

Najwyższa Izba Kontroli
Sz. P.
Grzegorz Walendzik

Dyrektor Delegatury Najwyższej Izby Kontroli
w Kielcach

W odpowiedzi na pismo przesłane do Fundacji Rodzić po Ludzku dotyczącej kontroli przeprowadzanej przez Najwyższą Izbę Kontroli, znak: P/20/06, w sprawie opieki nad Pacjentami w przypadkach poronień i martwych urodzeń przedstawiamy problemy zgłoszone do Fundacji przez kobiety w ostatnim okresie.

Strata dziecka to jedno z najtrudniejszych doświadczeń w życiu rodzica. Uważne, troskliwe zachowanie ze strony personelu medycznego w tym okresie, może pomóc kobiecie i jej bliskim przejść przez ten trudny czas. Sposób postępowania, komunikacja z kobietą wywiera na nią ogromny wpływ. Nieumiejętne postępowanie podczas rozmów, brak empatii i umiejętności w komunikacji mogą dodatkowo strauumatyzować kobietę i wpłynąć negatywnie na jej stan psychiczny.

W listach i skargach przesyłanych do Fundacji kobiety zwracają uwagę na liczne problemy wynikające, w głównej mierze z braku przygotowania części personelu medycznego oraz szpitali do opieki nad kobietami w sytuacjach szczególnych, a tym samym braku realizacji i przestrzegania Rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej z 2018 r.:

- Najczęstszym problemem zgłaszanym przez kobiety był **brak empatii podczas rozmów personelu medycznego z kobietą**. Brak umiejętności komunikacji z osobą w bardzo trudnej, skrajnej sytuacji życiowej. Kobiety skarżą się na technokratyczny język komunikacji (np: “pojemnik na materiał”, ignorowanie problemu przez personel medyczny, infantyilizowanie komunikatów przekazywanych do kobiety).

Zwracają uwagę na postawę personelu medycznego, którą często określają jako nieuprzejmą, arogancką, oziębłą i ignorującą. Bardzo częstym problemem jest brak czasu lub niewystarczająca ilość czasu na rozmowę, wyjaśnienie wątpliwości i niepokojów. Wiele kobiet opisywało sytuacje, w których personel medyczny podnosił na nie głos sytuacji, w której dopytywały o swój stan lub płakały, cyt.:



Trzęsłam się ze strachu o dziecko, a lekarka niewiele przebierając w słowach zaczęła na mnie krzyczeć, że mam się nie trząść.

Wiele kobiet przeżywających trudne emocje spotkało się nieprzyjemnymi, oceniającymi komentarzami personelu, cyt.:

to ta płacziwa.

Nieumiejętne okazywanie wsparcia przez personel medyczny czasem dodatkowo potęgowało i tak trudną sytuację kobiety, cyt.:

Ciągle płakałam i często słyszałam, żeby nie płakać.

W wielu miejscach personel medyczny nie dawał kobietom przestrzeni na okazywanie emocji t.j. płacz. Zwracano im uwagę lub komentowano negatywnie ich reakcje. Nieodpowiednie komentarze kierowane do kobiety, które straciły dziecko, czasem zamiast uspokoić wskazywały na ludzki brak zrozumienia sytuacji, cyt.:

(...) myślę że żadna matka w takiej sytuacji jak ja nie chciałaby usłyszeć takich słów jakie ja usłyszałam płacząc że jeszcze na pewno urodzę z 2 dziećmi żebym nie płakała

jest pani w statystykach, zwykła statystyka

- Bardzo częstym problemem zgłaszanym przez kobiety był **brak informacji o przebiegu poronienia lub porodu martwego płodu**. Kobiety skarżyły się na to, że personel nie udzielił lub udzielał im w sposób niewystarczający informacji o tym jak fizjologicznie będzie przebiegało poronienie, czego mogą się spodziewać po własnym organizmie, jak w takiej sytuacji się zachować. Zmuszone były do poszukiwania informacji na ten temat na własną rękę w Internecie, co z powodu braku wiarygodnych i wyczerpujących źródeł wiedzy na ten trudny temat wiązało się z dodatkowym stresem, a nawet cierpieniem psychicznym.
- Kobiety borykały się również z **brakiem wyczerpującej i zrozumiałej informacji o przysługujących im po poronieniu lub po martwym urodzeniu prawach socjalnych oraz o przebiegu procedury uzyskania aktu urodzenia martwego dziecka**, który to akt stanowi podstawę do uzyskania zasiłku pogrzebowego i zasiłku macierzyńskiego. Z przepisów wynika, że wystawienie aktu urodzenia martwego dziecka jest możliwe wyłącznie w terminie 3 dni od poronienia lub urodzenia martwego dziecka, tymczasem nie wszystkie szpitale niezwłocznie

wystawiają zaświadczenie o takim zdarzeniu i nie wszystkie przesyłają takie zaświadczenia samodzielnie do właściwych urzędów stanu cywilnego. Dezinformacja w tym zakresie, krótki termin na załatwienie formalności i związany z nim stres powodują, że kobiety w pierwszych godzinach po tragedii w celu dopełnienia wszelkich formalności są zmuszone do kilkukrotnych wizyt w instytucjach zaangażowanych w proces wydawania właściwych dokumentów. Jednolite praktyki szpitali i urzędów w zakresie wystawiania aktów urodzenia oraz jasny komunikat dla kobiet rodzących pozwoliłyby uniknąć pogłębiania traumy związanej z poronieniem.

- Kobiety doświadczające poronienia lub urodzenia martwego dziecka **muszą czasem przebywać na sali z kobietami, które oczekują na narodziny dziecka lub na oddziałach, na których przebywają matki z dziećmi**. Sytuacja ta wpływa bardzo negatywnie na ich stan psychiczny, potęgując ich żal i smutek. Zdarzają się też sytuacje, związane ze złą organizacją opieki i dochodzi do sytuacji, w których kobieta roniąca przebywa w gabinecie lekarskim z inną kobietą w ciąży, która ma w tym samym czasie przeprowadzany zapis KTG - odgłos maszyny, bicie serca dziecka powoduje u kobiety roniącej traumatyczne doświadczenie.
- **Brak wsparcia psychologicznego**. W przesłanych do Fundacji listach, wiadomościach kobiety zgłaszały problem braku wsparcia psychologa, czasem było to związane z tym, że przebywały w szpitalu w weekend, a psycholog pracuje tylko w dni powszednie. Wiele kobiet jednak zwracało uwagę na fakt, że nikt im nie zaproponował takiej możliwości, nie wiedziały że mają w ogóle takie prawo.
- Poważnym problemem pojawiających się w listach od kobiet **był brak opieki ze strony personelu medycznego**. Wiele kobiet pisało o tym, że przez wiele godzin nikt się nimi nie interesował, nie pytał o ich samopoczucie, nie sprawdzał sytuacji. W wielu przypadkach z powodu braku odpowiedniej opieki medycznej środki wywołujące poronienie były podawane w zbyt odległych od siebie odstępach czasu niż to powinno mieć miejsce zgodnie z procedurą medyczną, przez co bolesny proces oczekiwania na urodzenie martwego płodu wydłużał się, niejednokrotnie nawet do kilku dni. Kobiety skazane były na samotne przeżywanie trudnej sytuacji w poczuciu opuszczenia i braku zainteresowania. Brak zainteresowania personelu wzmagał też u nich strach związany z sytuacją medyczną, lęk przed tym, że wydarzy się coś zagrażającego ich zdrowiu bądź życiu. Wiele kobiet zwracało uwagę na fakt, że dawano im odczuć, że są gorsze, ponieważ nie urodzą zdrowego dziecka, a tym samym są mniej wartościowe dla społeczeństwa.
- **Brak znieczulenia**. Wiele kobiet rodzących martwe dziecko zgłaszało problem dostępu do środków łagodzących ból, w tym do znieczulenia zewnątrzoponowego, dodatkowo w sytuacjach, w których zwracały się o pomoc słyszały nieprzyjemne komunikaty, cyt.:

Spytałam położnej czy da mi coś na ból, odpowiedziała: "to musi boleć"

- **Brak wsparcia ze strony bliskiej osoby.** W wielu przypadkach kobiety nie były informowane o prawie do obecności bliskiej osoby, przysługującym im przez cały okres pobytu w szpitalu, również w nocy. Prawo to mylone było przez personel medyczny niejednokrotnie z prawem do odwiedzin, które w przeciwieństwie do tego pierwszego doznaje ograniczeń czasowych. Problem braku możliwości skorzystania ze wsparcia osoby bliskiej pogłębił się w ostatnich miesiącach: w związku z sytuacją epidemiczną w kraju wiele szpitali wprowadziło ograniczenia związane z obecnością bliskiej osoby. Do Fundacji wpłynęło wiele listów zrozpaczonych kobiet, które w jednej z najtrudniejszych z chwil w życiu nie mogły skorzystać ze wsparcia najbliższej osoby. Sytuacja ta negatywnie odbiła się na kondycji psychicznej kobiet.
- Często zgłaszanym problemem przez kobiety był bardzo **długi czas oczekiwania w poczekalni w trudnych warunkach, razem z kobietami czekającymi na zapis KTG** lub wizytę u lekarza. Wielogodzinne oczekiwanie na przyjęcie do szpitala wzmagало u kobiet stres.
- Kobiety doświadczające martwego urodzenia zgłaszają, że **nie uzyskały wsparcia laktacyjnego** lub wsparcie to było niewystarczające. Brakowało im informacji o tym jak będzie wyglądała laktacja i w jaki sposób ją zahamować. Efektem zaniedbania personelu medycznego było dodatkowe cierpienie fizyczne w pierwszych dobach po wyjściu ze szpitala.
- Kobiety, u których konieczne było wywołanie poronienia, a następnie przeprowadzenie zabiegu łyżeczkowania macicy zgłaszały, że z powodu braku informacji na temat przebiegu procesu poronienia i braku odpowiedniej opieki medycznej w szpitalu, **zmuszone były nawet przez kilkanaście godzin powstrzymać się od picia i jedzenia**, oczekując na poronienie i następujący po nim zabieg.
- Poważnym problemem zgłaszanym przez kobiety jest **przeżywanie kulminacyjnego momentu poronienia lub porodu martwego dziecka w warunkach niespełniających standardów** higieny, niepozwalających na godne przeżycie tego tragicznego zdarzenia, często w obecności obcych osób (innych pacjentek) i bez wsparcia bliskich. Niejednokrotnie z powodu braku opieki medycznej i odpowiedniego przygotowania się do tego momentu, do poronienia dochodzi w sali na oddziale w towarzystwie innych pacjentek albo w toalecie. Bywa, że sale nie są wyposażone w naczynia potrzebne w trakcie poronienia lub porodu. Rzadko umożliwiają też przeżywanie tragedii w intymnej atmosferze. Sceny utraty ciąży w takich przypadkowych warunkach na długo pozostają z pacjentkami i utrudniają im przeżycie żałoby.

Z doświadczeń zebranych przez Fundację podczas warsztatów prowadzonych w szpitalach z personelem medycznych na temat sytuacji szczególnych (poronienia, urodzenia chorego lub martwego dziecka) wynika, że główne problemy zgłaszane przez osoby sprawujące opiekę nad kobietą to:

- brak superwizji dla personelu stykającego się z dramatycznymi sytuacjami, brak wsparcia psychologicznego
- brak szkoleń na temat radzenia sobie ze swoimi emocjami i przeżyciami związanymi ze wspieraniem kobiet w sytuacjach szczególnych
- brak wytycznych, procedur, zasad spójnych dla danej placówki na temat opieki nad kobietami w sytuacjach szczególnych czego konsekwencją jest chaotyczne działanie personelu, brak spójnych informacji przekazywanych kobietom lub brak informacji, działanie według własnej wiedzy i wyczucia, brak jakiegokolwiek reakcji

W naszej opinii konieczne są działania ze strony decydentów, by wpłynąć na poprawę opieki nad kobietami w sytuacji szczególnej. Konieczna jest **zmiana zapisu rozporządzenia Ministra Zdrowia z 2018 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej** poprzez wprowadzenie gwarancji dla kobiet doświadczających sytuacji szczególnej, że nie będą umieszczane w sali z kobietami w zdrowych ciążach lub z matkami przebywającymi z noworodkami.

Takie działania uważamy za najpilniejsze i konieczne. Każdy szpital świadczący usług z zakresu porodu powinien gwarantować kobietom intymność oraz poszanowanie ich sytuacji. Postulatem na przyszłość powinno być również zagwarantowanie pacjentkom wszystkich szpitali w Polsce możliwości przeżywania momentu poronienia lub porodu martwego dziecka w odosobnieniu, w pomieszczeniu gwarantującym godne przeżycie tego trudnego momentu, spełniającym standardy higieny i pozwalającym w sposób prawidłowy i z należnym szacunkiem zabezpieczyć komórki płodu lub ciało martwego dziecka.

Niezbędnym jest również **zapewnienie szkoleń dla personelu medycznego z opieki nad osobami w sytuacji straty, urodzenia chorego lub martwego dziecka**. Najczęstszym problemem pojawiającym się w listach od kobiet jest niewłaściwa komunikacja z kobietą. Wynikać to może z braku umiejętności pracy z osobą przeżywającą skrajnie trudne emocje, braku właściwego przeszkolenia, a także braku reakcji i przyzwolenie na zachowania i komunikację pozbawioną empatii oraz komentarze niestosowne do sytuacji w jakiej znalazła się kobieta

Praca z rodzinami doświadczającymi poronienia lub narodzin chorego, martwego dziecka jest obciążająca także dla personelu i może wpływać na wypalenie zawodowe. W naszej opinii konieczne

jest zapewnienie personelowi medycznemu wsparcia psychologicznego: superwizje, grupy wsparcia, konsultacje psychologiczne. Działania te powinny gwarantować personelowi poufność.

Wreszcie, należy zwrócić większą uwagę na zakres informacji przekazywanych kobietom przy przyjmowaniu ich na oddziały w szpitalach w sytuacjach poronienia lub konieczności urodzenia martwego dziecka. Warto rozważyć, czy na wzór klauzul przetwarzania danych osobowych, które towarzyszą pacjentom, kobiety nie powinny być wyposażane w ustandaryzowane informacje na temat tego, co je czeka w szpitalu i po jego opuszczeniu oraz jakie prawa będą im przysługiwały.

Pragniemy nadmienić, że jest wiele placówek w Polsce, które opiekują się kobietą w sposób właściwy. W sposób wrażliwy, uważny i empatyczny opiekują się kobietami w sytuacjach szczególnych. Potrafią odpowiednio przekazywać trudne informacje, dając im czas na przeżycie emocji i podjęcie decyzji, gwarantują osobne pomieszczenia, tak, by kobieta, która straciła dziecko nie słyszała zapisu KTG innej kobiety, nie słyszała płaczu zdrowych dzieci. W niektórych szpitalach zostały stworzone “pokoje pożegnań”, zagwarantowany jest także dostęp do opieki psychologicznej, przygotowane są materiały informacyjne dla rodziny o przysługujących im prawach oraz miejscach, w których rodzina może uzyskać pomoc i wsparcie. Jest to dowód na to, że możliwa jest realizacja opieki w sposób zapisany w Standardzie Organizacyjnym Opieki Okołoporodowej przez placówki medyczne. Konieczne jest zatem monitorowanie opieki, tak by każda kobieta w Polsce mogła doświadczyć dobrej opieki, bez względu na miejsce zamieszkania.

2 paratalelu

PREZES
FUNDACJI RODZIĆ PO LUDZKU
Joanna Pietrusiewicz
Joanna Pietrusiewicz