



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Bydgoszczy

LBY.410.002.04.2020

Anna Wilkanowska  
p.o. Dyrektor  
Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej  
ul. 3 Maja 2  
87-500 Rypin

# WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

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

# I. Dane identyfikacyjne

Jednostka kontrolowana	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Rypinie, ul. 3 Maja 2, 87-500 Rypin <sup>1</sup>
Kierownik jednostki kontrolowanej	Anna Wilkanowska, p.o. Dyrektor, od 08.02.2020 r. W okresie objętym kontrolą funkcję kierownika jednostki poprzednio pełnili: Michał Jonczynski, p.o. Dyrektor, od 01.01.2017 r. do 05.10.2018 r. Roman Wasilewski, p.o. Dyrektor, od 06.10.2018 r. do 07.02.2020 r. <sup>2</sup>
Zakres przedmiotowy kontroli	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Zgodność z przepisami prawa organizowania udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w sytuacjach poronień, martwych urodzeń i zgonów dziecka tuż po porodzie<sup>3</sup>.</li><li>2. Przestrzeganie obowiązujących uregulowań (w tym standardów) dotyczących opieki okołoporodowej w przypadkach poronień, martwych urodzeń lub urodzenia dziecka, które umiera wkrótce po porodzie.</li><li>3. Świadczenia zapewniające pacjentkom stosowną pomoc.</li></ol>
Okres objęty kontrolą	Lata 2017-2020 (do dnia zakończenia kontroli w jednostce tj. 27 marca 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>4</sup>
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Bydgoszczy
Kontroler	Jacek Kalas, główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LBY/20/2020 z 16.01.2020 r. <p style="text-align: right;">(akta kontroli str.1)</p>

<sup>1</sup> Zwany dalej: „Szpital”.

<sup>2</sup> Zwani dalej: „Dyrektor”.

<sup>3</sup> Należy rozumieć sytuacje, w których dziecko zmarło w szpitalu do 6. doby życia włącznie.

<sup>4</sup> Dz. U. z 2019 r. poz. 489 ze zm., dalej: „ustawa o NIK”.

## II. Ocena ogólna<sup>5</sup> kontrolowanej działalności

### OCENA OGÓLNA

W okresie objętym kontrolą Szpital był przygotowany do udzielania świadczeń zdrowotnych z zakresu położnictwa i ginekologii, w tym opieki nad pacjentkami doświadczającymi niepowodzeń położniczych<sup>6</sup>, zgodnie z wymogami dla pierwszego poziomu referencyjnego, określonymi w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego<sup>7</sup>. Stosownie do wymogów określonych w ww. rozporządzeniu, na Oddziale Położniczo-Ginekologicznym<sup>8</sup> zapewniono odpowiednią liczbę personelu medycznego posiadającego wymagane kwalifikacje oraz wymaganą aparaturę i sprzęt medyczny. W Szpitalu nie wykonano jednak w 2018 r. okresowego przeglądu urządzeń klimatyzacji, co było niezgodne z § 39 ust. 1 Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą<sup>9</sup>.

Zarządzeniem wewnętrznym Dyrektora<sup>10</sup> w Szpitalu wprowadzono standard organizacyjny opieki okołoporodowej i określono wskaźniki okołoporodowe z obowiązkiem ich monitorowania. Regulamin organizacyjny Szpitala<sup>11</sup> nie określał jednak sposobu realizacji oraz dokumentowania działań dotyczących ustalenia i monitorowania tych wskaźników, co stanowiło naruszenie pkt. I ust. 3 załącznika do Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej<sup>12</sup>.

W Szpitalu obowiązywała Procedura Epidemiologiczna QP-06/E „Postępowanie ze zwłokami i martwymi płodami”<sup>13</sup>, która regulowała postępowanie m.in. z martwymi płodami niezależne od ich wieku. Kontrola wykazała jednak przypadki jej nieprzestrzegania. Dotyczyło to niewłaściwego postępowania w sytuacji wydania karty skierowania zwłok płodu do chłodni (jeden przypadek) oraz przekazania do badania histopatologicznego płodu wraz z łożyskiem (trzy przypadki). Jednocześnie umowa pomiędzy Szpitalem a Pracownią Patomorfologii, nie zabezpieczała prawa do pochówku dzieci martwo urodzonych, w sytuacji, gdy do badania histopatologicznego wysłana została tkanka zarodkowa (razem z łożyskiem).

Kontrola NIK wykazała, że Zarządzenie wewnętrzne oraz Procedura Epidemiologiczna, jak również Rekomendacje Wojewody Kujawsko-Pomorskiego w zakresie opieki nad kobietami w przypadku niekorzystnego zakończenia ciąży<sup>14</sup> zostały nierzetelnie wdrożone, ponieważ nie wszyscy pracownicy Oddziału

<sup>5</sup> Najwyższa Izba Kontroli formułuje ocenę ogólną jako ocenę pozytywną, ocenę negatywną albo ocenę w formie opisowej.

<sup>6</sup> Przedmiotem kontroli były niepowodzenia położnicze polegające na poronieniu i urodzeniu dziecka martwego. Po wejściu w życie (1 stycznia 2019 r.) rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej (Dz. U. poz. 1756), pojęcie *niepowodzeń położniczych* zostało zastąpione pojęciem *sytuacji szczególnych*.

<sup>7</sup> Dz. U. z 2017 r. poz. 2295, ze zm. Dalej: „rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych”.

<sup>8</sup> Dalej: „Oddział”.

<sup>9</sup> Dz. U. z 2012 r. poz. 739 (uchylone z dniem 1 kwietnia 2019 r.), dalej: „rozporządzenie w sprawie szczegółowych wymagań”.

<sup>10</sup> Zarządzenie Wewnętrzne Nr 14/2018 Dyrektora Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Ryplinie z dnia 30.12.2018 r. w sprawie wprowadzenia standardu położniczego na oddziale Położniczo-Ginekologicznym oraz określenia wskaźników opieki okołoporodowej. Dalej „Zarządzenie Wewnętrzne”.

<sup>11</sup> Dalej „Regulamin”.

<sup>12</sup> Dz. U. 2018 poz. 1756, dalej: „rozporządzenie z 16 sierpnia 2018 r.” lub „rozporządzenie w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej” lub „standard opieki okołoporodowej”.

<sup>13</sup> Dalej „Procedura Epidemiologiczna”.

<sup>14</sup> Rekomendacje Wojewody Kujawsko-Pomorskiego z grudnia 2017 r. „Niekorzystne zakończenie ciąży – rekomendacje postępowania z dziećmi i rodzicami w niepowodzeniu położniczym dla personelu medycznego oddziałów położniczo-ginekologicznych województwa kujawsko-pomorskiego. Dalej: „Rekomendacje Wojewody”.

zapoznali się z ich treścią, co było niezgodne z obowiązującą w Szpitalu Procedurą Systemu Zarządzania Jakością.

Skontrolowana dokumentacja medyczna pozwalała na stwierdzenie, jakich świadczeń i w jakim zakresie udzielono pacjentkom Szpitala. Kobietom znajdującym się w sytuacji szczególnej, tj. m.in. poronienia lub urodzenia martwego dziecka, nie zapewniono jednak skorzystania możliwie szybko z pomocy psychologicznej, do czego zobowiązywał pkt XV ust. 3 pkt 2 załącznika do rozporządzenia w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej. W Szpitalu nie opracowano zasad udzielania pacjentkom informacji o możliwości uzyskania dalszej pomocy psychologicznej, miejscach i organizacjach udzielających wsparcia. Na Oddziale dostępny był jednak dwustronicowy informator wydany przez redakcję portalu Poroniam.pl. Dostępna była również ulotka dla rodziców zawarta w Rekomendacjach Wojewody.

### **III. Opis ustalonego stanu faktycznego oraz oceny cząstkowe<sup>15</sup> kontrolowanej działalności**

OBSZAR

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

Opis stanu faktycznego

Szpital zakwalifikowany został w 2017 r. do pierwszego poziomu systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej na terenie województwa kujawsko-pomorskiego<sup>16</sup>. Strukturę organizacyjną Oddziału tworzyły: blok porodowy z salą porodów rodzinnych oraz oddział położniczo (rooming-in)-ginekologiczny. Oddziałem kierował, specjalista położnik ginekolog. W strukturze Oddziału wydzielono odcinek ginekologiczny oraz odcinek położniczy. W ramach Oddziału zorganizowano m.in.: gabinety diagnostyczne, salę przedporodową, salę porodową z punktem przyjęć noworodka, salę poporodową, salę operacyjną do cięć cesarskich, salę intensywnego nadzoru noworodka oraz części rooming-in z salami, w których przebywają matki z noworodkami po porodzie<sup>17</sup>. Pacjentki doświadczające niepowodzeń położniczych hospitalizowano w odcinku ginekologicznym Oddziału. Regulamin wskazywał, że Oddział hospitalizował „noworodki zdrowe wykazujące jedynie stany związane ze zmianami fizjologicznymi o charakterze łagodnym i przemijającym. (...) Stany wymagające szerokiej diagnostyki i specjalistycznego leczenia, przekazywane są po ustabilizowaniu się ich stanu, do ośrodków o wyższym stopniu referencyjności”.

(akta kontroli str. 5-16)

W okresie 2017-2019 liczba noworodków ogółem wyniosła 913, w tym w 2017 r. 452, 2018 r. 212 i 2019 r. 249. Z tej liczby żywo urodzonych było 911, z tego w 2017 r. – 452, 2018 r. – 211 i 2019 r. – 248. W latach 2017-2019 był jeden

<sup>15</sup> Oceny cząstkowe to oceny działalności w poszczególnych obszarach badań kontrolnych. Ocena cząstkowa może być sformułowana jako ocena pozytywna, ocena negatywna albo ocena w formie opisowej.

<sup>16</sup> Wykaz świadczeniodawców zakwalifikowanych do poszczególnych poziomów podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej na terenie województwa kujawsko-pomorskiego sporządzony 27.06.2017 r. przez Dyrektora Kujawsko-Pomorskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, na podst. art. 2 ust. 4 ustawy z dnia 23 marca 2017 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. poz. 844).

<sup>17</sup> W skład traktu porodowego wchodziły: śluza umywalkowo-fartuchowa, dwie sale porodowe (w tym jedna do porodów rodzinnych), sala operacyjna dla porodów rozwiązywanych cięciem cesarskim, (z pomieszczeniem wyposażonym w stanowisko chirurgicznego mycia rąk oraz pomieszczeniem przygotowawczym dla personelu, pomieszczenie higieniczno-sanitarne przystosowane dla osób niepełnosprawnych, pomieszczenie porządkowe, pomieszczenie dla położnic i noworodków w pierwszych godzinach życia, z możliwością obserwacji z punktu obserwacyjnego/laktacyjnego.

przypadek (2017 r.) śmierci dziecka do szóstej doby życia. W okresie 2017-2019 miały miejsce ogółem 164 poronienia, w tym w 2017 r. – 64, w 2018 r. i 2019 r. – po 50 przypadków. W okresie 2017-2019 r. nie było przypadków powikłań po poronieniach z uszkodzeniem narządów płciowych.

(akta kontroli str. 17-18)

Stosownie do art. 50 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej<sup>18</sup>, w Szpitalu w latach 2017 – 2019 ustalono minimalne normy zatrudnienia pielęgniarek i położnych. Dla wskazanego okresu w Oddziale minimalna norma zatrudnienia pielęgniarek i położnych wynosiła 7,13 etatu, w tym na odcinku położniczym 5,44 i na odcinku ginekologicznym 1,69.

(akta kontroli str. 29)

W wybranych do próby kontrolnej miesiącach, w ramach umowy o pracę<sup>19</sup> i umów cywilnoprawnych<sup>20</sup> zatrudniano na Oddziale:

- w lipcu i październiku 2017 r. – 16 położnych oraz pięciu lekarzy (wszyscy ze specjalizacją w dziedzinie położnictwa i ginekologii);
- w lipcu i październiku 2018 r. – 14 położnych oraz siedmiu lekarzy (wszyscy ze specjalizacją w dziedzinie położnictwa i ginekologii);
- w lipcu i październiku 2019 r. – 14 położnych (w tym jedna ze specjalizacją w zakresie pielęgniarstwa położniczego) oraz pięciu lekarzy (wszyscy ze specjalizacją w dziedzinie położnictwa i ginekologii).

W Szpitalu zatrudnionych było w 2017 r. siedmiu lekarzy anestezjologów, w 2018 r. i w 2019 r. sześciu.

(akta kontroli str. 20, 313)

Szpital zapewnił odpowiedni personel medyczny wymagany dla pierwszego poziomu referencyjnego w wymiarze określonym w rozporządzeniu w sprawie świadczeń gwarantowanych, tzn.: we wszystkie dni tygodnia, w ciągu dnia zagwarantowano obecność: lekarza z II stopniem specjalizacji i jednego lub dwóch lekarzy z I stopniem specjalizacji, natomiast na dyżurach: lekarza, z co najmniej I stopniem specjalizacji, a także odpowiednią liczbę położnych. W Szpitalu nie został jeszcze spełniony warunek określony w ww. rozporządzeniu dot. liczby zatrudnionych położnych o odpowiednich kwalifikacjach w zakresie specjalizacji<sup>21</sup>.

(akta kontroli str. 19, 21-28, 313)

Analiza rozkładu czasu pracy lekarzy zatrudnionych na Oddziale wykazała, iż czas pracy lekarzy bez przerwy nie przekraczał 24 h.

(akta kontroli str. 39-119)

Zgodnie z załącznikiem nr 3 do rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych, w Szpitalu zapewniono stałą obecność lekarza specjalisty w dziedzinie anestezjologii.

(akta kontroli str. 20, 120-139)

Personel medyczny wykonujący usługi medyczne na Oddziale w okresie objętym kontrolą, został ujęty w wykazie personelu stanowiącym załącznik do umowy i w załącznikach do aneksów do umowy z Kujawsko-Pomorskim Oddziałem Wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia.

<sup>18</sup> Dz. U. z 2020 r. poz. 295.

<sup>19</sup> Wszystkie położne.

<sup>20</sup> Wszyscy lekarze.

<sup>21</sup> Warunek ten powinien być spełniony do końca 2021 r., zgodnie z § 2 ust. 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 11 października 2018 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz. U. poz. 2012, ze zm.).

(akta kontroli str. 21-28)

W okresie objętym kontrolą Szpital spełniał warunki określone w rozporządzeniu w sprawie świadczeń gwarantowanych dla pierwszego stopnia referencyjności w zakresie:

- zapewnienia odpowiedniego wyposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną (na Oddziale zapewniono: kolposkop, aparat KTG<sup>22</sup>, kardiomonitor, aparat USG);
- zapewnienia realizacji badań (na oddziale zapewniono m.in.: ciągłe badanie KTG przed i w trakcie porodu, a w lokalizacji Szpitala - badania laboratoryjne);
- pozostałych wymagań (prowadzono m.in.: partogram, stosowano standardy w łagodzeniu bólu porodowego, wyodrębniono salę do cięć cesarskich, a w Szpitalu funkcjonował Oddział Neonatologiczny).

Kobiety ciężarne przyjmowane były na Izbie Przyjęć zlokalizowanej na parterze. Oddział Położniczo-Ginekologiczny znajdował się na II piętrze.

Wymieniony sprzęt i aparatura medyczna były sprawne technicznie oraz posiadały aktualne przeglądy stanu technicznego. Przeglądy przewodów kominowych odbywały się regularnie w latach 2017-2019. Aktualnie funkcjonująca w Szpitalu klimatyzacja założona została w 2017 r. W okresie objętym kontrolą przegląd układu klimatyzacji dokonano tylko w 2019 r.

W okresie 2017-2020 w Szpitalu przeprowadzono cztery kontrole wykonane przez Wojewódzką Stację Sanitarno-Epidemiologiczną, w trakcie których w zakresie dot. Oddziału stwierdzono m.in. :

- a) 2 czerwca 2017 r.<sup>23</sup> brak pokoju przygotowawczego pielęgniarskiego<sup>24</sup> oraz obecność zacieku na suficie w pomieszczeniu higieniczno-sanitarnym przy pokoju łóżkowym nr 3<sup>25</sup>;
- b) 20 kwietnia 2018 r.<sup>26</sup> „brak dostępu do łóżek z trzech stron, w tym dwóch dłuższych w jednym z pokoi łóżkowych nr 7 Odcinka Ginekologicznego Oddziału Położniczo-Ginekologicznego”<sup>27</sup>;
- c) 25 kwietnia 2019 r. niewłaściwy stan sanitarno-techniczny ścian w salach nr 2 i 3, polegający na obecności zabrudzeń i zacieku oraz odprysków farby<sup>28</sup>. W trakcie kontroli wykonanej;
- d) 4 grudnia 2019 r.<sup>29</sup> brak nieprawidłowości.

(akta kontroli str. 198-243, 310-334, 475-487)

Opieka nad pacjentkami doświadczającymi poronień, urodzenia martwego dziecka lub śmierci dziecka krótko po porodzie, którą sprawował Szpital w okresie objętym kontrolą, nie była przedmiotem kontroli ze strony innych organów.

(akta kontroli str. 244-261)

---

<sup>22</sup> Kardiokardiof. (Kardiotokograf).

<sup>23</sup> Protokół kontroli Nr 38/NHK/2017 z 9.06.2017 r.

<sup>24</sup> Stanowiło to naruszenie pkt 2 część II załącznika nr 1 do Rozporządzenia Ministra Zdrowia z 26 czerwca 2012 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz.U. z 2012 r. poz. 739).

<sup>25</sup> Stanowiło to naruszenie art. 22 ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (tekst jednolity Dz.U. z 2016 r. poz. 1866 ze zm.). Dalej: „ustawa o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń”.

<sup>26</sup> Protokół kontroli Nr 26/NHK/2018 z 9.05.2018 r.

<sup>27</sup> Stanowiło to naruszenie § 18 rozdziału 3 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz.U. z 2012 r. poz. 739). W kolejnych kontrolach tej nieprawidłowości nie stwierdzano.

<sup>28</sup> Stanowiło to naruszenie art. 22 ust. 1 ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń. W Protokole kontroli Nr 89/NHK/2019 z 4.12.2019 r. stwierdzono, że „doprowadzono do właściwego stanu sanitarno-epidemiologicznego ściany w salach łóżkowych nr 2 i 3”.

<sup>29</sup> Protokół kontroli Nr 89/NHK/2019 z 4.12.2019 r.

Stwierdzone  
nieprawidłowości

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

W Szpitalu nie wykonano w 2018 r. okresowego przeglądu urządzeń klimatyzacji, co było niezgodne z § 39 ust. 1 rozporządzenia w sprawie szczegółowych wymagań. Zgodnie z ww. przepisem „Instalacje i urządzenia wentylacji mechanicznej i klimatyzacji podlegają okresowemu przeglądowi, czyszczeniu lub dezynfekcji, lub wymianie elementów instalacji zgodnie z zaleceniami producenta, nie rzadziej niż co 12 miesięcy”. Dyrektor wyjaśniła, że Dział Techniczny od października 2018 r. wielokrotnie podejmował próby wyegzekwowania wykonania gwarancyjnego przeglądu. Czynność ta wykonana została ostatecznie 27 sierpnia 2019 r.

(akta kontroli str. 200-202, 450, 487)

OCENA CZĄSTKOWA

W okresie objętym kontrolą Szpital był przygotowany do udzielania świadczeń zdrowotnych z zakresu położnictwa i ginekologii, w tym opieki nad pacjentkami doświadczającymi niepowodzeń położniczych, zgodnie z wymogami rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych dla pierwszego poziomu referencyjnego. Stosownie do wymogów określonych w ww. rozporządzeniu, na Oddziale zapewniono odpowiednią liczbę personelu medycznego posiadającego wymagane kwalifikacje oraz wymaganą aparaturę i sprzęt medyczny. W 2018 r. nie był wykonany coroczny przegląd instalacji klimatyzacyjnej.

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

Dyrektor wprowadził „do stosowania” z dniem 1 stycznia 2019 r. „standard organizacyjny obejmujący organizację opieki sprawowanej nad kobietą w okresie ciąży, porodu, połogu oraz nad noworodkiem, w zakresie opieki okołoporodowej, w brzmieniu określonym Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej”<sup>30</sup> oraz „obowiązkowe monitorowanie wskaźników okołoporodowych”. Dyrektor określił, że obowiązkiem monitorowania objęte są wskaźniki: porodu ogółem, porodu siłami natury, cięcia cesarskie, poród z zastosowaniem kleszczy, poród Vaccum, pomoc ręczna przy porodzie, amniotomia, indukcja porodu, stymulacja czynności skurczowej mięśnia macicy, podawanie opioidów, nacięcie krocza, pęknięcie krocza I, II i III stopnia, oraz porody rodzinne. Zarządzenie nie wskazywało m.in.: wartości tych wskaźników, sposobu i częstotliwości monitorowania, informacji, kto ma tę czynność wykonywać. Ponadto nie formułowało obowiązku ustalania oceny satysfakcji kobiet objętych opieką.

Regulamin (aktualnie obowiązująca wersja datowana była na 8 grudnia 2016 r.) nie zawierał sposobu realizacji oraz dokumentowania działań dotyczących ustalania i monitorowania w/w wskaźników oraz obowiązków pracowników w zakresie ustalania oceny satysfakcji kobiet objętych opieką. Szpital dysponował dwiema uzyskanymi z Oddziału ankietami pt. „Ankieta satysfakcji pacjenta w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Rypinie” (anonimowe, bez daty) oraz dwiema ankietami pt. „Ankieta oceniająca satysfakcję pacjentek Oddziału Położniczego-Ginekologicznego w Rypinie przy ul. 3 Maja 2” (anonimowe, bez daty). Szpital nie dysponował dokumentacją dot. wprowadzenia tych ankiet. Dyrektor wyjaśniła, że „W SP ZOZ od wielu lat stosowane jest badanie ankietowe pacjentów wszystkich oddziałów szpitala. Pacjenci odpowiadają na pytania

<sup>30</sup> Zarządzenie Wewnętrzne.

dotyczące zadowolenia z jakości udzielanych świadczeń przez lekarzy, pielęgniarki, położne, jakości posiłków, dostępności parkingu (...). Na oddziale przeprowadzane było dodatkowe badanie ankietowe wewnętrzne, uzyskano 2 wypełnione ankiety”.

(akta kontroli str. 8-16, 262, 264, 430-443, 456)

W szpitalu nie opracowano wewnętrznych zasad (procedur) dotyczących opieki nad pacjentkami, które poroniły, urodziły martwe dziecko lub dziecko, które zmarło wkrótce po porodzie. Opracowano Procedurę Epidemiologiczną. Zagadnienie zapoznawania się pracowników Oddziału z obowiązującymi: przepisami, wytycznymi Wojewody Kujawsko-Pomorskiego w zakresie opieki nad kobietami w przypadku niekorzystnego zakończenia ciąży oraz Procedurą Epidemiologiczną opisane jest w części wystąpienia pokontrolnego dot. stwierdzonych nieprawidłowości.

(akta kontroli str. 262-287, 359-380, 464)

W okresie objętym kontrolą dla pracowników Oddziału nie planowano przeprowadzenia zewnętrznych szkoleń dotyczących opieki nad pacjentkami doświadczającymi poronień, urodzenia martwego dziecka lub śmierci dziecka wkrótce po porodzie. W 2018 r. i 2019 r. zaplanowano przeprowadzenie wewnętrznego szkolenia<sup>31</sup> nt. „Rekomendacji postępowania z dziećmi i rodzicami w niepowodzeniu położniczym dla personelu medycznego oddziału położniczo-ginekologicznego”. Dyrektor poinformowała, że Szpital nie dysponuje dokumentami poświadczającymi realizację w/w szkoleń.

Szpital dysponował dokumentem potwierdzającym odbycie w styczniu 2019 r. przez Kierownika Oddziału, Położną Oddziału, Z-cę Położnej Oddziału oraz dziesięć położnych<sup>32</sup>, szkolenia pt. „Standard organizacyjny opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie ciąży, porodu, porożu oraz nad noworodkiem”. Dyrektor poinformowała, że pracownicy Oddziału nie składali wniosków o przeprowadzenie szkoleń dot. standardów opieki okołoporodowej.

(akta kontroli str. 288-296, 450)

W Szpitalu łączna kwota poniesionych wydatków na szkolenia wyniosła w 2017 r. - 30 308 zł, w 2018 r. - 38 245 zł, a w 2019 r. - 33 620 zł. Z tych kwot na szkolenia personelu Oddziału wydatkowano w 2017 r. – 3 600 zł, w 2018 r. – 2 600 zł i w 2019 r. – 4 900 zł. Szpital nie poniósł żadnych wydatków na szkolenia dotyczące standardów opieki okołoporodowej.

(akta kontroli str. 297-298)

Na Oddziale nie wprowadzono mechanizmów pozwalających na sprawdzenie (weryfikację) właściwego przygotowania personelu medycznego w zakresie znajomości standardów udzielania świadczeń kobietom, które doświadczyły poronienia, urodziły martwe dziecko lub dziecko, które zmarło wkrótce po porodzie. Jak wyjaśniła Dyrektor „(...) personel oddziału potwierdza zapoznanie się z procedurami, standardami własnoręcznym podpisem pod procedurą, standardem”. Ponadto wskazała, że kierownik oddziału ginekologiczno-położniczego uzyskiwał pewność, że podległy mu personel dysponuje wiedzą o obowiązujących standardach opieki okołoporodowej, w tym w zakresie udzielania świadczeń kobietom, które doświadczyły poronienia, urodziły martwe dziecko lub dziecko, które zmarło wkrótce po porodzie, poprzez to, że „bezpośrednio współpracuje z personelem, jest codziennie na oddziale i ma możliwość weryfikowania stosowania regulacji w praktyce poprzez bezpośredni kontakt”.

<sup>31</sup> W 2018 r. planowano, że szkolenie przeprowadzone będzie przez ordynatora Oddziału i psychologa.  
W 2019 r. szkolenie miała przeprowadzić położna.

<sup>32</sup> Jedna położna nie uczestniczyła w szkoleniu w związku ze zwolnieniem lekarskim.



(akta kontroli str. 459)

W okresie objętym kontrolą zorganizowano jedno szkolenie<sup>33</sup> poświęcone radzeniu sobie ze stresem w trudnej sytuacji położniczej, ciąży zakończonej niepowodzeniem, w którym wzięły udział wyłącznie Położna Oddziału, Z-ca Położnej Oddziałowej oraz 11 położnych.

(akta kontroli str. 295)

W anonimowym badaniu ankietowym dot. wsparcia w zakresie radzenia sobie ze stresem udzielanego personelowi medycznemu opiekującemu się pacjentkami, które poroniły, urodziły martwe dziecko lub dziecko, które zmarło wkrótce po porodzie, w uzyskanych dziewięciu ankietach:

- w sześciu stwierdzono, że istnieje potrzeba doskonalenia zawodowego w związku z pracą z takimi pacjentkami;
- w pięciu ankietach stwierdzono, że w pracy z takimi pacjentkami odczuwają potrzebę przeciwdziałania tzw. wypaleniu zawodowemu;
- w ośmiu stwierdzono, że nikt nie zaproponował pracownikom medycznym pomocy psychologicznej;
- w sześciu przypadkach stwierdzono, że realizowane formy pomocy są właściwe i wystarczające<sup>34</sup>.

Dyrektor poinformowała, że do kierownictwa szpitala nie wpływały od pracowników wnioski dot. konieczności udzielania wsparcia w zakresie radzenia sobie ze stresem personelowi medycznemu opiekującemu się pacjentkami, które poroniły, urodziły martwe dziecko lub dziecko, które zmarło wkrótce po porodzie.

(akta kontroli str. 299-307, 451)

W Szpitalu nie opracowano zasad informowania pacjentek o możliwości uzyskania dalszej pomocy psychologicznej, miejscach i organizacjach udzielających wsparcia, przysługujących prawach wynikających z sytuacji, w których się znalazły oraz możliwości pochowania utraconego dziecka. Dyrektor wyjaśniła, że powyższe informacje przekazywane były ustnie przez położne i lekarzy. W szpitalu nie opracowano własnych informatorów dla tej grupy pacjentek. Na Oddziale dostępny był dwustronicowy informator wydany przez Poroniam.pl, (portal dla rodziców po stracie). Informator wskazywał m.in.: czynności prawne dot. pochówku, uzasadnienie określenia płci płodu, możliwość kolejnej udanej ciąży oraz należne prawa po utracie ciąży. Ponadto dostępna była ulotka dla rodziców zawarta w Rekomendacjach Wojewody.

(akta kontroli str. 285-287, 308-309, 464)

Stwierdzone  
nieprawidłowości

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

1. Regulamin Szpitala nie określał sposobu realizacji oraz dokumentowania działań dotyczących ustalenia i monitorowania<sup>35</sup> wskaźników opieki okołoporodowej, co stanowiło naruszenie pkt. I ust. 3 załącznika do rozporządzenia w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej.

<sup>33</sup> Szkolenie przeprowadzone zostało 24 stycznia 2018 r. Prowadzącym był psycholog pracujący w Szpitalu.

<sup>34</sup> Dwie osoby nie miały zdania, jedna osoba określiła, że realizowane formy są niewłaściwe i niewystarczające.

<sup>35</sup> Nie rzadziej niż raz w roku, kierując się w szczególności ograniczaniem interwencji medycznych, o których mowa w ust. 1 pkt I załącznika do rozporządzenia w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej, oraz oceną satysfakcji kobiet objętych opieką.

Dyrektor nie wyjaśniła powodów zaniechania dostosowania Regulaminu do ww. wymogów prawa, a jedynie poinformowała, że SP ZOZ w Rypinie „w 2019 roku stosował i stosuje standard organizacyjny opieki okołoporodowej zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z 16 sierpnia 2018 r., był to pierwszy rok stosowania standardu”.

(akta kontroli str. 8-16, 454, 456)

2. W Szpitalu nierzetelnie wdrożono Zarządzenie Wewnętrzne, Procedurę Epidemiologiczną oraz Rekomendacje Wojewody, ponieważ nie wszyscy pracownicy Oddziału zapoznali się z tymi regulacjami<sup>36</sup>. Obowiązująca w Szpitalu Procedura Systemu Zarządzania Jakością „Nadzór nad dokumentami”<sup>37</sup> w pkt. 4.10. stanowiła, że „Dokumenty wdrażane są od dnia ich zatwierdzenia. Wdrażanie polega głównie na: (...) przeszkoleniu pracowników co potwierdzają oni podpisem na kopii danego dokumentu”. Nieobecność na szkoleniu większości lekarzy Dyrektor wyjaśniła tym, że „Lekarze pracują na umowach cywilnoprawnych, nie wszyscy we wszystkie dni tygodnia”.

(akta kontroli str. 262-287, 296, 359-381, 385, 450, 464)

#### OCENA CZĄSTKOWA

Zarządzeniem wewnętrznym Dyrektora w Szpitalu wprowadzono standard organizacyjny opieki okołoporodowej i określono wskaźniki okołoporodowe z obowiązkiem ich monitorowania. Zarządzenie to, jak również Procedura Epidemiologiczna i Rekomendacje Wojewody zostały jednak nierzetelnie wdrożone, ponieważ nie wszyscy pracownicy Oddziału zapoznali się z ich treścią, co było niezgodne z obowiązującą w Szpitalu Procedurą Systemu Zarządzania Jakością. Ponadto Regulamin Szpitala nie określał sposobu realizacji oraz dokumentowania działań dotyczących ustalenia i monitorowania wskaźników opieki okołoporodowej, co stanowiło naruszenie pkt. I ust. 3 załącznika do rozporządzenia z 16 sierpnia 2018 r. Mimo, że w Szpitalu nie opracowano zasad udzielania pacjentkom informacji o możliwości uzyskania dalszej pomocy psychologicznej, miejscach i organizacjach udzielających wsparcia, na Oddziale dostępny był dwustronicowy informator wydany przez redakcję portalu Poronilam.pl. Dostępna była również ulotka dla rodziców zawarta w Rekomendacjach Wojewody.

#### OBSZAR

### 3. Świadczenia zapewniające pacjentkom stosowną pomoc

Opis stanu faktycznego

W trakcie oględzin dot. wyposażenia pomieszczeń Oddziału oraz organizacji zapewnienia pacjentkom stosownej pomocy ustalono, m.in., że:

- Oddział liczył 19 łóżek, w tym ginekologia 11, tj. zajmowała trzy sale po dwa łóżka i jedną salę z pięcioma łózkami;
- odstępy między łózkami umożliwiały swobodny dostęp do pacjentów, wszystkie łóżka były wyposażone w koła umożliwiające przesuwanie oraz posiadały hamulce;
- szerokość pokoju łóżkowego umożliwiała wyprowadzenie łóżka, drzwi były o szerokości 100 cm, wszystkie łóżka miały szerokość max 90 cm;

<sup>36</sup> Z rozporządzeniem w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej, wprowadzonym „do stosowania” Zarządzeniem Wewnętrznym zapoznano się dwoje lekarzy i 12 położnych Oddziału. Z Rekomendacjami Wojewody zapoznano się sześćcioro lekarzy i 15 położnych, a z Procedurą Epidemiologiczną – wszystkie położne oraz trzech lekarzy. W odbytym 11 stycznia 2019 r. szkoleniu pt. „Standard organizacyjny opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie ciąży, porodu, pogoju oraz nad noworodkiem” brał udział wyłącznie kierownik Oddziału oraz wszystkie położne (wraz z Położną Oddziałową).

<sup>37</sup> Procedura Systemu Zarządzania Jakością „Nadzór nad dokumentami”, wydanie 4, data obowiązywania 31.03.2018 r. Dalej: „Procedura Systemu Zarządzania Jakością”.

- pokoje łózkowe na Oddziale były wyposażone w umywalkę z ciepłą i zimną wodą, dozownik z mydłem w płynie oraz pojemnik z ręcznikami jednorazowego użycia i pojemnik na zużyte ręczniki;
- konstrukcja mebli w pomieszczeniach umożliwiała ich mycie oraz dezynfekcję;
- połączenie ścian z podłogami było wykonane w sposób umożliwiający ich mycie i dezynfekcję;
- w pokojach łózkowych zapewniono bezpośredni dostęp światła słonecznego;
- pomieszczenia, w których wykonywane były zabiegi lub badania, wyposażono w: co najmniej jedną umywalkę z baterią z ciepłą i zimną wodą, dozownik z mydłem w płynie, dozownik ze środkiem dezynfekcyjnym, pojemnik z ręcznikami jednorazowego użycia. Sześć pomieszczeń higieniczno-sanitarnych wyposażonych było w: co najmniej w miskę ustępową, umywalkę, dozownik z mydłem w płynie, pojemnik z ręcznikami jednorazowego użycia oraz pojemnik na zużyte ręczniki. Zespół porodowy składał się z: dwóch sal porodowych jednostanowiskowych<sup>38</sup>, sali do porodów rodzinnych oraz sali dla porodów rozwiązywanych cięciem cesarskim (wyposażonej w stanowisko resuscytacji noworodka). Oddział wyposażony był: w służbę do zespołu porodowego, oddzielną izbę przyjęć oraz w kolposkop, kardiomoniory, aparaty KTG (przy każdym łóżku). Zapewniono możliwość wykonywania badań histopatologicznych i prowadzono partogramy. W tym samym budynku znajdował się blok operacyjny.

Dla pacjentek po niepowodzeniu położniczym nie wyodrębniono odrębnej sali. Ulokowanie foteli ginekologicznych zapewniało badanym pacjentkom zachowanie intymności. Okna były zabezpieczone przed dostępem osób postronnych, gdyż Oddział znajdował się na II piętrze. Na dostępnej dla pacjentek tablicy ogłoszeń, nie było informacji o możliwości skorzystania z pomocy psychologicznej i opieki duchowej. Informacja o umiejscowieniu kaplicy znajdowała się na tablicy głównej w holu, na wprost wejścia do budynku Szpitala.

(akta kontroli str. 310-335)

Szczegółowe badanie dokumentacji medycznej 60 pacjentek, które doświadczyły niepowodzenia położniczego hospitalizowanych w latach 2017-2019 wykazało, że:

- dokumentacja indywidualna wszystkich pacjentek zawierała oświadczenia o: upoważnieniu do uzyskiwania informacji o stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych, upoważnieniu do uzyskiwania dokumentacji, ze wskazaniem imienia i nazwiska osoby upoważnionej, wyrażeniu zgody na przeprowadzenie badania lub udzielenie innego świadczenia zdrowotnego;
- stosownie do § 15 ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania<sup>39</sup>, do historii choroby w każdym przypadku dołączano: karty indywidualnej opieki prowadzonej przez położną, karty obserwacji, karty gorączkowe, karty zleceń lekarskich, karty informacyjne z leczenia szpitalnego, wyniki badań diagnostycznych wraz z opisem, wyniki konsultacji, a w przypadku pacjentek, u których dokonywano zabiegu abrazji również karty przebiegu znieczulenia;
- wszystkie pacjentki, którym przeprowadzono zabieg abrazji otrzymały znieczulenie ogólne dożylnie i wyraziły zgodę na jego przeprowadzenie.

<sup>38</sup> Brak sali wielostanowiskowej.

<sup>39</sup> Dz. U. poz. 2069.

Dokumentacja medyczna pozwalała na stwierdzenie, jakich świadczeń i w jakim zakresie udzielono.

(akta kontroli str. 342-358)

W 2017 i 2018 r. w Szpitalu zatrudnionych było czterech psychologów. Jeden w wymiarze pełnego etatu, pozostali pracowali dwa razy w tygodniu po sześć godzin. W 2019 r. kontynuowało pracę trzech psychologów, w różnych wymiarach czasowych. Jeden - w wymiarze jeden raz w tygodniu przez sześć godzin, drugi – dwa razy w tygodniu po sześć godzin, trzeci – dwa razy w tygodniu po cztery godziny. Pracowali oni w tych godzinach w poradni psychologicznej, psychiatrycznej, leczenia uzależnień oraz na oddziałach szpitalnych. Dyrektor poinformowała, że psychologowie udzielali świadczeń w wybrane dni tygodnia, a także na każde wezwanie z oddziału szpitalnego – na zasadzie konsultacji. Program informatyczny posiadany przez Szpital nie pozwalał na uzyskanie danych dot. liczby udzielonych przez psychologów porad kobietom po niepowodzeniu położniczym. Zagadnienie udokumentowanej dostępności udzielenia możliwie szybko pomocy psychologicznej opisane zostało w dalszej części wystąpienia pokontrolnego dotyczącej stwierdzonych nieprawidłowości.

(akta kontroli str. 177-197, 346-358, 464-465)

W badanej grupie 60-u pacjentek, trzy skorzystały z pomocy psychologicznej. W jednym przypadku udzielona pomoc psychologiczna (konsultacja) została uznana przez Szpital za wystarczającą<sup>40</sup>. W pozostałych dwóch przypadkach dla pacjentek wystawiono skierowanie do poradni psychologicznej/poradni zdrowia psychicznego. Ponadto, w jednym przypadku pacjentka złożyła oświadczenia o rezygnacji z konsultacji psychologicznej.

(akta kontroli str. 346-358)

W związku z faktem, że w badanej dokumentacji medycznej nie wskazywano numerów sal, w których hospitalizowane były pacjentki, nie można było jednoznacznie określić, czy pacjentkom, które poroniły, urodziły martwe dziecko lub którym dziecko zmarło zaraz po porodzie zapewniono możliwość pobytu w sali, w której nie przebywają kobiety w okresie ciąży lub porodu, które urodziły zdrowe dziecko<sup>41</sup>. Dyrektor wyjaśniła, że pacjentki po niepowodzeniach położniczych zawsze przebywają w sali jednoosobowej<sup>42</sup>.

(akta kontroli str. 335-341, 346-358)

Oddział nie dysponował salą pożegnań, gdyż – jak wyjaśniła Dyrektor – „pacjentki po niepowodzeniach położniczych zawsze przebywają na pojedynczej sali”. Obowiązująca w okresie objętym kontrolą Procedura Epidemiologiczna nie regulowała sytuacji „pożegnania z martwym dzieckiem/płodem”. Szpital nie nawiązał współpracy z organizacjami (społecznościami, grupami wsparcia), które przygotowują pamiątki po utraconym dziecku.

(akta kontroli str. 335, 359-381, 465)

Procedura Epidemiologiczna w Szpitalu regulowała postępowanie m.in. z martwymi płodami (ustanowione zasady były niezależne od wieku płodu). Wskazywała ona, że martwy płód należy „zabezpieczyć” w podkład jednorazowego użytku i umieścić

<sup>40</sup> W tym przypadku nie wystawiono skierowania do właściwej poradni.

<sup>41</sup> Część położnicza Oddziału dysponuje trzema salami. W trakcie pobytu w Szpitalu pacjentki zmieniały sale, w których były umieszczane.

<sup>42</sup> Jedną z pacjentek, która odpowiedziała na ankietę rozesłaną przez NIK wskazała na „brak oddzielnej sali dla kobiet z poronieniem”.

w opisanym<sup>43</sup> pojemniku o twardych ściankach. Następnie przekazać płód do pomieszczenia chłodni wraz z kartą skierowania zwłok do chłodni. Ponadto należało wypełnić „Kartę martwego urodzenia” lub stosowne oświadczenie o rezygnacji rodziców z samodzielnego pochówku<sup>44</sup>. Według ww. procedury rodzice mieli „48 godzin od dnia zgonu” na podjęcie decyzji o organizatorze pochówku.

Zawarta 31 grudnia 2014 r. umowa (oraz aneks z 31 października 2016 r.) pomiędzy Szpitalem a podmiotem wykonującym usługę z zakresu patomorfologii nie zawierała zapisów dot. pochówków płodów, jak i sytuacji, w której do badania przekazano łożysko z komórkami zarodkowymi<sup>45</sup>. Na Oddziale posługiwano się oświadczeniem rodziców, którzy nie wyrażali zgody na badania genetyczne martwo narodzonego płodu, jednocześnie wnioskujących o badanie histopatologiczne „fragmentu jaja płodowego”. Tekst oświadczenia nie zawierał informacji dot. woli rodziców w zakresie pochówku płodu. Zewnętrzny podmiot wykonujący na rzecz Szpitala badania m.in. histopatologiczne, nie udzielił kontrolerowi NIK informacji w zakresie dotyczącym procedur pochówku martwych płodów.

Formularz dotyczący badań genetycznych martwego płodu zawierał oświadczenie jednego z rodziców odnośnie pochówku komórek zarodkowych, w przypadku ich stwierdzenia w materiale poddanym badaniu.

W wyniku analizy dokumentacji medycznej 13 przypadków pacjentek przyjętych do szpitala z niepowodzeniem położniczym (od 12 tygodnia życia dziecka, z zachowanym płodem w momencie przyjęcia do Szpitala)<sup>46</sup> i śmierci dziecka do szóstej doby od urodzenia, stwierdzono, że było 12 matek z zachowanym płodem w momencie przyjęcia do Szpitala oraz jeden przypadek śmierci dziecka w drugiej dobie od urodzenia<sup>47</sup>. We wszystkich 12 przypadkach miało miejsce badanie histopatologiczne. W trzech przypadkach do badania histopatologicznego przekazano całe ciało płodu wraz z łożyskiem. W jednym z tych przypadków matka wniosowała o wykonanie sekcji zwłok. Sekcja nie została przeprowadzona. Dokumentacja medyczna nie zawierała wyjaśnienia powodów zaniechania<sup>48</sup>. Ponadto stwierdzono jeden przypadek wypełnienia „Karty skierowania zwłok do chłodni”, a pomimo tego martwy płód nie został przekazany do chłodni<sup>49</sup>. Stwierdzony przypadek został opisany w dalszej części wystąpienia pokontrolnego dotyczącej nieprawidłowości. W 12 przypadkach wykonano badanie histopatologiczne. Burmistrz Rypina poinformował, że w okresie 2017-2019 miał miejsce tylko jeden przypadek przekazania przez Szpital zwłok płodu. Miało to miejsce w 2017 r. Gmina poniosła w związku z tą sytuacją wydatek w wysokości 1,1 tys. zł.

(akta kontroli str. 359-381, 392-417, 444-445, 490-493)

Do 20 wybranych losowo pacjentek hospitalizowanych w Szpitalu w latach 2017-2019 z powodu poronienia lub martwego urodzenia, kontroler NIK wysłał prośbę o udzielenie informacji (na załączonym druku) na temat otrzymanej opieki. Przesłano sześć odpowiedzi.

Na pytanie dot. zgód na wszystkie zabiegi, trzy pacjentki zaznaczyły, że podpisywały ogólną zgodę i trzy zaznaczyły, że były każdorazowo pytane o zgodę.

<sup>43</sup> Imię i nazwisko matki, PESEL matki, płeć płodu (jeżeli, jest to możliwe) i data poronienia.

<sup>44</sup> Wzory stanowiły załączniki do Procedury Epidemiologicznej.

<sup>45</sup> Procedura Epidemiologiczna stanowiła, że badaniu histopatologicznemu podlegało tylko łożysko matki.

<sup>46</sup> Było to 100% przypadków z lat 2017-2019.

<sup>47</sup> W tej sprawie prowadzone było postępowanie prokuratorskie.

<sup>48</sup> Nie było żadnego dokumentu, który wskazywałby, że wnioskowi nadano stosowny obieg.

<sup>49</sup> Brak było dokumentacji wskazującej, kto odebrał martwy płód. Pochówek przeprowadziła firma pogrzebowa.

Na pytanie dot. możliwości skorzystania z pomocy psychologa, trzy pacjentki zaznaczyły odpowiedzi „Tak z własnej inicjatywy Szpitala” oraz trzy zaznaczyły odpowiedź „Nie”.

Na pytanie trzecie dot. życzliwego traktowania przez personel medyczny ze zrozumieniem sytuacji, pięć pacjentek zaznaczyło „Tak”. Jedna z pacjentek dopisała „Zależy od zmiany”.

Na czwarte pytanie dot. możliwości pożegnania zmarłego dziecka, trzy pacjentki zaznaczyły „Nie, nie wiedziałam o takiej możliwości”, po jednej zakreśliły: „Tak, w obecności bliskich” oraz „Nie, nie wyrażałam takiej woli”<sup>50</sup>.

Na pytanie dot. oceny opieki w Szpitalu, trzy pacjentki zaznaczyły odpowiedź „Bardzo dobrze”, jedna zaznaczyła „Dobrze”, dwie zaznaczyły odpowiedź „Wystarczająco”.

Jedna z pacjentek wpisała uwagę o treści „Brak oddzielnej sali dla kobiet z poronieniem”, a kolejna – uwagę o treści „Tylko dzięki obecności pielęgniarki, która jest spokrewniona ze mną czułam się lepiej i byłam bardziej poinformowana o leczeniu i dalszym postępowaniu lekarzy”.

(akta kontroli str. 418-429)

W okresie objętym kontrolą w prowadzonym Rejestrze skarg i wniosków, nie odnotowano wpływu żadnej skargi<sup>51</sup>. Żadna skarga, dotycząca przedmiotu kontroli, nie wpłynęła również do Kujawsko-Pomorskiego Oddziału Narodowego Funduszu Zdrowia.

(akta kontroli str. 446-447, 460-462)

Stwierdzone  
nieprawidłowości

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

1. Spośród 12 przypadków dot. przyjętych do Szpitala pacjentek z niepowodzeniami położniczymi od 12 tygodnia życia z zachowanym płodem w momencie przyjęcia do Szpitala, w trzech<sup>52</sup> do badania histopatologicznego przekazano ciało płodu wraz z łożyskiem. Było to niezgodne z obowiązującą w Szpitalu Procedurą Epidemiologiczną, która stanowi, że do badania histopatologicznego należy wysłać łożysko. Jednocześnie umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie diagnostyki patomorfologicznej, zawarta 31 grudnia 2014 r. pomiędzy Szpitalem a NZOZ Pracownią Patomorfologii, nie zabezpieczała prawa do pochówku dzieci martwo urodzonych, w sytuacji, gdy do badania histopatologicznego wysłana została tkanka zarodkowa (razem z łożyskiem).

Zgodnie z § 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 7 grudnia 2001 r. w sprawie postępowania ze zwłokami i szczątkami ludzkimi (Dz. U. Nr 153, poz. 1783, ze zm.) za zwłoki uważa się ciała osób zmarłych i dzieci martwo urodzonych, bez względu na czas trwania ciąży. Zwłoki dzieci martwo urodzonych są chowane przez osoby uprawnione, o których mowa w art. 10 ust. 1 ustawy z dnia 31 stycznia 1959 r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych (Dz. U. z 2019 r. poz. 1473, ze zm.). Dyrektor wyjaśniła, że „O zakresie przekazania tkanek do badania decyduje każdorazowo lekarz, uwzględniając stan kliniczny pacjentki i konieczność diagnostyki”. Dyrektor nie wyjaśniła, dlaczego w/w umowa nie zabezpieczała prawa do pochówku.

<sup>50</sup> Jedna z pacjentek nie zaznaczyła żadnej odpowiedzi.

<sup>51</sup> Ostatni wpis był dokonany w lipcu 2016 r. (dotyczył zagadnienia nieobjętego kontrolą).

<sup>52</sup> Numery z książki głównej 2012/2017, 5071/2019 i 4170/2019. W tych przypadkach Szpital nie dysponował informacjami dotyczącymi zrealizowania prawa do pochówku.

Poinformowała, że Szpital niezwłocznie zapis zabezpieczający prawo do pochówku umieści w aneksie do umowy.

(akta kontroli str. 392-398, 406-408, 459)

2. W Szpitalu nie zapewniono kobietom znajdującym się w sytuacji szczególnej, tj. m.in. poronienia lub urodzenia martwego dziecka, skorzystania możliwie szybko z pomocy psychologicznej, do czego zobowiązywał pkt XV ust. 3 pkt 2 załącznika do rozporządzenia w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej. W badanej dokumentacji 60 pacjentek nie było żadnej informacji dot. poinformowania o możliwości i sposobie skorzystania z pomocy psychologicznej. Informacji takiej nie było również na tablicy ogłoszeń Oddziału. W konsekwencji, spośród 60 badanych przypadków, tylko w trzech miała miejsce konsultacja z psychologiem, a w jednym – w historii dokumentacji medycznej znajdowało się oświadczenie pacjentki o braku potrzeby takiej konsultacji<sup>53</sup>.

Dyrektor wyjaśniła, że w Szpitalu „Nie ma udokumentowanego obowiązku przekazywania pacjentkom informacji o możliwości konsultacji z psychologiem”. Ponadto wyjaśniła, że „Psycholog dostępny jest na terenie szpitala na zasadzie konsultacji (...) oddział, na którym istnieje potrzeba konsultacji zgłasza konieczność konsultacji i umawia termin, potrzebę konsultacji ustala lekarz leczący pacjentkę zgodnie ze swoją wiedzą i sztuką lekarską”. W ocenie NIK bez poinformowania pacjentki znajdującej się w sytuacji szczególnej o możliwości i sposobie uzyskania pomocy psychologicznej, nie można uznać, że umożliwiono jej skorzystanie możliwie szybko z takiej pomocy.

(akta kontroli str. 346-358, 464, 498)

3. W jednym przypadku<sup>54</sup>, pomimo wydania „Karty skierowania zwłok do chłodni”, nie odnotowano (na karcie) faktu przyjęcia zwłok do chłodni. Przyjęcie nie było również poświadczane w księdze zwłok przyjętych do chłodni<sup>55</sup>. Stanowiło to naruszenie Procedury Epidemiologicznej, która zobowiązywała do przekazania płodu (opisanego pojemnika z płodem) do pomieszczenia chłodni wraz z kartą skierowania zwłok do chłodni. Dyrektor wyjaśniła, że „Przeprowadzono rozmowę z pracownikiem aby takie sytuacje w przyszłości nie miały miejsca”.

(akta kontroli str. 372, 405, 408, 488-489)

#### OCENA CZĄSTKOWA

Wyposażenie Oddziału i warunki realizacji świadczeń zdrowotnych były zgodne z rozporządzeniami Ministra Zdrowia odpowiednio z dnia 26 marca 2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą<sup>56</sup> oraz z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego<sup>57</sup>. Skontrolowana dokumentacja medyczna pozwalała na stwierdzenie, jakich świadczeń i w jakim zakresie udzielono pacjentkom przyjętym na Oddział. W Szpitalu obowiązywała Procedura Epidemiologiczna, która regulowała postępowanie m.in. z martwymi płodami niezależne od ich wieku. Kontrola wykazała jednak przypadki jej nieprzestrzegania. Dotyczyło to niewłaściwego postępowania w przypadku wydania karty skierowania zwłok płodu do chłodni (jeden przypadek) oraz przekazania do badania histopatologicznego płodu wraz z łożyskiem (trzy przypadki), podczas gdy umowa zawarta z Pracownią Patomorfologii, nie

<sup>53</sup> Numer z Księgi Głównej 641/2017.

<sup>54</sup> Numer z Księgi Głównej 3376/2019.

<sup>55</sup> Szpital nie dysponował dokumentem wskazującym, komu wydano martwy płód. W dniu 19.08. 2019 r. została wystawiona faktura przez podmiot świadczący usługi grabarskie na rzecz pacjentki, dotycząca pochówku płodu.

<sup>56</sup> Dz. U. poz. 595.

<sup>57</sup> Dz. U. z 2017 r. poz. 2295, ze zm.

zabezpieczała prawa do pochówku dzieci martwo urodzonych, w sytuacji, gdy do badania histopatologicznego wysłana została tkanka zarodkowa (razem z łożyskiem). Ponadto kobietom znajdującym się w sytuacji szczególnej, tj. m.in. poronienia lub urodzenia martwego dziecka, nie zapewniono skorzystania możliwie szybko z pomocy psychologicznej, do czego zobowiązywał pkt XV ust. 3 pkt 2 załącznika do rozporządzenia w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej.

## IV. 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:

Uwagi

NIK nie formułuje uwag.

Wnioski

1. Dostosowanie Regulaminu do wymagań przepisów prawa w zakresie sposobu realizacji oraz dokumentowania działań dotyczących ustalenia i monitorowania wskaźników opieki okołoporodowej.
2. Zapoznanie wszystkich pracowników z regulacjami wewnętrznymi z zakresu standardu opieki okołoporodowej.
3. Zapewnienie przestrzegania Procedury Epidemiologicznej i prawa do pochówku dzieci martwo urodzonych.
4. Zapewnienie kobietom znajdującym się w sytuacji szczególnej, możliwości skorzystania z pomocy psychologicznej w odpowiednim terminie.

## 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 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 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, maja 2020 r.

Kontroler  
Główny specjalista k.p.  
Jacek Kalas

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

.....  
*podpis*

.....  
*podpis*