



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Bydgoszczy

LBY.410.20.3.2025

Pani
Agata Kurkowska
Dyrektor
Regionalnego Szpitala
Specjalistycznego im. dr.
Wł. Biegańskiego w Grudziądzu

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

P/25/061 – Opieka okołoporodowa

I. Dane identyfikacyjne

Jednostka kontrolowana	Regionalny Szpital Specjalistyczny im. dr. Wł. Biegańskiego w Grudziądzu ¹ , ul. Doktora Ludwika Rydygiera 15/17, 86-300 Grudziądz
Kierownik jednostki kontrolowanej	Agata Kurkowska, Dyrektor, od 28 lipca 2023 r. W okresie objętym kontrolą funkcję kierownika jednostki poprzednio pełnili: Maciej Hoppe, Dyrektor, 14 listopada 2019 r. do 27 lipca 2023 r.
Zakres przedmiotowy kontroli	1. Organizacja procesu udzielania świadczeń dotyczących opieki okołoporodowej. 2. Realizacja świadczeń dotyczących opieki okołoporodowej.
Okres objęty kontrolą	2022-2025 ² z wykorzystaniem dowodów sporządzonych przed tym okresem, jeżeli miały znaczenie dla działalności jednostki w zakresie objętym kontrolą.
Podstawa prawna podjęcia kontroli	Art. 2 ust. 2 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli ³
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Bydgoszczy
Kontrolerzy	Adam Ruciński, główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr 88/2025 z 25 czerwca 2025 r. Artur Gackowski, główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr 89/2025 z 25 czerwca 2025 r.

(akta kontroli str. 1-4, 81-82)

¹ Dalej: „Szpital” lub „placówka medyczna”.

² Do 10 października 2025 r.

³ Dz. U. z 2022 r. poz. 623, dalej: „ustawa o NIK”.

OCENA OGÓLNA

II. Ocena ogólna⁴ kontrolowanej działalności

Szpital realizował obowiązki w zakresie opieki nad pacjentkami podczas ciąży i porodu oraz ich dziećmi.

We wszystkich objętych analizą przypadkach, pacjentki przyjmowane do porodu, miały wykonane wymagane badania lekarskie. Ponadto niezbędne interwencje medyczne realizowano po uzyskaniu ich zgody.

Sale porodowe były wyposażone w sprzęt umożliwiający łagodzenie bólu porodowego, jednak Szpital nie oferował znieczulenia zewnątrzoponowego w trakcie porodów fizjologicznych, do czego zobowiązywały Standardy opieki okołoporodowej⁵. Analiza dokumentacji medycznej 30 pacjentek i noworodków wykazała, że rodzące i noworodki miały możliwość kontaktu „skóra do skóry”⁶, ale tylko w jednym przypadku udokumentowano czas tego kontaktu. Wszystkie noworodki po narodzinach zostały ocenione według skali Apgar oraz przeprowadzono profilaktykę zakażenia przedniego odcinka oka i profilaktykę krwawienia wywołanego niedoborem witaminy K. Wykonywano także wymagane szczepienia, badania kliniczne, a podczas porodów, na sali porodowej przebywała osoba posiadająca umiejętności resuscytacji noworodka. Stwierdzono nieliczne nieprawidłowości w prowadzeniu dokumentacji medycznej, brak było wpisów o dokonaniu oceny umiejętności ssania, a także o, wcześniej wskazanym, czasie kontaktu sds. Z kolei analiza dokumentacji medycznej 10 kobiet, które znalazły się w sytuacji szczególnej wskazanej w części XV Standardu wykazała, że w kilku przypadkach dokumentacja nie zawierała też zapisów o pomocy psychologicznej i możliwości pożegnania się z dzieckiem. Naruszono również termin na załatwienie skargi i nie powiadomiono skarżącej o przyczynach nieterminowego załatwienia sprawy.

W okresie objętym kontrolą w Oddziale Położniczym, Chorób Kobięcych i Ginekologii Onkologicznej⁷ oraz w Oddziale Neonatologicznym z Pododdziałem Intensywnej Terapii Noworodka⁸ zapewniono odpowiednią liczbę personelu medycznego. Niemniej, w badanej próbie, wystąpiło 80 przypadków, kiedy lekarze wykonywali czynności zawodowe (bez przerwy) powyżej 24 godzin, nawet do 70 godzin. Oba oddziały były wyposażone w wymaganą aparaturę i sprzęt medyczny, chociaż niektóre z urządzeń przechodziły przeglądy techniczne z opóźnieniem od 24 do 1145 dni. Sposób urządzenia pomieszczeń zapewniał pacjentkom poczucie intymności i godności. Spełniono też wymogi dotyczące urządzenia oraz wyposażenia oddziałów w sposób określony w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą⁹. Szpital, raz w roku, monitorował wybrane wskaźniki opieki okołoporodowej oraz wdrożył tryb postępowania w łagodzeniu bólu porodowego, choć w sposób nie w pełni zgodny z wymogami Standardu. W placówce działała bezpłatna Szkoła Rodzenia, w której stwierdzono niedozwolone prowadzenie działań reklamowych

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

⁵ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej, Dz. U. z 2023 r., poz. 1324, dalej: „Standard”.

⁶ Dalej: „kontakt sds”.

⁷ Do 31 grudnia 2022 r. – Oddział Położniczo-Ginekologiczny, dalej: „Oddział położniczy”.

⁸ Dalej: „Oddział neonatologiczny”.

⁹ Dz. U. z 2022 r., poz. 402, dalej: „rozporządzenie w sprawie wymagań”.

i marketingowych związanych z preparatami do początkowego żywienia niemowląt i przedmiotów służących do karmienia niemowląt. Stwierdzono ponadto, że w niektórych przypadkach Szpital z opóźnieniem¹⁰ lub wcale nie dokonywał aktualizacji zgłoszeń dostępnego personelu medycznego w harmonogramie osób przekazywanym do Narodowego Funduszu Zdrowia¹¹.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego oraz oceny cząstkowe¹² kontrolowanej działalności

OBSZAR

1. Organizacja procesu udzielania świadczeń dotyczących opieki okołoporodowej

Opis stanu faktycznego

1.1. Szpital był podmiotem leczniczym działającym w formie samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej¹³. W okresie objętym kontrolą posiadał aktualny wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą. Regulamin organizacyjny Szpitala w § 6 ust. 1 stanowił, że celem jego funkcjonowania było podejmowanie działań na rzecz ochrony oraz poprawy stanu zdrowia ludności poprzez organizowanie działalności leczniczej, profilaktycznej i rehabilitacyjnej, promocję zdrowia, kształcenie osób wykonujących zawody medyczne oraz stałe podnoszenie jakości usług.

(akta kontroli str. 83-290)

W strukturze organizacyjnej Szpitala wyodrębniono między innymi: oddział położniczy i Izbę Przyjęć Położniczo-Ginekologiczną oraz oddział neonatologiczny. Funkcjonowały także Poradnie, w tym: dla Kobiet w Cięży, Ginekologiczna dla Dziewcząt, Ginekologiczno-Położnicza, Laktacyjna, Patologii Cięży i Badań Prenatalnych, Patologii Noworodka oraz Szkoła Rodzenia. Poradnie pracowały zgodnie z przyjętym harmonogramem.

(akta kontroli str. 150-290, 337, 527-530, 1195-1196)

Oba oddziały posiadały II stopień referencyjności, a odległość do placówek o wyższym poziomie referencyjności wynosiła odpowiednio od ok. 67 km¹⁴ do 76 km¹⁵. Liczba mieszkańców miasta Grudziądz na koniec 2024 r. wyniosła 88 214 osób, w tym 19 043 kobiet w wieku rozrodczym¹⁶. W powiecie grudziądzkim zamieszkiwały 39 132 osoby, w tym 8 863 kobiet w wieku rozrodczym¹⁷.

(akta kontroli str. 291-336)

1.2. Na oddziale położniczym w latach 2022-2024 hospitalizowano w związku z ciążą 3 272 pacjentki (w 2022 r. – 963, 2023 r. – 1 038, 2024 r. – 894 oraz do 30 czerwca 2025 r. – 377), w tym jedną osobę niepełnosprawną (w 2023 r.). Główne

¹⁰ Od 25 do 1 008 dni po ustaniu zatrudnienia (świadczenia usługi) oraz 2 120 dni przed faktycznym dniem ustania zatrudnienia.

¹¹ Dalej: „NFZ”.

¹² 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.

¹³ Księga rejestrowa nr 000000002428.

¹⁴ Wojewódzki Szpital Zespolony im. L. Rydygiera w Toruniu.

¹⁵ Szpital Uniwersytecki nr 2 im. dr. J. Bizuela w Bydgoszczy, źródło: [Wykaz szpitali zakwalifikowanych do PSZ](#) oraz [Mapy Google](#).

¹⁶ Od 15 do 49 roku życia.

¹⁷ <https://bdl.stat.gov.pl/bdl/dane/teryt/tablica>.

przyczyny hospitalizacji (na podstawie rozpoznania głównego) to m.in.: poronienia zagrażające, opieka położnicza z powodu ciąży brzusznej oraz porody fałszywe i samoistne.

W okresie objętym kontrolą znacząca liczba porodów odbywała się w drodze cesarskiego cięcia, i tak:

- w 2022 r. – 729 porodów, w tym 276 cięć cesarskich (37,86%)
- w 2023 r. – 782, w tym 309 cięć cesarskich (39,51%),
- w 2024 r. – 686, w tym 273 cięć cesarskich (39,80%),
- w I półroczu 2025 r. – 300, w tym 119 cięć cesarskich (39,67%)

Dyrektor podała, że cięcia cesarskie były wykonywane wyłącznie ze wskazań medycznych.

(akta kontroli str. 339, 1154, 1157)

Na oddziale położniczym przewidziano 40 miejsc dla pacjentek, a na oddziale neonatologicznym – 14 miejsc dla noworodków.

(akta kontroli str. 630)

W trakcie porodów odnotowano łącznie 356 indukcji, 37 amniotomii i 286 przypadków nacięcia krocza. W trakcie 1 086 porodów skorzystano ze znieczulenia, w tym 1 096 analgezji wziewnych i 764 analgezji regionalnych i miejscowych¹⁸.

Na oddziale neonatologicznym hospitalizowano 2 643 noworodków (w 2022 r. – 771, 2023 r. – 818, 2024 – 737 oraz w pierwszym półroczu 2025 r. – 317). Z informacji zebranych w dokumentacji medycznej pacjentek¹⁹ wynikało, że z porad laktacyjnych podczas pobytu w Szpitalu skorzystało 2 761 pacjentek²⁰ (2022 r. – 771, 2023 r. – 818, 2024 r. – 738 i w pierwszym półroczu 2025 r. – 434 osoby).

W okresie objętym kontrolą liczba noworodków żywo urodzonych w Szpitalu wyniosła 2 521, w tym 734 w 2022 r., 787 w 2023 r., 700 w 2024 r. i do 30 czerwca 2025 r. – 300. Liczba poronień wyniosła 515 (w 2022 r. – 169, 2023 r. – 152, 2024 r. – 120 i I półroczu 2025 r. – 74). Miało także miejsce siedem martwych urodzeń, a jeden noworodek zmarł w przedziale do 6 doby²¹.

(akta kontroli str. 338-436, 1199, 1218, 1246)

1.3. W Szpitalu nie obowiązywała jednolita wewnętrzna procedura dotycząca opieki okołoporodowej. Oddział położniczy dysponował natomiast wewnętrznymi wytycznymi i zasadami, z którymi zapoznało się 11 pracowników pracujących na bloku porodowym. Na oddziale neonatologicznym procedur okołoporodowych nie ustalono. W pakiecie procedur SOP²² uwzględniono m.in. procedurę tokolizy śródporodowej, indukcji porodu przy użyciu oksytocyny, przyjęcia pacjentki w blok operacyjny położniczy. Określono ponadto sposób

¹⁸ Wystąpiły przypadki, w których u pacjentek zastosowano więcej niż jedno znieczulenie.

¹⁹ Dane generowane w systemie Eskulap w kartach indywidualnej opieki pielęgniarstwa, obserwacjach pielęgniarstwa oraz w indywidualnych planach opieki (w latach 2024-2025).

²⁰ Dane uwzględniają rodziców (matki) dzieci nowonarodzonych oraz noworodków powracających na oddział, np. z powodu żółtaczki.

²¹ Poród odbywał się poza Szpitalem.

²² Standardowe Procedury Operacyjne.

weryfikacji wieku ciążowego i zapisów kardiokograficznych (KTG), a także zalecenia dotyczące badań laboratoryjnych dla pacjentek zakwalifikowanych. Dyrektor stwierdziła, że procedury (instrukcje) dotyczące opieki okołoporodowej zostały opracowane wewnątrz oddziału położnictwa, ponieważ system zarządzania jakością ISO obowiązujący w Szpitalu nie zawierał odrębnych, centralnych procedur w zakresie opieki okołoporodowej. Konieczne zatem było opracowanie odrębnych instrukcji i procedur roboczych na poziomie oddziału, aby w sposób praktyczny zapewnić ich realizację. Opracowane w ten sposób dokumenty dostosowane były m.in. do specyfiki pracy zespołu. Ww. wskazała ponadto, że instrukcje związane z opieką okołoporodową były przygotowane z myślą o pracownikach pracujących na bloku porodowym, nie było zatem konieczności zapoznawania z nimi pozostałych osób pracujących na oddziale położniczym. Wskazała ponadto, że personel bloku porodowego potwierdził zapoznanie się z procedurami bez wskazywania daty, kiedy miało to miejsce, ponieważ odbywało się to w formie instruktażu ustnego, w trakcie bieżącej pracy.

(akta kontroli str. 437- 495, 1145, 1148, 1200)

1.4. W placówce medycznej ustalono wskaźniki opieki okołoporodowej, przy czym w regulaminie organizacyjnym Szpitala nie określono sposobu realizacji oraz dokumentowania powyższych działań, co szerzej opisano w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*. Ponadto ustalono, że w latach 2022-2025 monitorowano co najmniej raz w roku liczbę: porodów siłami natury, cięć cesarskich, nacięć i pęknięć (od III do IV stopnia) krocza, stymulacji czynności skurczowej, żywo urodzonych noworodków i żywo urodzonych wcześniaków. Z zebranych danych wynikało m.in., że od 2022 r. do 30 czerwca 2025 r. liczba cięć cesarskich wzrosła o 1,65%²³. Zwiększył się też udział amniotomii z 0,69% w 2022 r. do 3,67 % na koniec czerwca 2025 r.²⁴. Zwiększeniu uległa także liczba indukcji porodów (o 5,75%)²⁵, analgezji wziewnej (19,29%)²⁶ oraz regionalnej i miejscowej (23,99%)²⁷. Zmniejszyła się natomiast o 5,97% liczba nacięć krocza²⁸.

Dyrektor podała, że wśród przyjętych w oddziale wskaźników nie uwzględniono podawania noworodkowi mleka modyfikowanego, ponieważ pierwszoplanowym celem w opiece nad noworodkiem było promowanie i wspieranie karmienia naturalnego. Podawanie mleka modyfikowanego traktowane było jako interwencja medyczna lub sytuacja szczególna (np. stan zdrowia matki lub dziecka) dokumentowana indywidualnie w historii choroby i karcie zaleceń lekarskich noworodka, a nie jako element rutynowej oceny jakości opieki.

(akta kontroli str. 437, 472-492, 1145, 1149)

W badanym okresie²⁹ w Szpitalu, za pomocą anonimowych ankiet, prowadzono ocenę satysfakcji kobiet na oddziale położniczym, a od 2024 r. również poziom

²³ 37,86% - 31 grudnia 2022 r., 39,51% - 2023 r., 39,8% - 2024 r. oraz 39,67% - 30 czerwca 2025 r.

²⁴ 1,53% w 2023 r., 1,31% w 2024 r.

²⁵ 11,25% - 31 grudnia 2022 r., 15,47% w 2023 r., 14,87% w 2024 r., 17% - 30 czerwca 2025 r.

²⁶ 34,71% - 31 grudnia 2022 r., 43,86% w 2023 r., 49,27% w 2024 r., 54% - 30 czerwca 2025 r.

²⁷ 21,67% - 31 grudnia 2022 r., 30,18% w 2023 r., 33,97% w 2024 r., 45,67% - 30 czerwca 2025 r.

²⁸ 15,64% - 31 grudnia 2022 r., 9,97% w 2023 r., 9,48% w 2024 r., 9,67% - 30 czerwca 2025 r.

²⁹ Od 1 stycznia 2022 r. do 2 września 2025 r.

zadowolenia rodziców na oddziale neonatologicznym.

(akta kontroli str. 496-498)

1.5. W Szpitalu obowiązywała procedura łagodzenia bólu porodowego. Nie można było jednak ustalić daty jej faktycznego wprowadzenia. Ponadto została ona zaakceptowana przez niewłaściwą osobę i zapoznało się z nią jedynie część wymaganego personelu medycznego, o czym szerzej w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 441-442, 493, 499)

1.6. W oddziale położniczym i neonatologicznym zapewniono personel medyczny wymagany dla drugiego poziomu referencyjnego w wymiarze określonych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego³⁰.

W wybranych do próby kontrolnej miesiącach³¹ świadczeń medycznych udzielało na:

a) na oddziale położniczym:

- w lutym 2022 r. - 34 położne (w tym 16 ze specjalizacją), jedna pielęgniarka oraz 15 lekarzy, w tym 13 specjalistów ginekologii³² i jedna osoba w trakcie specjalizacji z zakresu ginekologii. Dodatkowo dwoje specjalistów posiadało dodatkową specjalizację z onkologii ginekologicznej, a jedna z nich również z perinatologii,
- w sierpniu 2022 r. - 35 położnych (w tym 17 ze specjalizacją), jedna pielęgniarka oraz 15 lekarzy, w tym 13 specjalistów ginekologii i jedna osoba w trakcie specjalizacji z zakresu ginekologii. Dodatkowo dwoje specjalistów posiadało dodatkowe specjalizacje z onkologii ginekologicznej i perinatologii,
- w lutym 2023 r. - 32 położne (w tym 16 ze specjalizacją), jedna pielęgniarka oraz 15 lekarzy, w tym 14 specjalistów ginekologii. Dodatkowo dwoje specjalistów posiadało dodatkowe specjalizacje z onkologii ginekologicznej i perinatologii,
- w sierpniu 2023 r. - 34 położne (w tym 16 ze specjalizacją), jedna pielęgniarka oraz 20 lekarzy, w tym 16 specjalistów i jedna osoba w trakcie specjalizacji z zakresu ginekologii. Dodatkowo dwoje specjalistów posiadało dodatkowe specjalizacje z onkologii ginekologicznej i perinatologii,
- w lutym 2024 r. - 35 położnych (w tym 17 ze specjalizacją), jedna pielęgniarka oraz 20 lekarzy, w tym 17 specjalistów ginekologii i jeden rezydent. Dodatkowo dwoje specjalistów posiadało dodatkowe specjalizacje z onkologii ginekologicznej i perinatologii,
- w sierpniu 2024 r. - 38 położnych (w tym 20 ze specjalizacją), jedna pielęgniarka oraz 20 lekarzy, w tym 16 specjalistów ginekologii, jedna osoba w trakcie specjalizacji z zakresu ginekologii i jeden rezydent. Dodatkowo dwoje specjalistów posiadało dodatkowe specjalizacje

³⁰ Dz. U z 2023 r., poz. 870, ze zm., dalej: „rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych”.

³¹ Luty i sierpień w latach 2022-2024, na podstawie umów zawartych z NFZ oraz zestawień personelu udzielającego świadczeń.

³² Specjalistów lub specjalistów I lub II stopnia.

- z onkologii ginekologicznej i perinatologii,
- b) na oddziale neonatologicznym:
- w lutym 2022 r. - pięć położnych (w tym jedna ze specjalizacją), 10 pielęgniarek (w tym sześć ze specjalizacją w lutym i siedem w sierpniu) oraz ośmiu lekarzy specjalistów neonatologii³³ (w tym pięciu z dodatkową specjalizacją z pediatrii),
 - w lutym i sierpniu 2023 r. - pięć położnych (w tym jedna ze specjalizacją), 10 pielęgniarek (w tym siedem ze specjalizacją) oraz dziewięciu lekarzy specjalistów neonatologii (w tym sześciu z dodatkową specjalizacją z pediatrii),
 - w lutym i sierpniu 2024 r. - pięć położnych (w tym dwie ze specjalizacją w lutym i jedna w sierpniu), 10 pielęgniarek (w tym siedem ze specjalizacją) oraz dziewięciu lekarzy specjalistów neonatologii (w tym sześciu z dodatkową specjalizacją z pediatrii).

(akta kontroli str. 500-565, 1238-1239)

Analiza czasu pracy 21 wybranych lekarzy świadczących pracę na oddziale położniczym lub neonatologicznym oraz trojga³⁴ lekarzy anestezjologów w lutym i sierpniu w latach 2022-2024 wykazała, że wystąpiło³⁵ 80 przypadków pracy (bez przerwy) dłuższej niż 24 godziny, w tym osiem przypadków pracy powyżej 50 godzin, o czym szerzej w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 549-605)

Dyrektor podała, że dla anestezjologów świadczenia w położnictwie miały priorytetowy charakter (dlatego, że dotyczyły zarówno matki, jak i dziecka). Wyrazem tego była dostępność specjalisty anestezjologii i intensywnej terapii całodobowo dla pilnych interwencji położniczych (np. cięcia cesarskie). Niestety z powodów kadrowych (niedoboru anestezjologów i pielęgniarek anestezjologicznych) lekarz ten nie był przypisany wyłącznie do zespołu porodowego, lecz pełnił również funkcje konsultanta na innych oddziałach Szpitala oraz nadzorował pracę rezydentów na dyżurach. Niemniej organizacja pracy w Szpitalu była tak przygotowana, że w razie pilnej interwencji był on dostępny na oddziale położniczym. Dodatkowo w godzinach 8:00 -14:00 do planowych cięć cesarskich i innych planowych zabiegów w przestrzeni oddziału położniczego był przypisany lekarz specjalista anestezjologii i intensywnej terapii.

(akta kontroli, str. 1147, 1151, 1198)

Weryfikacja sposobu aktualizacji harmonogramu wybranych osób udzielających świadczeń medycznych na oddziale położniczym, neonatologicznym oraz anestezjologii i intensywnej terapii wykazała, że w 27 z 41 przypadków podane w systemie SZOI³⁶ zatrudnienie było zgodne ze stanem faktycznym. W pozostałych przypadkach ustalono błędy m.in. w zamieszczanych w systemie

³³ Specjalistów lub specjalistów I lub II stopnia.

³⁴ Dwojga w 2024 r.

³⁵ Wśród lekarzy zatrudnionych na podstawie umów cywilno-prawnych.

³⁶ System Zarządzania Obiegiem Informacji czyli system informatyczny NFZ, który służył do dwukierunkowej komunikacji między oddziałami wojewódzkimi NFZ a podmiotami zewnętrznymi.

SZOI, datach rozpoczęcia lub zakończenia zatrudnienia, o czym szerzej w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 513-514, 1160, 1164, 1236-1237)

W oddziałach położniczym i neonatologicznym osiągnięto wskaźniki określone w rozporządzeniu w sprawie świadczeń gwarantowanych, tj. na oddziale ginekologiczno-położniczym - 0,7 równoważnika etatu pielęgniarki i położnej oraz na oddziale neonatologicznym - 1,1³⁷ i 2,2³⁸ dla dwóch stanowisk intensywnego nadzoru. Minimalna norma zatrudnienia położnych i pielęgniarek na oddziale położniczym wyniosła 28 etatów³⁹, a na oddziale neonatologicznym 16,65 etatu⁴⁰. Ostatnie ustalenie norm zatrudnienia, poprzedzone otrzymaniem pozytywnej opinii Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Toruniu⁴¹, zostało wprowadzone 19 listopada 2024 r., o czym szerzej w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*. Nie zasięgnięto opinii związków zawodowych pielęgniarek i położnych, ponieważ nie działały one na terenie Szpitala⁴².

(akta kontroli str. 521, 624-630, 1160, 1164)

Szpital w latach 2022-2025 zatrudniał od 14 do 15 psychologów⁴³, którzy w latach 2022-2025 (stan na 30 czerwca) udzielili pacjentkom na oddziale położniczym (na wezwanie) łącznie 206 konsultacji, w tym: 64 w 2022 r., 45 w 2023 r., 60 w 2024 r. i 37 w 2025 r. Przy czym psychologowie świadczący usługi na oddziale położniczym nie byli bezpośrednio przypisani do tego oddziału, o czym szerzej w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*. Na obu oddziałach nie stwierdzono przypadku udzielania porad personelowi medycznemu.

(akta kontroli str. 566, 1146, 1150, 1152-1158, 1232-1235)

W badanym okresie funkcję doradcy laktacyjnego w Szpitalu pełniło siedem położnych. Dodatkowym szkoleniem z zakresu wiedzy dotyczącej laktacji legitymowało się łącznie pięć pielęgniarek i siedem położnych. Przy czym tylko jedna z ww. położnych, po ukończeniu 68 godzinnego szkolenia, uzyskała w 2024 r. tytuł Certyfikowanego Doradcy Laktacyjnego. Kolejna położna ukończyła dwa kursy doszkalające w wymiarze 12 i 23 godzin (odpowiednio w 2008 r. i 2016 r.), a pozostałe pielęgniarki i położne odbyły w 2016 r. jedynie 12-godzinne szkolenie.

Dyrektor podała, że 12-godzinny kurs doszkalający „Karmienie piersią - standard w opiece okołoporodowej, jakie ukończyły pielęgniarki i położne zgodnie z art. 66 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodzie pielęgniarki i położnej⁴⁴ był rodzajem kształcenia podyplomowego. Takie szkolenie

³⁷ Do 18 listopada 2024 r. – 0,89.

³⁸ Do 18 listopada 2024 r. – 3 łóżka.

³⁹ Zatrudnienie na 31 grudnia 2022 r. – 41,2 etaty, 2023 r. – 43,59, 2024 r. – 45,85 i 30 czerwca 2025 r. – 44,84.

⁴⁰ Zatrudnienie na 31 grudnia 2022 r. i 2023 r. – 18,44 etatu, 2024 r. – 19,31 i 30 czerwca 2025 – 18,75.

⁴¹ 20 października 2023 r., dalej: „przedstawiciele organu samorządu pielęgniarek”.

⁴² W okresie od 1 stycznia 2022 r. do 29 sierpnia 2025 r.

⁴³ W tym siedmiu na umowę cywilno-prawną. Główne miejsca zatrudnienia psychologów, to oddział psychiatryczny i psychiatrii dzieci i młodzieży oraz poradnia zdrowia psychicznego. 11 psychologów nie posiadało specjalizacji, dwoje posiadało specjalizację z psychologii klinicznej oraz po jednym z psychologii zdrowia i klinicznej oraz społecznej psychologii klinicznej.

⁴⁴ Dz. U. z 2024 r, poz. 814, ze zm.

uwzględniało aktualną wiedzę i obowiązujące akty prawne oraz miało na celu pogłębienie i aktualizację wiedzy oraz umiejętności personelu medycznego.

(akta kontroli str. 606-623, 1146, 1150, 1078-1079)

1.7. W okresie objętym kontrolą personel oddziału położniczego i neonatologicznego podnosił swoje kwalifikacje przede wszystkim w ramach szkoleń wewnętrznych. W trakcie szkoleń poruszano m.in. zagadnienia związane z postępowaniem położnej w przypadku: niepomyślnego zakończenia ciąży, cukrzycy ciężarnych, ciąż ektopowych, standardu organizacyjnego w opiece okołoporodowej, cięć cesarskich i praw pacjenta. W ramach szkoleń zewnętrznych w 2023 r. 66 osób personelu obu oddziałów uczestniczyło w szkoleniach z Resuscytacji Krążeniowo-Oddechowej. Ww. szkolenie powtórzono również w 2024 r. dla 56 pracowników oddziału położniczego. W tym samym roku 16 położnych ukończyło kurs kwalifikacyjny z zakresu pielęgniarstwa anestezyjologicznego intensywnej opieki w położnictwie i ginekologii dla położnych. Ponadto sześciu lekarzy i 21 położonych brało udział w szkoleniu dotyczącym udzielania świadczeń pacjentkom z niepełnosprawnością. Łącznie na szkolenia związane z opieką okołoporodową Szpital wydatkował w 2024 r. kwotę 32,2 tys. zł, w tym za szkolenia na oddziale położniczym 29,2 tys. zł oraz 3 tys. zł na oddziale neonatologicznym. W pozostałych latach objętych badaniem Szpital nie finansował szkoleń zewnętrznych.

(akta kontroli str. 631-661)

1.8. W latach 2022-2025⁴⁵ Szpital nie zapewniał pacjentkom przebywającym w placówce medycznej możliwości korzystania z dodatkowej opieki pielęgnacyjnej. Ww. kwestie nie zostały także dotychczas uregulowane wewnętrznie.

Dyrektor wyjaśniła, że zgodnie ze Standardem, każda pacjentka miała prawo do skorzystania z dodatkowej opieki pielęgnacyjnej na własny koszt i z własnej inicjatywy. Niemniej Szpital zapewniał pełen zakres świadczeń gwarantowanych i finansowanych ze środków NFZ, w tym opiekę położnych i pielęgniarek. Zwróciła ponadto uwagę, że organizacja dodatkowej opieki pielęgnacyjnej wymagałaby zatrudnienia dodatkowego personelu (lub dopuszczenia osób z zewnątrz), wprowadzenia odrębnych procedur organizacyjnych i prawnych oraz pokrywania kosztów przez pacjentkę i w związku z tym Szpital nie prowadził dotychczas takich usług. Podkreśliła także, że pacjentki mogły korzystać z obecności rodziny lub bliskiej osoby pod warunkiem, że nie zakłócało to prawidłowego udzielania świadczeń medycznych.

(akta kontroli str. 869, 1147, 1150-1151)

1.9. W okresie objętym kontrolą⁴⁶ w Szpitalu nie zorganizowano możliwości płatnej opieki nad pacjentkami podczas porodu. Ww. zagadnienie nie zostało też dotychczas uregulowane wewnętrznie.

⁴⁵ Stan na 15 lipca 2025 r.

⁴⁶ Od 1 stycznia 2022 r. do 25 sierpnia 2025 r.

Położna oddziałowa wskazała m.in., że położne pracujące na bloku porodowym pracują zgodnie z ustalonym grafikiem. Ponadto Szpital ma podpisaną umowę z NFZ stąd prywatne praktyki nie były stosowane.

Dyrektor podała m.in., że w latach 2022-2025 obowiązywał system pracy zmianowej, w którym położne były przydzielane do pacjentek zgodnie z grafikiem dyżurów i aktualnym obciążeniem oddziału. Każda rodząca była objęta opieką wykwalifikowanej położnej będącej w danym momencie na dyżurze. Szpital nie posiadał procedury ani warunków organizacyjnych do zawierania z pacjentkami odrębnych umów cywilno-prawnych.

(akta kontroli str. 870, 933-936)

1.10. W badanym okresie w Szpitalu nie prowadzono kontroli i audytów w zakresie sprawowania opieki okołoporodowej. Ww. zagadnienie nie było również przedmiotem kontroli wewnętrznych.

Dyrektor podała m.in., że kontrole wewnętrzne odbywały się w oparciu o corocznie uzgadniane plany. Zakresy typowane do objęcia kontrolą opierały się na dwóch kryteriach. Część kontroli było planowanych w obszarach, gdzie identyfikowano podwyższone ryzyko, a część była dobierana losowo. Dodatkowo, w sytuacji gdy wystąpiły jakieś problemy kierowano kontrole doraźne.

W obu oddziałach prowadzono audyty jakości. I tak:

- w oddziale położniczym w 2022 r. oceniano między innymi nadzór nad lekami przechowywanymi w oddziale oraz sposób identyfikacji pacjenta (matka/novorodek). W 2023 r. kontrolowano m.in. nadzór nad sprzętem mającym wpływ na jakość i bezpieczeństwo udzielanych świadczeń. W kolejnym roku ocenie podlegały m.in. kwestie nadzoru nad dokumentacją medyczną oraz zdarzenia niepożądane. W 2025 r. m.in. weryfikowano nadzór nad znajomością procedur i instrukcji obowiązujących w Szpitalu, a także sposób nadzoru nad dokumentacją medyczną i lekami,
- w oddziale neonatologicznym w 2022 r. oceniano m.in. dokumentowanie świadczeń medycznych oraz sposób realizacji procedur medycznych. W kolejnym roku weryfikowano m.in. dokumentowanie świadczeń medycznych oraz nadzór nad sprzętem medycznym i stanem sanitarno-epidemiologicznym. W 2024 r. weryfikacji podlegał m.in. proces komunikacji w oddziale, a w 2025 r. np. oceniono nadzór nad lekami i dokumentacją medyczną.

Audytorzy w lipcu 2024 r. wnieśli zastrzeżenia do pracy oddziału położniczego w zakresie braku zapisów w elektronicznej dokumentacji medycznej, tj. planów leczenia, opieki pielęgniarskiej (położnych) oraz raportów lekarskich. Ponadto zwrócono uwagę na brak planu szkoleń lekarzy i zapisów o odbytych szkoleniach. Wskazano także, że nie były rejestrowane zdarzenia niepożądane. W konsekwencji Pełnomocnik ds. Systemu Zarządzania Jakością wydał odpowiednie zalecenia, które zostały wdrożone do listopada 2024 r.

(akta kontroli str. 871-932, 1158, 1162)

1.11. Oddział położniczy był wyposażony w kolposkop, aparat KTG, kardiomonitor oraz odpowiedni aparat USG. W szpitalu znajdował się ponadto

laparoskop i histeroskop diagnostyczno-operacyjny. Ponadto oddział neonatologiczny był wyposażony w respirator na każdym stanowisku intensywnej terapii noworodka⁴⁷, 10 strzykawkę z jednym torem infuzyjnym, zestaw do odbarczenia odmy opłucnej oraz cewnikowania żyły pępkowej. Na podstawie próby dokumentacji dotyczącej 30 urządzeń medycznych o najwyższej wartości ustalono, że w badanym okresie⁴⁸ na obu oddziałach wykorzystywano łącznie 26 urządzeń medycznych⁴⁹, spośród których 11 przeszło w latach 2022 - 2025⁵⁰ wszystkie przeglądy techniczne w odpowiednim terminie lub opóźnienie wynikało z okoliczności zewnętrznych, takich jak przerwanie ciągów dostaw oraz problemów z dostępnością podzespołów, a także z uwagi na niepodejmowanie przeglądów technicznych przez ich producentów. W przypadku 15 urządzeń stwierdzono 16 przypadków, kiedy ustalenie terminu zlecenia przeglądu było niemożliwe lub odbywało się one po upływie ważności wcześniejszych przeglądów, o czym szerzej w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 937-1003)

1.12. Pacjentkom oddziału położniczo-ginekologicznego oraz noworodkom hospitalizowanym na oddziale neonatologicznym zapewniono dostęp do wymaganych badań i procedur medycznych, w tym m.in. do ciągłego badania KTG (w lokalizacji) przed i w trakcie porodu oraz badań laboratoryjnych (w lokalizacji), a także dostęp do badań histopatologicznych śródoperacyjnych. Ww. badania wykonywane były w Szpitalu przez Laboratorium Analityczne i Mikrobiologiczne oraz Zakład Patomorfologii.

(akta kontroli str. 662-868, 1004-1044)

1.13. Oddział położniczy i neonatologiczny znajdowały się w tej samej części Szpitala, obok siebie. Pomieszczenia oddziału neonatologicznego znajdowały się bezpośrednio przy trakcie porodowym. W oddziale położniczym wyodrębniono część ginekologiczną i położniczą, które znajdowały się na przeciwko siebie i były przedzielone korytarzem. W części położniczej zlokalizowana była odrębna dyżurka pielęgniarek zapewniająca pacjentkom z części położniczej dostępność do personelu medycznego. Sposób urządzenia gabinetu USG i pomieszczeń diagnostycznych zapewniał badanym poczucie intymności, chociaż nie zostały one wyposażone w informacje o trwającym badaniu.

Dyrektor podała, że Szpital przywiązywał dużą wagę do zapewnienia pacjentkom poszanowania intymności i godności na każdym etapie udzielania świadczeń medycznych. W związku z tym gabinety zabiegowe zostały wyposażone w tablice świetlne z napisem „Nie wchodzić”, w gabinecie USG zastosowano gałko-klamkę umożliwiającą zabezpieczenie pomieszczenia od wewnątrz. Ponadto pozostałe gabinety ambulatoryjne oraz wejście do izby przyjęć posiadały parawany zapewniające fizyczne wydzielenie przestrzeni diagnostycznej. Dodatkowo

⁴⁷ Dwa stanowiska intensywnej terapii i trzy respiratory.

⁴⁸ W latach 2022-2025 (stan na 6 sierpnia 2025 r.).

⁴⁹ Cztery urządzenia zostały czasowo wycofane z użytkowania i nie podlegały przeglądom.

⁵⁰ Do 6 sierpnia 2025 r.

Szpital wdrożył dodatkowe oznakowanie pomieszczeń tabliczkami z napisem „Proszę nie wchodzić. Trwa badanie”.

(akta kontroli str. 662-868, 11591160, 1163)

Badanie pięciu przypadków pacjentek będących w szczególnej sytuacji położniczej (w latach 2022-2025⁵¹) wykazało, że zostały one umieszczone w części ginekologicznej oddziału położniczego⁵².

(akta kontroli str. 662)

W części położniczej dla pacjentek rodzących przygotowano osiem sal dwułożkowych i dwie sale pojedyncze. Dodatkowo w tej części oddziału znajdowało się pięć sal dwułożkowych i trzy sale trzyłożkowe przeznaczone dla pacjentek będących w ciąży patologicznej. Pomieszczenia dla kobiet były urządzone w systemie matka-dziecko. W każdej z sal znajdowała się umywalka i przewijak umożliwiające pielęgnację noworodka. Do każdej z sal przylegała łazienka wyposażona w toaletę, umywalkę i prysznic, urządzona zgodnie z wymogami rozporządzenia w sprawie wymagań. Na odcinku położniczym znajdowała się też sala i łazienka dostosowana do potrzeb osób z niepełnosprawnościami⁵³.

Pokoje dla matek z dziećmi miały dostęp do światła dziennego, dojście do poszczególnych łóżek był możliwe z trzech stron, a odstępy między łóżkami zapewniały swobodny dostęp do pacjentek. Szerokość drzwi pokoi łóżkowych umożliwiały wyprowadzenie łóżek z pokoju.

(akta kontroli str. 630, 662-868)

1.14. Oględziny oddziałów położniczego i neonatologicznego, położniczo-ginekologicznej izby przyjęć, apteki szpitalnej oraz korytarzy prowadzących do tych oddziałów potwierdziły, że w samych pomieszczeniach oraz w ich sąsiedztwie nie zostały umieszczone plakaty, broszury i inne materiały reklamowe wskazujące na producentów żywienia niemowląt i przedmiotów służących do ich karmienia. Materiałów reklamowych nie zawierały również tzw. pudełka z wyprawkami wydawane podczas wypisu ze Szpitala. Stwierdzono występowanie niedozwolonych materiałów reklamowych w produktach przekazywanych przyszłym rodzicom w Szkole Rodzenia i we wkładce do Książeczki Zdrowia Dziecka, o czym szerzej w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 662-868)

W okresie objętym kontrolą⁵⁴ Szpital zakupił 146 314 sztuk⁵⁵ preparatów do początkowego żywienia niemowląt od czterech producentów za 9,6 tys. zł.

⁵¹ Stan na 13 sierpnia 2025 r.

⁵² W dokumentacji brak było informacji o numerach pokoi, w których zostały umieszczone pacjentki.

⁵³ Kolejna łazienka przystosowana do osób niepełnosprawnych znajdowała się obok izby przyjęć położniczo-ginekologicznej.

⁵⁴ Od 1 stycznia 2022 r. do 25 lipca 2025 r.

⁵⁵ W 2022 r. – 85 193 sztuki za 3 tys. zł, 10 732 sztuki za 2,8 tys. zł, 44 197 sztuk za 2,4 tys. zł, w 2025 (d0 25 lipca) – 6 192 sztuk za 1,4 tys. zł.

W ciągu dwóch lat (od jednego wytwórcy) otrzymano⁵⁶ 1 848 sztuk preparatów bezpłatnie⁵⁷.

Dyrektor podała m.in., że produkty żywienia niemowląt przyjmowane były bezpłatnie wyłącznie w celu ich wykorzystania w procesie udzielania zakontraktowanych świadczeń. W ten sposób chciano zaoszczędzić środki finansowe, jednocześnie korzystając z odpowiednich produktów. Ww. wyjaśniła, że z producentem zawarto umowę ustną określając obowiązki stron, a także ilość i rodzaj przekazywanych produktów, co zostało następnie potwierdzone w składanych wnioskach. Ustalono także cel i sposób wykorzystania darowanych produktów, zgodnie ze statutowym celem działalności Szpitala⁵⁸. Dyrektor wskazała również, że otrzymane preparaty podawane były hospitalizowanym noworodkom przez położne.

(akta kontroli str. 766-798, 1045 -1079, 1241-1245)

Na oddziale neonatologicznym dostępny był preparat do początkowego żywienia jednego producenta, który zgodnie z oświadczeniem pielęgniarki oddziałowej, był wykorzystywany do karmienia dzieci wyłącznie przez personel medyczny.

(akta kontroli str. 766- 798, 1078-1079)

Trakt porodowy składał się m.in. z trzech sal jednostanowiskowych⁵⁹, z których każda była przygotowana do porodów rodzinnych, sali operacyjnej dla porodów rozwiązywanych cięciem cesarskim, wyposażonej w stanowisko do resuscytacji noworodka. W tej części oddziału znajdowało się także pomieszczenie przeznaczone dla położnic i noworodka w pierwszych godzinach życia, po porodach powikłanych, gdzie zapewniano możliwość obserwacji bezpośredniej, w szczególności obserwacji twarzy.

(akta kontroli str. 662-868)

Dyrektor podała, że sala cięć cesarskich wyposażona była w dwa stanowiska do resuscytacji noworodków, z czego jedno było mobilne. W dniu oględzin znajdowało się na Bloku Porodowym, skąd w trybie natychmiastowym można byłoby je przenieść.

(akta kontroli str. 662-868, 1224, 1232-1234)

Zgodnie z wymogami określonymi w Standardzie⁶⁰ w salach porodowych znajdowały się stanowiska noworodkowe składające się z promiennika ciepła, układu do wspomaganie oddychania (resuscytator), zegara Apgar, ssaka,

⁵⁶ Łącznie siedem wniosków złożonych przez Szpital, w tym sześć w 2022 r. i jeden w 2023 r.

⁵⁷ W 2022 r. – 1 488 sztuk, w 2023 r. – 360 sztuk.

⁵⁸ Dyrektor wskazała, że zgodnie z art. 890 ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. Kodeks cywilny (Dz.U z 2025 r., poz.1071) umowa darowizny zawarta bez zachowania formy aktu notarialnego jest ważna, jeśli świadczenia zostały spełnione, a to właśnie miało miejsce w omawianym przypadku.

⁵⁹ Jedna z sal była wydzielona i służyła pacjentkom w ciążach zagrożonych oraz przebywających w Zakładzie Karnym w Grudziądzu.

⁶⁰ Część XIII, ust. 1 pkt 1.

kardiomonitora i wagi. Ponadto dostępne było stanowisko do odciągania pokarmu oraz sprzęt chłodniczy do jego przechowywania i trzy laktatory.

(akta kontroli str. 662-868, 1225-1228)

Ogłędziny wykazały, że Szpital dysponował sprzętem i urządzeniami dostosowanymi do potrzeb osób z podwyższonym wskaźnikiem BMI⁶¹. Przed oddziałem położniczym i neonatologicznym znajdowały się cztery windy, o nośności 1800 kg każda. W części położniczej oddziału, w pomieszczeniu służącym do badań pacjentek przed porodem znajdował się fotel ginekologiczny o udźwigu 200 kg. W zlokalizowanej zaś na przeciwko pracowni USG stał mobilny podnośnik elektryczny dla pacjentek o nośności 215 kg oraz fotel ginekologiczny o udźwigu 260 kg. Obok punktu pielęgniarskiego była ustawiona waga o masie do 300 kg, a w zlokalizowanym za nim gabinecie zabiegowym stało łóżko ginekologiczne o dopuszczalnej wadze 200 kg. W izbie przyjęć położniczo-ginekologicznych stał fotel ginekologiczny o udźwigu 200 kg oraz waga ze wzrostomierzem (do 150 kg). Ustalono ponadto, że znajdujące się na salach porodowych łóżka miały dopuszczalną masę 227 kg, a stół zabiegowy w sali cięć cesarskich - 225 kg. Dopuszczalna waga łóżek szpitalnych mieściła się w przedziale 225-250 kg, a łóżka transportowe miały udźwig 225 kg.

(akta kontroli str. 663-867, 972-979)

Dyrektor podała m.in, że na oddziale położniczym znajdowało się siedem łóżek transportowych, które posiadały możliwość przewożenia pacjentek w pozycji leżącej i półsiedzącej. Ponadto wyposażone były w wysokie barierki boczne zabezpieczające przed upadkiem podczas transportu.

(akta kontroli str. 1223, 1232-1235)

1.15. W badanym okresie, na działalność oddziałów położniczego i neonatologicznego Szpital otrzymał od NFZ łącznie 60 626,5 tys. zł, w tym odpowiednio (na poszczególne oddziały) w 2022 r. – 5 868,1 tys. zł, 9 267,8 tys. zł, 2023 r. – 6 279,3 tys. zł i 11 342, 5 tys. zł, 2024 r. – 5 839,8 tys. zł i 12 941,4 tys. zł oraz w 2025 r (stan na 30 czerwca) – 2 564,8 tys. zł i 6 522,9 tys. zł.

(akta kontroli str. 1082)

Rzeczywiste koszty ponoszone przez Szpital w związku funkcjonowaniem oddziału położniczego i neonatologicznego w latach 2022-2025 (stan na 30 czerwca) kształtowały się następująco:

- a) w oddziale położniczym koszty ogółem w 2022 r. wyniosły 13 887,2 tys. zł, w 2023 r. – 18 054 tys. zł, w 2024 r. – 20 157,5 tys. zł oraz na 30 czerwca w 2025 r. – 19 740,5 tys. zł.
- b) w oddziale neonatologicznym koszty ogółem w 2022 r. wyniosły 4 667,2 tys. zł, w 2023 r. 5 380,7 tys. zł, w 2024 r. 6 275,6 tys. zł oraz na 30 czerwca 2025 r. - 3 286,6 tys. zł.

⁶¹ Powyżej 30.

Do grupy najwyższych kosztów należały wynagrodzenia, działalność proceduralna, usługi obce i działalność pomocnicza o charakterze medycznym i niemedyceznym.

Główny Księgowy oświadczył, że z uwagi na jeden ośrodek powstawania kosztów, który był dedykowany całemu oddziałowi położniczemu nie było możliwości oddzielenia kosztów opieki okołoporodowej od pozostałej działalności tej komórki organizacyjnej.

(akta kontroli str. 1080-1081, 1168-1194)

W Szpitalu nie pobierano dodatkowych opłat związanych z porodami rodzinnymi, pobytem w jednoosobowej sali, pobytem członka rodziny lub osoby towarzyszącej pacjentce.

(akta kontroli str. 150-278, 1083-1085)

1.16. Szpital w badanym okresie⁶² prowadził Szkołę Rodzenia, która zlokalizowana była na terenie poradni przyszpitalnych. W bezpłatnych zajęciach łącznie brało udział 440 osób, w tym:

- w 2022 r. - 101 osób,
- w 2023 r. - 144 osoby,
- w 2024 r. - 130 osób,
- w 2025 r. (I półrocze) - 65 osób.

Ogółem odbyło się 18 kursów⁶³, a każdy z nich składał się ośmiu spotkań. Tematyka poruszanych zajęć dotyczyła m.in. komunikacji z dzieckiem w trakcie ciąży, pierwszych objawów zbliżającego się porodu, porodu aktywnego, położu, karmienia piersią i pielęgnacji noworodka. Omawiano również standard opieki okołoporodowej i pierwszą pomoc.

Zajęcia były prowadzone głównie przez położną, specjalistę pielęgniarstwa ginekologiczno-położniczego. W 2022 r. w spotkaniach brała udział także dietetyk, a od lutego 2024 r. (w ramach wolontariatu) zajęcia prowadziła trener okołoporodowa, posiadająca wykształcenie wyższe w zakresie nauk o zdrowiu i nauk o kulturze fizycznej.

Dyrektor podała m.in., że kwestie działalności Szkoły Rodzenia dotychczas były ujęte w regulaminie organizacyjnym Szpitala, gdzie m.in. wskazano, że do jej zadań należało prowadzenie edukacji przedporodowej zgodnie ze standardami opieki okołoporodowej. Ww. wskazała ponadto, że dotychczasowe funkcjonowanie szkoły było zintegrowane z oddziałem położniczym. Organizacja zajęć odbywała się na podstawie wewnętrznych ustaleń zespołu położniczego, bez formalnego ujęcia w postaci osobnych procedur lub zarządzeń. Informacja o zajęciach była zamieszczana na stronie internetowej Szpitala i w mediach społecznościowych, na odrębnym profilu „Rodzimy w Biegańskim”, który był dedykowany przyszłym rodzicom.

(akta kontroli str. 663-765,1086-1144, 1159, 1162-1163)

⁶² Od 1 stycznia do 4 września 2025 r.

⁶³ Trzy kursy w 2022 r. i 2025 r., sześć kursów w 2023 r. i 2024 r.

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

1. W latach 2022-2025⁶⁴ nie określono w regulaminie organizacyjnym Szpitala sposobu realizacji oraz dokumentowania wskaźników opieki okołoporodowej, co było niezgodne z częścią I ust. 3 w zw. z ust. 2 Załącznika Standardu.

Dyrektor wyjaśniła m.in., że ww. wskaźniki zostały opracowane i wdrożone przez Położną oddziałową w celu zapewnienia bieżąco monitorowanej jakości opieki na oddziale położniczym. Wynikało to z przyjętej w Szpitalu praktyki, w ramach której osoby kierujące oddziałami odpowiadają za wyznaczenie i nadzorowanie parametrów jakościowych w zakresie swojej działalności. Wskazała również, że brak umieszczenia wskaźników w regulaminie organizacyjnym wynikał z faktu, że w przyjętym systemie zarządzania regulamin określał główne ramy funkcjonowania Szpitala, natomiast szczegółowe wskaźniki jakościowe były ujmowane w dokumentach wewnętrznych oddziałów i raportach okresowych. Takie rozwiązanie stosowano, aby zachować elastyczność w monitorowaniu jakości i możliwość szybkiej modyfikacji wskaźników w zależności od zmieniających się potrzeb oraz zaleceń nadzoru medycznego.

NIK nie kwestionuje autonomii Szpitala w tworzeniu wewnętrznych strategii o charakterze zarządczym. Zwraca jednak uwagę, że muszą one uwzględniać wszystkie wymogi określone w powszechnie obowiązujących regulacjach.

(akta kontroli str. 150- 278, 437-438, 471-492, 1145-1146, 1148-1149)

2. Procedura łagodzenia bólu porodowego, która obowiązywała w Szpitalu została przygotowana niezgodnie z wymogami Standardu, tj. cz. VII ust. 5 i 6 w zw. z ust. 4, ponieważ nie była ona zaakceptowana przez Dyrektora Szpitala lub jego zastępcę ds. medycznych oraz nie została przekazana do zapoznania całemu personelowi oddziału położniczego⁶⁵, a także wszystkim pracującym na oddziale neonatologicznym oraz anestezjologii i intensywnej terapii. Ponadto 11 osób, które potwierdziły zapoznanie się z ww. procedurą nie wskazało daty, kiedy miało to miejsce.

Dyrektor wyjaśniła m.in., że ww. procedura została opracowana na poziomie oddziału jako dokument wewnętrzny, mający charakter instrukcji roboczej dla personelu medycznego. Nie została formalnie zatwierdzona ponieważ należała do dokumentów roboczych, zatwierdzanych na poziomie kierownika komórki i wykorzystywana w codziennej praktyce klinicznej przez personel pracujący na bloku porodowym. Pozostały personel natomiast nie wykonywał samodzielnie czynności w zakresie stosowania metod łagodzenia bólu porodowego.

Ww. wskazała również, że deklaracje zapoznania się z procedurą nie zostały zebrane wśród 11 położnych, z uwagi na przyjęty sposób ich omówienia, który miał miejsce na spotkaniu zespołu przełożonych.

Dyrektor jednocześnie zadeklarowała konsekwentne przestrzeganie obowiązujących Standardów, w tym zapewnienie pełnego dostępu do procedur medycznych wszystkich pracowników, których praca będzie miała bezpośredni

⁶⁴ Stan na 1 września 2025 r.

⁶⁵ Wg stanu na 30 czerwca 2025 r. - 41 z 52 osób (lekarzy, pielęgniarek i położnych).

lub pośredni związek z ich realizacją oraz systematyczne potwierdzanie tego faktu na piśmie.

(akta kontroli str. 441-442, 493, 1146, 1149-1150)

3. W lutym i sierpniu w latach 2022-2024 w Szpitalu wystąpiły przypadki świadczenia pracy przez 15⁶⁶ z 24 objętych badaniem lekarzy zatrudnionych w Szpitalu nieprzerwanie przez okres 24 godzin. W wybranych do próby kontrolnej miesiącach wystąpiło 80 przypadków świadczenia pracy bez odpoczynku ponad 24 godziny, w tym:

- 42 przypadki pracy do 30 godzin,
- 12 powyżej 30 do 35 godzin,
- trzy powyżej 35 do 40 godzin,
- pięć powyżej 40 do 45 godzin,
- osiem powyżej 45 do 50 godzin,
- pięć powyżej 50 do 55 godzin,
- dwa powyżej 55 do 60 godzin,
- jeden powyżej 60 do 65 godzin,
- dwa powyżej 65 do 70 godzin.

Dyrektor wyjaśniła m.in., że zabezpieczenie dostępności lekarzy w trybie całodobowym było obowiązkiem Szpitala. W badanych miesiącach w związku z dostępnymi zasobami kadrowymi oraz wskazanymi koordynatorom dyspozycyjnościami został przygotowany i zaakceptowany przez asystentów harmonogram, tak aby wszystkie dyżury zostały zabezpieczone. Zwróciła również uwagę, że istotną kwestią była aprobata przez lekarzy podejmujących dyżur takiego harmonogramu. W sytuacji ograniczonej dostępności personelu medycznego, w niektórych przypadkach, konieczne było pozostanie po dyżurze w Szpitalu w celu zapewnienia ciągłości realizacji zadań.

NIK nie kwestionuje prawa Szpitala do elastycznego kształtowania wymiaru czasu pracy lekarzy, zwłaszcza w ramach zawartych z nimi umów cywilnoprawnych. Zwraca jednak uwagę, że nieprzerwane świadczenie pracy w wymiarze przekraczającym 24 godziny może wpływać na jakość świadczonych usług medycznych i bezpieczeństwo przebywających na oddziałach pacjentek.

(akta kontroli str. 500-512, 549-565)

4. W okresie od 1 stycznia 2022 r. do 18 listopada 2024 r. w Szpitalu obowiązywały minimalne normy zatrudnienia pielęgniarek i położnych, które zostały ustalone bez zasięgnięcia opinii przedstawicieli organu samorządu pielęgniarek, co było niezgodne z art. 50 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej⁶⁷. Dyrektor podała, że w ówczesnej interpretacji regulacji prawnych uznano, że obowiązek zasięgnięcia opinii ma charakter fakultatywny. W szczególności w sytuacji, gdy zmiany wynikały z konieczności szybkiego dostosowywania się do warunków kadrowych oraz epidemiologicznych związanych z pandemią Covid-19. Priorytetem kierownictwa

⁶⁶ Oddział neonatologiczny - troje neonatologów, oddział położniczy - siedmiu ginekologów oraz dwoje lekarzy, w tym jeden w trakcie specjalizacji oraz troje anestezjologów. Wszyscy udzielający świadczeń na podstawie umów cywilnoprawnych.

⁶⁷ Dz. U z 2025 r. poz. 450.

Szpitala była wtedy ciągłość zapewnienia opieki nad pacjentami oraz spełnienie wymogów kadrowych w ramach dostępnych zasobów, co wymagało sprawnego podejmowania decyzji organizacyjnych.

akta kontroli (str. 629, 1164)

5. W badanym okresie⁶⁸ żaden z 15 psychologów wykonujących zadania na rzecz Szpitala nie miał bezpośrednio przypisanego (dokładnie wskazanego) obowiązku świadczenia usług medycznych na oddziale położniczym, co było niezgodne z Załącznikiem 3 pkt 38 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2023 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego⁶⁹.

Dyrektor podała m.in., że zgodnie z zapisami umów cywilnoprawnych⁷⁰ zawieranych z psychologami, przyjmujący zlecenie, oprócz wskazania indywidualnych komórek organizacyjnych, mieli oni określoną (w razie potrzeby) możliwość świadczenia usług medycznych (m.in. diagnostyki psychologicznej i pomocy psychologicznej) w oddziałach i jednostkach organizacyjnych Szpitala. W związku z powyższym psycholog był dostępny na każde wezwanie pacjentki w oddziale położniczym.

NIK nie kwestionuje faktu, że psycholodzy świadczyli usługi na oddziale położniczym. Nie mniej wskazuje, że zgodnie z wymaganiami rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych Szpital powinien zapewnić bezpośrednią dostępność psychologa na tym oddziale. Powinno to mieć swoje odzwierciedlenie w zawartych umowach (lub umowie), gdzie należało jednoznacznie wskazać miejsce wykonywania świadczeń medycznych na oddziale położniczym, w wymiarze co najmniej 0,5 etatu.

(akta kontroli str. 566, 1146, 1150, 1152-1158, 1232-1235)

6. Wykazane w systemie SZOI udzielanie świadczeń zdrowotnych w Szpitalu w przypadku 14 z 41 objętych badaniem osób rozpoczynało lub kończyło się w innym terminie niż faktycznie to nastąpiło, albo jego zakończenie w ogóle nie zostało zgłoszone lub zostało zamieszczone ze znacznym opóźnieniem. Ustalono, że w systemie SZOI w przypadku:

- sześciu osób zgłoszenie zakończenia udzielania przez nich świadczeń medycznych odbiegało od jego faktycznego zaprzestania. Różnice wyniosły od 30 do 2 120 dni,
- trzech osób wykazywane rozpoczęcie świadczenia usług medycznych odbiegało od ich faktycznego rozpoczęcia. Rozbieżności mieściły się w przedziale od 25 do 304 dni,
- pięciu osób wykazywano udzielanie przez nie świadczeń medycznych pomimo, że faktycznie ww. usługi nie były już wykonywane. Różnice wyniosły od 599 do 1 025 dni⁷¹,

co było niezgodne z § 6 ust. 2 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej⁷², który zobowiązywał do zgłaszania zmian w harmonogramie dotyczącym ww. osób dyrektorowi oddziału wojewódzkiego

⁶⁸ Od 1 stycznia 2022 r. do 30 czerwca 2025 r.

⁶⁹ Dz. U z 2023 r., poz. 870, dalej: rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych.

⁷⁰ Analogiczne rozwiązanie miało dotyczyć także zatrudnionych na umowę o pracę.

⁷¹ Na 21 sierpnia 2025 r.

⁷² Dz. U. z 2025 r., poz. 400, ze zm., dalej: „rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów”.

Funduszu, z którym świadczeniodawca zawarł umowę, najpóźniej w dniu poprzedzającym ich powstanie albo, w przypadkach losowych, niezwłocznie po zaistnieniu zdarzenia.

Dyrektor podała, że przyczyną nieterminowych aktualizacji danych w SZOI była rotacja pracowników zarówno w Dziale Rozliczeń z NFZ, jak i w Sekcji Kadr i Sekcji umów cywilnoprawnych. Zdaniem Dyrektora sytuacja taka nie powinna mieć miejsca, jednak nie wpłynęła w żaden negatywny sposób na udzielanie świadczeń medycznych pacjentkom.

(akta kontroli str. 513-520, 1160-1162, 1164, 1236-1237, 1240)

7. W działającej w Szpitalu Szkole Rodzenia dystrybuowano wśród uczestniczek, smoczki i butelki do karmienia oraz ulotki reklamujące smoczek, a Książeczkę Zdrowia Dziecka uzupełniano wkładką (ulotką) zawierającą informację o produktach żywienia niemowląt, co było niezgodne z art. 25 ust. 2 pkt 2 w zw. z ust. 1 i 3 ustawy z dnia 26 sierpnia 2006 r. o bezpieczeństwie żywności i żywienia⁷³.

Dyrektor podała, że ww. materiały i ulotki reklamowe zostały pozyskane w ramach współpracy Szkoły Rodzenia z zewnętrznymi podmiotami, które zaferowały nieodpłatne pakiety dla uczestników zajęć. Intencją personelu było wyłącznie zapewnienie przyszłym rodzicom dodatkowego wsparcia materialnego i informacyjnego w przygotowaniu do opieki nad noworodkiem. W momencie przyjęcia i rozdysponowania materiałów położna pracująca w Szkole Rodzenia nie zdawała sobie w pełni sprawy, że takie działania mogą być interpretowane jako naruszenie obowiązujących przepisów. Ww. wskazała ponadto, że podjęto już decyzję o nieprzyjmowaniu i dystrybucji jakichkolwiek materiałów czy produktów zawierających elementy reklamy lub oznaczenia handlowe. Zaplanowano również przeprowadzenie szkolenia dla personelu Szkoły Rodzenia z zakresu obowiązujących regulacji prawnych.

(akta kontroli str. 663-668, 746-765, 779-849, 1159, 1163)

8. W latach 2022-2025 w Szpitalu nie przeprowadzono, w terminach ustalonych w paszportach technicznych, 16 okresowych przeglądów 15 z 26 objętych badaniem urządzeń medycznych. Ww. opóźnienia wyniosły od 24 do 1415 dni. Zgodnie z art. 63 ust. 1 ustawy z dnia 7 kwietnia 2022 r. o wyrobach medycznych⁷⁴ użytkownik wyrobu był obowiązany do przestrzegania instrukcji jego używania. Tymczasem w sześciu spośród 15 ww. urządzeń, zlecenia przeglądów technicznych do firm serwisujących lub serwisu wewnętrznego były wystawiane automatycznie, po upływie ważności dotychczasowego przeglądu. Dotyczyło to:

- 1) sufitowej jednostki zasilającej (nr 100957989) przegląd wykonano 1 sierpnia 2024 r. z opóźnieniem 61 dni,
- 2) stołu operacyjnego (nr 100951324)) przegląd wykonano 20 sierpnia 2024 r. z opóźnieniem 137 dni,
- 3) lampy operacyjnej (nr 100961424) przegląd wykonano 22 maja 2025 r. z opóźnieniem 36 dni,
- 4) laparoskopu ginekologicznego (nr 600524) przegląd wykonano 7 lipca 2024 r. z opóźnieniem 41 dni,

⁷³ Dz. U. z 2023 r., poz. 1448.

⁷⁴ Dz. U. z 2024 poz. 1620, ze zm.

- 5) sufitowej kolumny chirurgicznej (nr 100966123) przegląd wykonano 19 sierpnia 2024 r. z opóźnieniem 128 dni,
- 6) aparatu do nieinwazyjnego wspomaganie oddechów (nr BCB01805) przegląd wykonano 1 lipca 2025 r. z opóźnieniem 63 dni.

Natomiast w pozostałych 10 przypadkach, gdzie przegląd został wykonany po terminie, niemożliwe było ustalenie faktycznej daty zlecenia ich wykonania. Dotyczyło to:

- 1) aparatu ultrasonograficznego (nr VSX002129) przegląd z 30 sierpnia 2022 r. wykonano z opóźnieniem wynoszącym 69 dni,
- 2) aparatu do znieczulania (nr ASAN-0212) przegląd z 30 października 2022 r. wykonano z opóźnieniem 33 dni,
- 3) stanowiska do resuscytacji noworodka (nr 18-087) przegląd z 15 marca 2022 r. wykonano z opóźnieniem 1415 dni,
- 4) stanowiska do resuscytacji noworodka (nr 18-088) przegląd z 23 października 2024 r. wykonano z opóźnieniem 21 dni,
- 5) stanowiska do resuscytacji noworodka (nr 18-089) przegląd z 15 marca 2022 r. wykonano z opóźnieniem 1415 dni,
- 6) aparatu do nieinwazyjnego wspomaganie oddechów (nr BCB01805) przegląd z 15 marca 2022 r. wykonano z opóźnieniem 1141 dni,
- 7) stanowiska do pielęgnacji noworodka (nr HDJN52027) przegląd z 10 października 2024 r. wykonano z opóźnieniem 111 dni,
- 8) stanowiska do pielęgnacji noworodka (nr HDJN52021) przegląd z 19 marca 2025 r. wykonano z opóźnieniem 46 dni,
- 9) respiratorów dla noworodków (nr ASAM-0119 i ASAM-0121) przeglądy z 8 grudnia 2022 r. wykonano z opóźnieniem 939 dni.

Dyrektor wskazała, że przyczyny opóźnień miały różne przyczyny i wynikały m.in. z przeprofilowania placówki medycznej w szpital jednoimienny oraz opóźnień w zawarciu umów na świadczenie usług dot. przeglądów technicznych i trudności w dostępie do niektórych pomieszczeń (sali operacyjnej cięć cesarskich). Ww. wskazała, że trudności w terminowym wykonywaniu przeglądów wynikały także z zaniechania, przez niektóre firmy, podejmowania się rutynowych działań serwisowych (w latach 2020-2021), a także opóźnień w terminowym wykonaniu przez te podmioty harmonogramów przeglądów dostarczonych przez Szpital.

Podsumowując Dyrektor stwierdziła, że największy wpływ na płynność wykonywania napraw i przeglądów technicznych miało zerwanie ciągłości łańcuchów dostaw podzespołów oraz części zamiennych podczas okresu pandemicznego oraz zaangażowanie personelu (zasobu ludzkiego) w realizację innych zadań.

NIK dostrzega konsekwencje wynikające z okresu pandemicznego oraz innych niemożliwych do przewidzenia zdarzeń. Nie mniej zwraca uwagę, że w przypadku wskazanych powyżej uchybień ich bezpośrednią przyczyną były opóźnienia Szpitala w terminowym wystawianiu zleceń wykonania poszczególnych przeglądów lub nieudokumentowanie procesu (terminu) wydania tych zleceń.

(akta kontroli str. 960-962, 980-1003, 1213-1217)

OCENA CZĄSTKOWA

Szpital podejmował działania w celu zapewnienia warunków dla realizacji zadań związanych z udzielaniem świadczeń opieki okołoporodowej, choć w ich

wdrażaniu stwierdzono nieprawidłowości.

W okresie objętym kontrolą w oddziałach położniczym i neonatologicznym zapewniono odpowiednią liczbę personelu medycznego. Wystąpiły jednak przypadki, kiedy lekarze wykonywali czynności zawodowe (bez odpoczynku) powyżej 24 godzin. Stwierdzono także, że w niektórych przypadkach Szpital z opóźnieniem lub wcale nie dokonywał zgłoszeń w harmonogramie osób przekazywanym do NFZ. Oba objęte badaniem oddziały były wyposażone w wymaganą aparaturę i sprzęt medyczny, chociaż 15 z 26 weryfikowanych urzędzeń przeszło przeglądy techniczne z opóźnieniem. Sposób urządzenia pomieszczeń zapewniał pacjentkom poczucie intymności i godności. Spełniono też wymogi dotyczące urządzenia i wyposażenia oddziałów w sposób określony w rozporządzeniu w sprawie wymagań. Szpital, raz w roku, monitorował wybrane wskaźniki opieki okołoporodowej oraz wdrożył tryb postępowania w łagodzeniu bólu porodowego, choć w sposób nie w pełni zgodny z wymogami Standardu.

W placówce działała bezpłatna Szkoła Rodzenia, w której stwierdzono niedozwolone prowadzenie działań reklamowych i marketingowych związanych z preparatami do początkowego żywienia niemowląt i przedmiotów służących do karmienia niemowląt.

OBSZAR

Opis stanu faktycznego

2. Realizacja świadczeń dotyczących opieki okołoporodowej

2.1. Analizą objęto dokumentację medyczną 30 pacjentek, które rodziły w Szpitalu w latach 2022 – 2024. 21 porodów nastąpiło drogami natury⁷⁵, a dziewięć cesarskim cięciem. Badaniem objęto dokumentację medyczną w formie elektronicznej oraz prowadzoną w formie papierowej. W ramach analizy dokumentacji elektronicznej skupiono się m.in. na zakładkach *wywiad, obserwacje pielęgniarskie, obserwacje lekarskie, wypis, dokumenty*.

Analiza dostępnej dokumentacji wykazała, że przy przyjęciu do Szpitala, we wszystkich przypadkach ujęto dane zawarte w kartach ciąży, tj. np. wyniki badań VDRL, HBS, HCV, HIV, oznaczenie grupy krwi, liczbę porodów, liczbę poronień oraz dane dotyczące miesiączek. Ponadto dokumentacja zawierała m.in. skierowanie do szpitala oraz formularze zgód.

(akta kontroli str. 12-13)

2.2. W żadnym z 30 badanych przypadków, dokumentacja medyczna nie zawierała Planu porodu. Pielęgniarka Oddziałowa Oddziału Położnictwa podała, że plan porodu⁷⁶ przekazywany jest i omawiany na każdym zajęciach Szkoły Rodzenia. Pacjentki, które nie uczęszczały do Szkoły Rodzenia otrzymują plan porodu w Poradni dla Kobiet w Cięży. Rodząca, która zgłasza się do porodu omawia plan porodu z położną prowadzącą poród. NIK wskazuje, że brak planów porodu w dokumentacji medycznej uniemożliwia dokonanie oceny czy

⁷⁵ W tym w dziewięciu przypadkach nastąpiła indukcja porodu - indukcja porodu to sztuczne wywołanie akcji porodowej, gdy poród nie rozpoczyna się samoistnie. Stosuje się ją, gdy kontynuacja ciąży stwarza większe zagrożenie dla matki lub dziecka niż poród. Może być przeprowadzana za pomocą różnych metod, w tym podawania oksycytocyny (hormonu wywołującego skurcze macicy).

⁷⁶ Opracowany przez ówczesnego Konsultanta Wojewódzkiego w dziedzinie Ginekologii i Położnictwa prof. Marka Grabca.

w trakcie porodu uwzględniano oczekiwania pacjentek wobec przebiegu narodzin dzieci.

(akta kontroli str. 12-13, 21)

Spośród 21 porodów drogami natury w czasie czterech porodów, po wyrażeniu zgody przez pacjentkę, przeprowadzono zabieg nacięcia krocza z uwagi na zielony płyn owodniowy (dwa przypadki) oraz rodzące były pierwiastkami (dodatkowo w jednym przypadku stwierdzono makrosomię płodu). Podczas czterech kolejnych porodów, po uzyskaniu zgody rodzącej, przeprowadzono zabieg amniotomii⁷⁷.

W 28 przypadkach rodzące miały możliwość korzystania ze wsparcia osoby bliskiej. W dwóch przypadkach, kobiety dowieziono z Zakładu Karnego. Wszystkim rodzącym założono wkłucie do żyły obwodowej, celem zabezpieczenia porodu, szczególnie w przypadkach cięcia cesarskiego oraz indukcji porodu.

(akta kontroli str. 12-13)

2.3. Na salach porodowych, pacjentki miały do dyspozycji m.in.: tzw. piłki fasolki, piłki, drabinki, szarfy przeznaczone dla rodzących i mające na celu łagodzenie bólu porodowego. Wszystkie sale porodu były wyposażone w prysznice. W Szpitalu nie oferowano znieczulenia zewnątrzoponowego w trakcie porodu fizjologicznego, o czym szerzej w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*, pomimo tego, że 16 położnych ukończyło kurs kwalifikacyjny w dziedzinie „Pielęgniarstwo anestezjologiczne i intensywnej opieki w położnictwie i ginekologii” i tym samym uzyskały niezbędną wiedzę i umiejętności do prowadzenia asysty w analgezji⁷⁸ porodu. Pacjentki nie mogły również korzystać z porodu w wodzie.

(akta kontroli str. 12-13, 30, 36)

Pacjentki rodzące w sposób naturalny przebywały na salach wyposażonych w wyżej wymieniony sprzęt. W dziewięciu przypadkach porodu w drodze cesarskiego cięcia, pacjentki były poddane, po uzyskaniu zgody, znieczuleniu.

(akta kontroli str. 12-13, 662-868)

2.4. Dokumentacja medyczna wszystkich 30 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.

Do historii choroby w każdym przypadku dołączano karty obserwacji, karty gorączkowe, karty zleceń lekarskich, karty informacyjne z leczenia szpitalnego, wyniki badań diagnostycznych wraz z opisem, wyniki konsultacji. W sytuacjach tego wymagających, każdorazowo uzyskiwano zgodę na wykonanie nacięcia

⁷⁷ Amniotomia - przebicie pęcherza płodowego. To zabieg polegający na celowym przerwaniu błon płodowych przez lekarza podczas porodu. Zabieg ten ma na celu przyspieszenie i skrócenie porodu poprzez wzmożenie skurczów macicy.

⁷⁸ Analgezja porodu to metody łagodzenia bólu podczas porodu. Stosuje się je, aby uczynić poród mniej bolesnym i bardziej komfortowym dla rodzącej. Dostępne metody to znieczulenie zewnątrzoponowe, podpajęczynówkowe, wziewne oraz farmakologiczne.

krocza, cesarskiego cięcia, preindukcji i indukcji porodu. Ponadto dokumentacja medyczna zawierała karty przebiegu znieczulenia stosowanego podczas cesarskich cięć oraz rzetelnie wypełnione karty obserwacji porodu⁷⁹.

(akta kontroli str. 12-15)

2.5. Po 21 porodach naturalnych⁸⁰, w 17 przypadkach umożliwiono dziecku kontakt sds, ale tylko w jednym przypadku czas ten wynosił 2 godziny, nie wskazując jednak, czy był on nieprzerwany. W pozostałych 16 przypadkach, w dokumentacji medycznej nie odnotowano czasu trwania takiego kontaktu, o czym szerzej w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*. W pozostałych czterech porodach nie było możliwości zapewnienia dziecku takiego kontaktu, z uwagi na stan rodzającą lub dziecka⁸¹.

W przypadku dziewięciu noworodków urodzonych w drodze cięcia cesarskiego, dokumentacja medyczna sześciu z nich nie zawierała zapisów o kontakcie sds. W pozostałych trzech przypadkach nie było możliwości umożliwienia dziecku kontaktu sds z uwagi na stan zdrowia matki lub dziecka⁸².

(akta kontroli str. 12-13)

2.6. W objętej analizie próbie dokumentacji medycznej 30 noworodków, 21 z nich urodziło się w sposób naturalny, a dziewięć w drodze cesarskiego cięcia.

We wszystkich przypadkach:

- dokonano: oznakowania noworodka, oceny stanu noworodka według skali Apgar;
- przeprowadzono: profilaktykę zakażenia przedniego odcinka oka, profilaktykę krwawienia wywołanego niedoborem witaminy K;
- wykonano szczepienia według aktualnego Programu Szczepień Ochronnych;
- wykonano badanie kliniczne noworodka przez lekarza oddziału neonatologicznego w okresie 12 godzin od urodzenia;
- zabiegi pielęgnacyjne i obowiązkowe standardowe procedury wykonywane były po przekazaniu informacji i uzyskaniu zgody w obecności matki;
- w sali porodowej przed lub po urodzeniu noworodka znajdował się lekarz oddziału neonatologicznego;
- podczas porodu, w sali porodowej, przebywała co najmniej jedna osoba posiadająca umiejętności resuscytacji noworodka⁸³ oraz dysponująca niezbędnym sprzętem do resuscytacji.

⁷⁹ Zgodne ze wzorem określonym z załączniku nr 2 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania, Dz. U. z 2024 r. poz. 798, ze zm.

⁸⁰ W tym dziewięciu porodach indukowanych.

⁸¹ Stosowne zapisy ujęto w obserwacjach pielęgniarских: a) Zielony płyn owodniowy; b) Pogorszenie stanu noworodka, poród z rączką; c) Pęknięcie i szycie pochwy, łyżeczowanie; d) Dziecko niedonoszone, zielony płyn owodniowy.

⁸² Stosowne zapisy ujęto w obserwacjach pielęgniarских: a) Wcześniaki urodzone w drodze cc; b) Zwężona miednica; c) Makrosomia płodu.

⁸³ Potwierdzone certyfikatem ukończenia kursu resuscytacji noworodka.

U 29 noworodków wykonano test pulsoksymetryczny, a w jednym przypadku noworodek po porodzie został przewieziony do Zakładu Karnego⁸⁴. U 28 noworodków wykonano badania przesiewowe na bibułę (badanie suchej kropli krwi). U dwóch nie wykonano tego badania z uwagi na: przewiezienie do ZK; oraz przetransportowanie dziecka do szpitala w Toruniu w związku z problemami kardiologicznymi. 26 noworodków poddano przesiewowemu badaniu słuchu, u czterech nie wykonano tego badania z uwagi na: awarię maszyny do przeprowadzania badania – dwa przypadki⁸⁵; jednego noworodka przewieziono do ZK; jednego noworodka z powodu problemów kardiologicznych, przewieziono do szpitala w Toruniu. Ocenę umiejętności ssania przeprowadzono u 28 noworodków. W jednym przypadku takiej oceny nie wykonano z uwagi na przetransportowanie dziecka do ZK, a w drugim brak było stosownego zapisu w dokumentacji medycznej, o czym szerzej w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 5-15, 40-46)

2.7. Żadnemu noworodkowi nie podawano mleka z banku mleka kobiecego. Pielęgniarka Oddziałowa Oddziału Neonatologii podała, że w latach 2022-2025 nie nawiązano współpracy z Bankiem Mleka Kobiecego. Procedura taka jest szczególnie ważna w przypadku noworodków przedwcześnie urodzonych, w tym o znacznej niedojrzałości, a takie noworodki rodzą się w szpitalach o trzecim stopniu referencyjności bądź są tam przekazywane.

(akta kontroli str. 22)

Badanie dokumentacji medycznej 30 pacjentek wykazało, że:

- 29 kobiet otrzymało informacje na temat laktacji w zakresie korzyści i metod karmienia piersią lub mlekiem kobiecym oraz przeprowadzono instruktaż prawidłowego przystawiania dziecka do piersi, jedna, z uwagi na chorobę psychiczną i zaordynowane leki, nie mogła karmić piersią;
- wobec 26 kobiet personel medyczny w pierwszych dniach po urodzeniu dziecka dokonywał bieżących obserwacji cech dobrego przystawienia i pozycji przy piersi oraz objawów skutecznego i nieskutecznego karmienia. Dwie pacjentki zostały po porodzie przetransportowane do Zakładu Karnego, dwie z uwagi na chorobę, nie mogły karmić;
- 18 noworodkom⁸⁶ podano sztuczne mleko, a 12 noworodków nie otrzymało takiego pożywienia.

(akta kontroli str. 12-15, 20)

Oddział Neonatologii był wyposażony w laktatory – do 12 grudnia 2023 r. – cztery sztuki, od 13 grudnia 2023 r. siedem sztuk, a od 12 listopada 2024 r. – trzy sztuki.

(akta kontroli str. 1204-1207)

⁸⁴ Matkę przywieziono do szpitala z Zakładu Karnego.

⁸⁵ W obu przypadkach poinformowano rodzące, gdzie mogą wykonać takie badanie.

⁸⁶ W sześciu przypadkach jednorazowe karmienie mlekiem sztucznym, potem tylko mleko naturalne, troje dzieci karmiono mlekiem sztucznym z uwagi na ich stan zdrowia, w trzech przypadkach – z uwagi na chorobę matki i przyjmowane leki, w jednym przypadku brak wystarczającej ilości pokarmu dla bliźniąt, cztery matki wyraziły chęć karmienia mlekiem sztucznym, w jednym przypadku matka wróciła do Zakładu Karnego.

2.8. Badanie dokumentacji medycznej 10 kobiet, które znalazły się w sytuacji szczególnej wskazanej w części XV Standardu, tj., u których doszło do poronienia lub martwego urodzenia, od 13 do 35 tygodnia ciąży⁸⁷ wykazało, że:

- w dziewięciu przypadkach dokumentacja medyczna zawierała informację o zaproponowanej i udzielonej, bądź nie, pomocy psychologicznej. Pięć kobiet, pomimo propozycji ze strony personelu szpitalnego, odmówiło takiej pomocy, cztery skorzystały z konsultacji. W jednym przypadku dokumentacja medyczna nie zawierała informacji o proponowanej pomocy psychologicznej, o czym szerzej w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.
- żadna z kobiet w sytuacji szczególnej nie przebywała w sali, w której przebywały kobiety w okresie ciąży lub porodu, które urodziły zdrowe dziecko. W dwóch przypadkach, kobiety skorzystały z możliwości pożegnania z dzieckiem, w sześciu, nie. Dokumentacja medyczna dwóch porodów nie zawierała informacji o takiej możliwości, o czym szerzej w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

W celu informowania pacjentek o możliwości uzyskania dalszej pomocy psychologicznej, miejscach i organizacjach udzielających wsparcia, informowania pacjentek o przysługujących prawach, na oddziale położnictwa dostępne były ulotki i foldery związane z taką pomocą. Ponadto w trakcie konsultacji psychologicznych i psychiatrycznych cztery kobiety, które skorzystały z tej możliwości, także otrzymały takie informacje. Trzem pacjentkom wydano skierowania do poradni zdrowia psychicznego. Stosowne informacje zawierano również w wypisach szpitalnych. Szpital w 2015 r. zawarł porozumienie z miastem Grudziądz określające zasady pochówku dzieci martwo urodzonych. W pięciu przypadkach, pacjentki same zorganizowały pochówek, cztery zorganizował Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie w Grudziądz⁸⁸, w jednym przypadku, po poronieniu nie wyodrębniono ciała dziecka.

(akta kontroli str. 16, 1219-1222)

2.9. W latach 2022–2025, wybrany personel Oddziału Neonatologicznego⁸⁹, zauważył przede wszystkim problem z rezygnacją przez rodziców ze szczepień obowiązkowych u noworodka, brakiem zgody na podanie witaminy K, trudnościami w przekonaniu matek do wyłącznego karmienia piersią (wynikające z niewłaściwej edukacji przedporodowej) oraz przejściowych problemów z przesiewowym badaniem słuchu z powodu awarii aparatu. Z kolei personel medyczny Oddziału Położnictwa zauważył problem braku możliwości wprowadzenia znieczulenia porodu, pomimo tego, że 16 położnych ukończyło kurs kwalifikacyjny w dziedzinie „Pielęgniarstwo anestezjologiczne i intensywnej opieki w położnictwie i ginekologii” i tym samym uzyskały niezbędną wiedzę i umiejętności do prowadzenia asysty w analgezji porodu oraz braku zainteresowania młodego pokolenia pracą w położnictwie i ginekologii.

⁸⁷ Tydzień 13 (x2), 15 (x2), 21, 22, 29, 30, 34, 35.

⁸⁸ Wskazany w porozumieniu z 2015 r. jako prowadzący sprawy związane z pochówkiem dzieci martwo urodzonych.

⁸⁹ Koordynator, pielęgniarka oddziałowa, dwie pielęgniarki. Z Oddziału Położnictwa, Chorób Kobięcych i Ginekologii Onkologicznej - koordynator, pielęgniarka oddziałowa, pielęgniarka i położna.

(akta kontroli str. 23-38)

2.10. W latach 2022 – 2024, sposób postępowania w przypadku skarg i interwencji regulowała Księga Jakości – wydania nr: 15 z 29 września 2021 r.; 16 z 17 października 2022 r.; 17 z 28 września 2023 r. i 18 z 18 października 2024 r.

W Szpitalu skargi rejestrowano w:

- książce skarg i wniosków – brak skarg dotyczących opieki okołoporodowej;
- rejestrze prowadzonym w pliku Excel, przez sekcję Organizacji i Promocji. W 2022 r. zarejestrowano 69 skarg, brak skarg na opiekę okołoporodową; w 2023 r. – 72 skargi, w tym trzy dotyczące opieki okołoporodowej: personelu Oddziału Położnictwa - skarga na położną przy cięciu cesarskim; lekarza z Izby Przyjęć – brak wykonania badania USG; Oddziału Położnictwa - zabiegu łyżeczkowania.; w 2024 – 96, w tym dwie dotyczące opieki okołoporodowej: wykonania badań prenatalnych; braku wykonania badania USG.

Stwierdzono, że w czterech przypadkach rozpatrzono skargi, zgodnie z wewnętrznymi procedurami, w jednym – naruszono termin na załatwienie skargi i nie powiadomiono skarżącej o przyczynach opóźnienia i wyznaczeniu nowego terminu, o czym szerzej w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 79-80)

W latach 2022-2025 (I połowa) do Kujawsko-Pomorskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia w Bydgoszczy, nie wpłynęły skargi dotyczące udzielanych świadczeń związanych z opieką okołoporodową realizowanych w Szpitalu.

(akta kontroli str. 63-66)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

1. W Szpitalu w latach 2022–2024 nie oferowano rodzącym znieczulenia zewnątrzoponowego. Zgodnie z cz. VII, ust. 1 oraz ust. 11 i ust. 14 Standardu, *rodząca ma prawo do łagodzenia bólu porodowego, w tym przy zastosowaniu analgezji zewnątrzoponowej*. Ustalenia kontroli wskazują, że 16 położnych ukończyło kurs kwalifikacyjny w dziedzinie „Pielęgniarstwo anestezjologiczne i intensywnej opieki w położnictwie i ginekologii” i tym samym uzyskały niezbędną wiedzę i umiejętności do prowadzenia asysty w analgezji porodu.

Dyrektor Szpitala wyjaśniła, że po ukończeniu wyżej wskazanego kursu kwalifikacyjnego przystąpiliśmy do kompletowania pozostałego personelu niezbędnego do zabezpieczenia świadczenia w postaci znieczulenia zewnątrzoponowego. Możliwy termin rozpoczęcia znieczuleń konsultowano z Koordynatorem Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii oraz Oddziału Położnictwa, Chorób Kobiety i Ginekologii Onkologicznej. W wyniku rozmów ustalono, że konieczne jest zaplanowanie dyżurów specjalisty anestezjologii wyłącznie na potrzeby tej procedury, a dodatkowo w okresie miesiąca - dyżur pielęgniarki anestezjologicznej do czasu aż położne anestezjologiczne osiągną niezbędną praktykę w zabezpieczeniu anestezjologicznym rodzących w znieczuleniu. Jeżeli procedura miałaby być wprowadzona w Szpitalu, musi być

dostępna każdego dnia przez 24 godziny. W związku z ograniczonymi zasobami kadrowymi z zakresu anestezjologii (zarówno lekarzy jak i pielęgniarek) do chwili obecnej nie udało się stworzyć odrębnej kolumny dyżurowej na ten cel. Wysoki koszt czasu pracy personelu, spadająca liczba porodów oraz konieczność zmniejszenia dostępności anestezjologa przy innych zabiegach (dedykowanie anestezjologa do znieczuleń zewnątrzoponowych wiązałoby się z przesunięciem go z innego obszaru zabiegowego) uwarunkowały decyzję o dalszym przesunięciu terminu uruchomienia znieczuleń porodu, który pierwotnie był wskazany na wrzesień 2025 roku.

(akta kontroli str. 30, 36, 67-70)

NIK podkreśla, że Dyrektor Szpitala powinna zorganizować pracę personelu, tak aby zabezpieczyć realizację prawa rodzącej do łagodzenia bólu porodowego m.in. za pomocą znieczulenia zewnątrzoponowego oraz wykorzystać kwalifikacje położnych, które przy tych zabiegach mogą asystować.

2. W dokumentacji medycznej:

- 16 pacjentek rodzących siłami natury, nie odnotowano czasu trwania kontaktu "skóra do skóry" w nieprzerwanym wymiarze dwóch godzin bezpośrednio po porodzie. W adnotacjach pielęgniarstkich znajdowały się informacje o takim kontakcie, ale nie odnotowano czasu jego trwania. W jednym przypadku wskazano dwugodzinny czas kontaktu sds, bez podania informacji o jego ciągłości.

(akta kontroli str. 12-15)

Pielęgniarka Oddziałowa Oddziału Położnictwa wyjaśniła, że czas przebywania położnicy z noworodkiem na sali porodowej wynosi 2 godziny, podczas których zapewniony jest stały kontrakt skóry do skóry. Sam wpis w dokumentacji medycznej „skóra do skóry” oznacza dwugodzinny kontakt noworodka z matką. Podejmiemy działania, żeby w dokumentacji medycznej był zapis o dwugodzinnym kontakcie matki z dzieckiem.

(akta kontroli str. 7)

- jednego noworodka nie odnotowano wpisu o dokonaniu oceny umiejętności ssania. Do wykonania takiej oceny zobowiązywał przepis cz. XIII. Opieka nad noworodkiem, ust. 2, pkt 5, lit. c Standardu.

(akta kontroli str. 12-15)

Pielęgniarka Oddziałowa Oddziału Położnictwa wyjaśniła, że przyczyną braku wpisu o wykonaniu oceny umiejętności ssania, było przeoczenie ze strony pielęgniarki. Zostaną podjęte działania w kierunku dokładnego wpisu do dokumentacji medycznej.

(akta kontroli str. 7)

- jednej pacjentki nie było informacji o proponowanej pomocy psychologicznej, a w przypadku dwóch kolejnych, o możliwości pożegnania z dzieckiem. Zasady dotyczące opieki nad kobietami w sytuacjach szczególnych, zostały określone w części XV Standardu. Zgodnie z nim, kobiecie w takiej sytuacji, należy umożliwić: skorzystanie możliwie szybko z pomocy psychologicznej (pkt 3, ppkt 2) oraz

pożegnanie się ze zmarłym dzieckiem w obecności osób bliskich, jeżeli wyraża taką potrzebę (ust. 3, pkt 5).

Pielęgniarka Oddziałowa Oddziału Położnictwa wyjaśniła, że pacjentki w wyżej wymienionych sytuacjach, personel medyczny wspiera zawsze, adekwatnie do oczekiwań pacjentki i zastanej sytuacji medycznej nawet, jeżeli nie zostało to odnotowane w dokumentacji medycznej pacjentki. Każdej pacjentce w trudnej sytuacji medycznej proponowano i zapewniano możliwość skorzystania z porady psychologa i pożegnania się z dzieckiem. Zadeklarowała, że podjęte zostaną działania, żeby w każdej dokumentacji medycznej znalazł się wpis o podjętych przez personel procedurach.

(akta kontroli str. 16, 19)

3. Niezgodnie z obowiązującymi w Szpitalu procedurami rozpatrzono skargę, która wpłynęła 14 września 2023 r. dotyczącą zachowania personelu. Natychmiast po złożeniu skargi podjęto działania mające na celu rozpatrzenie sprawy, w tym m.in. uzyskano wyjaśnienia lekarza (z 18 września). W związku z tym, że ich treść nie pozwalała na opracowanie odpowiedzi na skargę, 25 września, Dyrektor Szpitala poprosił o złożenie dodatkowych wyjaśnień. Te wpłynęły dopiero 20 listopada 2023 r. Odpowiedź⁹⁰ na skargę udzielono 11 grudnia 2023 r.

W latach 2022–2024 sposób postępowania w przypadku skarg i interwencji regulowała Księga Jakości – wydania nr: 15 z 29 września 2021 r., 16 z 17 października 2022 r., 17 z 28 września 2023 r., 18 z 18 października 2024 r. Zgodnie z jej zapisami (np. wydanie 16, strona 136), Skarga lub wniosek powinna być załatwiona bez zbędnej zwłoki. Jeżeli skarga lub wniosek wymaga postępowania wyjaśniającego termin dla jej załatwienia wynosi jeden miesiąc. W przypadku sprawy szczególnie skomplikowanej termin dla jej załatwienia wynosi dwa miesiące. W przypadku niemożliwości dochowania ww. terminów należy powiadomić wnoszącego skargę lub wniosek o przyczynie zwłoki i przewidywanym terminie załatwienia skargi lub wniosku.

Z powyższego wynika, że przekroczono ustalony termin na załatwienie sprawy o 27 dni – od 15 listopada 2023 r. (w tym dniu upływają dwa miesiące od złożenia skargi) do 11 grudnia 2023 r. (data udzielenia odpowiedzi). Jednocześnie nie spełniono wymogu poinformowania skarżącej o przyczynie zwłoki i przewidywanym terminie załatwienia skargi.

(akta kontroli str. 79-80)

Dyrektor Szpitala wyjaśniła, że pracownik Działu Organizacyjnego skupiając całą uwagę na postępowaniu wyjaśniającym przeoczył termin wysłania pisma informującego o wydłużeniu terminu udzielenia odpowiedzi. W następstwie tego zdarzenia zalecono przeprowadzenie szkoleń przypominających zasady procedowania skarg.

(akta kontroli str. 67-70)

OCENA CZĄSTKOWA

Szpital realizował świadczenia dotyczące opieki okołoporodowej. Interwencje medyczne wykonywano po uzyskaniu zgody pacjentek, a sale porodowe były

⁹⁰ SOP/Skargi/71/2023/1/KP.

wyposażone w sprzęt umożliwiający łagodzenie bólu porodowego. Jednak Szpital nie oferował znieczulenia zewnątrzoponowego w trakcie porodów fizjologicznych, do czego zobowiązywały Standardy – co NIK - uznaje za stan nieprawidłowy. Rodzące i noworodki mieli możliwość kontaktu skóra do skóry, ale tylko w jednym przypadku udokumentowano czas trwania tego kontaktu. W pozostałych porodach, w dokumentacji odnotowano tylko sam fakt kontaktu, bez podania czasu. Wszystkie noworodki po narodzinach zostały oznakowane, oceniono ich stan według skali Apgar, przeprowadzono profilaktykę zakażenia przedniego odcinka oka i profilaktykę krwawienia wywołanego niedoborem witaminy K. Wykonano także wymagane szczepienia, badania kliniczne, a podczas porodu, przebywała osoba posiadająca umiejętności resuscytacji noworodka.

Stwierdzono nieliczne nieprawidłowości w prowadzeniu dokumentacji medycznej – brak jednego wpisu o dokonaniu oceny umiejętności ssania, dwóch zapisów o pomocy psychologicznej i możliwości pożegnania z dzieckiem oraz wcześniej wskazanym braku podania czasu kontaktu sds. Naruszono również termin na załatwienie skargi i nie powiadomiono skarżącej o przyczynach nieterminowego załatwienia sprawy.

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 | <ol style="list-style-type: none">1. Określenie w regulaminie organizacyjnym Szpitala sposobu realizacji oraz dokumentowania wskaźników opieki okołoporodowej.2. Prawidłowe opracowanie procedury łagodzenia bólu porodowego i zapoznanie z nią personelu.3. Niedopuszczanie do udzielania świadczeń przez personel medyczny przez czas dłuższy niż 24 godziny.4. Zapewnienie bezpośredniej dostępności psychologa na oddziale położniczym w wymiarze co najmniej 0,5 etatu.5. Terminowe zamieszczanie w SZOI zmian w harmonogramie dotyczącym personelu medycznego.6. Terminowe dokonywanie przeglądów technicznych sprzętu i urządzeń medycznych.7. Podjęcie działań organizacyjnych mających na celu umożliwienie rodzącom korzystanie ze znieczulenia zewnątrzoponowego.8. Dokonywanie wymaganych przepisami prawa wpisów w dokumentacji medycznej pacjentek, w tym faktu oraz czasu trwania kontaktu sds.9. Udzielanie odpowiedzi na skargi w terminach określonych w wewnętrznych procedurach. |

V. Pozostałe informacje i pouczenia

Wystąpienie pokontrolne sporządzono i opatrzone podpisem własnoręcznym w dwóch jednobrzmiących 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 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, 16 października 2025 r.

<p style="text-align: center;">Kontrolerzy</p> <p style="text-align: center;">(-)Adam Ruciński</p> <p style="text-align: center;">Główny specjalista kontroli państwowej</p>	<p style="text-align: center;">Najwyższa Izba Kontroli</p> <p style="text-align: center;">Delegatura w Bydgoszczy</p> <p style="text-align: center;">p.o. Dyrektor</p> <p style="text-align: center;">(-) Tomasz Sobacki</p>
--	--