



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI  
Delegatura w Szczecinie

LSZ.410.003.05.2020

Anna Złotowska  
Prezes Zarządu  
Szpitala w Szczecinku Sp. z o.o.  
ul. Kościuszki 38  
78-400 Szczecinek

# WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

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

## I. Dane identyfikacyjne

Jednostka kontrolowana	Szpital w Szczecinku Sp. z o.o. <sup>1</sup> , ul. Kościuszki 38 (78-400 Szczecinek).
Kierownik jednostki kontrolowanej	Anna Złotowska, Prezes Zarządu od 2.10.2019 r. Poprzednio Prezesem Zarządu byli: Radosław Niemiec w okresie od 8.09.2015 r. do 6.03.2017 r. i Marek Kotschy w okresie od 7.03.2017 r. do 30.09.2019 r. <p style="text-align: right;">(akta kontroli str. 4-5)</p>
Zakres przedmiotowy kontroli	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Zgodność z przepisami prawa organizowania udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w sytuacjach poronień, martwych urodzeń i zgonów dziecka tuż po porodzie<sup>2</sup>.</li><li>2. Przestrzeganie obowiązujących uregulowań (w tym standardów) dotyczących opieki okołoporodowej w przypadkach poronień, martwych urodzeń lub urodzenia dziecka, które umiera wkrótce po porodzie.</li><li>3. Świadczenia zapewniające pacjentkom stosowną pomoc.</li></ol>
Okres objęty kontrolą	Lata 2017-2020 (do dnia zakończenia kontroli), z wykorzystaniem dowodów sporządzonych przed tym okresem, jeżeli miały wpływ na działalność Szpitala w zakresie objętym kontrolą.
Podstawa prawna podjęcia kontroli	Artykuł 2 ust. 2 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli <sup>3</sup> .
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Szczecinie.
Kontrolerzy	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Sławomir Żudro, główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienia do kontroli nr: LSZ/29/2020 z 20.01.2020 r. i LSZ/55/2020 z 9.03.2020 r.</li><li>2. Jarosław Tarasewicz, starszy inspektor kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LSZ/37/2020 z 30.01.2020 r.</li></ol> <p style="text-align: right;">(akta kontroli str. 1-3)</p>

## II. Ocena ogólna<sup>4</sup> kontrolowanej działalności

### OCENA OGÓLNA

Szpital posiadał odpowiednie warunki lokalowe oraz był wyposażony w sprzęt zapewniający należyte warunki pobytu i opieki nad pacjentkami, które poroniły, urodziły martwe dziecko lub dziecko, które zmarło zaraz po porodzie. Personel Oddziału ginekologiczno-położniczego był szkolony w zakresie standardów opieki okołoporodowej, w tym opieki nad pacjentkami w szczególnych sytuacjach. Pacjentkom zabezpieczono możliwość korzystania z pomocy psychologicznej. Również pracownicy mogli korzystać z wsparcia przy radzeniu sobie ze stresem i zjawiskiem wypalenia zawodowego. Szpital podejmował działania w celu odseparowania pacjentek, które doświadczyły niepowodzeń położniczych od miejsc pobytu położnic, które urodziły zdrowe dziecko. Dokumentacja medyczna była prowadzona prawidłowo.

<sup>1</sup> Dalej: Szpital.

<sup>2</sup> należy rozumieć sytuacje, w których dziecko zmarło w szpitalu do 6. doby życia włącznie.

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

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

Szpital posiadał procedury dotyczące postępowania z martwo urodzonym noworodkiem i poronionym płodem.

W okresie kontrolowanym, mimo że zatrudnienie lekarzy na Oddziale spełniało minimalne wymogi określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego<sup>5</sup>, to ze względu na braki personelu występowały przypadki wykonywania pracy przez lekarzy przez 32 godziny bez przerwy.

Stwierdzone nieprawidłowości polegały na:

- pełnieniu w 2017 r. i 2018 r. samodzielnych dyżurów przez lekarza nieposiadającego wymaganych kwalifikacji określonych w rozporządzeniu w sprawie świadczeń gwarantowanych;
- niedokonywaniu bieżącej aktualizacji danych dotyczących aparatury medycznej, mimo obowiązku określonego w umowach o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w systemie podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej, zawartych w okresie badanym z Narodowym Funduszem Zdrowia<sup>6</sup>;
- 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 okołoporodowej<sup>7</sup>.

### **III. Opis ustalonego stanu faktycznego oraz oceny cząstkowe<sup>8</sup> 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. Udziałowcami Szpitala są Powiat Szczecinek, który posiada 59,25% ogólnej wartości udziałów i Miasto Szczecinek posiadające 40,75% udziałów<sup>9</sup>.

Organizacja i porządek procesu udzielania świadczeń zdrowotnych przez Szpital ustalona została w Regulaminie Organizacyjnym Szpitala, zgodnie z którym w skład struktury organizacyjnej wchodził m.in. Oddział ginekologiczno-położniczy<sup>10</sup> prowadzący działalność w zakresie położnictwa, obejmującą opiekę nad ciężarnymi i prowadzenie porodów. Odpowiedzialność za całokształt pracy Oddziału ponosił koordynator Oddziału, a nadzór nad działalnością Oddziału sprawował Dyrektor ds. medycznych.

(akta kontroli str. 22, 24, 34-35)

Oddział należał do I poziomu referencyjnego opieki perinatalnej nad pacjentkami ciężarnymi.

<sup>5</sup> Dz.U. z 2017 r., poz. 2295, dalej rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych.

<sup>6</sup> Umowy zawarte pomiędzy Szpitalem w Szczecinku i Narodowym Funduszem Zdrowia – Zachodniopomorskim Oddziałem Wojewódzkim w Szczecinie (dalej: NFZ) o numerach odpowiednio: 16-00-03874-17-03/03-01-11-46, 16-00-03874-17-15/03-08-17-014, 16-00-03874-19-05/03-08-17-014.

<sup>7</sup> Dz.U. poz. 1756, dalej rozporządzenie w sprawie standardu z 2018 r.

<sup>8</sup> 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.

<sup>9</sup> Zgodnie z danymi zawartymi w Krajowym Rejestrze Sądowym, nr 0000307313, kapitał zakładowy wynosi 21 349 tys. zł.

<sup>10</sup> Dalej: Oddział.

(akta kontroli str. 46-47)

Szpital nie posiadał wewnętrznych regulacji dotyczących opieki nad pacjentkami doświadczającymi poronienia, urodzenia martwego dziecka lub zgonu dziecka tuż po porodzie. Tomasz Żyłka koordynator Oddziału wyjaśnił, że zasady zawarte w rozdziale XV załącznika do rozporządzenia w sprawie standardu z 2018 r. obowiązującego od 2019 r. (i poprzednio obowiązującego rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych w dziedzinie położnictwa i ginekologii z zakresu okołoporodowej opieki położniczo-ginekologicznej sprawowanej nad kobietą w okresie ciąży, porodu, połogu, w przypadkach występowania określonych powikłań oraz opieki nad kobietą w sytuacji niepowodzeń położniczych<sup>11</sup>) były wystarczające i jednoznaczne, w związku z czym nie było potrzeby sporządzania wewnętrznych regulacji w tym zakresie. Wszyscy pracownicy Oddziału zostali objęci szkoleniami na temat zasad sprawowania opieki przedstawionymi w ww. rozporządzeniach.

(akta kontroli str. 52)

1.2. W okresie badanym w Szpitalu urodziły się 2 342 noworodki (815 w 2017 r., 779 w 2018 r. i 748 w 2019 r.), w tym 5 martwych (3 w 2017 r. i 2 w 2018 r.). W okresie tym hospitalizowano z powodu poronienia 320 pacjentek, odpowiednio 127 w 2017 r., 107 w 2018 r. i 86 w 2019 r.

(akta kontroli str. 56)

Martwe urodzenia były spowodowane obumarciem wewnątrzmacicznym. Przyczyną poronień w 238 przypadkach było obumarcie wewnątrzmaciczne, a w 82 przypadkach – zdarzenie samoistne.

(akta kontroli str. 57)

1.3. W latach 2017 – 2019 na oddziale było zatrudnionych:

- od 5 do 9 lekarzy specjalistów położnictwa i ginekologii oraz jeden, a od 11.02.2019 r. dwóch lekarzy-rezydentów będących w trakcie specjalizacji w zakresie położnictwa i ginekologii. Rezydenci i jeden lekarz specjalista byli zatrudnieni na podstawie umowy o pracę, a pozostali lekarze na podstawie kontraktów.
- od 18 do 28 pielęgniarek i położnych, w tym 6 o specjalizacji pielęgniarstwo położnicze, ginekologiczne i ginekologiczno-położnicze.

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

(akta kontroli str. 58-63)

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 leczniczą<sup>12</sup>, pozytywnie zaopiniowany przez Zachodniopomorskiego Państwowego Wojewódzkiego Inspektora w Szczecinie<sup>13</sup>.

(akta kontroli str. 93)

Izba przyjęć i pomieszczenia Oddziału spełniały wymogi określone w rozporządzeniach w sprawie szczegółowych wymagań z 2012 r. i 2019 r., z wyjątkiem braku w zespole porodowym śluzy umywalkowo – fartuchowej i pomieszczenia do obserwacji położnic i noworodków w pierwszych godzinach

<sup>11</sup> Dz.U. poz. 2007, dalej rozporządzenie w sprawie standardu z 2015 r.

<sup>12</sup> Dz.U. poz. 739, uchylone z dniem 1 kwietnia 2019 r. Od 1 kwietnia 2019 r. obowiązuje rozporządzenie 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), oba rozporządzenia zwane dalej rozporządzeniami w sprawie szczegółowych wymagań z 2012 r. i 2019 r.

<sup>13</sup> Decyzja NNZ.9022.16.2012 z dnia 25 czerwca 2012 r.

życia po porodach powikłanych - wymogi określone w załączniku nr 1, część IV, pkt 3 i 4 ww. rozporządzeń.

(akta kontroli str. 64-68, 86-87)

W związku z powyższymi brakami, Zachodniopomorski Państwowy Wojewódzki Inspektor Sanitarny w Szczecinie, w dniu 23.05.2017 r. wydał decyzję nakazującą zorganizowanie ww. pomieszczeń w terminie do 31.12.2020 r.

(akta kontroli str. 101)

Oddział był podzielony na pododdziały: położniczy i ginekologiczny.

- Pododdział położniczy składał się z:
  - zespołu porodowego obejmującego izbę przyjęć zorganizowaną w sposób zapewniający pacjentkom intymność, sali przedporodowej dwułożkowej, czterech sal porodowych wyposażonych w stanowiska dla noworodków, w tym jedna sala była wyposażona w stanowisko do resuscytacji noworodka, sali cięć, apteczki oddziałowej, pomieszczenia wielofunkcyjnego służącego do wstępnej dezynfekcji sprzętu po zabiegach operacyjnych;
  - części położniczej w skład której wchodziło 8 sal wyposażonych łącznie w 20 łóżek, w tym izolatka, sala pooperacyjna i sala służąca do obserwacji pacjentek z patologią ciąży. 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;
  - pododdziału neonatologicznego.
- pododdział ginekologiczny składał się z:
  - pięciu sal, w tym izolatki i 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. 64-85)

Oddział był wyposażony w sprzęt i aparaturę medyczną określoną w rozporządzeniu w sprawie świadczeń gwarantowanych oraz w umowie z NFZ m.in. kolposkop, kardiograf (aparaty KTG) – 4 szt., kardiomonitor – 5 szt., histeroskop, diatermię, pompy infuzyjne – 2 szt., detektory tętna płodu – 3 szt., ssaki elektryczne – 2 szt., ultrasonografy cyfrowe – 2 szt.

(akta kontroli str. 103-120)

Ponadto Szpital był wyposażony w gastroskop, tomograf komputerowy, kolonoskop, laparoskop, stanowiące zgodnie z umową z NFZ, zasoby aparatury dostępne dla Oddziału „w lokalizacji”.

(akta kontroli str. 121-123)

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

(akta kontroli str. 86-87)

Oddział był wyposażony w wentylację mechaniczną z agregatem chłodniczym, zainstalowaną w bloku porodowym i sali cięć oraz wentylację grawitacyjną wspomaganą mechanicznymi wentylatorami, zainstalowaną w pozostałych pomieszczeniach Oddziału.

Urządzenia wentylacji mechanicznej były objęte corocznymi przeglądami obejmującymi sprawdzenie układów chłodniczych. Przewody kominowe wentylacji grawitacyjnej były objęte kontrolami przeprowadzanymi dwa razy w roku.

Przeglądy i kontrole przeprowadzone w okresie badanym wykazywały sprawność urządzeń wentylacyjnych.

(akta kontroli str. 126-140)

1.5. Badanie czasu pracy lekarzy Oddziału, którym objęto lipiec i październik z poszczególnych lat okresu kontrolowanego (łącznie 6 miesięcy) wykazało, że w dni robocze, w godzinach od 7:30 do 15:30, w 2017 r. pracowało od dwóch do pięciu lekarzy, a w godzinach od 15:30 do 7:30 dnia następnego – jeden lub dwóch lekarzy. W soboty, niedziele i dni świąteczne praca była wykonywana w formie 24-godzinnych dyżurów – od 7:30 do 7:30 dnia następnego, pełnionych przez jednego lub dwóch lekarzy.

(akta kontroli str. 59-63)

W Szpitalu była zapewniona stała obecność lekarza specjalisty w dziedzinie anestezjologii

(akta kontroli str. 59-63)

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

(akta kontroli str. 168-179)

Stwierdzone  
nieprawidłowości

W działalności kontrolowanej jednostki w przedstawionym wyżej zakresie stwierdzono nieprawidłowości polegające na:

1. Niezapewnieniu stałej obecności lekarza specjalisty w dziedzinie położnictwa i ginekologii lub lekarza ze specjalizacją I stopnia w dziedzinie położnictwa i ginekologii - w miejscu udzielania świadczeń, mimo wymogu określonego w rozporządzeniu w sprawie świadczeń gwarantowanych, w załączniku nr 3 - Warunki szczegółowe realizacji świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego, część I - Warunki szczegółowe, jakie powinni spełnić świadczeniodawcy przy udzielaniu świadczeń gwarantowanych w trybie hospitalizacji planowej.

Badanie czasu pracy lekarzy wykazało, że A.K. lekarz rezydent, nie posiadająca wymaganych kwalifikacji, pełniła samodzielne dyżury w lipcu 2017 r. – 7 razy, w październiku 2017 r. – 6 razy i w lipcu 2018 r. – 4 razy. W lipcu i październiku 2019 r. nie stwierdzono dyżurów pełnionych samodzielnie przez osoby nieposiadające wymaganych kwalifikacji.

(akta kontroli str. 59-63)

Koordynator Oddziału wyjaśnił, że dopuszczenie do pełnienia samodzielnych dyżurów przez lekarza rezydenta, wynikało z trudności w ułożeniu grafiku pracy spowodowanych brakiem lekarzy chętnych do pełnienia dyżurów i podkreślił, że zawsze pod telefonem pełnił dyżur lekarz specjalista, który udzielał konsultacji telefonicznych, a w razie potrzeby mógł w krótkim czasie przybyć na Oddział.

(akta kontroli str. 142)

2. Mimo obowiązku określonego w § 2 pkt 9 obowiązujących w okresie kontrolowanym umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w systemie podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej, zawartych 12 stycznia 2017 r., 28 września 2017 r. i 20 grudnia 2018 r. z Narodowym

Funduszem Zdrowia<sup>14</sup>, Szpital nie dokonywał bieżącego aktualizowania danych o swoim potencjale wykonawczym przeznaczonym do realizacji umowy w części dotyczącej sprzętu. W aktualnej umowie, w załączniku „zasoby”:

- wyszczególniono aparaturę, której Oddział nie posiadał<sup>15</sup>,
- nie ujęto aparatury znajdującej się faktycznie na wyposażeniu Oddziału<sup>16</sup>.

(akta kontroli str. 87-89, 194, 202, 232, 254, 264, 275-293)

Prezes Zarządu spółki wyjaśniła, że nabywany sprzęt był na bieżąco dodawany do wewnętrznego systemu zarządzania sprzętem medycznym, lecz ze względu na brak właściwego przepływu informacji pomiędzy działami administracyjnymi Szpitala nie dokonywano bieżącej aktualizacji zasobów sprzętowych. Zgłoszenie zmiany do umowy polegającej na dodaniu listy udostępnionych zasobów została dokonana 13 lutego 2020 r., tj. w trakcie kontroli.

(akta kontroli str. 275-293, 295)

3. Organizacja dyżurów lekarzy Oddziału dopuszczająca świadczenie pracy przez 32 godziny bez przerwy. Badanie przeprowadzone w toku kontroli wykazało 83 przypadki pracy bez przerwy od 7:30 do 15:30 dnia następnego.<sup>17</sup> Dotyczyło to pracy lekarzy zatrudnionych na podstawie kontraktów.

(akta kontroli str. 59-63)

Koordinator Oddziału wyjaśnił, że ustalanie harmonogramów pracy lekarzy w wymiarze przekraczającym 24 godziny było spowodowane brakiem personelu lekarskiego i koniecznością zabezpieczenia ciągłej opieki na Oddziale.

(akta kontroli str. 142)

W ocenie NIK udzielanie świadczeń przez lekarzy przez ponad 24 godziny bez przerwy może mieć negatywny wpływ na jakość usług i bezpieczeństwo pacjentek.

#### OCENA CZĄSTKOWA

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

Zatrudnienie lekarzy i pielęgniarek spełniało wymogi określone w rozporządzeniu w sprawie świadczeń gwarantowanych. Aparatura medyczna i urządzenia wentylacyjne Oddziału był objęty badaniami i przeglądami technicznymi. Warunki lokalowe Oddziału spełniały wymogi określone w rozporządzeniach w sprawie szczegółowych wymagań z 2012 r. i 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.

Stwierdzone nieprawidłowości dotyczyły pełnienia samodzielnych dyżurów przez lekarza nieposiadającego wymaganych kwalifikacji, niedokonywaniu bieżącej aktualizacji danych dotyczących aparatury medycznej oraz udzielania świadczeń przez lekarzy przez ponad 24 godziny bez przerwy.

<sup>14</sup> Umowy zawarte pomiędzy Szpitalem w Szczecinku i Narodowym Funduszem Zdrowia – Zachodniopomorskim Oddziałem Wojewódzkim w Szczecinie (dalej: NFZ) o numerach odpowiednio: 16-00-03874-17-03/03-01-11-46, 16-00-03874-17-15/03-08-17-014, 16-00-03874-19-05/03-08-17-014.

<sup>15</sup> Tj. aparat do elektrokoagulacji GT 300 nr seryjny 84125, cztery detektory tętna płodu nr, nr 1201, 989, E0356, E0357, kardiomonitor nr DE73106063, pięć KTG kardiografów nr nr 03500526, 015000405, 12139, 260-JF5099, CADA2020842541B, dwie pompy infuzyjne nr nr P101, 3851, ssak elektryczny nr 743, gastroskop FIL-150, laparoskop nr SN66109513GB, histeroskop nr BKV10464, kolonoskop nr IC323A040.

<sup>16</sup> Tj. diatermy ES-120 nr 121435, trzech detektorów tętna płodu nr, nr 2012-Do407, SN2019-E3214 i SN2019E3249, pięciu kardiomonitorów nr nr SN-KQ 82009538, NN-14124708, 0912092078, 10010015, 10020021, czterech KTG kardiografów nr nr DE53023162, DE53023513, D45737412, D45737415, dwóch pomp infuzyjnych nr nr 9272, 1205351, dwóch ultrasonografów nr nr QE32100105, VSX000596, gastroskopu nr EG-530FI, laparoskopu nr ST00469/16, histeroskopu nr ST/8/3616/1, kolonoskopu nr H122890

<sup>17</sup> W lipcu 2017 r. – 11, w październiku 2017 r. – 13, w lipcu 2018 r. – 12, w październiku 2018 r. – 13, w lipcu 2019 r. – 14, w październiku 2017 r. – 19.

## **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 posiadał ustalonych w sposób formalny wskaźników opieki okołoporodowej, o których mowa w części I ust. 2 załącznika do rozporządzenia w sprawie standardu z 2018 r.

Dyrektor ds. Medycznych poinformował, że w Szpitalu będą ustalone następujące wskaźniki:

- wyniki okołoporodowe:
  - martwe urodzenia – po 22 tygodniu ciąży,
  - żywe urodzenia (wg wieku matki, czasu trwania ciąży, masy urodzeniowej płodu, skali Apgar, porodów mnogich),
  - umieralność kobiet w okresie okołoporodowym,
  - częstotliwość występowania wad wrodzonych u urodzonych płodów,
- jakość opieki porodowej:
  - urodzenia (wg sposobu ukończenia ciąży),
  - sposobu rozpoczęcia czynności skurczowej (indukcja porodu, stymulacja porodu, amniocenteza).

(akta kontroli str. 54-55)

Koordinator Oddziału wyjaśnił, że ww. wskaźniki zostały ustalone na początku 2020 r. i w tym okresie przeprowadzono analizę (monitorowanie) kształtowania się tych wskaźników w 2019 r. Kolejne analizy, które będą przeprowadzane w odstępach półrocznych, pozwolą na ustalenie tendencji.

(akta kontroli str. 296)

2.3. Szpital nie posiadał wewnętrznych regulacji dotyczących opieki nad pacjentkami, które poroniły, urodziły martwe dziecko lub dziecko, które zmarło wkrótce po porodzie, nie posiadał również formalnych zasad kierowania takich pacjentek do sal jednoosobowych, bądź sal przeznaczonych wyłącznie dla nich.

(akta kontroli str. 52, 143)

Stosowane w praktyce sposoby postępowania w powyższym zakresie zostały przedstawione w punktach 2.9 i 3.6 wystąpienia pokontrolnego.

2.4, 2.5 i 2.6 W badanym okresie lekarze uczestniczyli w corocznych krajowych konferencjach szkoleniowych, ogólnopolskich kongresach z zakresu ginekologii i położnictwa, na których omawiane były zagadnienia dotyczące standardów opieki okołoporodowej, wewnątrzoddziałowych zebraniach, na których omawiano aktualności prezentowane podczas krajowych konferencji oraz szkoleniach dotyczących standardów opieki okołoporodowej.

(akta kontroli str. 298-300)

Koordinator Oddziału wyjaśnił, że uczestnicy krajowych konferencji i kongresów przedstawiali poruszane kwestie pozostałym lekarzom Oddziału. Korzystano przy tym z płyt zawierających nagrania wykładów i prezentacji.

Ponadto w każdym kwartale organizowane były wewnętrzne szkolenia dotyczące procedur położniczych i ginekologicznych. W 2019 r. przeprowadzono szkolenie wewnętrzne dotyczące nowych standardów opieki okołoporodowej, które objęło wszystkich lekarzy Oddziału. Szkolenia te były prowadzone przez koordynatora Oddziału lub lekarza posiadającego doświadczenie w zagadnieniu będącym tematem szkolenia i były przygotowywane na podstawie fachowej literatury, artykułów w prasie medycznej oraz specjalistycznych portalach internetowych.



Szkolenia wewnętrzne odbywały się w każdym roku, lecz ich dokumentowanie prowadzone jest od 2019 r.

(akta kontroli str. wyj. 296-301)

Pielęgniarki i położne uczestniczyły głównie w wewnątrzoddziałowych szkoleniach, które odbywały się przynajmniej raz w miesiącu i dotyczyły procedur medycznych, kodeksu etyki zawodowej pielęgniarek i położnych i obowiązujących przepisów, praw pacjenta.

Zagadnienia dotyczące standardów opieki okołoporodowej, w 2017 r. były przedmiotem 8 szkoleń, w 2018 r. - 9, w 2019 r. – 11. W każdym roku odbywało się szkolenie z zakresu opieki nad pacjentkami, które doświadczyły poronienia, urodzenia martwego dziecka, lub śmierci dziecka wkrótce po porodzie.

Szkolenia wewnątrzoddziałowe były prowadzone przez pielęgniarkę koordynującą lub wyznaczoną pielęgniarkę/położną z odpowiednim doświadczeniem. Osoby prowadzące przygotowywały prelekcje na podstawie fachowej literatury, artykułów w prasie medycznej oraz czerpały wiedzę ze specjalistycznych portali internetowych.

(akta kontroli str. 144-145, 302-304)

Wydatki Szpitala na szkolenie personelu medycznego wyniosły 135,1 tys. zł w 2017 r., 133,7 tys. zł w 2018 r. i 145,8 tys. zł w 2019 r. Wydatki na szkolenia personelu Oddziału wyniosły odpowiednio 10 tys. zł, 4,5 tys. zł i 3,9 tys. zł, z czego wydatki na szkolenia dotyczące standardów opieki okołoporodowej były poniesione tylko w 2019 r. w kwocie 3,9 tys. zł.

(akta kontroli str. 305)

2.7. Szpital był przygotowany do udzielania wsparcia w radzeniu sobie ze stresem personelowi medycznemu opiekującemu się pacjentkami, które poroniły lub urodziły martwe dziecko.

Na podstawie umowy zlecenie zawartej 30.04.2013 r. zatrudniono na umowę zlecenia psychologa, a zakres umowy przewidywał m.in. organizowanie spotkań terapeutycznych dla pracowników, grupowych i indywidualnych zgodnie z zapotrzebowaniem i oczekiwaniami.

(akta kontroli str. 306-307)

2.8. W toku kontroli zwrócono się do 14 osób personelu (sześciu lekarzy i ośmiu położnych i pielęgniarek) Oddziału o wyjaśnienia 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. Lekarze wskazali na brak wiedzy pacjentek na temat sytuacji, w jakiej się znalazły (trzy odpowiedzi) i na stres pacjentki spowodowany zaistniałą sytuacją (jedna odpowiedź). Pielęgniarki i położne wskazywały na trudności komunikacyjne, tj. „zamknięcie się” pacjentek i niechęć do rozmowy (pięć odpowiedzi). Pozostałe osoby wyjaśniły, że nie miały trudności w pracy z pacjentkami;

Ad.2. Wszystkie osoby wskazały na potrzebę szkoleń i doskonalenia zawodowego, w szczególności w zakresie komunikacji z pacjentkami, które nie wyrażają chęci do współpracy;

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

Ad.4. Jako formę wsparcia w pokonywaniu stresu 12 osób wskazało na możliwość rozmowy z psychologiem, a dwie osoby stwierdziły, że nie potrzebują wsparcia w tym zakresie;

Ad.5. Żadna z osób składających wyjaśnienia nie zgłaszała potrzeby wsparcia;

Ad. 6. Tylko jedna osoba uznała, że realizowane przez Szpital formy doskonalenia zawodowego są wystarczające, pozostałe osoby wskazały na potrzebę częstszych szkoleń.

(akta kontroli str. 387-401)

2.9. Od 2019 r. w dokumentacji medycznej były ujmowane pisemne oświadczenia pacjentek, 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.

(akta kontroli str. 314)

Położna koordynująca Oddziału wyjaśniła, że ww. pacjentki były informowane ustnie przez personel o możliwości uzyskania pomocy psychologicznej, a od 2019 r. otrzymywały formularz pisemnego oświadczenia, że zostały poinformowane o możliwości uzyskania takiej pomocy. Ponadto komunikaty w tej sprawie zostały zawieszane na tablicach ogłoszeń w obszarze ginekologicznym i położniczym.

(akta kontroli str. 143-144)

Od 2019 r. personel Oddziału przekazywał pacjentkom:

- opracowany w Szpitalu informator „Opieka nad kobietą w sytuacjach szczególnych” opisujący zasady szczególnej opieki w trakcie hospitalizacji, m.in. poprzez zacytowanie punktów 1-5 i 7 z części XV załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie standardów. W informatorze omówiono sytuację prawną kobiety po poronieniu lub martwym urodzeniu, w tym kwestie rejestracji dziecka w urzędzie stanu cywilnego, urlopu macierzyńskiego i zasiłku pogrzebowego.
- „Miniporadnik dla rodziców, których dziecko zmarło przed urodzeniem” opracowany przez Duszpasterstwo Służby Zdrowia i Chorych Diecezji koszalińsko-kołobrzeskiej opisujący kroki postępowania dotyczącego organizacji pogrzebu, w tym formalności w zakładzie opieki zdrowotnej, rejestrację w USC, formalności pogrzebowe oraz formalności związane ze świadczeniami.

(akta kontroli str. 315-318)

Stwierdzone  
nieprawidłowości

W działalności kontrolowanej jednostki w przedstawionym wyżej zakresie stwierdzono nieprawidłowość polegającą na nieokreśleniu w sposób formalny wskaźników opieki okołoporodowej oraz częstotliwości ich monitorowania, o których mowa w ust. 2 i 3 części I Standardu organizacyjnego opieki zdrowotnej w podmiotach wykonujących działalność leczniczą udzielających świadczeń zdrowotnych w zakresie opieki okołoporodowej stanowiącego załącznik do rozporządzenia w sprawie standardu z 2018 r.

(akta kontroli str. 54-55)

Koordinator Oddziału wyjaśnił, że regulacje dotyczące wskaźników opieki okołoporodowej są bardzo nieprecyzyjne i nie określają formy w jakiej należy ustalić te wskaźniki, ani terminu w jakim należy to uczynić. Brak formalnego wprowadzenia

wskaźników w 2019 r. był spowodowany złą sytuacją kadrową i finansową Szpitala, oraz trudnościami w utrzymaniu prawidłowego funkcjonowania. Pod koniec ubiegłego roku nastąpiła zmiana prezesa zarządu, a w marcu 2020 r. nastąpiła zmiana dyrektora ds. medycznych. Propozycję zmiany regulaminu organizacyjnego poprzez określenie w nim sposobu realizacji oraz dokumentowania działań dotyczących ustalania i monitorowania wskaźników opieki okołoporodowej zostaną przedstawione kierownictwu Szpitala do końca kwietnia 2020 r.

(akta kontroli str. 296)

#### OCENA CZĄSTKOWA

Szpital zabezpieczył możliwość skorzystania z pomocy psychologicznej przez pacjentki, które poroniły albo urodziły martwe dziecko, oraz możliwość uzyskania wsparcia przez pracowników w radzeniu sobie ze stresem, w związku z opieką nad takimi pacjentkami. Personel był objęty szkoleniami z zakresu standardów opieki okołoporodowej, w tym opieki nad pacjentkami w ww. szczególnych sytuacjach.

Wypowiedzi personelu medycznego dotyczące potrzeb w zakresie doskonalenia zawodowego w związku z pracą z pacjentkami doświadczającymi niepowodzenia położniczego oraz wynikającym z tego stresem, mogą świadczyć o konieczności zintensyfikowania przez Szpital działań w zakresie wsparcia personelu w pokonywaniu wymienionych trudności.

Pacjentki, które doświadczyły niepowodzeń położniczych, były informowane przez personel Oddziału o możliwości uzyskania pomocy psychologicznej oraz o przysługujących prawach wynikających z sytuacji, w której się znalazły oraz o możliwości pochówku utraconego dziecka.

Stwierdzona nieprawidłowość dotyczyła braku formalnych wskaźników opieki okołoporodowej.

#### OBSZAR

### 3. Świadczenia zapewniające pacjentkom stosowną pomoc.

Opis stanu faktycznego

3.1. Poza nieprawidłowościami stwierdzonymi przez Inspekcję Sanitarną, na których usunięcie wyznaczono czas do końca 2020 r.<sup>18</sup>, Oddział odpowiadał wymaganiom dotyczącym warunków lokalowych i sprzętu medycznego, określonym w rozporządzeniach w sprawie szczegółowych wymagań z 2012 r. i 2019 r.

3.2 i 3.3. W Szpitalu przestrzegane były przepisy dotyczące prowadzenia dokumentacji medycznej. Badanie, którym objęto 65 dokumentacji<sup>19</sup> wykazało, że we wszystkich przypadkach zawierała:

- upoważnienie do uzyskiwania informacji o stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych, ze wskazaniem imienia i nazwiska osoby upoważnionej,
- upoważnienie do uzyskiwania dokumentacji, 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,

<sup>18</sup> Szczegółowe dane przedstawiono w punkcie 1.4 wystąpienia pokontrolnego.

<sup>19</sup> w tym 60 dokumentacji pacjentek, które poroniły i 5 dokumentacji pacjentek, tj. wszystkich, które w okresie badanym urodziły martwe dzieci.

- 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 cesarskiego - 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. 319-327)

3.4 i 3.5. Wsparcie i poradnictwo psychologiczne dla pacjentów Szpitala było świadczone przez E. B.-Z. mgr psychologii, działającą na podstawie umowy zlecenia zawartej 30.04.2013 r.

(akta kontroli str. 306-309)

Psycholog wyjaśniła, zgodnie z warunkami umowy, w Szpitalu pełniła dyżury we wtorki od godziny 16-tej do 19-tej oraz zgłaszała się na wezwanie jego pracowników w przypadku, gdy pacjentka zgłaszała potrzebę pomocy psychologicznej. Na Oddziale udzielanie świadczeń odbywało się w salach, w których pacjentki przebywały, a w przypadku, gdy była to sala kilkuosobowa, personel Oddziału udostępniał inne pomieszczenie.

Psycholog nie prowadziła ewidencji zgłoszeń, ale stwierdziła, że udzielała pomocy w każdym przypadku zgłoszenia takiej potrzeby.

Na Oddziale pomoc psychologiczna była udzielona: w 2017 r. - 11 pacjentkom, w 2018 r. ok. 20 pacjentkom, a w 2019 r. 32 pacjentkom. Każde udzielenie pomocy było odnotowane w dokumentacji medycznej.

(akta kontroli str. 310-313)

W czasie nieobecności p. E.B.-Z., pomoc psychologiczna była świadczona przez psychologów z Niepublicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej „SALUS” w Szczecinku, na podstawie umowy zawartej 28.01.2009 r., której przedmiotem było wzajemne udzielanie konsultacji specjalistycznych.

(akta kontroli str. 328-334, 339-340)

Badanie 65 dokumentacji medycznych ww. pacjentek wykazało, że adnotacje psychologa o udzielonej pomocy były zawarte w 3 przypadkach. Wpisy w tym zakresie zawierały również informacje o możliwości udzielenia dalszej pomocy psychologicznej ze wskazaniem miejsca, gdzie taką pomoc można uzyskać.

(akta kontroli str. 324-326, 335-338)

3.6. Szpital nie posiadał formalnych regulacji dotyczących 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 porodu, które urodziły zdrowe dziecko. W prowadzonej dokumentacji medycznej nie odnotowywano, w jakiej sali chorych przebywały pacjentki.

Elżbieta Król wyjaśniła, że pacjentki, które poroniły były lokowane w jednoosobowej sali położonej na końcu obszaru ginekologicznego. W przypadku gdy jednocześnie było więcej pacjentek po poronieniach, były również lokowane w innych salach obszaru ginekologicznego. Przestrzegano przy tym zasady, żeby nie umieszczać tych pacjentek na jednej sali z pacjentkami będącymi w ciąży.

Pacjentki, które urodziły martwe dziecko były lokowane w jednoosobowej sali na końcu obszaru położniczego. Taka lokalizacja miała na celu odizolowanie od kontaktu z położnicami i noworodkami. Takie przypadki występowały rzadko i nigdy nie było problemów z zapewnieniem odpowiedniej separacji.

Wskazanie numeru sali, w której przebywa pacjentka oraz jej zmiany powinny być odnotowywane w prowadzonej dokumentacji medycznej w celu wykazania, że Szpital przestrzega warunku, o którym mowa w ust. 3 pkt 3 części XV załącznika do rozporządzenia w sprawie standardu z 2018 r., zgodnie z którym kobiet w sytuacji niepowodzeń położniczych w miarę możliwości nie umieszcza się w sali razem z kobietami w okresie ciąży, bądź w porożu, których ciąża zakończyła się urodzeniem zdrowego dziecka.

(akta kontroli str. 143)

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

Położna koordynująca Oddziału wyjaśniła, że pacjentkom, które wyraziły taką wolę, umożliwiano pożegnanie zmarłego dziecka w odpowiednio przygotowanej jednej z sal porodowych. W pożegnaniu mogły uczestniczyć osoby bliskie pacjentce. W takich przypadkach ciało dziecka było owinięte, na życzenie matki z odkrytą bądź zakrytą twarzą. Przy organizacji ostatnich pożegnań Szpital nie współpracował z grupami wsparcia ani stowarzyszeniami.

(akta kontroli str. 144)

3.8. W okresie badanym w Szpitalu obowiązywały następujące procedury postępowania w przypadku zgonu:

- a) „Postępowanie w przypadku zgonu pacjenta” wprowadzona 12 czerwca 2011 r.,
- b) „Postępowanie z martwo urodzonym noworodkiem i poronionym płodem” wprowadzona 15 listopada 2017 r.,
- c) „Postępowanie w przypadku zgonu pacjenta” wprowadzona 5 grudnia 2019 r.

Procedury z 2017 r. i 2019 r. określały postępowanie w przypadku:

- martwo urodzonego noworodka, tj. umycie ciała, zaopatrzenie ciała w dwie opaski identyfikacyjne z imieniem i nazwiskiem matki, płcią dziecka, datą i godziną porodu, zabezpieczenie pępowiny, owinięcie ciała w gazę i oznakowany papier lub ligninę z danymi z opaski identyfikacyjnej.
- poronionych płodów (urodzonych martwo przed 22 tygodniem trwania ciąży): zabezpieczenie płodu i umieszczenie w odpowiednim pojemniku opisanym danymi matki, datą i godziną poronienia oraz przekazanie pojemnika do chłodniarki znajdującej się w pomieszczeniu Pro Mortem.

Jeżeli matka nie wyraziła woli pochówku, procedury wymagały złożenia przez nią oświadczenia, że:

- jest świadoma, iż prawo pochowania zwłok dziecka przysługuje najbliższej rodzinie, a także innej osobie, która się do tego dobrowolnie zobowiązuje,
- zapoznała się z zasadami pochówku organizowanego przez Miasto Szczecinek,
- rezygnuje z przysługującego prawa do pochowania dziecka oraz ewentualnego prawa do zasiłku pogrzebowego.

W takim wypadku odebraniem zwłok dziecka zajmowało się Przedsiębiorstwo Gospodarki Komunalnej Sp. z o.o. w Szczecinku<sup>20</sup>.

(akta kontroli str. 341-377)

Ponieważ Szpital nie posiadał chłodni przystosowanej do przechowywania zwłok, na podstawie porozumienia zawartego w 2014 r., zwłoki oraz płody były przenoszone do chłodni w Zakładzie Pogrzebowym A. w Szczecinku.

(akta kontroli str. 380)

Badania histopatologiczne były wykonywane przez Zakład Patomorfologii Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego w Szczecinie (do kwietnia 2017 r.)

---

<sup>20</sup> Dalej PGK.

i Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Medistet – Diagnostyka Medyczna w Szczecinie (od maja 2017 r.).

Do badań histopatologicznych były przekazywane części tkanek trofoblastu lub łożyska.

(akta kontroli str. 145, 381)

Badanie 20 dokumentacji medycznych wybranych z lat 2017-2019 wykazało, że we wszystkich przypadkach dokumentacja zawierała oświadczenia rodziców dotyczące prawa pochowania zwłok dziecka, którzy w 10 przypadkach skorzystali z tego prawa.

(akta kontroli str. 381)

Organizacją pochówku zwłok, w przypadku zrzeczenia się rodziców z tego prawa, w imieniu Miasta Szczecinka zajmował się Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Szczecinku<sup>21</sup>. Zasady postępowania w tej sprawie były uregulowane uchwałą nr VI/57/2015 Rady Miasta Szczecinek z dnia 2 kwietnia 2015 r. w sprawie sprawienia przez Miasto Szczecinek pogrzebu osobom zmarłym oraz pochówku dzieci martwo urodzonych<sup>22</sup>.

Dyrektor MOPS złożył informację, że pochówek wykonywany był przez PGK dwa razy w roku, tj. w kwietniu i październiku, w formie kremacji zbiorowej. Urna zbiorowa składana była na cmentarzu w wyznaczonym miejscu, określonym jako „Grób Nienarodzonych”. W związku z ekumenicznym charakterem pochówku, Miasto Szczecinek informowało o jego terminie i zapraszało do udziału w ceremonii przedstawicieli kościołów i związków wyznaniowych z terenu Miasta.

Liczba szczątków dzieci martwo urodzonych przekazanych do pochówku przez Miasto przedstawiała się następująco: w 2017 r. – 45, w 2018 r. – 41, w 2019 r. – 44. Wydatki poniesione na organizację pochówku w każdym roku wynosiły po 4 tys. zł.

(akta kontroli str. 383)

3.9. W badanym okresie do Szpitala ani do 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. 384)

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 uzyskanej opieki. Otrzymano zwrotnie osiem ankiet. Na pytanie w sprawie:

- podejmowania decyzji dotyczących diagnostyki i leczenia – pięć pacjentek odpowiedziało, że podpisały ogólną zgodę na wszystkie zabiegi, a trzy pacjentki – że każdorazowo były pytane o zgodę na przeprowadzenie jakiegoś zabiegu,
- możliwości skorzystania z pomocy psychologa – cztery pacjentki potwierdziły, że miały taką możliwość z inicjatywy szpitala, a cztery – że nie miały takiej możliwości,
- traktowania przez personel medyczny – siedem pacjentek poinformowało o życzliwym traktowaniu, ze zrozumieniem sytuacji, jedna pacjentka odpowiedziała, że nie była życzliwie traktowana i dodała uwagę o następującej treści „*Niektóre pielęgniarki były wyrozumiałe, ale niektóre życzliwość i empatię zostawiły w domu*”,

<sup>21</sup> Dalej MOPS.

<sup>22</sup> Dz. Urz. Woj. Zachodniopomorskiego, poz. 1607.

- możliwości pożegnania zmarłego dziecka – w sześciu przypadkach pacjentki odpowiedziały, że nie wiedziały o takiej możliwości, a w dwóch przypadkach nie udzielono odpowiedzi,
- opieki w Szpitalu – cztery pacjentki oceniły bardzo dobrze, dwie pacjentki – dobrze i dwie pacjentki – wystarczająco.

(akta kontroli str. 402-417)

Stwierdzone  
nieprawidłowości

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

**OCENA CZĄSTKOWA**

Pacjentkom, które wyraziły takie życzenie zapewniono pomoc psychologiczną, a jej udzielenie odnotowywano w dokumentacji medycznej. Dokumentacja medyczna była prowadzona prawidłowo. Szpital posiadał procedury dotyczące postępowania z martwo urodzonym noworodkiem i poronionym płodem.

## IV. Uwagi i wnioski

Wnioski

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

1. zabezpieczenie organizacji pracy lekarzy Oddziału ginekologiczno-położniczego z uwzględnieniem:
  - a) stałej obecności lekarza specjalisty w dziedzinie położnictwa i ginekologii lub lekarza ze specjalizacją I stopnia w dziedzinie położnictwa i ginekologii – w miejscu udzielania świadczeń,
  - b) wyeliminowania przypadków świadczenia pracy w wymiarze przekraczającym 24 godziny bez przerwy,
2. przestrzeganie wymogu bieżącej aktualizacji danych dotyczących aparatury medycznej zgodnie z wymogami umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w systemie podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej,
3. ustalenie w sposób formalny wskaźników opieki okołoporodowej oraz zasad i częstotliwości ich monitorowania oraz ujęcie w regulaminie organizacyjnym sposobu realizacji i dokumentowania działań związanych z ustaleniem wskaźników i ich monitorowania.

Uwagi

Najwyższa Izba Kontroli nie formułuje uwag.

## V. Pozostałe informacje i pouczenia

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

Prawo zgłoszenia  
zastrzeżeń

Zgodnie z art. 54 ust. 1 i ust. 2 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  
wykonania wniosków

Zgodnie z art. 62 ustawy o NIK należy poinformować Najwyższą Izbę Kontroli, w terminie 30 od otrzymania wystąpienia pokontrolnego, o sposobie wykonania wniosków 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, 11 maja 2020 r.

Kontroler

Sławomir Żudro  
główny specjalista  
kontroli państwowej

.....  
*Podpis*

Najwyższa Izba Kontroli  
Delegatura w Szczecinie  
Dyrektor

.....  
*Podpis*