



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI
Delegatura w Zielonej Górze

LZG.410.003.03.2020

Pani
Bożena Osińska
Dyrektor
Wielospecjalistycznego Szpitala
SPZOZ w Nowej Soli

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

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

I. Dane identyfikacyjne

Jednostka kontrolowana	Wielospecjalistyczny Szpital Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Nowej Soli, ul. Chałubińskiego 7, 67-100 Nowa Sól (dalej <i>Szpital</i>)
Kierownik jednostki kontrolowanej	Bożena Osińska, Dyrektor Szpitala od 18 grudnia 1998 r.
Zakres przedmiotowy kontroli	<ol style="list-style-type: none">1. Zgodność z przepisami prawa organizowania udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w sytuacjach poronień, martwych urodzeń i zgonów dziecka tuż po porodzie¹.2. Przestrzeganie obowiązujących uregulowań (w tym standardów) dotyczących opieki okołoporodowej w przypadkach poronień, martwych urodzeń lub urodzenia dziecka, które umiera wkrótce po porodzie.3. Świadczenia zapewniające pacjentkom stosowną pomoc.
Okres objęty kontrolą	Lata 2017-2020 do dnia 27 marca 2029 r., 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 ²
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Zielonej Górze
Kontroler	Anna Tronowicz, główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LZG/10/2020 z 15 stycznia 2020 r.

(akta kontroli str. 1-3)

¹ Należy rozumieć sytuacje, w których dziecko zmarło w szpitalu do 6. doby życia włącznie.

² Dz. U. z 2019 r. poz. 489, ze zm., dalej: ustawa o NIK.

II. Ocena ogólna³ kontrolowanej działalności

OCENA OGÓLNA

Opieka Szpitala nad pacjentkami, które poroniły, urodziły martwe dziecko lub którym dziecko zmarło tuż po porodzie była sprawowana zgodnie z wymaganiami dotyczącymi organizacji udzielania świadczeń, wyposażenia w odpowiedni sprzęt i aparaturę medyczną oraz przez odpowiednią liczbę wykwalifikowanego personelu, który był przygotowany do pracy z takimi pacjentkami.

Personel Szpitala podnosił swoje kwalifikacje, uczestnicząc systematycznie w szkoleniach z zakresu opieki okołoporodowej. Czas pracy zatrudnionych na podstawie umowy o pracę lekarzy był przestrzegany i ewidencjonowany. Stwierdzono jednakże przypadki⁴ nieprzerwanego wykonywania przez lekarzy kontraktowych czynności zawodowych powyżej 48 godzin, co – w ocenie NIK – może stwarzać ryzyko dla jakości świadczonej opieki i zapewnienia bezpieczeństwa pacjentkom.

Opieka nad pacjentkami sprawowana była w pomieszczeniach spełniających warunki ogólnoprzestrzenne, sanitarne, instalacyjne, zapewniające poczucie intymności oraz wyposażonych w wymagany sprzęt, który poddawany był regularnym przeglądom. Zgodnie z obowiązującymi standardami pacjentki, które doświadczyły niepowodzenia położniczego nie były umieszczane z pacjentkami, które urodziły zdrowe dziecko⁵. Zakres sprawowanej nad pacjentką opieki, obejmował m.in. pomoc psychologiczną. W Szpitalu ustanowiono i monitorowano wskaźniki okołoporodowe, jednak sposób ich realizacji i dokumentowania nie został określony w regulaminie organizacyjnym. Poddana analizie dokumentacja medyczna 60 pacjentek prowadzona była prawidłowo. W dwóch przypadkach stwierdzono nieprawidłowość polegającą na niewystawieniu pacjentkom, mimo wskazań, skierowania na konsultację psychologiczną.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego oraz oceny cząstkowej⁶ 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 Szpitalu, opieka nad pacjentkami, które doświadczyły poronienia, urodzenia martwego dziecka, czy zgonu dziecka tuż po porodzie, realizowana była w Dziale Położniczo-Ginekologicznym (dalej *DPG* lub *Dział*), o trzecim stopniu referencyjności. Składał się on z pododdziału ginekologii onkologicznej i traktu porodowego. Wyodrębniono w nim część położniczą, patologię ciąży, ginekologię

³ Najwyższa Izba Kontroli formułuje ocenę ogólną jako ocenę pozytywną, ocenę negatywną albo ocenę w formie opisowej.

⁴ Na podstawie próby kontrolnej obejmującej dwa miesiące (lipiec, październik) w każdym roku w okresie 2017-2019 r. stwierdzono 14 przypadków udzielania przez lekarzy świadczeń zdrowotnych nieprzerwanie przez okres ponad 48 godzin (55,5 godzin – 11 przypadków, 79,5 godzin – 3 przypadki).

⁵ Badaniem objęto pacjentki hospitalizowane w Dziale Położniczo-Ginekologicznym Szpitala w grudniu 2019 r.

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

septyczną, ginekologię, w której umieszczano pacjentki, które doświadczyły niepowodzenia położniczego. W Dziale znajdowały się cztery gabinety badań/zabiegowe, dwa w części ginekologicznej oraz po jednym na patologii ciąży i w części położniczej.

(akta kontroli str. 30, 252, 127-130, 345)

W Szpitalu nie opracowano pisemnych procedur, instrukcji, dotyczących opieki nad pacjentką, która doświadczyła niepowodzenia położniczego (więcej w punkcie 2.3 wystąpienia pokontrolnego).

(akta kontroli str. 85)

1.2. W latach 2017-2019, w Szpitalu urodziło się ogółem 3651⁷ noworodków, w tym m.in.:

- 3638 żywo urodzonych (1249 w 2017 r., 1169 w 2018 r., 1220 w 2019 r.);
- 13 martwo urodzonych (4 w 2017 r., 2 w 2018 r. i 7 w 2019 r.);
- 22 zmarłych do 6. doby życia (po 9 w 2017 r. i 2018 r., 4 w 2019 r.).

Łączna liczba poronień ww. okresie wyniosła 307 przypadków (73 w 2017 r., 95 w 2018 r. i 139 w 2019 r.).

Nie wystąpiły przypadki powikłań po przebytych poronieniach z uszkodzeniem narządów płciowych.

(akta kontroli str. 81)

Najczęstszą przyczyną poronień i martwych urodzeń były zdarzenia samoistne - 317 przypadków (75 w 2017 r., 96 w 2018 r. i 146 w 2019 r.). Do zdarzeń tych, sporadycznie, dochodziło w wyniku wad płodu lub zaburzeń genetycznych – 3 przypadki (2 w 2017 r. i jeden w 2018 r.).

(akta kontroli str. 82-84)

1.3. W okresie objętym kontrolą⁸, Dział spełniał wymogi dotyczące personelu (lekarzy/pielęgniarek/położnych) określone w rozporządzeniu w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego⁹. Świadczeń zdrowotnych udzielało od 12¹⁰ do 14¹¹ lekarzy specjalistów w zakresie ginekologii i położnictwa, zatrudnionych w ramach umów cywilnoprawnych oraz od pięciu¹² (pięć etatów) do sześciu lekarzy¹³ (sześć etatów), zatrudnionych na podstawie umowy o pracę. Wszyscy lekarze zatrudnieni na podstawie umowy o pracę byli w trakcie odbywania specjalizacji z zakresu położnictwa i ginekologii.

(akta kontroli str. 154-156, 232-240, 245-246)

Na podstawie ewidencji czasu pracy lekarzy zatrudnionych w ramach umów o pracę w miesiącach lipiec, październik 2017 r. - 2019 r. (łącznie sześć miesięcy), ustalono, że zgodnie z art. 93 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej¹⁴ przestrzegano czasu pracy nieprzekraczającego 7 h 35 minut na dobę,

⁷ W 2017 – 1253, w 2018 r. – 1171, w 2019 r. – 1227.

⁸ Na podstawie próby kontrolnej obejmującej dwa miesiące (lipiec, październik) w każdym roku w okresie 2017-2019 r.

⁹ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz. U. z 2017 r. poz. 2295, ze zm.).

¹⁰ Lipiec 2018 r., 2019 r., październik 2019 r.

¹¹ Lipiec 2017 r.

¹² Lipiec i październik 2017 r. i 2018 r.

¹³ Lipiec i październik 2019 r.

¹⁴ Dz. U. z 2020 r. poz. 295.

pełnienia przez te osoby dyżurów medycznych (art. 95 ust. 4), ewidencjonowania czasu pracy (art. 96 ust. 3) oraz zapewnienia prawa do odpoczynku (art. 97 ust. 1).

(akta kontroli str. 155, 161-231)

Szpital zapewnił stałą obecność w Dziale lekarzy specjalistów w dziedzinie anestezjologii.

(akta kontroli str. 245)

W DPG zatrudnionych było od 46¹⁵ do 51¹⁶ pielęgniarek i położnych. Zgodnie z art. 50 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej¹⁷, Dyrektor ustaliła minimalną normę zatrudnienia pielęgniarek i położnych, określając ich poziom dla Działu w wysokości 37,4 etatu. W okresie objętym kontrolą poziom zatrudnienia pielęgniarek i położnych w Dziale wahał się między 46,7¹⁸ a 50,3¹⁹ etatów.

(akta kontroli str. 156, 241-244)

Zatrudnienie w Dziale specjalistów pielęgniarstwa ginekologiczno-położniczego/ginekologicznego/położniczego wahało się między 17²⁰ a 19²¹ osób.

(akta kontroli str. 156)

1.4. Sporządzony przez Szpital program dostosowania go do wymagań, o których mowa w art. 22 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej zaopiniowany przez Lubuskiego Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego w Gorzowie Wlkp.²², nie dotyczył Działu.

(akta kontroli str. 48-55)

DPG wyposażony był w wymagany sprzęt, wymieniony w załączniku nr 3 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego²³, w tym w: 8 kardiomonitorów, 10 kardiografów, kolposkop, 2 aparaty USG, laparoskop, histeroskop.

(akta kontroli str. 151-153)

Sprzęt ten poddawany był regularnym przeglądom technicznym, z częstotliwością wymaganą przez jego producenta.

(akta kontroli str. 151-153)

Klimatyzatory (12) znajdujące się w DPG poddawane były przeglądom, zgodnie z § 40 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą²⁴, z częstotliwością wymaganą przez producenta (co najmniej dwa razy do roku).

(akta kontroli str. 149-150)

¹⁵ Lipiec 2017 r.

¹⁶ Lipiec 2018 r. oraz październik 2019 r.

¹⁷ Dz. U. z 2020 r. poz. 295.

¹⁸ Lipiec 2017 r.

¹⁹ Lipiec 2019 r.

²⁰ Według stanu na lipiec 2017 i 2018 r.

²¹ Według stanu na październik 2017 r.

²² Decyzja nr I/M/NS-NZ-75/138/2012, z dnia 3 kwietnia 2012 r.

²³ Dz. U. z 2017 r. poz. 2295, ze zm.

²⁴ Dz. U. poz. 595. Wcześniej rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. poz. 739); uchylone z dniem 1 kwietnia 2019 r.

1.5. Analiza czasu pracy lekarzy realizujących w Dziale świadczenia zdrowotne na podstawie umowy cywilnoprawnej wykazała m.in., że łączny czas pracy w wybranych miesiącach objętych kontrolą²⁵ (łącznie z dyżurem nocnym i świątecznym) poszczególnych lekarzy wahał się w między:

- 24 a 399,5 godzinami pracy, w 2017 r.;
- 33 a 393 godzinami pracy, w 2018 r.;
- 40,4 a 433,5 godzinami pracy, w 2019 r.

W każdym miesiącu objętym badaniem wystąpiły przypadki, gdy lekarz udzielał świadczeń zdrowotnych powyżej 24 godzin bez przerwy. Przypadków takich wystąpiło łącznie 113, z czego w:

- 2017 r. było 22 (lipiec) i 20 (październik);
- 2018 r. – 22 (lipiec) i 14 (październik);
- 2019 r. – 16 (lipiec) i 19 (październik).

W 14 z ww. przypadków lekarze udzielali świadczeń zdrowotnych nieprzerwanie przez okres ponad 48 godzin (55,5 godzin – 11 przypadków, 79,5 godzin – 3 przypadki), co szerzej opisano w dalszej części wystąpienia pokontrolnego, w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 154, 157-159)

1.6. Sprawowanie przez Szpital opieki nad pacjentkami, które doświadczyły poronień, urodzenia martwego dziecka lub śmierci dziecka krótko po porodzie nie była przedmiotem kontroli innych organów.

(akta kontroli str. 120)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

Analiza czasu pracy lekarzy realizujących w DPG świadczenia zdrowotne na podstawie umowy cywilnoprawnej, w wybranych miesiącach objętych kontrolą²⁶, wykazała, że w 14 przypadkach lekarze udzielali świadczeń zdrowotnych nieprzerwanie przez okres ponad 48 godzin (55,5 godzin – 11 przypadków, 79,5 godzin – 3 przypadki).

Zdaniem NIK, dopuszczenie do wykonywania przez lekarza czynności zawodowych nieprzerwanie przez tak długi okres może – wskutek zmęczenia, niewyspania i przecapowania – sprzyjać popełnieniu błędów medycznych oraz nie gwarantować bezpieczeństwa pacjentkom przebywającym w Dziale, a w przypadku wystąpienia niepożądanego zdarzenia medycznego narażać na odpowiedzialność prawną lekarza i Szpital.

(akta kontroli str. 154, 157-159)

Dyrektor Szpitala wyjaśniła: (...) *Każdy dyżur medyczny zabezpieczony jest przez trzech lekarzy oraz przez ordynatora lub jego zastępcę dyżurującego pod telefonem (w gotowości). Z powodu ogromnego problemu, z jakim borykają się wszystkie szpitale w Polsce, czyli braku odpowiedniej liczby wykwalifikowanej kadry lekarskiej, jesteśmy zmuszeni do korzystania z usług lekarzy spoza terenu naszego województwa. Przez wzgląd na nasze potrzeby kadrowe oraz odległość lekarza*

²⁵ Na podstawie próby kontrolnej obejmującej dwa miesiące (lipiec, październik) w każdym roku w okresie 2017-2019 r.

²⁶ Na podstawie próby kontrolnej obejmującej dwa miesiące (lipiec, październik) w każdym roku w okresie 2017-2019 r.

przyjeżdżającego z daleka, czas jego godzin dyżurowych bywa wydłużony. Jednakże bezpieczeństwo przed utratą zdrowia i życia naszych pacjentek jest w całości zapewnione, gdyż jak wspomniano wyżej, lekarz nie jest na dyżurze sam i ma możliwość odpoczynku, a przy tym może liczyć na wsparcie lekarza będącego w gotowości (pod telefonem). W okresie trzech lat, którego kontrola dotyczyła, takie sytuacje były incydentalne i wymuszone przez braki personelu (choroby, urlopy, ciąży i inne zdarzenia losowe).

Ponadto wyjaśniła, że (...) Warto jednak wspomnieć, że obecna sytuacja na rynku medycznym odnosząca się do lekarzy specjalistów z zakresu położnictwa i ginekologii jest dramatyczna. Z powodu braku lekarzy specjalistów oddziały położniczo - ginekologiczne w Polsce są zamykane lub zawieszają swoją pracę do czasu uzupełnienia personelu.

(akta kontroli str. 371-372)

OCENA CZĄSTKOWA

W okresie objętym kontrolą w Szpitalu właściwie zorganizowano opiekę nad pacjentkami doświadczającymi poronienia, urodzenia martwego dziecka lub dziecka, które zmarło krótko po porodzie. Stosownie do wymogów dla trzeciego poziomu referencyjnego określonych w rozporządzeniu w sprawie świadczeń gwarantowanych, Szpital był wyposażony w odpowiednią aparaturę i sprzęt medyczny, które były sprawne technicznie oraz posiadały dokumenty potwierdzające dokonanie aktualnych przeglądów. W Dziale zapewniono również odpowiednią liczbę personelu medycznego posiadającego wymagane kwalifikacje, przy czym stwierdzono przypadki nieprzerwanego wykonywania przez lekarzy czynności zawodowych powyżej 48 godzin, co może stwarzać ryzyko dla jakości świadczonej opieki i zapewnienia bezpieczeństwa pacjentkom.

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.-2.2. W każdym roku objętym kontrolą ustanowione zostały wskaźniki opieki okołoporodowej. Zostały one określone w oparciu o normę jakościową ISO 9001/2015-10. Sposób pomiaru, monitorowania, sporządzania sprawozdań określała Księga Zintegrowanego Systemu Zarządzania oraz Karta Procesu Realizacji Usługi Medycznej, w oparciu o którą sporządzane były tzw. karty miernika skuteczności procesu, w których, oprócz zdefiniowania wskaźnika, określano: ich pożądany poziom, sposób wyliczenia (w zależności od jego rodzaju), częstotliwość jego pomiaru oraz termin sprawozdania z realizacji. Po upływie okresu sprawozdawczego, w przypadku przekroczenia przyjętych założeń, wskazywano tego przyczyny. I tak, w poszczególnych latach określono następujące wskaźniki:

- zgonu z powodu krwotoków położniczych (2017 r., 2018 r., 2019 r.);
- krwotoki położnicze (2020 r.);
- nacięć krocza (2020 r.);
- pęknięcia krocza III^o i IV^o (2017 r., 2018 r., 2019 r., 2020 r.);
- śmiertelność noworodków (2017 r., 2018 r., 2019 r., 2020 r.);
- badania przesiewowego USG głowy i jamy brzusznej (2017 r.);
- karmienia piersią przy wypisie ze szpitala (2017 r.);

- udzielanych instruktaży karmienia piersią (2018 r., 2019 r., 2020 r.);
- skuteczności edukacji w zakresie karmienia naturalnego (2020 r.);
- skuteczność edukacji w szkole rodzenia (2020 r.).

(akta kontroli str. 253-268, 337, 339)

Sposób realizacji oraz dokumentowania działań dotyczących ustalania i monitorowania wskaźników opieki okołoporodowej nie został zawarty w regulaminie organizacyjnym, tj. formie, o której mowa w ust. 3 części I załącznika do rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej²⁷ (co szerzej opisano w dalszej części wystąpienia pokontrolnego, w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*).

(akta kontroli str. 337, 339)

2.3. W Szpitalu nie opracowano pisemnych procedur, instrukcji, dotyczących opieki nad pacjentką, która doświadczyła niepowodzenia położniczego.

(akta kontroli str. 85)

W Dziale obowiązywały ogólne procedury postępowania dotyczące opieki nad pacjentkami Działu, w tym: dotyczące hospitalizacji pacjenta²⁸, postępowania w razie jego śmierci²⁹, przyjęcia pacjentki do Działu³⁰, postępowania medycznego w łagodzeniu bólu porodowego (znieczulenie zewnątrzoponowe)³¹, opieki nad pacjentką na Trakcie porodowym³² oraz standard postępowania w przypadku przedwczesnego pęknięcia błon płodowych przed 37 tygodniem ciąży – PROM³³.

(akta kontroli str. 85-119)

Dyrektor Szpitala, odnosząc się do braku procedur w ww. zakresie, stwierdziła, że nie ma wymogu (regulacji prawnych i norm jakościowych), aby takie regulacje opracowano. (...) *W opiece nad pacjentkami kierujemy się obowiązującymi w szpitalu standardami postępowania. Audytorzy podczas auditu wewnętrznego nie zakwestionowali naszego sposobu postępowania w analizowanym obszarze. W związku z powyższym nie widzimy potrzeby opracowania dodatkowych dokumentów.*

(akta kontroli str. 337, 339)

Według Położnej Oddziałowej, mimo braku pisemnych procedur wypracowano pewne reguły postępowania z pacjentkami, które doświadczyły niepowodzenia położniczego. Zgodnie z jedną z nich, pacjentek takich nie umieszcza się w pokojach z pacjentkami w ciąży bądź w położu, (...) *panie, które doświadczyły niepowodzenia położniczego umieszczane są na ginekologii, w miarę możliwości w salach pojedynczych, np. ginekologii septycznej, której usytuowanie zapewnia spokój i możliwość przebywania z osobami najbliższymi.* (...).

(akta kontroli str. 345)

2.4.-2.6. Personel medyczny Działu (pielęgniarki, położne, lekarze) uczestniczył corocznie w szkoleniach zewnętrznych i wewnętrznych z zakresu opieki

²⁷ Dz. U. poz. 1756.

²⁸ Procedura nr RUM/P/3.

²⁹ Procedura nr RUM/I/19.

³⁰ RUM/I/06.

³¹ RUM/P/23.

³² RUM/I/10.

³³ SOP-RUM-12.

okołoporodowej, z czego, w poszczególnych latach objętych kontrolą, odpowiednio: 6, 5, 10 szkoleniach zewnętrznych i 21, 22, 22 szkoleniach wewnętrznych.

W latach 2017 – 2019, wydatki na szkolenie personelu medycznego poniesione przez Szpital wyniosły łącznie 242,9 tys. zł, z czego na szkolenia w Dziale – 12,3 tys. zł (5,1%). Łączny koszt szkoleń dotyczących opieki okołoporodowej wyniósł 10,5 tys. zł (4,3% ogółu poniesionych wydatków na szkolenia).

(akta kontroli str. 56-66)

Liczba osób (personel medyczny), która uczestniczyła w szkoleniach zewnętrznych wahała się między jedną osobą (np. w szkolenie dotyczące: diagnostyki prenatalnej I i II ciąży – rekomendacja sekcji USG, zasady opieki nad kobietą ciężarną, standardów postępowania w położnictwie i ginekologii) a 30 osobami (szkolenie dotyczące zasad przetaczania krwi i preparatów krwipochodnych).

(akta kontroli str. 57-59)

W poszczególnych szkoleniach wewnętrznych uczestniczyło od czterech (szkolenie dotyczące nadciśnienia indukowanego ciążą) do 36 osób (szkolenie dotyczące profilaktyki zakażeń oraz zagadnień dotyczących otyłości, a ciąży).

(akta kontroli str. 60-66)

W ramach szkoleń wewnętrznych, przeprowadzono m.in. szkolenie dotyczące: straty ciąży, jako problemu medycznego i psychologicznego; zasad komunikacji – położna – pielęgniarka – pacjentka, jej wpływ na proces leczenia; zaburzeń emocjonalnych kobiet w okresie okołoporodowym; postępowania po poronieniu, rozpoznania i profilaktyki depresji u ciężarnej i położnicy. W szkoleniach tych uczestniczyły tylko pielęgniarki i położne Działu.

Według Dyrektora Szpitala *Lekarze Działu wiedzę o standardach opieki okołoporodowej czerpią z sympozjów poświęconych tej tematyce, poprzez bezpośredni kontakt z psychologiem pracującym w Szpitalu, z portali medycznych polskich i ogólnopolskich oraz ze specjalistycznych czasopism dotyczących tego tematu.*

(akta kontroli str. 60-66, 338, 340)

Kierownik Działu wskazując na wykorzystywane przez personel źródła wiedzy (oprócz szkoleń) o standardach okołoporodowych oraz mechanizmy pozwalające na sprawdzenie właściwego przygotowania personelu medycznego, wyjaśnił: *Oprócz szkoleń, współpracujemy z psychologami zatrudnionymi w Szpitalu. Korzystamy również z portali branżowych, w których znajdują się artykuły, informacje z najnowszej wiedzy medycznej. Portale takie umożliwiają wymianę wiedzy doświadczeń między kadrą medyczną w całej Polsce. Korzystamy również z czasopism medycznych.*

Oprócz spotkań, na których omawiamy problemy i zagadnienia, ocenę przygotowania personelu oceniam przede wszystkim na podstawie bieżącej obserwacji, rozmowy z lekarzem.

(akta kontroli str. 342)

2.7. Personel Działu miał możliwość skorzystać z pomocy psychologicznej. Zgodnie z założeniami ujętymi w regulaminie organizacyjnym, do obowiązków psychologa, należało m.in. udzielanie pomocy pacjentom i personelowi Szpitala, a także prowadzenie dla tych ostatnich szkoleń i warsztatów.

(akta kontroli str. 37)

Według Psycholog, udzielana dotychczas pomoc personelowi Szpitala dotyczyła najczęściej wypalenia zawodowego oraz komunikacji interpersonalnej.

(akta kontroli str. 368)

W okresie objętym kontrolą personel Działu nie uczestniczył w szkoleniach dotyczących radzenia sobie ze stresem. W 2020 r. zaplanowano dwa szkolenia w zakresie komunikacji: pn. „Komunikacja interpersonalna w zespole i jej wpływ na przepływ informacji” oraz „Sposoby radzenia sobie ze stresem w pracy na Oddziale”.

(akta kontroli str. 57-68)

Dyrektor Szpitala wyjaśniła, że: *Personel Działu dotychczas korzystał z takich form radzenia sobie ze stresem jak wsparcie psychologa zatrudnionego w szpitalu oraz od najbliższych współpracowników. (...).*

(akta kontroli str. 338, 340)

2.8. Wybrani przedstawiciele personelu medycznego Działu³⁴, odnosząc się do określonych aspektów swojej pracy z pacjentkami, które doświadczyły niepowodzenia położniczego, stwierdzili m.in., że:

- najczęstszą trudnością występującą w pracy z pacjentkami doświadczającymi niepowodzeń położniczych jest problem w komunikacji. Stan emocjonalny pacjentki wymaga dużo empatii i indywidualnego podejścia, „co stanowi duże wyzwanie dla personelu”. Sporadycznie składający wyjaśnienia (2) nie wskazali żadnych problemów w pracy z takimi pacjentkami;
- wsparcie, w tym dotyczące radzenia sobie ze stresem, udzielane było pracownikom przez psychologa zatrudnionego w Szpitalu. Równie często, jak oferowana pomoc psychologiczna, składający wyjaśnienia wskazywali na wsparcie uzyskiwane od najbliższych współpracowników;
- nie wystąpiły przypadki, w których zgłaszano potrzebę wsparcia, a jej nie uzyskano;
- poza nielicznymi przypadkami (2) wskazano, że istnieje potrzeba doskonalenia zawodowego, w tym w pracy z pacjentkami, które doświadczyły niepowodzenia położniczego oraz przeciwdziałania wypaleniu zawodowemu;
- realizowane formy wsparcia są właściwe, lecz poprzez realizację dodatkowych form np. poprzez organizację szkoleń, warsztatów mogłyby zostać wzmocnione.

Odnosząc się do ww. spostrzeżeń personelu medycznego, Dyrektor Szpitala wskazała, że oprócz dotychczas oferowanego personelowi wsparcia w postaci możliwości skorzystania z konsultacji psychologicznej, przewidziane zostały szkolenia, których celem będzie doskonalenie kadry medycznej m.in. w zakresie radzenia sobie ze stresem w zakresie pracy z pacjentkami oraz z zakresu zasad udzielania opieki po poronieniu i martwym urodzeniu w podmiocie leczniczym.

(akta kontroli str. 338, 340, 346-367)

2.9.-2.10. W Dziale udostępniono materiały informacyjne dla osób, które doświadczyły niepowodzenia położniczego, w których m.in.: wymieniono miejsca, w

³⁴ Trzech lekarzy, w tym kierownik Działu oraz siedem położnych/pielęgniarek.

których można uzyskać pomoc psychologiczną: poradnie, strony internetowe; dostępne publikacje zajmujące się zagadnieniem; miejsca, w których dopełnia się formalności w związku ze stratą dziecka, informacje o prawach przysługujących pacjentce bez względu na czas trwania ciąży, opis psychologicznych aspektów utraty dziecka.

(akta kontroli str. 272-274, 332, 344)

W 2007 r.³⁵ pomiędzy Szpitalem, a Terenowym Komitetem Ochrony Praw Dziecka w Zielonej Górze³⁶ (dalej TKOPD) zawarte zostało porozumienie w sprawie pochówku zwłok dzieci martwo urodzonych. Na jego podstawie, TKOPD zobowiązał się m.in. do odbierania zwłok w celu ich pochówku, a Szpital do informowania pacjentek Działu – matek dzieci martwo urodzonych bez względu na czas trwania ciąży – o możliwości złożenia wniosku o wydanie karty zgonu. Wyniki badania w zakresie przestrzegania wymogów dotyczących pochówku dzieci martwo urodzonych (bez względu na czas trwania ciąży) przedstawiono w pkt. 3.8. niniejszego wystąpienia.

(akta kontroli str. 270-271)

Położna Oddziałowa, wyjaśniła, że (...) *Pacjentka informowana jest przez personel medyczny o możliwości dokonania pochówku dziecka martwo urodzonego bez względu na czas trwania ciąży. Wraz z ustną informacją o przysługujących prawach do: pochówku, zasiłku macierzyńskiego, urlopu macierzyńskiego, zasiłku pogrzebowego pacjentki otrzymują komplet wniosków: o wypełnienie karty zgłoszenia urodzenia dziecka, o wypełnienie karty zgonu oraz upoważnienie dla Terenowego Komitetu Ochrony Praw Dziecka do pochówku. Wnioski takie przekazywane są pacjentkom, które poroniły do 22 tygodnia ciąży. Powyżej 22 tygodnia ciąży każda pacjentka otrzymuje kartę martwego urodzenia. Wypełnienie przez pacjentkę przedłożonych jej wniosków jest dobrowolne.*

(akta kontroli str. 344-345)

Stwierzone
nieprawidłowości

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

W regulaminie organizacyjnym Szpitala nie określono sposobu realizacji oraz dokumentowania działań dotyczących ustalania i monitorowania, wskaźników opieki okołoporodowej, co stanowiło naruszenie przepisu ust. 3 części I załącznika do rozporządzenia w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej.

(akta kontroli str. 5-47, 253-256)

Dyrektor Szpitala wyjaśniła, że: *sposób pomiaru, monitorowania, sporządzania sprawozdań z realizacji wskaźników okołoporodowych ujęty został w Księdze Zintegrowanego Systemu Zarządzania oraz Karcie Procesu Realizacji Usługi Medycznej. W związku z toczącym się postępowaniem w zakresie aktualizacji regulaminu organizacyjnego szpitala, informacja o ustalaniu i monitorowaniu wskaźników okołoporodowych, zgodnie z ust. 3 części I rozporządzenia w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej zostanie uwzględniona w jego treści.*

(akta kontroli str. 337, 339)

OCENA CZĄSTKOWA

Personel medyczny Działu podnosił swoje kwalifikacje, uczestnicząc systematycznie w szkoleniach z zakresu opieki okołoporodowej oraz uzyskiwał wsparcie w radzeniu

³⁵ 13 lutego 2007 r.

³⁶ Organizacja pozarządowa.

sobie ze stresem. Pacjentki były informowane o możliwości uzyskania pomocy psychologicznej oraz o prawach związanych z doświadczeniem niepowodzenia położniczego. Ustanowiono i monitorowano wskaźniki okołoporodowe, jednak sposób ich realizacji i dokumentowania nie został określony w wymaganej formie (w regulaminie organizacyjnym).

OBSZAR

3. Świadczenia zapewniające pacjentkom stosowną pomoc

Opis stanu faktycznego

3.1. Oględziny wybranych pomieszczeń, w których przebywają pacjentki, które doświadczyły niepowodzeń położniczych (dwóch pokoiów dla pacjentek, trzech gabinetów badań/zabiegowych, izby przyjęć dla pacjentek Działu oraz traktu porodowego) wykazało m.in., że:

- w pokojach dla pacjentek: łóżka dostępne były z trzech stron, a odstępy między nimi umożliwiały swobodny dostęp do pacjentów. Szerokość pokoju pozwalała na wyprowadzenie łóżka. Pokoje wyposażone były w umywalkę z ciepłą i zimną wodą, dozownik z mydłem w płynie oraz pojemnik z ręcznikami jednorazowego użycia i pojemnik na zużyte ręczniki. Pacjentki miały zapewniony bezpośredni dostęp do światła dziennego. Meble znajdujące się w pokojach umożliwiały ich mycie oraz dezynfekcję, a połączenie ścian z podłogami wykonane było w sposób umożliwiający mycie i dezynfekcję. Pomieszczenie higieniczno-sanitarne (przynależne do pokoju) wyposażone było w miskę ustępową, umywalkę, dozownik z mydłem w płynie, pojemnik z ręcznikami jednorazowego użycia oraz pojemnik na zużyte ręczniki;
- gabinety zabiegowe/badań wyposażone były: w umywalkę z baterią z ciepłą i zimną wodą, dozownik z mydłem w płynie oraz środkiem dezynfekującym, zlew z baterią. Gabinety zapewniały pacjentce poczucie intymności, okna zabezpieczone były przed dostępem osób trzecich. Dwa gabinety wyposażone były w informację o trwającym badaniu. Według Położnej Oddziałowej, bez względu czy gabinet jest wyposażony w informację o trwającym badaniu, w trakcie badania pacjentki, drzwi gabinetu zamykane są na klucz. W gabinetach znajdowały się kardiomonitory oraz ultrasonografy;
- trakt porodowy: składał się z czterech sal porodowych, jednostanowiskowych, z których każda umożliwia przeprowadzenie porodu rodzinnego. Do traktu porodowego należała sala operacyjna dla porodów rozwiązywanych cesarskim cięciem. Dział posiadał osobną Izbę przyjęć;
- w Dziale (w miejscu dostępnym dla ogółu pacjentek) znajdowała się biblioteka, tablica informacyjna, na której m.in. umieszczono informacje dotyczące pochówku dzieci nienarodzonych, możliwości skorzystania z konsultacji psychologicznej w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Nowej Soli, opieki duchownego. Dostępne były również informatory pn. „Informator dla osób, które straciły ciążę i dziecko”, których zakres został opisany w punkcie 2.9-2.10 wystąpienia pokontrolnego. Dział nie posiadał odrębnej sali do pożegnań.

(akta kontroli str. 319-333)

3.2.-3.3. Szczegółowe badanie dokumentacji medycznej 60 hospitalizowanych³⁷ w latach 2017-2019 pacjentek, które doświadczyły poronienia lub urodzenia martwego dziecka (17,5% ogółu takich pacjentek) wykazało, m.in. że:

- dokumentacje zawierały oświadczenia o: upoważnieniu do uzyskiwania informacji o stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych (§ 8 ust. 1 pkt 1 rozporządzenia w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej³⁸), upoważnieniu do uzyskiwania dokumentacji, ze wskazaniem imienia i nazwiska osoby upoważnionej (§ 8 ust. 1 pkt 2 ww. rozporządzenia), o wyrażeniu zgody na przeprowadzenie badania lub udzielenie innego świadczenia zdrowotnego (§ 8 ust. 1 pkt 3 ww. rozporządzenia) lub adnotacje o braku możliwości złożenia takich oświadczeń przez pacjentkę³⁹ (§ 8 ust. 3 ww. rozporządzenia);
- dokumentacje zawierały:
 - kartę: indywidualnej opieki pielęgniarskiej, obserwacji, gorączkową zleceń lekarskich, przebiegu znieczulenia⁴⁰, informacyjną zawierającą m.in. wyniki badań diagnostycznych, wyniki konsultacji, rozpoznanie choroby, opis zastosowanego leczenia;
 - wypis ze Szpitala, zawierający m.in. rozpoznanie kliniczne, numer statystyczny choroby, epikryzę oraz datę wypisu;
 - zgodę⁴¹ bądź jej odmowę (jeden przypadek) na wykonanie zabiegu abrazji lub cesarskiego cięcia;
 - informację o udzielonej pacjentce konsultacji psychologicznej (46,7%). W żadnej z dokumentacji nie udokumentowano odmowy skorzystania z porady psychologicznej;
 - w jednym przypadku wydano skierowanie do poradni zdrowia psychicznego. Dwóm pacjentkom zalecono konsultację psychologiczną, nie wydając w tym zakresie stosowanych skierowań (co szerzej opisano w dalszej części wystąpienia pokontrolnego, w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*);
- świadczenia⁴² wykonane zostały przez lekarza zgłoszonego do portalu świadczeniodawcy (portal NFZ).

(akta kontroli str. 81, 123-130)

Kierownik Działu, odnosząc się do braku odnotowywania w dokumentacji medycznej odmowy skorzystania przez pacjentkę z konsultacji psychologicznej, wyjaśnił: *Każdej pacjentce, która doświadczyła niepowodzenia położniczego proponowano konsultację psychologiczną. Pacjentki, które tę konsultację odbyły mają wpis w dokumentacji, pozostałe, które nie skorzystały z porad, takiej adnotacji nie posiadają. Takie były dotychczasowe założenia pracy na Oddziale. Już wdrożyliśmy procedurę postępowania, zgodnie, z którą odmowy konsultacji psychologicznej będą odnotowane w dokumentacji medycznej.*

(akta kontroli str. 342)

³⁷ Badaniem objęto: 60 przypadków niepowodzeń położniczych, które wystąpiły w okresie między 1 stycznia 2017 r., a 31 grudnia 2019 r.; po 20 przypadków z każdego roku, w tym: 15 martwych urodzeń (5 w 2017 r., 3 w 2018 r. i 7 w 2019 r.), 19 przypadków śmierci dziecka do 6. doby (8 przypadków w 2017 r., 7 w 2018 r. i 4 w 2019 r.), 26 przypadków poronień (7 w 2017 r., 10 w 2018 r. i 9 w 2019 r.).

³⁸ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. poz. 2069).

³⁹ Jeden przypadek.

⁴⁰ Karta przebiegu znieczulenia dotyczy przypadków, w których zastosowano znieczulenie.

⁴¹ W jednym przypadku pacjentka nie wyraziła swojej woli w zakresie wykonania cesarskiego cięcia. Pacjentka przywieziona do Szpitala we wstrząsie krwotocznym, cesarskie cięcie wykonano w trybie nagłym.

⁴² Odebranie porodu, wykonanie cesarskiego cięcia, wykonanie zabiegu abrazji.

W sprawie braku odnotowywania w dokumentacji odmowy skorzystania przez pacjentkę z konsultacji psychologicznej, Dyrektor Szpitala wyjaśniła, że: (...) *brak adnotacji był jednoznaczny z odmową skorzystania z porady psychologa. Zgodnie z rozporządzeniem w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej, rozdział XV kobiecie w sytuacji szczególnej należy umożliwić skorzystanie możliwie szybko z pomocy psychologicznej zgodnie z życzeniem kobiety. W związku z powyższym pomoc psychologiczna w Dziale jest udzielana każdej pacjentce zgodnie z jej wyrażoną wolą i życzeniem.*

(akta kontroli str. 338, 341)

3.4-3.5. W Szpitalu zatrudnionych było trzech psychologów, w tym: dwóch na podstawie umowy o pracę (dwa etaty)⁴³, którzy świadczyli pracę od poniedziałku do piątku oraz jeden na podstawie umowy cywilnoprawnej, udzielający konsultacji we wszystkie dni tygodnia, w zależności od potrzeb.

(akta kontroli str. 135)

Spośród 60 objętych analizą przypadków (pkt 3.2.-3.3. wystąpienia pokontrolnego) w 28 (46,7%), pacjentki skorzystały z pomocy psychologicznej lub psychiatrycznej (jeden przypadek)⁴⁴. Jedna z pacjentek była dwukrotnie konsultowana psychologicznie.

(akta kontroli str. 127-130)

Położna Oddziałowa opisując sposób świadczenia pomocy psychologicznej, wyjaśniła: *Psycholog jest na Oddziale codziennie, dowiadując się o ewentualnych przypadkach, wymagających konsultacji psychologicznej. Oprócz tego, w przypadku pacjentki, która doświadczyła niepowodzenia położniczego, informujemy Psycholog o takim przypadku, aby po uprzednio uzyskanej zgodzie pacjentki na konsultację, udzielona została jej porada. Dodatkowo, każda z pacjentek otrzymuje informator dla osób, które straciły dziecko/ciąże, w który m.in. wskazuje miejsca, w tym poradnie, w których możliwe jest uzyskanie pomocy psychologicznej po wyjściu ze szpitala, a także możliwości pochówku swojego dziecka.*

(akta kontroli str. 344)

Według psycholog: *W przypadku zaistnienia np. niepowodzenia położniczego, lekarze zgłaszają mi takie przypadki do konsultacji. Po otrzymaniu zgłoszenia udaję się na Oddział i oferuję zgłoszonej pacjentce pomoc psychologiczną. Zdarza się, że pacjentka nie życzy sobie oferowanej pomocy, informuję ją wtedy o możliwości konsultacji psychologicznej w innym terminie. Konsultacje z pacjentkami odbywają się na osobności, Oddziale lub w moim gabinecie. Udzielana konsultacja jest opisana i znajduje się w dokumentacji medycznej.*

(akta kontroli str. 368)

3.6. Badanie pacjentek, hospitalizowanych w Dziale (w grudniu 2019 r.) wykazało, że pacjentki, które doświadczyły niepowodzenia położniczego nie były umieszczane w pokojach z pacjentkami, które urodziły zdrowe dzieci, co było zgodne z ust. 3 pkt 3 części XV załącznika do rozporządzenia w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej.

(akta kontroli str. 123-130)

⁴³ Jeden z psychologów przypisany został do pracy w Dziale oraz do Działu Chirurgii Plastycznej i Oparzeń.

⁴⁴ Czas w jakim udzielano porad, w przypadku martwego urodzenia, poronienia wahał się między dniem w którym nastąpiło zdarzenie, a trzecim dniem (w zależności od przypadku, jako zdarzenie przyjęto: martwe urodzenie/wykonanie zabiegu aborcji/przyjęcie do Szpitala).

3.7. Dział nie dysponuje odrębnym pomieszczeniem służącym do pożegnań (tzw. pokój pożegnań). Szpital zawarł w 2007 r. z Terenowym Komitetem Ochrony Praw Dziecka w Zielonej Górze porozumienie do przeprowadzania przez Terenowy Komitet godnych pochówków (opis w punkcie 2.9-2.10. wystąpienia pokontrolnego).

(akta kontroli str. 85, 270-271, 345)

Według Położnej Oddziałowej, kierownika Działu oraz jednej z położnych, Szpital zapewnia warunki lokalowe umożliwiające pożegnanie się. Następuje ono w odrębnym pokoju (np. pokoju w którym urodziła pacjentka). Sposób przygotowania do pożegnania (m.in. ewentualny ubiór), uzależniony był od czasu trwania ciąży (wykształcenia płodu). W pożegnaniu oprócz matki i ojca, mogą uczestniczyć ich bliscy. Rodzice mają możliwość robienia zdjęć, pozyskania rzeczy, w które było ubrane dziecko, otrzymania innych pamiątek po dziecku, m.in. zdjęć USG.

(akta kontroli str. 335-336, 345)

3.8. W Szpitalu obowiązywała m.in. procedura postępowania w razie śmierci pacjenta w szpitalu⁴⁵, która dotyczyła m.in. noworodków martwo urodzonych. Pacjentkom działu, które doświadczyły niepowodzenia położniczego (poronienia) przekazywane były wnioski (wraz z informacją, o skutkach ich złożenia) o:

- o wypełnienie karty zgłoszenia urodzenia dziecka, w celu pochówku dziecka martwo urodzonego, z informacją, że jego wypełnienie będzie m.in. stanowiło podstawę do uzyskania prawa do urlopu macierzyńskiego, zasiłku macierzyńskiego i zasiłku pogrzebowego;
- pn. upoważnienie dla Terenowego Komitetu Ochrony Praw Dziecka, z informacją, że jest to upoważnienie dla TKOPD do dokonania pochówku;
- o wypełnienie Karty zgonu, z informacją, że wypełnienie tego wniosku upoważnia pacjentkę do pochówku bez konieczności rejestracji dziecka w USC.

Wypełniony przez pacjentkę wniosek umieszczany był w dokumentacji medycznej.

(akta kontroli str. 96-103, 275-279, 344-345)

Analiza 20 przypadków (13 przypadków martwych urodzeń i 7 poronień) wykazała, że: każda z pacjentek, która doświadczyła poronienia (7), upoważniła (pisemnie) TKOPD do dokonania pochówku. Odbiór materiału poronnego przez TKOPD następował najczęściej po około miesiącu po przeprowadzeniu badań histopatologicznych. W przypadku martwych urodzeń (13) odbioru zwłok w celu pochówku dokonywały niezwłocznie zakłady pogrzebowe (uprawnieni dokonywali pochówku we własnym zakresie).

(akta kontroli str. 376)

Przeprowadzaniem badań histopatologicznych zajmował się Szpitalny Zakład Patomorfologii działający w strukturach Szpitala.

(akta kontroli str. 36)

Kierownik Szpitalnego Zakładu Patomorfologii wskazał m.in.: *W przypadku gdy pacjentka nie złożyła upoważnienia dla TKOPD do przeprowadzenia pochówku, po otrzymaniu zwłok/materiału poronnego pracownicy Zakładu uzyskują (ustnie) potwierdzenie z Działu Położniczo-Ginekologicznego, co do dalszego procedowania ze zwłokami/materiałem poronnym (czy pacjentka decyduje się na przeprowadzenie pochówku we własnym zakresie, czy upoważnia TKOPD). TKOPD systematycznie – najczęściej raz na kwartał dokonuje odbioru materiału poronnego w celu jego pochówku.*

⁴⁵ Nr RUM/I/19.

(akta kontroli str. 378)

Prezydent Miasta Nowej Soli, poinformował, że nie organizowano i nie finansowano pochówku ciał dzieci martwo urodzonych, ponieważ organizacją i finansowaniem takich pochówków zajmuje się TKOPD.

(akta kontroli str. 373-375)

3.9. W okresie objętym kontrolą do Szpitala oraz do Narodowego Funduszu Zdrowia – Lubuski Oddział Wojewódzki w Zielonej Górze nie wpłynęły skargi dotyczące sposobu sprawowania opieki nad pacjentkami, które poroniły, urodziły martwe dziecko lub którym dziecko zmarło wkrótce po porodzie.

(akta kontroli str. 121-122)

3.10. W latach 2017 i 2019, Szpital przeprowadził wśród pacjentek badania ankietowe, dotyczące m.in. opieki lekarskiej, pielęgniarstwa, warunków pobytu w Dziale. W badaniach tych uczestniczyły pacjentki części ginekologicznej oraz położniczej z traktem porodowym. I tak, wskaźnik ocen⁴⁶:

- ogólnej opieki lekarskiej⁴⁷: pozytywnych⁴⁸ wahał się między: 95,8% a 99,3%, a negatywnych⁴⁹ między: 0% a 0,4%;
- ogólnej opieki pielęgniarstwa⁵⁰: pozytywnych wahał się między 99,9% a 100%, a negatywnych między 0% a 0,14%;
- warunków pobytu⁵¹: pozytywnych wahał się między: 95,2% a 99,4%, a negatywnych między 0% a 1,5%.

Również w 2017 r. pacjentki ankietowane, przebywające w części położniczej pozytywnie oceniały opiekę lekarską i pielęgniarstwa oraz warunki pobytu. Wskaźnik odpowiedzi pozytywnych, m.in. na pytanie czy lekarze są uprzejmi, wyjaśniają wszystko pacjentce oraz informują ją jak postępować po wyjściu ze szpitala wahał się między 89% a 98%.

W 2018 r. przeprowadzone w Dziale badanie ankietowe w zakresie dostępu do informacji przez pacjentki (część ginekologiczna), wykazało, że ogólny wskaźnik ocen pozytywnych wyniósł 97,6%, negatywnych 0,6%.

(akta kontroli str. 280-317)

W toku kontroli, do 25 pacjentek hospitalizowanych w Szpitalu w latach 2017-2020⁵², które doświadczyły niepowodzenia położniczego skierowano ankietę w celu uzyskania informacji o otrzymanej opiece. W otrzymanych zwrótnie 10 ankietach, pacjentki oceniły pozytywnie otrzymaną opiekę. Większość pacjentek: każdorazowo była pytana o zgodę na przeprowadzenie jakiegoś zabiegu (9), miała możliwość skorzystania z pomocy psychologa (9), z czego w większości przypadków następowało to z inicjatywy szpitala (8), była traktowana przez personel życzliwie (7), a opiekę w Szpitalu ocenia bardzo dobrze lub dobrze (8). Personel Szpitala w

⁴⁶ Części ginekologicznej, część położnicza według zaprezentowanego opisu została oceniona w 2019 r.

⁴⁷ Ocenie podlegała m.in.: uprzejmość, poszanowanie intymności, przekazywanie informacji o przebiegu choroby, udzielanie informacji o zabiegach, badaniach w sposób przystępny i zrozumiały, informowanie jak postępować po wyjściu ze szpitala.

⁴⁸ Suma ocen dobrych i bardzo dobrych.

⁴⁹ Suma złych i bardzo złych.

⁵⁰ Ocenie podlegało m.in.: uprzejmość, dostępność, zapewnienie intymności, informowanie o wykonywanych czynnościach, udzielanie wskazówek do dalszej pielęgnacji w domu.

⁵¹ Ocenie podlegała m.in.: czystość na salach chorych, czystość w łazienkach, dogodność pory odwiedzin.

⁵² Z tego 20 korespondencyjnie, a 5 od pacjentek przebywających w Dziale w toku kontroli NIK.

przypadku wyrażenia woli przez pacjentkę umożliwił jej pożegnanie się ze zmarłym dzieckiem (2), jednak większość pacjentek takiej woli nie wyrażała (6).

(akta kontroli str. 379)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

Nierzetelnym postępowaniem było niewydanie skierowania, uprawniającego do skorzystania z konsultacji psychologicznej, dwóm pacjentkom, którym w wypisie ze Szpitala zalecono wsparcia psychologa.

(akta kontroli str. 127-128)

Kierownik Działu, wyjaśnił: *W natłoku pracy przeoczono wydanie skierowania. Pacjentka oprócz wypisu otrzymuje od nas osobną informację, w której są wszelkie zalecenia, w tym konsultacje.*

(akta kontroli str. 343)

OCENA CZĄSTKOWA

Szpital zapewnił pacjentkom, które doświadczyły niepowodzenia położniczego możliwość skorzystania w Dziale z pomocy psychologicznej, a także odpowiednie warunki pobytu, w tym: wyposażenia, techniczne, lokalowe oraz poczucie intymności. Dokumentacja medyczna prowadzona była prawidłowo. Stwierdzona nieprawidłowość dotyczyła jedynie niewystawienia dwóm pacjentkom skierowania na konsultację psychologiczną, pomimo wskazań (zaleceń lekarskich).

IV. Wnioski

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

Wnioski

1. Wprowadzenie zmian w Regulaminie Organizacyjnym Szpitala polegających na określeniu sposobu realizacji i dokumentowania wskaźników opieki okołoporodowej oraz częstotliwości ich monitorowania.
2. Podjęcie działań organizacyjnych mających na celu ograniczenie, a w przypadku poprawy sytuacji w zatrudnianiu lekarzy specjalistów, wyeliminowania przypadków nieprzerwanego udzielania przez lekarzy świadczeń zdrowotnych przez zbyt długi okres.
3. W przypadkach stwierdzonych wskazań, wystawianie skierowań uprawniających do skorzystania ze świadczenia zdrowotnego (konsultacji psychologicznej).

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 Zielonej Górze. 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 30 dni 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.

Zielona Góra, 27 kwietnia 2020 r.

Kontroler
Anna Tronowicz
główny specjalista kontroli
państwowej

.....
podpis

Najwyższa Izba Kontroli
Delegatura w Zielonej Górze
p.o. Dyrektora
Włodzimierz Stobrawa

.....
podpis