego. Przeglądy instalacji i urządzeń wentylacji mechanicznej i klimatyzacji były dokonywane rzadziej, niż co 12 miesięcy.

Szpital opracował procedury związane z opieką nad pacjentkami doświadczającymi poronień i martwych urodzeń oraz prowadził badania ankietowe pacjentek w celu uzyskania informacji odnośnie sposobu zapewnienia im jak najlepszej opieki. W Szpitalu nie określono i nie monitorowano wskaźników opieki okołoporodowej. Szpital zapewnił pacjentkom doświadczającym niepowodzeń położniczych i personelowi medycznemu opiekę psychologiczną tylko w dni robocze⁷.

Warunki organizacyjno-techniczne w pomieszczeniach Oddziału Ginekologiczno-Położniczego⁸: izby przyjęć, sali porodowej, a także w pokojach badań zapewniały pacjentkom intymność. Warunki organizacyjne w salach chorych były prawidłowe i zgodne z wymaganiami określonymi w przepisach.

Dokumentacja medyczna 60 pacjentek hospitalizowanych w Oddziale w badanym okresie, była prowadzona rzetelnie i wynikało z niej jakie świadczenia zdrowotne zostały udzielone. Ponadto, 22 pacjentkom hospitalizowanym w Oddziale w listopadzie i grudniu 2019 r. zapewniono możliwość pobytu w sali, w której nie przebywały kobiety w ciąży, położu lub które urodziły zdrowe dziecko.

Pacjentki były informowane o możliwości uzyskania dalszej pomocy psychologicznej, miejscach i organizacjach udzielających wsparcia, przysługujących prawach wynikających z sytuacji, w których się znalazły i możliwości pochówku utraconego dziecka. Szpital nawiązał współpracę z organizacją przygotowującą pamiątki po utraconym dziecku.

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

⁵ Przedmiotem kontroli były niepowodzenia położnicze polegające na poronieniu i urodzeniu dziecka martwego. Po wejściu w życie (1 stycznia 2019 r.) rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej (Dz. U. poz. 1756), pojęcie niepowodzeń położniczych zostało zastąpione pojęciem sytuacji szczególnych.

⁶ Zgodnie z wymaganiami dla pierwszego poziomu referencyjnego.

⁷ W szpitalu o pierwszym poziomie referencyjności nie było obowiązku zatrudnienia w Oddziale psychologa.

⁸ Dalej: Oddział.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego oraz oceny cząstkowe⁹ 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 okresie objętym badaniem Szpital działał m.in. na podstawie statutu¹⁰, regulaminu organizacyjnego¹¹ oraz procedur wewnętrznych¹². W skład SPWZOZ wchodził m.in. Oddział, którego organizację i zadania ujęto w regulaminie organizacyjnym Szpitala.

(akta kontroli str. 31-78, 113-126, 254-267, 349-364)

Pacjentkom, które poroniły, urodziły martwe dziecko, lub którym dziecko zmarło krótko po porodzie, pomocy na Oddziale udzielał Zespół Terapeutyczny, składający się z lekarzy i położnych. Hospitalizacja tych pacjentek odbywała się na odcinku ginekologicznym Oddziału. W przypadku konieczności udzielenia świadczeń zdrowotnych, nieprzewidzianych w Szpitalu, pacjentki przekazywano do szpitala wyższej referencji¹³. W okresie objętym badaniem pracę położnych, zatrudnionych w Oddziale, nadzorowała Położna Oddziałowa, a za pracę całego Oddziału odpowiadał Kierownik.

(akta kontroli str. 15)

1.2. W latach 2017-2019 na ogółem 2 305 noworodków¹⁴, 2 297 było żywo urodzonych¹⁵ (99,7% wszystkich), siedem martwo urodzonych (0,3%), a jeden zmarł przed upływem szóstej doby życia¹⁶ (0,04%). W 388 przypadkach (16,8%) miały miejsce poronienia¹⁷. Nie wystąpiły przypadki powikłań po przebytych poronieniach z uszkodzeniem narządów płciowych.

W tym samym przedziale czasu spośród 395 wszystkich przypadków niepowodzeń położniczych¹⁸, ich przyczyną były w: 287 przypadkach zdarzenia samoistne¹⁹ (72,6% wszystkich), 103 przypadkach - obumarcia wewnątrzmaciczne²⁰ (26,1%), i 5 przypadkach - wady płodu lub zaburzenia genetyczne²¹ (1,3%).

(akta kontroli str. 11-14)

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.

¹⁰ Uchwały Rady Powiatu Stargardzkiego Nr: XIX/233/16 z dnia 7 września 2016 r. (Dz. Woj. Zachodniopomorskiego z 2016 r. poz.) oraz II/38/18 z dnia 19 grudnia 2018 r. (nieopublikowany w Dz. Woj. Zachodniopomorskiego).

¹¹ Zarządzenia Dyrektora SPWZOZ w Stargardzie w sprawie zmiany regulaminu organizacyjnego: nr 69/2016 z dnia 31.10.2016 r., nr 21/17 z dnia 4 kwietnia 2017 r., nr 60 z dnia 7 sierpnia 2017 r., nr 65/18 z dnia 2 lipca 2018 r., nr 89/2018 z dnia 13 września 2018 r., nr 9/2019 z dnia 15 lutego 2019 r., nr 48/2019 z dnia 3 września 2019 r., nr 74/2019 z dnia 5 grudnia 2019 r., nr 8/2020 z dnia 22 stycznia 2020 r.

¹² Opisanych w pkt 2.2. niniejszego wystąpienia pokontrolnego.

¹³ Samodzielny Publiczny Specjalistyczny Zakład Opieki Zdrowotnej „ZDROJE” w Szczecinie przy ul. Mącznej 4, Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 1 Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Policach przy ul. Siedleckiej 2.

¹⁴ W tym: 909 w 2017 r., 747 w 2018 r. i 649 w 2019 r.

¹⁵ W tym: 906 w 2017 r. (99,7% wszystkich z 2017 r.), 745 w 2018 r. (99,7%) i 646 w 2019 r. (99,5%).

¹⁶ W 2019 r. (0,2% wszystkich z 2019 r.).

¹⁷ W tym 141 w 2017 r. (15,5% wszystkich z 2017 r.), 133 w 2018 r. (17,8%) i 114 w 2019 r. (17,6%).

¹⁸ 144 w 2017 r., 135 w 2018 r. i 116 w 2019 r.

¹⁹ 97 przypadków w 2017 r. (67,4% w tym roku), 102 w 2018 r. (75,6%) i 88 w 2019 r. (75,8%).

²⁰ 46 przypadków w 2017 r. (31,9% w tym roku), 30 w 2018 r. (22,2%) i 27 w 2019 r. (23,3%).

²¹ Po 1 przypadku w 2017 r. (0,7% w tym roku) i 2019 r. (0,9%) oraz 3 w 2018 r. (2,2%).

1.3. W badanym okresie w Szpitalu obowiązywały minimalne normy zatrudnienia pielęgniarek i położnych²², o których mowa w art. 50 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej²³. W Oddziale norma ta wynosiła w etatach przeliczeniowych²⁴ od 1 stycznia 2017 r. do 6 czerwca 2017 r. - 33, od 7 czerwca 2017 r. - 30.

(akta kontroli str. 88-89, 340, 345-346)

Personel medyczny zatrudniony w Oddziale spełniał warunki co do liczby, wykształcenia i kwalifikacji, określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego²⁵ dla pierwszego poziomu referencyjnego, tj. dwóch lekarzy we wszystkie dni tygodnia oraz stała obecność lekarza specjalisty w dziedzinie położnictwa i ginekologii w miejscu udzielania świadczeń, a także odpowiednią liczbą położnych, w tym położnych ze specjalizacją w dziedzinie pielęgniarstwa położniczego, ginekologicznego, rodzinnego. W Oddziale zatrudnionych było:

- w 2017 r. – 36 położnych, 12 lekarzy;
- w 2018 r. – 35 położnych, 11 lekarzy;
- w 2019 r. – 32 położne, 11 lekarzy.

W badanym okresie na umowę o pracę lub kontrakt było zatrudnionych 14 lekarzy specjalistów z zakresu położnictwa i ginekologii, w tym sześciu lekarzy z drugim stopniem specjalizacji w zakresie położnictwa i ginekologii, 12 z pierwszym stopniem specjalizacji oraz dwóch lekarzy rezydentów bez specjalizacji. Liczba wszystkich zatrudnionych położnych wynosiła 39, z czego 17 posiadało wykształcenie wyższe ze specjalizacją z zakresu pielęgniarstwa położniczego, ginekologicznego i rodzinnego.

(akta kontroli str. 79-82, 95-100)

Szczegółowemu badaniu poddano czas pracy personelu medycznego w lipcu i październiku w latach 2017-2019²⁶:

- w ramach umowy o pracę zatrudniano: w lipcu 2017 r. jednego lekarza i 32 położne, w październiku 2017 r. jednego lekarza i 31 położnych, w lipcu 2018 r. dwóch lekarzy i 29 położnych, w październiku 2018 r. dwóch lekarzy i 31 położnych, w lipcu 2019 r. dwóch lekarzy i 27 położnych, w październiku 2019 r. dziewięciu lekarzy i 24 położne,
- w ramach umów cywilnoprawnych: w lipcu 2017 r. 10 lekarzy i trzy położne, w październiku 2017 r. 10 lekarzy i trzy położne, w lipcu 2018 r. dziewięciu lekarzy i trzy położne, w październiku 2018 r. dziewięciu lekarzy i trzy położne, w lipcu 2019 r. dziewięciu lekarzy i trzy położne, w październiku 2019 r. ośmiu lekarzy i pięć położnych.

W latach 2017-2019 okres rozliczeniowy czasu pracy lekarzy i położnych wynosił trzy miesiące. W ww. sześciu miesiącach nie przekroczone normy czasu pracy lekarzy określonych w art. 93-97 ustawy o działalności leczniczej i nie wystąpiły przypadki świadczenia pracy przez lekarzy nieprzerwanie przez ponad 24 godziny.

²² Zarządzenia Dyrektora SPWZOZ nr: 16/14 z 28 marca 2014 r. i 38/17 z 7 czerwca 2017 r.

²³ Dz. U. z 2020 r. poz. 295, ze zm. .

²⁴ Etat przeliczeniowy to sformułowanie określające wymiar czasu pracy osób zatrudnionych na podstawie umów o pracę i wynosi on 160 h miesięcznie. W przypadku umów cywilno-prawnych etat przeliczeniowy wyliczany jest na podstawie ilości faktycznie wypracowanych godzin. I tak np. 80 h w miesiącu to jest 0,5 etatu przeliczeniowego.

²⁵ Dz. U. z 2017 r. poz. 2295, ze zm.; dalej: rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego.

²⁶ Badaniem objęto łącznie sześć miesięcy; 79 osób realizujących świadczenia gwarantowane z zakresu leczenia szpitalnego w Oddziale i zatrudnionych w Szpitalu na stanowiskach: lekarzy, pielęgniarek, położnych i psychologów.

Personel medyczny wykonujący usługi medyczne w Oddziale w okresie objętym kontrolą został ujęty w wykazie personelu, stanowiącym załącznik nr 2 do umów²⁷ z Zachodniopomorskim Oddziałem Wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia w Szczecinie²⁸.

(akta kontroli str. 90, 102-104, 110)

Zgodnie z załącznikiem nr 3 do rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego, w Szpitalu zapewniono stałą obecność lekarzy specjalistów w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii. W Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii w dni powszednie od godziny 7.00 do 15.00 zatrudniano pięciu lekarzy, natomiast w dni powszednie od 15.00 do 7.00 oraz w dni wolne od pracy od 7.00 do 7.00 co najmniej dwóch lekarzy. Istniała możliwość wezwania dodatkowego anestezjologa do pomocy w Oddziale na bloku operacyjnym, w salach zabiegowych i sali cięć cesarskich w zakresie znieczulenia do zabiegów planowych i pilnych oraz w sytuacjach zagrożenia życia.²⁹

(akta kontroli str. 92-94)

1.4. Zachodniopomorski Państwowy Wojewódzki Inspektor Sanitarny w Szczecinie³⁰ dwukrotnie kontrolował Oddział. Podczas kontroli 31 marca 2017 r. nie stwierdził nieprawidłowości w zakresie warunków sanitarno-higienicznych. Natomiast w protokole kontroli z 30 listopada 2018 r. zalecił m.in. niezwłoczne oddzielenie pomieszczeń dla pacjentek ginekologicznych od reszty Oddziału, wydzielenie osobnego pomieszczenia myjni inkubatorów oraz usunięcie zbędnego sprzętu z sali obserwacji noworodków. Decyzją ZPWIS z 21 grudnia 2018 r. nakazano usunięcie nieprawidłowości dotyczących ubytków emalii i farby na łóżku porodowym, zlewie w brudowniku i na kratce rewizyjnej przy brodziku w szatni dla porodów rodzinnych oraz uszkodzeń tapicerki na fotelu ginekologicznym i dostawce do łóżka porodowego. W trakcie kontroli sprawdzającej 19 lutego 2019 r. ZPWIS potwierdził usunięcie stwierdzonych wcześniej nieprawidłowości.

Na podstawie analizy próbek wody pobranych 28 czerwca 2017 r. Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny w Stargardzie³¹ stwierdził przekroczenie dopuszczalnej wartości³² bakterii Legionella sp. m.in. w natryskach³³ na terenie Oddziału. Szpital wykonał dezynfekcję, zaleconą przez PPIS³⁴, a Wojewódzka Stacja Sanitarno - Epidemiologiczna w Szczecinie przebadła próbki wody i potwierdziła brak bakterii Legionella sp.³⁵

(akta kontroli str. 16-20)

²⁷ Umowy wraz z aneksami: nr 16-00-00725-17-02/03-01-11-10 z 16.12.2016 r. na leczenie szpitalne obowiązująca od 1.01.2017 r. do 30.09.2017 r.; nr 16-00-00725-17-10/03-08-17-011 z 28.09.2017 r. na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w systemie podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej obowiązująca od 1.10.2017 r. do 31.12.2017r.; nr 16-00-00725-18-04/03-08-17-011 z 18.12.2017r. na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w systemie podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej obowiązująca od 1.01.2018 r. do 31.12.2018 r.; nr 16-00-00725-19-06/03-08-17-011 z 18.12.2018 r. na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w systemie podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej obowiązująca od 1.01.2019 r. do 31.12.2019 r.; nr 16-00-00725-19-10/11-05-19-01 z 2.10.2019 r. na świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie (koordynowana opieka nad kobietą w ciąży - KOC I) obowiązująca od 1.10.2019 r. do 31.12.2019 r.

²⁸ Dalej: ZOW NFZ.

²⁹ Takich jak: niewydolność oddechowa, niewydolność krążeniowa, zatrzymanie krążenia.

³⁰ Dalej: ZPWIS.

³¹ Dalej: PPIS.

³² Dopuszczalna wartość: <100 jtk/100 ml, określona w załączniku nr 1 tabela E rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 13 listopada 2015 r. w sprawie jakości wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi (Dz. U. z 2015 r. poz. 1989).

³³ Stwierdzona wartość: 510 jtk/100 ml.

³⁴ W piśmie z 12 lipca 2017 r.

³⁵ Na podstawie badania próbek wody pobranych 16 sierpnia 2017 r.

Decyzją z 27 marca 2018 r. PPIS nakazał m.in. w natrysku łazienki³⁶ Izby Przyjęć Ginekologiczno-Położniczej, ustalić przyczynę skażenia, zredukować liczbę bakterii Legionella sp. w instalacji ciepłej wody oraz doprowadzić jakość ciepłej wody³⁷ do wielkości określonych w załączniku nr 5 część A rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 7 grudnia 2017 r. w sprawie jakości wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi³⁸. Pismem z 30 kwietnia 2018 r. PPIS potwierdził wykonanie obowiązków nałożonych w decyzji.

Pismem z 11 kwietnia 2018 r. PPIS zalecił SPWZOZ opracowanie i wdrożenie procedury dotyczącej postępowania w celu zapobieganiu namnażania się bakterii Legionella³⁹ w instalacjach wodociągowych i urządzeniach wytwarzających aerozol wodno-powietrzny. W uzasadnieniu PPIS stwierdził, że „(...) w ostatnich latach skażenie bakteriami Legionella wewnętrznej instalacji ciepłej wody użytkowej (...) zostało stwierdzone kilkakrotnie (...) Ocena zagrożenia powinna być okresowo weryfikowana na podstawie analizy czynników technicznych zagrożenia, wyników badań mikrobiologicznych i fizykochemicznych wody (...) oraz pomiarów temperatury wody. (...)” Szpital opracował procedury dotyczące postępowania w celu zapobiegania namnażania się bakterii Legionella⁴⁰, a w listopadzie 2019 r. przekazał PPIS harmonogram pobierania próbek wody w 2020 r.

(akta kontroli str. 16-20, 36-43)

W latach 2017-2020 wyposażenie w aparaturę i sprzęt medyczny Oddziału spełniało wymagania określone w załączniku nr 3 do rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego oraz w załączniku nr 2 do obowiązujących umów zawartych z ZOW NFZ. Szpital był wyposażony w kolposkop, 10 aparatów KTG i 10 kardiomonitorków⁴¹.

(akta kontroli str. 83-85, 91)

Według stanu na 18 lutego 2020 r. wszystkie 21 aparatów medycznych Oddziału posiadało aktualne przeglądy techniczne.

W badanym okresie przeglądy agregatu chłodniczego klimatyzacji oraz wymianę filtrów centrali wentylacyjnej klimatyzacji i wentylacji mechanicznej dokonywano w terminach określonych przez producenta (odpowiednio 12- i 6-miesięcznych).

Przeglądy techniczne kolposkopu, pięciu aparatów KTG i pięciu kardiomonitorków wykonano z opóźnieniem w stosunku do terminów wyznaczonych we wpisach w paszportach aparatów:

- kolposkopu - 565 dni (wykonano 16 września 2019 r. zamiast 28 lutego 2018 r.),
- aparatu KTG - 731 dni (wykonano 20 września 2019 r. zamiast 19 września 2017 r.),
- aparatu KTG BT-350 - 362 dni (wykonano 20 września 2019 r. zamiast 23 września 2018 r.),

³⁶ Stwierdzona wielkość: 5,5X102 jtk/100 ml, a dopuszczalna <100 jtk/100 ml.

³⁷ Odpowiednio do: 29 marca, 4 i 11 kwietnia 2018 r.

³⁸ Dz. U. poz. 2294.

³⁹ W związku z obowiązkiem ograniczenia zagrożenia bakteriami Legionella, wynikającym z art. 22 ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu i zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. z 2018 r. poz. 151), rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 2 kwietnia 2015 r. w sprawie szkodliwych czynników biologicznych dla zdrowia w środowisku pracy oraz ochrony zdrowia pracowników zawodowo narażonych na te czynniki (Dz. U. z 2005 r. Nr 81, poz. 716 ze zm.), rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 7 grudnia 2017 r. w sprawie jakości wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi (Dz. U. poz. 2294).

⁴⁰ 1 sierpnia 2019 r.

⁴¹ Kolposkop MI 240K Ekonomik, aparat KTG, aparat KTG BT-350, trzy aparaty KTG z dodatkowym wyposażeniem, pięć aparatów KTG BT-350 LED, kardiomonitory: BIAZET 8031, NEOSCOPE 8035, DASH 4000, stacjonarny PM 6000, INFINITY VISTA XL, COMPACT 9, EFFICIA oraz trzy kardiomonitory COMEN STAR 8000.

- aparatu KTG BT-350 LED - 669 dni (wykonano 20 września 2019 r. zamiast 20 listopada 2017 r.),
- dwóch aparatów KTG BT-350 LED - 659 dni (wykonano 20 września 2019 r. zamiast 30 listopada 2017 r.),
- kardiomonitora BIAZET 8031 - 478 dni (wykonano 20 września 2019 r. zamiast 30 maja 2018 r.),
- kardiomonitora NEOSCOPE 8035 - 368 dni (wykonano 3 grudnia 2018 r. zamiast 30 listopada 2017 r.),
- kardiomonitora stacjonarnego PM 6000 - 659 dni (wykonano 20 września 2019 r. zamiast 30 listopada 2017 r.),
- kardiomonitora INFINITY VISTA XL - 93 dni (wykonano 3 kwietnia 2019 r. zamiast 31 grudnia 2018 r.),
- kardiomonitora COMEN STAR 8000 - 263 dni (wykonano 20 września 2019 r. zamiast 31 grudnia 2018 r.).

(akta kontroli str. 83-85)

Dyrektor Szpitala wyjaśnił: (...) *Na wstępie pragnę oświadczyć, że aktualny Dyrektor zakładu został powołany na stanowisko z dniem 15.01.2018 roku. Identyfikacja wszystkich problemów związanych z prowadzeniem działalności przez obecną dyrekcję wymagała upływu określonego czasu. Kolejnym krokiem po dokonaniu przedmiotowej identyfikacji było ustalenie priorytetów ich likwidacji. Nie są nam znane przyczyny braku realizacji przeglądów serwisowych sprzętu i aparatury medycznej przed 2017 rokiem. (...) Przyczyną braku przeglądów technicznych wymienionych urządzeń, zgodnie z wymaganym interwałem czasowym, było m.in. czasowe ich wyłączenie z użytkowania, które wynikało z dostępności ich odpowiedników z aktualnymi przeglądami technicznymi będących w zasobach Oddziału lub innych oddziałach szpitalnych.*

(akta kontroli str. 107-109)

1.5. W latach 2017–2020 (do 3 lutego) Oddział był kontrolowany przez niżej wymienione instytucje.

W okresie 15–30 maja 2018 r. ZOW NFZ przeprowadził kontrolę doraźną w zakresie prawidłowości realizacji i rozliczeń świadczeń⁴² w ramach umowy⁴³ z 28 września 2017 r. o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w systemie podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie położnictwo i ginekologia. W wystąpieniu pokontrolnym z 12 czerwca 2018 r. ZOW NFZ zalecił: sprawozdanie w raporcie statystycznym danych zgodnie z zarządzeniem nr 89/2013/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 18 grudnia 2013 r. oraz pisemne opracowanie standardu medycznego w łagodzeniu bólu porodowego wymaganego rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie standardów postępowania medycznego w łagodzeniu bólu porodowego⁴⁴. Zalecenia pokontrolne zostały wykonane, o czym Dyrektor Szpitala powiadomił ZOW NFZ pismem z 26 czerwca 2018 r.

W dniu 22 marca 2019 r. konsultant wojewódzki w dziedzinie położnictwa i ginekologii przeprowadził kontrolę Oddziału w zakresie realizacji standardów opieki okołoporodowej określonych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej⁴⁵. Konsultant wojewódzki stwierdził niezgodności: brak monitorowania skali bólu podczas porodu, niestosowanie akupunktury w łagodzeniu bólu porodowego metodami

⁴² W okresie od 1 stycznia do 31 grudnia 2016 r.

⁴³ Nr 16-00-00725-16-04/03-01-11-10.

⁴⁴ Dz. U. poz. 1997.

⁴⁵ Dz. U. poz. 1756. Dalej: rozporządzenie w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej.

niefarmakologicznymi, niewykonywanie analgezji w czasie porodu oraz enemy za zgodą pacjentki.

(akta kontroli str. 16-17, 31-35)

Kierownik Oddziału wyjaśnił: *Monitorowanie skali bólu porodowego rozpoczyna się od momentu przyjęcia pacjentki na Oddział i jest prowadzone do zakończenia porodu. Położna prowadzi kartę obserwacji porodu, w której dane na ten temat powinny być odnotowywane. (...) Enemę wykonuje się wtedy, gdy położna uzna, że istnieje taka konieczność, zależy to od jej oceny sytuacji. Zabiegi takie wykonuje się zawsze za zgodą pacjentki, ale nie na wniosek pacjentek. (...) Niestosowanie akupunktury w łagodzeniu bólu porodowego metodami niefarmakologicznymi jest wynikiem braku środków finansowych, które można byłoby przeznaczyć na zakup odpowiedniego sprzętu i zatrudnienie specjalistów. Nie występowałem do Dyrektora Szpitala o takie środki, ponieważ brakuje pieniędzy na pilniejsze potrzeby. Niewykonywanie analgezji w czasie porodu również wiąże się z brakiem wystarczających środków finansowych na zatrudnienie lekarzy anestezjologów. (...)*

(akta kontroli str. 29)

Nakaz stosowania akupunktury w łagodzeniu bólu porodowego metodami niefarmakologicznymi oraz wykonywania analgezji w czasie porodu, wynika z rozporządzenia w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej. Odpowiednio w ust. 8 pkt 5 i w ust. 11 części VII załącznika do rozporządzenia w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej określono, że metody niefarmakologiczne łagodzenia bólu porodowego obejmują akupunkturę, natomiast metody farmakologiczne analgezję.

(akta kontroli str. 16-17)

Stwierdzone
nieprawidłowości

W działalności kontrolowanej jednostki w przedstawionym wyżej zakresie stwierdzono nieprawidłowość:

- Niespełnienie nakazu wykonywania w udokumentowanej formie, nie rzadziej niż co 12 miesięcy, czyszczenia lub dezynfekcji klimatyzacji oraz wentylacji mechanicznej Oddziału, wynikającego z § 39 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą⁴⁶, a od 1 kwietnia 2019 r. z § 40 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą.⁴⁷

(akta kontroli str. 83-85)

Odnosnie braku czyszczenia i dezynfekcji klimatyzacji oraz wentylacji mechanicznej Dyrektor Szpitala wyjaśnił: *(...) W związku z bardzo trudną sytuacją finansową (brakiem wolnych środków finansowych) stawiającą bariery na drodze prowadzonej bieżącej działalności, Dyrektor zakładu musiał dokonywać kluczowych wyborów, m.in. czy środki finansowe przeznaczyć na leki i materiały zużywalne, wynagrodzenia dla pracowników, w tym „personelu białego”, czy na prowadzenie prac serwisowych. Prace serwisowe i przeglądy były wykonywane w ramach własnego potencjału osobowego – pracownicy Działu technicznego. Przedmiotowe czynności sprawiły bezawaryjne funkcjonowanie wentylacji mechanicznej oraz klimatyzacji w budynku 2B dla Oddziału Ginekologiczno-Położniczego. W ramach posiadanych środków finansowych wymieniane były filtry, paski, zużyte elementy central wentylacyjnych zapewniające poprawne działanie tych urządzeń.*

⁴⁶ Dz.U. poz. 739.

⁴⁷ Dz.U. poz. 595.

OCENA CZĄSTKOWA

W Szpitalu zapewniono – wynikające z umów z ZOW NFZ i przepisów prawa - warunki organizacyjne, kadrowe i sprzętowe niezbędne do opieki nad pacjentkami, które poroniły, urodziły martwe dziecko lub dziecko, które zmarło krótko po porodzie, wymagane dla pierwszego poziomu referencyjnego. W Szpitalu zadania w zakresie udzielania świadczeń pacjentkom z niepowodzeniami położniczymi przypisano w wewnętrznych regulacjach Oddziałowi.

Szpital zapewnił odpowiedni personel medyczny wymagany dla pierwszego poziomu referencyjnego. Dyrektor Szpitala określił wymagane minimalne normy zatrudnienia położnych. Analiza danych z sześciu miesięcy wykazała, że nie wystąpiły przypadki świadczenia pracy przez lekarzy nieprzerwanie przez ponad 24 godziny. Personel medyczny Oddziału został ujęty w wykazie personelu do umów z ZOW NFZ.

Dwukrotne kontrole ZPWIS nie wykazały istotnych nieprawidłowości w zakresie warunków sanitarno-higienicznych, natomiast wydane zalecenia pokontrolne Szpital wykonał w wyznaczonym czasie.

Wyposażenie w aparaturę i sprzęt medyczny Oddziału spełniało wymagania określone w rozporządzeniu w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego oraz w umowach z ZOW NFZ. Wszystkie aparaty medyczne na dzień rozpoczęcia kontroli posiadały aktualne przeglądy techniczne. Jednakże przeglądy 11 aparatów wykonano z opóźnieniem od 93 do 731 dni. Aparaty medyczne bez aktualnych przeglądów technicznych nie były użytkowane.

Stwierdzone nieprawidłowości dotyczyły braku udokumentowania czyszczenia i dezynfekcji klimatyzacji oraz wentylacji mechanicznej.

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. Od początku 2019 r. w obowiązującym regulaminie organizacyjnym Szpitala oraz w innych regulacjach wewnętrznych nie zostały określone i nie były monitorowane wskaźniki opieki okołoporodowej.

(akta kontroli str. 44-77, 112)

2.2. W Szpitalu zostały wprowadzone wewnętrzne procedury dotyczące bezpośrednio opieki nad pacjentkami po niepowodzeniach położniczych pn. „Niekorzystne zakończenie ciąży – Rekomendacje opieki nad pacjentką doświadczającą sytuacji szczególnej dla personelu medycznego oraz pacjentek oddziału położniczo-ginekologicznego”⁴⁸. Procedura ta zawiera m.in. regulacje prawne i wskazania dla personelu medycznego, o co należy zadbać w opiece nad pacjentką z niepowodzeniem położniczym i o czym należy pamiętać podczas kontaktu z pacjentką, jakie należałoby stworzyć warunki pożegnania utraconego dziecka, o możliwościach wykonania badań genetycznych w celu poznania płci dziecka i/lub przyczyny poronienia, niezbędnej dokumentacji do otrzymania zasiłku pogrzebowego i urlopu macierzyńskiego, o poszczególnych etapach żałoby i możliwościach wsparcia psychologicznego.

⁴⁸ Przygotowane na podstawie opracowania pn. „Niekorzystne zakończenie ciąży –Rekomendacje postępowania z pacjentkami dla personelu medycznego oddziałów położniczo-ginekologicznych województwa lubelskiego” z lipca 2017 r.; dalej: „Rekomendacje opieki nad pacjentką doświadczającą sytuacji szczególnej”.

W Szpitalu obowiązywały także procedury mające pośredni związek z opieką okołoporodową, w tym m.in.: instrukcje: „Postępowanie ze zwłokami osób zmarłych w szpitalu” z grudnia 2016 r., „Świadoma zgoda pacjenta na zabieg o podwyższonym ryzyku” z czerwca 2014 r. Z ww. procedurami wewnętrznymi personel medyczny został zapoznany.

Zgodnie z „Rekomendacjami opieki nad pacjentką doświadczającą sytuacji szczególnej” w części dotyczącej wskazówek dla personelu medycznego, Szpital miał zadbać o to, aby pacjentka doświadczająca niepowodzenia położniczego m.in. nie przebywała w sali razem z pacjentkami ciężarnymi, których ciąża zakończy się urodzeniem zdrowego dziecka; nie przebywała w sali z pacjentkami, które urodziły zdrowe dzieci; miała możliwość skorzystania z pomocy psychologicznej i/lub kontaktu z duchownym; otrzymała wyczerpujące informacje na temat jej sytuacji zdrowotnej; miała możliwość brania udziału w podejmowaniu świadomych decyzji związanych z koniecznym postępowaniem diagnostyczno-terapeutycznym; otrzymała wyczerpujące informacje na temat praw pacjentki, w tym prawa do pochówku dziecka martwo urodzonego; otrzymała wyczerpujące informacje na temat możliwości uzyskania wsparcia psychologicznego po zakończeniu hospitalizacji; miała zapewnioną możliwość pożegnania się ze zmarłym dzieckiem w obecności osób bliskich; miała zapewnioną możliwość otrzymania pamiątek po zmarłym dziecku.

(akta kontroli str. 31-43, 113-126, 254-267, 349-364)

Ponadto, w Szpitalu była stosowana metoda ankietowania pacjentek z niepowodzeniami położniczymi w celu uzyskania informacji odnośnie sposobu zapewnienia im jak najlepszej opieki.

(akta kontroli str. 127-129)

2.3. W zakresie wywiązania się przez Szpital z obowiązku przygotowania personelu medycznego do opieki nad pacjentkami doświadczającymi poronień, urodzenia martwego dziecka lub śmierci dziecka wkrótce po porodzie, Dyrektor Szpitala złożył wyjaśnienia: *Opiekę nad pacjentkami sprawują wykwalifikowane położne, które podczas toku kształcenia w zawodzie przygotowywane są do podejmowania odpowiednich działań w sytuacji poronienia, urodzeń martwego dziecka lub śmierci dziecka wkrótce po porodzie. Szpital zatrudnia położne z długoletnim stażem pracy, jak również położne, które ukończyły szereg kursów w toku kształcenia podyplomowego obejmujące niejednokrotnie w swej tematyce problem niekorzystnego zakończenia porodu. Ponadto corocznie w SPWZOZ są przygotowywane plany szkoleń, które są sporządzane na podstawie zgłaszanych szkoleń przez osoby zarządzające personelem w poszczególnych komórkach organizacyjnych SPWZOZ. W ostatnich latach nikt z personelu położniczego nie zgłaszał chęci uczestnictwa w szkoleniu dotyczącym martwych urodzeń i poronień oraz nic nam nie wiadomo o szkoleniu, które byłoby organizowane w tym temacie przez ośrodki kształcenia podyplomowego.(...) Osoby wykonujące zawód medyczny (...) są przygotowane do pracy z rodzicami doświadczającymi śmierci noworodka lub narodzin dziecka chorego poprzez długoletnie doświadczenie zawodowe, predyspozycje do wykonywania zawodu. Położne są informowane o przebywaniu danej kobiety (...) celem uwrażliwienia na jej sytuację. (...)*

W Szpitalu obowiązywała zasada, że personel medyczny miał obowiązek zapoznać się z obowiązującymi przepisami prawa związanymi z opieką okołoporodową. Zapoznanie się z ww. przepisami było potwierdzane przez pracowników podpisem pod oświadczeniem w tym zakresie.

Ponadto, personel medyczny Oddziału w zakresie standardów opieki okołoporodowej został zapoznany z „Rekomendacjami opieki nad pacjentką doświadczającą sytuacji szczególnej”.

(akta kontroli str. 115-116, 339, 342-343, 349-364)

2.4. Zgodnie z planami szkoleń zewnętrznych w latach 2017-2019 w zakresie opieki okołoporodowej dla personelu Oddziału w ww. okresie nie zaplanowano szkoleń.

(akta kontroli str. 130-131)

W sprawie niezaplanowania szkoleń dotyczących opieki okołoporodowej Zastępca Dyrektora Szpitala ds. Lecznictwa wyjaśniła: *W badanym okresie obowiązujące przepisy prawa, a w szczególności rozporządzenie w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej, w sposób transparentny i oczywisty regulują poszczególne elementy organizacji opieki mającej na celu zapewnienie dobrego stanu zdrowia matki i dziecka w okresie okołoporodowym. Wobec powyższego można przyjąć brak zasadności prowadzenia przedmiotowych szkoleń personelu w tym obszarze. W tym miejscu należy podkreślić, że personel udzielający świadczeń ma obowiązek przestrzegać i stosować wymogi właściwych przepisów prawa.*

(akta kontroli str. 377-378)

W latach 2017-2019 personel medyczny Oddziału uczestniczył w następujących szkoleniach:

- „Wdrożenie nowego standardu opieki okołoporodowej” prowadzącym szkolenie był ordynator Oddziału Neonatologicznego (19-24 stycznia 2019 r. - 30 osób);
- „Instrukcja pobrania/pozyskania materiału biologicznego, korzystania z zestawu do pozyskania KP i pojemnika do pozyskania KP, przygotowanie krwi do transportu, raport z pobrania/pozyskania materiału biologicznego, pobranie/ pozyskanie krwi pępowinowej” (16-17 marzec 2017 r. - 17 osób);
- „Przetaczanie krwi i jej składników – kurs podstawowy” (jedna osoba w 2017 r., cztery osoby w 2018 r., jedna osoba w 2019 r.);
- „Przetaczanie krwi i jej składników – kurs uzupełniający” (cztery osoby w 2017 r., dwie osoby w 2018 r., dwie osoby w 2019 r.);
- „Szczepienia ochronne noworodków – kurs specjalistyczny dla położnych” (trzy osoby w 2019 r.).

Ponadto, personel medyczny Oddziału uczestniczył w każdym roku badanego okresu w szkoleniach w zakresie kontroli zakażeń szpitalnych⁴⁹.

(akta kontroli str. 130-132)

W latach 2017-2020 lekarze nie odbywali szkoleń z zakresu standardów opieki okołoporodowej, bądź postępowania z pacjentkami w sytuacjach wystąpienia niepowodzeń położniczych.

(akta kontroli str. 130)

Zastępca Dyrektora Szpitala ds. Lecznictwa wyjaśniła: *W badanym okresie w naszej placówce nie były organizowane szkolenia w zakresie opieki okołoporodowej dla lekarzy udzielających świadczeń w Oddziale Ginekologiczno-Położniczym. Niemniej jednak wymóg realizacji świadczeń w oparciu o obowiązujące standardy został uregulowany w umowach zawartych z personelem. Ponadto informuję, że lekarze uczestniczą w okresowych spotkaniach i szkoleniach organizowanych przez instytucje zewnętrzne oraz właściwe towarzystwa, na których omawiane są aktualne*

⁴⁹ Tematy szkoleń w zakresie kontroli zakażeń szpitalnych: Izolacja, Higiena rąk, Postępowanie po ekspozycji na materiały zakaźne, Postępowanie z odpadami, Procedura izolacji.

wszelkie zagadnienia dotyczące określonej dziedziny medycyny, w tym przypadku Polskie Towarzystwo Ginekologiczne.

(akta kontroli str. 377-378)

Łączna kwota poniesionych przez Szpital wydatków na szkolenia personelu medycznego wyniosła: w 2017 r. – 8,8 tys. zł, w 2018 r. – 8,2 tys. zł, w 2019 r. – 9 tys. zł, z tego na szkolenia w Oddziale w 2017 r. – 0,6 tys. zł (tj. 5,9%), w 2018 r. – 1,4 tys. zł (tj. 12,7%), w 2019 r. – 1,6 tys. zł (tj. 4,9%). Szpital nie poniósł wydatków na szkolenia personelu medycznego Oddziału w zakresie standardów opieki okołoporodowej, gdyż szkolenia te miały charakter szkoleń wewnętrznych kaskadowych.

(akta kontroli str. 136-139)

2.5. Zorganizowane szkolenia wewnętrzne, których zakres tematyczny dotyczył standardów opieki okołoporodowej, pozwalały na właściwe przygotowanie personelu medycznego do udzielania świadczeń kobietom, które doświadczyły niepowodzenia położniczego. W zakresie wprowadzenia mechanizmów pozwalających na sprawdzenie (weryfikację) właściwego przygotowania personelu medycznego Dyrektor Szpitala wyjaśnił: *Na etapie przyjmowania do pracy w Dziale Zarządzania Zasobami Ludzkimi weryfikowane są uprawnienia do wykonywania zawodu położnej oraz w okresie trzymiesięcznego okresu próbnego Położna Oddziałowa dyskretnie obserwuje i klasyfikuje kandydatkę do pracy. Na tej podstawie kwalifikuje ją do dalszej pracy w odpowiednim oddziale.*

(akta kontroli str. 130, 339, 343)

2.6. Szpital zatrudniał trzech psychologów. Z uwagi na pierwszy stopień referencyjności Szpital nie miał obowiązku zatrudnienia psychologa w Oddziale.

Dyrektor Szpitala wyjaśnił: *Szpital zatrudnia psychologa, który na potrzeby personelu medycznego udziela konsultacji dla pracowników. W ostatnich latach nikt z personelu Oddziału nie zgłaszał chęci uczestnictwa w tego rodzaju konsultacji z powodu opieki nad pacjentkami w sytuacji poronień lub martwo urodzonych dzieci. Do chwili obecnej nie było potrzeby udzielania takiego wsparcia personelowi medycznemu. W razie wystąpienia takiej potrzeby, zgłoszono by chęć uzyskania pomocy psychologa, na którą Szpital wyraził zgodę.*

(akta kontroli str. 339-340, 343-345, 348)

2.7. Personel medyczny zatrudniony w Oddziale został objęty badaniem ankietowym⁵⁰. Wszystkie położne składające wyjaśnienia wskazały na potrzebę doskonalenia zawodowego, natomiast zdaniem lekarzy odpowiednie przygotowanie personelu medyczny otrzymuje w całym procesie kształcenia. Personel medyczny (za wyjątkiem 2 osób) odczuwał potrzebę przeciwdziałania tzw. wypaleniu zawodowemu. Położne wyjaśniły: *bezustanny stres w pracy, wyczerpanie fizyczne i psychiczne mogą powodować brak motywacji, bezsilność, rezygnację, zubożenie, a nawet chorobę; w zależności od odporności psychicznej położnej, każdą dotyka coś innego, każda inaczej reaguje na sytuację, z którymi styka się w pracy.* Zdaniem jednego lekarza: *obecność psychologa w szpitalu nie zapewnia pełnej dostępności dla personelu medycznego.* Dziewięć osób z personelu medycznego pracującego z pacjentkami z niepowodzeniami położniczymi nie zgłaszało potrzeby wsparcia w radzeniu sobie ze stresem, z tym że trzy położne wskazały, że Szpital nie zapewnił takiego wsparcia. Położne wyjaśniły, że *przedyskutowanie sprawy z koleżanką współdziałującą pomaga na tyle, że nie ma konieczności szukania dalszej pomocy; każda położna na swój własny sposób musi radzić sobie w trudnych chwilach.* Zdaniem lekarzy i dwóch położnych

⁵⁰ Trzech lekarzy i siedem położnych.

realizowane formy wsparcia były właściwe i wystarczające. Natomiast pozostałe położne wskazały, że nie ma żadnych form wsparcia, brakuje form pomocy dotyczących kobiet, które przeżyły stratę swojego dziecka, a obecność psychologa nie rozwiąże większości problemów związanych z sytuacjami obciążającymi stan psychiczny pacjentek i położnych.

(akta kontroli str. 140-161)

Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że nie otrzymywał żadnych sygnałów o występujących trudnościach oraz problemach personelu medycznego w pracy z pacjentkami doświadczającymi niepowodzeń położniczych, ale istnieje możliwość porady psychologa; nie istnieje potrzeba doskonalenia zawodowego w formie warsztatów, superwizji, gdyż ten aspekt był objęty szkoleniem w ramach studiów medycznych; nie posiada wiedzy na temat potrzeby przeciwdziałania tzw. wypaleniu zawodowemu i w jego ocenie personel to profesjonaliści i powinni sobie z tym radzić.

(akta kontroli str. 381-382)

2.8. Pacjentki z niepowodzeniami położniczymi były informowane o możliwościach uzyskania dalszej pomocy psychologicznej, miejscach i organizacjach udzielających wsparcia, przysługujących prawach wynikających z sytuacji, w których się znalazły, możliwości pochówku utraconego dziecka. Pacjentkom były przekazywane ulotki informacyjne: *Pomoc psychologiczna*⁵¹, *Pochówek dziecka utraconego przed urodzeniem*⁵² oraz *Poronienie. Co dalej?*⁵³

(akta kontroli str. 340, 344, 348, 365-368)

2.9. Przekazanie informacji, w tym na temat pochówku utraconego dziecka było odnotowywane w rejestrze martwych urodzeń, w którym wszystkie pacjentki potwierdzały własnoręcznym podpisem, udzielenie informacji i odbiór ww. ulotek informacyjnych.

(akta kontroli str. 340, 344-345, 369-376)

Dyrektor Szpitala wyjaśnił (...) informowano pacjentki o ww. możliwościach i prawach wynikających z sytuacji. Dodatkowo wręczano ulotkę dotyczącą pomocy psychologicznej. Natomiast podczas wizyty lekarskiej, lekarz informuje pacjentkę o przysługujących jej prawach wynikających z sytuacji, w której się znalazły. Na zakończenie pobytu (przy wypisie ze szpitala) położna rozmawia i dostarcza informacji na temat dalszej samoopieki i samopielęgnacji. (...) Informacje udziela się pacjentkom w warunkach intymnych, po wcześniejszym przekazaniu ulotki po to, aby przybliżyć niełatwy temat, z którym pacjentki muszą się zmierzyć; następnie położna rozmawia z pacjentką, która decyduje jakie informacje chce usłyszeć poprzez zadawanie pytań.

(akta kontroli str. 340, 344)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

W 2019 r. w obowiązującym regulaminie organizacyjnym Szpitala nie określono wskaźników opieki okołoporodowej oraz nie wskazano częstotliwości ich monitorowania. Powyższe było niezgodne z ust. 2 i ust. 3 części I standardu organizacyjnego opieki zdrowotnej w podmiotach wykonujących działalność

⁵¹ Ulotka przygotowana przez Szpital z informacjami o miejscu i terminach udzielania porad przez poszczególnych psychologów, zatrudnionych w Szpitalu.

⁵² Informator przygotowany przez Instytut Ordo Iuris dotyczący pochówku dziecka i uzyskania zasiłku pogrzebowego.

⁵³ Informator przygotowany przez Ministerstwo Zdrowia i portal poroniam.pl dotyczący praw przysługujących kobiecie po poronieniu i skorzystania z pomocy psychologa.

lecniczą udzielających świadczeń zdrowotnych w zakresie opieki okołoporodowej, stanowiącego załącznik do rozporządzenia w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej.

(akta kontroli str. 112)

Dyrektor Szpitala wyjaśnił: *Szpital nie posiada takiego dokumentu, ale jest w trakcie stworzenia i dopełnienia w dokumentacji wskaźników opieki okołoporodowej, które są monitorowane raz w roku przez konsultantów wojewódzkich z dziedziny położnictwa i ginekologii.*

(akta kontroli str. 340, 346-347)

OCENA CZĄSTKOWA

Szpital opracował procedury związane z opieką nad pacjentkami w sytuacji niepowodzeń położniczych oraz ankietował pacjentki w celu uzyskania informacji odnośnie sposobu zapewnienia im jak najlepszej opieki.

Personel medyczny Oddziału był przygotowany do opieki nad pacjentkami doświadczającymi poronień i martwych urodzeń. Zarówno pacjentkom doświadczającym niepowodzeń położniczych jak i personelowi medycznemu zapewniono opiekę psychologiczną.

W Szpitalu nie określono i nie monitorowano wskaźników opieki okołoporodowej. Szpital posiadał opracowane informatory dla rodziców dotyczące pochówku i przysługujących im praw. Pacjentki były informowane o możliwości uzyskania dalszej pomocy psychologicznej, miejscach i organizacjach udzielających wsparcia, przysługujących prawach wynikających z sytuacji, w których się znalazły i możliwości pochówku utraconego dziecka.

OBSZAR

3. 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

3.1. W wyniku przeprowadzonych przez NIK oględzin Oddziału ustalono, że :

- 1) na parterze budynku oznaczonym K24 z możliwością swobodnego dojazdu pod wejście znajdowała się poczekalnia z Izbą Przyjęć, Izba Przyjęć składała się z: pokoju badań, pokoju do przebrania dla pacjentki (która będzie hospitalizowana w Oddziale) wraz z łazienką; na drzwiach wejściowych do pokoju badań znajdowała się informacja: „NIE WCHODZIĆ. TRWA BADANIE”, zapewniająca pacjentkom poczucie intymności i godności; fotel ginekologiczny w pokoju badań był ustawiony za parawanem, jedno okno w pokoju badań zabezpieczone było przed dostępem osób postronnych poprzez zainstalowane rolety materiałowe;
- 2) na pierwszym piętrze budynku znajdował się pokój zabiegowy, który był zorganizowany także w sposób zapewniający pacjentkom intymność i godność; w pokoju zabiegowym była umywalka z baterią z ciepłą i zimną wodą, dozownik z mydłem w płynie, dozownik ze środkiem dezynfekcyjnym, pojemnik z rękawicami jednorazowego użycia i pojemnik na zużyte rękawiczki;
- 3) oględzinom poddano pięć sal, w których były umieszczane pacjentki z niepowodzeniami położniczymi, tj. na pierwszym piętrze znajdowała się jedna sala trzyłóżkowa dla pacjentek po zabiegach (nr 16), w której były umieszczane pacjentki po poronieniach niewymagające hospitalizacji oraz na czwartym piętrze w części ginekologiczno-położniczo-neonatologicznej znajdowały się cztery sale, w których były umieszczane pacjentki po poronieniach, tj. trzy sale dwułóżkowe (nr 10, 11, 12) oraz sala dwułóżkowa (nr 1) pełniąca rolę izolatki, w której były

umieszczane pacjentki z niepowodzeniami położniczymi, gdy nie było miejsca w salach nr 10,11,12; przed wejściem do sal nr 10, 11, 12 znajdowała się śluza fartuchowo-umywalkowa; meble we wszystkich pięciu salach umożliwiały ich mycie oraz dezynfekcję; połączenie ścian z podłogami było wykonane w sposób umożliwiający ich mycie i dezynfekcję; we wszystkich pięciu salach zapewniono bezpośredni dostęp do światła dziennego; we wszystkich salach łóżka dostępne były z trzech stron, w tym z dwóch dłuższych, odstępy między łózkami zapewniały swobodny dostęp do pacjentek; szerokość wszystkich drzwi wejściowych do sal umożliwiała swobodne wyprowadzenie łóżka z sali; we wszystkich łazienkach zlokalizowanych przy ww. salach znajdowały się: brodzik prysznicowy, muszla klozetowa, umywalka, pojemniki dozowników na płyn do kąpieli i płyn dezynfekujący, pojemnik z ręcznikami jednorazowego użycia wraz z pojemnikiem na zużyte ręczniki; w węzłach sanitarnych we wszystkich kranach była ciepła i zimna woda; wszystkie pomieszczenia higieniczno-sanitarne były przystosowane do potrzeb osób niepełnosprawnych;

- 4) na czwartym piętrze w części ginekologiczno-położniczo-neonatologicznej znajdował się pokój badań i przyjęć położniczo-ginekologicznych; na drzwiach wejściowych do pokoju badań znajdowała się informacja „Nie wchodzić. Trwa badanie” zapewniająca pacjentkom poczucie intymności i godności; fotel ginekologiczny był ustawiony w pokoju badań za parawanem, dwa okna w pokoju badań zabezpieczone były przed dostępem osób postronnych poprzez zainstalowane rolety materiałowe; w pokoju badań była umywalka z baterią z ciepłą i zimną wodą, dozownik z mydłem w płynie, dozownik ze środkiem dezynfekcyjnym, pojemnik z ręcznikami jednorazowego użycia i pojemnik na zużyte ręczniki;
- 5) W części traktu porodowego na czwartym piętrze znajdowały się: sala przyjęć/badań, w której znajdowało się jedno łóżko; sala była wyposażona w stanowisko resuscytacji noworodka; pokój przygotowań z prysznicem i umywalką, w pokoju znajdowała się także kozetka; dwie sale porodowe jednostanowiskowe (nr 1, 2) z wyodrębnionymi pomieszczeniami wc, sale były przystosowane do porodów rodzinnych; sale były wyposażone w stanowiska resuscytacji noworodka; sala operacyjna i cięć cesarskich jednostanowiskowa; sala była wyposażona w stanowisko resuscytacji noworodka; sala poporodowa tzw. sala "matka z dzieckiem" z dwoma łózkami dla pacjentek i dwoma łózkami dziecięcymi „Kwapisza” (stelaż metalowy na kółkach, korytka plastikowe, materacyk);
- 6) Ponadto, na czwartym piętrze jedna sala (nr 5) była salą, w której sprawowana była opieka nad noworodkiem wymagającym szczególnego nadzoru (wcześniaki i dzieci z mniejszą punktacją w skali Apgar⁵⁴), przed wejściem do sali znajdowała się śluza fartuchowo-umywalkowa;
- 7) Na tablicy informacyjnej Oddziału znajdowały się informacje o możliwości skorzystania z pomocy psychologicznej i opieki duchownego ze wskazaniem numerów telefonów do kontaktu. Informacje takie były również dostępne w formie ulotek znajdujących się w pokoju zabiegowym na czwartym piętrze w części ginekologiczno-położniczo-neonatologicznej.

(akta kontroli str. 162-216)

⁵⁴ Skala Apgar to akronim wywodzący się od angielskich słów: appearance, pulse, grimace, activity, respiration. Oznaczają one kolejno: kolor skóry, puls, reakcja na bodźce, napięcie mięśni i oddychanie. Skala uzyskanych punktów w odniesieniu do jednej cechy wynosi od 0 do 2. Skala Apgar umożliwia lekarzom ocenę czynności życiowych noworodka.

3.2. Szczegółowe badanie w zakresie zgodności dokumentacji medycznej 60 pacjentek, hospitalizowanych w latach 2017-2019, które doświadczyły niepowodzenia położniczego z przepisami rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania⁵⁵ wykazało, że:

- dokumentacja indywidualna wszystkich pacjentek zawierała oświadczenia o: upoważnieniu do uzyskiwania informacji o stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych, upoważnieniu do uzyskiwania dokumentacji, ze wskazaniem imienia i nazwiska osoby upoważnionej, wyrażeniu zgody na przeprowadzenia badania lub udzielenie innego świadczenia zdrowotnego;
- do historii choroby w każdym przypadku dołączano karty indywidualnej opieki pielęgniarskiej, karty obserwacji, karty gorączkowe, karty zleceń lekarskich, karty przebiegu znieczulenia, karty informacyjne z leczenia szpitalnego, wyniki badań diagnostycznych wraz z opisem, wyniki konsultacji.

(akta kontroli str. 217-237)

3.3. Dokumentacja medyczna 60 pacjentek, które poroniły, urodziły martwe dziecko lub którym dziecko zmarło zaraz po porodzie sporządzana była rzetelnie. Dokumentacja ta pozwalała na stwierdzenie jakich świadczeń i w jakim zakresie udzielono pacjentkom. Wszystkim pacjentkom przeprowadzono zabieg abrazji⁵⁶. Wszystkie pacjentki otrzymały znieczulenie ogólne dożylnie i wyraziły zgodę na przeprowadzenie zabiegu.

(akta kontroli str. 229-250)

3.4. Pacjentkom doświadczającym niepowodzeń położniczych zapewniono pomoc psychologiczną. Udzielało jej trzech psychologów zatrudnionych w Szpitalu. Z badanej dokumentacji medycznej 60 pacjentek wynikało, że pomocy psychologicznej udzielono dwóm pacjentkom. W dokumentacji medycznej pozostałych 58 pacjentek brak jest informacji o konsultacji psychologicznej. Pacjentki, które skorzystały z konsultacji psychologa, otrzymały tę pomoc w następnym dniu po przyjęciu do Szpitala. W obu przypadkach pacjentkom udzielono porady psychologicznej po wyrażeniu przez nie zgody i na zlecenie lekarza.

(akta kontroli str. 240, 242, 245-248)

3.5. Szpital zatrudniał trzech psychologów, którzy udzielali pomocy psychologicznej pacjentkom z niepowodzeniami położniczymi podczas pobytu w Oddziale we wszystkie dni robocze⁵⁷. Pacjentka po wypisaniu ze Szpitala mogła skorzystać z porady psychologicznej w Ośrodku Rehabilitacji Diennej⁵⁸ od poniedziałku do środy⁵⁹. W badanym okresie pacjentki hospitalizowane w Oddziale były pozbawione opieki psychologicznej w dni wolne od pracy, tj. soboty, niedziele i święta.

(akta kontroli str. 340, 345, 348)

Dyrektor wyjaśnił: *Psycholog opiekujący się pacjentkami pracuje w dni i godziny określone w ulotce dostarczanej pacjentce. Gdy pacjentka zgłasza potrzebę rozmowy z psychologiem, wyraża chęć uzyskania porady psychologicznej, wówczas psycholog jest o tym informowany przez lekarza ginekologa. W terminie dwóch dni*

⁵⁵ Dz. U. poz. 2069.

⁵⁶ Abrazja to zabieg ginekologiczny, który ma za zadanie oczyszczenie macicy, poprzez złuszczenie błony śluzowej macicy lub też pobranie tkanek do badania.

⁵⁷ W poniedziałki w godz. 10.00 -17.30, we wtorki w godz. 7.30-14.00, w środy w godz. 7.30-19.28, w czwartki w godz. 11.00-17.00, w piątki w godz. 7.30-14.30.

⁵⁸ Ośrodek Rehabilitacji Diennej przy ul. Staszica 16 w Stargardzie znajdował się w strukturze organizacyjnej Szpitala.

⁵⁹ W poniedziałki i wtorki w godz. 7.30-15.00, w środy w godz. 7.30-11.28.

roboczych (w trakcie hospitalizacji) psycholog udziela wsparcia dla pacjentki. (...) w latach 2017-2019 wszystkie weekendy i święta nie miały obsadzonego stanowiska psychologa wspierającego kobiety, które poroniły lub urodziły martwe dziecko.

(akta kontroli str. 340, 345)

3.6. Szczegółowe badanie w zakresie zapewnienia 22 pacjentkom z niepowodzeniami położniczymi, które były hospitalizowane w okresie od 1 listopada 2019 r. do 31 grudnia 2019 r., możliwości pobytu w sali, w której nie przebywały kobiety w okresie ciąży, porożu lub które urodziły zdrowe dziecko, wykazało że:

- informacja o numerze sali, w której przebywała hospitalizowana pacjentka znajdowała się w karcie indywidualnej opieki pielęgniarskiej;
- z 22 pacjentek sześć umieszczono w sali nr 10, sześć w sali nr 16, pięć w sali nr 12, dwie w sali nr 1, dwie w sali nr 11, jedną w sali nr 14,
- pięć sal było salami dwułożkowymi (nr 1, 10, 11, 12, 14), jedna sala była salą trzyłożkową (nr 16),
- inne pacjentki umieszczone w salach z pacjentkami z niepowodzeniami położniczymi były hospitalizowane z powodu chorób ginekologicznych,
- Szpital przestrzegał warunku, o którym mowa w ust. 3 pkt 3 części XV załącznika do rozporządzenia w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej.

(akta kontroli str. 251-253, 339, 342)

3.7. W latach 2017-2019 obowiązywała procedura wewnętrzna dotycząca organizacji pochówku dzieci martwo urodzonych, w tym w wyniku poronienia, wdrożona zarządzeniem nr 80/2016 Dyrektora SPWZOZ z dnia 19 grudnia 2016 r. w sprawie wprowadzenia instrukcji „Postępowanie ze zwłokami osób zmarłych w szpitalu”. W ww. instrukcji określono m. in. miejsce i zakres jej stosowania, oznaczenia i definicje, odpowiedzialność i zasady postępowania dla poszczególnych stanowisk personelu medycznego⁶⁰, wzory stosowanych formularzy⁶¹ oraz miejsce i okres archiwizowania dokumentacji medycznej. Wzory stosowanych formularzy były zgodne z aktualnym stanem prawnym, tj. w informacji dla rodziny w sprawie odbioru zwłok wskazano, że zwłoki osoby zmarłej w szpitalu są przechowywane bezpłatnie do 72 godzin liczonych od chwili śmierci pacjenta⁶², po tym czasie będzie pobierana opłata zgodnie z obowiązującym zarządzeniem Dyrektora⁶³.

(akta kontroli str. 254-267)

W badanym okresie w Szpitalu obowiązywały dwie umowy na wykonywanie usług przechowywania, transportu i pochówku zwłok, w tym martwych płodów. Umowy zostały zawarte z firmami, które siedzibę miały w Stargardzie, tj. Miejskim Przedsiębiorstwem Gospodarki Komunalnej Sp. z o.o. oraz Zakładem Usług Pogrzebowych i Kamieniarskich „H.”. Szpital zawarł także umowę z „I. M.” Sp. z o.o. z siedzibą w Szczecinie na wykonywanie badań histopatologicznych w Pracowni Patomorfologicznej zlokalizowanej w Grzepnicy (Gmina Dobra). W latach 2017-2019 do badania histopatologicznego przekazywane były części tkanek trofoblastu

⁶⁰ Lekarzy, pielęgniarki oddziałowej, pielęgniarki, pracownika chłodni, specjalisty ds. epidemiologii, kierownika ds. personelu medycznego.

⁶¹ Załącznik nr 1 – Informacja dla rodziny w sprawie odbioru zwłok osoby zmarłej w SPWZOZ, załącznik nr 2 – karta skierowania zwłok do chłodni, załącznik nr 3 – Odstąpienie od sekcji zwłok

⁶² Zgodnie z art. 28 ust. 1 pkt 2 ustawy o działalności leczniczej.

⁶³ W badanym okresie obowiązywały następujące stawki opłat wprowadzone zarządzeniami Dyrektora SPWZOZ w sprawie opłat za usługi medyczne i niemedyczne wykonane na rzecz pacjentów przyjętych ambulatoryjnie oraz hospitalizowanych w SPWZOZ: 10 zł za jedną godzinę po upływie 72 godzin od zgonu, 50 zł odbiór zwłok w dni powszednie w godzinach 13.00-22.00, 100 zł odbiór zwłok w dni wolne od pracy i w porze nocnej w godzinach 22.00-7.00.

pobrane od pacjentek po poronieniach, a płody były przechowywane i przekazywane do pochówku zgodnie z wolą pacjentek.

(akta kontroli str. 268-293, 379-380, 385)

Oddział nie dysponował pomieszczeniem służącym do pożegnań, (tzw. pokój pożegnań) ze względu na możliwości lokalowe. Kierownik Oddziału i Położna Oddziałowa wyjaśnili: *W przypadku pożegnania się z dzieckiem udostępniamy wolne pomieszczenia takie jak np. izolatka lub inny wolny pokój np. gabinet zabiegowy, do którego ma dostęp tylko personel medyczny, w którym rodzice mogą w intymnej i rodzinnej atmosferze pożegnać zmarłe dziecko. Pożegnanie się ze zmarłym dzieckiem traktujemy bardzo indywidualnie, w zależności od potrzeb pacjentki. Nawet jeśli tylko jedno z rodziców pragnie uczestniczyć w pożegnaniu, należy to umożliwić. Należy zarezerwować na nie około 2 godzin, ale czas trzeba elastycznie dostosować do potrzeb pacjentki i jej rodziny. Całe spotkanie przebiega w atmosferze intymności, troski i zrozumienia. Jeżeli pacjentka przebywa w sali wieloosobowej, na czas pożegnania zapewniamy rodzinie intymność – pojedynczą salę lub – w wyjątkowych sytuacjach, gdy takim miejscem nie dysponujemy – pożegnanie ma miejsce w wydzielonej części sali (np. osłoniętej parawanem). Jeśli pacjentka wyraża taką potrzebę, może towarzyszyć jej ktoś z personelu. Dziecko jest odpowiednio przygotowane – ubrane, zawinięte w pieluszki/kocyk. Deformacje powinny być osłonięte. Pacjentka ma prawo obejrzeć, dotknąć i przytulić dziecko. Pacjentka (rodzina, bliscy) może wykonać zdjęcia, a jeśli wyraża taką potrzebę, personel pomaga w zabezpieczeniu innych pamiątek (odcisk stopy, opaska identyfikacyjna, zdjęcie USG znajdujące się w dokumentacji itp.). W przypadku wczesnej ciąży możliwość oglądania należy uzależnić od konkretnej sytuacji. Kobięcie umożliwiamy pożegnanie się ze zmarłym dzieckiem w obecności osób bliskich, jeżeli wyraża taką potrzebę.*

(akta kontroli str. 294-299)

W celu pomocy pacjentkom doświadczającym straty dziecka w Szpitalu nawiązano współpracę z grupą „Tęczowy Kocyk”. Grupa ta składała się z wolontariuszek współpracujących z hospicjami perinatalnymi i szpitalami na terenie całego kraju, która wspierała rodziców po stracie dziecka, dostarczała produkty na oddziały szpitalne takie jak: tęczowe beciki, kocyki, rożki, otulacze, kokony, czapeczki, motylki, niezapominajki, pudełka wspomnień, szatki i ubranka dla dzieci z wadami letalnymi, wcześniaków i dzieci martwo urodzonych. Celem działalności grupy była pomoc rodzicom w godnym pożegnaniu dziecka, ich wyroby mogły stanowić pamiątkę dla rodziny po utraconym dziecku.

(akta kontroli str. 296, 299-304)

Badanie dokumentacji medycznej 20 pacjentek, które poroniły lub urodziły martwe dziecko wykazało, że we wszystkich przypadkach znajdowały się karty przekazania zwłok do chłodni oraz przyjęto od pacjentek oświadczenie w zakresie wyrażenia woli co do dalszego postępowania z ciałem dziecka. Osiem pacjentek (tj.40%) zdecydowało się na pochowanie dziecka we własnym zakresie, a 12 pacjentek (tj. 60%) zrezygnowało z przysługującego im prawa do pochówku.

(akta kontroli str. 305-308)

Według informacji uzyskanej od Zastępcy Prezydenta Miasta Stargard dzieci martwo urodzone podlegały procedurze pochowania na cmentarzu. Pochówek odbywał się tradycyjnie przez pochowanie w trumnie od 0,6 m do 1,2 m w wydzielonej kwaterze dziecinniej na cmentarzu. Ciała dzieci martwo urodzonych, nie podlegały kremacji i chowane były w zbiorowej mogile w kwaterze G02 na cmentarzu. Pochówki te były dokonywane na bieżąco, zgodnie z

zapotrzebowaniem. Aktualnie trwają prace nad przygotowaniem projektu uchwały Rady Miejskiej w Stargardzie w sprawie sprawienia pochówku dzieci martwo urodzonych. Projekt jest przygotowywany we współpracy z Fundacją Donum Vitae. W latach 2017-2019 Szpital przekazał do pochówku przez Miasto Stargard 32 ciała/szczątki dzieci martwo urodzonych, z tego w 2017 r. – 11, w 2018 r. – 9, w 2019 r. – 12.

W ww. okresie Miasto Stargard na organizację pochówku ciał/szczątków dzieci martwo urodzonych w Szpitalu wydatkowało 691,20 zł brutto, z tego brutto: w 2017 r. – 237,60 zł; w 2018 r. – 194,40 zł; w 2019 r. – 259,20 zł.

(akta kontroli str. 309-311)

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

(akta kontroli str. 379-380)

3.10. W toku kontroli NIK do 20 pacjentek Oddziału, które w latach 2017-2019 były hospitalizowane w Oddziale i doświadczyły niepowodzeń położniczych, skierowano prośbę o udzielenie informacji (na załączonym druku) na temat udzielonej im opieki szpitalnej. Na ankiety odpowiedziało dziewięć pacjentek, co stanowiło 45% wysłanych ankiet.

Osiem ankietowanych pacjentek (tj. 89%) udzieliło odpowiedzi, że mogły podejmować decyzje dotyczące diagnostyki i leczenia (z tego siedem (tj. 78%) podpisywały ogólną zgodę na wszystkie zabiegi, cztery (tj. 44%) każdorazowo były pytane o zgodę na przeprowadzenie jakiegoś zabiegu)⁶⁴, a jedna pacjentka (tj. 11%) udzieliła odpowiedzi, że nikt nie pytał jej o zgodę na wykonywanie zabiegów. Wszystkie pacjentki odpowiedziały, że nie miały możliwości skorzystania z pomocy psychologa. Wszystkie pacjentki uważały, że personel medyczny traktował je życzliwie, ze zrozumieniem sytuacji. Cztery pacjentki (tj. 44%) odpowiedziały, że nie wiedziały o możliwości pożegnania zmarłego dziecka, a pięć pacjentek (tj. 56%) wskazało, że nie wyrażały takiej woli. Osiem pacjentek (tj. 89%) oceniło opiekę w Szpitalu pozytywnie (z tego cztery bardzo dobrze, jedna dobrze, trzy wystarczająco), a jedna (tj. 11%) na nieodpowiednim poziomie.

(akta kontroli str. 315-334)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

OCENA CZĄSTKOWA

Szpital przestrzegał obowiązujących uregulowań dotyczących opieki okołoporodowej w przypadkach poronień, martwych urodzeń lub urodzenia dziecka, które zmarło wkrótce po porodzie. Sale i pomieszczenia higieniczno-sanitarne Oddziału spełniały wymogi określone w rozporządzeniu w sprawie wymagań podmiotu wykonującego działalność leczniczą. Dokumentacja medyczna badanych 60 pacjentek sporządzana była rzetelnie i pozwalała na stwierdzenie jakichś świadczeń i w jakim zakresie udzielono. Pacjentkom doświadczającym niepowodzeń położniczych zapewniono możliwość skorzystania z psychologa tylko w dni robocze.

Szpital nawiązał współpracę z organizacją przygotowującą pamiątki po utraconym dziecku oraz były dostępne informatory dla rodziców dotyczące pochówku utraconego dziecka i przysługujących im praw. W badanym okresie do Szpitala nie wpłynęły skargi związane z działalnością Oddziału.

⁶⁴ W trzech ankietach na pytanie: „Czy mogła Pani podejmować decyzje dotyczące diagnostyki i leczenia” udzielono dwóch odpowiedzi.

IV. Wnioski

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

Wnioski

1. Udokumentowane czyszczenie lub dezynfekcja klimatyzacji oraz wentylacji mechanicznej Oddziału, nie rzadziej niż co 12 miesięcy.
2. 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.

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 wyko-
nania wniosków

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

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

Szczecin, 6 maja 2020 r.

Kontrolerzy
Małgorzata Wejwer
Specjalista k.p.

Najwyższa Izba Kontroli
Delegatura w Szczecinie
Dyrektor

.....
podpis

.....
podpis

