



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI  
Delegatura w Zielonej Górze

LZG.410.003.04.2020

Pan  
Marek Działoszyński  
Prezes Zarządu  
Szpitala Uniwersyteckiego im. K. Marcinkowskiego  
w Zielonej Górze Spółka z o.o.  
ul. Zyty 26

# WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

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

# I. Dane identyfikacyjne

Jednostka kontrolowana	Szpital Uniwersytecki im. Karola Marcinkowskiego w Zielonej Górze Spółka z o.o., ul. Zyty 26 (dalej: <i>Szpital</i> lub <i>Spółka</i> )
Kierownik jednostki kontrolowanej	Marek Działoszyński, Prezes Zarządu, od 29 sierpnia 2017 r. W okresie objętym kontrolą funkcję kierownika jednostki poprzednio pełnił Stanisław Łobacz, od 12 stycznia 2016 r.
Zakres przedmiotowy kontroli	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Zgodność z przepisami prawa organizowania udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w sytuacjach poronień, martwych urodzeń i zgonów dziecka tuż po porodzie<sup>1</sup>.</li><li>2. Przestrzeganie obowiązujących uregulowań (w tym standardów) dotyczących opieki okołoporodowej w przypadkach poronień, martwych urodzeń lub urodzenia dziecka, które umiera wkrótce po porodzie.</li><li>3. Świadczenia zapewniające pacjentkom stosowną pomoc.</li></ol>
Okres objęty kontrolą	Lata 2017-2020 (do dnia zakończenia kontroli w Szpitalu) z wykorzystaniem dowodów sporządzonych przed tym okresem, jeżeli miały wpływ na działalność jednostki w zakresie objętym kontrolą.
Podstawa prawna podjęcia kontroli	Art. 2 ust. 2 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli <sup>2</sup>
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Zielonej Górze
Kontrolerzy	Beata Jakubowska, doradca prawny, upoważnienie do kontroli nr LZG/16/2020 z 21.01.2020 r. Dorota Rudnicka-Kawa, starszy inspektor kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LZG/17/2020 z 21.01.2020 r.

(akta kontroli str. 1-4)

<sup>1</sup> Należy rozumieć sytuacje, w których dziecko zmarło w szpitalu do 6. doby życia włącznie.

<sup>2</sup> Dz. U. z 2019 r. poz. 489, ze zm., dalej: ustawa o NIK.

## II. Ocena ogólna<sup>3</sup> kontrolowanej działalności

### OCENA OGÓLNA

Szpital zapewnił pacjentkom odpowiednie warunki pobytu, w tym wyposażenia technicznego oraz lokalowego, poza obowiązkiem zagwarantowania odpowiedniego dostępu do łóżek. Przyjęte rozwiązania umożliwiały pacjentkom zachowanie intymności, a doświadczającym niepowodzenia położniczego<sup>4</sup> zagwarantowano warunki odosobnienia od pacjentek, które urodziły lub oczekiwały na urodzenie zdrowego dziecka. Kliniczny Oddział Położniczo-Ginekologiczny (dalej: *Oddział*) wyposażony był w odpowiednią aparaturę i sprzęt medyczny, z których do eksploatacji przeznaczono jedynie posiadające dokumenty potwierdzające dokonanie aktualnych przeglądów technicznych.

W Oddziale zapewniono odpowiednią liczbę lekarzy posiadających wymagane kwalifikacje. Przestrzegano norm dotyczących czasu pracy lekarzy, poza jednostkowym przypadkiem przekroczenia przeciętnego średniotygodniowego wymiaru czasu pracy powyżej 48 godzin w przyjętym okresie rozliczeniowym, pomimo braku zgody wyrażonej na piśmie. Nie dochowano zaś minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych obsadzając o 8,2 etatu mniej niż wynikało to z przyjętych norm.

Rzetelnie prowadzona dokumentacja medyczna odzwierciedlała również przestrzeganie wewnętrznej procedury opracowanej na wypadek niekorzystnego zakończenia ciąży. Stwierdzono pojedynczy przypadek braku zgody pacjentki na operacyjne rozwiązanie ciąży metodą cięcia cesarskiego.

W Szpitalu nie określono i nie ujęto w regulaminie organizacyjnym wskaźników opieki okołoporodowej oraz sposobu ich realizacji, co stanowiło naruszenie przepisów rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej<sup>5</sup>. Podkreślenia wymaga, że powyższą nieprawidłowość wyeliminowano jeszcze w toku kontroli NIK.

Szpital zatrudniał psychologa w wymaganym wymiarze, który udzielał pomocy psychologicznej zdecydowanej większości pacjentek oraz osobom im bliskim. W przypadkach zaś nieudzielenia konsultacji psychologicznej, której Szpital nie zapewniał w weekendy i święta, pacjentki miały możliwość skorzystania po wyjściu ze Szpitala z porad świadczonych przez psychologów w ramach Poradni Ginekologiczno-Położniczej.

<sup>3</sup> Najwyższa Izba Kontroli formułuje ocenę ogólną jako ocenę pozytywną, ocenę negatywną albo ocenę w formie opisowej.

<sup>4</sup> W przypadku poronienia, martwo urodzonego dziecka oraz śmierci dziecka do 6 doby życia.

<sup>5</sup> Dz. U. poz. 1756 – dalej: *rozporządzenie w sprawie Standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej z 2018 r.*

### **III. Opis ustalonego stanu faktycznego oraz oceny cząstkowe<sup>6</sup> kontrolowanej działalności**

Spółka powstała w wyniku połączenia w dniu 18 sierpnia 2017 r. Wojewódzkiego Szpitala Klinicznego im. Karola Marcinkowskiego w Zielonej Górze Sp. z o. o. oraz Poradni Akademickiej Uniwersytetu Zielonogórskiego sp. z o.o., na podstawie art. 492 § 1 pkt 1 ustawy z dnia 15 września 2000 r. Kodeks spółek handlowych<sup>7</sup>, na czas nieoznaczony<sup>8</sup>.

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

1.1. Zgodnie z regulaminem organizacyjnym Szpitala<sup>9</sup>, Oddział - o trzecim poziomie referencyjności - tworzą:

- a) Pion Położniczy w skład, którego wchodzi: sala porodowa, odcinek Rooming-in, Odcinek Patologii Ciąży, szkoła rodzenia;
- b) Pion Ginekologiczny w skład, którego wchodzi: Ginekologia I (patologia wczesnej ciąży, ginekologia zachowawcza, procedury ginekologiczne jednego dnia), Ginekologia II (ginekologia operacyjna i pododdział ginekologii onkologicznej);
- c) Ginekologiczno-Położnicza Izba Przyjęć;
- d) Blok Operacyjny Ginekologiczno-Położniczy;

Do zadań Oddziału należy m.in.:

- ✓ całodobowa diagnostyka i terapia w oddziale oraz opieka nad pacjentkami oddziału,
- ✓ w przypadku leczenia operacyjnego – przygotowanie pacjenta do zabiegu operacyjnego, dostarczanie wymaganej dokumentacji medycznej oraz prowadzenie pooperacyjne pacjenta,
- ✓ diagnostyka ciąży i okresu porodu,
- ✓ całodobowa opieka położnicza,
- ✓ prowadzenie wymaganej dokumentacji medycznej,
- ✓ szkolenie personelu medycznego,
- ✓ wykonywanie innych świadczeń, wynikających z katalogu świadczeń określonych w umowie z NFZ.

Oddziałem kieruje ordynator/kierownik przy współpracy z położnymi oddziałowymi oraz pielęgniarką koordynującą.

<sup>6</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>7</sup> Dz. U. z 2019 r. poz. 505, ze zm.

<sup>8</sup> Kapitał zakładowy Spółki wynosi 10.300 zł i dzieli się na 103 udziały po 100 zł każdy. Udziały zostały objęte w następujący sposób: Uniwersytet Zielonogórski objął 53 udziały, a Województwo Lubuskie - 50 udziałów. Organem reprezentującym jest Zarząd, a sposób reprezentacji ustalono w taki sposób, że do składania oświadczeń w imieniu Spółki uprawniony jest Prezes Zarządu lub Wiceprezes Zarządu łącznie z Prezesem Zarządu lub z prokurentem. Działalność Szpitala według PKD to: praktyka lekarska specjalistyczna oraz działalność Szpitali.

<sup>9</sup> Wprowadzony zarządzeniem nr 88/2019 Prezesa Zarządu Szpitala z dnia 24 kwietnia 2019 r., wcześniej – regulamin organizacyjny wprowadzony zarządzeniem nr 117/2017z dnia 12 września 2017 r. oraz regulamin wprowadzony na podstawie artykułu 6 Aktu przekształcenia SP ZOZ w Spółkę z ograniczoną odpowiedzialnością obowiązującego od dnia 12 stycznia 2016 r.

Pacjentki doświadczające niepowodzenia położniczego hospitalizowane były w szczególności w Pionie Ginekologicznym.

(akta kontroli str. 213-225)

W Szpitalu funkcjonowała procedura postępowania z pacjentkami w przypadku niekorzystnego zakończenia ciąży (zweryfikowana przez kierownika Oddziału 7 maja 2019 r.), obejmująca wskazówki dla personelu medycznego, jak i katalog informacji adresowanych do pacjentek i ich bliskich, opisana w pkt 2.3 wystąpienia pokontrolnego.

W związku z dążeniem Szpitala do uzyskania akredytacji w grudniu 2019 r. oraz styczniu 2020 r. opracowano i zatwierdzono również, tzw. procedury akredytacyjne, tj. standardy postępowania m.in. na wypadek:

- ✓ indukcji poronienia;
- ✓ nagłego zatrzymania krążenia u ciężarnej;
- ✓ ciąży ektopowej;
- ✓ przedwczesnego pęknięcia wód płodowych.

(akta kontroli str. 226-232)

1.2. W Szpitalu urodziło się:

- ✓ w 2017 r. – 2049 noworodków, w tym czworo martwo urodzonych i siedmiu zmarłych do 6 doby życia, wystąpiło 238 przypadków poronień;
- ✓ w 2018 r. – 1907 noworodków, w tym siedmiu martwo urodzonych i pięciu zmarłych do 6 doby życia, wystąpiło 236 przypadków poronień;
- ✓ w 2019 r. – 1610 noworodków, w tym 10 martwo urodzonych i czworo zmarłych do 6 doby życia, wystąpiło 199 przypadków poronień.

(akta kontroli str. 233)

Przyczyną poronień i martwych urodzeń było:

- ✓ w 2017 r.; zdarzenie samoistne – 230 przypadków, wada płodu lub zaburzenie genetyczne – 8 oraz obumarcie wewnątrzmaciczne – 4;
- ✓ w 2018 r.; zdarzenie samoistne – 221 przypadków, wada płodu lub zaburzenie genetyczne – 15 oraz obumarcie wewnątrzmaciczne – 7;
- ✓ w 2019 r.; zdarzenie samoistne – 187 przypadków, wada płodu lub zaburzenie genetyczne – 12, obumarcie wewnątrzmaciczne – 9 oraz indukcja ze wskazań matczynych – 1.

(akta kontroli str. 234-236)

1.3. W okresie objętym kontrolą<sup>10</sup>, Oddział spełniał wymogi dotyczące liczby i kwalifikacji lekarzy określone w rozporządzeniu w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego<sup>11</sup>. Świadczeń zdrowotnych udzielało od 10<sup>12</sup> do 14<sup>13</sup> lekarzy specjalistów w zakresie ginekologii i położnictwa, zatrudnionych w ramach umów cywilnoprawnych oraz od siedmiu<sup>14</sup> do dziesięciu lekarzy<sup>15</sup> zatrudnionych na podstawie umowy o pracę, w tym odpowiednio: sześciu i ośmiu rezydentów, którzy odbywali specjalizację z zakresu położnictwa i ginekologii.

(akta kontroli str. 386-395)

<sup>10</sup> Na podstawie próby kontrolnej obejmującej dwa miesiące (lipiec, październik) w każdym roku w okresie 2017-2019 r.

<sup>11</sup> Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz. U. z 2017 r. poz. 2295, ze zm).

<sup>12</sup> Lipiec i październik 2017 r.

<sup>13</sup> Październik 2019 r.

<sup>14</sup> Lipiec i październik 2017 r.

<sup>15</sup> Lipiec 2019 r.

Na podstawie ewidencji czasu pracy lekarzy zatrudnionych w ramach umów o pracę w miesiącach lipiec, październik 2017 r. - 2019 r. (łącznie sześć miesięcy) stwierdzono przestrzeganie norm dotyczących czasu pracy, wynikających z art. 93 i następnych ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej<sup>16</sup>, tj. nieprzekraczania 7 h 35 minut na dobę, pełnienia przez te osoby dyżurów medycznych oraz zapewnienia prawa do odpoczynku.

Stwierdzono jeden przypadek przekroczenia przez lekarza przeciętnego średniotygodniowego wymiaru czasu pracy powyżej 48 godzin na tydzień (55 h 10 min. w przyjętym czteromiesięcznym okresie rozliczeniowym ma - sierpień 2017 r.), pomimo braku zgody wyrażonej na piśmie, co było niezgodne z art. 96 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej.

Prezes Zarządu Szpitala wyjaśnił, że *lekarz nie miał podpisanej klauzuli opt-out do umowy o pracę i stąd może wynikać przekroczenie w średniotygodniowym czasie pracy.*

(akta kontroli str. 396-403, 456-458)

Szpital zapewnił stałą obecność w Oddziale lekarzy specjalistów w dziedzinie anestezjologii.

(akta kontroli str. 25-51, 404-417)

Zgodnie z art. 50 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej, Prezes Zarządu Szpitala ustalił m.in. minimalną normę zatrudnienia pielęgniarek i położnych dla Oddziału<sup>17</sup>.

W Oddziale zatrudnionych było:

- ✓ 53 położnych/pielęgniarek – w Pionie Położniczym;
- ✓ 16 – w Pionie Ginekologicznym (15,791 etatu);
- ✓ 7 – w Położniczej Izbie Przyjęć;
- ✓ 17 – w Bloku Operacyjnym Ginekologiczno-Położniczym<sup>18</sup>.

Stwierdzono niespełnianie przez Oddział ustalonych minimalnych norm zatrudnienia, tj. w Pionie Położniczym o 0,200 etatu (ustalony plan min. – 53,200), w Pionie Ginekologicznym o 5 etatów (plan min. - 21), w Izbie Przyjęć o 1 etat (plan min. – 8), w Bloku Operacyjnym o 2 etaty (plan min. – 19).

Prezes Zarządu Szpitala wyjaśnił, że *niespełnienie minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w Oddziale wynika z braku położnych i pielęgniarek na rynku pracy. W związku z sytuacją kadrową na Oddziale uruchomiono dyżury w formie nadgodzin, stale monitorowane jest obłożenie rzeczywiste łóżek. W zależności od liczby i stanu zdrowia pacjentek dyżurowały jednocześnie na oddziale minimum dwie położne, a w razie potrzeby zwiększono obsadę dyżurową. Obserwacja wskaźnika wykorzystania łóżek i braki na rynku pracy położnych spowodowały podjęcie decyzji o połączeniu pionu ginekologicznego i zmniejszenia liczby łóżek o 9 (zmianę zgłoszono do Rejestru Wojewody). (...) Na Bloku Operacyjnym Szpital nie spełnia normy z powodu braku położnych i pielęgniarek operacyjnych i anestezjologicznych. W przypadkach wymagających pilnej interwencji Blok Położniczo-Ginekologiczny wspierany jest przez kadrę z Centralnego Bloku Operacyjnego oraz uruchomienia dyżurów w formie nadgodzin.*

(akta kontroli str. 418-424, 453-454)

1.4. Decyzją z 19 kwietnia 2012 r.<sup>19</sup> Lubuski Państwowy Wojewódzki Inspektor Sanitarny w Gorzowie Wlkp. pozytywnie zaopiniował przedłożony przez Szpital

<sup>16</sup> Dz. U. z 2020 r. poz. 295.

<sup>17</sup> Zarządzenie Nr 236/2019.

<sup>18</sup> Wg stanu na 31.10.2019 r.

Program dostosowania pomieszczeń i urządzeń do wymogów rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 2 lutego 2011 r. w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładu opieki zdrowotnej<sup>20</sup>. W uzasadnieniu decyzji odniesiono się do komórek organizacyjnych Szpitala, w których nie zostały spełnione wymagania zawarte w wymienionym rozporządzeniu, w tym Oddziału<sup>21</sup>.

Wojewódzki Inspektor wniósł uwagę w zakresie określonego terminu usunięcia nieprawidłowości (31 grudnia 2016 r.) dotyczącej braku prawidłowego wyposażenia pokoi chorych w dozowniki, oceniając go na zbyt odległy – zalecono rozważenie możliwości wcześniejszego terminu usunięcia tej niezgodności.

(akta kontroli str. 237-249)

Postanowieniem z 17 maja 2018 r. Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny w Zielonej Górze stwierdził brak spełnienia wymagań, o których mowa w art. 22 ust. 1 ustawy działalności leczniczej, mających wpływ na bezpieczeństwo pacjentów, w tym niektórych w Oddziale<sup>22</sup>.

Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny stwierdził, że ponieważ w obowiązującym ustawowo terminie (31 grudnia 2017 r.) program dostosowawczy nie został zrealizowany, usunięcie występujących nieprawidłowości będzie egzekwowane w drodze postępowania administracyjnego. W związku z powyższym 12 lipca 2018 r. wydał w tej sprawie decyzję<sup>23</sup> nakazującą realizację obowiązków mających na celu usunięcie stwierdzonych nieprawidłowości w terminie do 31 lipca 2019 r.

(akta kontroli str. 250-268, 269-276)

Dnia 23 grudnia 2019 r. Prezes Zarządu Szpitala poinformował, że nałożone obowiązki zostaną wykonane do dnia 31 grudnia 2021 r. w związku z planowanym ukończeniem budowy Centrum Zdrowia Matki i Dziecka, do którego zostaną przeniesione oddziały dziecięce oraz położniczy.

(akta kontroli str. 277)

---

<sup>19</sup> Decyzja nr I/M.Ns-Nz-93/167/2012.

<sup>20</sup> Dz. U. Nr 31, poz. 158.

<sup>21</sup> Zastrzeżenia dotyczyły m.in: braku pomieszczenia porządkowego (§12 pkt 8); braku dostępności do łóżka pacjentki z trzech stron (§17); połączenia ścian z podłogą w sposób uniemożliwiający jego mycie i dezynfekcję (§28 ust.2); brak prawidłowego składu pomieszczeń pielęgnacyjnych (załącznik nr 1 część II); brak myjni dezynfektora w brudowniku (§12 ust. 1); zbyt duża ilość pokoi łóżkowych urządzonych w systemie matka z dzieckiem (załącznik nr 1 część IV. ust. 1 pkt 1); brak śluz umywalkowo-fartuchowych w pokojach dla noworodków obserwowanych, wcześniaków, intensywnej opieki noworodka (załącznik nr 1 część IV ust. 2); brak sali wybudzeń (załącznik nr 1 część III ust. 10). Ponadto stwierdzono m.in., że w całym Szpitalu w salach chorych brak jest dozowników przy umywalkach, urządzeń zabezpieczających pomieszczenia przed nadmiernym nasłonecznieniem, a w części pomieszczeń wymagających wentylacji nawiewno-wywiewnej lub klimatyzacji zapewniającej parametry jakości powietrza dostosowane do funkcji tych pomieszczeń – brak jest prawidłowej wentylacji.

<sup>22</sup> M.in. w zakresie: dostosowania liczby łóżek w pokojach łóżkowych tak, by możliwy był dostęp do każdego łóżka z trzech stron, w tym z dwóch dłuższych; zapewnienie pokoi umożliwiającej wyprowadzenie łóżka; wykonania śluz szatniowej w zespole operacyjnym (wskazując ryzyko dla bezpieczeństwa zdrowotnego pacjenta jako znaczne), wykończenie powierzchni podłogi w sposób umożliwiający mycie i dezynfekcję (ryzyko – znaczne), wykonanie prawidłowego połączenia ścian z podłogą; wykonania drzwi w pomieszczeniach, przez które odbywa się ruch pacjentów na łóżkach o szerokości umożliwiającej ten ruch; zapewnienie urządzeń zabezpieczających przed nadmiernym nasłonecznieniem pokoi łóżkowych; wykonanie prawidłowej wentylacji nawiewno-wywiewnej (ryzyko – znaczne); zapewnienie gabinetu diagnostyczno-zabiegowego (ryzyko – znaczne); brak pomieszczenia higieniczno-sanitarnego przystosowanego dla osób niepełnosprawnych (ryzyko – znaczne); zapewnienie nie większej niż wymagana liczby pacjentek w pokojach dla matek i noworodków; zapewnienie pomieszczenia przeznaczonego dla położnic i noworodka po porodach powikłanych z możliwością obserwacji bezpośredniej lub przy użyciu kamer w zespole porodowym; zapewnienie prawidłowego zorganizowanych pomieszczeń bloków operacyjnych (ryzyko – znaczne).

<sup>23</sup> Nr 1067/NS-EP/18

Zgodnie z załącznikiem nr 3 – Warunki szczegółowe realizacji świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego - w trybie hospitalizacji i hospitalizacji planowej określone dla oddziału położniczo-ginekologicznego (III poziom referencyjności) do rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego na Oddziale znajdował się następujący sprzęt i aparatura medyczna:

- ✓ aparaty KTG – 20 szt.;
- ✓ kardiomonitory – 10 szt.;
- ✓ kolposkopy – 1 szt.;
- ✓ aparat USG zapewniający wykonanie badań zgodnych z profilem udzielanych świadczeń – 6 szt.;
- ✓ zestaw laparoskopowy, w skład którego wchodzi Histeroskop – 1 szt.;
- ✓ echokardiograf lub aparat USG z opcją kolorowego Dopplera – 3 szt.

(akta kontroli str. 293)

Badanie dokumentacji ww. sprzętu i aparatury medycznej wykazało, że posiadały aktualny przegląd techniczny, poza:

- ✓ trzema aparatami KTG<sup>24</sup> - upływ terminu - 2018-08-30;
- ✓ czterema kardiomonitorami<sup>25</sup> - upływ terminu 2019-05-07 – jedno urządzenie oraz 2019-10-19 – trzy urządzenia;
- ✓ dwoma aparatami USG<sup>26</sup> - upływ terminu – 2019-12-13.

(akta kontroli str. 294-339)

Prezes Zarządu Szpitala wyjaśnił, że przy tak dużej ilości posiadanego sprzętu zdarza się, że sprzęt nie posiada aktualnego wpisu do paszportu i aparat wówczas czeka na jego wykonanie. Nie są na nim wykonywane procedury, są wyłączone z użytkowania. Sprzęt bez przeglądu nie jest wykorzystywany do udzielania świadczeń zdrowotnych. Aparatów, o których mowa w piśmie, Szpital posiada po kilka sztuk, tak więc osoby wykonujące badania mają możliwość skorzystania z innego aparatu w tym czasie. Ponadto Szpital stara się na bieżąco reagować na uwagi związane z polepszeniem jakości wykonywanych usług, dlatego też aparaty, co do których były zastrzeżenia są już w chwili obecnej po przeglądzie i przywrócono je do użytku.

Prezes przedłożył m.in. aktualne wpisy w trzech paszportach KTG oraz trzech – kardiomonitorach.

W toku oględzin stwierdzono, że sprzęt z nieaktualnym przeglądem opatrzony był w informację: „Urządzenie wyłączone z eksploatacji. Brak przeglądu technicznego. Czekają na przegląd.”

(akta kontroli str. 5-22, 340-342, 343-385)

Instalacje i urządzenia wentylacji mechanicznej i klimatyzacji Oddziału poddawane były przeglądom i dezynfekcji dwukrotnie w roku (wiosną oraz jesienią), a budynek Oddziału okresowej (przeprowadzanej raz w roku) kontroli stanu technicznego obiektu budowlanego.

W protokole z okresowej kontroli przewodów kominowych w budynku L (Ginekologia i Położnictwo) z 5 listopada 2019 r. specjalista z uprawnieniami budowlanymi stwierdził nieprawidłowości (uchybień) mogące spowodować zagrożenie bezpieczeństwa ludzi lub mienia, które skutkowałą sformułowaniem zaleceń, tj.:

<sup>24</sup> Nr inwentarzowe: 802-00-4693, 802-00-4694, 802-00-4695.

<sup>25</sup> Nr inwentarzowe: 802-00-5575, 802-00-4757, 802-00-4756, 802-00-4755.

<sup>26</sup> Nr inwentarzowe: 802-00-4363, 802-00-4364.



- ✓ naprawić trzony kominowe – uzupełnić ubytki cegły i tynku oraz usunąć luźno zalegające na powierzchni dachu i czap kominowych, elementy powstałych uszkodzeń trzonów kominowych;
- ✓ uzupełnić miejscowe ubytki uszczelnień materiału – silikonu dekarckiego, wypełniającego styk pomiędzy blachą a konstrukcją trzonu lub wykonać pełne uszczelnienie, w przypadku braku takiego uszczelnienia, stwierdzonego podczas kontroli;
- ✓ zapewnić dopływ powietrza do pomieszczeń, a także utrzymywać rozszczelnienie stolarki okiennej i drzwiowej, celem zwiększenia ogólnej ilości powietrza napływającego do pomieszczeń z zewnątrz i poprawienia skuteczności wentylacji w znaczący sposób – w załączniku do protokołu będącego wynikiem kontroli działania ciągu, oceny drożności i wielkości strumieni powietrza wentylacyjnego odnotowano: brak przepływu strumienia powietrza (m.in. sala porodowa, kąpiel noworodkowy, sala porodów rodzinnych, dyżurka pielęgniarska, dwie sale chorych), niewystarczającą ilość powietrza wentylacyjnego przepływającego kanałem (sala porodowa, sala wybudzeń, dwie sale chorych) lub brak komina wentylacyjnego - w 21 spośród 54 pomieszczeń oddziału.

W protokole stwierdzono, że braki, uszkodzenia i zaniedbania, podlegają obowiązkowemu usunięciu – naprawie, bezpośrednio po przeprowadzonej kontroli technicznej.

Odnosząc się do realizacji zaleceń kierownik działu eksploatacji poinformował, że aktualnie budynek, w którym zlokalizowany jest Oddział (budynek „L”) objęty jest pracami modernizacyjnymi w zakresie parteru, a wyższe kondygnacje – przedmiotem dokumentacji projektowej, która została zlecona Wykonawcy wyłonionemu w drodze postępowania przetargowego. Prace projektowe mają na celu m.in. dostosowanie budynku do obecnych wymagań stawianych tego typu budynkom. W zakresie przedmiotowych usterek wymienionych w protokole kontroli zaplanowano, zgodnie ze stworzonym harmonogramem (załączonym do pisma), do wykonania po sezonie zimowym usunięcie wskazanych usterek. Pracownicy działu eksploatacji w ramach konserwacji bieżącej dokonują napraw m.in. stolarki okiennej w celu zapewnienia prawidłowych warunków pracy. Równolegle prowadzona jest inwestycja budynku Centrum Zdrowia Matki i Dziecka, po której ukończeniu większość oddziałów znajdujących w budynku „L” obecnie, zostanie przeniesiona do powstającego budynku.

Z załączonego harmonogramu wynika, że pierwszy etap prac zaplanowany jest na miesiące: marzec-kwiecień, a następne lipiec-październik 2020 r.

(akta kontroli str. 278-292)

1.5. Analiza czasu pracy lekarzy realizujących w Oddziale świadczenia zdrowotne na podstawie umowy cywilnoprawnej (10 lekarzy w 2017 r., 12 w 2018 r. i 14 w 2019r.) wykazała m.in., że łączny czas pracy w danym miesiącu każdego roku (łącznie z dyżurem nocnym i świątecznym) poszczególnych lekarzy wahał się w między<sup>27</sup>:

- ✓ 64,25 a 272,55 godzinami pracy w 2017 r.;
- ✓ 64,25 a 280,3 godzinami pracy w 2018 r.;
- ✓ 54,25 a 230,2 godzinami pracy w 2019 r.

<sup>27</sup> Na podstawie próby kontrolnej obejmującej dwa miesiące (lipiec, październik) w każdym roku w okresie 2017-2019 r.

Nie wystąpiły przypadki udzielania przez lekarzy świadczeń zdrowotnych powyżej 24 godzin bez przerwy.

(akta kontroli str. 386-388)

1.6. Opieka sprawowana przez Szpital nad pacjentkami doświadczającymi poronień, urodzenia martwego dziecka lub śmierci dziecka krótko po porodzie nie była przedmiotem kontroli innych organów.

(akta kontroli str. 68)

Stwierdzone  
nieprawidłowości

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

1. Przekroczenie przez jednego lekarza przeciętnego średniotygodniowego wymiaru czasu pracy powyżej 48 godzin na tydzień (55 h 10 min. - w przyjętym czteromiesięcznym okresie rozliczeniowym maj-sierpień 2017 r.), pomimo braku zgody wyrażonej na piśmie, co było niezgodne z art. 96 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej.

2. Niespełnianie przez Szpital minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek/ położnych na Oddziale, tj. obsadzenie o łącznie 8,2 etatu mniej niż wynikających z norm ustalonych przez Prezesa Zarządu Szpitala na podstawie art. 50 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej.

OCENA CZĄSTKOWA

W Oddziale zapewniono odpowiednią liczbę lekarzy posiadających wymagane kwalifikacje. Przestrzegano norm dotyczących czasu pracy lekarzy, poza jednostkowym przypadkiem przekroczenia przez lekarza przeciętnego średniotygodniowego wymiaru czasu pracy powyżej 48 godzin w przyjętym okresie rozliczeniowym, pomimo braku zgody wyrażonej na piśmie. Nie dochowano minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych obsadzając o 8,2 etatu mniej niż wynikało to z przyjętych norm.

Stosownie do wymogów przewidzianych dla Oddziału trzeciego poziomu referencyjnego określonych w rozporządzeniu w sprawie świadczeń gwarantowanych, był on wyposażony w odpowiednią aparaturę i sprzęt medyczny, który w większości był sprawny technicznie oraz posiadał dokumenty potwierdzające dokonanie aktualnych przeglądów. Pojedyncze urządzenia (rodzajowo występujące w Oddziale w kilku sztukach) nie posiadające aktualnego przeglądu były wyłączone z bieżącej eksploatacji.

Instalacje i urządzenia wentylacji mechanicznej i klimatyzacji Oddziału poddawane były obowiązkowym przeglądom i dezynfekcji.

Usunięcie stwierdzonych w ich wyniku usterek, podobnie jak części uchybień, których naprawa objęta została Programem dostosowania pomieszczeń i urządzeń do obowiązujących wymogów z 2012 r., okazało się procesem długotrwałym, a istotna poprawa warunków funkcjonowania Oddziału nastąpi wraz z zakończeniem budowy Centrum Zdrowia Matki i Dziecka.

OBSZAR

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

Opis stanu  
faktycznego

2.1-2.2. W Szpitalu nie określono wskaźników opieki okołoporodowej w oparciu o rozporządzenie w sprawie Standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej z 2018 r. - w szczególności, o których mowa w jego załączniku części I -

Postanowienia ogólne ust. 2 i nie ujęto sposobu ich realizacji oraz dokumentowania wymaganych działań w regulaminie organizacyjnym.

Prezes Zarządu Szpitala wyjaśnił, że (...) *przeoczono obowiązek opisanie wskaźników tej opieki i sposobu realizacji oraz monitorowania i dokumentowania działań w Regulaminie Organizacyjnym (...)*. Prezes Spółki zadeklarował ich wprowadzenie.

W dniu 13 lutego br. Prezes Zarządu Szpitala zarządzeniem wprowadził do Regulaminu Organizacyjnego Standard Organizacyjny Opieki Okołoporodowej na podstawie cyt. rozporządzenia. W zarządzeniu zawarto tabelę z określonymi wskaźnikami oraz ankietę pn. *Ocena satysfakcji kobiet objętych opieką okołoporodową*. Potwierdzono zapoznanie się z dokumentem przez personel Oddziału.

(akta kontroli str. 77-93, 94-96, 97-103)

2.3. W okresie objętym kontrolą w Oddziale funkcjonowała (opracowana wewnętrznie) procedura pn. *Niekorzystne zakończenie ciąży. Postępowanie z pacjentkami – procedura dla personelu medycznego Oddziału Położniczo-Ginekologicznego Szpitala*. We wstępie procedury wskazano jej cel, tj. upowszechnienie dobrych praktyk postępowania w Oddziale. Dotyczą one zapewnienia szacunku i godnego postępowania wobec matki i dziecka w przypadku poronienia, urodzenia martwego dziecka, dziecka niezdolnego do życia lub obciążonego letalnymi schorzeniami. Odbiorcą procedury miał być personel medyczny Oddziału oraz pacjentki pragnące pożegnać się z dzieckiem.

We wskazówkach dla personelu medycznego określono niezbędne informacje, które należy przedłożyć pacjentce:

- a) katalog informacji do przekazania, tj.: w jaki sposób przebiegać będzie poród/poronienie, informację o opiece psychologa, o możliwości pożegnania się z dzieckiem, o sytuacji prawnej dziecka, pogrzeb dziecka we własnym zakresie lub pochówek organizowany przez Terenowy Komitet Ochrony Praw Dziecka (dalej: TKOPD) <sup>28</sup>, badania genetyczne we własnym zakresie, zgoda lub sprzeciw na przeprowadzenie sekcji zwłok, o współpracy z organizacją Tęczowy Kocyk w zakresie przyjęcia becika lub małych ubranek do pochówku;
- b) warunki pożegnania; zapewnienie indywidualnej sali w atmosferze intymności, w razie życzenia – możliwość uczestniczenia psychologa, lekarza, położnej/pielęgniarki, kapłana, pracownika socjalnego. Zaznaczono, że dziecko powinno być odpowiednio przygotowane – ubrane, zawinięte w pieluszki/kocyk, deformacje powinny być osłonięte, personel powinien pomóc w zabezpieczeniu innych pamiątek (odcisk stopy, opaska identyfikacyjna, zdjęcie USG itp.);
- c) płeć dziecka; poinformowanie o takiej możliwości (po 15-16 tyg. ciąży), w przypadku wcześniejszego poronienia – poinformowanie o możliwości ustalenia płci dziecka na koszt pacjentki (określono tryb postępowania z materiałem biologicznym), poznanie płci dziecka umożliwia Szpitalowi wypełnienie karty martwego urodzenia, która może być podstawą do wydania przez Urząd Stanu Cywilnego aktu urodzenia. Informuje się o możliwości pochowania dziecka martwo urodzonego (również w razie braku aktu urodzenia);

---

<sup>28</sup> TKOPD jest organizacją pożytku publicznego działającą od 1988 roku. Celami TKOPD są ochrona praw i interesów dziecka i rodziny, praw człowieka, działalność oświatowa, naukowa, edukacyjna, kulturalna i społeczna, w tym świadczenie usług społecznych, ochrona zdrowia oraz podejmowanie działań sprzyjających rozwojowi wspólnot i społeczności lokalnych.

- d) etapy żałoby; opisano kolejne etapy przeżywania żałoby i towarzyszące im charakterystyczne emocje;
- e) pomoc psychologiczna; informacje o opiece psychologa zarówno przed, jak i po porodzie/poronieniu (również psychiatry), w tym po zakończeniu hospitalizacji – w poradni ginekologicznej przy położniczej izbie przyjęć. Pomoc przysługuje również bliskim pacjentki, która powinna otrzymać też informację, że istnieją grupy wsparcia dla rodziców w żałobie, organizowane najczęściej przy hospicjach dziecięcych;
- f) informacje, które mogą być istotne dla pacjentki; określenie minimalnej przerwy wskazanej do zachowania w przypadku planowania kolejnej ciąży, ochrzczone może być tylko dziecko żywe, symboliczny pochówek jest możliwy nawet gdy tkanki dziecka nie są kompletne, możliwość pochowania dziecka w miejscu zbiorowego pochówku (grobowiec) dzieci martwo urodzonych na cmentarzu komunalnym, przysługujące pacjentce świadczenia;
- g) wskazówki właściwego zachowania dla osób towarzyszących pacjentce;
- h) najważniejsze regulacje prawne.

W konkluzji procedury poinformowano o konieczności zapoznania się z częścią dotyczącą *Informacje dla pacjentek i jej bliskich* i przekazania pacjentkom jego wydruku. We wskazówkach dla pacjentki i jej bliskich, w części wstępnej, sformułowano zachęcenie do kontaktu z personelem, a następnie informacje, o których powyżej (w pkt a – h) – we wskazówkach dla personelu, odpowiednio zmodyfikowane skierowano dla pacjentki i jej bliskich.

Położna Oddziałowa Pionu Ginekologicznego oświadczyła, że informacja ta jest drukowana i przekazywana pacjentkom (nie odnotowywano w dokumentacji Oddziału faktu jej przekazania).

(akta kontroli str. 105-115)

Wraz z *Informacją dla pacjentek i jej bliskich* przygotowany był pakiet obejmujący również:

- ✓ ulotkę pn. Poronienie. Co dalej?;
- ✓ informację nt. działalności TKOPD w Zielonej Górze;
- ✓ informację nt. możliwości otrzymania ubranka, czapek, kocyków i becików dla maluchów z wadami letalnymi i hiperwczesniaków (urodzonych między 12 a 24 tygodniem ciąży) – przygotowanymi przez grupę Tęczowy Kocyk;
- ✓ formularz oświadczenia dotyczący pochówku (w sposób samodzielny bądź przez TKOPD);
- ✓ formularz oświadczenia dotyczący możliwości zabezpieczenia materiału do badań genetycznych (tak/nie).

Szerzej o wymienionych dokumentach w pkt 2.9-2.10 wystąpienia pokontrolnego.

W toku oględzin Oddziału (opisanych w pkt 3.1 wystąpienia pokontrolnego), w jednym z gabinetów pionu ginekologicznego, stwierdzono występowanie kilku pakietów ww. dokumentów.

W toku kontroli, w dniu 3 lutego br. Prezes Zarządu Szpitala *w celu zwiększenia i polepszenia zakresu jakości opieki medycznej oraz kontaktu personelu medycznego z pacjentką i jej rodziną, edukacji pacjentek w zakresie radzenia sobie z traumatycznymi sytuacjami* – ww. Procedurę wprowadził zarządzeniem<sup>29</sup>

<sup>29</sup> Nr 28/2020.

do stosowania w Oddziale. Zobowiązano personel do zapoznania się i wdrożenia, wskazano też osoby zobowiązane do nadzoru nad realizacją zarządzenia.

Ponadto, w toku kontroli - od dnia 12 lutego br. do wyżej opisanego pakietu dołącza się również informację nt. świadczeń psychologicznych realizowanych przez Szpital w ramach umowy z NFZ (podmiot, adres, telefon, informacje dodatkowe).

(akta kontroli str. 5-21, 104, 116-123)

2.4. Z dostępnej w Szpitalu dokumentacji wynika, że w szczególności organizowane były szkolenia wewnątrzoddziałowe, tj.:

- ✓ każdego roku Oddział tworzył stosowny plan, a dodatkowo powstawały zestawienia kilku-kilkunastu tematów szkoleń zaplanowanych w ramach poszczególnych pionów Oddziału;
- ✓ wśród zrealizowanych (potwierdzonych w dokumentach) szkoleń/warsztatów znalazły się dotyczące m.in. następujących zagadnień: Jak radzić sobie ze stresem; Wypalenie zawodowe – stres w pracy; Przyczyny wypalenia zawodowego; Łagodzenie skutków stresu; Rola położnej w przygotowaniu pacjentek do badań prenatalnych; Prawa pacjenta; Prawo do poszanowania godności osobistej, komfortu w terapii; Komunikacja i relacje z pacjentem i jego rodziną; Błędy w komunikacji terapeutycznej; Relacje w zespole terapeutycznym okiem psychologa; Zdarzenia niepożądane i in.

(akta kontroli str. 124-173)

Ponadto stwierdzono, że:

- ✓ w 27 szkoleniach zorganizowanych przez Szpital udział wzięło łącznie 125 pielęgniarek i położnych<sup>30</sup>. Tematem szkoleń był m.in.: Kurs – wokół standardów opieki okołoporodowej; Kurs – rola edukacji okołoporodowej, Kurs – rola położnej w opiece okołoporodowej; Wielodyscyplinarność w praktyce pielęgniarki i położnej; Położna na medal i in.;
- ✓ w 16 szkoleniach zorganizowanych indywidualnie (na własny koszt pracownika) udział wzięło łącznie 68 położnych i pielęgniarek. Wśród tematów szkoleń znalazły się tj.: Rola położnej w opiece okołoporodowej; Kurs – rola edukacji okołoporodowej; Komunikacja empatyczna z pacjentem; Wielodyscyplinarność w praktyce pielęgniarki i położnej;

(akta kontroli str. 174-176, 177)

- ✓ Szpital nie organizował szkoleń dla lekarzy, natomiast na własny koszt szkolił się jeden lekarz będący pracownikiem Oddziału (trzy szkolenia w 2018 r.). Szpital poinformował, że lekarze na umowach cywilnoprawnych podnoszą kwalifikacje na własny koszt i nie mają obowiązku dostarczania certyfikatów.

Pytany o sposób weryfikacji przygotowania zawodowego personelu medycznego Prezes Zarządu Szpitala wyjaśnił, że zgodnie z ustawą o zawodzie lekarza (...) weryfikowanie wypełniania przez lekarzy ustawowego obowiązku w zakresie doskonalenia zawodowego należy do Izby Lekarskiej. Lekarze na umowie cywilnoprawnej szkolą się na własny koszt. Szpital weryfikuje ich przygotowanie zawodowe, przebyte szkolenia pod kątem wymogów NFZ.

(akta kontroli str. 75, 178)

<sup>30</sup> W latach 2017-2019 w Pionie Położniczym zatrudnionych było 53 położnych/pielęgniarek, zaś w Pionie Ginekologicznym 18-16 położnych-pielęgniarek.

Plan szkoleń Oddziału Położniczo-Ginekologicznego na 2020 r. przewiduje organizację 12 szkoleń, w tym m.in.: *Relacje w zespole terapeutycznym okiem psychologa*; Standard opieki okołoporodowej – interpretacja zapisu KTG; Prawa i obowiązki pacjenta; Wypalenie zawodowe; Poprawa komunikacji położna-pacjent. Zaplanowano również cykl trzech szkoleń pt. *Nasz zespół terapeutyczny okiem psychologa i in.*

(akta kontroli str. 134-137, 170)

2.5. W latach 2017 – 2019 Szpital poniósł wydatki na szkolenia personelu medycznego w łącznej kwocie 205.011 zł, z czego na szkolenia w Oddziale Położniczo-Ginekologicznym - 27.841 zł (13,6%). Łączny koszt szkoleń dotyczących opieki okołoporodowej wyniósł zaś 2.434 zł (1,2% ogółu poniesionych wydatków).

(akta kontroli str. 179)

2.6-2.8. W dokumentacji Oddziału znajdowało się potwierdzenie zorganizowania w każdym badanym roku dwóch – trzech szkoleń wewnętrznych/warsztatów przeprowadzanych przez psychologa bądź z jego udziałem, których tematem było tzw. wypalenie zawodowe, obejmujące m.in. następujące zagadnienia: *Zjawisko stresu i jego dynamika (przyczyny, łagodzenie skutków stresu). Czynniki osobowościowe podatne na stres. Zjawisko wypalenia zawodowego. Schematy emocjonalne w wypaleniu zawodowym. Co mnie stresuje – mam na to wpływ? Co mnie stresuje nie mam na to wpływu? Jak poradzić sobie ze stresem, techniki behawioralne, relaksacja – ja i moje ciało (ćwiczenia). Przeciwdziałanie wypaleniu zawodowemu itp.*

(akta kontroli str. 138-173)

Wśród trudności występujących w pracy z pacjentkami doświadczającymi niepowodzeń położniczych wybrani przedstawiciele personelu medycznego<sup>31</sup> wskazali na:

- ✓ mała liczba izolatek z węzłem sanitarnym powoduje, że pacjentki roniące korzystają ze wspólnych toalet i łazienek z pozostałymi pacjentkami;
- ✓ przebywanie w sali wraz z pacjentką pooperacyjną, onkologiczną, a czasem pacjentką w wysokiej ciąży, u której wykonuje się zapisy KTG;
- ✓ tzw. wysokie poronienia dokonują się na sali porodowej znajdującej się na III piętrze, a pion ginekologii – na II. Winda zaś, którą wozi się pacjentki dostępna jest dla wszystkich;
- ✓ położna dyżurna musi zapewnić opiekę fizyczną, wsparcie psychiczne oraz administracyjną (oświadczenia, postępowanie po poronieniu), powoduje to natłok zadań. Zdarza się wówczas, że natłok ustnych informacji powoduje błędy informacyjne, komunikacyjne, frustracje, efekt niezadowolenia ze strony pacjentki oraz jej rodziny;
- ✓ pacjentki takie wymagają poświęcenia im czasu, rozmowy, ciszy i spokoju, których na Oddziale nie ma;
- ✓ charakter wykonywanej pracy jest trudny, wymagający i obciążony dużą odpowiedzialnością. Jako szczególnie obciążające personel wskazał sytuacje, w których należy pozyskać od pacjentki zgodę na pochówek (cyt. *o ile jest to zrozumiałe dla pacjentek, u których uwidoczniono zarodek, o tyle wytłumaczenie kobiecie z rozpoznaniem – puste jajo płodowe lub resztki po poronieniu, jest niezmiernie trudne*).

(akta kontroli str. 181-200)

<sup>31</sup> Trzech lekarzy, w tym kierownik oddziału i jego zastępca, oraz siedem położnych/pielęgniarek.

Prezes Zarządu Szpitala wyjaśnił, że w budynku „L” funkcjonują dwie windy. Podejmiemy działania zmierzające do ich funkcjonalnego podziału na windę dla pacjentów i windę dla pozostałych osób przebywających w budynku. Położne wykonują samodzielny zawód i są przygotowane do planowania i organizowania holistycznej opieki zarówno pielęgnacyjnej, terapeutycznej, jak i psychicznej, z uwzględnieniem indywidualnych potrzeb zdrowotnych podopiecznych.

(akta kontroli str. 75)

Część personelu wskazała na potrzebę doskonalenia zawodowego w związku z pracą z pacjentkami doświadczającymi niepowodzenia położniczego. Prezes Zarządu Szpitala wyjaśnił: zgodnie z założeniami położne co roku mogą uczestniczyć w szkoleniach wewnątrzoddziałowych, których tematyka związana z komunikacją z pacjentkami, stresem i wypaleniem zawodowym prowadzone są przez psychologa.

(akta kontroli str. 75-76, 181-200)

Położne/pielęgniarki poinformowały o odczuwanej potrzebie przeciwdziałania tzw. wypaleniu zawodowemu, lekarze zaś byli podzieleni w tej kwestii. Prezes Zarządu Szpitala wyjaśnił, że każdy pracownik ma prawo do konsultacji z psychologiem w przypadku zaobserwowania u siebie symptomów przewlekłego stresu lub wypalenia zawodowego. Ponadto, w sytuacji kryzysu, położna może zwrócić się o natychmiastowe przeniesienie na inny oddział.

(akta kontroli str. 75-76, 181-200)

Część położnych/pielęgniarek wyjaśniła, że w Szpitalu w żaden sposób nie zapewniono wsparcia w radzeniu sobie ze stresem w związku z pracą z takimi pacjentkami, brak jest też informacji w tym zakresie. Część natomiast wskazała na możliwość konsultowania się z zatrudnionym w Oddziale psychologiem, ponadto wskazały na odbywające przynajmniej raz w roku szkolenia wewnątrzoddziałowe, na które zapraszany jest psycholog. Lekarze poinformowali, że personel nie zgłaszał potrzeby wsparcia w radzeniu sobie ze stresem, ale też, że personelowi nie zapewnia się żądanego wsparcia w tej kwestii, każdy musi radzić sobie sam.

Prezes Zarządu Szpitala wyjaśnił, że podczas zebrań z personelem pielęgniarek i położnych, do tej pory położne nie zgłosiły trudności spowodowanych opieką nad pacjentkami roniącymi.

(akta kontroli str. 75-76, 181-200)

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.

2.9.-2.10. Zgodnie z procedurą pn. *Niekorzystne zakończenie ciąży. Postępowanie z pacjentkami – procedura dla personelu medycznego Oddziału Położniczo-Ginekologicznego Szpitala* opisaną w pkt 2.3 wystąpienia pokontrolnego, do zadań personelu należało m.in.:

- ✓ informowanie o możliwości uzyskania dalszej pomocy psychologicznej;
- ✓ miejscach i organizacjach udzielających wsparcia;
- ✓ przysługujących prawach wynikających z sytuacji, w których się znalazły;
- ✓ możliwości pochówku utraconego dziecka.

(akta kontroli str. 104-115)

Dodatkowo, stworzenie możliwości konsultacji i dalszej opieki psychologicznej w przypadku indukcji poronienia przewidywał Standard opracowany w związku z procedurą akredytacyjną, o czym w pkt 1.1 wystąpienia pokontrolnego.

Szczegółowe badanie dokumentacji wybranych pacjentek, opisane w pkt 3.4 wystąpienia pokontrolnego, wykazało, że w odniesieniu do pięciu spośród 60 opuszczających Szpital pacjentek sformułowano zalecenie konsultacji psychologicznych w przyszpitalnej Poradni Psychologicznej, jednak pacjentki nie skorzystały z możliwości porady.

Kierownik Poradni Psychologicznej wskazała, iż (...) przypadki korzystania z pomocy psychologicznej po opuszczeniu Szpitala w ramach działalności Poradni Psychologicznej zdarzają się sporadycznie, co uzasadnione jest specyfiką doświadczenia straty okołoporodowej (unikanie kontaktu z miejscem urazu psychicznego).

(akta kontroli str. 56)

Przeprowadzone oględziny Oddziału, opisane w pkt 3.1 wystąpienia pokontrolnego, wykazały, że dostępne były dla pacjentek ulotki, m.in. pn. *Poronienie. Co dalej?* informujące m.in. o prawach związanych ze zdarzeniem; możliwością poznania przyczyn poronienia, w tym jak przygotować się do kolejnej ciąży i zwiększyć szansę na urodzenie dziecka; o możliwości skorzystania z pomocy specjalistów oraz grup wsparcia. W ulotce wskazano telefony zaufania oraz adresy mailowe i strony internetowe, na których zainteresowane osoby mogą pozyskiwać pogłębioną wiedzę w przedmiotowym zakresie (np. [www.poronilam](http://www.poronilam) lub [facebook.pl/poronilam](https://www.facebook.com/poronilam)).

Dostępna była również ulotka o działalności TKOPD w Zielonej Górze opiekującym się grobowcem na Cmentarzu Komunalnym, w którym „śpią dzieci zmarłe przed narodzeniem”. Informująca również o możliwości zorganizowania godnego pochówku dziecka lub jego szczątków przez TKOPD, wraz z odnotowanymi telefonami kontaktowymi.

W sytuacji poronienia lub urodzenia martwego dziecka pacjentka mogła złożyć przygotowane przez Oddział oświadczenie o samodzielnym zorganizowaniu pochówku poronionego dziecka lub wyrażeniu zgody na jego dokonanie przez TKOPD – podpisane przez pacjentkę oświadczenie przekazywane było do Zakładu Patomorfologii.

Ponadto, w toku kontroli - od dnia 12 lutego br. do pakietu materiałów przekazywanych pacjentce, opisanego w pkt 2.3 wystąpienia pokontrolnego, dołącza się również informację nt. świadczeń psychologicznych realizowanych przez Szpital w ramach umowy z NFZ (podmiot, adres, telefon, informacje dodatkowe).

(akta kontroli str. 5-21, 104-123)

Stwierdzone  
nieprawidłowości

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

Nie określono wskaźników opieki okołoporodowej w oparciu o rozporządzenie w sprawie Standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej z 2018 r. i nie ujęto sposobu ich realizacji oraz dokumentowania wymaganych działań w regulaminie organizacyjnym Szpitala, co stanowiło naruszenie przepisu ust. 2 oraz ust. 3 części I załącznika do tego rozporządzenia.

**OCENA CZĄSTKOWA**

W Oddziale opracowano i wdrożono wewnętrzną procedurę postępowania w przypadku niekorzystnego zakończenia ciąży, której adresatem były pacjentki oraz personel medyczny. Przygotowano pacjentkom również pakiet danych informacyjnych mogących pomóc im w zaistniałej, trudnej sytuacji.



Z dostępnej w Szpitalu dokumentacji wynikało, że w szczególności położne i pielęgniarki systematycznie się szkoliły, a tematyka szkoleń i warsztatów obejmowała opiekę okołoporodową, ale też wypalenie zawodowe, w tym sposoby radzenia z nim. Odnotowane jednak w toku kontroli opinie personelu mogą świadczyć o niewystarczalności proponowanych przez Szpital form doskonalenia zawodowego oraz przeciwdziałania wypaleniu zawodowemu.

Dopiero w toku kontroli określono wskaźniki opieki okołoporodowej w oparciu o rozporządzenie w sprawie Standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej z 2018 r. i ujęto sposób ich realizacji w regulaminie organizacyjnym.

OBSZAR

### 3. Świadczenia zapewniające pacjentkom stosowną pomoc.

Opis stanu faktycznego

3.1. Oględziny wybranych pomieszczeń Oddziału<sup>32</sup> wykazały przestrzeganie wymagań wynikających z rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą<sup>33</sup>, w szczególności:

a) w zespole porodowym:

- ✓ funkcjonowały trzy sale porodowe jednostanowiskowe, również przeznaczone do porodów rodzinnych, jedna sala porodowa dwustanowiskowa oraz pokój łóżkowy przystosowany do odbioru porodu;
- ✓ sala operacyjna dla porodów rozwiązywanych cięciem cesarskim, wyposażona w stanowisko resuscytacji noworodka;
- ✓ na izbie przyjęć – osobne pomieszczenie dla kobiet ciężarnych;

b) w gabinetach zabiegowych/badań – odpowiednie wyposażenie w urządzenia sanitarno-higieniczne;

c) w salach dla pacjentek (w pionie ginekologii, do którego trafiały pacjentki po niepowodzeniu położniczym znajdowały się pokoje jedno- i dwuosobowe):

- ✓ odstępy między łózkami umożliwiały swobodny dostęp do pacjentów, a szerokość pokoju łóżkowego pozwalała na wyprowadzenie łóżka;
- ✓ pokoje wyposażone były w umywalkę z ciepłą i zimną wodą, dozownik z mydłem w płynie oraz pojemnik z ręcznikami jednorazowego użycia i pojemnik na zużyte ręczniki;
- ✓ meble umożliwiały ich mycie oraz dezynfekcję, a połączenie ścian z podłogami wykonane było w sposób umożliwiający mycie i dezynfekcję;
- ✓ w pokojach łóżkowych zapewniony był bezpośredni dostęp do światła dziennego.

W toku oględzin stwierdzono niespełnianie wymagania, wynikającego z § 18 ust. 1 cyt. rozporządzenia, dotyczącego obowiązku zapewnienia dostępu do łóżka (w pokojach łóżkowych) z trzech stron, w tym z dwóch dłuższych.

Prezes Zarządu Szpitala wyjaśnił, że *brak dostępu do łóżek z trzech stron, spowodowany jest małą ilością izolatek i wynika z uwarunkowań architektonicznych dysponowanego budynku. W najbliższym czasie, tj. od 1 marca 2020 r. nastąpi zmniejszenie ilości łóżek o 9 w odcinku ginekologii i oddziału położniczo-ginekologicznego, w efekcie w Oddziale będą 62 łóżka. Natomiast docelowa poprawa warunków lokalowych pobytu w Oddziale nastąpi po uruchomieniu nowego*

<sup>32</sup> Izba przyjęć, trakt porodowy, sala operacyjna, gabinet badań (ginekologia), gabinet badań (patologia ciąży), gabinet zabiegowy (ginekologia), sale dla pacjentek (159 - jednoosobowa i 162 - dwuosobowa).

<sup>33</sup> Dz. U. poz. 595.

budynku Centrum Zdrowia Matki i Dziecka, po wykonaniu remontu zwolnionych powierzchni oraz zmianie lokalizacji odcinka ginekologicznego do wyremontowanych pomieszczeń.

(akta kontroli str. 5-22, 75)

W wyniku oględzin stwierdzono ponadto, że:

- ✓ sposób organizacji gabinetów zabiegowych/badań, w tym ulokowanie fotela, mogło zapewnić pacjentce zachowanie poczucia intymności;
- ✓ pokój zabiegowy wyposażony był w informację o trwającym badaniu;
- ✓ okna zabezpieczone były przed dostępem osób trzecich;
- ✓ w Oddziale – na korytarzu – zawieszono były tablice informacyjne, na których znajdowały się informacje m.in. o możliwości pochówku dzieci nienarodzonych, grupie wsparcia dla rodziców w żałobie, działalności grupy Tęczowy Kocyk, możliwości skorzystania z konsultacji psychologa, opieki duchownych różnych wyznań;
- ✓ w jednym z gabinetów, w pionie ginekologii, znajdowały się pakiety przygotowanych informatorów/broszur dla pacjentek z niepowodzeniem położniczym, tj. *Informacja dla pacjentek i jej bliskich* będąca elementem procedury pn. *Niekorzystne zakończenie ciąży (...)*. Ponadto: ulotka pn. *Poronienie. Co dalej?*; informacja nt. działalności Terenowego Komitetu Ochrony Praw Dziecka w Zielonej Górze; informacja nt. możliwości otrzymania ubranka, czapek, kocyków i becików dla maluchów z wadami letalnymi i hiperwczesniaków (urodzonych między 12 a 24 tygodniem ciąży) – przygotowana przez grupę Tęczowy Kocyk; formularz oświadczenia dotyczący pochówku (organizowanego w sposób samodzielny bądź przez TKOPD); formularz oświadczenia dotyczący możliwości zabezpieczenia materiału do badań genetycznych.

(akta kontroli str. 5-22, 73-76)

3.2.-3.3. Badaniem objęto dokumentację 60 pacjentek dotkniętych niepowodzeniem położniczym, które były hospitalizowane w okresie między 1 stycznia 2017 r. a 31 grudnia 2019 r., tj. po 20 przypadków z każdego roku<sup>34</sup>. Z przeprowadzonego badania wynikało m.in., że:

- ✓ dokumentacja indywidualna wszystkich pacjentek zgodnie z § 8 ust. 1 pkt 1 rozporządzenia w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej<sup>35</sup> (dalej: *rozporządzenie w sprawie dokumentacji medycznej*) zawierała w każdym przypadku: oświadczenie o upoważnieniu do uzyskiwania informacji o stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych; oświadczenie o upoważnieniu do uzyskiwania dokumentacji, ze wskazaniem imienia i nazwiska osoby upoważnionej; oświadczenie o wyrażeniu zgody na przeprowadzenie badania lub udzielenia innego świadczenia zdrowotnego;
- ✓ do historii choroby w każdym przypadku dołączano karty indywidualnej opieki prowadzonej przez położną/pielęgniarkę, karty obserwacji, karty gorączkowe, karty zleceń lekarskich, karty informacyjne z leczenia szpitalnego, a w przypadku wykonywania badań diagnostycznych ich wyniki wraz z opisem;

<sup>34</sup> 21 martwych urodzeń (4 w 2017 r., 7 w 2018 r. i 10 w 2019 r.), 16 przypadków śmierci dziecka do 6. doby (7 przypadków w 2017 r., 5 w 2018 r. i 4 w 2019 r.), 23 przypadki poronień (9 w 2017 r., 8 w 2018 r. i 6 w 2019 r.).

<sup>35</sup> Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. z 2015 r. poz. 2069).

- ✓ każda historia choroby, w myśl § 20 rozporządzenia w sprawie dokumentacji medycznej, zawierała część dotyczącą wypisania pacjentki ze szpitala;
- ✓ w przypadku wszystkich pacjentek, u których dokonywano zabiegu abrazji (17 przypadków) lub cesarskiego cięcia (16 przypadków) zgromadzono w historii choroby kartę przebiegu znieczulenia<sup>36</sup>;
- ✓ poza jednym przypadkiem, w dokumentacji medycznej zgromadzono zgody pacjentek na przeprowadzenie zabiegu abrazji lub cesarskiego cięcia;  
Kierownik Oddziału wyjaśniła, że zespół dyżurny zgodnie podaje, że zgoda do cięcia cesarskiego była uzyskana zarówno na drodze ustnej, jak i pisemnej. Jednakże biorąc pod uwagę ciężki stan pacjentki i jej przenoszenie pomiędzy kilkoma oddziałami mogło dojść do zagubienia tego ważnego dokumentu. Nawet w najbardziej pilnej sytuacji położniczej nie zdarza się, żeby zgoda nie pozostała podpisana.;
- ✓ dokumentacja medyczna pacjentek odzwierciedlała przestrzeganie wewnętrznej procedury Oddziału Położniczo-Ginekologicznego Szpitala w zakresie dotyczącym m.in. prawidłowego ulokowania pacjentek, które utraciły ciążę oraz w zakresie dotyczącym pomocy psychologicznej;
- ✓ dokumentacja medyczna została sporządzona w sposób pozwalający na stwierdzenie z jakiego świadczenia pacjentka skorzystała i tak wśród 60 przypadków był to: zabieg cesarskiego cięcia (16 przypadków), zabieg abrazji (17), poród fizjologiczny/siłami natury (19), pozostałe przypadki stanowiły poronienia bez zabiegu (8);
- ✓ świadczenia zdrowotne<sup>37</sup> wszystkich 60 pacjentek były wykonywane przez lekarzy wymienionych w umowie Szpitala zawartej z NFZ.

(akta kontroli str. 23-51, 52-57, 400-402)

3.4.-3.5. Pomoc psychologiczna na Oddziale została zorganizowana zgodnie z warunkami określonymi dla trzeciego poziomu referencyjnego komórki organizacyjnej o profilu położniczo – ginekologicznym, tj. w wymiarze 0,5 etatu<sup>38</sup>. W okresie objętym kontrolą, wsparcie psychologiczne dla kobiet doświadczających niepowodzeń położniczych świadczone było na Oddziale przez wyznaczonego psychologa oraz dodatkowo psychologa wskazanego na wypadek jego nieobecności i odbywało się w dniach poniedziałek – piątek, z wyłączeniem weekendów. Pacjentki uzyskiwały pomoc psychologa<sup>39</sup> najczęściej w dniu przyjęcia do Szpitala (22 przypadki); w 19 przypadkach – w pierwszym dniu od przyjęcia; w 4 przypadkach - w drugim dniu od przyjęcia; w pozostałych 6 przypadkach<sup>40</sup> – w terminie od czwartego do 18 dnia<sup>41</sup> od przyjęcia do Szpitala.

(akta kontroli str. 25-59c)

Kierownik Poradni wskazała, iż *opieka psychologiczna nad pacjentkami Oddziału sprawowana jest w dni robocze w godzinach pracy psychologa, tj. od 8.00 – 15.30 oraz od 16.00 – 20.00. Pomoc psychologiczna nie jest świadczona w dni wolne i świąteczne, natomiast pacjentki Oddziału Ginekologiczno-Położniczego mają możliwość skorzystania z poszpitalnej opieki psychologicznej zgodnie*

<sup>36</sup> Karta przebiegu znieczulenia dotyczy przypadków, w których zastosowano znieczulenie.

<sup>37</sup> M.in. wykonanie cesarskiego cięcia, wykonanie zabiegu abrazji, znieczulenie pacjentki, przyjęcie porodu.

<sup>38</sup> Zgodnie z załącznikiem nr 3 do rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz.U. z 2017 poz. 2295, ze zm.).

<sup>39</sup> Dotyczy pierwszej porady udzielonej przez psychologa.

<sup>40</sup> W tym: pięć przypadków dotyczyło śmierci dziecka do 6. doby i jednego martwego urodzenia.

<sup>41</sup> W czwartym dniu – 1 przypadek; w piątym dniu – 2; w jedenastym dniu – 1; w trzynastym dniu – 1; w osiemnastym dniu – 1.

z Regulaminem Organizacyjnym Szpitala<sup>42</sup>. Do Oddziału Ginekologiczno-Położniczego oddelegowany jest psycholog oraz psycholog zastępujący pod nieobecność psychologa przydzielonego. Wykaz psychologów przydzielonych do oddziału znajduje się w Poradni Psychologicznej oraz na każdym z pododdziałów Oddziału Ginekologiczno-Położniczego. Zlecenie konsultacji psychologicznej odbywa się bezpośrednio ustnie lub telefonicznie psychologowi przydzielonemu na oddział. Zlecającym może być lekarz, pielęgniarka/położna, rodzina pacjentki. Pacjentka może również sama prosić o kontakt z psychologiem. Kierownik Poradni wskazała dodatkowo, że przypadki korzystania z pomocy psychologicznej po opuszczeniu Szpitala w ramach działalności Poradni Psychologicznej zdarzają się sporadycznie, co ma swoje uzasadnienie w samej specyfice doświadczenia straty okołoporodowej i wynikających z niej uwarunkowań: pacjentki często przeżywają ją jako sytuację urazową, co może wywoływać niechęć do kontaktu z miejscem powstania urazu.

(akta kontroli str. 13, 52-55)

Badana próba dokumentacji medycznej 60 pacjentek wykazała, że pomoc psychologiczna dla kobiet doświadczających niepowodzeń położniczych i przebywających na Oddziale była udzielana zamiennie przez czterech psychologów. Wśród 60 pacjentek dotkniętych niepowodzeniem położniczym 51<sup>43</sup> skorzystało z porady psychologicznej, w tym pięć pacjentek dwukrotnie. W dziewięciu przypadkach pacjentki nie skorzystały z porady psychologicznej, w tym cztery z nich odmówiły konsultacji psychologa, a odmowy zostały odnotowane w dokumentacji medycznej<sup>44</sup>.

Kierownik Poradni wyjaśniła, iż fakt udzielenia pomocy jest odnotowywany każdorazowo w dokumentacji elektronicznej oraz papierowej, podobnie jak odmowa skorzystania z niej przez pacjentkę.

(akta kontroli str. 25-51, 53)

Spośród pozostałych 5 pacjentek, które nie skorzystały z pomocy psychologicznej<sup>45</sup>, w jednym przypadku pobyt na Oddziale przypadł na okres weekendowy, czyli w okresie, w którym pomoc psychologiczna nie była udzielana; w trzech przypadkach poród odbył się w sobotę<sup>46</sup>; a w jednym przypadku pacjentka opuściła Oddział w pierwszej dobie po porodzie na własną prośbę, za zgodą lekarza prowadzącego<sup>47</sup>.

(akta kontroli str. 25-51)

Prezes Zarządu Szpitala wyjaśnił, że w przypadku niepowodzenia położniczego do każdej pacjentki wzywany jest psycholog. Pacjentka może odmówić porady psychologicznej, wówczas fakt ten zostaje odnotowany w historii choroby. Pacjentki informowane są w trakcie hospitalizacji o możliwości dalszego korzystania z porad psychologa w ramach Poradni Ginekologiczno-Położniczej, funkcjonującej przy Oddziale. W przypadku niepowodzenia położniczego w soboty, niedziele lub święta, pacjentkom przebywającym w szpitalu udzielana jest porada psychologiczna w najbliższym dniu roboczym, a w przypadku, gdy pacjentka nie jest już hospitalizowana udzielana jest informacja o możliwości skorzystania z takiej porady w ramach Poradni Ginekologiczno-Położniczej tuż. Szpitala lub możliwość

<sup>42</sup> Według załącznika Nr 1 do Regulaminu Organizacyjnego z dnia 3 grudnia 2019 r. w ramach pracy Poradni Ginekologiczno-Położniczej.

<sup>43</sup> Tj. 85% z badanej próby, a 91% z badanej próby pacjentek, które nie odmówiły porady psychologa.

<sup>44</sup> Jedna odmowa wskazana w karcie konsultacji psychologa, trzy odmowy wskazane w karcie obserwacji pacjentki.

<sup>45</sup> Przypadki, w których nie odnotowano odmowy w dokumentacji medycznej.

<sup>46</sup> Jednakże wyjście ze szpitala przypadło na dzień roboczy, tj. poniedziałek.

<sup>47</sup> W przypadku dwóch pacjentek w dokumentacji wskazano na potrzebę wsparcia psychologicznego.

skorzystania z pomocy psychologicznej w ramach Poradni Zdrowia Psychicznego w miejscu zamieszkania. Ponadto Prezes wskazał, iż zgodnie z wymaganiami Narodowego Funduszu Zdrowia, Szpital jest zobowiązany zapewnić opiekę psychologiczną w Oddziale Położniczo-Ginekologicznym w wymiarze 0,5 etatu i taką zapewnia. Poziom finansowania świadczeń w chwili obecnej nie pozwala na zapewnienie opieki psychologicznej w dni wolne od pracy (soboty, niedziele i święta). W przypadku poprawy finansowania takich świadczeń i uzyskania dodatkowych środków finansowych od Płatnika rozważymy uruchomienie dyżurów w dni wolne od pracy.

(akta kontroli str. 60)

3.6. Analiza wykazu 100 pacjentek, hospitalizowanych na Oddziale (w grudniu 2019 r.) wykazała, że pacjentki, które doświadczyły niepowodzenia położniczego nie były umieszczane w pokojach z pacjentkami, które oczekiwały na urodzenie zdrowego dziecka lub urodziły zdrowe dziecko.

(akta kontroli str. 25-51, 61-66)

3.7. W procedurze pn. *Niekorzystne zakończenie ciąży. Postępowanie z pacjentkami – procedura dla personelu medycznego Oddziału Położniczo-Ginekologicznego Szpitala* określono m.in. warunki pożegnania, tj. zapewnienie indywidualnej sali w atmosferze intymności, w razie życzenia – umożliwienie uczestniczenia psychologa, lekarza, położnej/pielęgniarki, kapłana, pracownika socjalnego.

W Oddziale nie funkcjonuje pomieszczenie przeznaczone wyłącznie do pożegnań ze zmarłym dzieckiem. W zakresie sposobu umożliwienia pożegnania się ze zmarłym dzieckiem położna oddziałowa wskazała, że w Oddziale porody martwych dzieci odbywają się w pojedynczej sali porodowej. Rodzice mają zatem możliwość pożegnania się z dzieckiem w atmosferze ciszy i intymności. Mają możliwość wprowadzenia do sali w celu pożegnania osoby bliskie, psychologa, kapelana, sami dokonują wyboru. Jeśli śmierć dziecka nastąpiła poza salą porodową wydziela się oddzielny pokój umożliwiający pożegnanie. W sytuacji wczesnych poronień zabezpieczane szczątki otulane są w beciki od Tęczowego Kocyka, jeśli rodzice wyrażają chęć pożegnania mają do tego zapewnione warunki. Często są w pojedynczych salach, jeśli nie, zaprasza się ich do wolnego pokoju. Pożegnania odbywają się również w Zakładzie Patomorfologii, jeśli rodzice decydują się na pożegnanie nie bezpośrednio po poronieniu, porodzie czy śmierci dziecka. Nie wyznacza się czasu na pożegnanie. Rodzice sami decydują jak długo ono trwa.

(akta kontroli str. 67, 104-115)

W wymienionej procedurze zaznaczono, że dziecko powinno być odpowiednio przygotowane – ubrane, zawinięte w pieluszki/kocyk, deformacje powinny być osłonięte, personel powinien pomóc w zabezpieczeniu innych pamiątek (odcisk stopy, opaska identyfikacyjna, zdjęcie USG itp.).

Oddział współpracuje z organizacją Tęczowy Kocyk, która dysponuje małymi ubrankami do pochówku lub becikami, o czym informowano pacjentki. Z dostępnej w Oddziale ewidencji wynika, że w okresie od 2017 r. do 3 lutego 2020 r. beciki lub ubranka wydano 205 pacjentkom.

(akta kontroli str. 67-68, 104-115)

3.8. Przeprowadzaniem badań histopatologicznych i sekcją zwłok zajmował się Zakład Patomorfologii działający w strukturach Szpitala.

Analiza 20 przypadków (martwych urodzeń) wykazała, że każda z pacjentek, która doświadczyła niepowodzenia położniczego upoważniła pisemnie poprzez złożenie

oświadczenia TKOPD do dokonania pochówku (8 przypadków) lub złożyła pisemne oświadczenie o samodzielnym zorganizowaniu pochówku (12). W przypadku pochówku organizowanego samodzielnie przez rodzica odbioru zwłok dokonywały niezwłocznie zakłady pogrzebowe. W przypadku pochówku organizowanego przez TKOPD odbiór zwłok ze Szpitala następował w terminie od 1 miesiąca do 3,5 miesiąca.

Prezes Zarządu Szpitala wyjaśnił, że współpraca Szpitala z TKOPD nie została uregulowana w formie pisemnej. Zgodnie z tradycją datującą się od lat 80-tych zbiorowe pochówki odbywają się 1 raz w kwartale i w takich terminach organizowane są pochówki przez przedstawiciela TKOPD.

(akta kontroli str. 452-455)

Zastępca Dyrektora Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej (dalej: *MOPS*) w Zielonej Górze w sprawie organizacji pochówku ciał dzieci martwo urodzonych przez Miasto poinformowała m.in., że: pochówki odbywają się zgodnie z zasadami zawartymi w Uchwale Rady Miasta z dnia 13 lutego 2015 r. w sprawie sprawowania pogrzebu przez *MOPS* w Zielonej Górze<sup>48</sup>. Przyjęto, że pogrzeb dzieci nienarodzonych odbywa się w sposób tradycyjny, gdzie wszystkie ciała/szczałki dzieci chowane są do jednej wspólnej trumny, która następnie umieszczana jest w zbiorowej mogile przeznaczonej dla takich pochówków. Miasto Zielona Góra dysponuje zbiorowym grobowcem na powyższy cel. Pogrzeby dzieci martwo urodzonych odbywają się ok. 4 razy w roku, co kwartał, o czym informowany jest *MOPS* przez *TKOPD*.

Wydatki poniesione na przez Miasto Zielona Góra na organizację pogrzebów dzieci martwo urodzonych w latach 2017-2019 wyniosły odpowiednio: 5.675 zł; 7.472 zł; 6.062 zł. *MOPS* nie udzielił informacji nt. liczby ciał/szczałków dzieci martwo urodzonych przekazanych przez Szpital do pochówku.

(akta kontroli str. 444-448)

3.9. Do Szpitala wpłynęło pięć skarg w związku z opieką nad pacjentkami w przypadkach poronień i martwych urodzeń w zakresie:

- a) braku informacji o prawie do możliwości przeprowadzenia badań genetycznych w celu ustalenia płci dziecka (poinformowano również Lubuski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia (dalej: *LOW NFZ*) oraz Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej);
- b) niedokonania właściwego pobrania materiału do badań genetycznych skutkujące brakiem możliwości ustalenia przyczyny obumarcia ciąży;
- c) odmowy przeprowadzenia sekcji zwłok u obumarłego płodu;
- d) poronienia spowodowanego odmową przyjęcia w dniu zgłoszenia do Izby Przyjęć (poinformowano również *LOW NFZ* oraz Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej);
- e) nieporozumienia związanego z pochówkiem martwo urodzonego dziecka.

Wszystkie skargi zostały rozpatrzone, odpowiedzi udzielono w terminie, po odebraniu wyjaśnień od pracowników zaangażowanych w przedmiot skargi.

(akta kontroli str. 69-70)

*LOW NFZ* w sprawie dwóch skarg (wymienionych w pkt a i d) poinformował o braku kompetencji do ustosunkowania się oraz o nie zajęciu stanowiska w sprawie - w związku z brakiem możliwości zweryfikowania autentycznego przebiegu wizyty.

---

<sup>48</sup> NR IX.37.2015.

(akta kontroli str. 71-72)

3.10. W toku kontroli skierowano do 30 pacjentek hospitalizowanych w Szpitalu, które doświadczyły niepowodzenia położniczego prośbę o udzielenie informacji (na załączonym druku) na temat otrzymanej opieki. W otrzymanych zwrotnie 26 ankietach, pacjentki oceniły pozytywnie otrzymaną opiekę. Większość pacjentek: każdorazowo była pytana o zgodę na przeprowadzenie jakiegoś zabiegu (19), w pozostałych przypadkach podpisano ogólną zgodę na wszystkie zabiegi (7); zdecydowana większość pacjentek miała możliwość skorzystania z pomocy psychologa (25), z czego w większości przypadków następowało to z inicjatywy szpitala (24); pacjentki były traktowane przez personel życzliwie (25), a opiekę w Szpitalu oceniono bardzo dobrze (21) lub dobrze (5). Personel Szpitala w przypadku wyrażenia woli przez pacjentkę umożliwił jej pożegnanie się ze zmarłym dzieckiem (13), w pozostałych przypadkach pacjentki takiej woli nie wyrażały (7).

(akta kontroli str. 459)

Stwierdzone  
nieprawidłowości

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

1. Niespełnianie wymagania, wynikającego z § 18 ust. 1 rozporządzenia w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą, dotyczącego obowiązku zapewnienia dostępu do łóżka z trzech stron, w tym z dwóch dłuższych.
2. Brak w dokumentacji medycznej zgody jednej pacjentki na operacyjne rozwiązanie ciąży metodą cięcia cesarskiego, o której mowa w art. 34 ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry<sup>49</sup> oraz art. 18 ust. 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta<sup>50</sup>.

OCENA CZĄSTKOWA

Szpital zapewnił pacjentkom odpowiednie warunki pobytu, w tym wyposażenia technicznego oraz lokalowego, poza obowiązkiem zagwarantowania odpowiedniego dostępu do łóżek. Przyjęte rozwiązania umożliwiały pacjentkom zachowanie intymności, a doświadczającym niepowodzenia położniczego gwarantowano odseparowanie od pacjentek, które urodziły lub oczekiwały na urodzenie zdrowego dziecka.

Szpital zatrudniał psychologa w wymaganym wymiarze, który udzielał pomocy psychologicznej zdecydowanej większości pacjentek oraz osobom im bliskim. W przypadkach zaś nieudzielenia konsultacji psychologicznej, której Szpital nie zapewniał w weekendy i święta, pacjentki miały możliwość skorzystania po opuszczeniu Oddziału z porad świadczonych przez psychologów w ramach Poradni Ginekologiczno-Położniczej.

Dokumentacja medyczna prowadzona była rzetelnie. Odzwierciedlała dodatkowo przestrzeganie wewnętrznej procedury opracowanej na wypadek niekorzystnego zakończenia ciąży. Stwierdzono pojedynczy przypadek braku zgody na operacyjne rozwiązanie ciąży metodą cięcia cesarskiego.

## IV. Wnioski

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

<sup>49</sup> Dz. U. z 2019 r., poz. 537, ze zm.

<sup>50</sup> Dz. U. z 2019 r., poz. 1127, ze zm.

- Wnioski
1. Dążenie do zapewnienia wymaganego minimalnego zatrudnienia pielęgniarek i położnych w Oddziale.
  2. Zobowiązanie do pracy w wymiarze przekraczającym przeciętnie 48 godzin na tydzień w przyjętym okresie rozliczeniowym wyłącznie po uprzednim wyrażeniu przez pracownika zgody na to na piśmie.
  3. Zapewnienie dostępu do łóżka z trzech stron, w tym z dwóch dłuższych w pokojach łóżkowych Oddziału.
  4. Gromadzenie w dokumentacji medycznej wymaganych oświadczeń o wyrażeniu zgody przez pacjenta.

## 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 Zielonej Górze. 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 30 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.

Zielona Góra, 16 kwietnia 2020 r.

Kontrolerzy  
Beata Jakubowska  
Doradca prawny

Najwyższa Izba Kontroli  
Delegatura w Zielonej Górze  
p.o. Dyrektor  
Włodzimierz Stobrawa

.....  
*podpis*

.....  
*podpis*

Dorota Rudnicka-Kawa  
Starszy inspektor k.p.

.....  
*podpis*