



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Kielcach

LKI.410.002.05.2020

Andrzej Gruza,  
Dyrektor Naczelny Zespołu Opieki Zdrowotnej  
w Ostrowcu Świętokrzyskim,  
ul. Szymanowskiego 11,  
27-400 Ostrowiec Świętokrzyski

# WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

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

## I. Dane identyfikacyjne

Jednostka kontrolowana	Zespół Opieki Zdrowotnej w Ostrowcu Świętokrzyskim (dalej: ZOZ, Szpital), ul. Szymanowskiego 11, 27-400 Ostrowiec Świętokrzyski.
Kierownik jednostki kontrolowanej	Od 20 maja 2019 r. Dyrektorem Szpitala jest Andrzej Gruza. Od 12 grudnia 2016 r. do 24 stycznia 2019 r. Dyrektorem był Rafał Lipiec, a od 24 stycznia do 19 maja 2019 r. obowiązki Dyrektora pełniła Aldona Jarosińska.
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	Od 1 stycznia 2017 r. do dnia zakończenia kontroli, z wykorzystaniem dowodów sporządzonych przed tym okresem, jeżeli miały związek z przedmiotem kontroli.
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. Marzena Baradziej, specjalista kp., upoważnienie do kontroli nr LKI/17/2020 z 15 stycznia 2020 r.</li><li>2. Kinga Komenda, starszy inspektor kp., upoważnienie do kontroli nr LKI/52/2020 z 6 lipca 2020 r.</li></ol>

(akta kontroli str. 1-2b)

<sup>1</sup> Dz. U. z 2020 r. poz. 1200; dalej: ustawa o NIK.

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

### OCENA OGÓLNA

W kontrolowanym okresie organizacja udzielania świadczeń zdrowotnych pacjentkom Szpitala doświadczającym niepowodzeń położniczych oraz sprawowanie opieki nad tymi pacjentkami nie zawsze były zgodne z obowiązującymi wymogami. Na Oddziale Ginekologiczno-Położniczym (dalej: Oddział lub Oddział Gin.-Poł.) zapewniono odpowiednią liczbę lekarzy posiadających wymagane kwalifikacje, natomiast liczba położnych nie była dostosowana do jego specyfiki i organizacji. Oddział był wyposażony w wymaganą aparaturę i sprzęt medyczny, za wyjątkiem kolposkopu, przy czym nie zaktualizowano wykazu posiadanego sprzętu stanowiącego załącznik do umowy z NFZ. Przegląd i czyszczenie urządzeń wentylacji mechanicznej i klimatyzacji w 2018 r. przeprowadzono z dwumiesięcznym opóźnieniem.

Organizacja pracy lekarzy była prawidłowa, wystąpiły jedynie dwa przypadki udzielania świadczeń zdrowotnych przez lekarza nieprzerwanie przez okres ponad 24 godzin. Pracownicy Oddziału zapoznali się z nowym standardem organizacyjnym opieki okołoporodowej, a szczegółowe szkolenie wewnątrzoddziałowe dla lekarzy i położnych, poświęcone temu zagadnieniu, zaplanowano w bieżącym roku. W opinii części personelu medycznego, istnieje potrzeba zintensyfikowania przez Szpital działań dotyczących wsparcia w radzeniu sobie ze stresem powstałym w związku z pracą z pacjentkami doświadczającymi niepowodzenia położniczego.

Dokumentacja medyczna niektórych pacjentek nie zawierała wszystkich wymaganych elementów, takich jak oświadczenia o upoważnieniu do uzyskiwania informacji o stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach, do uzyskiwania dokumentacji, o wyrażeniu zgody na przeprowadzenie badania lub udzielenie innego świadczenia. Nie zawsze numerowano strony dokumentacji, a w karcie informacyjnej, tylko w sporadycznych przypadkach odnotowywano datę wykonanego zabiegu łyżeczkowania. Nie w każdym przypadku udokumentowano fakt uzyskania zgody na farmakologiczną indukcję poronienia lub zabieg łyżeczkowania. Wystąpiły też jednostkowe przypadki wręczania pacjentkom dokumentów, które mogły wprowadzać je w błąd co do dalszego toku postępowania. Proces dokumentowania odbioru zwłok/szczątków płodów lub dzieci martwourodzonych odbiegał od wymogów określonych w wewnętrznej procedurze. W Szpitalu stosowano także niejednolite podejście do dokumentowania decyzji matki o skorzystaniu lub rezygnacji z prawa do pochówku. Ponadto, Szpital przekazał podmiotowi wykonującemu badania histopatologiczne 12 płodów (od 11 do 20 tygodnia ciąży), które następnie, wraz z odpadami biologicznymi, zostały poddane utylizacji, co uniemożliwiło dokonanie pochówku zwłok przez właściwą gminę.

Niektórym pacjentkom doświadczającym niepowodzeń położniczych zaproponowano wsparcie psychologiczne, jednak tryb udzielania tej pomocy odbywał się niezgodnie z zasadami określonymi w obowiązującej wewnętrznej procedurze. Nie zawsze dokumentowano złożoną propozycję wsparcia i odmowę pacjentki.

Szpital udostępniał pacjentkom, które poroniły informację o przysługujących im uprawnieniach, choć nie informowano o możliwości uzyskania dalszej pomocy psychologicznej, najbliższych instytucjach i lokalnych organizacjach udzielających wsparcia po opuszczeniu Szpitala.

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

W Szpitalu, w miarę możliwości organizacyjnych i lokalowych, starano się zapewnić odseparowanie pacjentek po stracie dziecka od ciężarnych oraz od tych, które urodziły zdrowe dziecko, choć nie zawsze było to możliwe. Nie określono jednak wskaźników opieki okołoporodowej, a w regulaminie organizacyjnym ZOZ nie wskazano sposobu ustalania i monitorowania wskaźników oraz dokumentowania tych działań. Regulamin organizacyjny nie określał także organizacji i zadań poszczególnych jednostek lub komórek organizacyjnych Szpitala. Nie ustalono także minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych dla Oddziału.

### III. Opis ustalonego stanu faktycznego oraz oceny cząstkowe<sup>3</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

ZOZ jest podmiotem leczniczym, którego organem założycielskim jest powiat ostrowiecki. W okresie objętym kontrolą w Szpitalu funkcjonowały m.in. oddziały Gin.-Poł. i Neonatologiczny o drugim stopniu referencyjności. W strukturze Oddziału Gin.-Poł. wydzielono pododdział ginekologiczny (20 łóżek, w tym dwa intensywnego nadzoru) z salą zabiegową, pododdział położniczy (dziewięć łóżek dla matki z dzieckiem w systemie rooming-in), tzw. trakt porodowy (osiem łóżek, w tym dwa intensywnego nadzoru) i sale porodowe (trzy jednoosobowe sale, w tym jedna do porodów rodzinnych) oraz sala operacyjna (cięć cesarskich). Pacjentki doświadczające niepowodzeń położniczych hospitalizowano głównie w odcinku ginekologicznym Oddziału. Kwestia ta nie została formalnie uregulowana w żadnym dokumencie.

Po zorganizowaniu od maja 2019 r. izby przyjęć w ramach Oddziału, zmianie uległa ogólna liczba łóżek, która aktualnie kształtuje się następująco: pododdział ginekologiczny liczy 21 łóżek, w tym dwa intensywnego nadzoru, pododdział położniczy dziewięć łóżek i trakt porodowy (sześć łóżek, w tym dwa intensywnego nadzoru). Nadal dostępne są trzy jednoosobowe sale porodowe. Nowa organizacja oddziału nie znalazła odzwierciedlenia w formalnym dokumencie (księdze rejestrowej lub regulaminie organizacyjnym).

(akta kontroli str. 37-41, 465-472 )

Do zadań Oddziału, jak wynika z regulaminu organizacyjnego obowiązującego od 3 lipca 2012 r.<sup>4</sup> należało m.in.: całodobowe udzielanie świadczeń w trybie nagłym i planowym, obejmujących proces diagnostyczno-terapeutyczny od przyjęcia pacjentki do Szpitala do jej wypisania, podstawową diagnostykę, leczenie zachowawcze i operacyjne pacjentek w ciąży i rozszerzoną diagnostykę w patologii ciąży w oparciu o nowoczesne metody (USG Doppler i projekcje 3D), nadzór nad położeniem fizjologicznym i patologicznym. Po zmianie regulaminu w dniu 30 października 2017 r. organizacja i zadania poszczególnych jednostek lub komórek organizacyjnych Szpitala, w tym Oddziału nie zostały w nim określone, o czym szerzej w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*. Od 2017 r. obowiązywał

<sup>3</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>4</sup> Wprowadzonego zarządzeniem nr 41/2012 Dyrektora Naczelnego Zespołu Opieki Zdrowotnej w Ostrowcu Świętokrzyskim z dnia 19 czerwca 2012 r.

regulamin wewnętrzny Oddziału, zaakceptowany przez nadzorującego go ordynatora. Także w tym dokumencie nie zawarto zapisów dotyczących kontrolowanych zagadnień.

(akta kontroli str. 4-36)

W Szpitalu w okresie objętym kontrolą liczba noworodków żywo urodzonych wyniosła 776 w 2017 r., 782 w 2018 r. oraz 653 w 2019 r. Liczba noworodków martwourodzonych w tym okresie wynosiła odpowiednio: osiem, jeden i trzy. Liczba poronień w kontrolowanym okresie wyniosła 135 w 2017 r., 102 w 2018 r. i 98 w roku 2019. Z podanych przez poprzedniego ordynatora Oddziału [...] <sup>5</sup> danych wynika, że najczęstszą przyczyną niepowodzeń położniczych we wszystkich latach objętych kontrolą były zdarzenia samoistne<sup>6</sup>. W kontrolowanych latach, wystąpiło odpowiednio siedem, jeden i cztery przypadki obumarcia wewnątrzmacicznego płodu. W 2017 r. jeden noworodek zmarł w okresie do szóstej doby życia.

(akta kontroli str. 42-43)

W wybranych do próby kontrolnej miesiącach<sup>7</sup>, w ramach umowy o pracę zatrudniano na Oddziale:

- w lipcu i październiku 2017 r. – odpowiednio: 37 i 36 położnych (w tym osiem ze specjalizacją w zakresie pielęgniarstwa położniczego) oraz dziesięciu lekarzy (w tym jeden w miesiącu lipcu zatrudniony na ½ etatu);
- w lipcu i październiku 2018 r. – odpowiednio: 38 i 37 położnych (w tym 10 ze specjalizacją w zakresie pielęgniarstwa położniczego) oraz odpowiednio dziewięciu i dziesięciu lekarzy, z tego jeden przebywał na długotrwałym zwolnieniu lekarskim;
- w lipcu i październiku 2019 r. – 37 położnych (w tym 10 ze specjalizacją w zakresie pielęgniarstwa położniczego), dziesięciu lekarzy oraz dwóch lekarzy rezydentów na podstawie umowy na czas określony.

W Szpitalu zatrudniano również lekarzy w ramach umów cywilnoprawnych (trzech w lipcu 2017 r., dwóch w październiku 2017 r., czterech w lipcu i październiku 2018 r., trzech w lipcu 2019 r. oraz dwóch umów w październiku 2019 r.). Nie zawierano umów cywilnoprawnych z lekarzami świadczącymi pracę w kontrolowanej jednostce w ramach umowy o pracę. Wszyscy lekarze zatrudnieni na czas nieokreślony na umowę o pracę oraz na umowy cywilnoprawne mieli specjalizację w dziedzinie położnictwa i ginekologii.

(akta kontroli str. 44-79, 380-394)

Wbrew wymogom art. 50 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej<sup>8</sup>, w Szpitalu nie ustalono minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych dla Oddziału. Normy te opracowano w marcu 2018 r., określając je na poziomie 38 etatów. Procedura ich opiniowania przez przedstawicieli organów samorządu pielęgniarek zakończyła się 30 lipca 2018 r., a pismo w tej sprawie wpłynęło do Szpitala w dniu 6 grudnia 2018 r. Normy nie uzyskały pozytywnej opinii. Pismo informujące o negatywnej opinii w tej sprawie wpłynęło do Szpitala w dniu 6 grudnia 2018 r.

(akta kontroli str. 80-90)

<sup>5</sup> [...] był ordynatorem Oddziału do 30 kwietnia 2020 r. Od 1 maja 2020 r. pełnienie obowiązków ordynatora Oddziału powierzono [...]. Na podstawie art. 5 ust. 2 ustawy z dnia 6 września 2001 r. o dostępie do informacji publicznej (Dz.U. z 2019 r. poz. 1429) NIK wyłączyła jawność informacji w zakresie imienia i nazwiska ordynatorów Oddziału. Wyłączenia tego dokonano w interesie osoby fizycznej.

<sup>6</sup> Zdarzenia samoistne kształtowały się na poziomie: 134 przypadków w 2017 r., 102 w 2018 r. oraz 97 przypadków w 2019 r.

<sup>7</sup> Jako próbę kontrolną wybrano dwa miesiące (lipiec, październik) w latach 2017- 2019.

<sup>8</sup> Dz. U. z 2020 r. poz. 295, ze zm.

Z wyjaśnień Naczelnej Pielęgniarki wynika, że normy ostatecznie nie zostały zatwierdzone przez Dyrektora Naczelnego z uwagi na fakt otrzymania opinii Przewodniczącej Świętokrzyskiej Izby Pielęgniarek i Położnych dopiero w grudniu 2018 r. Jak ponadto wyjaśniła, od 1 stycznia 2019 r. nastąpiła zmiana przepisów dotyczących minimalnych norm zatrudnienia, poprzez wprowadzenie równoważników etatów na łóżko.

(akta kontroli str. 91)

Dyrektor wyjaśnił: *Szpital przestrzega normy zatrudnienia pielęgniarek i położnych w oparciu o przepisy rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego. Na podstawie tego rozporządzenia ustalono liczbę pielęgniarek w oddziałach szpitalnych w stosunku do łóżek szpitalnych, z uwzględnieniem wskaźników podanych w rozporządzeniu. Według § 5 ust. 3 rozporządzenia, świadczeniodawca udzielający świadczeń gwarantowanych jest obowiązany do spełnienia całodobowo warunków określonych odpowiednio w załącznikach nr 3 i 4 do rozporządzenia. Jest to warunek bezwzględnie obowiązujący. Dodatkowo została podjęta decyzja o ustaleniu minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek zgodnie z przepisami określonymi w ustawie o działalności leczniczej, z zachowaniem wymaganych konsultacji z podmiotami wymienionymi w art. 50 ust. 1 pkt 1 i 2 tejże ustawy. Obecnie trwają prace nad wyliczeniem minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek. Przewidujemy ustalenie stosownych norm zatrudnienia pielęgniarek przed końcem bieżącego roku.*

(akta kontroli str. 91)

NIK zwraca uwagę, że art. 50 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej oraz rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 28 grudnia 2012 r. w sprawie sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami<sup>9</sup> nadal obowiązują, a w Szpitalu formalnie nie wprowadzono żadnych wskaźników zatrudnienia pielęgniarek i położnych, na co wskazała także kontrola konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie pielęgniarstwa ginekologicznego i położniczego, przeprowadzona w listopadzie 2019 r. Zgodnie z § 1 ww. rozporządzenia, przy ustalaniu tych norm uwzględnia się zakres i rodzaj udzielanych świadczeń zdrowotnych, w tym świadczeń profilaktycznych; liczbę pacjentów obejmowanych opieką w danym roku; wyposażenie, w szczególności w sprzęt i aparaturę medyczną, techniczną oraz środki transportu i łączności; harmonogram czasu pracy; średni dobowy czas świadczeń pielęgniarstwa i średni czas dyspozycyjny, o których mowa w § 2; właściwą kategorię opieki ustaloną dla pacjenta; liczbę pacjentów zakwalifikowanych do danej kategorii opieki; stan zatrudnienia i organizacji pracy w jednostkach lub komórkach organizacyjnych nieudzielających świadczeń zdrowotnych.

Jak wskazano w protokole tej kontroli, jednoosobowe obsady dyżurowe oraz czasowe pozostawianie pacjentek bez opieki (położna oddziału położniczego asystuje do cięć cesarskich jako brudna instrumentariuszka) stanowi zagrożenie dla pacjentek oddziału.

Wniosek pokontrolny o opracowanie minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w Szpitalu, zgodnie z przepisami ustawy o działalności leczniczej i rozporządzenia w sprawie sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami sformułowano w wyniku kontroli NIK S/19/011 – *Sytuacja ekonomiczno-finansowa Zespołu Opieki Zdrowotnej w Ostrowcu Świętokrzyskim, z uwzględnieniem poziomu finansowania świadczeń opieki zdrowotnej*, w związku z czym odstępuje się od

---

<sup>9</sup> Dz. U. poz. 1545.

formułowania nieprawidłowości i wniosku pokontrolnego dotyczących tego zagadnienia w następstwie niniejszej kontroli.

(akta kontroli str. 116-119, 141-145)

Szpital zapewnił odpowiedni personel medyczny wymagany dla drugiego poziomu referencyjnego w wymiarze określonym w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego<sup>10</sup> (dalej: rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych), tzn. dwóch lekarzy we wszystkie dni tygodnia oraz stałą obecność lekarza specjalisty w dziedzinie położnictwa i ginekologii we wszystkie dni tygodnia, a także odpowiedni wskaźnik liczby położnych w przeliczeniu na łóżko, w tym położnych ze specjalizacją w dziedzinie pielęgniarstwa położniczego. Kwestia obsady kadrowej położnych nie została jednak dostosowana do specyfiki Oddziału i organizacji pracy na poszczególnych odcinkach, na co uwagę zwrócił także podczas kontroli przeprowadzonej w dniu 28 listopada 2019 r. konsultant wojewódzki w dziedzinie pielęgniarstwa ginekologicznego i położniczego.

(akta kontroli str. 44-79, 116-122)

Analiza rozkładu czasu pracy lekarzy zatrudnionych na Oddziale wykazała, że przestrzegano przepisów art. 93-97 ustawy o działalności leczniczej. W miesiącach objętych szczegółowym badaniem wystąpiły pojedyncze przypadki świadczenia pracy przez lekarza nieprzerwanie przez długi okres, przekraczający 24 godziny. W lipcu 2017 r. jeden z lekarzy świadczył pracę nieprzerwanie przez 34 i 48 godzin. Przypadki te dotyczyły lekarza zatrudnionego w Szpitalu na podstawie umowy cywilnoprawnej.

(akta kontroli str. 44-45)

Personel medyczny wykonujący usługi medyczne na Oddziale w okresie objętym kontrolą, został ujęty w wykazie personelu stanowiącym załącznik do umowy i w załącznikach do aneksów do umowy ze Świętokrzyskim Oddziałem Wojewódzkim NFZ.

(akta kontroli str. 529)

Jak wynika z postanowienia Świętokrzyskiego Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego (dalej: ŚPWIS) z dnia 20 lutego 2018 r.<sup>11</sup> ZOZ nie spełniał wymagań, o których mowa w art. 22 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej w czterech zakresach, które miały znaczny wpływ na bezpieczeństwo pacjentów. Jeden z nich dotyczył Centralnej Sterylizatorni, zatem pośrednio także Oddziału Gin.-Poł., na którym wykonywano zabiegi ginekologiczne i operacje cięcia cesarskiego. Uwagi ŚPWIS dotyczyły następujących wymogów: organizacji strefy brudnej, zapewnienia rozwiązania przestrzennego umożliwiającego ruch postępowy materiałów od strefy brudnej do sterylnej, zapewnienia wejścia personelu ze strefy czystej do brudnej i sterylnej przez służby umywalkowo-fartuchowe, zainstalowania ustępu przy służbie między strefą czystą i brudną, zorganizowanie między strefą sterylną a ogólnodostępną Szpitala pomieszczenia do wydawania materiałów sterylnych, oraz zainstalowania między strefą brudną i czystą przelotowych myjni – dezynfektorów w liczbie i z wyposażeniem uzasadnionymi procesem technologicznym. ŚPWIS wskazał, że prawidłowe funkcjonowanie Centralnej Sterylizatorni jest jednym z podstawowych elementów polityki skutecznego zwalczania zakażeń szpitalnych i znacznie wpływa na bezpieczeństwo pacjentów. W odpowiedzi na powyższe zobowiązanie, władze Szpitala rozważyły powierzenie

<sup>10</sup> Dz. U. z 2017 r. poz. 2295, ze zm.

<sup>11</sup> NEP.9020.12.1.2018.

usług sterylizacji podmiotowi zewnętrznemu. Ostatecznie jednak, rozpoczęto prace remontowe i dostosowujące, które zostały odebrane 25 marca 2019 r. Pismem z 25 czerwca 2019 r. Dyrektor poinformował także ŚPWIS o terminowym wykonaniu zarządzenia w zakresie zapewnienia ustępu między strefą brudną i czystą w Sterylizatorni i pomieszczenia do wydawania materiałów sterylnych oraz zwrócił się z prośbą o przesunięcie terminu realizacji punktów dotyczących zakupu sprzętu do 31 grudnia 2020 r., na co uzyskał zgodę.

(akta kontroli str. 92-108, 140-156, 527)

W okresie objętym kontrolą Szpital spełniał większość warunków określonych w rozporządzeniu w sprawie świadczeń gwarantowanych dla drugiego stopnia referencyjności w zakresie:

- zapewnienia odpowiedniego wyposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną (Oddział wyposażono w: aparaty KTG<sup>12</sup>, kardiomonitor, aparat USG, histeroskop oraz w lokalizacji Szpitala laparoskop, nie zapewniono jednak kolposkopu);
- zapewnienia realizacji badań (ciągłe badanie KTG przed i w trakcie porodu na oddziale, a w lokalizacji Szpitala - badania laboratoryjne);
- pozostałych wymagań (prowadzono partogram, wyodrębniono salę do cięć cesarskich, a w Szpitalu funkcjonował Oddział Neonatologiczny o drugim stopniu referencyjności).

Wymieniony w załączniku do umowy z NFZ sprzęt i aparatura medyczna (z wyłączeniem kolposkopu i laparoskopu, o czym szerzej w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*) były zgodne z warunkami określonymi w umowie, sprawne technicznie oraz miały aktualne przeglądy stanu technicznego.

Tryb postępowania w łagodzeniu bólu porodowego, w formie pisemnej procedury opracowano dopiero w 2020 r., realizując zalecenie pokontrolne konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie pielęgniarstwa.

(akta kontroli str. 118, 138, 374)

Zgodnie z załącznikiem nr 3 do rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych, w Szpitalu zapewniono stałą obecność lekarza specjalisty w dziedzinie anestezjologii. Pomimo spełnienia tego wymogu, w badanej próbie 60 spraw (o której mowa w obszarze trzecim) wystąpiła sytuacja, w której niezwłoczne rozpoczęcie zabiegu wyłżeczki jamy macicy po poronieniu w znieczuleniu nie było możliwe z powodu innych pilnych zabiegów.

(akta kontroli str. 489 – 513)

W Szpitalu nie przestrzegano wymogu określonego w § 39 ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą<sup>13</sup>, zgodnie z którym, instalacje i urządzenia m.in. klimatyzacji, podlegają okresowemu przeglądowi, nie rzadziej niż co 12 miesięcy. Okres, który upłynął pomiędzy przeglądem wykonanym w 2017 r., a przeglądem w 2018 r. wyniósł 14 miesięcy, co wykazała także kontrola stanu sanitarnego przeprowadzona w dniach 22-26 października 2018 r.<sup>14</sup> Dyrektor wyjaśnił: *ZOZ Ostrowiec corocznie przeprowadza: okresowe przeglądy, kilkukrotne w ciągu roku wymiany filtrów urządzeń klimatyzacyjnych i wentylacyjnych. Pracownicy Działu techniczno-eksploatacyjnego sukcesywnie przeprowadzają wymiany filtrów w centralach wentylacyjnych odnotowując czynności w harmonogramie wymiany filtrów.*

---

<sup>12</sup> Kardioklograf.

<sup>13</sup> Dz. U. poz. 739.

<sup>14</sup> W okresie objętym kontrolą przeglądy były wykonywane w następujących terminach 28 sierpnia 2017 r., 24-31 października 2018 r. oraz 24 czerwca 2018 r.



(akta kontroli str. 140-144, 149-152, 395-424)

Od 2017 r. (według stanu na 3 lutego 2020 r.) w ZOZ przeprowadzono 57 kontroli zewnętrznych, z których dziewięć dotyczyło Oddziału Gin.-Poł. Kontrole przeprowadzane były między innymi przez ŚPWIS, konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie położnictwa i ginekologii, konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie pielęgniarstwa ginekologicznego i położniczego oraz NFZ. W wyniku przeprowadzonych kontroli sformułowano m.in. następujące wnioski i zalecenia:

- poprawa stanu sanitarno-technicznego powierzchni ścian wokół brodzików i ich obudowy przez wymianę spoin i fug oraz wyrównanie powierzchni,
- przeprowadzenie przeglądu i czyszczenia urządzeń wentylacyjnych i chłodniczych w całym Szpitalu,
- systematyczne szkolenia lekarzy,
- wprowadzenie w Oddziale systematycznych przyczynowych analiz zgonów płodów i noworodków i ciężkich powikłań okołoporodowych,
- usprawnienie komunikacji personelu medycznego podczas dyżurów (ordynator – lekarze – położne),
- dostosowanie działalności Oddziału Gin.-Poł. i Neonatologicznego do wymogów rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej<sup>15</sup>,
- przeprowadzenie ponownej analizy liczby zatrudnionych położnych ze względu na wymogi ww. rozporządzenia,
- opracowanie procedury łagodzenia bólu porodowego, metod jego łagodzenia i ich dostępności,
- dostosowanie dokumentacji medycznej do wymogów rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (dalej: rozporządzenie w sprawie dokumentacji medycznej)<sup>16</sup>.

Żadna z tych kontroli bezpośrednio nie dotyczyła opieki nad pacjentkami doświadczającymi poronień, urodzenia martwego dziecka lub śmierci dziecka wkrótce po porodzie.

(akta kontroli str. 109-112)

Zalecenia dotyczące stanu sanitarnego, przeglądu i czyszczenia urządzeń wentylacyjnych, opracowania procedur, szkoleń i usprawnienia komunikacji wykonano. Odnosząc się do zaleceń wojewody świętokrzyskiego po kontroli konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie ginekologii, ordynator Oddziału i Dyrektor Szpitala zobowiązali się do dokonywania udokumentowanych analiz zgonów płodów i noworodków oraz ciężkich powikłań okołoporodowych. Pomimo to, do zakończenia kontroli NIK<sup>17</sup>, nie dokonywano tych analiz, co szerzej opisano w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

Zalecenia konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie pielęgniarstwa ginekologicznego i położniczego dotyczące dostosowania działalności oddziału do wymogów rozporządzenia w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej (w tym opracowanie i monitorowanie wskaźników opieki okołoporodowej) i przeprowadzenie ponownej analizy liczby zatrudnionych położnych pozostają do realizacji, mimo upływu wyznaczonych terminów.

(akta kontroli str. 382 – 384, 637 – 638)

---

<sup>15</sup> Dz. U. poz. 1756.

<sup>16</sup> Dz. U. poz. 2069.

<sup>17</sup> 31 lipca 2020 r.

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

1. Obowiązujący od 30 października 2017 r. regulamin organizacyjny ZOZ nie spełniał wymogów art. 24 ust. 1 pkt 7 ustawy o działalności leczniczej, bowiem nie określał organizacji i zadań poszczególnych jednostek lub komórek organizacyjnych Szpitala. W § 6 ust. 6 regulaminu zawarto ogólny zapis, zgodnie z którym, do zadań poszczególnych jednostek organizacyjnych, stosownie do ich właściwości oraz w zakresie szczegółowo określonym w regulaminach wewnętrznych poszczególnych jednostek/komórek organizacyjnych należy w szczególności diagnostyka i leczenie pacjentów, udzielanie świadczeń zdrowotnych i realizacja badań. Analiza uregulowań wewnętrznych dla Oddziału wykazała, że regulamin wewnętrzny nie został formalnie zaakceptowany przez ówczesnego Dyrektora i nie był aktualizowany.

(akta kontroli str. 27-41)

Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że ówczesny dyrektor nie wydał zarządzenia dotyczącego opracowania regulaminów wewnętrznych poszczególnych komórek organizacyjnych. Jak dodał, zmiany i uzupełnienia regulaminu są w trakcie opracowywania.

(akta kontroli str. 27-41)

2. Na Oddziale Gin.-Poł. w całym kontrolowanym okresie nie zapewniono wyposażenia w kolposkop, który wycofano z eksploatacji 26 listopada 2014 r. Powyższe stanowiło naruszenie punktu 38 części I załącznika nr 3 do rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych. Zgodnie z ww. przepisem, oddział ginekologiczno-położniczy o drugim stopniu referencyjności w miejscu udzielania świadczeń powinien być wyposażony w kolposkop.

(akta kontroli str. 194)

Poprzedni ordynator Oddziału wyjaśnił, że wniosek o kasację kolposkopu wystawiono 16 czerwca 2011 r., a jego brak nie wpłynął na funkcjonowanie oddziału, bowiem sprzęt ten nigdy nie był priorytetową metodą diagnostyczną. Po uzyskaniu wiedzy o potrzebie spełnienia wymogu kontrakcyjnego, w trakcie kontroli NIK złożono zapotrzebowanie na zakup kolposkopu.

Z-ca Dyrektora ds. finansowych Joanna Gałęzia wyjaśniła: *W dniu 16 czerwca 2020 r. ZOZ w Ostrowcu Świętokrzyskim zakupił kolposkop z przeznaczeniem na wyposażenie oddziału ginekologiczno-położniczego. Aparat ten zostanie ujęty w ewidencji środków trwałych w miesiącu czerwcu 2020 r.* Do wyjaśnień załączono kopię faktury zakupu kolposkopu. Wobec powyższego, NIK odstępuje od formułowania wniosku pokontrolnego.

(akta kontroli str. 194, 374, 425-426)

3. W Szpitalu nie dokonywano bieżącej aktualizacji danych o potencjale wykonawczym przeznaczonym do realizacji umowy, co stanowiło naruszenie § 2 ust. 9 zawartej z NFZ umowy. Zgodnie z tym zapisem, *Świadczeniodawca obowiązany jest do bieżącego aktualizowania danych o swoim potencjale wykonawczym przeznaczonym do realizacji umowy, przez który rozumie się zasoby będące w dyspozycji Świadczeniodawcy, służące wykonywaniu świadczeń opieki zdrowotnej, w szczególności osoby udzielające tych świadczeń i sprzęt.*

W całym kontrolowanym okresie wśród dostępnych zasobów wykazywano laparoskop OLYMPUS o numerze seryjnym OTVS66, który został zdjęty z ewidencji w 2017 r. oraz kolposkop PZO o numerze seryjnym KLP2, wycofany

z ewidencji w 2011 r. Nie zgłoszono natomiast używanego aktualnie laparoskopu R.Wolf.

(akta kontroli, str. 124-125, 138)

Dyrektor wyjaśnił: *Nieprawidłowości wykazywania sprzętu w systemie SZOI były popełnione przez pracowników Sekcji Kontrolingu. Osoby odpowiedzialne za to pracowały do 30.04.2019 r. Obecnie po stwierdzeniu stanu faktycznego ewidencja w systemie jest naniesiona prawidłowo.*

(akta kontroli, str. 420-424)

4. W Szpitalu nie dokonywano przyczynowych analiz zgonów płodów, noworodków i ciężkich powikłań okołoporodowych, co było jednym z zaleceń pokontrolnych po kontroli konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie położnictwa i ginekologii przeprowadzonej 6 września 2018 r.

(akta kontroli, str. 113-115a)

Dyrektor wyjaśnił: *Zalecenia pokontrolne z 9 października 2018 r. w zakresie systematycznej przyczynowej analizy zgonów płodów, noworodków i ciężkich powikłań okołoporodowych nie zostały zrealizowane. Z uwagi na to, że nastąpiły zmiany personalne zarówno na stanowisku ordynatora oddziału ginekologiczno-położniczego oraz na stanowisku zastępcy dyrektora do spraw leczenia, nie jesteśmy w stanie wskazać przyczyn odstąpienia od realizacji zalecenia. Niemniej jednak trwają prace nad wprowadzeniem takiej analizy i zgodnie z zapewnieniami obecnego ordynatora oddziału, począwszy od sierpnia 2020 r. będą prowadzone systematyczne przyczynowe analizy zgonów płodów, noworodków i ciężkich powikłań okołoporodowych.*

(akta kontroli, str. 460-464)

#### OCENA CZĄSTKOWA

W okresie objętym kontrolą Szpital nie był w pełni przygotowany do udzielania świadczeń zdrowotnych z zakresu położnictwa i ginekologii, w tym opieki nad pacjentkami doświadczającymi niepowodzeń położniczych, zgodnie z wymogami dla drugiego poziomu referencyjnego oraz umową zawartą z NFZ. W regulaminie organizacyjnym Szpitala nie określono organizacji i zadań poszczególnych jednostek lub komórek organizacyjnych. Ponadto nie ustalono minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych dla Oddziału.

Stosownie do wymogów określonych w rozporządzeniu w sprawie świadczeń gwarantowanych, Szpital zapewnił na oddziale odpowiednią liczbę lekarzy posiadających wymagane kwalifikacje, natomiast liczba położnych nie była dostosowana do organizacji i specyfiki Oddziału, co wykazała kontrola konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie pielęgniarstwa ginekologicznego i położniczego. Organizacja pracy lekarzy była prawidłowa, w kontrolowanym okresie wystąpiły jedynie dwa przypadki udzielania świadczeń zdrowotnych przez lekarzy nieprzerwanie przez okres ponad 24 godzin.

Oddział był wyposażony w wymaganą aparaturę i sprzęt medyczny, za wyjątkiem kolposkopu. Nie zaktualizowano jednak wykazu sprzętu stanowiącego załącznik do umowy z NFZ w związku z jego wycofaniem z ewidencji oraz w związku z niesprawnością jednego z laparoskopów, nie zgłoszono także aktualnie używanego laparoskopu. Przegląd i czyszczenie urządzeń wentylacji mechanicznej i klimatyzacji w 2018 r. przeprowadzono z dwumiesięcznym opóźnieniem.

## 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

W Szpitalu, wbrew wymogom ust. 2 i 3 części I załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej, od 1 stycznia 2019 r. nie zostały ustalone wskaźniki opieki okołoporodowej. W regulaminie organizacyjnym nie określono sposobu ustalania i monitorowania tych wskaźników z uwzględnieniem satysfakcji pacjentek z uzyskanej opieki oraz dokumentowania tych działań, o czym szerzej w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*. Kwestia ta była także przedmiotem kontroli konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie pielęgniarstwa ginekologicznego i położniczego. Termin opracowania tych wskaźników wyznaczono na 1 kwietnia 2020 r., jednak do końca lipca 2020 r. nie zostały one jeszcze opracowane.

(akta kontroli str. 27-36, 116-122, 331-332)

Wyznaczony przez ordynatora Oddziału lekarz przesyłał do konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie ginekologii i położnictwa sprawozdania z działalności Oddziału, jednak zakres sprawozdawanych informacji i częstotliwość ich wysyłania zależała od preferencji konkretnego konsultanta wojewódzkiego. Ostatnia taka informacja przesłana została 24 marca 2019 r. za rok 2018 drogą elektroniczną, bez opatrzenia jej podpisem ordynatora Oddziału.

(akta kontroli str. 195-208)

Odnosnie opieki nad pacjentkami w Oddziale obowiązywały m.in. następujące procedury<sup>18</sup>:

- LP-5 *Zasady współpracy psychologa z personelem oddziału dotyczącej oceny stanu psychicznego pacjenta* – w całym kontrolowanym okresie;
- LP-6 *Łagodzenie bólu porodowego* – od 1 stycznia 2020 r.;
- LP-7 *Postępowanie ze zwłokami w oddziale. Podjęcie decyzji o wykonaniu sekcji zwłok bądź jej zaniechaniu* – w całym kontrolowanym okresie;
- L-7 *Lista procedur wymagających świadomej zgody pacjenta - złożona na formularzu zgody poinformowanego* – od 29 marca 2019 r.;
- L-24 *Procedura organizacji postępowania w trakcie znieczulenia zewnątrzoponowego u pacjentki w trakcie porodu* – od 1 kwietnia 2019 r.;
- L-42 *Świadoma zgoda pacjenta na poddanie się procedurom medycznym* – w całym kontrolowanym okresie.

Wymienione procedury nie były przeznaczone tylko dla pacjentek w sytuacjach niepowodzeń położniczych, lecz określały ogólne zasady postępowania w stosunku do wszystkich pacjentów Szpitala, w tym Oddziału.

Procedura LP-5 dotycząca współpracy psychologa z personelem oddziału przewidywała następujący schemat udzielania wsparcia: po zgłoszeniu konsultacji przez lekarza lub pielęgniarkę oddziałową, psycholog przeprowadza wywiad z pacjentem i jego rodziną, przeprowadza wstępną diagnozę i wyznacza dalszy tryb postępowania (pkt 1-3). Opinię o stanie psychicznym pacjenta przedstawia zespołowi multidyscyplinarnemu i dokumentuje w historii choroby, a plan terapii przedstawia pacjentowi i jego rodzinie (pkt 4 i 5). Od personelu zasięga informacji zwrotnej o zachowaniu pacjenta w trakcie terapii i dokonuje ewentualnej korekty planu terapii w oparciu o wywiad (pkt 6 i 7). W punkcie 8 procedury wskazano

<sup>18</sup> Według stanu na dzień 5 marca 2020 r.

ponadto, że psycholog w oddziałach przeprowadza szkolenia dotyczące obserwacji psychologicznych potrzeb pacjenta i jego stanu emocjonalnego, komunikacji interpersonalnej i umiejętności potrzebnych w procesie pomagania. W ostatnim punkcie procedury przewidziano, że psycholog przy wypisie proponuje pacjentowi i zgłasza lekarzowi ewentualną potrzebę lub konieczność dalszych badań psychologicznych czy specjalistycznych lub systematycznej terapii psychologicznej. W praktyce, zasady udzielania wsparcia psychologicznego odbiegały od ww. trybu.

(akta kontroli str. 211-241)

Od 18 listopada 2019 r. trwały prace nad opracowaniem procedury *Postępowanie w przypadku dziecka martwo urodzonego*. W dokumencie tym planowano m.in. określić zasady kierowania pacjentek w sytuacjach niepowodzeń położniczych do sal, w których nie będą przebywać z innymi kobietami w ciąży. Projektowano także uregulowanie zasad postępowania w przypadku dziecka martwourodzonego, odbioru i transportu zwłok lub szczątków, rodzaj wydawanej dokumentacji, zasady przechowywania i postępowania ze zwłokami lub szczątkami dzieci martwourodzonych oraz kwestie organizacji pochówku przez Szpital. Do czasu zakończenia kontroli procedura ta nie została wprowadzona.

(akta kontroli str. 242-250)

Łączna kwota wydatków na szkolenia pracowników Szpitala w latach 2017-2019 wyniosła odpowiednio: 22,2 tys. zł; 50,2 tys. zł i 19,3 tys. zł. Koszt szkoleń kadry Oddziału Gin.-Poł. wyniósł odpowiednio: 1,6 tys. zł, 0,08 tys. zł i 0,6 tys. zł.

(akta kontroli str. 161)

W kontrolowanym okresie nie odbyły się zewnętrzne szkolenia dla personelu medycznego, w tym dotyczące standardów opieki okołoporodowej. Kadra lekarska uczestniczyła natomiast w konferencjach, warsztatach i krajowych spotkaniach ginekologów i położników<sup>19</sup>. W latach 2017 – 2019 położne i pielęgniarki Oddziału uczestniczyły jedynie w obowiązkowych szkoleniach BHP i szkoleniach w Regionalnym Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Kielcach. W planie szkoleń wewnątrzoddziałowych dla położnych oraz dla lekarzy na rok 2020, standardy opieki okołoporodowej włączono jako temat priorytetowy.

(akta kontroli str. 160-193, 251-257, 259-262)

Z wyjaśnień poprzedniego ordynatora Oddziału wynika, że tematy nadzwyczajnej wagi realizowane są w trybie pilnym, poza tematyką szkoleń międzywydziałowych. W tym trybie, kadra lekarska zapoznała się z nowymi standardami organizacyjnymi opieki okołoporodowej, a fakt zapoznania się z rozporządzeniem z 16 sierpnia 2018 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej potwierdziła podpisami (nie wskazano jednak daty). Jak dodatkowo wyjaśnił, *nie przewidziano metod i form egzekwowania zdobytej wiedzy*.

(akta kontroli str. wyjaśnienia 375-379)

Dyrektor wyjaśnił ponadto, że w latach 2017-2020, dziesięć położnych ukończyło specjalizację w dziedzinie pielęgniarstwa ginekologiczno-położniczego. Przekazywane w trakcie szkolenia treści oparte były na aktualnej literaturze, obowiązujących aktach prawnych, w tym standardach opieki okołoporodowej. Ponadto, na polecenie Kierownika Oddziału, pracownicy zapoznawali się z kolejnymi modyfikacjami standardów.

(akta kontroli str. wyjaśnienia 160)

---

<sup>19</sup> Tematyka dotyczyła m.in. pozapolożniczych wskazań do cięcia cesarskiego, echokardiografii prenatalnej, ciąży wielopłodowych, profilaktyka porodu przedwczesnego, unikanie urazów okołoporodowych krocza, poród po przebytych cięciach cesarskim, nieprawidłowy poród, trudna/powikłana ciąża, ciąża u kobiety z chorobą przewlekłą, wady płodu, algorytm łagodzenia bólu porodowego, najczęstsze błędy w dokumentacji medycznej, porody instrumentalne, prowadzenie ciąży u kobiety, która odbyła poród przedwczesny, postępowanie u kobiet w ciąży obciążonych ryzykiem zakrzepowym, indukcja porodu w świetle aktualnie obowiązujących rekomendacji.

Zarządzeniem nr 52/2019 z dnia 5 czerwca 2019 r. w sprawie podnoszenia kwalifikacji przez pracowników Zespołu Opieki Zdrowotnej w Ostrowcu Świętokrzyskim, Dyrektor Szpitala ograniczył możliwość ubiegania się o zwolnienie z całości lub części dnia pracy w celu uczestniczenia w konferencji, szkoleniu, kursie lub innej formie szkolenia do dwóch dni w roku. Zdaniem NIK, takie rozwiązanie mogło uniemożliwiać lub zniechęcać do podnoszenia kwalifikacji, nawet we własnym zakresie i na własny koszt.

(akta kontroli, str. 258)

Dyrektor wyjaśnił: *Zarządzenie nr 52/2019 nie ogranicza możliwości podnoszenia kwalifikacji przez pracowników. Udział pracownika w szkoleniu, kursie lub innej formie podnoszenia kwalifikacji zawsze jest rozpatrywany indywidualnie w kontekście potrzeb pracodawcy. Jeżeli w ocenie pracodawcy podnoszenie kwalifikacji przez pracownika jest uzasadnione interesem pracodawcy, to zawierane są umowy o podnoszenie kwalifikacji pomiędzy pracodawcą a pracownikiem, ewentualnie pracodawca wyraża pisemną zgodę na wniosek pracownika w tym zakresie. W takich przypadkach pracownicy korzystają zgodnie z art. 103<sup>1</sup> § 2 Kodeksu pracy z urlopu szkoleniowego oraz zwolnienia z całości lub części dnia pracy, na czas niezbędny, by punktualnie przybyć na obowiązkowe zajęcia oraz na czas ich trwania. Niejednokrotnie czas ten przekracza 2 dni w ciągu roku. Ponadto zgodnie z § 3 zarządzenia Pracownicy, którzy otrzymali zgodę Dyrektora Naczelnego i podpisali stosowne porozumienie korzystają z dni wolnych zgodnie z programem specjalizacji. Zarządzenie nr 52/2019 w szczególności dotyczy sytuacji, w których pracownicy zgłaszają chęć udziału w szkoleniu, konferencji, kursie lub innych formach szkolenia, które w ocenie pracodawcy nie są związane z potrzebami pracodawcy, a jedynie z podnoszeniem przez pracownika kwalifikacji na własne potrzeby lub utrzymaniem kontaktów z innymi profesjonalistami z określonej branży. Wówczas pracownik może się ubiegać o zwolnienie z całości lub części dnia pracy w wymiarze do 2 dni w ciągu roku. Jednocześnie, zgodnie z § 2 ww. zarządzenia, takiemu pracownikowi nie przysługuje już żadne dodatkowe świadczenie np. zwrot kosztów podróży, zwrot kosztów noclegu. Zgodnie z przepisami pracodawca nie jest zobowiązany do udzielenia czasu wolnego w sytuacji, gdy pracownik podnosi kwalifikacje na własne potrzeby. Wówczas pracownik realizuje podnoszenie kwalifikacji we własnym zakresie łącznie z dniami wolnymi od pracy. Ponadto zaznaczam, że ograniczenie to w szczególności nie dotyczy udziału w szkoleniach obligatoryjnych wynikających z przepisów np. szkolenie BHP.*

(akta kontroli str. 420-424)

Zdaniem NIK, wskazane w wyjaśnieniach zasady ubiegania się o zwolnienie z całości lub części dnia pracy powinny zostać kompleksowo uregulowane w zarządzeniu, by pracownik dokładnie wiedział w jakiej sytuacji ograniczenie będzie miało zastosowanie.

Nie stwierdzono przypadków udzielania wsparcia w radzeniu sobie ze stresem personelowi medycznemu, w związku z udzielaniem świadczeń pacjentkom w sytuacji niepowodzeń położniczych. Z wyjaśnień położnych wynika także, że nie występowały o udzielenie takiego wsparcia. Jedna z położnych wyraziła opinię, że gdyby ktoś z personelu potrzebował takiego wsparcia, przełożony z pewnością zapewniłby taką pomoc. Według trzech położnych, nie zapewnia się wsparcia personelowi medycznemu. Zarówno położne jak i lekarze udzielający wyjaśnień<sup>20</sup>, zwrócili uwagę, że istotną rolę w walce ze stresem odgrywa wzajemna pomoc

<sup>20</sup> Wyjaśnień udzielało pięcioro lekarzy i 11 położnych.

zespołu. Dwoje lekarzy i sześć położnych dostrzega potrzebę doskonalenia zawodowego w zakresie pracy z pacjentkami w szczególnych sytuacjach położniczych, zaś zdaniem jednego lekarza i dwóch położnych wśród personelu medycznego istnieje potrzeba przeciwdziałania wypaleniu zawodowemu.

Dyrektor wyjaśnił: *W oddziale nie mieliśmy sygnałów od personelu odnośnie problemów ze stresem związanym z opieką nad matką lub dzieckiem po niepowodzeniu położniczym. Jeśli takowe wystąpią, zapewniamy pomoc ze strony zatrudnionych etatowo psychologów.*

(akta kontroli, str. 420-424, 427-459)

Wśród trudności występujących w pracy z pacjentkami doświadczającymi niepowodzeń położniczych personel medyczny wskazywał konieczność zapewnienia kobietom wsparcia psychologicznego. Jak wskazywano, praca z pacjentkami, zarówno po stracie pierwszej ciąży, jak i przeżywającymi kolejne niepowodzenie położnicze nie jest łatwa. Pacjentki te charakteryzują się płaczliwością, obniżeniem nastroju, utratą wiary w siebie. Jest to okres żałoby, w czasie którego powinny otrzymać profesjonalną pomoc.

(akta kontroli, str. 427-459)

Zdaniem NIK, odnotowane głosy personelu medycznego dotyczące potrzeb w zakresie doskonalenia zawodowego w związku z pracą z pacjentkami doświadczającymi niepowodzenia położniczego oraz wynikającym z tego stresem, a z czasem rodzącym się poczuciem wypalenia zawodowego, mogą świadczyć o konieczności zintensyfikowania przez Szpital działań w zakresie wsparcia personelu w pokonywaniu wymienionych trudności.

W żadnej z obowiązujących w Szpitalu procedur nie uregulowano zasad przekazywania kobietom informacji o możliwości uzyskania dalszej pomocy psychologicznej, miejscach i organizacjach udzielających wsparcia, przysługujących prawach wynikających z sytuacji, w której się znalazły, a także o możliwości pochówku utraconego dziecka. W dokumentacji medycznej nie zawierano też zapisów o zakresie udzielonych pacjentkom informacji.

(akta kontroli, str. 213, 264-291)

W przygotowywanej procedurze *Postępowanie w przypadku dziecka martwo urodzonego* planowano także uregulowanie kwestii prawa pacjentek doświadczających niepowodzeń położniczych do informacji o aktualnym stanie prawnym, wynikającym z przepisów o aktach stanu cywilnego, zabezpieczenia społecznego i prawa pracy oraz o możliwości pochówku. Z zapisów w dokumentacji medycznej objętych badaniem 60 pacjentek wynika zróżnicowane podejście do dokumentowania faktu przekazania ww. informacji i istnieje potrzeba wprowadzenia jednolitych rozwiązań w tym zakresie.

(akta kontroli, str. 242-250, 272-291)

Na Oddziale i przy Izbie Przyjęć dostępne były ulotki informujące m.in. o przysługujących kobiecie prawach (do rejestracji dziecka w USC, do pochówku, zasiłku pogrzebowego i urlopu macierzyńskiego), możliwości skorzystania z pomocy psychologa, badaniach umożliwiających poznanie przyczyny poronienia i zwiększających szansę na urodzenie dziecka, ofercie pomocy specjalistów i grup wsparcia i odsyłające do strony [www.poronilam.pl](http://www.poronilam.pl). Na tablicy ogłoszeń zamieszczono ponadto informator nt. programu *Za życiem*.

(akta kontroli, str. 213, 263)

Stwierdzona  
nieprawidłowość

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

Wbrew wymogom ust. 2 i 3 części I załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej, od 1 stycznia 2019 r. nie zostały ustalone wskaźniki opieki okołoporodowej. W regulaminie organizacyjnym nie określono sposobu ustalania i monitorowania tych wskaźników, z uwzględnieniem satysfakcji pacjentek z uzyskanej opieki oraz dokumentowania tych działań.

Ankieta satysfakcji pacjentek została opracowana w bieżącym roku, w odpowiedzi na wydane przez konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie pielęgniarstwa ginekologicznego i położniczego zalecenia pokontrolne. W trakcie kontroli, konsultant podniosła także, że wskaźniki te nie zostały opracowane i wyznaczyła termin ich opracowania na 1 kwietnia 2020 r. Do czasu zakończenia czynności kontrolnych<sup>21</sup> zalecenie to nie zostało zrealizowane.

(akta kontroli, str. 27-36, 331-332)

Dyrektor wyjaśnił: *Trwają prace nad ustaleniem wskaźników opieki okołoporodowej oraz monitorowaniem jej. Po ustaleniu wskaźników, stosowne zmiany zostaną wprowadzone do regulaminu organizacyjnego Szpitala.*

(akta kontroli, str. 460-464)

OCENA CZĄSTKOWA

W Szpitalu przygotowano projekt procedury dotyczącej postępowania w przypadku dziecka martwourodzonego lub poronienia, ale do czasu zakończenia kontroli nie została ona przyjęta do stosowania. Nie określono też wskaźników opieki okołoporodowej, a w regulaminie organizacyjnym nie opisano sposobu ustalania i monitorowania wskaźników oraz dokumentowania tych działań. Pracownicy Oddziału zapoznali się z nowym standardem organizacyjnym opieki okołoporodowej, a szczegółowe szkolenie wewnątrzoddziałowe dla lekarzy i położnych zaplanowano w bieżącym roku. Personel medyczny nie zwracał się o udzielenie wsparcia w radzeniu sobie ze stresem, jednak w wyjaśnieniach zwrócił uwagę na potrzebę zwiększenia działań dotyczących tego zagadnienia. Szpital udostępniał pacjentkom, które poroniły, urodziły martwe dziecko lub których dziecko zmarło wkrótce po porodzie ulotki i informacje o przysługujących im uprawnieniach.

### **3. 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

Oddział zlokalizowany jest na pierwszym piętrze budynku Szpitala. Tuż przed wejściem na Oddział znajduje się pomieszczenie izby przyjęć wyposażone m.in. w fotel ginekologiczny i leżankę, w którym wykonywane są wstępne badania i przeprowadzany jest przez położne wywiad z przyjmowaną pacjentką.

Na Oddziale funkcjonował trakt porodowy złożony z trzech jednostanowiskowych sal porodowych, sali do porodów rodzinnych, sali do cięć cesarskich wyposażonej w stanowisko do resuscytacji noworodka. Wejście na trakt porodowy odbywało się przez służbę umywalkowo-fartuchową, która w trakcie prowadzonych oględzin nie była zamknięta. Jedno z pomieszczeń przynależnych do traktu porodowego, tj. sala, w której przebywają pacjentki w terminie porodu znajdowała się przed służą.

(akta kontroli, str. 465-472)

<sup>21</sup> 16 lipca 2020 r.



Zdaniem NIK, takie rozwiązanie sprawia, że słuza nie spełnia swej zasadniczej funkcji. Dyrektor wyjaśnił: *Wskazana sala nie należy do traktu porodowego. Lokalizacja słuzy, pomieszczenia ograniczone służą i usytuowanie stanowiska personelu medycznego dla pacjentek tej części oddziału wynikają z warunków przestrzennych (oddział generalnie remontowany i przebudowany w 2011 r.). Drzwi słuzy umywalkowo-fartuchowej mają pozostawać zamknięte.*

(akta kontroli, str. 460-464)

Oddział miał bezpośredni dostęp do windy, którą mogły być transportowane pacjentki. Do wejścia do części ginekologicznej Oddziału również prowadzi słuza umywalkowo-fartuchowa. W części tej znajdowało się pięć pokoi łóżkowych dla pacjentek. Pięć łóżek znajdujących się w salach chorych<sup>22</sup> w części ginekologicznej Oddziału, wbrew wymogowi wynikającemu z § 18 ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą<sup>23</sup>, nie miało dostępu z trzech stron. Dyrektor Naczelny wyjaśnił: *Poza wymienionymi łózkami, pozostałe posiadają dostęp z trzech stron w tym dwóch dłuższych. Łóżka bez takiego dostępu stanowią rezerwę wykorzystywaną w sytuacji, gdy lekarz staje przed dylematem odmowy pacjentce pomocy w związku z brakiem łóżek. Mniejszym złem wydaje się wtedy umieszczenie kobiety na łóżku z ograniczonym dostępem niż nieprzyjęcie bądź transport (np. w sytuacji ryzyka) do innego szpitala. W miarę dostępności innych łóżek pacjentki są na nich umieszczane. Fakt obecności takich łóżek wynika z dynamicznie zmieniających się ilości przyjęć kobiet (obecnie w okresie pandemii hospitalizujemy kobiety ze Starachowic i okolic) i konieczności zapewnienia wszystkim pomocy i ratowania życia i zdrowia w istniejących warunkach lokalowych.*

(akta kontroli, str. 460-464)

Biorąc pod uwagę powyższe wyjaśnienia, obecną sytuację epidemiczną oraz to, że nieprzestrzeganie przez Szpital ww. wymogu nie stanowi istotnego zagrożenia dla bezpieczeństwa oraz naruszenia prywatności i godności hospitalizowanych pacjentek, NIK nie formułuje nieprawidłowości w tym zakresie.

W pokojach łóżkowych zapewniono bezpośredni dostęp do światła dziennego. W części ginekologicznej znajdowało się także pomieszczenie higieniczno-sanitarne przystosowane dla osób niepełnosprawnych. W gabinecie zabiegowym w odcinku ginekologicznym, w którym przeprowadzane są m.in. zabiegi łyżeczkowania jamy macicy (w tym pacjentek po niepowodzeniach położniczych), ulokowanie fotela ginekologicznego zapewniało intymność pacjentki. Wszystkie pomieszczenia Oddziału poddane oględzinom były czyste i panowały w nich higieniczne warunki. Na tablicy informacyjnej Oddziału zamieszczono informacje o możliwości skorzystania z opieki duchownego oraz informacje kontaktowe do psychologa.

(akta kontroli, str. 465-472)

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

- dokumentacja indywidualna 47 pacjentek, zgodnie z § 8 ust. 1 pkt 1 i 2 rozporządzenia w sprawie dokumentacji medycznej 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 (od 13 pacjentek nie

<sup>22</sup> Sale nr 2, 3, 4, 5.

<sup>23</sup> Dz. U. poz. 595.

- odebrano wymaganego oświadczenia, o czym szerzej w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*);
- w dokumentacji 58 pacjentek zgodnie z § 8 ust. 1 pkt 3 ww. rozporządzenia zamieszczono oświadczenie o wyrażeniu zgody na przeprowadzenie badania lub udzielenie innego świadczenia zdrowotnego (od dwóch pacjentek nie odebrano wymaganego oświadczenia, o czym szerzej w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*);
  - stosownie do § 15 pkt 1 rozporządzenia w sprawie dokumentacji medycznej, do historii choroby w każdym przypadku dołączano karty indywidualnej opieki prowadzonej przez położną, karty obserwacji, karty gorączkowe, karty zleceń lekarskich, karty informacyjne z leczenia szpitalnego, wyniki badań diagnostycznych wraz z opisem, wyniki konsultacji, a w przypadku pacjentek, u których dokonywano zabiegu łyżeczkowania, instrumentalnej kontroli jamy macicy po porodzie lub cięcia cesarskiego - również karty przebiegu znieczulenia. Strony dokumentacji 38 pacjentek były ponumerowane (numeracji nie prowadzono dla 22 dokumentacji, o czym szerzej w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*);
  - w kartach informacyjnych z leczenia szpitalnego ośmiu pacjentek spośród 55, którym przeprowadzono zabieg łyżeczkowania jamy macicy zawarto informację o dacie wykonania zabiegu, stosownie do zapisów § 24 ust. 3 pkt 3 ww. rozporządzenia;
  - 50 z 55 pacjentek, którym przeprowadzono zabieg łyżeczkowania jamy macicy wyraziło zgodę na jego przeprowadzenie, zgodnie z wymogami cz. VII ust. 3 pkt 5 lit.d załącznika do rozporządzenia 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, połogu, w przypadkach występowania określonych powikłań oraz opieki nad kobietą w sytuacji niepowodzeń położniczych lub w cz. XV ust. 3 pkt 6 lit.d załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej, a także procedur L-7 *Lista procedur wymagających świadomej zgody pacjenta* oraz L-42 *Świadoma zgoda pacjenta na poddanie się procedurom medycznym proponowanym w trakcie leczenia w szpitalu ZOZ w Ostrowcu Świętokrzyskim* (od pięciu nie uzyskano takiej zgody, o czym szerzej w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*);
  - u 52 z 55 pacjentek, którym przeprowadzono zabieg łyżeczkowania jamy macicy, zabieg ten odbył się w znieczuleniu;
  - żadnej pacjentce nie wydano skierowania uprawniającego do skorzystania z konsultacji psychologicznej po opuszczeniu Szpitala.

(akta kontroli str. 264-291)

W kontrolowanym okresie Szpital zatrudniał czterech psychologów:

- młodszego asystenta psychologa (do 22 lipca 2019 r.) w wymiarze pełnego etatu, przypisanego go gabinetu psychologa i wszystkich szpitalnych oddziałów;
- młodszego asystenta psychologa (do 1 września 2019 r.) w wymiarze 50% etatu, przypisanego do gabinetu psychologa i Oddziału Rehabilitacyjnego;
- młodszego asystenta psychologa na czas określony, od 1 czerwca 2019 r. do 31 sierpnia 2020 r. w wymiarze 50% etatu na Oddziale Neonatologii i 50% etatu na Oddziale Rehabilitacji Neurologicznej;

- młodszego asystenta psychologa na czas określony, od 22 lipca 2019 r. do 21 lipca 2021 r., zatrudnionego na Oddziale Udarowym (37% etatu), w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicznym (50% etatu) i Oddziale Rehabilitacji Ogólnoustrojowej (13% etatu).

Pacjentkom doświadczającym niepowodzeń położniczych, pomocy psychologicznej udzielała zatrudniona do 22 lipca 2019 r. psycholog przypisana do wszystkich specjalistycznych oddziałów, a od 1 czerwca 2019 r. – psycholog zatrudniona na czas określony na oddziałach Neonatologii i Rehabilitacji Neurologicznej.

(akta kontroli str. 293-311)

Skala udokumentowanego wsparcia psychologicznego była niewielka. W całym kontrolowanym okresie w związku z poronieniem, urodzeniem martwego dziecka lub śmiercią dziecka po porodzie wsparcia udzielono dwunastu kobietom. Pomimo że w Szpitalu obowiązywała Procedura LP-5 dotycząca współpracy psychologa z personelem oddziału, to badanie dokumentacji medycznej wykazało, że nie przestrzegano schematu postępowania w niej określonego (co szerzej opisano w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*).

Jedna z dwóch aktualnie zatrudnionych psychologów oświadczyła, że od momentu jej zatrudnienia (tj. od 1 czerwca 2019 r.) tylko raz zgłoszono potrzebę przeprowadzenia konsultacji psychologicznej z Oddziału Gin.-Poł. i była to pacjentka po porodzie przedwczesnym. Dotychczas nie zgłaszano potrzeby konsultacji w przypadku poronień. Ponadto wyjaśniła, że jej zdaniem lekarze zgłaszają te pacjentki, które ewidentnie przeżywają kryzys związany ze swoją sytuacją położniczą. Jak dodała, *tym pacjentkom, które nie uzewnętrzniają swoich emocji, być może konsultacja nie jest proponowana.*

(akta kontroli str. 312-313, 318-319)

W badanej próbie, z porady psychologicznej skorzystało 11 pacjentek, dwie odmówiły konsultacji z psychologiem, zaś z dokumentacji medycznej pozostałych 47 pacjentek wynika, że konsultacji takiej nie zlecono. Pacjentki, które skorzystały z konsultacji psychologa, otrzymywały tę pomoc najczęściej w dniu przyjęcia do Szpitala lub dzień po zabiegu. Dla trzech z 11 ww. pacjentek (27%), konsultacja odbyła się po upływie trzech dni od zabiegu po poronieniu lub martwym porodzie. Dwie pacjentki nie miały możliwości skorzystania ze wsparcia psychologa w godzinach nocnych oraz w sobotę i niedzielę, a przy wypisie nie wydano im skierowań uprawniających do skorzystania z konsultacji psychologicznej po opuszczeniu Szpitala. Potrzebę objęcia pomocą jednej z pacjentek w trakcie całego pobytu w Szpitalu dostrzegł psycholog, a w stosunku do drugiej na pilną potrzebę udzielenia wsparcia przez trzy kolejne dni wskazywał w karcie obserwacji personel pielęgniarski.

W przypadku pierwszej pacjentki<sup>24</sup>, odbyły się dwa spotkania, w tym tylko jedno udokumentowane w historii choroby, a do kolejnych spotkań nie doszło, bowiem pomoc psychologiczna nie jest udzielana w soboty, niedziele i święta. Pacjentka, w poniedziałek rano została wypisana do domu. Płaczliwość i zły stan psychiczny od piątkowej nocy, przez sobotę i niedzielę w kartach oceny pielęgniarskiej wskazywał personel w przypadku drugiej pacjentki<sup>25</sup>. Wsparcia udzielono w poniedziałek. Żadna z pacjentek nie otrzymała skierowania uprawniającego do skorzystania z konsultacji psychologicznej po wypisie ze Szpitala. Nie były także dostępne (choćby na tablicy ogłoszeń) wykazy lokalnych placówek świadczących opiekę w zakresie zdrowia psychicznego, adresy lokalnych miejsc i organizacji

---

<sup>24</sup> Nr KG 29887/2019

<sup>25</sup> Nr KG 11975/2019

udzielających wsparcia, co dawałoby pacjentkom możliwość skorzystania z nich już po opuszczeniu Szpitala.

(akta kontroli str. 264-291)

Asystent psycholog potwierdziła, że weekendy i święta to dni, w które pomoc psychologiczna nie jest dostępna.

(akta kontroli str. 318)

Położna oddziałowa również potwierdziła, że brak jest możliwości konsultacji w dni wolne od pracy i w godzinach nocnych.

(akta kontroli str. 320-322)

Dyrektor wyjaśnił: *W trakcie pobytu pacjentka (KG 11975/2019) była konsultowana psychologicznie. Przeprowadzona była terapia wspierająca. Pacjentka otrzymała wsparcie osób bliskich. Psycholog nie zalecił dalszej pomocy psychologicznej. Z pacjentką (KG 29887/2019) zostały przeprowadzone dwie rozmowy z udziałem psychologa, zawierające wsparcie emocjonalne. W dniu 19 oraz 20 września 2019 r. Co znajduje potwierdzenie w dokumentacji znajdującej się u psychologa. Zdaniem psychologa szpitalnego pacjentka, pomimo trudnej sytuacji, radziła sobie bardzo dobrze. Miała wsparcie swojego partnera. Sytuacja nie spowodowała u niej nadmiernej oraz nieadekwatnej reakcji emocjonalnej. Jeżeli w ocenie psychologa szpitalnego, zaistniałaby konieczność kontynuowania wsparcia psychologicznego po wyjściu ze szpitala, wówczas w karcie pacjentki pojawiłaby się taka informacja. Jeśli jej nie było, oznacza, że pacjentka nie wymagała dalszej pomocy.*

(akta kontroli str. 460-464)

Poprzedni ordynator Oddziału wyjaśnił, że podejście do zapewnienia wsparcia psychologicznego pacjentkom jest jednoznaczne, a nie wszystkie propozycje konsultacji i odmowy terapii psychologicznej zostały właściwie udokumentowane. Teza ta nie znajduje jednak potwierdzenia w wynikach anonimowych ankiet przeprowadzonych wśród pacjentek w badanej próbie. Faktyczna skala przypadków nieudokumentowanych i takich, w których pomocy nie zaproponowano nie była jednak możliwa do ustalenia.

(akta kontroli str. 373, 375, 489-497)

Trzem pacjentkom (w 24, 28 i 32 tygodniu ciąży) zabieg łyżeczkowania jamy macicy po porodzie przedwczesnym wykonano bez znieczulenia. Poprzedni ordynator Oddziału wyjaśnił, że kwalifikacja do znieczulenia po porodzie jest procesem indywidualnym, zależnym od sytuacji położniczej. Czasem znieczulenie ogranicza się do podania leków drogą dożylną ze względu na krwotok położniczy, czasami ograniczona jest dostępność anestezjologa w sytuacjach pilnych.

(akta kontroli str. 264-291, 316)

Spośród 100 pacjentek przyjętych do Oddziału w okresie miesiąca przed rozpoczęciem kontroli, osiem kobiet utraciło ciążę. Pacjentki te, które doświadczyły niepowodzeń położniczych najczęściej umieszczano w salach chorych nr 3 i 4 w odcinku ginekologicznym. Trzy pacjentki po poronieniu i jedną po porodzie przedwczesnym umieszczono w salach razem z kobietami w okresie ciąży lub których ciąża zakończyła się urodzeniem zdrowego dziecka. Poprzedni ordynator Oddziału wyjaśnił, że dąży się do stworzenia pacjentkom warunków stosownych do ich odczuć i dyskomfortu psychicznego. Oddział dysponuje jedną izolatką, a ciężkie stany pacjentek ginekologicznych często wymagają ich izolacji. Oddział, po reorganizacji w 2012 r. spełnia wymogi standardów z 2018 r., które złagodzone w porównaniu do poprzedniej wersji rozporządzenia, stosując zapis w *miarę możliwości nie umieszcza się w sali razem z kobietami w okresie ciąży, bądź położu, których ciąża zakończyła się urodzeniem zdrowego dziecka.*

(akta kontroli, str. 323-329, 373, 375)

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 opóźnić przechodzenie przez kolejne etapy procesu żałoby.

Szpital nie dysponował oddzielnym pomieszczeniem, w którym rodzice mogliby pożegnać się ze zmarłym dzieckiem i nie nawiązywał współpracy z fundacjami lub innymi instytucjami, które wspierają rodziców po stracie.

Dyrektor wyjaśnił: *Zarząd Szpitala z własnej inicjatywy nie podejmował prób nawiązania kontaktów z fundacjami lub innymi instytucjami wspierającymi rodziców po stracie ciąży. Zarząd zawsze odpowiadał pisemnie na pisma wyżej wymienionych, głównie w zakresie danych statystycznych.*

(akta kontroli str. 420-424)

Sposób postępowania ze zwłokami określono w procedurze LP-7 *Postępowanie ze zwłokami w oddziale. Podjęcie decyzji o wykonaniu sekcji zwłok lub jej zaniechaniu*. Procedura ta określała m.in. jakie dokumenty przygotowuje personel szpitalny, w jakim czasie od zgonu należy zgłosić potrzebę przewiezienia zwłok do chłodni i odebrać je z oddziału oraz zasady poświadczania przekazania i odbioru zwłok, zasady i osoby odpowiedzialne za podjęcie decyzji o wykonaniu sekcji zwłok lub odstąpieniu od sekcji.

(akta kontroli str. 217-223)

W praktyce<sup>26</sup>, sposób postępowania ze zwłokami<sup>27</sup> był zróżnicowany a zasady dokumentowania odbiegały od postanowień ww. procedury, o czym szerzej w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*. Z wyjaśnień jedyne go pracownika chłodni<sup>28</sup>, zatrudnionego na stanowisku preparatora wynika, że poza godzinami jego pracy chłodnia otwierana była przez służby ochrony Szpitala, a ciało umieszczane było przez przewoźnika w chłodni. Fakt ten odnotowywano w rejestrze i *Karcie Odbioru Zwłok*. Zwłoki wydawano na podstawie upoważnienia członka rodziny zmarłego dla zakładu pogrzebowego lub w obecności członka rodziny. Jeżeli płód z popłodem przekazywany był w całości do badań histopatologicznych z Oddziału, pracownik chłodni nie był o tym informowany i nie otrzymywał informacji zwrotnej po zakończeniu badań.

(akta kontroli str. 333-336)

Położna oddziałowa wyjaśniła, że instrumentariuszka lub położna z odcinka ginekologii obecna przy zabiegu łyżeczkowania, materiał uzyskany w wyniku tego zabiegu umieszczala w specjalnych pojemnikach z formaliną, przy czym płody umieszczano w oddzielnych pojemnikach. Całość materiału, który podlegał wysłaniu do badań, razem z płodem opisywano i pozostawiano w gabinecie zabiegowym, w specjalnym koszyku umieszczonym na lodówce. Dwa razy w tygodniu, tak przygotowane preparaty były przekazywane do punktu odbioru zlokalizowanego przy Zakładzie Opiekuńczo-Lecznym za pokwitowaniem.

(akta kontroli str. 337)

---

<sup>26</sup> Według stanu na dzień 5 marca 2020 r.

<sup>27</sup> Zgodnie z § 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 7 grudnia 2001 r. w sprawie postępowania ze zwłokami i szczątkami ludzkimi, za zwłoki uważa się ciała osób zmarłych i dzieci martwourodzonych, bez względu na czas trwania ciąży.

<sup>28</sup> Od 1 czerwca 2020 r. ZOZ w Ostrowcu Św. wydzierżawił część nieruchomości wraz z budynkiem chłodni na rzecz Zakładu Usług Pogrzebowych Sp. z o.o. (umowa nr 2/DT/2020 r. z dnia 27 kwietnia 2020 r.) Umowa została zawarta na okres trzech lat (od 1 czerwca 2020 r. do 31 maja 2023 r.). Z dniem podpisania umowy na podstawie art. 23<sup>1</sup> Kodeksu pracy, dzierżawca przejął pracownika chłodni zatrudnionego na podstawie umowy o pracę.

Szpital zawierał umowy z firmą zewnętrzną na przewóz zwłok do szpitalnej chłodni oraz umowy na wykonywanie sekcji zwłok i badań histopatologicznych<sup>29</sup>. Umowy dotyczące badań histopatologicznych<sup>30</sup> przewidywały prowadzenie badań próbek materiałów, odbieranych dwa razy w tygodniu na koszt zleceniobiorcy oraz udostępnianie pojemników do przechowywania i przewożenia materiału. Umowy te nie przewidywały prowadzenia badań histopatologicznych płodów i nie zawierały także zapisów dotyczących sposobu postępowania z otrzymanym materiałem.

(akta kontroli str. 339-354)

W Szpitalu do 5 marca 2020 r. nie wprowadzono wzoru oświadczenia o zamiarze skorzystania z prawa do pochówku lub o rezygnacji z tego prawa i stosowano niejednolite podejście do dokumentowania decyzji matki co do zabrania w celu pochówku lub pozostawienia płodu w Szpitalu. Analiza 18 przypadków poronień i dwóch martwych urodzeń wykazała, że w dokumentacji medycznej 12 z nich brak było oświadczeń dotyczących sposobu postępowania ze zwłokami/szczałkami płodu lub martwourodzonego dziecka, przy czym tylko w dokumentacji dwóch pacjentek znajdowały się *Karty Odbioru Zwłok*, a zwłoki martwourodzonych dzieci wydano rodzicom z chłodni. Szerzej na ten temat w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 272-291)

Szpital wbrew obowiązującym przepisom przekazał podmiotowi wykonującemu badania histopatologiczne 12 płodów nie mając ku temu żadnej podstawy (ani umowa z podmiotem, ani obowiązujące przepisy nie przewidują przekazywania płodów do badań histopatologicznych). Szerzej na ten temat w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 272-291, 356-371)

Niektóre pacjentki, które złożyły pisemne lub ustne oświadczenie o niekorzystaniu z prawa do pochówku wprowadzono w błąd. Wyrażały one bowiem zgodę na skremowanie płodu lub zgodę na przesłanie płodu do badań histopatologicznych. Płody, wraz z innymi odpadami biologicznymi zostały poddane utylizacji przez firmę zajmującą się utylizacją materiałów biologicznych (szerzej na ten temat w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*).

(akta kontroli, str. 272-291, 362, 498-525)

Z informacji przekazanej przez prezydenta miasta Ostrowca Świętokrzyskiego wynika, że w latach 2017-2019 gmina nie zorganizowała pochówków dzieci martwourodzonych w Szpitalu oraz nie ponosiła kosztów związanych z organizacją takich pochówków. Ponadto prezydent miasta poinformował: *Obecnie Dyrekcja Zespołu Opieki Zdrowotnej w Ostrowcu Świętokrzyskim zwróciła się w wnioskiem o opracowanie procedur związanych z pochówkiem dzieci martwo urodzonych, a to na skutek – jak nam wiadomo – kontroli prowadzonej tam przez NIK.*

(akta kontroli, str. 485-488)

Do Szpitala nie wpływały skargi, a Szpital nie był stroną postępowania sądowego dotyczącego sposobu sprawowania opieki nad pacjentkami, które poroniły, urodziły martwe dziecko lub którym dziecko zmarło wkrótce po porodzie.

(akta kontroli str. 330, 528 )

Do 20 losowo wybranych pacjentek hospitalizowanych w Szpitalu w latach 2017-2019 z powodu poronienia wysłano prośbę o udzielenie informacji (na załączonym druku) na temat uzyskanej opieki. O opinię poproszono także pacjentki hospitalizowane w trakcie kontroli NIK. Otrzymano zwrotnie osiem ankiet. Trzy kobiety wskazały, że podpisywały ogólną zgodę na wszystkie zabiegi, a pięć

<sup>29</sup> Stan na dzień 5 marca 2020 r.

<sup>30</sup> W całym kontrolowanym okresie badania histopatologiczne wykonywał ten sam podmiot.

o zgodę były pytane każdorazowo. Cztery pacjentki wskazały, że z inicjatywy Szpitala miały możliwość skorzystania z pomocy psychologa. Pozostałe cztery nie miały takiej możliwości. Trzy kobiety miały zastrzeżenia dotyczące życzliwości i wyrozumiałości personelu medycznego, pozostałe traktowano życzliwie i z empatią. Cztery kobiety miały możliwość pożegnania zmarłego dziecka w obecności bliskich, jedna wskazała, że nie wiedziała o takiej możliwości, jedna z kobiet nie miała możliwości pożegnania dziecka, choć wyrażała taką wolę, a jedna nie wyrażała takiej woli. Cztery pacjentki otrzymaną opiekę oceniły jako bardzo dobrą, jedna jako dobrą, a trzy – jako wystarczającą.

(akta kontroli str. 489-497)

Stwierdzone  
nieprawidłowości

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

1. Tryb udzielania pomocy psychologicznej był niezgodny z wymogami określonymi w wewnętrznej procedurze LP-5 *Zasady współpracy psychologa z personelem oddziałów dotyczące oceny stanu psychicznego pacjenta*, poprzez naruszenie punktów 2, 4, 5, oraz od 6 do 9 ww. procedury, zgodnie z którymi: psycholog przeprowadza wywiad kliniczny z pacjentem i jego rodziną (pkt 2); psycholog przedstawia zespołowi multidyscyplinarnemu opinię o stanie psychicznym pacjenta (dokumentuje w historii choroby) (pkt 4); przedstawia pacjentowi i jego rodzinie plan terapii (pkt 5); zasięga od personelu medycznego oddziału informacji zwrotnej o zachowaniu pacjenta w trakcie terapii (pkt 6); w oparciu o wywiad dokonuje ewentualnej korekty planu terapii psychologicznej (pkt 7); psycholog przeprowadza w oddziałach szkolenia dotyczące: obserwacji psychologicznych potrzeb pacjenta i jego stanu emocjonalnego wynikającego z jego choroby i hospitalizacji, komunikacji interpersonalnej i umiejętności potrzebnych w procesie pomagania (pkt 8); przy wypisie psycholog proponuje pacjentowi i zgłasza lekarzowi ewentualną potrzebę czy konieczność dalszych badań psychologicznych czy specjalistycznych lub systematycznej terapii psychologicznej (pkt 9). Psycholog ww. czynności wykonywał w odmienny od opisanego sposób.

Asystent psycholog wyjaśniła: *procedura ta jest nieaktualna i obecnie jest w fazie aktualizacji. Tryb postępowania wygląda następująco: po otrzymaniu zgłoszenia o potrzebie konsultacji (pisemnie lub telefonicznie), analizujemy zasoby czasowe. Jeden z psychologów udaje się do lekarza zlecającego w celu uzyskania dodatkowych informacji. Następnie przeprowadzana jest rozmowa z pacjentką. W zależności od sytuacji, ustalana jest strategia dalszego postępowania. Może to być jednorazowa rozmowa wspierająca, cykliczne spotkania w trakcie pobytu pacjentki, ocena stanu psychicznego. Aktualnie nie ma takiej praktyki, aby psycholog informował pacjentki o miejscach poza Szpitalem, w których możliwe jest skorzystanie z pomocy psychologicznej.*

Asystent psycholog wyjaśniła ponadto, że nie prowadziła w oddziałach szkoleń dotyczących obserwacji psychologicznych potrzeb pacjenta i jego stanu emocjonalnego, komunikacji interpersonalnej i umiejętności potrzebnych w procesie pomagania, o których mowa w pkt 8 procedury LP-5.

(akta kontroli str. 318-319)

Dyrektor wyjaśnił: *Pomoc psychologiczna pacjentkom oddziału udzielana jest zgodnie z wymogami procedury. Każdorazowo zgłaszana jest konieczność interwencji psychologa przez zespół lekarsko-pielęgniarski zgodnie z pkt 1. Zakres pomocy, kontakt z rodziną, formę pomocy i ewentualne postanowienie o dalszej terapii, ustala psycholog, oceniając stan pacjentki i jej prawo do skorzystania bądź nie z tej formy pomocy. Każdorazowo psycholog wydaje opinie i omawia ją*

*z lekarzem. Procedura nie przewiduje wezwań psychologa poza godzinami jego pracy i nie omawia trybu postępowania w dni świąteczne i w godzinach nocnych. W dni wolne pomoc i wsparcie psychologiczne zapewniają lekarze dyżurni i personel średni, który w trakcie nauki szkolnej czy akademickiej przechodzi szkolenie z psychologii klinicznej i pomocy w sytuacjach kryzysowych jaką jest poronienie. Może zaistnieć sytuacja, że w ocenie pacjentki wsparcie nie jest adekwatne do jej oczekiwań, ale nawet wysokospecjalistyczna terapia psychologiczna nie daje efektu u 100% pacjentów, gdyż dotyczy sfery emocjonalnej, nie zmian organicznych, które można usunąć.*

(akta kontroli str. 460-464)

NIK nie podziela poglądu Dyrektora, iż pomoc psychologiczna udzielana była zgodnie z wymogami procedury. Na odmienny od opisanego w procedurze tryb wskazuje w szczególności psycholog udzielająca tego wsparcia pacjentkom.

2. Dokumentacja medyczna pacjentek nie zawierała wszystkich wymaganych przepisami rozporządzenia w sprawie dokumentacji medycznej elementów, bowiem:
- w dokumentacji 13 pacjentek nie zamieszczono ani nie dołączono do niej ich oświadczenia o upoważnieniu do uzyskiwania informacji o stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych, do uzyskiwania dokumentacji, ze wskazaniem imienia i nazwiska osoby upoważnionej. Stanowiło to naruszenie § 8 ust. 1 pkt 1 i 2 rozporządzenia w sprawie dokumentacji medycznej<sup>31</sup>. Z § 8 ust. 3 ww. rozporządzenia wynika, że w przypadku, gdy pacjent nie złożył oświadczenia, o którym mowa wyżej, adnotację o tym zamieszcza się w dokumentacji indywidualnej wewnętrznej. Adnotacji takiej nie zawierała żadna z 13 ww. dokumentacji;
  - w dokumentacji dwóch pacjentek nie zamieszczono ani nie dołączono do niej ich oświadczenia o wyrażeniu zgody na przeprowadzenie badania lub udzielenie innego świadczenia zdrowotnego, co było niezgodne z § 8 ust. 1 pkt 3 ww. rozporządzenia<sup>32</sup>;
  - dokumentacja 22 pacjentek nie miała ponumerowanych stron, czym naruszono § 5 ww. rozporządzenia<sup>33</sup>. Z przepisu tego wynika, że strony w dokumentacji prowadzonej w postaci papierowej są numerowane i stanowią chronologicznie uporządkowaną całość, zaś w przypadku sporządzania wydruku z dokumentacji prowadzonej w postaci elektronicznej, strony wydruku są numerowane;
  - w karcie informacyjnej z leczenia szpitalnego 47 pacjentek spośród 55, którym wykonano zabieg łyżeczkowania jamy macicy w karcie informacyjnej z leczenia szpitalnego nie zamieszczono daty wykonania zabiegu, co było niezgodne z § 24 ust. 3 pkt 3 ww. rozporządzenia<sup>34</sup>. Przepis ten wskazuje, że karta informacyjna zawiera m.in. opis zastosowanego leczenia, a w przypadku wykonania zabiegu lub operacji – datę wykonania.

(akta kontroli, str. 264-291)

<sup>31</sup> Obecnie wymóg taki wynika z § 8 ust. 1 pkt 1 i 2 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), obowiązującego od 15 kwietnia 2020 r. (dalej: rozporządzenie w sprawie dokumentacji medycznej z 2020 r.).

<sup>32</sup> Aktualnie wymóg ten określony został w § 8 ust. 1 pkt 3 rozporządzenia w sprawie dokumentacji medycznej z 2020 r.

<sup>33</sup> Aktualnie reguluje to § 6 ust. 1 rozporządzenia w sprawie dokumentacji medycznej z 2020 r.

<sup>34</sup> Aktualnie wymóg ten określony został w § 21 ust. 4 pkt 3 rozporządzenia w sprawie dokumentacji medycznej z 2020 r.



Poprzedni ordynator Oddziału wyjaśnił, że odstępstwa w sposobie prowadzenia dokumentacji są dowodem niestaranności osób tworzących te dokumenty.

(akta kontroli, str. 317)

Dyrektor wyjaśnił: *Niemożliwym jest udzielenie szczegółowej odpowiedzi na każdy osobny podpunkt. Ogólnie należy opowiedzieć, że wynika to z niedoskonałości stworzonych w Szpitalu procedur postępowania, w niektórych przypadkach braku przestrzegania procedur już istniejących i błędów ludzkich, braku skutecznego nadzoru nad prawidłowością dokumentacji medycznej. Od dwóch miesięcy w Oddziale zmienił się kierownik, a w Szpitalu nastąpiła zmiana na stanowisku pielęgniarki ds. jakości. Jesteśmy na etapie zatwierdzenia nowo sporządzonej procedury w oparciu o aktualne przepisy prawa. Liczne krytyczne uwagi zawarte w protokole NIK będą przydatne do udoskonalenia procedur i pomogą w przestrzeganiu ich przez personel. Nasiloną będzie również kontrola wewnętrzna dokumentacji medycznej.(...) W celu kontroli nad dokumentacją medyczną – od 1 lipca 2020 r. zmieniliśmy podległość sekretarek medycznych z kierownika oddziału na kierownika Działu Statystyki.*

(akta kontroli, str. 420-424)

NIK zauważa, że stosownie do art. 6 ust. 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta<sup>35</sup>, pacjent ma prawo do świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej. Zapewnieniu tego prawa służy m.in. rzetelne prowadzenie dokumentacji medycznej, która jest źródłem informacji o pacjencie. Proces ten ma istotne znaczenie, ponieważ nie tylko odzwierciedla czynności podejmowane wobec pacjenta przez personel medyczny, ale stanowi także formę wzajemnego przekazywania informacji o jego stanie zdrowia w trakcie procesu diagnostyczno-terapeutycznego. Nieprzestrzeganie obowiązku dokonywania wymaganych wpisów, szczególnie w sytuacji, gdy z dokumentacji korzysta więcej niż jeden lekarz, utrudnia rzetelną analizę problemów zdrowotnych pacjenta oraz uniemożliwia przypisanie odpowiedzialności za leczenie pacjenta.

3. W trakcie hospitalizacji 10 niżej wskazanych pacjentek naruszono wymogi określone w cz. VII ust. 3 pkt 4, pkt 5 lit.d oraz pkt 6 rozporządzenia 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<sup>36</sup> lub wymogi określone w cz. XV ust. 3 pkt 4, pkt 6 lit.d oraz pkt 7 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej.

Przepisy te stanowią, że *pacjentce umożliwia się branie udziału w podejmowaniu świadomych decyzji, związanych z koniecznym postępowaniem diagnostyczno-terapeutycznym, osoba sprawująca opiekę oraz inne osoby uczestniczące bezpośrednio w udzielaniu świadczeń zdrowotnych nad kobietą, w szczególności (...) każdorazowo uzyskują zgodę rodzącej na wykonanie zabiegów i badań, jak również, że kobiecie udziela się wyczerpującej informacji na temat stanu jej zdrowia.*

a) Pacjentce (Ks. gł. 3003/2017), przyjętej bez tętna płodu w 32 tygodniu ciąży wręczono plan porodu, którego zapisy naruszały ww. wymogi. Plan ten nie został dostosowany do indywidualnej sytuacji położniczej pacjentki. Dokument

<sup>35</sup> Dz. U. z 2020 r. poz. 849.

<sup>36</sup> Dz. U. poz. 2007.

przewidywał: w I okresie porodu ocenę akcji serca płodu, osłuchiwanie, wykonanie zapisu KTG. W II i III okresie porodu przewidziano osłuchiwanie akcji serca płodu, wybór pozycji w czasie porodu, a w IV okresie porodu - kontakt matki z noworodkiem zaraz po porodzie: skóra do skóry oraz przystawianie noworodka do piersi. Pacjentka plan ten opatrzyła własnym podpisem.

(akta kontroli, str. 292)

Poprzedni ordynator Oddziału wyjaśnił: *niekontrolowany wzrost dokumentacji (...) doprowadził do niezasadnego zamieszczenia planu porodu. Jest to niestosowność.*

(akta kontroli, str. 313, 316)

- b) Pacjentce (Ks. gł. 3750/2017), wręczono do podpisu formularz zgody na cięcie cesarskie, w sytuacji, gdy jednocześnie wręczono jej odrębne formularze świadomej zgody na prowokację poronienia, wyłyżeczkowanie w znieczuleniu ogólnym i kontrolę jamy macicy.

(akta kontroli, str. 264-291)

Poprzedni ordynator Oddziału wyjaśnił: *błędne zamieszczenie formularzy jest przykładem niezamierzonego błędu, bez jakichkolwiek konsekwencji medycznych czy etycznych.*

(akta kontroli, str. 316)

Zdaniem NIK, powyższe wprowadzało pacjentkę w błąd, bowiem nie było jasne, na jaki ostatecznie zabieg lub operację pacjentka wyraża zgodę.

- c) Od pięciu spośród 60 pacjentek, których dokumentację objęto badaniem w trakcie kontroli, nie uzyskano zgody na wykonanie zabiegu wyłyżeczkowania jamy macicy po poronieniu<sup>37</sup>. Zabieg, w każdym z tych przypadków został wykonany. Stanowiło to jednocześnie naruszenie wewnętrznych procedur L-7 *Lista procedur wymagających świadomej zgody pacjenta* oraz L-42 *Świadoma zgoda pacjenta na poddanie się procedurom medycznym proponowanym w trakcie leczenia w szpitalu ZOZ w Ostrowcu Świętokrzyskim.*

(akta kontroli, str. 224-226, 239-241, 264-291)

Poprzedni ordynator Oddziału jako przyczynę wskazał brak staranności dokumentacyjnej.

(akta kontroli, str. 316)

- d) Od trzech pacjentek, u których przeprowadzono farmakologiczną indukcję poronienia<sup>38</sup>, nie uzyskano na ten tryb postępowania odrębnej zgody tak, jak w przypadku pozostałych kobiet.

(akta kontroli, str. 264-291)

Poprzedni ordynator Oddziału jako przyczynę wskazał brak staranności dokumentacyjnej.

(akta kontroli, str. 316, 420-424)

Dyrektor wśród przyczyn tych nieprawidłowości wymienił: *niedoskonałość stworzonych w Szpitalu procedur postępowania, w niektórych przypadkach brak przestrzegania procedur już istniejących i błędów ludzkich, brak skutecznego nadzoru nad prawidłowością dokumentacji medycznej.*

4. Dokumentowanie odbioru zwłok płodów i dzieci martwourodzonych następowało z naruszeniem postanowień określonych w części I pkt 10 i 18 procedury *Postępowanie ze zwłokami w oddziale. Podjęcie decyzji o wykonaniu sekcji zwłok lub jej zaniechaniu.* Pkt 10 stanowi, że pielęgniarka wypełnia Kartę

<sup>37</sup> Ks. gł. 4347/2017; 16053/2017; 19323/2017; 346/2019; 4432/2019.

<sup>38</sup> Ks. gł. 5655/2017; 4775/2019; 29887/2019.

*Odbioru Zwołok* do chłodni w trzech egzemplarzach. Karta zawiera m.in. datę, imię i nazwisko, podpis i pieczętkę pielęgniarki sporządzającej kartę i przekazującej zwłoki, czytelny podpis odbierającego zwłoki (transport) oraz czytelny podpis przyjmującego zwłoki do chłodni. W pkt 18 wskazano, że poświadczenie przekazania i odbioru zwłok dokonywane jest własnoręcznym podpisem pielęgniarki i osoby odbierającej zwłoki na karcie odbioru zwłok. Oryginał i jedną kopię Karty otrzymuje osoba odbierająca, druga kopia pozostaje w historii choroby zmarłego. Tymczasem:

- a) w ośmiu z 60 objętych badaniem NIK historiach choroby pacjentek, wbrew ww. postanowieniom nie zamieszczono karty odbioru zwłok;
- b) karty odbioru zwłok (płodów i dzieci martwourodzonych) zamieszczone w historiach choroby sześciu pacjentek wypełniano niezgodnie wymogami opisanymi w części I pkt 10 i 18 ww. procedury (brak dat przekazania lub odbioru, brak imienia i nazwiska lub podpisu odbierającego)
- c) w większości kart, podpis odbierającego był nieczytelny.

(akta kontroli, str. 217-222, 264-291)

Położna oddziałowa wyjaśniła: *nie jesteśmy w stanie wyegzekwować od firmy zewnętrznej stosowania się do procedury.*

(akta kontroli, str. 322)

Poprzedni ordynator Oddziału jako przyczynę wskazał niestaranność osób wypełniających druki.

(akta kontroli, str. 316)

Brakujące karty odbioru zwłok przedłożono kontrolerowi w trakcie kontroli NIK.

W związku z wydzierżawieniem od 1 czerwca 2020 r. części nieruchomości wraz z budynkiem chłodni na rzecz Zakładu Usług Pogrzebowych Sp. z o.o. i przejęciem przez dzierżawcę pracownika chłodni, istnieje konieczność opracowania procedury dostosowanej do nowych rozwiązań organizacyjnych.

5. W Szpitalu stosowano niejednolite podejście do dokumentowania decyzji matki co do skorzystania lub rezygnacji z prawa do pochówku, co było działaniem nierzetelnym.

Analiza 18 przypadków poronień i dwóch martwych urodzeń wykazała, że:

- dwie pacjentki (w tym w imieniu jednej - upoważniony członek rodziny) złożyły oświadczenie o rezygnacji z prawa do pochówku (jedna podjęła decyzję o skremowaniu płodu, a druga wyraziła zgodę na przesłanie płodu do badań histopatologicznych);
- w dokumentacji czterech pacjentek personel medyczny dokonał adnotacji o złożeniu ustnego oświadczenia (trzy pacjentki zrzekły się prawa do pochówku, przy czym jedna z nich wyraziła zgodę na przeprowadzenie badań histopatologicznych płodu, a czwarta pacjentka oświadczyła, że zamierza skorzystać z prawa do pochówku);
- w dokumentacji medycznej 12 pacjentek brak było jakichkolwiek oświadczeń dotyczących sposobu postępowania ze zwłokami/szczałkami płodu lub martwourodzonego dziecka. Do dokumentacji dwóch z nich dołączono *Karty Odbioru Zwołok*, a zwłoki wydano rodzicom z chłodni. W pozostałych dziesięciu przypadkach całość pozyskanego w wyniku łyżeczkowania jamy macicy materiału, w tym siedem płodów przekazano do badań histopatologicznych.

Udzielane informacje mogły wprowadzać pacjentki w błąd, bowiem wyrażając zgodę na przeprowadzenie badań histopatologicznych płodu lub zrzekając się prawa do

pochówku i wyrażając zgodę na kremację nie miały świadomości, że płody poddane zostaną utylizacji wraz z innymi odpadami medycznymi.

(akta kontroli, str. 264-291)

Poprzedni ordynator Oddziału wyjaśnił: *dokumentowanie tej decyzji jest jednoznacznie określone wpisem w historii choroby. Decyzja pacjentki powinna być potwierdzona podpisem pacjentki lub osoby upoważnionej.*

(akta kontroli, str. 316)

Dyrektor wyjaśnił: *Wprowadzenie nowej procedury opartej o aktualne przepisy prawa ujednolici podejście do wszystkich przypadków.*

(akta kontroli, str. 420-424)

6. Szpital przekazał podmiotowi wykonującemu badania histopatologiczne 12 płodów (od 11 do 20 tygodnia ciąży). W wyniku takiego działania Szpital naruszył art. 28 ust. 1 pkt 2 lit.a ustawy o działalności leczniczej, zgodnie z którym szpital jest zobowiązany do należytego przygotowania zwłok poprzez ich umycie i okrycie, z zachowaniem godności należnej osobie zmarłej, w celu ich wydania osobie lub instytucji uprawnionej do ich pochowania. W konsekwencji takiego postępowania Szpitala uniemożliwiono dokonanie pochówku zwłok przez właściwą gminę, zgodnie z art. 10 ust. 3 ustawy z dnia 31 stycznia 1959 r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych<sup>39</sup>. Podkreślenia wymaga, że § 2 rozporządzenia w sprawie postępowania ze zwłokami i szczątkami ludzkimi, stanowi, iż za zwłoki uważa się ciała osób zmarłych i dzieci martwourodzonych, bez względu na czas trwania ciąży. Z ustaleń kontroli wynika bowiem, że podmiot wykonujący badania przekazał zwłoki dziecka do utylizacji (kremacji) firmie zajmującej się utylizacją materiałów biologicznych.

(akta kontroli, str. 272-291, 355-371, 473-482)

Poprzedni Ordynator Oddziału wyjaśnił, że nigdy nie zwracał się o zwrot płodu w celu pochówku. Dodał także, że jako Kierownik Oddziału nie był stroną umowy z placówką wykonującą badania histopatologiczne i nie jest mu znana jej treść. Odnosząc się do przyczyn przesyłania płodów do badań, w tym także w sytuacji gdy pacjentka nie złożyła żadnego oświadczenia dotyczącego korzystania z prawa do pochówku wyjaśnił: *do badań (...) przekazywane są płody/resztki po poronieniach, co jest warunkowane wskazaniem medycznymi. Płody „wysokich poronień” kierowane są do Prosektorium celem wykonania sekcji. Braki dokumentacyjne były skutkiem niedociągnięć organizacyjnych, a nie błędem ustalonych zasad.*

(akta kontroli, str. 374)

Dyrektor ds. Lecznictwa Adam Karolik wyjaśnił: *Taki sposób postępowania był konsekwencją wieloletniego sposobu postępowania i wieloletnich nawyków ludzkich. Był również konsekwencją nieśledzenia zmieniających się przepisów prawa, co oczywiście jest zaniedbaniem ze strony szpitala.*

(akta kontroli, str. 526)

Prezes Zarządu spółki wykonującej badania histopatologiczne poinformowała, że w żadnym z tych przypadków Szpital nie zwrócił się pisemnie o wydanie materiałów w celu pochówku. W związku z tym, po upływie trzymiesięcznego okresu przechowywania materiałów, materiał, w tym płody przekazano firmie zajmującej się utylizacją materiałów biologicznych zgodnie z zawartą umową. Członek Zarządu tej spółki wyjaśniła, że wszystkie przekazywane spółce odpady unieszkodliwiono metodą D-10, tj. przekształcanie termiczne na lądzie.

---

<sup>39</sup> Dz. U. z 2019 r. poz. 1473, ze zm.

Tryb udzielania pomocy psychologicznej pacjentkom po poronieniu lub urodzeniu martwego dziecka był niezgodny z zasadami określonymi w wewnętrznej procedurze, nie udzielano też informacji o możliwości uzyskania dalszej pomocy psychologicznej, instytucjach i lokalnych organizacjach udzielających wsparcia osobom w podobnej sytuacji. Dokumentacja medyczna niektórych pacjentek nie zawierała wszystkich wymaganych elementów, takich jak oświadczenia o upoważnieniu do uzyskiwania informacji o stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych, do uzyskiwania dokumentacji, ze wskazaniem imienia i nazwiska osoby upoważnionej, o wyrażeniu zgody na przeprowadzenie badania lub udzielenie innego świadczenia zdrowotnego. Nie zawsze numerowano strony dokumentacji, a w karcie informacyjnej, tylko w sporadycznych przypadkach odnotowywano datę wykonanego zabiegu łyżeczkowania. Nie w każdym przypadku udokumentowano fakt uzyskania zgody na farmakologiczną indukcję poronienia i sam zabieg łyżeczkowania. Wystąpiły też jednostkowe przypadki wręczania dokumentów, które pacjentkę mogły wprowadzać w błąd co do dalszego trybu postępowania. Proces dokumentowania odbioru zwłok lub szczątków płodów lub dzieci martwourodzonych odbiegał od wymogów określonych w wewnętrznej procedurze. W Szpitalu stosowano także niejednolite podejście do dokumentowania decyzji matki co do skorzystania lub rezygnacji z prawa do pochówku. Ponadto, Szpital przekazał podmiotowi wykonującemu badania histopatologiczne 12 płodów (od 11 do 20 tygodnia ciąży), które następnie, wraz z odpadami biologicznymi zostały poddane utylizacji, co było niezgodne z obowiązującymi przepisami i uniemożliwiło dokonanie pochówku zwłok przez właściwą gminę. W Szpitalu, w miarę możliwości organizacyjnych i lokalowych starano się zapewnić odseparowanie pacjentek po stracie dziecka od pacjentek ciężarnych oraz od tych, które urodziły zdrowe dziecko, choć nie zawsze było to możliwe. Na Oddziale udostępniono także ulotki z podstawowymi informacjami dla kobiet po poronieniu.

#### 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. Dokonanie zmiany regulaminu organizacyjnego ZOZ poprzez wskazanie w nim organizacji i zadań poszczególnych jednostek lub komórek organizacyjnych Szpitala.
2. Ustalenie wskaźników opieki okołoporodowej i ich monitorowanie oraz określenie w regulaminie organizacyjnym Szpitala sposobu realizacji tych działań i ich dokumentowania.
3. Dokonywanie bieżącej aktualizacji w *Systemie zarządzania obiegiem informacji* danych o aparaturze i sprzęcie medycznym, przeznaczonym do realizacji umowy z NFZ.
4. Prowadzenie udokumentowanych, systematycznych przyczynowych analiz zgonów płodów, noworodków i ciężkich powikłań okołoporodowych.
5. Przestrzeganie obowiązującej procedury dotyczącej wsparcia psychologicznego lub rozważenie potrzeby jej aktualizacji.
6. Zawieranie w dokumentacji medycznej oświadczenia o upoważnieniu do uzyskiwania informacji o stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach, do uzyskiwania dokumentacji, o wyrażeniu zgody na przeprowadzenie badania lub udzielenie innego świadczenia zdrowotnego, zamieszczanie w historii choroby daty wykonanych zabiegów i numerowanie stron dokumentacji.

7. Umożliwienie pacjentkom podejmowania świadomych decyzji związanych z postępowaniem diagnostyczno-terapeutycznym, poprzez każdorazowe uzyskiwanie zgody na wykonanie zabiegów i badań, a także zapewnienie udzielania wyczerpujących informacji nt. stanu zdrowia oraz możliwości skorzystania/rezygnacji z prawa do pochówku.
8. Sformalizowanie zasad postępowania ze zwłokami adekwatnie do nowych rozwiązań organizacyjnych.
9. Podjęcie odpowiednich działań zapobiegających wystąpieniu sytuacji takiego postępowania ze zwłokami dzieci martwourodzonych, które uniemożliwia dokonanie ich pochówku.

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,      września 2020 r.

Najwyższa Izba Kontroli  
Delegatura w Kielcach  
Dyrektor  
Grzegorz Walendzik

Kontrolerzy  
Marzena Baradziej  
Specjalista kontroli państwowej

.....  
*podpis*

.....  
*podpis*

Kinga Komenda  
Starszy inspektor  
kontroli państwowej

.....  
*podpis*