



## Wsparcie w sytuacji poronienia i martwego urodzenia

# Opieka nad kobietami po stracie dziecka

**GRZEGORZ WALENDZIK, KRZYSZTOF WILKOSZ**

*Opieka nad pacjentkami, które poroniły lub urodziły martwe dziecko wymaga doświadczenia, wiedzy i umiejętności komunikowania się z nimi. Pracownikom szpitali należy więc zapewnić odpowiednie szkolenia<sup>1</sup>. Przeprowadzona przez Najwyższą Izbę Kontroli (NIK) kontrola<sup>2</sup> ujawniła, że szpitale ograniczały się najczęściej do udzielenia niezbędnej pomocy medycznej, natomiast nie zapewniały kobietom szerszego wsparcia przewidzianego przepisami prawa. Zastrzeżenia budził też sposób postępowania z ciałami dzieci.*

### Poronienie, urodzenie martwego dziecka

W Europie wskaźnik martwych urodzeń na 1000 porodów nie przekracza sześciu zgonów. W naszym kraju wynosi nieco ponad trzy martwe urodzenia. Podobnie jest w Belgii, Francji czy na Węgrzech. Lepsza sytuacja ma miejsce w Czechach, Niemczech, Szwecji, Norwegii oraz Finlandii<sup>3</sup>. W Polsce w 2019 r. kobiety urodziły 1561 martwych dzieci, przy czym liczba ta w stosunku do 2017 r. zmniejszyła się o 11,2%.

Dane odnośnie do skali poronień nie są do końca znane, ponieważ do znacznej ich części (ok. 50%) dochodzi jeszcze

przed zagnieżdżeniem zapłodnionej komórki jajowej w macicy. Jeśli nastąpi to we wczesnej fazie, niektóre kobiety mogą nawet nie wiedzieć, że były w ciąży. Ryzyko poronienia zależy od wieku ciąży – im jest ona starsza, tym to ryzyko maleje. Na podstawie szacunków uznaje się, że w Polsce około 10-15% wszystkich kończy się poronieniem. Z danych zgromadzonych na podstawie sprawozdań o działalności ogólnej szpitali wynika, że w Polsce w 2017 r. u prawie 41 tys. kobiet ciąża zakończyła się poronieniem, a w 2019 r. – u ponad 39 tys.<sup>4</sup> W 2019 r. wzrost liczby poronień w stosunku do 2017 r.

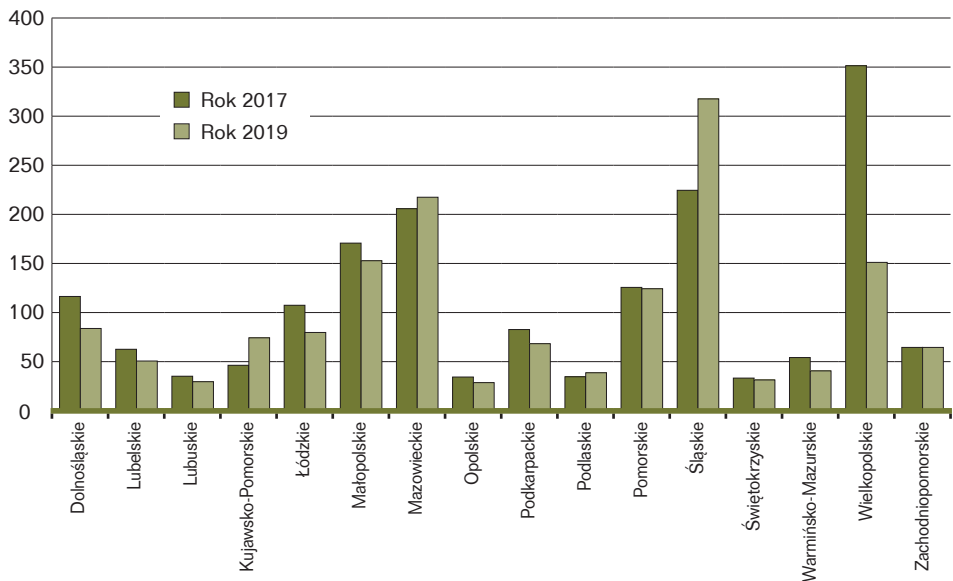
<sup>1</sup> <[http://www.pielęgniarstwo.ump.edu.pl/uploads/2017/3/529\\_3\\_65\\_2017.pdf](http://www.pielęgniarstwo.ump.edu.pl/uploads/2017/3/529_3_65_2017.pdf)>. 15.11.2019.

<sup>2</sup> Artykuł opracowany na podstawie Informacji o wynikach kontroli: *Opieka nad pacjentkami w przypadkach poronień i martwych urodzeń*, nr ewid. 46/2020/P/20/063/LKI, Delegatura NIK w Kielcach, grudzień 2020 r.

<sup>3</sup> <<https://niebieskiepudelko.pl/martwe-urodzenia/>>, data dostępu 15.3.2021.

<sup>4</sup> Na podstawie danych uzyskanych przez NIK z Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia. Dane nie zawierają informacji na temat szpitali psychiatrycznych, szpitali podległych Ministerstwu Spraw Wewnętrznych i Administracji oraz szpitali podległych Ministerstwu Sprawiedliwości.

Rysunek 1. Liczba dzieci martwo urodzonych w Polsce w 2017 i w 2019 r.



Źródło: Opracowanie własne, dane uzyskane przez NIK z Centrum Systemów Informatycznych Ochrony Zdrowia na podstawie MZ-29 *Sprawozdanie z działalności szpitala ogólnego*.

odnotowano w sześciu województwach, w tym najwyższy w: opolskim (o 18,8%) i podlaskim (o 6,8%), natomiast największy spadek – w świętokrzyskim i zachodniopomorskim (po 16,3%).

Utrata ciąży lub śmierć nowonarodzonego dziecka wywołuje u kobiety skutki fizyczne i psychiczne, a poczucie straty nie zależy od wieku dziecka oraz tego, czy się ono narodziło.

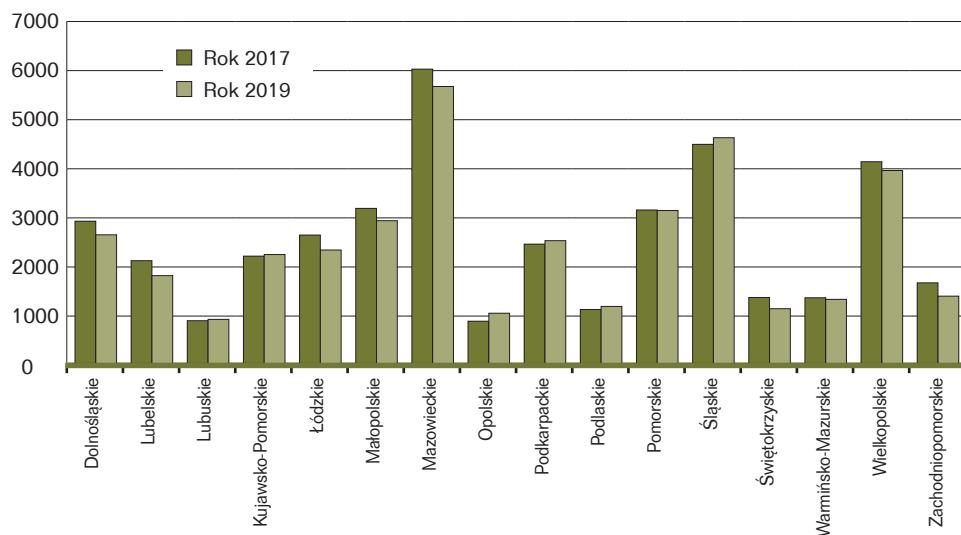
Medycznymi konsekwencjami utraty ciąży są najczęściej: krwotoki łożnicze, wstrząs hipowolemiczny<sup>5</sup>, interwencje wewnątrzmaciczne, immunizacja czynnikiem Rh<sup>6</sup> i niewydolność cieśniowo-szyjkowa<sup>7</sup>. Powikłania związane z interwencją wewnątrzmaciczną wynikają z zabiegów łyżeczkowania jamy macicy i obejmują: perforację macicy, krwotok, zakażenia oraz uszkodzenie warstwy błony śluzowej

<sup>5</sup> Nagły kliniczny stan zagrożenia życia, spowodowany względnym lub bezwzględnym zmniejszeniem objętości krwi krążącej. Najczęstszą przyczyną jest obfity krwotok.

<sup>6</sup> Leczenie tego stanu polega na podawaniu immunoglobuliny anti-D w sytuacjach wysokiego ryzyka kontaktu krwi kobiety Rh D ujemnej z krwią RH D dodatnią.

<sup>7</sup> Niezdolność szyjki macicy do utrzymania ciąży do terminu porodu spowodowana zaburzeniami jej funkcji. Jest to jedna z najistotniejszych przyczyn niepowodzeń łożniczych w II i III trymestrze ciąży i urodzeń noworodków z niską masą urodzeniową.

Rysunek 2. Liczba poronień w Polsce w 2017 i w 2019 r.



Źródło: Jak w rys. 1.

macy. Odległym następstwem łożyczkowania jamy macicy jest zespół pourazowych zrostów wewnątrzmacicznych spowodowany uszkodzeniem warstwy błony śluzowej macicy<sup>8</sup>. Jednocześnie opisane skutki poronienia mogą potęgować poczucie smutku i lęku. Jeśli ciąża była zaawansowana, dodatkowo mogą pojawić się takie fizyczne reakcje organizmu jak rozpoczęcie laktacji, co bywa wyjątkowo trudnym doświadczeniem dla kobiety<sup>9</sup>.

W postępowaniu po utracie ciąży lub dziecka istotne jest więc zapobieganie możliwym negatywnym następstwom

psychologicznym, które wywierają ogromny wpływ na funkcjonowanie psychiczne kobiety i jej rodziny. Bez względu na stopień zaawansowania ciąży, jej utratę uznaje się za sytuacyjny kryzys psychologiczny – trwającą 6-8 tygodni reakcją zdrowej kobiety na sytuację trudną, przekraczającą zasoby i możliwości adaptacyjne. Poronienie wywołuje wstrząs przez swoją nagłość, nieprzewidywalność i brak możliwości kontroli. Powoduje wzmożone napięcie, poczucie dyskomfortu i załamanie mechanizmów radzenia sobie<sup>10</sup>. Często pojawia się także depresja, która dotyka prawie 11% takich kobiet.

<sup>8</sup> P. Fiegler, K. Kamiński, W. Kaźmierczak, J. Radzioch, P. Węgrzyn: *Przyczyny, etiologia oraz współczesne metody diagnostyki i leczenia poronień*, „Ginekologia Praktyczna”, nr 12/2004, s. 26-29.

<sup>9</sup> <<https://psychologiawpraktyce.pl/artikul/bol-emocjonalny-kobiety-po-stracie-ciazy>>, data dostępu 15.3.2021.

<sup>10</sup> P. Fiegler, K. Kamiński, W. Kaźmierczak, J. Radzioch, P. Węgrzyn, *Przyczyny...*, op.cit. s. 26-29.

Według psycholog I. Barton-Smoczyńskiej, kobiety po stracie dziecka poczętego można zaklasyfikować do grupy zagrożonej wystąpieniem Zespołu stresu pourazowego tzw. syndromu PTSD (*Posttraumatic Stress Disorder*). Wśród objawów występują: zmniejszenie wiary w siebie, osłabienie siły *ego*, bierność i pesymizm w relacjach z innymi, reakcje depresyjne i zaburzenia nastroju, silne dolegliwości psychosomatyczne, nawracające obrazy i wyraźnie negatywne myśli. Zwykle w diagnozie psychiatrycznej termin ten stosuje się, gdy objawy trwają co najmniej przez miesiąc. Jeśli występują krócej, wówczas zaburzenie nosi nazwę ostrej reakcji na stres. Cechą charakterystyczną PTSD jest długotrwałe występowanie objawów – nawet kilka lat po porodzie lub poronieniu<sup>11</sup>. Bardzo istotną rolę w przeciwdziałaniu PTSD odgrywają grupowe formy zajęć terapeutycznych dla kobiet doświadczających niepowodzeń położniczych czy psychoterapia grupowa.

Sposób, forma i zakres udzielanej pomocy kobiecie po poronieniu lub śmierci nowonarodzonego dziecka, zostały określone w przepisach prawa. Wytyczne, dotyczące sprawowania opieki nad takimi pacjentkami, znajdują się przede wszystkim w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z 16 sierpnia 2018 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej<sup>12</sup>.

Wcześniej obowiązywały rozporządzenia Ministra Zdrowia z: 20 września 2012 r. w sprawie standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, położu oraz opieki nad noworodkiem<sup>13</sup>; 9 listopada 2015 r. w sprawie standardów postępowania medycznego w łagodzeniu bólu porodowego<sup>14</sup>; 9 listopada 2015 r. w sprawie standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych w dziedzinie położnictwa i ginekologii, z zakresu okołoporodowej opieki położniczo-ginekologicznej sprawowanej nad kobietą w okresie ciąży, porodu, położu, w przypadkach występowania określonych powikłań oraz opieki nad kobietą w sytuacji niepowodzeń położniczych<sup>15</sup>. Utraciły moc 31 grudnia 2018 r.

Przytoczone standardy są przepisami prawa powszechnie obowiązującego. Oznacza to, że każdy pracownik medyczny zobowiązany jest do ich przestrzegania, a na podmiotach wykonujących działalność leczniczą i udzielających świadczeń zdrowotnych dotyczących opieki okołoporodowej ciąży obowiązek zapewnienia ich stosowania.

W rozporządzeniu z 2015 r. w sprawie opieki okołoporodowej wyodrębniono część poświęconą organizacji udzielania świadczeń w przypadku niepowodzeń

---

<sup>11</sup> <[https://www.rodzicpoludzku.pl/images/stories/publikacje/problemy\\_emocjonalne\\_okres\\_okoloporodowy.pdf](https://www.rodzicpoludzku.pl/images/stories/publikacje/problemy_emocjonalne_okres_okoloporodowy.pdf)>, 15.11.2019.

<sup>12</sup> Dz. U. poz. 1756; dalej: rozporządzenie z 2018 r. w sprawie opieki okołoporodowej.

<sup>13</sup> Dz. U. z 2016 r. poz. 1132.

<sup>14</sup> Dz. U. poz. 1997.

<sup>15</sup> Dz. U. poz. 2007; dalej: rozporządzenie z 2015 r. w sprawie opieki okołoporodowej.



położniczych. Natomiast w rozporządzeniu z 2018 r. w sprawie opieki okołoporodowej termin niepowodzenia położnicze zastąpiono pojęciem sytuacji szczególne.

Pacjentki doświadczające niepowodzeń położniczych są hospitalizowane na oddziałach ginekologiczno-położniczych o trzech poziomach referencyjnych. Pierwszy poziom opieki perinatalnej obejmuje opiekę nad fizjologicznie przebiegającą ciążą, porodem i położeniem oraz zdrowym noworodkiem, a także krótkotrwałą opiekę nad niespodziewanie występującą patologią ciąży. Drugi poziom dotyczy opieki nad patologią ciąży średniego stopnia, trzeci obejmuje najcięższą.

### Zakres kontroli i założenia metodyczne

Przedmiotem kontroli NIK, koordynowanej przez Delegaturę NIK w Kielcach, było zbadanie prawidłowości zapewnienia opieki pacjentkom, które poroniły lub urodziły martwe dziecko. Kontrola została przeprowadzona w 35 szpitalach z siedmiu województw: kujawsko-pomorskiego, lubelskiego, lubuskiego, łódzkiego, podkarpackiego, świętokrzyskiego i zachodniopomorskiego. Badanie dotyczyło okresu od 1 stycznia 2017 r. do 14 września 2020 r. Poprzedziła je kontrola rozpoznawcza, którą objęto dwa szpitale z województwa świętokrzyskiego<sup>16</sup>.

Sprawdzono, czy pacjentkom zapewniono prawidłową i wystarczającą opiekę w przypadkach poronień i martwych urodzeń. Ocenę przeprowadzono na trzech płaszczyznach: prawidłowości zorganizowania opieki, przestrzegania obowiązujących uregulowań (w tym standardów) dotyczących opieki okołoporodowej, jeśli dojdzie do poronienia lub martwego urodzenia oraz wystarczalności udzielanej pomocy.

### Skala urodzeń i poronień

W 35 skontrolowanych szpitalach<sup>17</sup>, w latach 2017–2019 urodziło się 106 191 żywych noworodków, co stanowiło ponad 9% urodzonych w kraju. Z roku na rok malała tam liczba urodzeń, tj. o 6,2% w 2018 r. w stosunku do 2017 r. i o 4,5% w 2019 r. w stosunku do 2018 r.

W latach 2017–2019 w szpitalach tych urodziło się łącznie 380 martwych noworodków (odpowiednio 134, 116 i 130), do szóstej doby życia zmarło 202 noworodków (70, 73 i 59) oraz doszło do 15 437 poronień (5396, 5052 i 4989)<sup>18</sup>.

### Organizacja opieki nad pacjentkami

W skontrolowanych szpitalach pacjentki doświadczające poronienia, urodzenia martwego dziecka lub zgonu dziecka hospitalizowano na oddziałach ginekologiczno-położniczych, najczęściej w części ginekologicznej. W większości szpitali funkcjonowały

<sup>16</sup> Kontrola R/19/008 *Opieka nad pacjentkami w sytuacjach niepowodzeń położniczych*. Okres objęty kontrolą – od 1 stycznia 2017 r. do 12 listopada 2019 r.

<sup>17</sup> Szpitale objęte kontrolą planową. Nie uwzględniono danych z kontroli doraźnych, ponieważ nie obejmowały 2019 r.

<sup>18</sup> W 2019 r. udział noworodków martwo urodzonych, noworodków, które zmarły do szóstej doby życia oraz poronień w kontrolowanych szpitalach w ogólnej liczbie tego rodzaju zdarzeń w skali kraju wynosił odpowiednio: 8,3%, 8,5% i 12,7%.

regulaminy, w których określono zadania i sposób organizacji poszczególnych jednostek szpitala, także organizacji oddziałów ginekologiczno-położniczych. Cztery szpitale nie miały takich zapisów lub dokumentów, co stanowiło naruszenie art. 24 ust. 1 pkt 7 ustawy z 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej<sup>19</sup>.

Kontrola ujawniła, że zasoby będące w dyspozycji 37 skontrolowanych szpitali<sup>20</sup>, służące wykonywaniu świadczeń opieki zdrowotnej, w tym dostępność i kwalifikacje personelu oraz zaopatrzenie w sprzęt, nie zawsze odpowiadały obowiązującym przepisom.

### Zapewnienie personelu medycznego

We wszystkich skontrolowanych szpitalach zatrudniano odpowiednią liczbę lekarzy mających kwalifikacje wymagane przepisami rozporządzenia Ministra Zdrowia z 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego<sup>21</sup> (dalej: rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych), jednak potrzeby okazywały się znacznie większe. Powodowało to, że np. w dwóch oddziałach ginekologiczno-położniczych samodzielnie pełnili dyżury lekarze, którzy nie mieli wymaganej specjalizacji, lub że pełniący dyżur anestezjolog znieczulał równocześnie dwóch pacjentów (w tym kobietę do cesarskiego cięcia)<sup>22</sup>.

W szpitalach co do zasady przestrzegano uregulowań dotyczących czasu pracy

pracowników podmiotów leczniczych, o których mowa w art. 93 (i następnych) ustawy o działalności leczniczej. Niemniej w 14% placówkach stwierdzono naruszenie tych przepisów, polegające na tym, że lekarze nie mieli co najmniej 11 godzin nieprzerwanego odpoczynku w każdej dobie pracy (art. 97 ust. 1 i 2 ustawy). Przepisy te nie dotyczą jednak personelu medycznego zatrudnionego na podstawie umów cywilnoprawnych. W konsekwencji aż w 68% skontrolowanych podmiotów leczniczych czas pracy lekarzy, zatrudnionych na podstawie umów cywilnoprawnych<sup>23</sup>, znacznie przekraczał 24 godziny. Ustalono, że w 1109 przypadkach lekarze pracowali nieprzerwanie od 24 do 30 godzin, w 392 – od 31 do 40, w 169 – od 41 do 50, w 46 – od 51 do 60 oraz 46 – powyżej 60 godzin. W skrajnym przypadku czas pracy lekarza wyniósł nawet 88 godzin.

Może to świadczyć o niewłaściwej organizacji pracy w danej jednostce oraz budzić uzasadnione wątpliwości co do jakości opieki medycznej i bezpieczeństwa zdrowotnego pacjentek. Niezapewnienie lekarzom odpowiedniego czasu na odpoczynek mogło prowadzić do przemęczenia i stanowić zagrożenie także dla ich zdrowia.

Niewłaściwa organizacja pracy personelu była jedną z przyczyn innego rodzaju nieprawidłowości stwierdzonej w jednym ze skontrolowanych szpitali. Trzech

<sup>19</sup> Dz. U. z 2021 r. poz. 711, ze zm.

<sup>20</sup> Dotyczy również szpitali objętych kontrolą rozpoznawczą.

<sup>21</sup> Dz. U. z 2021 r. poz. 290, ze zm.

<sup>22</sup> Na oddziale o pierwszym poziomie referencyjności.

<sup>23</sup> Kontrolą objęto czas pracy lekarzy w lipcu i październiku lat 2017–2019.



lekarzy świadczyło pracę w tym samym czasie w poradni oraz na oddziale ginekologiczno-położniczym. W konsekwencji niezasadnie wypłacono im wynagrodzenie w łącznej kwocie 12,2 tys. zł. Przebywając w poradni lekarze nie mogli zapewnić opieki pacjentkom hospitalizowanym na oddziale.

### **Szkolenia i wsparcie personelu medycznego**

Jednym z warunków udzielania prawidłowej opieki pacjentkom, które poroniły, urodziły martwe dziecko lub którym dziecko zmarło wkrótce po porodzie jest zagwarantowanie odpowiednio przygotowanego personelu medycznego. Zgodnie ze standardem organizacyjnym opieki zdrowotnej, będącym załącznikiem do rozporządzenia z 2018 r. w sprawie opieki okołoporodowej (część XV ust. 2), osoby wykonujące zawód medyczny w podmiocie leczniczym prowadzącym opiekę okołoporodową powinny być przygotowane do pracy z rodzicami doświadczającymi śmierci noworodka lub narodzin dziecka chorego oraz być informowane o przebywaniu takiej pacjentki w szpitalu, aby uwrażliwić ich na jej sytuację.

Spośród objętych kontrolą placówek w szkoleniach prowadzonych przez podmioty zewnętrzne, których tematyka była związana ze standardami opieki okołoporodowej, uczestniczył personel

medyczny 17 szpitali. W niemal wszystkich tych podmiotach organizowano szkolenia wewnętrzne na ten temat. W 29 z nich przeprowadzono przynajmniej jedno szkolenie wewnętrzne poświęcone wyłącznie opiece nad pacjentkami doświadczającymi niepowodzeń położniczych. Tylko w jednym szpitalu nie został przeszkolony personel oddziału ginekologiczno-położniczego. Dodatkowo, obowiązująca od marca 2014 r. wewnętrzna procedura tego oddziału poświęcona opiece nad pacjentkami, które doświadczyły poronienia lub urodzenia dziecka martwego, nie została zaktualizowana, mimo że od tego czasu dwukrotnie zmieniono przepisy dotyczące standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej<sup>24</sup>.

Znaczenie właściwej komunikacji personelu medycznego z pacjentkami doświadczającymi niepowodzeń położniczych podnoszone było również w opracowanych na potrzeby kontroli opiniach ekspertów – prof. dr. hab. n. med. Bogdana Chazana oraz prof. dr. hab. n. med. Krzysztofa Preisa<sup>25</sup>.

Standardy opieki okołoporodowej nakładają na kierowników placówek medycznych obowiązek wspierania personelu medycznego w radzeniu sobie ze stresem, w związku z udzielaniem świadczeń kobietom, które straciły dziecko (znalazły się w sytuacjach szczególnych). Stanowią o tym ust. 3 pkt 9 części VII załącznika do rozporządzenia z 2015 r. w sprawie opieki

<sup>24</sup> Rozporządzenie z 2015 r. w sprawie opieki okołoporodowej oraz rozporządzenie z 2018 r. w sprawie opieki okołoporodowej.

<sup>25</sup> Ekspertyzy prof. dr. hab. n. med. Bogdana Chazana i prof. dr. hab. n. med. Krzysztofa Preisa stanowią załączniki odpowiednio nr 6.5. i 6.6. do Informacji o wynikach kontroli: patrz przypis 2.

okołoporodowej i ust. 3 pkt 11 części XV załącznika do rozporządzenia z 2018 r. w sprawie opieki okołoporodowej. Niezapewnienie takiej pomocy stwierdzono w 13,5% szpitali. W pozostałych jednostkach wsparcie dla pracowników zajmujących się opieką nad pacjentkami organizowano w różnych formach. Nie zawsze jednak spełniały one oczekiwania i były adekwatne do potrzeb personelu. W okresie objętym kontrolą szkolenia dotyczące problematyki radzenia sobie ze stresem, przeciwdziałania wypaleniu zawodowemu zorganizowano w 27% szpitali. Personelowi medycznemu zatrudnionemu w 59,5% kontrolowanych podmiotów zapewniono możliwość skorzystania z pomocy psychologa. Zdaniem części pracowników opiekujących się pacjentkami doświadczającymi niepowodzeń położniczych, istotną formę pomocy w radzeniu sobie ze stresem stanowiły wzajemne koleżeńskie rozmowy i wsparcie ze strony położonych.

Z osobistych opinii pielęgniarek i położnych większości skontrolowanych szpitali wynika, że praca z pacjentkami doświadczającymi niepowodzeń położniczych jest dla nich trudna i absorbująca. Według części pracowników 12 szpitali, oferowane wsparcie było niewystarczające. Zgodnie z oczekiwaniami personelu należało m.in. poprawić dostępność do konsultacji psychologicznych, organizować więcej szkoleń dotyczących relacji interpersonalnych i komunikacji z pacjentkami oraz treningów redukcji stresu.

### **Normy zatrudnienia i realizacja umów z NFZ**

Kontrola wykazała, że w 22% objętych kontrolą szpitali nie ustalono minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych, bądź ustalono je nieprawidłowo lub ich nie przestrzegano, a także nie dokonywano aktualizacji tych norm w wymaganym okresie trzech lat. Było to niezgodne z art. 50 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej i § 7 rozporządzenia Ministra Zdrowia z 28 grudnia 2012 r. w sprawie sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami<sup>26</sup>. Zatrudnianie mniejszej liczby pielęgniarek i położnych niż określone minimum (w skrajnych przypadkach nie była to nawet połowa wymaganej kadry), zwłaszcza w sytuacji znacznej liczby hospitalizowanych pacjentek, mogło powodować zagrożenie nie tylko dla ich bezpieczeństwa, ale również personelu. Z punktu widzenia pacjenta, zapewnienie odpowiedniej liczby personelu medycznego stanowi formalną gwarancję jakości opieki pielęgniarskiej i położniczej.

W kontroli ustalono także, że w 43% oddziałów ginekologiczno-położniczych świadczeń udzielali lekarze, położne lub pielęgniarki, którzy nie byli zgłoszeni do NFZ. Stanowiło to naruszenie § 6 ust. 1 i 2 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń

<sup>26</sup> Dz. U. poz. 1545.





opieki zdrowotnej<sup>27</sup> oraz umów zawartych z NFZ, według których świadczeniodawca był zobowiązany do wykonywania świadczeń przez osoby wymienione w załączniku do umowy oraz bieżącej aktualizacji tego wykazu.

### **Sprzęt medyczny oraz wyposażenie pomieszczeń**

Oddziały ginekologiczno-położnicze skontrolowanych szpitali zostały wyposażone w sprzęt i aparaturę medyczną wymagane rozporządzeniem w sprawie świadczeń gwarantowanych. W dwóch szpitalach odnotowano brak kolposkopu<sup>28</sup>. W 21,6% skontrolowanych szpitali nie przestrzegano jednak zalecanej przez producentów częstotliwości wykonywania autoryzowanych przeglądów technicznych sprzętu i aparatury medycznej, wymaganych art. 90 ust. 1, 6 i 7 ustawy z 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych<sup>29</sup>. Mogło to mieć wpływ na prawidłowość wykonywanych badań oraz bezpieczeństwo pacjentów. Ponadto w ośmiu szpitalach nie wykonywano terminowo okresowych przeglądów wentylacji mechanicznej i klimatyzacji, które powinny być przeprowadzane nie rzadziej niż co 12 miesięcy, zgodnie z § 40 ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z 26 marca 2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny

odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą<sup>30</sup>.

Dodatkowo w okresie objętym kontrolą znaczna część skontrolowanych szpitali (27%) nie spełniała wszystkich minimalnych warunków dotyczących wyposażenia i sposobu urządzenia zespołów porodowych, sal chorych, pokoi diagnostycznych, określonych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z 26 czerwca 2012 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą<sup>31</sup> oraz w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z 26 marca 2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą.

Także organizacja sal porodowych i przeznaczonych do badań w czterech szpitalach nie zapewniała pacjentkom prawa do intymności i godności, wymaganych art. 20 i 22 ustawy z 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta<sup>32</sup>.

### **Wsparcie psychologiczne pacjentek**

Placówki medyczne mają obowiązek udzielania wsparcia psychologicznego pacjentkom, które poroniły, urodziły martwe dziecko lub którym dziecko zmarło

<sup>27</sup> Dz. U. z 2020 r. poz. 320, ze zm.

<sup>28</sup> Kolposkop to urządzenie, które za pomocą układu optycznego umożliwia przeprowadzenie badania ginekologicznego, służącego wykryciu m.in. przedklinicznych postaci raka szyjki macicy.

<sup>29</sup> Dz. U. z 2021 r. poz. 1565.

<sup>30</sup> Dz. U. poz. 595, ze zm.

<sup>31</sup> Dz. U. poz. 739; uchylone 1.4.2019.

<sup>32</sup> Dz. U. z 2020 r. poz. 849, ze zm.

tuż po porodzie. Stosownie do ust. 3 pkt 2 części XV załącznika do rozporządzenia z 2018 r. w sprawie opieki okołoporodowej, po przekazaniu informacji na temat sytuacji położniczej i zdrowotnej matki oraz jej dziecka, należy umożliwić kobiecie skorzystanie możliwie szybko z pomocy psychologicznej i kontakt z duchownym jej wyznania oraz wsparcie osób bliskich, zgodnie z życzeniem kobiety. Wymóg zatrudnienia psychologa w wymiarze co najmniej 0,5 etatu, zgodnie z częścią I załącznika nr 3 do rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych, obowiązuje tylko dla oddziału ginekologiczno-położniczego o trzecim poziomie referencyjności.

W każdym z kontrolowanych szpitali badaniem pod kątem liczby pacjentek, które skorzystały z pomocy psychologa, objęto dokumentację medyczną 60 kobiet (łącznie zbadano dokumentację 2220 hospitalizowanych). Ustalono, że faktyczna liczba udzielonych im konsultacji psychologa była zróżnicowana – w trzech podmiotach leczniczych w ogóle ich nie prowadzono, a w jednym szpitalu 85% pacjentek, z badanej próby dokumentacji, skorzystało z takich porad. Zależało to w głównej mierze od stopnia referencyjności oddziału szpitala. Na oddziałach o trzecim poziomie referencyjności<sup>33</sup> z takiej formy pomocy skorzystało najwięcej kobiet – od 8% do 85%, przy czym w trzech z nich nie spełniono wymogu zatrudnienia psychologa. W szpitalu, w którym 85% pacjentek z badanej próby skorzystało z jego

porady, na oddział ginekologiczno-położniczy na stałe oddelegowano psychologa. Na wypadek jego nieobecności wyznaczono także zastępcę.

### Zapewnienie intymności i godności

Zgodnie z ust. 3 pkt 3 części VII załącznika do rozporządzenia z 2015 r. w sprawie opieki okołoporodowej, pacjentka po niepowodzeniu położniczym nie powinna przebywać w sali razem z kobietami ciężarnymi, bądź w położu, których ciąża zakończy się urodzeniem zdrowego dziecka; należy zadbać o to, aby w czasie pobytu na oddziale nie miała ona z nimi stałego kontaktu (przepis obowiązywał do 30 grudnia 2018 r.). Od 1 stycznia 2019 r., zgodnie z ust. 3 pkt 3 części XV załącznika do rozporządzenia z 2018 r. w sprawie opieki okołoporodowej, w miarę możliwości nie umieszcza się kobiet w sytuacjach szczególnych, w tej samej sali co pacjentek w ciąży lub w czasie porodu, które urodziły zdrowe dziecko. Analizą przestrzegania tego standardu NIK objęła sposób hospitalizacji pacjentek, które poroniły w okresie od jednego lub dwóch miesięcy przed podjęciem kontroli.

W 24% skontrolowanych szpitali, w dokumentacji medycznej pacjentek nie odnotowywano w jakiej sali przebywały kobiety doświadczające poronienia lub urodzenia martwego dziecka. W czterech podmiotach adnotacje nie były sporządzane w każdym przypadku. W jednym szpitalu personel medyczny w dokumentacji

<sup>33</sup> Skontrolowano 10 szpitali z oddziałami ginekologiczno-położniczymi o tym poziomie referencyjności.



nie zaznaczał przeniesienia pacjentek do innej sali. W związku z tym Izba nie miała możliwości wypowiedzenia się na temat przestrzegania tego standardu przez placówki.

W sześciu szpitalach miały miejsce sytuacje, w których pacjentki w sytuacji szczególnej przebywały na korytarzu lub w jednej sali z kobietami w ciąży lub po urodzeniu zdrowego dziecka. Wpływało to negatywnie na ich stan psychiczny. Umieszczanie osób na szpitalnym korytarzu może też budzić wątpliwości związane z przestrzeganiem praw pacjenta do poszanowania jego godności i intymności.

Zgodnie z ust. 3 pkt 5 części XV załącznika do rozporządzenia z 2018 r. w sprawie opieki okołoporodowej pacjentce, jeżeli wyraża taką potrzebę, należy umożliwić pożegnanie się ze zmarłym dzieckiem w obecności osób bliskich. Może towarzyszyć jej ktoś z personelu (psycholog, lekarz, położna lub pielęgniarka, kapłan, pracownik socjalny).

Kontrola wykazała, że w żadnym ze skontrolowanych szpitali nie było osobnego pomieszczenia przeznaczonego do tego celu (tzw. sala/pokój pożegnań). Deklarowano jednak, że pacjentkom, jeżeli sobie życzą, gwarantuje się taką możliwość. Najczęściej pożegnanie miało miejsce w jednoosobowej sali, w której przebywała lub rodziła pacjentka. W większości jednostek objętych kontrolą praktykowano przekazywanie rodzicom pamiątek po dziecku.

W okresie objętym kontrolą, dwa skontrolowane szpitale oferowały pacjentkom doświadczającym niepowodzeń położniczych opiekę hospicjów perinatalnych. Jeden szpital sam prowadził taką

placówkę, natomiast drugi współpracował z podmiotem ją prowadzącym. Pomoc hospicjów perinatalnych była przede wszystkim skierowana do rodziców, którzy oczekiwali na narodziny dziecka nieuleczalnie lub bardzo ciężko chorego. W ramach opieki zapewniane są tam specjalistyczne konsultacje lekarskie, opieka psychologiczna, duchowa, a także wsparcie w żałobie.

### **Informowanie pacjentek o ich prawach**

Obowiązujące w kontrolowanym okresie standardy przewidywały udzielanie kobiecie wszelkich informacji o możliwości uzyskania dalszej pomocy psychologicznej, miejscach i organizacjach udzielających wsparcia osobom w podobnej sytuacji, jak i przysługujących jej prawach (ust. 3 pkt 8 części XV załącznika do rozporządzenia z 2018 r. w sprawie opieki okołoporodowej). Na podstawie ust. 3 pkt 10 części XV tego załącznika, kobiecie udziela się także wyczerpującej informacji na temat obowiązującego stanu prawnego, wynikającego z przepisów o aktach stanu cywilnego, zabezpieczenia społecznego i prawa pracy dotyczącego sytuacji, w jakiej się znalazła, jak również o możliwości pochówku.

W większości skontrolowanych jednostek (73%) nie dokumentowano przekazywania pacjentkom informacji wymaganych rozporządzeniem z 2018 r. w sprawie opieki okołoporodowej. Korzystano głównie z broszur przygotowanych przez organizacje zewnętrzne. W zaledwie 35% szpitali opracowano własne informatory o możliwościach i sposobie uzyskania dalszej pomocy oraz przysługujących uprawnieniach.

### Problemy ze zwłokami

Podczas kontroli przeanalizowano sposób postępowania ze zwłokami dzieci urodzonych w wyniku poronienia lub martwo urodzonych, od momentu poronienia lub porodu do pochówku<sup>34</sup>. Nieprawidłowości stwierdzono aż w 54,3% szpitali objętych badaniem. Z § 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z 7 grudnia 2001 r. w sprawie postępowania ze zwłokami i szczątkami ludzkimi<sup>35</sup>, za zwłoki uważa się ciała osób zmarłych i dzieci martwo urodzonych, bez względu na czas trwania ciąży. Są one chowane przez osoby uprawnione, o których mowa w art. 10 ust. 1 ustawy z 31 stycznia 1959 r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych<sup>36</sup>, czyli najbliższą rodzinę. Takie prawo przysługuje również osobom, które się do tego dobrowolnie zobowiązują (art. 10 ust. 1 zd. 4 ustawy), co stwarza osobom trzecim możliwość organizowania pogrzebów. Dzięki temu mogą je przeprowadzić parafie, fundacje, a czasem same szpitale. Niektóre szpitale samodzielnie organizują zbiorowe pochówki zmarłych dzieci, których ciała w nich pozostawiono. Zwłoki niepochowane przez podmioty wymienione w art. 10 ust. 1 tej ustawy mogą być przekazane do celów dydaktycznych i naukowych uczelni medycznej lub innej uczelni prowadzącej działalność dydaktyczną i naukową w zakresie nauk medycznych lub federacji podmiotów systemu szkolnictwa

wyższego i nauki prowadzącej taką działalność naukową (art. 10 ust. 2). Jeśli tak się nie stanie, są chowane przez gminę właściwą ze względu na miejsce zgonu (art. 10 ust. 3). W tym celu niezbędna jest współpraca pomiędzy szpitalem i samorządem.

W skontrolowanych jednostkach przyjęto różne sposoby postępowania, nie zawsze zgodne z prawem i wewnętrznymi procedurami. Szpital jest zobowiązany, zgodnie z art. 28 ust. 1 pkt 2 ustawy o działalności leczniczej, do należytego przygotowania zwłok przez ich umycie i okrycie, z zachowaniem godności należącej osobie zmarłej, w celu ich wydania osobie lub instytucji uprawnionej do pochowania. Szpital może przechowywać zwłoki nie dłużej niż przez 72 godziny, licząc od chwili, w której nastąpiła śmierć pacjenta.

We wszystkich podmiotach opracowano wewnętrzne procedury regulujące zasady postępowania ze zwłokami. Większość z nich dotyczyła także szczątków dzieci martwo urodzonych – tylko w dwóch szpitalach obowiązywały ogólne regulacje. Obowiązująca do 16 lutego 2017 r. procedura opracowana w jednym ze szpitali była niezgodna z aktualnym stanem prawnym, ponieważ przewidywała, że w sytuacji pozostawienia martwego płodu w szpitalu należy postępować z nim jak z odpadami medycznymi. Z kolei od 17 lutego 2017 r., pomimo

<sup>34</sup> Badanie to przeprowadzono w 35 kontrolowanych jednostkach w ramach kontroli planowej. W każdej jednostce przeanalizowano dokumentację medyczną 20 pacjentek, które urodziły martwe dziecko lub poroniły po 12. tygodniu ciąży w każdej jednostce, z wyjątkiem dwóch szpitali – gdzie zbadano po 60 takich dokumentacji.

<sup>35</sup> Dz. U. nr 153, poz. 1783, ze zm.

<sup>36</sup> Dz. U. z 2020 r. poz. 1947, ze zm.



wprowadzenia w tej placówce prawidłowej procedury, również nie zapewniono możliwości organizacji pochówku dzieci martwo urodzonych, ponieważ zwłoki przekazywano do pracowni wykonującej badania patomorfologiczne, w której były niszczone jako odpad medyczny (w badanej próbie stwierdzono 17 takich przypadków).

Inne nieprawidłowości dotyczące nieprzebrzegania wewnętrznych procedur określających sposób postępowania szpitala ze zwłokami dzieci urodzonych w wyniku poronienia lub martwo urodzonych, stwierdzono w sześciu kontrolowanych podmiotach leczniczych. Polegały one przede wszystkim na niesporządzeniu lub nierzetelnym sporządzeniu wymaganych dokumentów, np. nie zamieszczono karty odbioru zwłok.

W większości badanych szpitali stosowano wzory oświadczeń dotyczące decyzji matki o sposobie postępowania ze zwłokami dziecka (korzystaniu z prawa do pochówku lub rezygnacji z niego i pozostawienia ciała w szpitalu). W trzech stwierdzono jednak przypadki, w których wzory dokumentów nie były prawidłowe i mogły wprowadzać kobiety w błąd. Z kolei w dziewięciu (26%) dokumentacja medyczna niektórych pacjentek nie zawierała oświadczenia o korzystaniu z prawa do pochówku lub rezygnacji z niego. Dlatego nie podejmowano tam dalszych czynności prowadzących do organizacji pochówku.

Nieprawidłowości związane ze zbyt długim przechowywaniem zwłok stwierdzono w czterech placówkach. Przykładowo, w jednym szpitalu zwłoki dziecka urodzonego 10 grudnia 2014 r. zostały pochowane

dopiero 15 października 2019 r., a więc po upływie niemal pięciu lat.

Sześć podmiotów przekazywało ciała dzieci martwo urodzonych do badań histopatologicznych, nie zapewniając jednocześnie możliwości organizacji ich pochówku. Umowy z podmiotami wykonującymi te badania nie regulowały kwestii zwrotu ciał do szpitali. Na przykład w jednym przekazano podmiotowi wykonującemu badania histopatologiczne 12 płodów (od 11. do 20. tygodnia ciąży), a ten następnie firmie zajmującej się utylizacją materiałów biologicznych.

Sytuacje, w których ciała dzieci poronionych lub martwo urodzonych zostały potraktowane jak odpady medyczne przez sam szpital i następnie zutylizowane, stwierdzono w dwóch placówkach. Naruszało to art. 28 ust. 1 pkt 2 lit. a ustawy o działalności leczniczej, zgodnie z którym szpital jest zobowiązany do należytego przygotowania zwłok przez ich umycie i okrycie, z zachowaniem godności należnej osobie zmarłej, w celu ich wydania osobie lub instytucji uprawnionej do ich pochowania. W konsekwencji uniemożliwiono dokonanie pochówku zwłok przez właściwą gminę. Utylizacja odpadów medycznych dokonywana przez wyspecjalizowany podmiot nie jest tożsama ze spopieleniem zwłok, o którym mowa w rozporządzeniu w sprawie postępowania ze zwłokami i szczątkami ludzkimi. Zgodnie z jego § 8 ust. 1 pkt 1, do postępowania ze spopielenymi szczątkami ludzkimi stosuje się odpowiednio przepisy dotyczące postępowania ze zwłokami. Z uzyskanych przez NIK informacji wynikało, że nie wszystkie szpitale nawiązały współpracę z właściwymi gminami w celu organizacji pochówku

zwłok dzieci, których rodzina nie korzystała z takiego prawa.

### **Prowadzenie dokumentacji medycznej**

Aż w 56,8% skontrolowanych szpitali wadliwie prowadzono dokumentację medyczną pacjentek, które poroniły, urodziły martwe dziecko lub których dziecko zmarło tuż po porodzie<sup>37</sup>. Stwierdzone nieprawidłowości świadczyły m.in. o braku należytej staranności w dokumentowaniu procesu diagnozowania i leczenia.

### **Wskaźniki opieki okołoporodowej**

Według ust. 2 części I Standardu organizacyjnego opieki zdrowotnej w podmiotach wykonujących działalność leczniczą udzielających świadczeń zdrowotnych w zakresie opieki okołoporodowej, stanowiącego załącznik do rozporządzenia z 2018 r. w sprawie opieki okołoporodowej, ustalają one wskaźniki tej opieki i monitorują je nie rzadziej niż raz w roku, kierując się ograniczaniem interwencji medycznych wskazanych w ust. 1 oraz oceną satysfakcji kobiet objętych opieką. Sposób realizacji oraz dokumentowanie działań dotyczących ustalania i monitorowania wskaźników powinien określać, zgodnie z ust. 3 części I standardu, regulamin organizacyjny podmiotu wykonującego działalność leczniczą.

Nieprawidłowości dotyczące ustalania wskaźników opieki okołoporodowej stwierdzono w 78,4% skontrolowanych szpitali. W 14 nie określono wskaźników,

natomiast w 13 ustalono je, lecz sposób realizacji oraz dokumentowanie działań dotyczących ustalania i monitorowania wskaźników nie zostały określone w regulaminach organizacyjnych. W jednym szpitalu nie monitorowano i nie analizowano jednego z przyjętych wskaźników (częstotliwość występowania wad wrodzonych płodu), natomiast w innym monitorowanie wskaźników opieki okołoporodowej nie odbywało się w ustalonym terminie.

Nieustalenie, nierzetelne określenie wskaźników albo ich niemonitorowanie, uniemożliwia systematyczną i prawidłową analizę opieki okołoporodowej, zwłaszcza w obszarach problematycznych dla danej jednostki.

### **Podsumowanie i wnioski**

Mając na uwadze opisane wyżej ustalenia kontroli, ich charakter i skalę, NIK oceniła, że w badanych szpitalach pacjentkom, które poroniły, urodziły martwe dziecko lub których dziecko zmarło tuż po porodzie, nie zapewniono prawidłowej i wystarczającej opieki. Przyczyną była wadliwa organizacja procesu udzielania świadczeń oraz nieprzestrzeganie obowiązującego prawa, w tym standardów opieki okołoporodowej. Zdaniem Izby często opieka nad pacjentkami doświadczającymi tych szczególnych sytuacji ograniczała się do udzielenia niezbędnej pomocy medycznej, nie zapewniała natomiast szerszego wsparcia zagwarantowanego obowiązującymi przepisami.

<sup>37</sup> Badanie dokumentacji medycznej przeprowadzono na podstawie próby dokumentacji 60 pacjentek w każdym szpitalu.



Z tego powodu Najwyższa Izba Kontroli wniosła o zmianę:

- rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego, przez wprowadzenie obowiązku zatrudniania psychologa w wymiarze co najmniej 0,5 etatu również na oddziale ginekologiczno-położniczym o pierwszym i drugim poziomie referencyjności;
- rozporządzenia w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania, przez wprowadzenie wzoru oświadczenia dla pacjentek, które poroniły lub urodziły martwe dziecko, dokumentującego ich decyzję o skorzystaniu z prawa do pochówku dziecka lub rezygnacji z niego oraz obowiązku dołączania tego oświadczenia do indywidualnej dokumentacji medycznej.

Najwyższa Izba Kontroli wniosła także o podjęcie przez Ministra Zdrowia, w ramach sprawowanego ogólnego nadzoru nad sprawami pozostającymi w jego właściwości, objętymi ustawą o cmentarzach i chowaniu zmarłych na podstawie art. 21 ust. 2 tej ustawy, działań zapewniających jednolity, zgodny z obowiązującymi przepisami, sposób postępowania szpitali ze zwłokami dzieci martwo urodzonych i po poronieniu<sup>38</sup>.

Minister Zdrowia nie zakwestionował zasadności wniosku dotyczącego wprowadzenia obowiązku zatrudniania psychologa na oddziale ginekologiczno-położniczym o pierwszym i drugim poziomie referencyjności. Stwierdził jednocześnie, że nieokreślenie w przepisach wymogu

zatrudnienia takiego specjalisty nie zwalnia świadczeniodawców z obowiązku zapewnienia kobietom pomocy psychologicznej w sytuacjach takich, jak poronienie czy urodzenie dziecka martwego.

Według Ministra Zdrowia nie znajduje natomiast uzasadnienia drugi wniosek *de lege ferenda* przedstawiony przez NIK, bowiem umieszczenie w przepisach tego rozporządzenia oświadczenia pacjentek o skorzystaniu z prawa do pochówku dziecka lub rezygnacji niego, wykraczałoby poza delegację ustawową rozporządzenia. Prezes NIK, w opinii do stanowiska Ministra, nie podzielił powyższej argumentacji.

Odnosząc się do wniosku dotyczącego podjęcia, na podstawie art. 21 ust. 2 ustawy o cmentarzach i chowaniu zmarłych, działań zapewniających jednolity, zgodny z obowiązującymi przepisami, sposób postępowania szpitali ze zwłokami dzieci martwo urodzonych i po poronieniu, Minister Zdrowia stwierdził, że sposób postępowania ze zwłokami dzieci martwo urodzonych i po poronieniu jest uregulowany w przepisach prawa, a stwierdzone podczas kontroli nieprawidłowości wynikają głównie z ich nieprzestrzegania. W opinii do przedstawionego stanowiska Prezes NIK – nie kwestionując tego poglądu – uznał jednak, że Minister Zdrowia, z uwagi na skalę stwierdzonych nieprawidłowości, powinien skorzystać z przysługujących mu uprawnień nadzorczych i podjąć działania o jakich mowa we wniosku.

<sup>38</sup> Wniosek nie miał charakteru *de lege ferenda*.

W Informacji o wynikach kontroli NIK sformułowała także odpowiednie wnioski do zarządzających podmiotami leczniczymi, mające na celu wyeliminowanie stwierdzonych nieprawidłowości.

Z przekazanych informacji o sposobie wykonania wniosków pokontrolnych wynika, że kierownicy jednostek zrealizowali 51 wniosków, 41 było w trakcie

realizacji, natomiast 73 nie zostały zrealizowane.

dr GRZEGORZ WALENDZIK, dyrektor  
dr KRZYSZTOF WILKOSZ,  
p.o. wicedyrektor,  
Delegatura NIK w Kielcach

**Słowa kluczowe:** medycyna, świadczenia medyczne, opieka położnicza, poronienia, urodzenie martwego dziecka, pochówek martwo urodzonych dzieci

### Bibliografia

1. P. Fiegler, K. Kamiński, W. Kaźmierczak, J. Radzioch, P. Węgrzyn: *Przyczyny, etiologia oraz współczesne metody diagnostyki i leczenia poronień*, „Ginekologia Praktyczna” nr 12/2004.

### ABSTRACT

#### Care of Women Who Lost Babies – Support in Miscarriage and Stillbirth

In the world, according to the UNICEF report, every 16 seconds a stillbirth takes place, and in 2019 in 39 high-revenue countries the number of stillbirths exceeded the number of new-born babies' deaths, while in 15 countries – the number of stillbirths exceeded the number of infants' deaths. This may mean that in developed countries regular full-term pregnancies and giving birth to a healthy baby are a bigger problem than infant deaths. It is estimated that in 2019 in Poland over 39,000 women had a miscarriage and over 1,500 women experienced stillbirth. It is important to provide such women with appropriate care. It should not be limited to “eliminating” physical aspects of a miscarriage, stillbirth or delivery of a sick, or incapable of living new-borns. It should also support the psyche of women, so that this traumatic experience to the least extent possible affects their present and future lives. However, the audit conducted by the Supreme Audit Office revealed numerous deficiencies of the health protection system. The basic problem is that the care of such women is reduced to necessary medical assistance, it does not, however, ensure broader support that is guaranteed by the binding legal regulations.

Grzegorz Walendzik, PhD, Director

Krzysztof Wilkosz, PhD, Acting Deputy Director. Regional Branch of NIK in Kielce

**Key words:** medicine, medical services, obstetric services, miscarriage, stillbirth, stillbirth funeral