



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Kielcach

LKI.410.002.01.2020

Rafał Szpak, Dyrektor  
Świętokrzyskiego Centrum Matki i Noworodka  
Szpitala Specjalistycznego w Kielcach  
ul. Prosta 30, 25-371 Kielce

# WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

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

## I. Dane identyfikacyjne

Jednostka kontrolowana	Świętokrzyskie Centrum Matki i Noworodka Szpital Specjalistyczny w Kielcach (dalej: Szpital), ul. Prosta 30, 25-371 Kielce.
Kierownik jednostki kontrolowanej	Rafał Szpak, Dyrektor Szpitala.
Zakres przedmiotowy kontroli	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Zgodność z przepisami prawa organizowania udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w sytuacjach poronień, martwych urodzeń i zgonów dziecka tuż po porodzie.</li><li>2. Przestrzeganie obowiązujących uregulowań (w tym standardów) dotyczących opieki okołoporodowej w przypadkach poronień, martwych urodzeń lub urodzenia dziecka, które umiera wkrótce po porodzie.</li><li>3. Świadczenia zapewniające pacjentkom stosowną pomoc.</li></ol>
Okres objęty kontrolą	Lata 2017-2020 (do dnia zakończenia kontroli), 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>1</sup> .
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Kielcach.
Kontrolerzy	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Kinga Komenda, starszy inspektor kp., upoważnienie do kontroli nr LKI/13/2020 z 15 stycznia 2020 r.</li><li>2. Łukasz Pieńkowski, inspektor kp., upoważnienie do kontroli nr LKI/14/2020 z 15 stycznia 2020 r.</li></ol>

(akta kontroli str. 1- 4)

<sup>1</sup> Dz. U. z 2019 r. poz. 489, ze zm.; dalej: ustawa o NIK.

## II. Ocena ogólna<sup>2</sup> kontrolowanej działalności

### OCENA OGÓLNA

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

Wątpliwości co do jakości tych świadczeń oraz zapewnienia bezpieczeństwa pacjentek przebywających na Oddziale, mogą budzić stwierdzone przypadki wykonywania świadczeń zdrowotnych przez lekarzy nieprzerwanie przez okres ponad 24 godzin.

Wdrożone procedury wewnętrzne dotyczyły opieki nad tymi pacjentkami i zawierały aktualne wytyczne wynikające ze standardów opieki okołoporodowej<sup>3</sup>. Pomimo to wystąpiły sytuacje, w których pacjentki doświadczające straty dziecka przebywały w sali razem z pacjentkami, które urodziły zdrowe dziecko.

Pacjentkom, które były hospitalizowane z powodu poronienia, urodzenia dziecka martwego lub dziecka, które zmarło wkrótce po porodzie i miały takie życzenie udzielono pomocy psychologicznej. Szpital nawiązał współpracę z organizacją zajmującą się wsparciem kobiet i przekazywaniem pamiątek po dziecku. Dla pacjentek tych opracowano informator, który nie zawierał jednak danych lokalnych organizacji zajmujących się tą problematyką i placówek zdrowia psychicznego.

Warunki organizacyjno-techniczne izby przyjęć, sal chorych, pomieszczeń diagnostycznych i zabiegowych zapewniały przebywającym w nich pacjentkom warunki intymności i godności. W trakcie prowadzonej przez NIK kontroli w pełni dostosowano jedno pomieszczenie higieniczno-sanitarne w odcinku ginekologicznym dla osób niepełnosprawnych. W niektórych pokojach łóżkowych nie zapewniono dostępności do łóżek z trzech stron, w tym z dwóch dłuższych.

Nie opracowano wskaźników opieki okołoporodowej, a także nie określono w regulaminie organizacyjnym Szpitala sposobu ustalania i monitorowania tych wskaźników oraz dokumentowania tych działań.

Stwierdzono także nieprawidłowości o charakterze formalnym, polegające na nieaktualizowaniu na bieżąco zmian w wykazie personelu medycznego stanowiącego załącznik do umowy ze Świętokrzyskim Oddziałem Wojewódzkim NFZ oraz nie w pełni prawidłowym prowadzeniu dokumentacji medycznej niektórych pacjentek.

W Szpitalu opracowano wzory oświadczeń dla pacjentek dotyczących sposobu postępowania z ciałem dziecka po poronieniu lub martwym urodzeniu. Nie zawsze jednak dochowano należytej staranności przy uzyskiwaniu tych dokumentów, co uniemożliwiało szybkie zorganizowanie pochówku.

---

<sup>2</sup> Najwyższa Izba Kontroli formułuje ocenę ogólną jako ocenę pozytywną, ocenę negatywną albo ocenę w formie opisowej.

<sup>3</sup> Określonych – do końca 2018 r. – w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych w dziedzinie położnictwa i ginekologii, z zakresu okołoporodowej opieki położniczo-ginekologicznej sprawowanej nad kobietą w okresie ciąży, porodu, porożu, w przypadkach występowania określonych powikłań oraz opieki nad kobietą w sytuacji niepowodzeń położniczych (Dz. U. poz. 2007), a od 1 stycznia 2019 r. – w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej (Dz. U. poz. 1756), dalej: rozporządzenie w sprawie standardu.

### III. Opis ustalonego stanu faktycznego oraz oceny cząstkowe<sup>4</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

Świętokrzyskie Centrum Matki i Noworodka Szpital Specjalistyczny w Kielcach jest podmiotem leczniczym niebędącym przedsiębiorcą, którego organem założycielskim jest powiat kielecki. Szpital świadczy usługi leczniczo-zapobiegawcze w zakresie przewidzianym dla szpitali o profilu położniczo-ginekologicznym i neonatologicznym. Zgodnie z § 2 ust. 1 regulaminu organizacyjnego<sup>5</sup>, podstawowym celem Szpitala jest udzielanie świadczeń zdrowotnych i promocji zdrowia w zakresie opieki nad matką i dzieckiem w warunkach szpitalnych i ambulatoryjnych. W strukturze Szpitala wyodrębniono m.in. Oddział Położniczo-Ginekologiczny (dalej również Oddział), Oddział Neonatologiczny oraz Oddział Patologii i Intensywnej Terapii Noworodka. W ramach Oddziału Ginekologiczno-Położniczego wydzielono m.in.:

- odcinek ginekologiczny,
- odcinek patologii ciąży,
- odcinek położniczy,
- salę porodową,
- odcinek perinatologiczny.

Oddział Położniczo-Ginekologiczny oraz Oddział Neonatologiczny mają trzeci (najwyższy) poziom referencyjności.

Pacjentki, które doświadczyły poronienia, urodziły martwe dziecko lub urodziły dziecko, które zmarło wkrótce po porodzie były hospitalizowane na Oddziale na odcinku ginekologicznym.

(akta kontroli str. 8-25, 265)

W okresie objętym kontrolą liczba noworodków żywo urodzonych w Szpitalu wyniosła 1583 w 2017 r., 1640 w 2018 r. oraz 1889 w 2019 r. W latach tych liczba poronień i martwych urodzeń wyniosła odpowiednio 294, 289 i 322, co stanowiło 19% zdarzeń w 2017 r., 18% w 2018 r. oraz 17% w 2019 r. w stosunku do liczby porodów ogółem. Najczęstszą przyczyną poronień i martwych urodzeń we wszystkich latach objętych kontrolą było obumarcie wewnątrzmaciczne<sup>6</sup>.

(akta kontroli str. 56-57)

W okresie objętym kontrolą na Oddziale zapewniono personel medyczny w wymiarze i o kwalifikacjach zgodnych z wymogami dla trzeciego poziomu referencyjnego<sup>7</sup>, określonymi w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego<sup>8</sup> (dalej: rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych), tzn. co najmniej trzech lekarzy we wszystkie dni tygodnia, stałą obecność lekarza specjalisty

<sup>4</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>5</sup> Stanowiącego załącznik nr 2 do zarządzenia Nr 42/2018 Dyrektora Szpitala z dnia 20 grudnia 2018 r.

<sup>6</sup> Obumarcie wewnątrzmaciczne stanowiło w 2017 r. 49%, w 2018 r. 56% oraz w 2019 r. 45% ogólnej liczby zdarzeń.

<sup>7</sup> Na podstawie próby kontrolnej obejmującej dwa miesiące (lipiec, październik) w każdym roku w latach 2017-2019.

<sup>8</sup> Dz. U. z 2017 r. poz. 2295, ze zm.

w dziedzinie położnictwa i ginekologii we wszystkie dni tygodnia, a także odpowiednią liczbę położnych, w tym położnych ze specjalizacją w dziedzinie pielęgniarstwa położniczego i ginekologicznego. W Szpitalu zapewniono również stałą obecność lekarza specjalisty w dziedzinie anestezjologii.

(akta kontroli str. 38-55, 62)

Stosownie do art. 50 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej<sup>9</sup>, w Szpitalu opracowano minimalne normy zatrudnienia pielęgniarek i położnych. Dla okresu objętego kontrolą minimalna przyjęta norma zatrudnienia pielęgniarek i położnych na Oddziale wyniosła 70 etatów, a w odcinku ginekologicznym tego Oddziału – 16 etatów.

(akta kontroli str. 64-66)

Analiza rozkładu czasu pracy lekarzy zatrudnionych na Oddziale wykazała, że przestrzegano art. 93-96 ustawy o działalności leczniczej. Jednakże w odniesieniu do obsady jednego z dyżurów medycznych<sup>10</sup>, nie przestrzegano przepisu art. 97 ust. 2 tej ustawy, zgodnie z którym pracownikowi przysługuje w każdej dobie prawo do co najmniej 11 godzin nieprzerwanego odpoczynku, udzielonego bezpośrednio po zakończeniu pełnienia dyżuru medycznego.

(akta kontroli str. 59, 264)

Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że była to sytuacja losowa spowodowana koniecznością zastąpienia nieobecnego lekarza. W związku z powyższym dyżur lekarski objęło dwóch lekarzy, z których pierwszy pełnił dyżur w godzinach 14.35-19.00, a drugi w godzinach 19.00-7.00 następnego dnia.

(akta kontroli str. 436)

W miesiącach objętych badaniem<sup>11</sup> stwierdzono 10 przypadków świadczenia pracy przez lekarzy nieprzerwanie przez długi okres, przekraczający nawet 24 godziny. Przypadki te dotyczyły lekarzy zatrudnionych w Szpitalu na podstawie umów cywilnoprawnych (co szerzej opisano w dalszej części wystąpienia pokontrolnego, w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*).

(akta kontroli str. 60)

Personel medyczny wykonujący usługi medyczne na Oddziale w okresie objętym kontrolą, w większości przypadków został ujęty w wykazie personelu stanowiącym załącznik do umowy i jej aneksów zawartych ze Świętokrzyskim Oddziałem Wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia. Wyjątki dotyczyły ośmiu pielęgniarek/położnych niewymienionych w harmonogramie w części dotyczącej zasobów za rok 2017, trzech pielęgniarek/położnych za rok 2018 oraz dwóch pielęgniarek/położnych za rok 2019.

Zmiany w harmonogramie dotyczące osób udzielających świadczeń nie były na bieżąco aktualizowane. W 2017 roku nie usunięto z wykazu personelu medycznego 10 pielęgniarek/położnych, które zakończyły pracę w Szpitalu. W 2018 roku zmian nie dokonano odnośnie 14 pielęgniarek/położnych, a w 2019 roku – pięciu. W odniesieniu do pięciu lekarzy w całym okresie objętym kontrolą stwierdzono, że nie zostali oni usunięci z ww. harmonogramu pomimo zakończenia świadczenia pracy na rzecz Szpitala.

(akta kontroli str. 109-185, 254-263)

Stosownie do art. 207 ust. 3 ustawy o działalności leczniczej, z uwagi na częściowe niezrealizowanie opracowanego programu dostosowania pomieszczeń i urządzeń

<sup>9</sup> Dz.U. z 2020 r. poz. 295, ze zm.

<sup>10</sup> Dyżur ten rozpoczął się 17 lipca 2018 r.

<sup>11</sup> Dotyczy dwóch miesięcy (lipiec, październik) wybranych do próby kontrolnej w każdym roku w latach 2017-2019.

do wymagań zawartych w tej ustawie, Szpital wystąpił w dniu 27 grudnia 2017 r. do Świętokrzyskiego Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego (dalej: ŚPWIS) z wnioskiem o wydanie opinii o wpływie niespełniania wymagań na bezpieczeństwo pacjentów. Do wniosku załączono wykaz wymogów, które nie zostały spełnione wraz z propozycją ewentualnych rozwiązań zastępczych oraz docelowym sposobem i terminem dostosowania. W dniu 16 stycznia 2018 r. ŚPWIS wydał postanowienie, w którym stwierdził, że Szpital nie spełnia wymagań wynikających z art. 22 ustawy o działalności leczniczej, dotyczących m.in.:

- dostępu do łóżek w pokojach łóżkowych z trzech stron, w tym z dwóch dłuższych;
- wyposażenia pokoi łóżkowych odcinka patologii ciąży w umywalki z ciepłą i zimną wodą;
- wykonania podłóg i połączenia ścian z podłogami z materiałów umożliwiających ich mycie i dezynfekcję.

W postanowieniu dokonano ponadto oceny wpływu niespełnionych wymagań na bezpieczeństwo pacjentów<sup>12</sup>. W ocenie ŚPWIS brak umywalk z ciepłą i zimną wodą w pokojach łóżkowych odcinka patologii ciąży miał znaczny, a pozostałe niespełnione wymogi – nieznaczny wpływ na bezpieczeństwo pacjentów. W dniu 3 grudnia 2019 r. ŚPWIS przeprowadził kontrolę sprawdzającą, w toku której stwierdzono, że nieprawidłowości dotyczące braku umywalk z ciepłą i zimną wodą w pokojach łóżkowych odcinka patologii ciąży zostały usunięte.

(akta kontroli str. 67-108)

W okresie objętym kontrolą Szpital spełniał warunki określone w rozporządzeniu w sprawie świadczeń gwarantowanych dla trzeciego poziomu referencyjności, dotyczące:

- zapewnienia odpowiedniego wyposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną (na Oddziale zapewniono: kolposkop, aparat KTG<sup>13</sup>, kardiomonitor, aparat USG, histeroskop, laparoskop, natomiast aparat USG<sup>14</sup> z opcją kolorowego Dopplera w lokalizacji Szpitala);
- zapewnienia realizacji badań (na oddziale zapewniono: komputerową analizę KTG, w lokalizacji Szpitala - badania laboratoryjne, gazometrii krwi pępowinowej oraz dostęp do badań z zakresu diagnostyki prenatalnej);
- pozostałych wymagań (prowadzono partogram<sup>15</sup>, wyodrębniono salę do cięć cesarskich oraz blok operacyjny, a w Szpitalu funkcjonowała pracownia endoskopii oraz oddział neonatologiczny o trzecim stopniu referencyjności).

Wymieniony sprzęt i aparatura medyczna były sprawne technicznie oraz miały aktualne przeglądy wykonane przez uprawnione podmioty, stosownie do § 7 ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej<sup>16</sup> (dalej: rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów).

(akta kontroli str. 58, 61)

Stosownie do § 40 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą<sup>17</sup> (dalej: rozporządzenie

<sup>12</sup> Oceny wpływu na bezpieczeństwo pacjentów Szpitala, ŚPWIS dokonał w podziale na dwie kategorie: znaczny i nieznaczny, uwzględniając propozycje rozwiązań zastępczych zaproponowanych przez Szpital.

<sup>13</sup> Kardiokardiof. (nieczytelne)

<sup>14</sup> Ultrasonograf.

<sup>15</sup> Inaczej karta obserwacji porodu.

<sup>16</sup> Dz. U. z 2020 r. poz. 320, ze zm.

<sup>17</sup> Dz. U. poz. 595.

w sprawie wymagań podmiotu wykonującego działalność leczniczą), instalacje i urządzenia wentylacji mechanicznej i klimatyzacji podlegały okresowemu przeglądowi, czyszczeniu lub dezynfekcji, lub wymianie elementów zgodnie z zaleceniami producenta i czynności te były dokumentowane.

(akta kontroli str. 269-302)

Opieka nad pacjentkami doświadczającymi poronień, urodzenia martwego dziecka lub śmierci dziecka krótko po porodzie nie była przedmiotem kontroli prowadzonych w Szpitalu przez NFZ, wojewodę, konsultantów wojewódzkiego i krajowego w dziedzinie położnictwa i ginekologii lub inne organy.

(akta kontroli str. 464, 561-562)

Stwierdzone  
nieprawidłowości

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

1. W lipcu i październiku w latach 2017-2019 wystąpiło 10 przypadków świadczenia pracy przez lekarzy zatrudnionych w Szpitalu na podstawie umów cywilnoprawnych, nieprzerwanie przez długi okres, przekraczający nawet 24 godziny, z tego:
  - przez okres 64 godz. i 25 min – jeden przypadek,
  - przez okres 48 godz. – dwa przypadki,
  - przez okres 40 godz. i 25 min – sześć przypadków,
  - przez okres 36 godz. – jeden przypadek.

(akta kontroli str. 60)

Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że wynika to z konieczności zapewnienia dużej liczby lekarzy do pełnienia dyżurów z uwagi na wymogi obowiązujące placówkę o III stopniu referencyjności oraz niechęci niektórych lekarzy do pełnienia dużej liczby dyżurów.

(akta kontroli str. 436)

W ocenie NIK udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarzy nieprzerwanie w wymiarze przekraczającym 24 godziny może budzić uzasadnione wątpliwości co do jakości świadczonych usług oraz zapewnienia bezpieczeństwa przebywających na Oddziale pacjentek.

2. Zmiany w wykazie personelu medycznego stanowiącego załącznik do umowy ze Świętokrzyskim Oddziałem Wojewódzkim NFZ nie były na bieżąco aktualizowane, co stanowiło naruszenie § 6 ust. 1 i 2 załącznika do rozporządzenia w sprawie ogólnych warunków umów. Stwierdzone przypadki dotyczyły:
  - wykonywania usług medycznych przez personel medyczny nieujęty w wykazie personelu stanowiącego załącznik do umowy oraz jej aneksów;
  - ujęcia w wykazie personelu medycznego pielęgniarek/położnych, które zakończyły pracę w Szpitalu;
  - ujęcia w wykazie personelu medycznego lekarzy zatrudnionych na podstawie umowy cywilnoprawnej (tzw. kontraktu), którym umowy wygasły, a tym samym nie świadczyli pracy na rzecz Szpitala.

(akta kontroli str. 254-263)

Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że w przypadku udzielania świadczeń w latach 2017-2019 przez osoby niewykazane w załączniku nr 2 do zawartych umów z NFZ oraz w zgłoszeniach zmian do umowy, błąd wynikał z niedopatrzenia. Natomiast w przypadku wykazania w umowie z NFZ osób, z którymi ustał

stosunek pracy lub zakończył się kontrakt, podjął wszelkie kroki, aby poprawić komunikację pomiędzy działem kadr, sekcją zamówień publicznych oraz statystyką medyczną.

Ponadto Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że w trakcie kontroli NIK wykaz personelu został poprawiony i zaktualizowany.

(akta kontroli str. 458)

#### OCENA CZĄSTKOWA

W okresie objętym kontrolą w Szpitalu właściwie zorganizowano opiekę nad pacjentkami doświadczającymi poronienia, urodzenia martwego dziecka lub dziecka, które zmarło wkrótce po porodzie. Stosownie do wymogów dla trzeciego poziomu referencyjnego określonych w rozporządzeniu w sprawie świadczeń gwarantowanych, Szpital był wyposażony w odpowiednią aparaturę i sprzęt medyczny, a na Oddziale zapewniono odpowiednią liczbę personelu medycznego mającego wymagane kwalifikacje. Użytkowany sprzęt i aparatura medyczna były sprawne technicznie oraz miały aktualne przeglądy wykonane przez uprawnione podmioty. Wątpliwości co do właściwej organizacji udzielanych świadczeń oraz zapewnienia bezpieczeństwa pacjentek przebywających na Oddziale, mogą budzić ujawnione sytuacje wykonywania świadczeń zdrowotnych przez lekarzy nieprzerwanie przez okres ponad 24 godzin. Ponadto w Szpitalu nie aktualizowano na bieżąco wykazu personelu medycznego stanowiącego załącznik nr 2 do umów i jej aneksów zawartych z oddziałem wojewódzkim NFZ w okresie objętym kontrolą.

#### 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

Do dnia zakończenia czynności kontrolnych w Szpitalu<sup>18</sup> nie zostały określone wskaźniki opieki okołoporodowej, stosownie do ust. 2 części I załącznika do rozporządzenia w sprawie standardu. Ponadto regulamin organizacyjny Szpitala nie zawierał informacji dotyczących sposobu realizacji oraz dokumentowania działań dotyczących ustalania i monitorowania tych wskaźników, zgodnie z ust. 3 części I załącznika do ww. rozporządzenia.

(akta kontroli str. 8-25)

W Szpitalu obowiązywały następujące procedury dotyczące opieki nad pacjentkami, które poroniły, urodziły martwe dziecko lub których dziecko zmarło wkrótce po porodzie:

- *Postępowanie wobec pacjentek wymagających wsparcia psychologicznego;*
- *Prawa pacjenta;*
- *Postępowanie w przypadku zgonu pacjenta.*

(akta kontroli str. 379 – 423)

Procedura pn. *Postępowanie wobec pacjentek wymagających wsparcia psychologicznego* określa sytuacje, w których konsultacje psychologiczne są szczególnie wskazane oraz sposoby postępowania wobec pacjentek, które doświadczyły straty dziecka. Zgodnie z tą procedurą celem konsultacji psychologicznej jest zapewnienie wsparcia, poinformowanie o objawach stresu, psychoedukacja na temat procesu żałoby. Procedura zakłada możliwość zobaczenia i pożegnania się z martwo urodzonym noworodkiem, zabezpieczenie

<sup>18</sup> 13 marca 2020 r.



pamiętek po dziecku. Według założeń procedury, poród dziecka martwego oraz dziecka, które umrze wkrótce po porodzie powinien odbywać się w osobnej sali z możliwością obecności ojca dziecka lub innej bliskiej osoby, a pacjentki po stracie dziecka powinny przebywać z dala od kobiet w ciąży i matek z noworodkami. Załącznik do procedury stanowi opracowana w Szpitalu ulotka informacyjna pt. *Nie ma stópki tak małej, by nie mogła zostawić śladu.*

(akta kontroli str. 379 – 382)

Personel medyczny odcinka ginekologicznego potwierdzał własnoręcznym podpisem zapoznanie się z procedurami oraz przyjęcie ich do stosowania.

(akta kontroli str. 379 – 423)

W 2017 roku kwota wydatkowana przez Szpital na szkolenia zewnętrzne wyniosła 35 264 zł, z czego wydatki na szkolenia personelu medycznego Oddziału stanowiły 25% tej kwoty. W roku 2018 Szpital przeprowadził szkolenia zewnętrzne personelu za kwotę 20 750 zł, z czego szkolenia personelu medycznego oddziału położniczo-ginekologicznego stanowiły 11% tej kwoty. W 2019 roku łączne koszty szkoleń zewnętrznych w Szpitalu wyniosły 20 119,27 zł, z czego 30% tej kwoty stanowiły szkolenia personelu medycznego Oddziału. Wydatki na szkolenia zewnętrzne w zakresie standardów opieki okołoporodowej wyniosły w całym okresie objętym kontrolą 60,27 zł<sup>19</sup>.

(akta kontroli str. 303)

Szkolenia z zakresu standardów opieki okołoporodowej realizowane były w Szpitalu w formie szkoleń wewnętrznych na poszczególnych odcinkach Oddziału. W okresie objętym kontrolą przeprowadzono szkolenia obejmujące tematyką wybrane zagadnienia związane z regulacjami opisanymi w standardach, m.in.:

- *Karmienie naturalne noworodka. Dieta matki karmiącej. Problemy laktacyjne* (odcinek położniczy, 2017 r.);
- *Zaburzenia laktacji, nawał mleczny, obrzęk piersi i zastój pokarmu. Sztuka udzielania porad laktacyjnych* (odcinek położniczy, 2018 r. i 2019 r.);
- *Alternatywne metody łagodzenia bólu stosowane w pierwszym okresie porodu* (sala porodowa, 2018 r.);
- *Komunikacja interpersonalna i komunikacja pacjent-położna* (odcinek patologii ciąży, 2019 r.);
- *Prowadzenie porodu w ciąży obumarłej – postępowanie, dokumentacja* (sala porodowa, 2017 r. i 2019 r.);
- *Algorytm postępowania w krwotoku porodowym* (sala porodowa, 2018 r.).

(akta kontroli str. 304-351)

Przed wejściem w życie nowego standardu z 2018 r.<sup>20</sup> dokonano przeglądu wdrożonych w Szpitalu procedur<sup>21</sup> i dostosowano je do wymogów z niego wynikających. Procedury te zostały przekazane do zapoznania się i stosowania personelowi medycznemu.

W grudniu 2018 r. pielęgniarki i położne koordynujące pracę poszczególnych odcinków Oddziału, w tym odcinka ginekologicznego, otrzymały od naczelnej pielęgniarki wydruki standardu obowiązującego od 2019 r. oraz broszurę *Praktyczne uwarunkowania wprowadzenia nowego standardu opieki okołoporodowej* i zostały zobowiązane do przekazania ich podległym pielęgniarkom i położnym. W planie

<sup>19</sup> Wskazana kwota dotyczy udziału w szkoleniu dla położnych pn. *Położna w świecie nauki i praktyki.*

<sup>20</sup> Obowiązującego od 1 stycznia 2019 r.

<sup>21</sup> Zmieniono m.in. procedury: Postępowanie z pacjentką w sali porodowej, Standardy postępowania medycznego w łagodzeniu bólu porodowego, Analgezyja zewnątrzoponowa porodu.

szkoleń wewnątrzoddziałowych na 2020 r. ujęto szkolenie dotyczące standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej.

(akta kontroli str. 396- 423, 465-467)

Naczelną pielęgniarkę wyjaśniła: *W dni robocze o godzinie 7.30 odbywa się raport pielęgniarski prowadzony przez naczelną pielęgniarkę. Na raporcie obecne są pielęgniarki/położne koordynujące oraz pielęgniarka epidemiologiczna i omawiane są aktualne problemy zdrowotne pacjentów. Omawiając w czasie raportu opiekę nad pacjentkami doświadczającymi straty dziecka, mogę z całą pewnością stwierdzić, iż postępowanie personelu pielęgniarskiego jest zgodne z obowiązującym standardem.*

(akta kontroli str. 465-467)

Kierownik Oddziału wyjaśnił: *Informacje na temat nowego standardu opieki okołoporodowej zostały przekazane asystentom Oddziału zaraz po ich wprowadzeniu z zaleceniem szczegółowego zapoznania się z nimi. Materiały w postaci broszur zostały przekazane na poszczególne odcinki Oddziału. Poza tym w celu wykazania różnic między poprzednim a nowym standardem przeprowadzono dwa szkolenia (3 lipca 2019 r. i 4 września 2019 r.) prowadzone przez asystentów. W Oddziale wprowadzono od kilkunastu lat dwukrotnie w ciągu dnia raporty (dzienny i popołudniowy), na których omawiane są najważniejsze i najtrudniejsze przypadki pacjentek oraz ich sposób prowadzenia uwzględniający standardy opieki okołoporodowej.*

(akta kontroli str. 468-471)

W latach 2017-2019 personel medyczny opiekujący się pacjentkami doświadczającymi sytuacji szczególnych miał możliwość uczestniczenia w wewnętrznych szkoleniach z zakresu radzenia sobie ze stresem prowadzonych przez psychologa zatrudnionego w Szpitalu. Szkolenia te miały charakter dobrowolny. W szkoleniu *Radzenie sobie ze stresem w środowisku pracy* zorganizowanym w 2017 i 2019 r. wzięło udział po 10 położnych pracujących w izbie przyjęć. W latach 2017-2019 dla pielęgniarek i położnych odcinka ginekologicznego organizowano szkolenie *Zespół wypalenia zawodowego. Przyczyny i zapobieganie*, w którym w 2017 r. uczestniczyło 15 osób, w 2018 r. – 18, a w 2019 r. – 16.

(akta kontroli str. 329-351)

Pracownikom Szpitala zapewniono możliwość korzystania z porad zatrudnionego psychologa. Psycholog wyjaśniła: *Udzielam konsultacji personelowi, tylko z inicjatywy personelu. Średnio kilka razy w roku. Zawsze jestem dostępna również dla personelu. Często są to koleżeńskie, niesformalizowane rozmowy wspierające. Organizuję również szkolenia dla pracowników Szpitala. Tematyka dotyczy komunikacji, radzenia sobie ze stresem. Obecność na tych szkoleniach nie jest obowiązkowa.*

(akta kontroli str. 424-425, 472-473)

Według personelu medycznego zatrudnionego w Szpitalu<sup>22</sup>, praca z pacjentkami doświadczającymi niepowodzeń położniczych jest trudna, ponieważ kobiety te nie mają wiedzy na temat fizjologii ciąży i ewentualnych powikłań wynikających z ich stanu zdrowia. Jedną z położnych wyjaśniła: *Jedną z trudności, jakie występują w pracy z pacjentkami doświadczającymi niepowodzeń położniczych jest utrudniony kontakt z pacjentką, brak współpracy, szczególnie w pierwszych godzinach po wystąpieniu tak trudnego dla niej doświadczenia.*

W opinii składających wyjaśnienia, realizowane w Szpitalu formy wsparcia dla personelu medycznego są właściwe i wystarczające. Ich zdaniem, w szpitalu nie

<sup>22</sup> Wyjaśnień udzielało dziesięć osób (trzech lekarzy, dwie pielęgniarki i pięć położnych), zajmujących się opieką nad pacjentkami doświadczającymi niepowodzeń położniczych.

wystąpiły sytuacje, w których personel nie otrzymałby stosownego wsparcia. Jedna z pielęgniarek wyjaśniła: *W naszym Szpitalu formą wsparcia w radzeniu sobie ze stresem jest wzajemne komunikowanie się, wspieranie oraz pomoc psychologa. Myślę, że kwestia wsparcia dla personelu medycznego jest bardzo indywidualna. Na naszym Oddziale staramy się każdy przypadek przedyskutować, jest to też doskonała forma radzenia sobie ze stresem i wsparcia.*

(akta kontroli str. 474-495)

Zdaniem Dyrektora Szpitala, oprócz ww. form wsparcia dużą rolę w radzeniu sobie ze stresem wśród personelu odgrywa szpitalny kapelan. Dyrektor wyjaśnił także: *Jeżeli oferowane formy wsparcia byłyby niewystarczające i personel zgłosi taką potrzebę to szkolenia lub inne formy wsparcia zostaną zorganizowane.*

(akta kontroli str. 496-497)

W Szpitalu dla pacjentek, które doświadczyły straty dziecka opracowano informator pt. *Nie ma stópki tak małej, by nie mogła zostawić śladu.* W informatorze opisano proces żałoby, którego doświadczają rodzice dzieci utraconych, rolę możliwości pożegnania się dzieckiem. Wskazano, że kobiety mają możliwość zwrócenia się do personelu medycznego o pomoc psychologiczną oraz pomoc osoby duchownej, zabezpieczenie pamiątek po dziecku, udzielenia informacji dotyczących pochówku. W ulotce wskazano adresy stron internetowych poświęconych tematyce przedwczesnej straty dziecka oraz numer kontaktowy do jednej z lekarek zatrudnionych w Szpitalu, zajmującej się wsparciem kobiet i przekazywaniem pamiątek oferowanych przez grupę *Tęczowy Kocyk*<sup>23</sup>.

(akta kontroli str. 382)

Informatory te są przekazywane pacjentkom przez położne odcinka ginekologicznego oraz przez psychologa. Informacje o możliwości skorzystania z porady psychologa i osoby duchownej są zamieszczone na tablicy ogłoszeń odcinka ginekologicznego.

(akta kontroli str. 498-501)

Pacjentki będące w szczególnych sytuacjach położniczych są informowane ustnie o możliwości skorzystania z pomocy psychologicznej, już po opuszczeniu Szpitala, przez psychologa oraz przez położne. W tym zakresie nie opracowano pisemnych informatorów. Psycholog wyjaśniła: *O dalszej możliwości pomocy psychologicznej pacjentki są informowane przeze mnie. Jeżeli wyrażą chęć – udzielam informacji o miejscach, w których można skorzystać z bezpłatnej pomocy psychologicznej (w Kielcach – Świętokrzyskie Centrum Profilaktyki i Edukacji, poza Kielcami – Poradnie Zdrowia Psychicznego). Poza tym na ulotce, którą przekazuję pacjentce są informacje na temat stron internetowych, na których można uzyskać wsparcie „online” oraz informacje na temat pomocy świadczonej przez różne organizacje. O przysługujących prawach i możliwości pochówku udzielam informacji tylko, jeśli pacjentka chce i pyta o to i tylko w zakresie moich kompetencji. W przypadku ciąży obumarłych powyżej pierwszego trymestru każdorazowo informuję pacjentkę o możliwości pożegnania i zobaczenia dziecka, o możliwości lub odmowie pochówku, aby mogła się ona zastanowić i omówić tę decyzję z bliskimi jej osobami.*

(akta kontroli str. 498-499)

Zdaniem NIK, z uwagi na to, że strata dziecka może wiązać się z szeregiem reakcji emocjonalnych pacjentek wymagających szczególnej uwagi i troski w zakresie ich

---

<sup>23</sup> Grupa wolontariuszek współpracująca z hospicjami perinatalnymi i szpitalami na terenie całego kraju, która szyje koce i ubranka dla dzieci z wadami letalnymi, wcześniaków i dzieci martwo urodzonych. Celem działalności grupy jest pomoc rodzicom w godnym pożegnaniu dziecka, ich wyroby (tęczowe beciki) mogą stanowić również pamiątkę dla rodziny po utraconym dziecku.

funkcjonowania psychicznego, wskazane jest, by w informatorach przekazywanych przez Szpital zamieścić wykaz lokalnych placówek świadczących opiekę w zakresie zdrowia psychicznego, adresy lokalnych miejsc i organizacji udzielających wsparcia, co dawałoby pacjentkom możliwość skorzystania z nich już po opuszczeniu Szpitala.

Stwierdzona  
nieprawidłowość

W działalności kontrolowanej jednostki w przedstawionym wyżej zakresie stwierdzono nieprawidłowość, polegającą na nieopracowaniu wskaźników opieki okołoporodowej, a także nieokreśleniu w regulaminie organizacyjnym Szpitala sposobu ustalania i monitorowania tych wskaźników oraz dokumentowania tych działań. Stosownie do ust. 2 części I załącznika do rozporządzenia w sprawie standardu, podmioty wykonujące działalność leczniczą udzielające świadczeń zdrowotnych w zakresie opieki okołoporodowej ustalają wskaźniki tej opieki i monitorują je, nie rzadziej niż raz w roku, kierując się w szczególności ograniczaniem interwencji medycznych wskazanych w ust. 1<sup>24</sup> oraz oceną satysfakcji kobiet objętych opieką. Sposób realizacji oraz dokumentowania działań dotyczących ustalania i monitorowania wskaźników opieki okołoporodowej powinien określać – zgodnie z ust. 3 części I standardu – regulamin organizacyjny podmiotu wykonującego działalność leczniczą.

(akta kontroli, str. 8-25)

Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że w Szpitalu *monitorowanych jest 16 wskaźników opieki okołoporodowej spośród wskaźników określonych w rozporządzeniu. Niestety nie zostały one przez przeoczenie określone w Regulaminie Organizacyjnym Centrum. Na najbliższe posiedzenie Rady Społecznej Centrum zostanie przedstawiony do zaopiniowania poprawiony Regulamin Organizacyjny uwzględniający sposób realizacji i dokumentowania procesu ustalania i monitorowania wybranych wskaźników.*

(akta kontroli, str. 449-451)

OCENA CZĄSTKOWA

Personel medyczny Szpitala opiekujący się pacjentkami, które poroniły, urodziły martwe dziecko lub których dziecko zmarło wkrótce po porodzie był przygotowany do pracy z takimi pacjentkami i uzyskał wystarczające wsparcie w radzeniu sobie ze stresem powstałym w związku ze sprawowaniem tej opieki. Wdrożone procedury wewnętrzne dotyczyły opieki nad tymi pacjentkami i zawierały aktualne wytyczne wynikające ze standardu. Dla pacjentek, które doświadczyły straty dziecka opracowano informator, który nie zawierał jednak danych o lokalnych organizacjach zajmujących się tą problematyką i placówkach zdrowia psychicznego. Nie opracowano wskaźników opieki okołoporodowej, a także nie określono w regulaminie organizacyjnym Szpitala sposobu ich ustalania i monitorowania oraz dokumentowania tych działań

OBSZAR

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

Opis stanu  
faktycznego

Stosownie do przepisów rozporządzenia w sprawie wymagań podmiotu wykonującego działalność leczniczą, pokoje łóżkowe w odcinku ginekologicznym Oddziału zostały wyposażone w umywalkę z ciepłą i zimną wodą, dozownik z mydłem w płynie oraz pojemnik z ręcznikami jednorazowego użycia wraz z pojemnikiem na zużyte ręczniki. W pokojach łóżkowych zapewniono bezpośredni

<sup>24</sup> Tj. w szczególności: amniotomii (tj. przebicia pęcherza płodowego), indukcji porodu, stymulacji czynności skurczowej, podawania opioidów, nacięcia krocza, cięcia cesarskiego oraz podania noworodkowi mleka modyfikowanego.

dostęp do światła dziennego, odstępy między łózkami zapewniały swobodny dostęp do pacjentek, a szerokość pokoiów łóżkowych umożliwiała wyprowadzenie łóżka z pokoju. Jednakże w odniesieniu do 22 spośród 33 łóżek znajdujących się w odcinku ginekologicznym Oddziału, nie przestrzegano wymogów wynikających z § 18 ust. 1 rozporządzenia w sprawie wymagań podmiotu wykonującego działalność leczniczą, gdyż ich ustawienie nie zapewniało dostępu z trzech stron, w tym z dwóch dłuższych.

(akta kontroli str. 61, 353-361)

Dyrektor Szpitala wyjaśnił: *ze względu na warunki lokalowe jakie posiadamy (odcinek ginekologii zlokalizowany jest w budynku z 1806 roku), bardzo duże obłożenie odcinka oraz długie listy pacjentów oczekujących na przyjęcie, nie mamy możliwości spełnienia wymagań dotyczących dostępu do łóżka z dwóch dłuższych stron.*

(akta kontroli str. 451)

Zdaniem NIK, nieprzestrzeganie przez Szpital ww. wymogu nie stanowi istotnego zagrożenia dla bezpieczeństwa oraz naruszenia prywatności i godności hospitalizowanych pacjentek<sup>25</sup>.

Na Oddziale funkcjonował zespół porodowy złożony z sali porodowej wielostanowiskowej, dwóch sal do porodów rodzinnych oraz sali operacyjnej dwustanowiskowej dla porodów rozwiązywanych cięciem cesarskim wraz ze stanowiskiem resuscytacji noworodka oraz służą umywalkowo-fartuchową. W jednej z sal do porodów rodzinnych odbywały się porody martwych dzieci. Sala ta pełniła również funkcję tzw. pokoju pożegnań. Pomieszczenia, w których wykonywano badania lub zabiegi wyposażono co najmniej w jedną umywalkę z baterią z ciepłą i zimną wodą, dozownik z mydłem w płynie, dozownik ze środkiem dezynfekcyjnym oraz pojemnik z ręcznikami jednorazowego użycia i pojemnik na zużyte ręczniki. Znajdujące się w pomieszczeniach fotele ginekologiczne były osłonięte zasłoną lub parawanem, a w oknach umieszczono rolety zasłaniające. Dodatkowo w trakcie kontroli NIK na drzwiach wejściowych do gabinetu zabiegowego oraz pokoiów badań umieszczono informację, iż wejście do tych pomieszczeń odbywa się wyłącznie na wezwanie personelu medycznego.

(akta kontroli str. 353-361, 451)

Pomieszczenia higieniczno-sanitarne znajdujące się w odcinku ginekologicznym, zgodnie z § 2 pkt 4 rozporządzenia w sprawie wymagań podmiotu wykonującego działalność leczniczą, wyposażone były co najmniej w miskę ustępową, umywalkę, dozownik z mydłem w płynie, pojemnik z ręcznikami jednorazowego użycia oraz pojemnik na zużyte ręczniki. Wbrew wymogowi określonymu w części II załącznika nr 1 do ww. rozporządzenia, co najmniej jedno pomieszczenie odcinka ginekologicznego nie zostało w pełni przystosowane dla osób niepełnosprawnych, w szczególności poruszających się na wózkach inwalidzkich.

Zarówno przed wejściem do pokoju badań w izbie przyjęć, jak również na tablicy informacyjnej przy dyżurce pielęgniarskiej odcinka ginekologicznego znajdowały się informacje dla pacjentek dotyczące m.in. praw pacjenta, możliwości skorzystania z konsultacji psychologicznych wraz z podaniem numeru telefonu do psychologa dostępnego w Szpitalu. Ponadto w dyżurce pielęgniarskiej znajdowały się informatory dla pacjentek, które poroniły lub urodziły martwe dziecko.

(akta kontroli str. 353-361)

---

<sup>25</sup> Co również podniósł ŚPWIS w wydanej opinii o wpływie niespełniania wymagań na bezpieczeństwo pacjentów, o czym szerzej na stronie piątej wystąpienia.

Szczegółowe badanie dokumentacji medycznej 60 hospitalizowanych w latach 2017-2019 pacjentek, które doświadczyły poronienia lub urodzenia martwego dziecka<sup>26</sup> wykazało, że:

- dokumentacja indywidualna każdej z nich, poza jednym przypadkiem, co szerzej opisano w dalszej części wystąpienia pokontrolnego w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*, zawierała podpisane oświadczenia: o upoważnieniu do uzyskiwania informacji o stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych, o upoważnieniu do uzyskiwania dokumentacji, ze wskazaniem imienia i nazwiska osoby upoważnionej, o wyrażeniu zgody na przeprowadzenie badania lub udzielenie innego świadczenia zdrowotnego;
- w każdym przypadku, 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>27</sup> (dalej: rozporządzenie w sprawie dokumentacji medycznej), do historii choroby 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 i cesarskiego cięcia również karty przebiegu znieczulenia;
- w kartach informacyjnych leczenia szpitalnego 20 pacjentek nie wskazano daty przeprowadzenia zabiegu, zaś karta informacyjna jednej z pacjentek nie zawierała informacji o wyniku przeprowadzonych konsultacji psychologicznych, co szerzej opisano w dalszej części wystąpienia pokontrolnego, w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*;
- wszystkie pacjentki, u których przeprowadzono zabieg abrazji (54 spośród 60) otrzymały znieczulenie i wyraziły zgodę na przeprowadzenie zabiegu;
- stosownie do § 5 rozporządzenia w sprawie dokumentacji medycznej, strony dokumentacji były ponumerowane i chronologicznie uporządkowane.

(akta kontroli, str. 502-514)

Pacjentkom doświadczającym poronienia, urodzenia dziecka martwego lub dziecka, które zmarło wkrótce po porodzie pomocy psychologicznej udzielała psycholog zatrudniona na Oddziale w wymiarze pełnego etatu, która świadczyła pracę w dni powszednie. Tym samym w Szpitalu spełniono wymóg wynikający z punktu 12 pozostałych wymagań zawartych w załączniku nr 3 do rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych, tj. zatrudnienie w posiadającej trzecią poziom referencyjności komórce organizacyjnej o profilu położniczo-ginekologicznym psychologa w wymiarze, co najmniej ½ etatu.

(akta kontroli, str. 424)

W badanej próbie, z porady psychologicznej skorzystało 25 pacjentek, dwie odmówiły konsultacji z psychologiem, zaś w dokumentacji medycznej 33 pacjentek brak jest informacji o tej konsultacji. Pacjentki, które skorzystały z konsultacji psychologa, otrzymały tę pomoc w okresie od dnia przyjęcia do Szpitala do siódmego dnia hospitalizacji, przy czym cztery z pacjentek, które skorzystały z pomocy psychologa były konsultowane dwukrotnie. W dokumentacji medycznej objętej próbą kontrolną nie wystąpiły przypadki, w których personel medyczny

<sup>26</sup> Do szczegółowego badania wybrano dokumentację medyczną 20 losowo wybranych pacjentek hospitalizowanych w Szpitalu w 2017, 2018 i 2019 r. z powodu poronienia lub urodzenia martwego dziecka.

<sup>27</sup> Dz. U. poz. 2069. Od 15 kwietnia 2020 r. obowiązuje rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. poz. 666), dalej: rozporządzenie w sprawie dokumentacji medycznej z 2020 r.

dostrzegał wobec pacjentki potrzebę pomocy psychologa, a pacjentka by jej nie otrzymała.

(akta kontroli, str. 502-514)

Odpowiadając na pytanie, w jaki sposób pacjentkom Oddziału, w szczególności doświadczającym niepowodzeń położniczych, zapewniono opiekę psychologiczną w soboty, niedziele oraz inne dni wolne od pracy, skoro psycholog zatrudniona na Oddziale pracowała wyłącznie w tzw. dniach roboczych, Dyrektor stwierdził: *Świętokrzyskie Centrum Matki i Noworodka w Kielcach posiada podpisaną umowę na świadczenie usług medycznych ze Świętokrzyskim Centrum Psychiatrii w Morawicy w zakresie konsultacji psychiatrycznych w siedzibie Centrum Psychiatrii oraz umowę na świadczenie usług medycznych w zakresie konsultacji psychiatrycznych w siedzibie Szpitala. W przypadku konieczności dokonania konsultacji podczas nieobecności naszego psychologa, personel szpitala wzywa telefonicznie ww. lekarza, który przyjeżdża i konsultuje nasze pacjentki.*

W okresie objętym kontrolą odbyło się 12 takich konsultacji (dwie w 2017 r. oraz po pięć w 2018 r. i 2019 r.).

(akta kontroli, str. 524-538)

Pacjentki, które poroniły lub urodziły martwe dziecko najczęściej umieszczano w salach nr 7, 12 oraz 13 odcinka ginekologicznego Oddziału<sup>28</sup>. Sala nr 7 jest salą czteroosobową, natomiast sale nr 12 i 13 są salami trzyosobowymi. Co do zasady, stosownie do wymogu zawartego w ust. 3 pkt 3 części XV załącznika do rozporządzenia w sprawie standardu, pacjentki, które poroniły lub urodziły martwe dziecko, umieszczano w salach odcinka ginekologicznego w taki sposób, aby nie przebywały razem z pacjentkami będącymi w ciąży. Wyjątek stanowiło dziewięć pacjentek, które poroniły lub urodziły martwe dziecko i które przebywały w salach odcinka ginekologicznego razem z pacjentkami będącymi w ciąży.

(akta kontroli str. 363-378)

Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że sytuacja ta miała miejsce z uwagi na bardzo duże obłożenie, długie listy oczekujących na przyjęcie oraz z uwagi na fakt, iż w odcinku znajdują się prawie wyłącznie sale wieloosobowe.

(akta kontroli str. 463)

NIK zwraca uwagę, że przebywanie w jednej sali pacjentek doświadczających niepowodzeń położniczych razem z pacjentkami będącymi w ciąży może wpływać negatywnie na ich stan psychiczny związany z przedwczesną stratą dziecka i opóźniać przechodzenie przez kolejne etapy procesu żałoby.

(akta kontroli str. 363-378)

W Szpitalu nie ma oddzielnego pomieszczenia, w którym rodzice mogliby pożegnać się ze zmarłym dzieckiem. Kierownik Oddziału wyjaśnił: *Miejsce umożliwiające pożegnanie ze zmarłym dzieckiem znajduje się zarówno na oddziale bloku porodowego jak i na oddziale ginekologicznym. Pacjentki z obumarłymi ciążami zawsze rodzą w pojedynczej, odosobnionej sali i po porodzie mogą tam przebywać nawet kilka godzin w ciszy i spokoju wraz z osobami bliskimi.*

(akta kontroli, str. 468-471)

W kwestii przekazywania pamiątek po zmarłym dziecku pielęgniarka koordynująca odcinka ginekologicznego wyjaśniła: *Przekazaniem rodzicom pamiątek po stracie dziecka zajmuje się pani psycholog, która współpracuje z Tęczowym Kocykiem. Są*

---

<sup>28</sup> Dotyczy dwóch miesięcy (listopad, grudzień 2019 r.) wybranych do próby.

to ubranka, czapeczki, beciki, kocyki. Personel naszego odcinka może przekazać np. ksero zdjęcia USG.

(akta kontroli, str. 500-501)

Sposób postępowania ze zwłokami dzieci martwo urodzonych został określony w procedurze *Postępowanie w przypadku zgonu pacjenta*. Procedura określa m.in. jakie dokumenty przygotowuje personel szpitalny, kto jest uprawniony do organizacji pochówku oraz nakłada na personel medyczny obowiązek informowania pacjentki o przysługujących jej prawach, w tym o prawie do pochówku, zasiłku pogrzebowego i urlopu macierzyńskiego. Załącznik do procedury stanowią: wzór oświadczenia pacjentki o wyrażeniu zgody na to, aby zawartość z jamy macicy została w całości przekazana do badania histopatologicznego (stosowany w przypadkach poronienia bez wyodrębnienia substancji płodu) oraz wykaz dokumentów, jakie powinien wypełnić personel medyczny w przypadkach poronienia, zgonu dziecka żywo urodzonego, urodzenia dziecka martwego.

(akta kontroli, str. 383-387)

Szpital zawarł umowy z firmą zewnętrzną<sup>29</sup> na przewóz i przechowywanie w chłodni zmarłych pacjentów oraz na udostępnianie pomieszczenia i wyposażenia prosektorium oraz udzielania pomocy w przeprowadzeniu sekcji zmarłych pacjentów Szpitala.

(akta kontroli, str. 551-560)

W Szpitalu opracowano i stosowano następujące wzory dokumentów przeznaczone do wypełniania przez pacjentki doświadczające niepowodzeń położniczych:

- oświadczenie o wyrażeniu zgody na to, aby zawartość z jamy macicy została w całości przekazana do badania histopatologicznego (stosowany w przypadkach poronienia bez wyodrębnienia substancji płodu);
- oświadczenie o korzystaniu z prawa pochowania dziecka martwo urodzonego;
- oświadczenie o zrzeczeniu się prawa pochowania zwłok/szczałków płodu martwo urodzonego i wyrażeniu zgody na pochówek przez gminę Kielce na cmentarzu komunalnym. Wzór zawiera także oświadczenie o tym, że pozostali członkowie rodziny uprawnieni do pochówku nie roszczą sobie praw do pochowania zwłok/szczałków dziecka;
- prośba o zwolnienie z sekcji zwłok dziecka.

(akta kontroli, str. 541-550)

Analiza 15 przypadków poronień i pięciu martwych urodzeń<sup>30</sup> wykazała, że:

- w dwóch przypadkach nie stwierdzono wyodrębnienia substancji płodu i całość materiału, za zgodą pacjentki, przekazano do badania histopatologicznego;
- jedna pacjentka wypełniła oświadczenie o korzystaniu z prawa pochowania dziecka martwo urodzonego;
- pięć pacjentek złożyło oświadczenia o zrzeczeniu się prawa pochowania zwłok/szczałków płodu. Z informacji przekazanych przez Prezydenta Miasta Kielce i RPZiUK wynika, że organizacją pochówku w jednym z tych przypadków zajęli się rodzice, zaś w czterech pozostałych – gmina Kielce;
- w dokumentacji medycznej 12 pacjentek brak było jakichkolwiek oświadczeń dotyczących sposobu postępowania ze zwłokami/szczałkami płodu. Do dokumentacji dołączono jedynie *karty skierowania zwłok do chłodni*. Z informacji przekazanych przez Prezydenta Miasta Kielce i prezesa Zarządu

<sup>29</sup> Rejonowe Przedsiębiorstwo Zieleni i Usług Komunalnych Sp. z o.o. (dalej: RPZiUK).

<sup>30</sup> Badaniem objęto 20 przypadków wybranych z próby 60 pacjentek, których dokumentacja medyczna podlegała szczegółowemu badaniu z uwzględnieniem tygodnia zaawansowania ciąży (min. 12 tydzień).



RPZiUK wynika, że organizacją pochówku w 11 przypadkach zajęli się rodzice, zaś w jednym – gmina Kielce.

(akta kontroli, str. 628-690)

Dyrektor Szpitala wyjaśnił: *Brak w dokumentacji medycznej oświadczeń pacjentek dotyczących sposobu postępowania z ciałami ich dzieci wynika w wielu przypadkach z trudności w ich uzyskaniu. W większości przypadków stan psychiczny pacjentek po stracie dziecka uniemożliwia uzyskanie oświadczenia, co do sposobu postępowania z ciałem martwo urodzonego dziecka. W przypadkach braku oświadczeń rodziców, ciała martwo urodzonych dzieci przekazujemy do chłodni Rejonowego Przedsiębiorstwa Zieleni i Usług Komunalnych.*

(akta kontroli, str. 625-627)

Z pięciu ww. przypadków, w których organizacją pochówku zajmowała się gmina Kielce, dwóch pochówków dokonano niezwłocznie, zaś trzech po upływie 10, 12 i 20 miesięcy od przekazania zwłok do chłodni.

(akta kontroli, str. 628-690)

Prezes zarządu podmiotu prowadzącego chłodnię poinformował: *RPZiUK wielokrotnie podejmowało działania w celu wyjaśnienia zaistniałej sytuacji. Informowaliśmy pisemnie Szpital (...) o potrzebie pochowania zwłok dzieci martwo urodzonych przechowywanych w naszej chłodni.*

(akta kontroli, str. 575-602)

Na dzień 1 czerwca 2019 r. w chłodni RPZiUK znajdowało się 12 płodów/ciał dzieci martwo urodzonych przekazanych przez Szpital w okresie od kwietnia 2013 r. do października 2018 r., dla których nie było możliwości organizacji pochówku ze względu na nieprzekazanie przez Szpital wymaganej dokumentacji. Dopiero w lipcu 2019 r. w Szpitalu, na wniosek RPZiUK, podjęto czynności służące uzyskaniu dokumentacji niezbędnej do zorganizowania pochówku i przekazaniu jej do Urzędu Miasta Kielce w celu organizacji pochówku (co szerzej opisano w dalszej części wystąpienia pokontrolnego, w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*).

(akta kontroli, str. 551-602)

Z informacji przekazanej przez Prezydenta Miasta Kielce wynika, że w 2018 r. gmina zorganizowała pochówek sześciorga dzieci marto urodzonych w Szpitalu, w 2019 – 29, natomiast w 2017 r. – nie organizowano takich pochówków.

(akta kontroli, str. 616-619)

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. Otrzymało zwrotnie trzy ankiety, w których pacjentki oceniły otrzymaną opiekę jako wystarczającą. Dwie z ankietowanych pacjentek stwierdziły, że podczas pobytu w szpitalu nie otrzymały wyczerpujących informacji (jedna z pacjentek – o możliwości skorzystania ze skróconego urlopu macierzyńskiego oraz o możliwości wykonania badań genetycznych we własnym zakresie, zaś druga – o możliwości pochówku). Wszystkie trzy z ankietowanych wskazały, że uzyskały pomoc psychologa.

Dziewięciu pacjentkom hospitalizowanym na Oddziale z powodu poronienia lub urodzenia dziecka martwego w trakcie kontroli NIK przekazano prośbę o udzielenie informacji. Siedem z nich oceniło otrzymaną opiekę w Szpitalu jako bardzo dobrą, zaś dwie – jako dobrą. Wszystkie wskazały, że umożliwiono im skorzystanie z pomocy psychologa i były życzliwie traktowane przez personel medyczny. Dwie

z pacjentek zwróciły uwagę, że nie były poinformowane o możliwości pożegnania zmarłego dziecka.

(akta kontroli, str. 603-614)

W okresie objętym kontrolą do Szpitala nie wpłynęły skargi dotyczące sposobu sprawowania opieki nad pacjentkami, które poroniły, urodziły martwe dziecko lub którym dziecko zmarło zaraz po porodzie.

(akta kontroli str. 464)

Z informacji przekazanej przez Dyrektora Świętokrzyskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ w Kielcach wynika, że w latach 2017-2019 nie wpłynęły skargi dotyczące udzielanych świadczeń w przypadkach poronień i martwych urodzeń.

(akta kontroli str. 461-562)

Stwierdzone  
nieprawidłowości

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

1. Na odcinku ginekologicznym Oddziału co najmniej jedno pomieszczenie higieniczno-sanitarne nie zostało w pełni przystosowane dla osób niepełnosprawnych, co było niezgodne z wymogiem określonym w załączniku nr 1 (część II, pkt 4) do rozporządzenia w sprawie wymagań podmiotu wykonującego działalność leczniczą.

(akta kontroli str. 353-361)

Dyrektor Szpitala wyjaśnił: *w trakcie prowadzonej kontroli w pełni dostosowano łazienkę na odcinku ginekologii do potrzeb osób niepełnosprawnych.*

(akta kontroli str. 451)

NIK nie formułuje wniosku pokontrolnego związanego z tą nieprawidłowością, z uwagi na dostosowanie w trakcie prowadzonej kontroli jednego pomieszczenia higieniczno-sanitarnego dla osób niepełnosprawnych.

2. Objęta kontrolą dokumentacja medyczna niektórych pacjentek prowadzona była nie w pełni zgodnie z wymogami rozporządzenia w sprawie dokumentacji medycznej:

- a) W historii choroby jednej pacjentki<sup>31</sup>, w części dotyczącej przyjęcia pacjenta, brak było podpisów pacjentki potwierdzających m.in.: udzielenie upoważnienia do uzyskania informacji o stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych; udzielenie upoważnienia do uzyskania dokumentacji medycznej, wyrażenie przez nią zgody na przeprowadzenie badania lub udzielenie innego świadczenia zdrowotnego. Stanowiło to naruszenie § 8 ust. 1 rozporządzenia w sprawie dokumentacji medycznej<sup>32</sup>.

(akta kontroli str. 502-514)

Położna koordynująca izby przyjęć wyjaśniła: *Pacjentka ta została przyjęta do szpitala w trybie nagłym/pilnym i przekazana na salę porodową (polecenie lekarza przyjmującego pacjentkę z powodu nieprawidłowości w zapisie KTG). W takim przypadku czynności administracyjne na izbie przyjęć ogranicza się do minimum.*

(akta kontroli str. 515-517)

<sup>31</sup> Nr księgi głównej: 00717/19.

<sup>32</sup> Aktualnie reguluje to § 8 ust. 1 rozporządzenia w sprawie dokumentacji medycznej z 2020 r

NIK zwraca uwagę, że w tym przypadku, zgodnie § 8 ust. 3 ww. rozporządzenia, w dokumentacji medycznej personel medyczny powinien zamieścić adnotację o braku podpisów pacjentki.

- b) Karty informacyjne z leczenia szpitalnego 20 pacjentek (z 54, u których wykonano zabieg) nie zawierały daty przeprowadzenia zabiegu, zaś karta informacyjna jednej pacjentki<sup>33</sup> nie zawierała informacji o przeprowadzonych konsultacjach psychologicznych i ich wyniku, pomimo że w historii choroby znajdowała się notatka psychologa świadcząca o przeprowadzeniu takich konsultacji. Zgodnie z § 24 ust. 3 pkt 2 i 3 rozporządzenia w sprawie dokumentacji medycznej, karta informacyjna z leczenia szpitalnego powinna zawierać wyniki konsultacji oraz datę wykonania zabiegu lub operacji<sup>34</sup>.

(akta kontroli str. 502-514)

Sekretarka medyczna Oddziału wyjaśniła: *Informacje dotyczące pisania dat wykonania zabiegów operacyjnych otrzymałam i w pełni się do nich stosuję. Natomiast przy zabiegach diagnostycznych najczęściej są to zabiegi drobne, niekiedy jednodniowe i nie zawsze piszę datę wykonania zabiegu. Zdarza się również, że pacjentka kilka dni przebywa na Oddziale i na takiej karcie informacyjnej powinna się znaleźć data wykonania zabiegu, a jej nie ma. Jest to niedopatrzenie z mojej strony. Wszelakie konsultacje kardiologiczne, diabetologiczne, również psychologiczne wpisywane są do karty informacyjnej. Niekiedy zdarza się, że egzemplarz karty dotyczącej przeprowadzonych konsultacji psychologicznych dostają już po wykonaniu karty informacyjnej, dlatego nie została ujęta w wypisie.*

(akta kontroli str. 518-521)

W sprawie stwierdzonych uchybień w prowadzeniu dokumentacji medycznej Dyrektor Szpitala wyjaśnił: *Przedstawione w piśmie i stwierdzone podczas kontroli nieprawidłowości dotyczące braków dat wykonania zabiegów, czy też braku adnotacji o przeprowadzonej konsultacji w kartach informacyjnych oraz brak podpisu pacjenta w dokumentacji medycznej wynikały ze zwykłego przeoczenia personelu przygotowującego dokumentację. Zarówno personel medyczny jak i pracownicy statystyki medycznej zostali pouczeni i zobowiązani do prawidłowego wypełniania dokumentacji medycznej zgodnie z obowiązującymi przepisami. W najbliższym czasie zostanie przeprowadzone szkolenie przypominające dla personelu w zakresie wymagań związanych z prawidłowym sporządzaniem dokumentacji medycznej.*

(akta kontroli str. 518-521)

3. W Szpitalu nie zawsze podejmowano odpowiednie czynności w celu uzyskiwania na bieżąco od pacjentek dokumentów niezbędnych do organizacji pochówku martwo urodzonych dzieci, co było działaniem nierzetelnym. W konsekwencji ciała 12 dzieci martwo urodzonych w Szpitalu w latach 2013-2018 były przechowywane w chłodni RPZIUK przez okres od 9 miesięcy do 6 lat i 5 miesięcy.

(akta kontroli str. 541-690)

---

<sup>33</sup> Nr księgi głównej: 00717/19.

<sup>34</sup> Aktualnie wymogi te określone zostały w § 21 ust. 4 pkt 2 i 3 rozporządzenia w sprawie dokumentacji medycznej z 2020 r.

Dyrektor wyjaśnił: *Niestety brak jest szczegółowych uregulowań prawnych w tym zakresie, co powoduje dużo utrudnień w bieżącej działalności placówki i niesie ze sobą konieczność wykazywania wręcz pewnej inwencji ze strony podmiotów leczniczych, która nie zawsze daje pewność właściwego załatwienia tych bardzo przecież delikatnych spraw. W związku z tym odbyło się kilka wspólnych spotkań pomiędzy prezesem RPZiUK, dyrekcją MOPR w Kielcach i dyrekcją szpitala, w wyniku których podjęto czynności, które zaowocowały przygotowaniem stosownych dokumentów, które umożliwiły dokonanie pochówku wszystkich przechowywanych zwłok dzieci przez MOPR w Kielcach zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami. W dokumentacji Szpitala stosuje się dwa oświadczenia: o zrzeczeniu się przez rodziców dziecka swego prawa do pochówku (wówczas Gmina Kielce poprzez MOPR na wniosek Szpitala dokonuje pochówku zwłok dziecka w oddzielnej mogile), o pochówku dziecka we własnym zakresie (w tym przypadku rodzina samodzielnie dokonuje pochówku dziecka). Należy jednak obiektywnie stwierdzić, iż w przypadku gdy rodzice dziecka nie podpiszą żadnego z ww. oświadczeń, a nie możemy rodziców do niczego zmusić, problem powtórzy się, ponieważ w świetle obowiązujących przepisów nie ma możliwości dokonania pochówku dziecka, a więc zwłoki dziecka w takiej sytuacji będą przechowywane w chłodni przez nieokreślony czas.*

(akta kontroli, str. 527-528)

#### OCENA CZĄSTKOWA

Pacjentkom, które były hospitalizowane w Szpitalu z powodu poronienia, urodzenia dziecka martwego lub dziecka, które zmarło wkrótce po porodzie i miały takie życzenie udzielono pomocy psychologicznej. Szpital spełniał odpowiednie warunki lokalowe i sprzętowe, poza jednym, dotyczącym dostępności z trzech stron łóżek znajdujących się w salach pacjentów. W trakcie kontroli NIK dostosowano również jedno pomieszczenie higieniczno-sanitarne dla osób niepełnosprawnych. Warunki organizacyjno-techniczne izby przyjęć, sal chorych, pomieszczeń diagnostycznych zapewniały pacjentkom warunki intymności i godności. W Szpitalu opracowano i wdrożono wewnątrzoddziałowe procedury dotyczące opieki nad pacjentkami doświadczającymi poronienia lub urodzenia dziecka martwego. Pomimo to stwierdzono przypadki, w których pacjentki będące w sytuacjach szczególnych przebywały w sali razem z pacjentkami będącymi w ciąży. W Szpitalu nawiązano współpracę z organizacją przygotowującą pamiątki po utraconym dziecku oraz przygotowano informatory dla rodziców. Dokumentacja medyczna niektórych pacjentek była prowadzona nie w pełni zgodnie z wymogami rozporządzenia w sprawie dokumentacji medycznej. W Szpitalu opracowano wzory oświadczeń dla pacjentek dotyczących sposobu postępowania z ciałem dziecka po poronieniu lub martwym urodzeniu. Nie zawsze jednak dochowano należytej staranności przy uzyskiwaniu tych dokumentów, co uniemożliwiało szybkie zorganizowanie pochówku.

#### OBSZAR

### 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 wnioski:

#### Wnioski

1. Dokonywanie na bieżąco zmian w harmonogramie do zawartej z NFZ umowy, w szczególności w przypadkach wystąpienia zmian dotyczących personelu świadczącego usługi medyczne.

2. Podjęcie działań organizacyjnych mających na celu wyeliminowanie przypadków nieprzerwanego udzielania przez okres ponad 24 godzin świadczeń zdrowotnych przez lekarzy zatrudnionych w Szpitalu.
3. Ustalenie wskaźników opieki okołoporodowej oraz określenie w regulaminie organizacyjnym Szpitala sposobu ustalania i monitorowania tych wskaźników oraz dokumentowania tych działań.
4. Zamieszczanie w kartach informacyjnych z leczenia szpitalnego wszystkich informacji o świadczeniach, którymi objęto pacjentkę.
5. Podjęcie odpowiednich działań zapewniających uzyskiwanie na bieżąco dokumentacji niezbędnej do organizacji pochówku dzieci martwo urodzonych.

Uwagi

NIK nie formułuje uwag.

## V. Pozostałe informacje i pouczenia

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

Prawo zgłoszenia  
zastrzeżeń

Zgodnie z art. 54 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 Kielcach. 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 dni od otrzymania wystąpienia pokontrolnego, o sposobie wykonania wniosków pokontrolnych oraz o podjętych działaniach lub przyczynach niepodjęcia tych działań.

W przypadku wniesienia zastrzeżeń do wystąpienia pokontrolnego, termin przedstawienia informacji liczy się od dnia otrzymania uchwały o oddaleniu zastrzeżeń w całości lub zmienionego wystąpienia pokontrolnego.

Kielce, 20 maja 2020 r.

Kontroler  
Kinga Komenda  
Starszy inspektor  
kontroli państwowej

Najwyższa Izba Kontroli  
Delegatura w Kielcach  
Dyrektor  
Grzegorz Walendzik

Kontroler  
Łukasz Pieńkowski  
Inspektor kontroli państwowej