



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Bydgoszczy

LBY.410.002.03.2020

Dr n. med. Eligiusz Patalas  
Szpital Wielospecjalistyczny im. dr. Ludwika Błażka  
w Inowrocławiu  
ul. Poznańska 97, 88-100 Inowrocław

# WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

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

# I. Dane identyfikacyjne

Jednostka kontrolowana	Szpital Wielospecjalistyczny im. dr. Ludwika Błażka w Inowrocławiu, ul. Poznańska 97, 88-100 Inowrocław <sup>1</sup>
Kierownik jednostki kontrolowanej	Eligiusz Patalas, Dyrektor, od 1 lutego 2001 r. do 30 listopada 2018 r. oraz od 13 marca 2019 r. <sup>2</sup> .  (akta kontroli str. 5-14)
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.</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 – 20 maja 2020 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 <sup>3</sup> .
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Bydgoszczy
Kontroler	Adam Ruciński, starszy inspektor kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LBY/21/2020 z 16 stycznia 2020 r. oraz LBY/57/2020 z 30 kwietnia 2020 r.  (akta kontroli str. 1-4)

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

<sup>2</sup> Od 1 grudnia 2018 r. do 12 marca 2019 r. stanowisko Dyrektora Szpitala pozostawało nieobsadzone. Niektóre kompetencje Dyrektora wykonywał w tym czasie Kierownik Lecznictwa Specjalistycznego na podstawie Pełnomocnictwa Dyrektora Szpitala z 30 listopada 2018 r. do działania w imieniu i na rzecz Szpitala Wielospecjalistycznego w Inowrocławiu w zakresie prowadzenia jego działalności statutowej (dalej: Dyrektor).

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

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

### OCENA OGÓLNA

W latach 2017-2020<sup>5</sup>, w Szpitalu udzielano świadczeń opieki zdrowotnej w sytuacjach poronień i martwych urodzeń zgodnie z wymogami dla drugiego poziomu referencyjnego, określonymi w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego<sup>6</sup>. Ponadto przygotowano i monitorowano wskaźniki związane z opieką okołoporodową<sup>7</sup> oraz organizowano opiekę nad pacjentkami w sytuacji niepowodzeń położniczych stosując wprost zasady określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej<sup>8</sup>.

Pomieszczenia na Oddziale Położniczo-Ginekologicznym Szpitala odpowiadały wymogom rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą<sup>9</sup>, zapewniając pacjentkom poczucie godności i intymności.

W Szpitalu przestrzegano zasad opieki nad kobietą w sytuacjach szczególnych określonych w Standardzie z 2018 r., a w szczególności starano się nie umieszczać pacjentek z niepowodzeniami położniczymi z kobietami w ciąży, bądź połogu, których ciąża zakończyła się urodzeniem zdrowego dziecka. Matkom i ich najbliższym umożliwiano pożegnanie zmarłego dziecka.

W Szpitalu informowano pacjentki, które poroniły lub urodziły martwe dziecko, o przysługujących im uprawnieniach oraz udzielano zainteresowanym kobietom pomocy psychologicznej. Przygotowano również personel medyczny do pracy z takimi pacjentkami oraz wspierano pracowników w radzeniu sobie ze stresem.

Większość zbadanych dokumentacji medycznych prowadzono w Szpitalu zgodnie z wymogami rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania<sup>10</sup>.

Stwierdzone w toku kontroli nieprawidłowości dotyczyły:

- udzielania w Oddziale świadczeń zdrowotnych przez lekarzy nieprzerwanie przez ponad 24 godziny,
- wykonania przeglądu trzech z 63 urządzeń medycznych po upływie terminów określonych przez producentów,
- nieudokumentowania przeglądów trzech z sześciu urządzeń klimatyzacyjnych,
- niemonitorowania wskaźnika występowania wad płodu na przełomie 2018 r. i 2019 r.<sup>11</sup>,
- dokonywania poprawek dokumentacji medycznej bez podania przyczyny i daty dokonanej zmiany oraz niedołączenia do niej części wymaganych dokumentów.

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

<sup>5</sup> Stan na 18 maja 2020 r.

<sup>6</sup> Dz. U. z 2017 r., poz. 2295, ze zm. (dalej: rozporządzenie w sprawie świadczeń).

<sup>7</sup> Za wyjątkiem wad płodu w okresie od 20 listopada 2018 r. do 31 grudnia 2019 r.

<sup>8</sup> Dz.U. z 2018 r., poz. 1756 (dalej: Standard z 2018 r.)

<sup>9</sup> Dz. U. z 2019 r., poz. 595 (dalej: rozporządzenie w sprawie wymagań z 2019 r.)

<sup>10</sup> Dz. U. z 2015 r. poz. 2069, obowiązujące do 14 kwietnia 2020 r. (dalej: rozporządzenie w sprawie dokumentacji)

<sup>11</sup> Od 20 listopada 2018 r. do 31 grudnia 2019 r.

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

OBSZAR

Opis stanu faktycznego

1.1. W badanym okresie w Szpitalu działał m.in. Oddział Położniczo-Ginekologiczny<sup>12</sup> o drugim poziomie referencyjnym wraz z salami porodowymi oraz Oddział Neonatologiczny.

W strukturze Oddziału wydzielono dwa odcinki - ginekologiczny i położniczy. W ramach odcinka położniczego funkcjonował między innymi tzw. trakt porodowy składający się z sali przedporodowej, czterech pojedynczych sal porodowych (w tym jednej z wanną), kąpielicy dla noworodków i sali cięć cesarskich oraz tzw. rooming-in z salami, w których przebywają matki z noworodkami po porodzie.

Na odcinku ginekologicznym dostępna była m.in. pojedyncza sala porodowa (ze służą umywalkowo-fartuchową) wykorzystywana głównie na potrzeby pacjentek doświadczających niepowodzeń położniczych. W tej części Oddziału, w ośmiu salach chorych, hospitalizowano również ww. osoby.

(akta kontroli str. 127-142, 397-445, 649-689)

1.2. W latach 2017-2019 w Szpitalu zarejestrowano 3 435 noworodków żywo urodzonych (1 239 w 2017 r., 1 128 w 2018 r., 1 068 w 2019 r.). W tym samym okresie miało miejsce 559 przypadków niepowodzeń położniczych (w tym 202<sup>13</sup> w 2017 r., 185<sup>14</sup> w 2018 r. i 172<sup>15</sup> w 2019 r.). Ww. niepowodzenia w stosunku do liczby noworodków żywo urodzonych stanowiły odpowiednio 16,3% w 2017 r., 16,4% w 2018 r. oraz 16,1% w 2019 r. Przyczyną 557 niepowodzeń były zdarzenia samoistne, w dwóch przypadkach – wada płodu lub zaburzenie genetyczne. W Szpitalu nie wystąpiły przypadki śmierci noworodków do szóstej doby życia.

(akta kontroli str. 15-17)

1.3. Personel medyczny pracujący w Oddziale spełniał warunki, co do liczby i wykształcenia określone w rozporządzeniu w sprawie świadczeń.

W wybranych do kontroli miesiącach<sup>16</sup>, w ramach umowy o pracę zatrudniano na Oddziale:

- w lipcu i październiku 2017 r. – 41 położnych (w tym 17 ze specjalizacją w zakresie pielęgniarstwa położniczego) oraz czterech lekarzy, w tym trzech rezydentów,
- w lipcu i październiku 2018 r. – 42 położne (w tym 17 ze specjalizacją w zakresie pielęgniarstwa położniczego) oraz czterech lekarzy, w tym trzech rezydentów,
- w lipcu i październiku 2019 r. – 43 położne (w tym 19 ze specjalizacją w zakresie pielęgniarstwa położniczego) oraz trzech lekarzy rezydentów.

W Oddziale pracowali również lekarze w ramach umów cywilnoprawnych. W lipcu i październiku 2017 r. – 10 osób, w lipcu 2018 r. – dziewięć, a w październiku 2018 r. oraz lipcu i październiku 2019 r. – 10.

(akta kontroli str. 21-110)

<sup>12</sup> Dalej: Oddział.

<sup>13</sup> 200 poronień, dwa martwe urodzenia.

<sup>14</sup> 183 poronienia, dwa martwe urodzenia.

<sup>15</sup> 165 poronień, siedem martwych urodzeń.

<sup>16</sup> Lipiec i październik od 2017 r. do 2019 r.

Wszystkie osoby udzielające świadczeń zdrowotnych<sup>17</sup> były wykazane w umowie z Narodowym Funduszem Zdrowia (dalej: NFZ) lub zgłoszeniu aktualizacyjnym Systemu Zarządzania Obiegiem Informacji.

(akta kontroli str. 108-110)

Szpital, w badanych miesiącach, dysponował personelem medycznym wymaganym dla drugiego poziomu referencyjnego. Zapewniona była m.in. wyodrębniona opieka lekarska we wszystkie dni tygodnia oraz stała obecność lekarza specjalisty. W Oddziale pracowało<sup>18</sup> co najmniej dwóch lekarzy specjalistów w dziedzinie ginekologii lub położnictwa<sup>19</sup> oraz odpowiednia liczba położnych, w tym położnych w dziedzinie pielęgniarstwa położniczego. Szpital spełniał także warunek stałej obecności w lokalizacji lekarza anestezjologa.

(akta kontroli str. 21-34, 38-63, 97-106)

Analiza rozkładu czasu pracy lekarzy zatrudnionych na Oddziale wykazała, że w badanych miesiącach przestrzegano przepisów art. 93 – 97 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej<sup>20</sup>. Natomiast analiza rozkładu czasu pracy lekarzy udzielających w tych miesiącach świadczeń na Oddziale na podstawie umów cywilnoprawnych wykazała występowanie przypadków udzielania świadczeń nieprzerwanie przez ponad 24 godziny.

(akta kontroli str. 51-63, 65)

Stosownie do art. 50 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej, w badanym okresie Szpital dwukrotnie opracował minimalne normy zatrudnienia pielęgniarek i położnych, które na Oddziale wynosiły od 36 do 40 osób<sup>21</sup>.

(akta kontroli str. 111-126)

**1.4.** W badanym okresie Szpital realizował opracowany w 2012 r. i pozytywnie zaopiniowany przez Kujawsko-Pomorskiego Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego<sup>22</sup>, program dostosowania do wymogów określonych w rozporządzeniu w sprawie wymagań Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą<sup>23</sup>.

Ustalono, że Program Dostosowawczy w części dotyczącej Oddziału uwzględniał zadania dotyczące zamontowania na odcinku położniczym dozowników na mydło i podajników ręczników jednorazowych w pomieszczeniach higieniczno-sanitarnych, przystosowania pomieszczenia higieniczno-sanitarnego dla osób niepełnosprawnych oraz zamontowania i podłączenia wentylatora wyciągowego w brudowniku. Ponadto przewidziano wyposażenie sal położnic w dozowniki na mydło i podajniki ręczników jednorazowych oraz wykonanie w gabinecie zabiegowym powierzchni ścian umożliwiających ich mycie i dezynfekcję oraz zamontowanie dodatkowego zlewozmywaka.

Wojewódzki Inspektor 27 października 2014 r. pozytywnie zaopiniował<sup>24</sup> spełnienie warunków sanitarnych Oddziału. Jednocześnie jednak zobowiązał Szpital do:

<sup>17</sup> W ww. sześciu badanych miesiącach.

<sup>18</sup> Z wyłączeniem dyżurów medycznych.

<sup>19</sup> Lub lekarza ze specjalizacją I stopnia w dziedzinie położnictwa i ginekologii.

<sup>20</sup> Dz.U. z 2020 r., poz. 295, ze zm., dalej ustawa o działalności leczniczej.

<sup>21</sup> W badanym okresie obowiązywały normy zatrudnienia pielęgniarek i położnych ustalone w Zarządzeniu Dyrektora Nr 5a/2014 z 26 marca 2014 r. i Zarządzeniu Nr 28a z 24 listopada 2017 r. (po 40 położnych) oraz w Zarządzeniu Nr 35/2019 z 1 października 2019 r. (36 położnych). Wszystkie ww. normy zostały zaopiniowane przez Okręgową Izbę Pielęgniarek i Położnych w Bydgoszczy.

<sup>22</sup> Dalej: Wojewódzki Inspektor.

<sup>23</sup> Dz. U. z 2012 r. poz. 739, obowiązujące do 31 marca 2019 r. (dalej: Program Dostosowawczy).

<sup>24</sup> Decyzja nr 439/2014.

1. utworzenia gabinetu diagnostyczno-zabiegowego na odcinku położniczym,
2. utworzenia pomieszczenia higieniczno-sanitarnego dla pacjentów (przystosowany dla niepełnosprawnych) w odcinku położniczym,
3. utworzenia śluzy umywalkowo – fartuchowej w Zespole Porodowym,
4. zapewnienia wanierek umożliwiających mycie noworodków w pomieszczeniach położnic.

Wykonanie powyższych zaleceń zostało pozytywnie zweryfikowane przez Wojewódzkiego Inspektora w styczniu i lipcu 2015 r.<sup>25</sup>

(akta kontroli str. 143-222)

Przeprowadzone w toku kontroli badanie wykazało, że sprzęt i aparatura medyczna były użytkowane zgodnie z warunkami określonymi w umowie z NFZ. W 60 z 63 przypadków urządzenia podlegały okresowym przeglądom zgodnie z zaleceniami producenta.

(akta kontroli str. 237-288)

W Oddziale znajdowało się pięć klimatyzatorów<sup>26</sup> oraz agregat chłodniczy. Stosownie do § 39 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą<sup>27</sup> oraz § 40 rozporządzenia w sprawie wymagań z 2019 r., dwa z pięciu klimatyzatorów oraz agregat chłodniczy podlegały udokumentowanym okresowym przeglądom, czyszczeniu, dezynfekcji, nie rzadziej niż raz na 12 miesięcy.

(akta kontroli str. 289-309)

**1.5.** W badanym okresie kwestie dotyczące opieki Szpitala nad pacjentkami doświadczającymi poronień, urodzenia martwego dziecka lub śmierci krótko po porodzie nie były przedmiotem kontroli prowadzonych przez NFZ, Wojewodę Kujawsko-Pomorskiego oraz konsultantów wojewódzkiego i krajowego ds. położnictwa i ginekologii.

(akta kontroli str. 223 - 235)

Stwierdzone  
nieprawidłowości

W działalności kontrolowanej jednostki w przedstawionym wyżej zakresie stwierdzono następujące nieprawidłowości:

1. W latach 2017-2020<sup>28</sup> Szpital nie przeprowadził przeglądów technicznych trzech z 63 objętych badaniem urządzeń medycznych<sup>29</sup>, w terminach zalecanych przez ich producentów. Zgodnie z art. 90 ust. 1 ustawy z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych<sup>30</sup> wyrób powinien być właściwie utrzymywany oraz używany zgodnie z przewidzianym zastosowaniem, a użytkownik wyrobu jest obowiązany do przestrzegania instrukcji używania.

Ww. opóźnienia wyniosły od 39 do 56 dni, tj.:

1. laparoskopu AESCULAP o nr 6688 - 56 dni,
2. kardiografu Philips o nr DE 45733619 – 39.

<sup>25</sup> W protokole kontroli 9/NHK/2015 z 24 stycznia 2015 r. (pkt 4) oraz 41/NHK/2015 z 16 lipca 2015 r. (pkt 1-3).

<sup>26</sup> W odcinku ginekologicznym (położniczo-ginekologiczna izba przyjęć, gabinet zabiegowy) i położniczym (sala cięć cesarskich, gabinet zabiegowy i punkt przygotowawczy).

<sup>27</sup> Dz. U. poz. 739, obowiązujące do 31 marca 2019 r., dalej rozporządzenie w sprawie wymagań z 2012 r.

<sup>28</sup> Wg stanu na 28 stycznia 2020 r.

<sup>29</sup> Dotyczy urządzeń wykazywanych przez Szpital w umowach z NFZ.

<sup>30</sup> Dz. U. z 2020 r. poz. 186, dalej ustawa o wyrobach medycznych.

3. diatermii ES 300 o nr 301149 – 51.

(akta kontroli str. 266-275, 285-288)

Dyrektor podał m.in., że sprzęt medyczny nie został poddany okresowym przeglądom technicznym, ponieważ urządzenia te były w trakcie przebudowy (laparoskop), korzystanie z nich było niezbędne z uwagi na awarie innych jednostek (kardiotokograf) lub wykonywanie przez serwis przeglądu urządzeń tego samego producenta w jednym terminie.

(akta kontroli str. 276-281)

2. Szpital nie dysponował potwierdzeniem wykonania, w latach 2017-2020<sup>31</sup>, okresowych przeglądów technicznych dla trzech z sześciu urządzeń klimatyzacyjnych użytkowanych w Oddziale Położniczo-Ginekologicznym, co było niezgodne z § 39 ust. 2 rozporządzenia w sprawie wymagań z 2012 r. oraz § 40 ust. 2 rozporządzenia w sprawie wymagań z 2019 r. Dotyczyło to:

- klimatyzatora VESSER WGC 12 IT zamontowanego w izbie przyjęć Oddziału,
- klimatyzatora VESSER 09 IT z gabinetu zabiegowego w odcinku położniczym,
- klimatyzatora VESSER 09 IT z punktu pielęgniarskiego w odcinku położniczym.

Dyrektor podał, że wynikało to z „niestosowania się pracowników firmy przeprowadzającej przegląd oraz osób potwierdzających przyjęcie wykonanych czynności do zasad dotyczących prowadzenia dokumentacji”.

(akta kontroli str. 281, 307)

3. Organizując opiekę na Oddziale, w tym nad pacjentkami doświadczającymi poronienia, urodzenia martwego dziecka lub dziecka, które zmarło wkrótce po porodzie, w 75 przypadkach dopuszczono do udzielania świadczeń przez pięciu z 11 lekarzy specjalistów tego Oddziału, zatrudnionych na podstawie umów cywilnoprawnych, nieprzerwanie przez okres dłuższy niż 24 godziny. W wybranych miesiącach (lipiec i październik 2017 r., 2018 r. i 2019 r.) lekarze Oddziału świadczyli usługi zdrowotne nieprzerwanie od 32 do 56 godzin. Najwięcej, 71 przypadków, dotyczyło wykonywania usług przez 32 godziny.

Dyrektor podał, że „Sytuacje wykonywania przez lekarzy pracy przez okres dłuższy niż 24 godziny miały miejsce, gdy było konieczne zabezpieczenie ciągłości udzielanych świadczeń zdrowotnych. Dominującą formą zatrudnienia personelu lekarskiego na Oddziale Położniczo-Ginekologicznym jest umowa cywilnoprawna, w której zawarte są zapisy dotyczące sposobu i czasu realizacji świadczeń, w tym uwzględniające takie sytuacje (stosownie do potrzeb Szpitala). Brak odpowiedniej obsady lekarzy wynika z globalnego deficytu kadry lekarskiej – specjalistów z zakresu ginekologii i położnictwa, który dotyczy nie tylko Szpitala, ale całej Polski.”

(akta kontroli str. 51-63, 65, 578)

**OCENA CZĄSTKOWA**

Szpital był przygotowany do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w sytuacjach poronień, martwych urodzeń i zgonów dziecka tuż po porodzie, zgodnie z wymogami rozporządzenia w sprawie świadczeń dla drugiego poziomu referencyjnego. Szpital zatrudnił personel medyczny posiadający wymagane kwalifikacje. Jednakże skala udzielania świadczeń zdrowotnych przez lekarzy nieprzerwanie przez okres przekraczający 24 godziny, mogła wskazywać na niewłaściwą organizację pracy i stwarzać ryzyko dla bezpieczeństwa przebywających na Oddziale pacjentek.

<sup>31</sup> Wg stanu na 31 stycznia 2020 r.

Ponadto część urządzeń medycznych wykorzystywanych na Oddziale nie była poddawana okresowym przeglądom zgodnie z zaleceniami producenta. Szpital nie posiadał także potwierdzenia wykonania okresowych przeglądów technicznych trzech z sześciu urządzeń klimatyzacyjnych użytkowanych w Oddziale.

OBSZAR

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

Opis stanu faktycznego

**2.1.** Zgodnie z ust. 2 części I załącznika do Standardu z 2018 r., w listopadzie 2018 r. ustalono w Szpitalu wskaźniki opieki okołoporodowej nad kobietą w ciąży, porodu, położu oraz nad noworodkiem<sup>32</sup>. Dane do monitorowania ustalonych wskaźników<sup>33</sup> odnotowywano na bieżąco w zeszycie roboczym statystyki położniczej, księdze rozchodu narkotyków oraz w księdze porodów. Wybrane dane dotyczące m.in.: liczby i rodzajów porodów, zgonów, poronień oraz zabiegów położniczych wymagających znieczulenia ogólnego były zestawiane w miesięcznych i rocznych analizach położniczych.

(akta kontroli str. 387-487)

W Szpitalu przyjęto, że zbiorcza analiza opieki okołoporodowej będzie sporządzana raz w roku do 20 lutego<sup>34</sup>. Raport za 2019 r. został sporządzony w terminie i zawierał większość danych z wyłączeniem struktury i analizy występowania wad płodu w Oddziale. Ponadto w Szpitalu (m.in. na potrzeby ustalania i monitorowania ww. wskaźników) przygotowano „Analizę ankiety satysfakcji pacjenta” za 2017 r., 2018 r. i 2019 r., które zawierały ocenę opieki położniczej i lekarskiej w Oddziale.

(akta kontroli str. 313-315, 318-326, 340-384 )

**2.2.** Określenie wskaźników opieki okołoporodowej w listopadzie 2018 r. poprzedzone zostało konsultacjami z Koordynatorami Oddziału Położniczo-Ginekologicznego oraz Neonatologicznego. Tematyka ta była również przedmiotem spotkania z koordynatorami wszystkich oddziałów szpitalnych<sup>35</sup>.

(akta kontroli str. 310-312, 329-337)

Dyrektor podał, że przyjęte w Szpitalu wskaźniki opieki okołoporodowej uwzględniały m.in. rekomendacje Światowej Organizacji Zdrowia (dalej: WHO) w zakresie opieki okołoporodowej, w tym założeń inicjatywy „Szpital Przyjazny Dziecku” opracowanej i wdrażanej przez WHO i Fundusz Narodów Zjednoczonych na rzecz Dzieci (UNICEF). W tym celu przyjęto pięć kategorii wskaźników, tj. strukturę: urodzeń, występowania wad płodów i noworodków, zgonów okołoporodowych, interwencji medycznych w przebiegu porodu oraz sposobu żywienia noworodków.

<sup>32</sup> W Zarządzeniu nr 41/2018 Dyrektora z dnia 20 listopada 2018 r. w sprawie wprowadzenia zmian w Regulaminie Organizacyjnym Szpitala dodano § 39 a, pkt 1 i 2. Treść ww. paragrafu następnie była zmieniana Zarządzeniem nr 24/2019 z dnia 30 września 2019 r. w sprawie wprowadzenia zmian w Regulaminie Organizacyjnym Szpitala, poprzez dodanie pkt 3 i 4.

<sup>33</sup> Struktury urodzeń, liczby interwencji medycznych w przebiegu porodów, tj. amniotomii, indukcji porodów, stymulacji czynności skurczowej, podawania opioidów, nacięcia krocza, cięć cesarskich, częstotliwości występowania wad wrodzonych, współczynnika zgonów oraz sposobu żywienia noworodków.

<sup>34</sup> Pismo okólne PSOZ.NOP.078-14/2012 Dyrektora z 7 sierpnia 2012 r. dotyczące dokonywania analizy podstawowej działalności leczniczej oraz Zarządzenie nr 19/2019 Dyrektora z 30 lipca 2019 r. w sprawie analizy podstawowej działalności leczniczej komórek organizacyjnych udzielających świadczeń zdrowotnych.

<sup>35</sup> Raport nr 0000-40/2018 z zebrania z Koordynatorami i Kierownikami komórek organizacyjnych Szpitala z 5 listopada 2018 r.



Określając wskaźniki opieki okołoporodowej w Szpitalu nie zdefiniowano ich wartości docelowych. Jak wyjaśnił Dyrektor, Standard z 2018 r. nie regulował tej kwestii. Według jego opinii określenie takich wartości nie było możliwe podczas ich ustalania lub nie będzie możliwe w ogóle. Szpital nie dysponował ponadto niektórymi danymi wyjściowymi. Większość z przyjętych wskaźników miała pomóc w analizie i ocenie określonych zdarzeń, a nie zrealizowaniu określonych wartości docelowych. Dyrektor zwrócił również uwagę, że w niektórych przypadkach mogłoby to wręcz prowadzić do ograniczenia stosowania procedur medycznych.

(akta kontroli str. 318-337)

**2.3.** W Szpitalu do 15 marca 2020 r. nie ustalono wewnętrznych zasad (procedur) dotyczących opieki nad pacjentkami w sytuacjach niepowodzeń położniczych. Nie określono również zasad kierowania takich pacjentek do sal jednoosobowych, bądź sal przeznaczonych wyłącznie dla nich.

W trakcie opieki nad pacjentkami w Oddziale stosowano inne procedury wewnętrzne, m.in.:

- Opiekę pielęgniarską nad pacjentem hospitalizowanym,
- Opiekę nad kobietą ciężarną,
- Opiekę nad położnicą,
- Poród zabiegowy.

W zakresie postępowania z ciałami dzieci martwo urodzonych obowiązywało Zarządzenie nr 5/2006 Dyrektora z dnia 3 kwietnia 2006 r. w sprawie postępowania ze zwłokami dzieci martwo urodzonych oraz szczątkami ludzkimi pochodzącymi z diagnozowania, leczenia i profilaktyki medycznej w Oddziale Położniczo-Ginekologicznym<sup>36</sup>.

Dyrektor podał, że poszczególne elementy organizacji opieki okołoporodowej określone w Standardzie z 2018 r. były stosowane bezpośrednio. W tym celu wykorzystywane były uregulowania wewnętrzne oraz przepisy krajowe dotyczące m.in. zakresów obowiązków, uprawnień i odpowiedzialności personelu medycznego, praw pacjenta oraz wsparcia kobiet w ciąży i rodzin.

(akta kontroli str. 324-337, 488-517, 810-862)

W toku kontroli NIK<sup>37</sup> Dyrektor wydał instrukcję I-210-054 pn. *Postępowanie personelu medycznego w przypadku wystąpienia niekorzystnego zakończenia ciąży u pacjentki hospitalizowanej na Oddziale Położnictwa i Ginekologii*<sup>38</sup>. Instrukcja ta określała m.in.: sposób opieki personelu medycznego nad dzieckiem w stanie terminalnym lub martwo urodzonym, opieki nad rodzicami, warunkami pożegnania z dzieckiem, ustalenia jego płci oraz pochówku. W ww. dokumencie określono także zasady opieki nad zespołem medycznym mającym kontakt z pacjentkami doświadczającymi niepowodzeń położniczych.

Wszystkie położne pracujące w Oddziale w marcu i kwietniu 2020 r. zapoznały się z treścią ww. Instrukcji.

(akta kontroli str. 508-517)

**2.4.** W latach 2017-2019 położne uczestniczyły w 12 szkoleniach wewnętrznych, których zakres tematyczny dotyczył standardów opieki okołoporodowej. W 2017 r. w Szpitalu zorganizowano trzy szkolenia pt.: *Omówienie programu Szpital Przyjazny Dziecku, Opieka środowiskowa nad ciężarną, położnicą i noworodkiem.*

<sup>36</sup> Dalej: Zarządzenie w sprawie postępowania ze zwłokami.

<sup>37</sup> 16 marca 2020 r.

<sup>38</sup> Dalej: Instrukcja.

*Przygotowanie ciąży do porodu. Kontrola w czasie porodu.* W 2018 r. odbyło się pięć szkoleń pt.: *Utrata dziecka, Omówienie programu Szpital Przyjazny Dziecku, Opieka środowiskowa nad kobietą ciężarną, Ciąża jest to stan fizjologiczny. Przygotowanie ciężarnej do porodu oraz Krew pępowinowa "komórki macierzyste" - czym są i jak możemy je wykorzystać.* W 2019 r. położne uczestniczyły w trzech szkoleniach pt.: *Omówienie programu Szpital Przyjazny Dziecku*<sup>39</sup>, *Opieka nad kobietą podczas porodu fizjologicznego oraz Odżywianie kobiet w ciąży, karmienie piersią. Programowanie żywieniowe we wczesnym okresie życia dziecka – nowy schemat żywienia niemowląt.*

Ponadto trzy położne w 2018 r. uczestniczyły w zewnętrznym kursie specjalistycznym *Leczenie ran dla położnych*, a kolejna w 2019 r. w szkoleniu pt. *Problemy w laktacji.* W 2017 r. trzy położne uczestniczyły w spotkaniu edukacyjnym dla pielęgniarek i położnych pt. *Wsparcie w sytuacji straty dziecka – poronienia i porody przedwczesne.*

Personel lekarski odbył 12 szkoleń wewnętrznych z zakresu standardów opieki okołoporodowej. W 2017 r. odbyło się pięć szkoleń pt.: *Opieka nad ciężarną otyłą, Zaparcia u kobiet ciężarnych, PROM-diagnostyka i postępowanie, Dystocja barkowa – schemat postępowania, Cukrzyca ciążowa – postępowanie diagnostyczne.* W 2018 r. zorganizowano dwa szkolenia, pt.: *IUGR-postępowanie oraz Diagnostyka genetyczna w niepłodności.* W 2019 r. lekarze uczestniczyli w czterech szkoleniach pt. *Krótką szyjka – nowe zalecenia, Ciąża ektopowa – leczenie zachowawcze, IUGR – nowe zalecenia, Niepłodność – czynnik jajowodowy.*

(akta kontroli str. 518-553)

**2.5.** W badanym okresie pracownicy medyczni Oddziału odbyli 16 szkoleń zewnętrznych. W 2017 r. w przeszkolono 30 osób (w tym: 27 położnych i dwóch lekarzy), w 2018 r. – 12 (w tym: dziewięć położnych i jednego lekarza), a w 2019 r. – 66 (w tym: 58 położnych i ośmiu lekarzy). Główne obszary tematyczne to szkolenia okresowe BHP, kursy z zakresu krwiodawstwa oraz bólu przewlekłego lub pooperacyjnego. Szpital łącznie wydatkował na ten cel kwotę 11 329, 73 zł<sup>40</sup>, z tego na szkolenia dotyczące standardów opieki okołoporodowej<sup>41</sup> 5 550 zł<sup>42</sup>.

(akta kontroli str. 518-550)

**2.6.** Szpital udzielał wsparcia personelowi w zakresie radzenia sobie ze stresem. W 2019 r. 19 pracowników Oddziału uczestniczyło w szkoleniu naprawczym – *Komunikacja. Szkolenie I – Procedura „Obsługa Klienta”* w trakcie, którego poruszano zagadnienia związane z relacjami z pacjentkami po niepowodzeniach położniczych. W Szpitalu w 2017 r. nie odbyły się dwa zaplanowane szkolenia pt.: *Procedura I-217-005 Obsługa pacjenta oraz Komunikacja w praktyce. Wypalenie zawodowe*<sup>43</sup>. Także ujęte w planie na 2020 r. szkolenia z komunikacji (dotyczące wypalenia zawodowego i sposobów radzenia sobie ze stresem zawodowym) nie doszły do skutku w zakładanym terminie<sup>44</sup>.

W 2017 r. z indywidualnych rozmów wspierających z psychologiem skorzystało dwóch lekarzy i cztery położne, w 2018 r. – czterech lekarzy i osiem położnych, a w 2019 r. – pięciu lekarzy i dziesięć położnych.

(akta kontroli str. 556-585)

<sup>39</sup> Dwukrotnie - w lutym i październiku 2019 r.

<sup>40</sup> 3 190 zł w 2017 r., 1 530 zł w 2018 r. i 6 609,73 zł w 2019 r.

<sup>41</sup> Resuscytacja krążeniowo – oddechowa noworodka, Problemy w laktacji.

<sup>42</sup> 2 400 zł w 2017 r. i 3 150 zł w 2019 r.

<sup>43</sup> Z powodu choroby i hospitalizacji psychologa oraz wzmożonych obowiązków Oddziału.

<sup>44</sup> Z powodu zagrożenia epidemicznego związanego z wirusem COVID-19.

Psycholog podała, że „była dyspozycyjna dla pracowników w ramach indywidualnych kontaktów”. Zwróciła też uwagę, że personel miał poczucie dyskomfortu w trakcie spotkań grupowych. Pracownicy preferowali bezpośrednie rozmowy, które pozwalały im zachować pełną anonimowość. Spotkania te były ewidencjonowane jedynie ilościowo, w celu zapewnienia personelowi komfortu i bezpieczeństwa. Zdaniem psycholog było to bardzo ważne, gdyż o pomoc psychologiczną dla pracownika występowali także jego przełożeni i współpracownicy.

(akta kontroli str. 556-558, 759-764)

Według większości personelu medycznego<sup>45</sup> w pracy z pacjentkami doświadczającymi niepowodzeń położniczych nie występowały istotne trudności. Jedna z położnych zauważyła, że „najczęstsze napotymane bariery i trudności to nieodpowiedni stosunek społeczeństwa do problemu śmierci dziecka przed jego naturalnym urodzeniem. Problemy te związane są z różnym nastawieniem pacjentek, a także ich najbliższych do niepowodzenia położniczego i (...) odpowiednim podejściem, a właściwie umiejętnością odnalezienia się w trudnej dla pacjentki sytuacji”. Kolejna z położnych wskazała, jako barierę brak dostępności psychiatry i psychologa w dni wolne od pracy.

Personel medyczny nie zgłaszał potrzeb doskonalenia lub realizował je we własnym zakresie. Nie dostrzegali również konieczności przeciwdziałania tzw. wypaleniu zawodowemu oraz nigdy nie występował o udzielenie takiego wsparcia. Składający wyjaśnienia deklarowali ponadto, że w razie potrzeby można w Szpitalu skorzystać z pomocy psychologa.

W opinii większości lekarzy i położnych wsparcie Szpitala w radzeniu sobie ze stresem jest właściwe i wystarczające. Jeden z lekarzy zwrócił uwagę na zbyt małą liczbę personelu i na dostępność przepływu informacji pomiędzy lekarzem, położną i pacjentką. Według jednej położnej brak było szkoleń w zakresie pracy z rodzicami po utracie dziecka, a kolejna postulowała wprowadzenie płatnych urlopów zdrowotnych dla poratowania zdrowia.

(akta kontroli str. 577-578, 586-622)

**2.7.** W celu ułatwienia przekazywania informacji pacjentkom doświadczających niepowodzeń położniczych o przysługujących im prawach i o możliwości pochówku w Szpitalu opracowano *Informację Szpitala Wielospecjalistycznego im. dr. Ludwika Błażka w Inowrocławiu do rodziców Dziecka martwo urodzonego*<sup>46</sup>.

Położna podała, że ww. druk otrzymywały osoby, które doświadczyły niepowodzenia położniczego. Z prowadzonej w Oddziale ewidencji wynika, że w 2018 r. wydano 88 druków informacji<sup>47</sup>, w 2019 r. – 157, a w 2020 r. - 70<sup>48</sup>.

W szpitalu dostępna również była *Ulotka dla rodziców, załączona do rekomendacji Wojewody Kujawsko-Pomorskiego pt. "Niekorzystne zakończenie" ciąży – rekomendacje postępowania z dziećmi i rodzicami w niepowodzeniu położniczym dla personelu medycznego oddziałów położniczo-ginekologicznych województwa kujawsko-pomorskiego*<sup>49</sup> oraz *Informator za życiem*. Na stronie internetowej

<sup>45</sup> Na podstawie wyjaśnień czterech lekarzy (w tym Koordynatora), ośmiu położnych i Dyrektora.

<sup>46</sup> Od 15 grudnia 2017 r. do 1 stycznia 2020 r. dokument ten nosił tytuł „Informacja Szpitala Wielospecjalistycznego im. dr. Ludwika Błażka w Inowrocławiu o prawie do pochowania Dziecka martwo urodzonego” (dalej: Informacja).

<sup>47</sup> Ewidencjonowanie wydawanych druków rozpoczęto 7 maja 2018 r.

<sup>48</sup> Stan na 13 maja 2020 r.

<sup>49</sup> <https://www.bip.bydgoszcz.uw.gov.pl>, dostęp: 14 maja 2020 r.

Szpitala<sup>50</sup> dostępne były linki do elektronicznych wersji tych dokumentów.

(akta kontroli str. 623 - 648)

**2.8.** Pacjentki były pisemnie informowane o przysługujących im prawach wynikających z sytuacji, w których się znalazły, możliwości pochówku utraconego dziecka oraz skorzystania z poradni psychologicznej i psychiatrycznej. Przygotowany przez Szpital Informator określał także osoby odpowiedzialne za przekazywanie informacji na temat grup wsparcia działających najbliżej miejsca zamieszkania pacjentek, opieki duszpasterskiej oraz pozostałych uprawnień.

(akta kontroli str. 630-639)

Stwierdzone  
nieprawidłowości

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

Od 20 listopada 2018 r. do 31 grudnia 2019 r. Koordynator Oddziału Położniczo-Ginekologicznego Szpitala<sup>51</sup> nie dokonywał analizy częstotliwości występowania wad wrodzonych płodu, tj. jednego z ustalonych dla tego Oddziału wskaźników opieki okołoporodowej, pomimo obowiązku wynikającego z § 39a ust. 2 i 3 Regulaminu Organizacyjnego Szpitala<sup>52</sup>.

Koordynator podał, że stało się tak, ponieważ „nie miał on (...) kluczowego znaczenia.”

Skutkiem tego Dyrektorowi Szpitala nie dostarczono informacji w określonym przez niego zakresie, gdyż przygotowana w 2020 r. roczna analiza opieki okołoporodowej nie zawierała danych dotyczących struktury i częstotliwości występowania wad płodu<sup>53</sup>.

(akta kontroli str. 338-349, 352-354, 486-487, 931-958)

OCENA CZĄSTKOWA

W kontrolowanym okresie Szpital organizował opiekę nad pacjentkami w sytuacji niepowodzeń położniczych stosując wprost zasady określone w Standardzie z 2018 r. Ponadto od 16 marca 2020 r. wprowadził wewnętrzne zasady regulujące sposób postępowania w ww. przypadkach. Ustalił także wskaźniki opieki okołoporodowej i uzgodnił w Regulaminie organizacyjnym sposób realizacji i dokumentowania tych działań, jednakże w sporządzonej analizie opieki okołoporodowej nie uwzględniono występowania wad płodu.

Pacjentki doświadczające niepowodzeń położniczych miały możliwość skorzystania z pomocy psychologicznej oraz były informowane o przysługujących im uprawnieniach. Ponadto personel medyczny był szkolony do pracy z takimi pacjentkami i uzyskiwał wsparcie w radzeniu sobie ze stresem.

OBSZAR

### **3. Świadczenia zapewniające pacjentkom stosowną pomoc**

Opis stanu  
faktycznego

**3.1.** Przed wejściem na Oddział znajdowała się Położniczo-Ginekologiczna Izba Przyjęć pełniąca równocześnie funkcję Poradni Położniczo-Ginekologicznej.

<sup>50</sup> <http://www.bip.pszozino.lo.pl>, dostęp: 14 maja 2020 r.

<sup>51</sup> Dalej: Koordynator

<sup>52</sup> Załącznik do Zarządzenia nr 28/2019 Dyrektora Szpitala z dnia 20 listopada 2019 r. w sprawie ustalenia jednolitego tekstu Regulaminu Organizacyjnego Szpitala Wielospecjalistycznego im. dr. Ludwika Błażka w Inowrocławiu, dalej Regulamin organizacyjny. Do Regulaminu organizacyjnego § 39 a ust. 2 został wprowadzony Zarządzeniem nr 41/2018 Dyrektora Szpitala z dnia 20 listopada 2018 r., a następnie aktualizowany w Zarządzeniu nr 24/2019 z dnia 30 września 2019 r.

<sup>53</sup> Roczna analiza opieki okołoporodowej za 2019 r. przygotowana przez Oddział Położniczo-Ginekologiczny, w dziale III zawierała niewypełnioną tabelę pt.: „Struktura i analiza występowania wad płodu i noworodków” z informacją „Nie dotyczy”. Analiza wykonana przez Oddział Neonatologiczny odnosiła się wyłącznie do występowania wad noworodków, a nie wad płodu.

W salach chorych:

- dostępne były umywalki z ciepłą i zimną wodą, dozowniki z mydłem w płynie oraz środkiem dezynfekującym oraz pojemniki z jednorazowymi ręcznikami i pojemniki na zużyte ręczniki i odpady medyczne;
- zapewniono bezpośredni dostęp do światła dziennego oraz możliwość swobodnego wyprowadzania łóżek z pokojów;
- łóżka były dostępne z trzech stron, w tym dwóch dłuższych, a odstępy między nimi zapewniały swobody dostęp do pacjentek.

Porody martwych dzieci odbywały się głównie w jednostanowiskowej sali porodowej w odcinku ginekologicznym. Dwa gabinety zabiegowe, izba przyjęć i pracownia USG były zabezpieczone przed wejściem osób postronnych<sup>54</sup>. Znajdujące się tam okna były przesłonięte, a fotele ginekologiczne umieszczono za przesuwными kotarami. Tablice informacyjne zawierały informacje o możliwości skorzystania z opieki duchownych. Nie było informacji o możliwości uzyskania pomocy psychologicznej.

Koordinator podał, że „każda pacjentka, która doświadczyła niepowodzenia położniczego jest informowana o możliwości pomocy psychologicznej w sposób bezpośredni. Wydawało się nam, że korzystniej będzie nie informować oficjalnie wszystkich pacjentek będących w zdecydowanej większości, a przychodzących do szpitala celem urodzenia zdrowego dziecka o możliwości tak przykryj sytuacji osobistej. Pacjentki doświadczające niepowodzeń położniczych otrzymują pisemną informację o wszystkich swoich prawach. Otrzymanie instrukcji potwierdzają podpisem.”

W Oddziale nie wyodrębniono osobnej sali dla pacjentek po niepowodzeniach położniczych, brak też było pomieszczenia służącego do pożegnań ze zmarłymi dziećmi.

(akta kontroli str.649 - 689, 736 - 737, 761 - 764)

W okresie objętym kontrolą Oddział spełniał warunki określone w rozporządzeniu w sprawie świadczeń dla drugiego poziomu referencyjnego w zakresie:

- zapewnienia odpowiedniego wyposażenia w sprzęt i aparaturę (w Oddziale zapewniono kolposkop, aparat KTG<sup>55</sup>, kardiomonitor, aparat USG pozwalający na wykonanie badań zgodnych z profilem udzielanych świadczeń i histeroskop oraz w lokalizacji Szpitala laparoskop);
- zapewnienia realizacji badań (w Oddziale zapewniono ciągłe badanie KTG przed i w trakcie porodu, a w lokalizacji realizację badań laboratoryjnych i histopatologicznych);
- pozostałych wymagań w odniesieniu do: prowadzenia partogramu i wyodrębnionej sali do cięć cesarskich w Oddziale oraz posiadania bloku operacyjnego i oddziału neonatologicznego o drugim poziomie referencyjnym – w lokalizacji.

(akta kontroli str. 649-689, 715-727)

**3.2.** Badanie prowadzonej w formie papierowej dokumentacji medycznej 60 pacjentek, które były hospitalizowane w latach 2017-2019 z powodu niepowodzenia położniczego wykazało, że:

- dokumentacja indywidualna 60 pacjentek zawierała oświadczenie o wyrażeniu zgody na przeprowadzenie badania lub udzielenie innego

<sup>54</sup> Na drzwiach dwóch gabinetów zabiegowych umieszczona była tabliczka ze zmienną treścią („WOLNE – ZAJĘTE”), część diagnostyczna izby przyjęć odgradzona była dwoma kotarami, a drzwi do gabinetu USG otwierały się tylko od wewnątrz.

<sup>55</sup> Kardiokotograf.

- świadczania zdrowotnego. W jednym przypadku nie dołączono oświadczenia pacjenta o upoważnieniu do uzyskiwania informacji o jego stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych oraz uzyskiwania dokumentacji ze wskazaniem imienia i nazwiska osoby upoważnionej;
- w 60 przypadkach do historii choroby dołączono: karty indywidualnej opieki prowadzonej przez położną, karty gorączkowe, karty zleceń lekarskich, karty informacyjne z leczenia szpitalnego, wyniki badań diagnostycznych wraz z opisem, wyniki konsultacji, a w przypadku pacjentek, u których dokonywano zabiegu abrazji również karty przebiegu znieczulenia. W jednym przypadku brak było karty obserwacji;
  - wszystkie pacjentki, którym przeprowadzono zabieg abrazji (47 z 60) otrzymało znieczulenie dożylnie i wyraziło zgodę na przeprowadzenie tego zabiegu.

(akta kontroli str. 719-732)

**3.3.** Dokumentacja medyczna 60 pacjentek pozwalała na stwierdzenie, jakie świadczenia zaproponowano pacjentce oraz które z tych świadczeń zrealizowano.

(akta kontroli str. 719-732)

**3.4.** Pacjentkom doświadczającym niepowodzeń położniczych, pomocy psychologicznej udzielała głównie psycholog zatrudniona w Zakładzie Opieki Długoterminowej i Paliatywno-Hospicyjnej Szpitala<sup>56</sup>.

Psycholog wyjaśniła, że nie miała wyznaczonej konkretnej liczby godzin pracy w Oddziale, a konsultacje wykonywała według potrzeb, na życzenie jego kierownictwa. Dyrektor podał, że pomocy psychologicznej na Oddziale mogli również udzielać inni psychologowie<sup>57</sup> zatrudnieni w Szpitalu.

(akta kontroli str. 754-758)

W badanej próbie 60 pacjentek, z porady psychologicznej skorzystały trzy pacjentki, a jedna odmówiła takiej pomocy. W dokumentacji medycznej 56 osób brak było informacji o udzielonej pomocy psychologicznej. Pacjentki, które skorzystały z konsultacji psychologa, otrzymały tę pomoc w dniu przyjęcia do Szpitala lub w dniu następnym.

(akta kontroli str. 728-732)

**3.5.** W objętej badaniem dokumentacji medycznej nie stwierdzono przypadku nieudzielenia wsparcia psychologicznego na życzenie pacjentki lub personelu medycznego.

NIK zwraca jednak uwagę, że w badanej próbie, zaledwie pięć procent pacjentek skorzystało z pomocy psychologa. Ponadto wsparcia ze strony psychologa udzielano jedynie w dni powszednie.

Dyrektor stwierdził, że w Szpitalu nie było szczegółowej regulacji umożliwiającej konsultacje psychologiczne w soboty, niedziele i dni świąteczne. Przyznał również, że mając powyższe na uwadze „oraz niski poziom procentowy pacjentek, które skorzystały ze wsparcia psychologicznego, w tym zakresie konieczne będą zmiany zarówno kadrowe, jak i organizacji pracy psychologów”.

Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa podał, że decyzją Dyrektora podjęto czynności administracyjne w celu rozpisania konkursu na stanowisko psychologa w Szpitalu, do którego obowiązków będą w szczególności należały konsultacje na Oddziale Neonatologicznym oraz Położniczo-Ginekologicznym.

<sup>56</sup> Ogółem w latach 2017 -2019 w Oddziale udzielono 17 porad pacjentkom po niepowodzeniu położniczym, z tego 12 wykonał ww. psycholog (dalej: Psycholog).

<sup>57</sup> Do 3 września 2018 r. – dodatkowo jeden psycholog, a od 4 września 2018 r. – trzech psychologów.

(akta kontroli str. 90-91, 728-732, 754-758, 761-764)

**3.6.** Pacjentki doświadczające niepowodzeń położniczych najczęściej umieszczano w pokoju nr 1 i 3 w odcinku ginekologicznym. Informacja o numerze sali pacjentek znajdowała się w dokumentacji medycznej, tj. w *Karcie gorączkowej*.

Z wykazu pacjentek hospitalizowanych na Oddziale w listopadzie i grudniu 2019 r. wynikało, że pacjentki po niepowodzeniu położniczym nie były umieszczane w pokojach z pacjentkami, które urodziły zdrowe dziecko. Cztery z 27 takich pacjentek hospitalizowanych w listopadzie i grudniu 2019 r. zostało umieszczonych w jednej sali z pacjentkami, których ciąża była zagrożona poronieniem.

Położna Oddziałowa wyjaśniła, że pacjentki po stracie dziecka zawsze przebywały na odcinku ginekologicznym, aby nie miały kontaktu z pacjentkami z ciążą donoszoną, położnicami i noworodkami. Pacjentki były umieszczane na salach pojedynczych, a jeśli nie było to możliwe, na salach wieloosobowych, gdzie nie było kobiet z ciążą żywą zachowaną. Jedynie w sytuacji przepełnienia Oddziału mogły się zdarzyć przypadki wspólnego pobytu z pacjentkami w ciąży. Wtedy jednak starano się przestrzegać rozdzielania pacjentek parawanami.

(akta kontroli str. 798 - 805)

**3.7.** W szpitalu nie było oddzielnego pomieszczenia, w którym rodzice mogliby pożegnać się ze zmarłym dzieckiem. Położna Oddziałowa wyjaśniła, że wykorzystywana w tym celu była jednoosobowa sala chorych lub jednostanowiskowa sala porodowa. W pożegnaniu oprócz rodziców mogli również uczestniczyć ich bliscy.

Koordynator stwierdził, że w Oddziale umożliwiono pożegnanie ze zmarłym dzieckiem. „(...) W tym celu pomieszczenie, które służy jako sala porodowa było miejscem gdzie matka mogła być w kontakcie z ciałem dziecka”.

Dyrektor podał, że kwestie wydzielonego miejsca do pożegnań były uregulowane w wewnętrznych przepisach<sup>58</sup>. Pojawiające się w nich pojęcie „(...) „wydzielenia sali” należy rozumieć w ten sposób, że zasadą jest, iż matka której dziecko zmarło, nie jest umieszczana w sali z innymi kobietami, które są w ciąży lub które urodziły zdrowe dziecko. Zapewnia się jej pobyt na sali pojedynczo – na sali „wydzielonej” tylko dla niej. I w takiej sali odbywa się pożegnanie ze zmarłym dzieckiem. Instrukcja przewiduje również możliwość udostępnienia „osobnej Sali pożegnań”. Jednakże organizacja takiej Sali jest możliwa, jeżeli w danym czasie Oddział dysponuje pustymi salami (...).

(akta kontroli str. 761-764, 806-809)

W celu pomocy rodzicom doświadczającym straty dziecka przekazywane były pamiątki. Położna Oddziałowa stwierdziła, że w zależności do potrzeb, rodzice otrzymywali zdjęcia USG, tasiemki identyfikacyjne, a także odciski stópki lub dłoni zamoczonej w tuszu i odcisniętej na kartce papieru. Koordynator podał, że Szpital dotychczas nie nawiązał współpracy z organizacjami, które przygotowują pamiątki po zmarłym dziecku.

(akta kontroli str. 806-809)

**3.8.** Przyjęty w Szpitalu sposób postępowania w zakresie organizacji pochówku dzieci martwo urodzonych, w tym w wyniku poronienia został uregulowany

---

<sup>58</sup> Zarządzenie w sprawie postępowania ze zwłokami.

w Załączniku nr 1 do Zarządzenia w sprawie postępowania ze zwłokami<sup>59</sup>. Określono w nim m.in.

- procedurę postępowania z martwymi płodami, w tym sposób prowadzenia dokumentacji medycznej oraz zasady przechowywania i wydawania zwłok dziecka martwo urodzonego w Zakładzie Anatomii Patologicznej,
- zasady postępowania ze szczątkami ludzkimi, pochodzącymi z diagnozowania, leczenia i profilaktyki medycznej (w tym szczątkami poronionych płodów).

(akta kontroli str. 810-862)

Szpital zawarł także Porozumienie<sup>60</sup> z Miastem Inowrocław w sprawie podjęcia współpracy w zakresie pochówku dzieci martwo urodzonych, których osoby uprawnione do ich pochowania nie odebrały ze Szpitala. Uzgodniono m.in., że:

- Przedsiębiorstwo Gospodarki Komunalnej i Mieszkaniowej Sp. z o.o. w Inowrocławiu dwa razy w roku miało otrzymywać informację o liczbie zwłok dzieci martwo urodzonych, nieodebranych do pochowania przez uprawnione osoby,
- Szpital miał być odpowiedzialny za przygotowanie zwłok do ich odbioru przez Spółdzielnię Pracy „Uniwersum” w Poznaniu oraz udziału w pochówku kapelana szpitalnego.

(akta kontroli str. 863-865)

W latach 2017-2019 Szpital przekazał Miastu Inowrocław do pochówku 287 ciał/szczałków dzieci martwo urodzonych, w tym 108 w 2017 r., 93 w 2018 r. i 86 w 2019 r.

Koszty ich pochówku, poniesione przez Miasto Inowrocław, wyniosły odpowiednio: 3 652 zł w 2017 r. oraz ok. 3 646 zł w 2018 i 2019 r.

(akta kontroli str. 866-871)

W toku kontroli badaniu poddano dokumentację medyczną 20 pacjentek, które w latach 2017-2020 poroniły lub urodziły martwe dziecko<sup>61</sup>. W 12 przypadkach zwłoki lub szczątki dziecka wydano osobom upoważnionym przez rodzinę. W ośmiu sprawach pacjentki zrezygnowały z pochowania zwłok i pozostawiły je Szpitalowi. Szczątki siedmiorga dzieci zostały przekazane Miastu Inowrocław celem ich kremacji i pochowania. W jednym przypadku materiał pozostał w archiwum materiału tkankowego.

Kierownik Pracowni Histopatologicznej i Cytologicznej m.in. podała, że tkanki zatopione w bloczku parafinowym wchodziły w zakres dokumentacji medycznej i podlegały obowiązkowi archiwizacji. „Jeśli tylko pacjentka wyraża wolę przeprowadzenia pochówku szczątków dziecka martwo urodzonego, może złożyć wniosek do Dyrektora Szpitala o wydanie bloczka parafinowego z archiwum ZAP<sup>62</sup> celem dokonania pochówku”.

(akta kontroli str. 872-895)

**3.9.** Do 20 pacjentek hospitalizowanych w Szpitalu w latach 2017-2019 z powodu poronienia lub urodzenia martwego dziecka wysłano prośbę o udzielenie informacji o otrzymanej opiece. Zwrócono się też bezpośrednio do dwóch osób, które przebywały w Oddziale w trakcie kontroli. Otrzymano łącznie sześć informacji.

<sup>59</sup> W brzmieniu określonym w Aneksie nr 8 z 29 grudnia 2017 r. Do 28 grudnia 2017 r. obowiązywała procedura określona w Aneksie nr 1 z dnia 15 maja 2007 r., który był następnie aktualizowany w kolejnych Aneksach od nr. 2 do 7.

<sup>60</sup> Z dnia 22 grudnia 2009 r. oraz Aneks nr 1/2010 z 29 stycznia 2010 r.

<sup>61</sup> Po upływie 12 tygodnia ciąży.

<sup>62</sup> Zakład Anatomii Patologicznej.



Wszystkie pacjentki podały, że personel medyczny traktował je życzliwie, ze zrozumieniem sytuacji. Cztery pacjentki zadeklarowały, że z inicjatywy Szpitala, miały możliwość skorzystania z pomocy psychologa, a jedna stwierdziła, że nie było to możliwe<sup>63</sup>. Trzy respondentki oceniły otrzymaną opiekę, jako bardzo dobrą, dwie – dobrą, a jedna - wystarczającą.

Dwie ankietowane osoby nie wyrażały woli pożegnania zmarłego dziecka. W czterech przypadkach pacjentki miały taką możliwość w obecności osób bliskich. Jedna z respondentek zwróciła jednak uwagę, że „maleństwo nie mogło zostać dłużej ze mną, widziałem go tylko kilka minut”.

Położna Oddziałowa podała m.in., że zasadą w Oddziale było danie pacjentce i jej bliskim na pożegnanie z dzieckiem tyle czasu ile potrzebuje. „(...) W związku zaistniałym faktem została przeprowadzona rozmowa wyculająca cały personel na potrzeby (...) pacjentek”.

(akta kontroli str. 896 - 915)

**3.10.** W badanym okresie do Szpitala w 2018 r. wpłynęły trzy skargi dotyczące świadczenia usług medycznych przez Oddział, w tym jedna od pacjentki, która poroniła. Przedmiotem skargi był zarzut zaniechania zlecenia pilnej konsultacji endokrynologicznej oraz nieprawidłowego zachowania lekarza. Dyrektor Szpitala uznał skargę za niezasadną. Mimo to pacjentkę przeproszono, a Koordynator Oddziału został zobowiązany do przypomnienia personelowi instrukcji z zakresu praw pacjenta. Proces postępowania ze skargą był następnie przedmiotem auditu wewnętrznego, który nie stwierdził niezgodności.

(akta kontroli str. 916 - 928)

W latach 2017-2020 do NFZ nie wpłynęły skargi dotyczące świadczeń zdrowotnych udzielanych przez Szpital pacjentkom, które poroniły, urodziły martwe dziecko lub którym dziecko zmarło wkrótce po porodzie.

(akta kontroli str. 929-931)

Stwierdzone  
nieprawidłowości

W działalności kontrolowanej jednostki w przedstawionym wyżej zakresie stwierdzono następujące nieprawidłowości:

1. W dziewięciu spośród 60 zbadanych, indywidualnych dokumentacji medycznych prowadzonych w Szpitalu w formie papierowej dokonywano poprawek bez podania przyczyny oraz daty dokonanej zmiany. Stanowiło to naruszenie § 4 ust. 3 rozporządzenia w sprawie dokumentacji. Dotyczyło to:

- siedmiu kart konsultacyjnych przedoperacyjnych, w których dokonywano zmian daty podpisania kart konsultacyjnych przedoperacyjnych<sup>64</sup>,
- jednej karty przebiegu operacji<sup>65</sup> i jednej zgody pacjenta na zabieg operacyjny<sup>66</sup>, w których dokonano zmiany jej treści bez podania przyczyny.

Koordynator Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii podał, że „(...) przyczyną przedmiotowych błędów jest fakt wydrukowania Karty Konsultacji Przedoperacyjnej w momencie (dniu) przyjęcia pacjenta do Szpitala, nie zaś w dniu konsultacji anestezjologicznej. Sposób poprawiania daty przez lekarzy anestezjologów, tj. brak datowania dokonanej zmiany wynika z faktu, że korekta odbywa się w momencie

<sup>63</sup> Jedna z pacjentek nie wypełniła odpowiedzi na pytanie dotyczące możliwości skorzystania z pomocy psychologa.

<sup>64</sup> Nr księgi głównej pacjentek (dalej KG): █████/2017, █████/2017, █████/2018, █████/2018, █████/2018, █████/2019, █████/2019.

<sup>65</sup> KG: █████/2018.

<sup>66</sup> KG: █████/2019.

konsultacji, czyli data poprawki jest jednocześnie datą aktualną (wypełniania całego formularza). Nie zachodzi tutaj możliwość datowania wstecznego. Trudno natomiast jednoznacznie określić powody braku podania przyczyny korekty daty. Najprawdopodobniej opisywane niedociągnięcia wynikają ze zwykłego przeoczenia lub działania pod presją czasu.”

Koordynator Oddziału Położniczo-Ginekologicznego podał, że „(...) zmiany dokonane w protokole przebiegu operacji zostały autoryzowane z powodu zmiany rozpoznania dokonanego w trakcie zabiegu (...). Natomiast na druku zgody pacjenta na zabieg „zmiany zostały dokonane na skutek pomyłki i rzeczywiście nie zostały właściwie autoryzowane. Ich nieczytelność powinna być skutkować wydaniem ponownej właściwej dokumentacji.”

(akta kontroli str. 736-753, 931-986)

2. W jednej<sup>67</sup> spośród 60 zbadanych dokumentacji medycznych do historii choroby prowadzonych w Szpitalu w formie papierowej nie dołączono karty obserwacji pacjentki. Stanowiło to naruszenie § 15 ust. 1 pkt 3 rozporządzenia w sprawie dokumentacji.

Koordynator podał, że ww. niedopatrzienia „(...) nie jest w stanie wyjaśnić ze względu na upływ czasu, lecz analiza postępowania wskazuje, że postępowanie medyczne było prawidłowe (...).”

(akta kontroli str. 721, 744, 931-958)

3. W jednej<sup>68</sup> spośród 60 zbadanych dokumentacji medycznych, nie dołączono oświadczenia pacjenta o upoważnieniu do uzyskiwania informacji o jego stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych oraz uzyskiwania dokumentacji. Stanowiło to naruszenie § 8 ust. 1 pkt 1 i 2 rozporządzenia w sprawie dokumentacji.

Koordynator podał, że „dokumentacja pacjentki nie zawiera powyższej zgody, gdyż prawdopodobnie nie edytowano takiego dokumentu, a sytuacja leczenia pacjentki przebywającej bardzo krótko (8 godzin) w Oddziale, nie spowodowała konieczności udzielenia takich informacji (...).”

(akta kontroli str. 722, 736, 931-958)

#### OCENA CZĄSTKOWA

Podczas udzielania świadczeń zdrowotnych kobietom, które poroniły lub urodziły martwe dziecko przestrzegano wymagań dotyczących warunków lokalowych i sprzętu medycznego. Pomieszczenia zapewniały poczucie godności i intymności. Pacjentki po niepowodzeniach położniczych co do zasady nie przebywały w salach z kobietami, które urodziły zdrowe dzieci, udzielano im pomocy psychologicznej oraz umożliwiano pożegnanie ze zmarłym dzieckiem. Dokumentacja medyczna pacjentek pozwalała na stwierdzenie, kiedy i jakich świadczeń im udzielano. Odnotowano jednak przypadki dokonywania poprawek w zbadanej dokumentacji bez podania przyczyny i daty dokonanej zmiany oraz niedołączenia części wymaganych dokumentów.

### III. Uwagi i wnioski

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

<sup>67</sup> KG: [REDACTED]/2017.

<sup>68</sup> KG: [REDACTED]/2018.

Uwagi NIK nie formułuje uwag

- Wnioski
1. Wykonywanie przeglądów urządzeń medycznych w terminach zalecanych przez ich producentów.
  2. Dokumentowanie wszystkich wykonanych przeglądów urządzeń klimatyzacyjnych.
  3. Podjęcie działań organizacyjnych zmierzających do wyeliminowania przypadków nieprzerwanego udzielania świadczeń przez lekarzy przez okres dłuższy niż 24 godziny.
  4. Sporządzanie rocznej Analizy opieki okołoporodowej uwzględniającej wszystkie wskaźniki ustalone dla Oddziału.
  5. Prawidłowe nanoszenie zmian w dokumentacji medycznej oraz dołączanie do niej wszystkich wymaganych dokumentów.

## IV. 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 Bydgoszczy. Prawo zgłaszania zastrzeżeń, zgodnie z art. 61b ust. 2 ustawy o NIK, nie przysługuje do wystąpienia pokontrolnego zmienionego zgodnie z treścią uchwały w sprawie zastrzeżeń.

Obowiązek  
poinformowania  
NIK o sposobie  
wykorzystania uwag  
i wykonania wniosków

Zgodnie z art. 62 ustawy o NIK należy poinformować Najwyższą Izbę Kontroli, w terminie 21 od otrzymania wystąpienia pokontrolnego, o sposobie wykorzystania uwag i 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.

Bydgoszcz, 14 lipca 2020 r.

Kontroler  
Adam Ruciński  
starszy inspektor kontroli państwowej

Najwyższa Izba Kontroli  
Delegatura w Bydgoszczy  
p.o. Dyrektor  
Tomasz Sobecki

.....  
*podpis*

.....  
*podpis*