



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI  
Delegatura w Zielonej Górze

LZG.410.003.05.2020

Beata Kucuń  
Dyrektor

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej  
w Sulechowie  
ul. Zwycięstwa 1, 66-100 Sulechów

# WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

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

# I. Dane identyfikacyjne

Jednostka kontrolowana	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Sulechowie, 66-100 Sulechów, ul. Zwycięstwa 1 (dalej: <i>Szpital</i> )
Kierownik jednostki kontrolowanej	Beata Kucuń, Dyrektor, od 01.01.2004 r. (dalej: <i>Dyrektor</i> )
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 zapewniane pacjentkom stosowną pomoc.</li></ol>
Okres objęty kontrolą	Lata 2017-2020 (do dnia zakończenia kontroli), z wykorzystaniem dowodów sporządzonych przed tym okresem, jeżeli miały wpływ na działalność jednostki w zakresie objętym kontrolą.
Podstawa prawna podjęcia kontroli	Art. 2 ust. 2 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli <sup>1</sup>
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Zielonej Górze
Kontrolerzy	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Mariusz Kniat, doradca prawny, upoważnienie do kontroli nr LZG/28/2020 z 10.03.2020 r.</li><li>2. Patrycja Woźniak, starszy inspektor k.p., upoważnienie do kontroli nr LZG/29/2020 z 10.03.2020 r.</li></ol>

(akta kontroli str. 1-10)

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

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

### OCENA OGÓLNA

Opieka Szpitala nad pacjentkami, które poroniły, urodziły martwe dziecko lub którym dziecko zmarło tuż po porodzie na ogół była sprawowana zgodnie z wymaganiami dotyczącymi organizacji udzielania świadczeń, wyposażenia w odpowiedni sprzęt i aparaturę medyczną oraz liczby wykwalifikowanego personelu<sup>3</sup>, który był przygotowany do pracy z takimi pacjentkami. Niemniej jednak stwierdzono przypadki nieprzerwanego wykonywania przez lekarzy czynności zawodowych powyżej 48 godzin<sup>4</sup>, co stwarza ryzyko dla jakości świadczonej opieki i zapewnienia bezpieczeństwa pacjentkom. Poczynając od 2019 roku nie dochowywano minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych.

Personel Szpitala podnosił swoje kwalifikacje, uczestnicząc systematycznie w szkoleniach z zakresu opieki okołoporodowej. Opieka nad pacjentkami sprawowana była w pomieszczeniach spełniających warunki ogólnoprzestrzenne, sanitarne, instalacyjne, zapewniające poczucie intymności oraz wyposażonych w wymagany sprzęt oraz urządzenia klimatyzacji i wentylacji mechanicznej, przy czym stwierdzono przypadki dokonywania przeglądów technicznych tego sprzętu i urządzeń z opóźnieniem względem wymaganych terminów<sup>5</sup>.

W Szpitalu ustanowiono i monitorowano wskaźniki okołoporodowe, jednak sposób ich realizacji i dokumentowania nie został określony w wymaganej formie (w regulaminie organizacyjnym), co zostało uregulowane w trakcie trwania kontroli. Zgodnie z obowiązującymi standardami pacjentki, które doświadczyły niepowodzenia położniczego nie były umieszczane z pacjentkami, które urodziły zdrowe dziecko<sup>6</sup>. Zakres sprawowanej nad pacjentką opieki, obejmował m.in. pomoc psychologiczną. Poddana analizie dokumentacja medyczna 60 pacjentek prowadzona była właściwie<sup>7</sup>. Prawidłowo również postępowano ze szczątkami dzieci martwo urodzonych<sup>8</sup>.

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

<sup>3</sup> Na podstawie próby kontrolnej obejmującej dwa miesiące (lipiec, październik) w każdym roku w okresie 2017-2019 r.

<sup>4</sup> Na podstawie próby kontrolnej obejmującej dwa miesiące (lipiec, październik) w każdym roku w okresie 2017-2019 r. – stwierdzono 4 przypadki udzielania przez lekarzy świadczeń zdrowotnych nieprzerwanie przez okres ponad 48 godzin.

<sup>5</sup> Stwierdzono 24 przypadki opóźnień w wykonywaniu przeglądów 13 sprzętów wykorzystywanych na Oddziale, tj. w 2017 r. – 2 przypadki, w 2018 r. – 10 przypadków, w 2019 r. – 9 przypadków, w 2020 r. – 3 przypadki (w tym, w 1 przypadku, przeglądu nie wykonano do dnia 23.07.2020 r.) oraz 2 przypadki opóźnień w odniesieniu do klimatyzacji i wentylacji mechanicznej – po jednym w 2018 r. i 2019 r.

<sup>6</sup> Badaniem objęto pacjentki hospitalizowane w Oddziale Położniczo-Ginekologicznym w listopadzie 2019 r.

<sup>7</sup> Badaniem objęto dokumentację 60 pacjentek hospitalizowanych w Oddziale w latach 2017-2019, po 20 w każdym roku.

<sup>8</sup> Badaniem objęto dokumentację 11 pacjentek, które poroniły bądź urodziły martwe dziecko w latach 2017-2019 (będąc co najmniej w 12 tygodniu ciąży).

### III. Opis ustalonego stanu faktycznego oraz oceny cząstkowe<sup>9</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

1.1. Szpital<sup>10</sup> realizuje świadczenia opieki zdrowotnej w zakresie leczenia szpitalnego w dziedzinie ginekologii i położnictwa na podstawie umowy nr 0411/0002/19 z dnia 30.10.2019 r. zawartej z Lubuskim Oddziałem Wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia w Zielonej Górze (dalej: *LOW NFZ*)<sup>11</sup>.

(akta kontroli str. 7-95)

W Szpitalu funkcjonuje Oddział Kliniczny Endoskopii Ginekologicznej i Położnictwa (dalej: *Oddział*)<sup>12</sup>, na którym hospitalizowane są m.in. kobiety, które poroniły, urodziły martwe dziecko bądź którym dziecko zmarło tuż po porodzie. W ramach Oddziału funkcjonuje: poradnia ginekologiczno-położnicza i szkoła rodzenia, nie wyodrębniono natomiast pododdziału ani odcinka dedykowanego wyłącznie kobietom doświadczającym ww. sytuacji szczególnych.

(akta kontroli str. 96-111, 113-132)

Z wyjaśnień Dyrektor Szpitala wynika, że w Szpitalu nie zostały określone procedury kierowania pacjentek doświadczających poronienia lub martwego urodzenia do sal jednoosobowych, jednak Szpital dysponuje wystarczającą ilością sal i w praktyce pacjentka taka przebywa w sali jednoosobowej, zlokalizowanej w części ginekologicznej, przez co nie ma bezpośredniego kontaktu z kobietami spodziewającymi się zdrowych dzieci.

(akta kontroli str. 132)

W okresie objętym kontrolą Oddział posiadał drugi poziom referencyjności.

(akta kontroli str. 147-150)

W Szpitalu obowiązują standardy postępowania w przypadku ciąży wewnątrzmacicznej obumarłej oraz pustego jaja płodowego do 12 tygodnia, standardy postępowania w przypadku wewnątrzmacicznej ciąży obumarłej po 12 tygodniu i procedura postępowania w przypadku dziecka martwo urodzonego, które opisano w punkcie 2.3. i 2.9.-2.10. wystąpienia pokontrolnego.

(akta kontroli str. 151-172)

<sup>9</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>10</sup> Samorządowa osoba prawna Powiatu Zielonogórskiego.

<sup>11</sup> Umowa obowiązuje od 1.11.2019 r. (dot. koordynowanej opieki nad kobietą w ciąży); w okresie od 1.01.2017 r. do 30.06.2017 r. świadczenia były realizowane w oparciu o umowę nr 0403/0021/17 z dnia 15.12.2010 r. w brzmieniu określonym w aneksie nr 115 z dnia 05.01.2017 r. do tejże umowy; przedłużona aneksem nr 124 do umowy nr 0403/0021/17 do dnia 30.09.2017 r., następnie umowę nr 0403/0021/17/PSZ z dnia 29.09.2017 w okresie od 1.10.2017 r.

<sup>12</sup> Wniosek dot. m.in. zmiany nazwy Oddziału (wcześniej Oddział Położniczo-Ginekologiczny) Szpital złożył do Urzędu Wojewódzkiego w Gorzowie Wlkp. w dniu 07.11.2019 r. Poza Oddziałem Klinicznym Endoskopii Ginekologicznej i Położnictwa, stacjonarna opieka zdrowotna prowadzona jest w następujących oddziałach: klinicznym chirurgii ogólnej i onkologicznej (wcześniej: chirurgiczny ogólny z pododdziałem chirurgii onkologicznej), anestezjologii i intensywnej terapii, wewnętrznym, neonatologicznym, rehabilitacyjnym, zakładzie opiekuńczo-leczniczym, bloku operacyjnym oraz izbie przyjęć.

## 1.2. Skalę działalności Oddziału w latach 2017-2019 obrazują poniższe dane:

- liczba noworodków<sup>13</sup>: 868 w 2017 r., 753 w 2018 r. i 735 w 2019 r.;
- liczba poronień: 143 w 2017 r., 107 w 2018 r. i 79 w 2019 r., przy czym najliczniejszą grupę poronień stanowiły zdarzenia samoistne do 16. tygodnia trwania ciąży;
- liczba martwych urodzeń: po 2 w 2017 r. i 2018 r., 1 w 2019 r. – spowodowane obumarciem wewnątrzmacicznym;
- łącznie do 6. doby życia zmarło 1 dziecko (w 2017 r.)<sup>14</sup>.

(akta kontroli str. 175-177)

Nie odnotowano przypadków powikłań po przebytych poronieniach.

(akta kontroli str. 175)

1.3. W okresie objętym kontrolą na Oddziale<sup>15</sup> zapewniono personel lekarski w wymiarze i o kwalifikacjach zgodnych z wymogami dla drugiego poziomu referencyjnego, określonymi w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego<sup>16</sup> (dalej: *rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych*).

Ponadto w Szpitalu zapewniono stałą obecność lekarza specjalisty w dziedzinie anestezjologii.

(akta kontroli str. 178-331, 334-359, 374-385, 586)

W zakresie spełniania na Oddziale minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych, ustalanych na podstawie przepisu art. 50 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej<sup>17</sup>, stwierdzono m.in., że<sup>18</sup>:

- do końca 2018 r. spełnione były ww. normy;
- w lipcu i październiku 2019 r.; a także w toku kontroli NIK<sup>19</sup> na Oddziale nie spełniano norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych<sup>20</sup>, co szerzej opisano w dalszej części wystąpienia pokontrolnego, w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 332-343, 360-373, 485, 586)

W okresie objętym kontrolą<sup>21</sup> piętnastu lekarzy udzielających świadczeń na Oddziale wykonywało swoje zadania na podstawie umów cywilnoprawnych (kontraktów), a dwóch w oparciu o umowę o pracę<sup>22</sup>.

(akta kontroli str. 178-179, 386-388)

<sup>13</sup> Martwo i żywo urodzonych.

<sup>14</sup> W 2018 r. do 6. doby zmarło 1 dziecko, jednak zgon nastąpił poza Szpitalem.

<sup>15</sup> Na podstawie próby kontrolnej obejmującej dwa miesiące (lipiec, październik) w każdym roku, w okresie 2017-2019 r.

<sup>16</sup> Dz. U. z 2017 r. poz. 2295, ze zm.

<sup>17</sup> Dz. U. z 2020 r. poz. 295, ze zm.

<sup>18</sup> Na podstawie próby kontrolnej obejmującej dwa miesiące (lipiec, październik) w każdym roku, w okresie 2017-2019 r.

<sup>19</sup> Wg stanu na koniec maja 2020 r.

<sup>20</sup> W lipcu 2019 r. (2,19 etatu poniżej normy), w październiku 2019 r. (2,8 etatu poniżej normy), w maju 2020 r. (3,58 etatu poniżej normy).

<sup>21</sup> Na podstawie próby kontrolnej obejmującej dwa miesiące (lipiec, październik) w każdym roku, w okresie 2017-2019 r.

<sup>22</sup> Jeden z lekarzy wykonywał pracę w oparciu o umowę kontraktową od 27.11.2017 r. (wcześniej w oparciu o umowę zlecenie), lekarze zatrudnieni na umowę o pracę mają status lekarzy rezydentów i zawarli klauzulę opt-out.

1.4. Szpital opracował program dostosowania pomieszczeń i urządzeń do obowiązujących wymogów<sup>23</sup>, który decyzją z dnia 12.11.2012 r. został pozytywnie zaopiniowany przez Lubuski Państwowy Wojewódzki Inspektorat Sanitarny (dalej: LPWIS).

(akta kontroli str. 489-496)

W programie ujęto szesnaście niespełnionych wymagań, w tym trzy dotyczące Oddziału i jeden Izby Przyjęć:

- a) istniejące pomieszczenie higieniczno-sanitarne nie jest wyposażone w natrysk i wózek-wannę przystosowane dla osób niepełnosprawnych, w tym poruszających się na wózkach inwalidzkich (dot. Izby Przyjęć),
- b) brak urządzeń umożliwiających mycie i pielęgnację noworodka w pomieszczeniach dla noworodków wymagających opieki pośredniej i ciągłej,
- c) brak pomieszczenia dla położnic i noworodka w pierwszych godzinach życia, po porodach powikłanych, w którym zapewnia się możliwość obserwacji bezpośredniej,
- d) brak bezpośredniego połączenia gabinetu ginekologicznego z pomieszczeniem higieniczno-sanitarnym.

Jako sposób dostosowania do ustalonych wymogów wskazano odpowiednio:

- a) dostosowanie istniejącego pomieszczenia do wymogów rozporządzenia,
- b) zakup niezbędnych urządzeń,
- c) zapewnienie wymaganego pomieszczenia,
- d) remont poradni dla kobiet.

(akta kontroli str. 489-491)

Szpital wniósł o wydanie opinii dotyczącej wpływu na bezpieczeństwo i zdrowie pacjentów ze względu na brak realizacji części wymagań. Z postanowienia wydanego przez Lubuskiego Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego wynika, że niespełnienie przedmiotowych wymagań<sup>24</sup> miało nieznaczący wpływ na bezpieczeństwo pacjentów.

(akta kontroli str. 497-508)

Ostatecznie Szpital zrealizował wymagania wynikające z programu dostosowania<sup>25</sup>.

(akta kontroli str. 509)

W okresie objętym kontrolą Szpital spełniał warunki określone w rozporządzeniu w sprawie świadczeń gwarantowanych dla drugiego poziomu referencyjności, w zakresie zapewnienia odpowiedniego wyposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną, tj. na Oddziale zapewniono: kolposkop, aparaty KTG (5 szt.),

<sup>23</sup> Wymogi określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 26.06.2012 r. w sprawie szczegółowych wymagań jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. poz. 739); uchylony z dniem 1 kwietnia 2019 r.

<sup>24</sup> Dotyczy braku pomieszczenia dla położnic i noworodka w pierwszych godzinach życia, po porodach powikłanych oraz braku bezpośredniego połączenia gabinetu ginekologicznego z pomieszczeniem higieniczno-sanitarnym.

<sup>25</sup> Realizacja potrzeb dostosowania Izby Przyjęć została w rezultacie osiągnięta poprzez przeniesienie do budynku mieszczącego się pod innym adresem.

kardiomonitorów (2 szt.), aparaty USG (4 szt.) oraz zestawy laparoskopowe z histeroskopami (2 szt.)<sup>26</sup>.

(akta kontroli str. 511-513)

Analiza terminowości dokonywania przeglądów ww. jednostek sprzętowych<sup>27</sup> wykazała, że w okresie objętym kontrolą dla 13 urządzeń<sup>28</sup> – łącznie 24 razy – przeglądy wykonywane były po upływie wymaganego terminu, tj:

- w roku 2017 – 2 przypadki,
- w roku 2018 – 10 przypadków,
- w roku 2019 – 9 przypadków,
- w roku 2020 – 3 przypadki<sup>29</sup>,

co szerzej opisano w dalszej części wystąpienia pokontrolnego, w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 511, 515-518)

Urządzenia wentylacji mechanicznej i klimatyzacji posiadały aktualne przeglądy, jednak stwierdzono, że wbrew § 40 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>30</sup>, instalacje i urządzenia nie podlegały okresowemu przeglądowi, czyszczeniu lub dezynfekcji, lub wymianie elementów, w okresie nieprzekraczającym 12 miesięcy w roku 2018 i 2019, co szerzej opisano w dalszej części wystąpienia pokontrolnego, w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 514-518)

**1.5.** Analiza czasu pracy lekarzy<sup>31</sup> realizujących w Oddziale świadczenia zdrowotne w wybranych miesiącach objętych kontrolą<sup>32</sup> wykazała, że w 123 przypadkach lekarze udzielali świadczeń zdrowotnych nieprzerwanie przez okres ponad 24 godzin, z czego w:

- 2017 r. – było takich przypadków 17 (lipiec) i 17 (październik);
- 2018 r. – 20 (lipiec) i 25 (październik);
- 2019 r. – 21 (lipiec) i 23 (październik)<sup>33</sup>.

W czterech przypadkach, o których powyżej lekarze udzielali świadczeń zdrowotnych nieprzerwanie przez okres ponad 48 godzin, w tym w trzech przypadkach 55 godzin i w jednym 56 godzin, co szerzej opisano w dalszej części wystąpienia pokontrolnego, w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 344-359, 386, 389-390)

<sup>26</sup> Ilości dotyczą sprzętu użytkowanego i zgłoszonego do NFZ.

<sup>27</sup> Zgodnie z zapisami w paszportach technicznych urządzeń, dokonywanymi przez autoryzowany podmiot.

<sup>28</sup> 5 aparatów KTG, 3 aparaty USG, 2 zestawy laparoskopowe, 2 kardiomonitorów i 1 videokolposkop.

<sup>29</sup> W tym 1 przypadek sprzętu nieposiadającego aktualnego przeglądu (stan na dzień 23.07.2020 r.), dla którego termin wymaganego przeglądu upłynął w kwietniu 2020 r.

<sup>30</sup> Dz. U. poz. 595; do 31.03.2019 r. wbrew § 39 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 roku w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą, Dz. U. poz. 739, uchylone z dniem 01.04.2019 r.

<sup>31</sup> Analizą objęto czas pracy 17 lekarzy udzielających świadczeń na Oddziale, w tym 15 wykonywało swoje zadania na podstawie umów cywilnoprawnych (kontraktów), a dwóch na podstawie umów o pracę z klauzulą opt-out (lekarze rezydenci).

<sup>32</sup> Na podstawie próby kontrolnej obejmującej dwa miesiące (lipiec, październik) w każdym roku w okresie 2017-2019 r.

<sup>33</sup> Z zastrzeżeniem, że w 16 przypadkach świadczenia pracy powyżej 24 h (dotyczy dwóch lekarzy; w miesiącu lipcu i październiku każdego z lat 2017-2018) lekarze mieli w jej trakcie po 1 h przerwy.

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

(akta kontroli str. 132, 510)

Stwierdzone  
nieprawidłowości

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

1. Na Oddziale nie zostały spełnione normy zatrudnienia pielęgniarek i położnych w objętych badaniem miesiącach<sup>34</sup>, ustalone na podstawie przepisu art. 50 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, w następującym zakresie:

- w lipcu 2019 r. (2,19 etatu poniżej normy<sup>35</sup>);
- w październiku 2019 r. (2,8 etatu poniżej normy<sup>36</sup>);
- w maju 2020 r. (3,58 etatu poniżej normy<sup>37</sup>).

(akta kontroli str. 485)

Dyrektor Szpitala wyjaśniła, że: *Przyczyny niespełniania norm zatrudnienia położnych i pielęgniarek wynikających z rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 11 października 2018 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego dla Oddziału Klinicznego Endoskopii Ginekologicznej i Położnictwa są następujące: deficyt kadrowy położnych w województwie lubuskim, brak absolwentów wydziału położnictwa obserwowany od kilku lat, rosnąca liczba położnych osiągających wiek emerytalny. (...) Ponadto w ww. rozporządzeniu liczba wymaganej kadry nie uwzględnia wskaźnika średniego wykorzystania łóżek szpitalnych. Uważamy, że biorąc pod uwagę ww. wskaźnik, obecna liczba zatrudnionej kadry zabezpiecza prawidłową pracę dla personelu oraz opiekę nad pacjentami.*

*Szpital podejmuje działania zmierzające do spełnienia wymogu w zakresie norm zatrudnienia poprzez publikację ogłoszeń o rekrutacji na stanowiska położnych i pielęgniarek. Szpital w Sulechowie ma w tej sytuacji możliwość zmniejszenia liczby łóżek szpitalnych – jeśli nie pozyska nowych pracowników. Jednak Dyrekcja nie jest zwolennikiem takich rozwiązań i w miarę możliwości będzie dążyć do zwiększenia ilości personelu na Oddziale. W pracy staramy się tworzyć dobrą atmosferę, tak aby proces adaptacji zawodowej nowo zatrudnionych pracowników pozwalał na właściwe przygotowanie kadry, a personel osiągający wiek emerytalny chciał choć na część etatu jeszcze nadal współpracować.*

(akta kontroli str. 486-488)

2. W zakresie obowiązku dokonywania wymaganych przeglądów sprzętu użytkowanego na Oddziale oraz wentylacji mechanicznej i klimatyzacji:

- a) dla 13 urządzeń w okresie objętym kontrolą, łącznie 24 razy przeglądów dokonano po upływie wymaganego terminu<sup>38</sup>, co stanowiło naruszenie przepisu § 7 ust. 1 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia

<sup>34</sup> Na podstawie próby kontrolnej obejmującej dwa miesiące (lipiec, październik) w każdym roku w okresie 2017-2019 r.

<sup>35</sup> Zatrudnienie wynosiło – 19,51 etatu, norma – 21,7 etatu.

<sup>36</sup> Zatrudnienie wynosiło – 18,90 etatu, norma – 21,7 etatu.

<sup>37</sup> Zatrudnienie wynosiło – 18,12 etatu, norma – 21,7 etatu.

<sup>38</sup> Dotyczy: 5 aparatów KTG, 3 aparaty USG, 2 zestawy laparoskopowe, 2 kardiomonitoring i 1 videokolposkop; w 2017 r. – 2 przypadki, w 2018 r. – 10 przypadków, w 2019 r. – 9 przypadków, w 2020 r. – 3 przypadki (w tym, w 1 przypadku, przeglądu nie wykonano do dnia 23.07.2020 r.),



8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej<sup>39</sup>;

- b) funkcjonujące na Oddziale urządzenia wentylacji mechanicznej i klimatyzacji nie były w roku 2018 i 2019<sup>40</sup> poddawane okresowym przeglądom, czyszczeniu lub dezynfekcji, lub wymianie elementów zgodnie z § 40 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>41</sup>, nie rzadziej niż co 12 miesięcy.

(akta kontroli str. 511, 514)

Dyrektor wyjaśniła, że: *W nawiązaniu do braku przeglądu zestawu laparoskopowego, który winien zostać wykonany w kwietniu 2020 roku, wyjaśniam, że serwis z uwagi na zagrożenie epidemiologiczne związane z COVID-19 odmówił przyjazdu i wejścia na teren Szpitala. Otrzymaliśmy informację (mimo kilkukrotnego monitoringu), iż przegląd ten może zostać wykonany najwcześniej na przełomie lipca i sierpnia 2020 roku – bez podania przez firmę daty zobowiązującej. Z uwagi na konieczność wykonania przeglądu urządzenia przez autoryzowany serwis musimy oczekiwać na wykonanie inspekcji technicznej bez możliwości zmiany firmy realizującej usługi w tym zakresie. Po realizacji usługi niezwłocznie poinformujemy Państwa o dokonaniu czynności serwisowych<sup>42</sup>.*

*Rozbieżności dat w zakresie przeglądów bieżących sprzętów medycznych funkcjonujących na Oddziale we wskazanych latach w zakresie aparatów KTG, USG i kardiomonitorów wynikają z opóźnień w realizacji zleceń przez serwisanta lub oczekiwania na części zamienne. Dotyczą one najczęściej zgłoszenia konieczności wykonania przeglądu w jednym miesiącu, a wyznaczeniem terminu jego realizacji w następnym lub jeszcze kolejnym.*

*Niestety w 2019 roku przeoczony został termin przeglądu videokolposkopu, na uwagę zasługuje jednak fakt rzadkiej jego eksploatacji oraz posiadanie wszelkich wpisów i atestów potwierdzających jego sprawność na czas kontroli i do stycznia 2021 roku.*

*Czas trwania przeglądów w sposób kompleksowy sięga sumarycznie ok. 6-8 tygodni, a wpis o jego dokonaniu dokonywany jest po zakończeniu czynności serwisowych. W przyszłości będziemy odpowiednio wcześniej dokonywali zlecenia wszelkich przeglądów sprzętów oraz instalacji, tak by rzeczywisty czas ich zakończenia i tym samym potwierdzenia wpisów w dokumentach nie przekraczał 12 miesięcy.*

(akta kontroli str. 515-518)

3. Analiza czasu pracy lekarzy realizujących w Oddziale świadczenia zdrowotne w wybranych miesiącach objętych kontrolą<sup>43</sup> wykazała, że w 4 przypadkach lekarze udzielali świadczeń zdrowotnych nieprzerwanie przez okres ponad 48 godzin<sup>44</sup>.

<sup>39</sup> Dz. U. z 2020 r. poz. 320, ze zm.

<sup>40</sup> W 2018 r. przegląd wykonano po 14 miesiącach, w 2019 r. po 15 miesiącach od poprzedniego przeglądu.

<sup>41</sup> Dz. U. poz. 595; do 31.03.2019 r. wbrew § 39 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 roku w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą Dz. U. poz. 739, uchylone z dniem 01.04.2019 r.

<sup>42</sup> Do dnia zakończenia kontroli nie dokonano wymaganego przeglądu.

<sup>43</sup> Na podstawie próby kontrolnej obejmującej dwa miesiące (lipiec, październik) w każdym roku, w okresie 2017-2019 r.

<sup>44</sup> 3 przypadki pracy w wymiarze 55 h i 1 przypadek pracy w wymiarze 56 h.

Zdaniem NIK, dopuszczenie do wykonywania przez lekarza czynności zawodowych nieprzerwanie przez tak długi okres może – wskutek zmęczenia, niewyspania i przepracowania – sprzyjać popełnieniu błędów medycznych oraz nie gwarantować bezpieczeństwa pacjentkom przebywającym w Oddziale, a w przypadku wystąpienia niepożądanego zdarzenia medycznego narażać na odpowiedzialność prawną lekarza i Szpital.

(akta kontroli str. 344-359, 386)

Dyrektor wyjaśniła, że: *Lekarze zatrudnieni w SP ZOZ w Sulechowie zatrudnieni są w większości w oparciu o umowy cywilno-prawne, w związku z tym nie mają zastosowania przepisu kodeksu pracy. We wskazanych przypadkach przekroczenie czasu pracy związane było z nagłymi, niezaplanowanymi wcześniej sytuacjami życiowymi dotyczącymi braku możliwości stawienia się w pracy z uwagi m.in. na chorobę czy śmierć osoby bliskiej. Stąd też decyzja o pozostaniu na stanowisku pracy przez lekarza do kolejnej zmiany. Dwóch lekarzy zatrudnionych na podstawie umowy o pracę podpisało klauzulę opt-out, w związku z czym czynności wykonują dobrowolnie. Warto podkreślić, że lekarze prowadząc działalność gospodarczą sami i na własną odpowiedzialność regulują rytm pracy. (...) Z uwagi na konieczność zapewnienia ciągłości pracy Oddziału, w wyjątkowych sytuacjach dochodzi do wydłużenia czasu pracy dzięki czemu zachowany jest rytm pracy Oddziału. Pomimo świadczenia pracy powyżej 48 h nigdy nie doszło do sytuacji zagrożenia życia pacjentek, ponadto ciągłość pracy lekarzy jest z nimi uzgadniana i nie wystąpiły okoliczności związane z wykonywaniem czynności zawodowych wbrew ich woli. Podejmujemy wszelkie możliwe działania zmierzające do zatrudnienia dodatkowej kadry medycznej, jednakże na rynku pracy jest tak duży deficyt zawodów medycznych, że dookreślenie czasu zatrudnienia dodatkowej obsady na chwilę obecną jest niemożliwe.*

(akta kontroli str. 389-390)

#### OCENA CZĄSTKOWA

W okresie objętym kontrolą w Szpitalu właściwie zorganizowano opiekę nad pacjentkami doświadczającymi poronienia, urodzenia martwego dziecka lub dziecka, które zmarło krótko po porodzie. Stosownie do wymogów dla drugiego poziomu referencyjnego określonych w rozporządzeniu w sprawie świadczeń gwarantowanych, Szpital był wyposażony w odpowiednią aparaturę i sprzęt medyczny oraz urządzenia klimatyzacji i wentylacji mechanicznej, przy czym stwierdzono przypadki dokonywania przeglądów technicznych tego sprzętu i urządzeń z opóźnieniem względem wymaganych terminów<sup>45</sup>.

W Oddziale zapewniono odpowiednią liczbę personelu lekarskiego posiadającego wymagane kwalifikacje, przy czym stwierdzono przypadki nieprzerwanego wykonywania przez lekarzy czynności zawodowych powyżej 48 godzin, co stwarza ryzyko dla jakości świadczonej opieki i zapewnienia bezpieczeństwa pacjentkom. Od stycznia 2019 r. nie dochowano minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych.

<sup>45</sup> Stwierdzono 24 przypadki opóźnień w wykonywaniu przeglądów 13 sprzętów wykorzystywanych na Oddziale, tj. w 2017 r. – 2 przypadki, w 2018 r. – 10 przypadków, w 2019 r. – 9 przypadków, w 2020 r. – 3 przypadki (w tym, w 1 przypadku, przeglądu nie wykonano do dnia 23.07.2020 r.) oraz 2 przypadki opóźnień w odniesieniu do klimatyzacji i wentylacji mechanicznej – po jednym w 2018 r. i 2019 r.

## **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.** Wskaźniki opieki okołoporodowej, sposób ich realizacji oraz dokumentowania nie zostały ujęte w regulaminie organizacyjnym Szpitala<sup>46</sup>, ani w żadnym innym dokumencie wewnętrznym, co szerzej opisano w dalszej części wystąpienia pokontrolnego, w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 112, 391-393)

W Szpitalu monitorowane były następujące wskaźniki: liczba stanowisk porodowych, w tym porodów rodzinnych, porodów ogółem, noworodków martwo i żywo urodzonych z podziałem na masy urodzeniowe, zgonów do 6 doby życia w podziale na masy urodzeniowe, poronień samoistnych, powikłań po przebytych poronieniach z uszkodzeniem narządów płciowych, cesarskich cięć, przerwanych ciąży z podziałem na przyczyny ich przeprowadzenia, zgonów kobiet w czasie ciąży, porodu i połogu, noworodków pozostawionych w szpitalu, rodzących objętych opieką przedporodową, rzucawek, porodów poza szpitalem i spoza województwa, ciężarnych i noworodków przeniesionych na wyższy poziom referencyjny.

Informacje w tym zakresie były regularnie przekazywane do Lubuskiego Urzędu Wojewódzkiego w ramach składanych sprawozdań i analiz<sup>47</sup>.

(akta kontroli str. 392-416)

Szpital prowadzi badania ankietowe w zakresie satysfakcji pacjentek po porodzie<sup>48</sup>. Od 2020 roku są one poddawane analizie – z danych dotyczących pierwszego kwartału wynika, iż zdecydowana większość pacjentek bardzo dobrze lub dobrze oceniła poszczególne aspekty związane z pobytem na Oddziale<sup>49</sup>. Kolejna analiza zaplanowana została za okres kwiecień – sierpień 2020 r.

(akta kontroli str. 417-418)

W poprzednich latach przeprowadzano badania ankietowe w tożsamym zakresie, jednakże zgodnie z wyjaśnieniami Dyrektor Szpitala analiza wyników prowadzona była na bieżąco, nie sporządzano zbiorczych wyników.

(akta kontroli str. 419)

**2.3.** W Szpitalu obowiązują następujące wewnętrzne regulacje obejmujące swoim zakresem postępowanie w przypadku poronień i martwych urodzeń:

- a) standardy postępowania w przypadku ciąży wewnątrzmacicznej obumarłej oraz pustego jaja płodowego do 12 tygodnia ciąży,
- b) standardy postępowania: wewnątrzmaciczna ciąża obumarła po 12 tygodniu,
- c) procedura postępowania w przypadku dziecka martwo urodzonego.

<sup>46</sup> Na dzień rozpoczęcia kontroli; wymagane zapisy wprowadzono do regulaminu organizacyjnego w trakcie jej trwania.

<sup>47</sup> Dwa razy do roku w 2017 r. i raz do roku w latach 2018-2019.

<sup>48</sup> Ocenie podlega: organizacja przyjęcia na Oddział, zachowanie zasad prywatności, informowanie o planowanym postępowaniu medycznym i przygotowaniu do badań/porodu, staranność wykonywanych zabiegów/opatrunków. Pacjentki proszone są również o odpowiedź na pytanie czy ponownie wybrałyby ten sam Szpital na miejsce porodu.

<sup>49</sup> Na 163 ankietowanych kobiet (za I kwartał 2020 r.) tylko 1 pacjentka wskazała, że nie zdecydowałaby się ponownie na poród w Sulechowie i 1 pacjentka, że nie była informowana o planowanym postępowaniu medycznym.

Powyższe dokumenty zostały zatwierdzone przez Dyrektora Szpitala<sup>50</sup>.

Zgodnie z treścią przedmiotowych dokumentów ich wprowadzenie miało na celu zapewnienie prawidłowego postępowania w przypadkach poronienia do i po 12 tygodniu ciąży oraz dziecka martwo urodzonego niezależnie od jego masy<sup>51</sup>.

(akta kontroli str. 151-172)

Personel zapoznał się<sup>52</sup> z procedurą postępowania w przypadku dziecka martwo urodzonego i pisemnie zobowiązał się do jej stosowania.

(akta kontroli str. 173-174)

Analiza postanowień ww. procedur wykazała m.in., że obowiązujące od 1 stycznia standardy opieki okołoporodowej, zostały wprowadzane do regulacji wewnętrznych Szpitala dopiero w dniu 30 listopada 2019 r., co szerzej opisano w dalszej części wystąpienia pokontrolnego, w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 151-172, 541-544)

**2.4.-2.6.** W latach 2017-2019 personel Oddziału (lekarze i położne) uczestniczył w 33 szkoleniach<sup>53</sup> wewnętrznych i zewnętrznych. Na ten cel Szpital poniósł wydatki w wysokości:

- w 2017 r. 25,5 tys. zł, co stanowiło 30% łącznych wydatków poniesionych na szkolenia w tym roku,
- w 2018 r. 0,5 tys. zł, co stanowiło 22% łącznych wydatków poniesionych na szkolenia w tym roku,
- w 2019 r. realizowano wyłącznie szkolenia bezkosztowe.

(akta kontroli str. 420-422)

Z zakresu opieki okołoporodowej personel Oddziału uczestniczył w poszczególnych latach objętych kontrolą odpowiednio w 13, 7 i 5 takich szkoleniach.

Liczba uczestników ww. szkoleń wyniosła 207 ogółem, z tego w roku 2017 – 105 osób, w roku 2018 – 56 osób, a w roku 2019 – 46 osób.

(akta kontroli str. 420-421, 423-428)

Dyrektor Szpitala wskazała, że ze względu na trudną sytuację w latach 2018 i 2019 realizowano bezkosztowe szkolenia wewnątrzoddziałowe<sup>54</sup>.

Ponadto Dyrektor Szpitala podkreśliła, że Oddział posiada stopień kliniczny, co determinuje możliwość prowadzenia edukacji kadr medycznych i przygotowania jej do zawodu. Personel zatrudniony w Oddziale regularnie uczestniczy w szkoleniach obejmujących tematykę okołoporodową, a co za tym idzie – standardy określające realizację tych procedur, ale również prowadzi takie szkolenia.

(akta kontroli str. 480-481)

<sup>50</sup> Opracowane zostały odpowiednio przez a) i b) przez lekarza pracującego na Oddziale, c) przez położną oddziałową; wszystkie zostały sprawdzone i zaakceptowane przez kierownika Oddziału.

<sup>51</sup> W procedurach wskazano szczegółowe schematy postępowania w określonych przypadkach poprzez wyszczególnienie następujących po sobie czynności, do wykonania których zobligowany jest personel.

<sup>52</sup> Położne złożyły stosowne oświadczenia w marcu i kwietniu 2020 r., zapoznanie się z obowiązującymi procedurami przez personel lekarski nie jest opatrzone datami.

<sup>53</sup> 15 w 2017 r., 9 w 2018 r. i 9 w 2019 r., z czego łącznie 25 (po 8 w 2017 r. i 2018 r. i 9 w 2019 r.) nie wiązały się z ponoszeniem kosztów przez Szpital; łącznie szkoleniami objęto 278 osób (poszczególne osoby brały udział w kilku szkoleniach).

<sup>54</sup> W 2018 r. zorganizowano 1 płatne szkolenie, w którym udział wzięły 2 osoby, łączny koszt szkolenia wyniósł 500 zł.

Z wyjaśnień Dyrektor Szpitala wynika, że ewentualne preferencje i predyspozycje poszczególnych osób do wykonywania pracy na Oddziale są weryfikowane w procesie zatrudniania personelu – po okresie zatrudnienia w oparciu na umowę na czas próbny, kierownik Oddziału oraz położna oddziałowa wskazują zasadność podjęcia dalszej współpracy lub rezygnacji z niej.

(akta kontroli str. 480-481)

**2.7.-2.8.** Wybrani przedstawiciele personelu medycznego Oddziału<sup>55</sup>, odnosząc się do określonych aspektów swojej pracy z pacjentkami, które doświadczyły niepowodzenia położniczego, najczęściej wskazywali na problem niedostatecznej ilości czasu, jaki mogą poświęcić pacjentce oraz trudności w prowadzeniu rozmów z taką pacjentką – każdorazowo postępowanie wymaga indywidualnego podejścia. Równocześnie wskazali na trudności natury formalnej, m.in. konieczność opracowania dużej ilości dokumentacji.

Zdecydowana większość pracowników dostrzega potrzebę realizacji różnych form doskonalenia zawodowego i wyraża chęć uczestnictwa w nich<sup>56</sup>.

Personel zwraca uwagę<sup>57</sup> na zagrożenie wypaleniem zawodowym związanym ze stresem i destrukcyjny wpływ na funkcjonowanie w zawodzie.

W większości personel deklaruje<sup>58</sup>, iż ma zapewnione wsparcie w radzeniu sobie ze stresem w postaci możliwości skorzystania z porady psychologa zatrudnionego w Szpitalu.

(akta kontroli str. 454-477)

Dyrektor Szpitala wyjaśniła, że pracownicy mają możliwość skorzystania z pomocy psychologów zatrudnionych w Szpitalu, jednakże w okresie objętym kontrolą nie sygnalizowali oni potrzeby skorzystania ze wsparcia, ani trudności ze względu na wykonywaną pracę. Dyrektor podkreśliła, że tematyka organizowanych szkoleń jest efektem potrzeb zgłaszanych przez pracowników, a od 2017 roku nie zgłaszali oni potrzeby organizacji szkolenia z tytułu wypalenia zawodowego<sup>59</sup>. Ponadto wskazała, że w bieżącym roku Szpital złożył wniosek na dofinansowanie szkoleń m.in.: komunikacja społeczna i profesjonalne techniki radzenia sobie ze stresem, jednakże ze względu na pandemię, analiza wniosków została odłożona w czasie.

(akta kontroli str. 478-481)

**2.9.-2.10.** Wprowadzone procedury wskazują na konieczność uzyskania od pacjentki niezbędnych zgód na wykonanie określonych czynności medycznych, poinformowania o przysługującym jej prawie dokonania pochówku we własnym zakresie lub rezygnacji z niego oraz udzielenia wsparcia psychologicznego.

(akta kontroli str. 151-172)

Zgodnie z standardami postępowania w przypadku ciąży wewnątrzmacicznej obumarłej oraz pustego jaja płodowego do 12 tygodnia ciąży i wewnątrzmacicznej

<sup>55</sup> Trzech lekarzy, w tym kierownik Oddziału oraz siedem położnych.

<sup>56</sup> Jedna położna zadeklarowała brak potrzeby doskonalenia zawodowego; pozostały personel wskazuje na potrzebę szkolenia z zakresu psychologii, organizacji warsztatów czy wykładów; jeden z lekarzy wskazał ponadto, że szkolenia uwrażliwiające personel na stan pacjentki po stracie dziecka powinny być również kierowane do personelu bloku operacyjnego oraz oddziału anestezyjologicznego.

<sup>57</sup> Cztery osoby (jeden lekarz i trzy położne) wskazały, że ryzyko wypalenia zawodowego ich nie dotyczy.

<sup>58</sup> Siedem osób wskazało na możliwość skorzystania z pomocy psychologicznej, podkreśliły one również rolę wzajemnej pomocy koleżeńskiej wśród personelu Oddziału, w tym od położnej oddziałowej i kierownika Oddziału; pozostałe trzy nie zabiegały o wsparcie.

<sup>59</sup> Szkolenie z zakresu komunikacji interpersonalnej, psychologii oraz wypalenia zawodowego było przeprowadzone w 2016 r.

ciąży obumarłej po 12 tygodniu, po ustaleniu rozpoznania personel zobowiązany jest zaproponować pacjentce wsparcie psychologiczne<sup>60</sup>.

(akta kontroli str. 151-162)

Decydując się na dokonanie pochówku, pacjentka powinna złożyć stosowne oświadczenie<sup>61</sup>, które personel dołącza do dokumentacji medycznej pacjentki, sporządza zaświadczenie o urodzeniu martwego dziecka. Pacjentce decydującej się na pochówek we własnym zakresie należy również przekazać informacje dotyczące dopełnienia formalności w USC.

W przypadku rezygnacji z pochówku we własnym zakresie pacjentka składa oświadczenie o odmowie pochowania zwłok dziecka, które personel również dołącza do dokumentacji medycznej.

(akta kontroli str. 163-172)

W Szpitalu udostępniano broszury informacyjne<sup>62</sup> dotyczące:

- praw przysługujących kobietom po poronieniu (w tym: prawa do rejestracji dziecka w USC, do pochówku dziecka, uzyskania zasiłku pogrzebowego i urlopu macierzyńskiego), możliwości wykonania badań genetycznych<sup>63</sup> oraz obowiązujących standardów opieki okołoporodowej,
- formalności pogrzebowych w zależności od wybranego rodzaju pochówku tj. we własnym zakresie lub w przypadku pozostawienia zwłok dziecka w Szpitalu,
- szczegółowych informacji dotyczących organizacji pochówków dzieci pozostawionych w Szpitalu – wraz z terminami zbiorowych pochówków w grobie dzieci utraconych na cmentarzu komunalnym w Sulechowie<sup>64</sup> i danymi telefonicznymi do osób odpowiedzialnych za ich organizację,
- możliwości celebrowania Dnia Dziecka Utraconego<sup>65</sup>.

(akta kontroli str. 545-552)

Stwierdzone  
nieprawidłowości

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

1. W regulaminie organizacyjnym Szpitala<sup>66</sup> nie określono sposobu realizacji oraz dokumentowania wskaźników opieki okołoporodowej, co stanowiło naruszenie przepisu ust. 3 części I załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 roku w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej.

(akta kontroli str. 112, 391)

<sup>60</sup> Procedury nie przewidują obowiązku udokumentowania tego faktu.

<sup>61</sup> Pacjentka w oparciu o stosowne oświadczenie (załącznik do procedury) podejmuje decyzję, co do pochówku zbiorowego lub indywidualnego, chęci bądź rezygnacji wykonania badań histopatologicznych i genetycznych.

<sup>62</sup> Tj. ogólnopolską - *Poronienie. Co dalej?* oraz trzy lokalne: *Zmarło nim się urodziło. Nie jesteś sam(a), Nie jesteś sam(a) i Jestem mamą Anioła. Dzień Dziecka Utraconego*.

<sup>63</sup> W ulotce pn. *Poronienie. Co dalej?* wskazano m.in. stronę internetową ([www.poronilam.pl](http://www.poronilam.pl) i [www.facebook.com/poronilam](https://www.facebook.com/poronilam)), adres e-mail i numer telefonu, pod którymi można uzyskać szczegółowe informacje dot. poronień i adresy placówek oferujących możliwość wykonania badań genetycznych ([www.poronilam.pl/laboratoria](http://www.poronilam.pl/laboratoria)).

<sup>64</sup> Gmina Sulechów przewiduje dokonywanie trzech pochówków w ciągu roku w zależności od liczby utraconych dzieci.

<sup>65</sup> Dzień Dziecka Utraconego przypada 15 października każdego roku; parafia pw. Podwyższenia Krzyża w Sulechowie trzy razy w roku (15 lutego, 15 czerwca i 15 października) organizuje spotkania, na których rodzice dzieci utraconych mają możliwość rozmowy z psychologiem i/lub duchownym.

<sup>66</sup> Obowiązującym na dzień wszczęcia kontroli.

Dyrektor Szpitala wyjaśniła, że: *Pragnę podkreślić, że w chwili obecnej jesteśmy na etapie procedowania zmian Regulaminu Organizacyjnego naszej jednostki, w której uwzględniono wprowadzenie wskaźników opieki okołoporodowej do jego treści, spełniając równocześnie zapisy ust. 2 części I załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 18 sierpnia 2018 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej.*

(akta kontroli str. 392-393)

Od 1 lipca 2020 r. w Szpitalu obowiązuje nowy regulamin organizacyjny, który uwzględnia zapisy dotyczące wskaźników opieki okołoporodowej, osób odpowiedzialnych za ich monitorowanie, częstotliwość pomiaru oraz szczegółowy sposób postępowania<sup>67</sup>.

(akta kontroli str. 115-131)

2. Obowiązujące od 1 stycznia 2019 r. standardy w zakresie opieki okołoporodowej<sup>68</sup>, zostały wprowadzane do regulacji wewnętrznych Szpitala dopiero w dniu 30 listopada 2019 r.

(akta kontroli str. 151-172, 541-542)

Dyrektor Szpitala wyjaśniła, że: *Pracownicy oddziału ginekologiczno-położniczego zarówno pielęgniarki, położne jak i lekarze biorą udział w tworzeniu i wprowadzaniu wszelkich procedur stosowanych w szpitalu. Tym samym tematyka związana ze standardami opieki okołoporodowej jest im znana od momentu, w którym tworzone są wewnętrzne dokumenty szpitalne. Na początku 2019 roku przeprowadzono szkolenie dot. pracy na oddziale w roku 2019 ze szczególnym uwzględnieniem omówienia nowych standardów okołoporodowych – tak więc już wtedy personel zapoznał się i wdrożył do stosowania przytaczane zapisy. W listopadzie 2019 r. procedury wewnątrzoddziałowe usankcjonowano sformalizowanymi zapisami.*

(akta kontroli str. 543-544)

#### OCENA CZĄSTKOWA

Personel medyczny Oddziału podnosił swoje kwalifikacje, uczestnicząc systematycznie w szkoleniach z zakresu opieki okołoporodowej. W Szpitalu opracowano procedury postępowania w przypadku niekorzystnego zakończenia ciąży, której adresatem były pacjentki oraz personel medyczny, przy czym obowiązujące od początku 2019 r. standardy opieki okołoporodowej wprowadzono do regulacji wewnętrznych ze znacznym opóźnieniem. Ustanowiono i monitorowano wskaźniki okołoporodowe, jednak sposób ich realizacji i dokumentowania nie został określony w wymaganej formie (w regulaminie organizacyjnym), co zostało uregulowane w trakcie trwania kontroli. Dla pacjentek przygotowano pakiet informacji mogących pomóc im w zaistniałej, trudnej dla nich sytuacji.

<sup>67</sup> Do pomiaru wybrano wskaźniki dot.: amniotomii, indukcji porodu, cięć cesarskich oraz nacięć krocza; częstotliwość pomiaru – kwartalnie; zespół monitorujący – kierownik Oddziału (bądź wyznaczony przez niego lekarz) i pielęgniarka oddziałowa; dokumentowanie przy pomocy systemu komputerowego; kwartalnie organizowane będzie również spotkanie zespołu monitorującego z zespołem lekarskim celem omówienia uzyskanych danych i ich ewentualną zmianę w stosunku do poprzednich okresów.

<sup>68</sup> Określone w przepisach rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej.

### 3. Świadczenia zapewniające pacjentkom stosowną pomoc

Opis stanu faktycznego

3.1. Oględziny wybranych pomieszczeń Oddziału wykazały, że Szpital spełnił warunki określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą<sup>69</sup>, w szczególności:

- a) dla odcinka położniczego, w ramach którego funkcjonują:
- blok porodowy z trzema jednołóżkowymi pokojami porodowymi przystosowanymi do porodów rodzinnych, z dostępem do własnego węzła sanitarnego<sup>70</sup>, wyposażonych w stanowiska do resuscytacji noworodka – wejście przez służbę umywalkowo-fartuchową,
  - sala operacyjna przeznaczona do porodów zabiegowych rozwiązywanych cięciem cesarskim, wyposażona w stanowisko do resuscytacji noworodka – wejście przez służbę umywalkowo-fartuchową,
  - sala pooperacyjna tj. sala nadzoru po cięciu cesarskim (dwułożkowa),
  - osiem sal dla pacjentek (w tym sześć dwułożkowych i dwie trzyłożkowe, każda z węzłem sanitarnym),
  - gabinet diagnostyczny,
  - dwa gabinety lekarskie.
- b) dla odcinka ginekologicznego, w ramach którego funkcjonuje:
- pięć sal dla pacjentek (w tym jedna jednołóżkowa, jedna trzyłożkowa i trzy dwułożkowe, każda z węzłem sanitarnym),
  - łazienka dla pacjentek niepełnosprawnych,
  - toaleta dla pacjentek,
  - pokój zabiegowy (w którym przeprowadzane są m.in. abrazyje),
- c) dla Izby Przyjęć w części wyodrębnionej dla pacjentek położniczych:
- pokój badań z węzłem sanitarnym.

(akta kontroli str. 586-618)

Każdy pokój łóżkowy<sup>71</sup> Oddziału, poddany oględzinom posiadał:

- łóżka dostępne z trzech stron, w tym z dwóch dłuższych oraz odstępy między nimi umożliwiające swobodny dostęp do pacjentek i szerokość pozwalającą na wyprowadzenie łóżka z pokoju,
- umywalkę z ciepłą i zimną wodą, dozownik z mydłem w płynie, pojemnik z ręcznikami jednorazowego użycia i pojemnik na zużyte ręczniki,
- bezpośredni dostęp do światła dziennego,
- czynny system przywoławczy personelu medycznego<sup>72</sup>.

<sup>69</sup> Dz. U. poz. 595.

<sup>70</sup> W tym jedna sala przystosowana do porodów wodnych.

<sup>71</sup> Oględziny przeprowadzono w 5 pokojach łóżkowych.

<sup>72</sup> System zainstalowany w pokoju i w łazience.



Wszystkie meble znajdujące się w pomieszczeniach Oddziału oraz sposób połączenia ścian z podłogami umożliwiają ich mycie i dezynfekcję.

(akta kontroli str. 587-589, 592, 597-598, 607-611)

Wszystkie pokoje badań, pokoje zabiegowe (w tym pokój, w którym przeprowadzane są zabiegi abrazji) zlokalizowane na Oddziale oraz Izbie Przyjęć<sup>73</sup> były wyposażone w:

- umywalkę z ciepłą i zimną wodą,
- dozownik z mydłem w płynie oraz dozownik z płynem dezynfekcyjnym,
- pojemnik z ręcznikami jednorazowego użycia oraz pojemnik na zużyte ręczniki,
- pomieszczenia higieniczno-sanitarne w ww. pokojach: w miskę ustępową, dozownik z mydłem w płynie, pojemnik z ręcznikami jednorazowego użycia oraz pojemnik na zużyte ręczniki.

Pokoje, o których mowa, zapewniały poszanowanie intymności i godności pacjentek poprzez właściwe ustawienie fotela ginekologicznego, zastosowanie parawanów oraz zabezpieczenie okien przed dostępem osób postronnych<sup>74</sup>.

(akta kontroli str. 587-591, 605-606, 615-618)

Nad drzwiami pokoi badań zamontowano informację świetlną informującą o trwającym badaniu.

(akta kontroli str. 590-591, 604, 616)

Informacja o możliwości skorzystania z pomocy duszpasterskiej (różnych wyznań) oraz pomocy psychologicznej<sup>75</sup> znajdowała się na tablicy informacyjnej Oddziału, w ogólnodostępnym miejscu.

(akta kontroli str. 587-588, 594-596)

**3.2.-3.3.** Badanie dokumentacji medycznej pacjentek, które poroniły, urodziły martwe dziecko lub którym dziecko zmarło wkrótce po porodzie<sup>76</sup> wykazało, że jest ona prowadzona zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 roku w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania<sup>77</sup> (dalej: *rozporządzenie w sprawie dokumentacji medycznej*), w szczególności zawiera:

- oświadczenie pacjentki o upoważnieniu do uzyskiwania informacji o jej stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach medycznych, wraz ze wskazaniem imienia i nazwiska osoby upoważnionej oraz danych umożliwiających kontakt z tą osobą,
- oświadczenie pacjentki o upoważnieniu do uzyskiwaniu dokumentacji, ze wskazaniem osoby i nazwiska osoby upoważnionej,
- zgodę na przeprowadzenie świadczenia zdrowotnego,
- kartę: indywidualnej opieki pielęgniarskiej/położniczej, obserwacji, gorączkową, zleceń lekarskich,

<sup>73</sup> Odcinek położniczy – 1 pokój diagnostyczny, odcinek ginekologiczny – 1 pokój zabiegowy, Izba Przyjęć – 1 pokój badań.

<sup>74</sup> Okna zabezpieczone folią maskującą.

<sup>75</sup> Na tablicy zamieszczono również ulotkę dla pacjentek po niepowodzeniu położniczym informującą o możliwości skorzystania z pomocy duszpasterskiej i psychologicznej podczas realizowanych cyklicznie spotkań w jednej z parafii przy kościele w Sulechowie.

<sup>76</sup> Badanie obejmowało dokumentację 60 takich pacjentek, po 20 w 2017 r., 2018 r. i 2019 r.

<sup>77</sup> Dz. U. poz. 2069 – uchylone z dniem 15 kwietnia 2020 r.

- kartę znieczulenia<sup>78</sup>,
- wyniki badań diagnostycznych,
- kartę informacyjną z wynikami badań wraz z opisem i wypisem ze szpitala<sup>79</sup>.

(akta kontroli str. 519-528)

**3.4.-3.5.** W okresie objętym kontrolą Szpital posiadał umowy cywilnoprawne z dwoma psychologami świadczącymi usługi m.in. na Oddziale. Zgodnie z obowiązującymi od 2019 roku procedurami i standardami wewnątrzoddziałowymi, personel medyczny proponuje pacjentkom możliwość skorzystania z pomocy psychologicznej, ze względu na sytuację, w której się znalazły.

(akta kontroli str. 429-446)

Dyrektor Szpitala wskazała, że: (...) *personel Oddziału Klinicznego Endoskopii Ginekologicznej i Położnictwa posługuje się usługami psychologów w miarę wystąpienia potrzeb, które ze względu na okoliczności, najczęściej nie są możliwe do przewidzenia. W sytuacji, gdy pacjentka zgłasza chęć otrzymania wsparcia psychologicznego, każdorazowo psycholog wzywany jest telefonicznie. Istnieje tym samym możliwość uzyskania konsultacji w zasadzie w każdy dzień tygodnia, co pozwala nam eliminować sytuacje, podczas których, np. weekendy, święta, pacjentki doświadczające niepowodzeń położniczych mogłyby być wykluczone z uzyskania takiego wsparcia.*

(akta kontroli str. 447)

Z dokumentacji poddanej badaniu wynika, że z pomocy psychologa zapewnionego przez Szpital w postaci konsultacji skorzystało 16 pacjentek (27%). W pozostałych przypadkach w dokumentacji nie odnotowano braku zgody czy chęci pacjentek na konsultację psychologiczną, co szerzej opisano w dalszej części wystąpienia pokontrolnego, w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 525-528)

Procedura obejmująca poinformowanie pacjentek o przysługujących jej prawach w zakresie możliwości dokonania poronienia we własnym zakresie bądź rezygnacji z niego, możliwości wykonania badań histopatologicznych i genetycznych, i należytej pomocy psychologicznej funkcjonuje w Szpitalu od listopada 2019 roku. W Szpitalu nie wprowadzono sformalizowanych procedur informowania pacjentek o pozostałych przysługujących jej prawach, co szerzej opisano w dalszej części wystąpienia pokontrolnego, w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 151-172, 541-544)

**3.6.** Badanie pacjentek hospitalizowanych w Oddziale (w listopadzie 2019 r.) wykazało, że pacjentki, które doświadczyły niepowodzenia położniczego nie były umieszczane w pokojach z pacjentkami, które urodziły zdrowe dzieci, co było zgodne z ust. 3 pkt 3 części XV załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej.

(akta kontroli str. 448-449)

**3.7.** Szpital, w przypadku martwo urodzonego dziecka, umożliwiał pacjentce pożegnanie się z nim. W takiej sytuacji personel Szpitala każdorazowo realizuje wolę pacjentki, co do obecności innych osób czy możliwości ochrzcenia dziecka<sup>80</sup>.

<sup>78</sup> W przypadku zastosowania znieczulenia anestezjologicznego przy cięciu cesarskim lub zabiegu abrazji.

<sup>79</sup> Zawierające informacje, o których mowa w § 20 i § 24 rozporządzenia w sprawie dokumentacji medycznej.

<sup>80</sup> Osobiście, przez personel Szpitala lub kapłana.

Pożegnanie odbywa się w jednoosobowej sali porodowej, w której przebywa matka, przy zachowaniu intymności, spokoju i poszanowania godności człowieka<sup>81</sup>.

Personel pomaga w realizowaniu wszelkich potrzeb kobiety, która doświadczyła martwego urodzenia, ale jak dotąd nie spotkał się z chęcią otrzymania pamiątki po zmarłym dziecku. Mimo to deklaruje możliwość ich zabezpieczenia<sup>82</sup>.

Szpital dysponuje becikami szytymi przez podmiot zewnętrzny<sup>83</sup>, przeznaczonymi dla dzieci martwo urodzonych.

(akta kontroli str. 450-453, 462)

**3.8.** W zakresie postępowania ze zwłokami dzieci martwo urodzonych w Szpitalu obowiązuje *procedura dotycząca postępowania w przypadku dziecka martwo urodzonego*, o której mowa w pkt. 2.3. wystąpienia.

Określony w ww. procedurze sposób postępowania ze zwłokami opisano w pkt. 2.9.-2.10. wystąpienia. Po oznaczeniu i zabezpieczeniu zwłok<sup>84</sup>, położna sporządza kartę przekazania zwłok do chłodni<sup>85</sup>, a w przypadku przeprowadzania sekcji zwłok zobligowana jest dodatkowo do pozyskania karty sekcyjnej, następnie przekazuje zwłoki do chłodni (nie wcześniej niż po upływie dwóch godzin od zgonu), na co otrzymuje potwierdzenie odbioru od pracownika chłodni.

(akta kontroli str. 163-172)

Do czasu wprowadzenia przedmiotowej procedury, postępowanie ze zwłokami w przypadku dziecka martwo urodzonego oparte było na zapisach wynikających z regulaminu organizacyjnego Szpitala<sup>86</sup>.

(akta kontroli str. 96-110, 115-131, 536)

W okresie objętym kontrolą Szpital realizował odbiór i przewóz zwłok na podstawie umowy zawartych z trzema podmiotami zewnętrznymi.

(akta kontroli str. 535)

W Oddziale obowiązuje rejestr zwłok/szczątków dzieci martwo urodzonych, którego wzór określono w ww. procedurze. Przed wprowadzeniem tej procedury, rejestr również był prowadzony i zawierał tożsame dane, tj.: dane matki, datę poronienia/martwego urodzenia, informację o chęci dokonania pochówku we własnym zakresie lub pozostawienia dziecka celem dokonania pochówku zbiorowego.

(akta kontroli str. 166, 538-539)

Organizację pochówku ciał dzieci martwo urodzonych w Gminie Sulechów, w okresie objętym kontrolą regulują uchwały Rady Miejskiej. Z danych Urzędu Miejskiego w Sulechowie wynika, że wydatki związane z organizacją pochówków zbiorowych w poszczególnych latach wyniosły:

- w 2017 r. – 5,1 tys. (1 pogrzeb),
- w 2018 r. – 5,8 tys. zł (3 pogrzeby),

<sup>81</sup> Szpital nie wyodrębnił pokoju przeznaczonego wyłącznie do pożegnań dzieci martwo urodzonych.

<sup>82</sup> Z wyłączeniem opaski identyfikacyjnej.

<sup>83</sup> Tęczowy Kocyk.

<sup>84</sup> Jeśli jest to możliwe stosuje się opaski identyfikacyjne, ponadto ciało oznacza się identyfikatorem zewnętrznym.

<sup>85</sup> Karta zawiera pieczętkę Oddziału, dane matki, ewentualny wpis „syn” lub „córka”, datę i godzinę poronienia lub tożsamą datę i godzinę urodzenia i zgonu dziecka martwo urodzonego, imię i nazwisko wraz z podpisem pracownika sporządzającego kartę i osoby odbierającej.

<sup>86</sup> Rozdział VI § 50-58 regulaminu organizacyjnego obowiązującego do 30.06.2020 r., następnie rozdział VI § 53-59 regulaminu organizacyjnego obowiązującego od 1.07.2020 r.

- w 2019 r. – 20,9 tys. zł (3 pogrzeby)

(akta kontroli str. 529-534)

Badanie dokumentacji medycznej 11 pacjentek (wybranych spośród pacjentek, o których mowa w pkt. 3.2.-3.3. niniejszego wystąpienia), które poroniły bądź urodziły martwe dziecko<sup>87</sup> wykazało m.in., że:

- w 10 przypadkach Szpital zlecił przeprowadzenie badań histopatologicznych podmiotom, z którymi zawarto stosowne umowy<sup>88</sup>; Szpital otrzymał wyniki zleconych badań<sup>89</sup>;
- w 9 przypadkach martwo urodzonych dzieci zwłoki przekazano do chłodni, skąd zostały odebrane przez osoby uprawnione (5 przypadków), za pośrednictwem zakładów pogrzebowych do pochówków indywidualnych lub pozostawione w Szpitalu, skąd również zostały odebrane przez zakład pogrzebowy (4 przypadki) celem dokonania pochówku zbiorowego; w 2 przypadkach całość materiału przekazano do badań histopatologicznych.

(akta kontroli str. 537, 540)

**3.9.** W okresie objętym kontrolą złożono dwie skargi<sup>90</sup> dotyczące funkcjonowania Oddziału. W jednym przypadku<sup>91</sup>, w związku z postępowaniem prowadzonym przez NFZ i Rzecznika Praw Pacjenta Szpital przesłał niezbędne wyjaśnienia, w drugim skargę uznano za niezasadną<sup>92</sup>.

(akta kontroli str. 482-484)

**3.10.** W toku kontroli, do 28 pacjentek hospitalizowanych w Szpitalu w latach 2017-2020<sup>93</sup>, które doświadczyły niepowodzenia położniczego skierowano prośbę o udzielenie informacji (na załączonym druku) w celu uzyskania informacji o otrzymanej opiece. W uzyskanych zwrotnie 15 ankietach, zdecydowana większość pacjentek pozytywnie oceniła otrzymaną opiekę: każdorazowo była pytana o zgodę na przeprowadzenie jakiegoś zabiegu (12), miała możliwość skorzystania z pomocy psychologa (12), z czego w każdym z tych przypadków następowało to z inicjatywy szpitala, była traktowana przez personel życzliwie, ze zrozumieniem sytuacji (14)<sup>94</sup>, a opiekę w Szpitalu oceniła bardzo dobrze lub dobrze (13). Personel Szpitala w przypadku wyrażenia woli przez pacjentkę umożliwił jej pożegnanie się ze zmarłym dzieckiem (5), jednak część pacjentek takiej woli nie wyrażała (4).

Trzy pacjentki zadeklarowały, że nie miały możliwości skorzystania z pomocy psychologa, dwie nie wiedziały o możliwości pożegnania się ze zmarłym dzieckiem. Jedna z pacjentek wskazała, iż pomimo wyrażenia woli pożegnania się z dzieckiem, takiej możliwości nie otrzymała.

(akta kontroli str. 553-583)

Dyrektor Szpitala ustosunkowując się do wyników ankiet wskazała że: *Pacjentkom doświadczającym poronień lub martwych urodzeń każdorazowo proponowana jest*

<sup>87</sup> Nie wcześniej niż w 12 tygodniu ciąży.

<sup>88</sup> W okresie objętym kontrolą Szpital posiadał umowy z dwoma podmiotami wykonującymi na jego rzecz badania histopatologiczne.

<sup>89</sup> Przekazany do badania materiał nie był zwracany.

<sup>90</sup> W 2017 r. – 1 skarga złożona jednocześnie do NFZ i Rzecznika Praw Pacjenta; w 2018 r. – 1 skarga złożona bezpośrednio do Szpitala, 2019 r. – 29.06.2020 r. – brak skarg.

<sup>91</sup> Pacjentka obwiniała personel za zły stan zdrowia nowonarodzonego dziecka. Rzecznik Praw Pacjenta nie dopatrył się uchybień ze strony Szpitala.

<sup>92</sup> Skargę za pośrednictwem lokalnej gazety złożyła matka pacjentki, której – wg niej (kobieta nie brała udziału w relacjonowanej przez siebie sytuacji) – odmówiono przyjęcia na Oddział.

<sup>93</sup> Z tego 20 korespondencyjnie, a 8 do pacjentek przebywających w Oddziale w toku kontroli NIK.

<sup>94</sup> Jedna pacjentka nie wskazała odpowiedzi.

*pomoc psychologiczna i możliwość pożegnania się z dzieckiem. Pamiętać należy, że pacjentki często działają impulsywnie i emocjonalnie, i mimo propozycji nie korzystają z oferowanej pomocy. Do chwili obecnej nie otrzymałam informacji o przypadku, w którym pacjentka nie miała możliwości skorzystania ze wsparcia psychologicznego lub pożegnania dziecka. Należy pamiętać, że jest to również uzależnione od okoliczności medycznych np. jeśli do poronienia doszło na bardzo wczesnym etapie ciąży.*

*Warto podkreślić, że opinie wyrażone w ankietach potwierdzają fakt świadczenia usług medycznych na wysokim poziomie, w tym również pozostałych aspektów opieki okołoporodowej. Stąd też wskazany przypadek należy traktować incydentalnie lub taki, co do którego względy medyczne nie pozwalały na pożegnanie się z dzieckiem (wczesny etap ciąży).*

(akta kontroli str. 584-585)

Stwierdzone  
nieprawidłowości

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

1. W dokumentacji medycznej:

- a) wszystkich pacjentek objętych badaniem w 2019 r.<sup>95</sup> brak było pisemnych potwierdzeń pacjentek dotyczących spełnienia przez Szpital wymogów wynikających ze standardów opieki okołoporodowej obowiązujących od 1 stycznia 2019 r. – pacjentki składały jedynie oświadczenie o chęci bądź rezygnacji z możliwości dokonania pochówku we własnym zakresie oraz chęci bądź rezygnacji z wykonania badań histopatologicznych i genetycznych,
- b) w 44 przypadkach badanej dokumentacji medycznej pacjentek<sup>96</sup>, które nie skorzystały z pomocy psychologicznej, nie odnotowano w ich indywidualnej dokumentacji informacji dotyczącej chęci bądź rezygnacji z możliwości skorzystania z pomocy psychologicznej oferowanej przez Szpital.

Brak dokumentowania faktu, czy pacjentka została poinformowana o wszystkich przysługujących jej prawach, ze względu na sytuację, w której się znalazła oraz ewentualnej rezygnacji z pomocy psychologicznej, w opinii NIK może skutkować niewielkim odsetkiem osób korzystających z tejże pomocy oraz brakiem pewności, że pacjentka, która doświadczyła niepowodzenia położniczego rzeczywiście jest świadoma wszystkich praw jej przysługujących.

(akta kontroli str. 521-528)

Dyrektor Szpitala wyjaśniła, że: *Obowiązek informacyjny w stosunku do praw, o których mowa w standardzie jest realizowany poprzez ujęcie części elementów w procedurach wewnątrzoddziałowych. Ponadto pacjentki informowane są ustnie o przysługujących im prawach, każdej oferowana jest ulotka, w której zawarto wymagane informacje. Na tablicy ogłoszeń znajduje się natomiast informacja dotycząca możliwości uzyskania pomocy psychologicznej oraz wsparcia duchowego. W celu dopełnienia zaleceń wynikających ze standardów, dokonamy uzupełnienia dokumentacji o oświadczenie dotyczące uzyskania przez pacjentkę pełnej informacji o wszystkich przysługujących jej prawach ze względu na sytuację, w której się znalazła.*

(akta kontroli str. 541-544)

<sup>95</sup> Dotyczy 20 pacjentek hospitalizowanych w roku 2019.

<sup>96</sup> Spośród 60 pacjentek hospitalizowanych w latach 2017-2019, po 20 w każdym roku.

## OCENA CZĄSTKOWA

Szpital zapewnił pacjentkom, które doświadczyły niepowodzenia położniczego odpowiednie warunki pobytu, w tym: wyposażenia, techniczne, lokalowe oraz poczucie intymności. Rzetelnie prowadzono dokumentację medyczną, prawidłowo również postępowano w przypadku pochówku dzieci martwo urodzonych.

Procedury obowiązujące w Szpitalu nakazywały personelowi oferowanie pacjentkom pomocy psychologicznej, jednak brak dokumentowania realizacji obowiązku informowania pacjentek o wszystkich przysługujących im uprawnieniach, w tym możliwości skorzystania z porady psychologicznej, może skutkować niewielkim odsetkiem osób korzystających z tejże pomocy oraz brakiem pewności, że pacjentka, która doświadczyła niepowodzenia położniczego rzeczywiście jest świadoma wszystkich praw jej przysługujących.

## IV. Wnioski

### Wnioski

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

1. Dążenie do zapewnienia wymaganego minimalnego zatrudnienia pielęgniarek i położnych.
2. Dokonywanie okresowych przeglądów sprzętu medycznego, wentylacji mechanicznej i klimatyzacji w wymaganych terminach.
3. Podjęcie działań organizacyjnych mających na celu ograniczenie, a w przypadku poprawy sytuacji w zatrudnianiu lekarzy specjalistów, wyeliminowania przypadków nieprzerwanego udzielania przez lekarzy świadczeń zdrowotnych przez zbyt długi okres.
4. Przestrzeganie obowiązku informowania pacjentek, które doświadczyły poronienia o przysługujących im prawach.

## 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, 4 sierpnia 2020 r.

Kontrolerzy  
Mariusz Kniat  
doradca prawny

.....  
*podpis*

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

.....  
*podpis*

Patrycja Woźniak  
starszy inspektor k.p.

.....  
*podpis*