

Warszawa, 20 sierpnia 2021 r.

Fundacja Rodzić po ludzku  
ul. Nowolipie 13/15  
00-150 Warszawa  
FRPL/182/2021/JP

Sz. P.  
**Adam Niedzielski**  
**Minister Zdrowia**  
Ul. Miodowa 15  
00-952 Warszawa

*Do wiadomości:*  
**Dariusz Poznański**  
**Dyrektor Departamentu Zdrowia Publicznego**  
**Ministerstwa Zdrowia**  
ul. Miodowa 15  
00-952 Warszawa

## WNIOSEK O PODJĘCIE INICJATYWY PRAWODAWCZEJ I DZIAŁAŃ NADZORCZYCH ZWIĄZANYCH Z OPIEKĄ NAD PACJENTKAMI W PRZYPADKACH PORONIEŃ I MARTWYCH URODZEŃ

W imieniu Fundacji Rodzić po ludzku (dalej: „Fundacja”), w związku z opublikowanymi 10 grudnia 2020 r. wynikami kontroli przeprowadzonej przez Najwyższą Izbę Kontroli, której przedmiotem była ocena panujących w Polsce standardów „Opieki nad pacjentkami w przypadkach poronień i martwych urodzeń” (LKI.430.003.2020, nr ewid. 46/2020/P/20/063/LKI, dalej: „Wyniki”), wnoszę do Ministerstwa Zdrowia o podjęcie następujących pilnych inicjatyw prawodawczych i nadzorczych:

1. podjęcie inicjatywy prawodawczej w celu opracowania jednolitych i wiążących wszystkie szpitale publiczne i niepubliczne standardów (instrukcji) postępowania ze zwłokami dzieci martwo urodzonych i po poronieniu;
2. podjęcie inicjatywy prawodawczej w celu opracowania, jako załącznika do *Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki*

- okołoporodowej*, ustandaryzowanej broszury informacyjnej dla kobiet przyjmowanych do szpitali publicznych i niepublicznych w tzw. sytuacjach szczególnych, w tym w przypadku poronień i porodów martwych dzieci – w celu przekazania im w każdym przypadku podstawowych informacji na temat ich praw jako pacjentek, prawa do pochówku oraz praw do świadczeń socjalnych;
3. podjęcie inicjatywy prawodawczej w celu wyeliminowania przypadków nadmiernie długiej, przekraczającej wymiar 12 godzin na dobę, pracy lekarzy, pielęgniarek i położnych zatrudnionych w szpitalach na podstawie umów cywilnoprawnych – w celu zapewnienia odpowiedniego poziomu opieki medycznej na oddziałach ginekologicznych i położniczych;
  4. zmianę *Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego* poprzez wprowadzenie obowiązku zatrudniania również na oddziale ginekologiczno-położniczym o pierwszym i drugim poziomie referencyjności psychologa w wymiarze co najmniej 0,5 etatu – w celu umożliwienia każdej pacjentce w sytuacji szczególnej odbycia niezwłocznej, jeszcze w czasie pobytu na oddziale, konsultacji z psychologiem;
  5. podjęcie działań nadzorczych wobec szpitali publicznych i niepublicznych w celu zapewnienia każdej pacjentce roniącej lub rodzącej martwe dziecko możliwości skorzystania niezwłocznie z pomocy psychologa dyżurującego w szpitalu;
  6. zmianę *Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania* poprzez opracowanie i dołączenie do rozporządzenia ujednoliconego wzoru oświadczenia dla pacjentek, które poroniły lub urodziły martwe dziecko, dokumentującego ich decyzję o skorzystaniu z prawa do pochówku dziecka lub rezygnacji z tego prawa oraz nałożenie na personel medyczny obowiązku dołączania tego oświadczenia do indywidualnej dokumentacji medycznej pacjentki – w celu wyeliminowania z użytku w szpitalach w Polsce wzorów oświadczeń wprowadzających pacjentki w błąd i utrudniających świadome podjęcie decyzji o losach płodu lub martwego dziecka;
  7. zmianę *ust. 3 pkt 3 części XV załącznika do Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej* poprzez wprowadzenie bezwzględnego zakazu umieszczania kobiet po poronieniu lub martwym urodzeniu w salach szpitalnych razem z kobietami w okresie ciąży bądź kobietami w połogu, których ciąża zakończyła się urodzeniem zdrowego dziecka – w celu zapobiegania pogłębianiu traumy pacjentek i zapewnienia im warunków do jak najszybszej rekonwalescencji;
  8. zmianę części XV załącznika *do Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej* poprzez dodanie do niego postanowienia zobowiązującego szpitale do zapewnienia pacjentkom roniącym i rodzącym martwe dzieci oraz ich rodzinom osobnego pomieszczenia umożliwiającego godne przeżycie

porodu i pożegnanie się z dzieckiem – w celu zapewnienia warunków przeżycia poronienia lub martwego urodzenia w sposób godny i z poszanowaniem prywatności;

9. podjęcie inicjatywy ustawodawczej w celu zmiany *art. 54 ustawy Prawo o aktach stanu cywilnego z dnia 28 listopada 2014 r.* w ten sposób, aby w przypadku, kiedy poronienie nastąpiło w stadium ciąży, na którym nie było możliwe ustalenie płci płodu, karta martwego urodzenia, umożliwiającą uzyskanie aktu martwego urodzenia, nie musiała obligatoryjnie zawierać informacji o płci płodu – w celu umożliwienia pacjentkom roniącym na wczesnym etapie ciąży możliwości skorzystania z opieki socjalnej, w tym zasiłku macierzyńskiego i zasiłku pogrzebowego, potrzebnego kobiecie niezależnie od wieku ciąży, w którym doszło do sytuacji szczególnej.
10. podjęcie działań edukacyjnych i promocyjnych ze strony Ministerstwa Zdrowia, Konsultanta krajowego ds. ginekologii i położnictwa, Narodowego Funduszu Zdrowia skierowanych do dyrekcji szpitali, dotyczących konieczności zapewnienia kobietom w sytuacji szczególnej możliwości korzystania z obecności osoby bliskiej również w okresie pandemii.

## UZASADNIENIE

Podstawą wniosku są Wyniki oraz informacje o osobistych doświadczeniach kobiet roniących i rodzących w Polsce martwe dzieci. Fundacja od wielu lat wspiera kobiety w sytuacjach szczególnych takich jak poronienie, narodziny martwego lub chorego dziecka, co pozwala jej prawidłowo diagnozować najważniejsze problemy w obszarze opieki okołoporodowej w tych szczególnych sytuacjach.

Jesteśmy przekonani, że ze względu na traumę, jaka wiąże się z utratą ciąży, kobieta roniąca lub rodząca martwe dziecko powinna być otaczana dostosowaną do sytuacji opieką położniczą i psychologiczną. Trudne doświadczenia szpitalne związane z opieką okołoporodową, która nie zakończyła się szczęśliwym wypisem z dzieckiem do domu, niejednokrotnie negatywnie wpływają w przyszłości na decyzje o ponownym rodzicielstwie.

Przedkładany wniosek zawiera 9 najistotniejszych zdaniem Fundacji postulatów zmian w opiece okołoporodowej, które w sposób bezpośredni przyczyniłyby się do poprawy stanu zdrowia, w tym psychicznego, pacjentek i ich rodzin oraz pozwoliłyby zapobiegać nieprawidłowościom w szpitalach, których ofiarami padają kobiety roniące i rodzące martwe dzieci.

Jesteśmy przekonani, że spełnienie postulatów Fundacji doskonale wpisze się w aktualną politykę rządu na rzecz poprawy dzietności w Polsce.

## **Ad. 1. – postępowanie ze zwłokami dzieci martwo urodzonych i po poronieniu**

Wyniki kontroli ujawniły, że w ponad ¼ skontrolowanych szpitali dokumentacja medyczna pacjentek, które utraciły ciążę, nie zawierała oświadczenia o korzystaniu z prawa do pochówku lub rezygnacji z tego prawa. Chaos organizacyjny miewał swoje konsekwencje w braku możliwości ustalenia losu szczątków martwo urodzonych dzieci i nieprawidłowym przechowywaniu i zabezpieczaniu zwłok – pomimo iż powinny znajdować do nich zastosowanie przepisy Ustawy o cmentarzach i chowaniu zmarłych z dnia 31 stycznia 1959 r. Braki w dokumentacji szpitalnej niejednokrotnie powodowały, że NIK nie była w stanie ustalić, czy zwłoki dzieci martwo urodzonych zostały pochowane w zbiorowych mogiłach, wydane rodzicom, czy zutylizowane (co w jednostkowych przypadkach również miało miejsce).

Zasady humanitarnego traktowania szczątków ludzkich oraz obowiązek poszanowania woli rodziców dziecka wymagają, jak się wydaje, wprowadzenia jednolitych i restrykcyjnych zasad postępowania ze zwłokami dzieci martwo urodzonych i po poronieniu i egzekwowania przyjętych instrukcji przez Ministerstwo. Należy zapewnić kompletność dokumentacji medycznej. Rodzice martwo urodzonych dzieci powinni uzyskać pewność, że decyzja o organizacji samodzielnego pochówku nie jest jedyną, która zapewni humanitarne traktowanie zwłok ich dziecka lub poronionego płodu.

## **Ad. 2. – szeroka i ujednolicona informacja o prawach pacjentek**

Doświadczenia podopiecznych Fundacji pokazują, że wiele pacjentek przyjmowanych do szpitali w celu indukcji poronienia albo porodu martwego dziecka nie jest dobrze poinformowane o przysługujących im prawach – zarówno tych, które mogłyby egzekwować w warunkach szpitalnych, jak i uprawnieniach socjalnych, które będą im przysługiwały po utracie ciąży. Obserwuje się bardzo niski poziom świadomości pacjentek (często zaskakiwanych nagłą trudną sytuacją) o tym, co je czeka w szpitalu i po wyjściu z niego. Niejednokrotnie jedynym źródłem szczegółowych informacji o przebiegu poronienia, o prawach do zasiłku pogrzebowego i zasiłku macierzyńskiego, o problemach z zatrzymaniem laktacji i o połogu jest Internet – oferujący zwykle dane niekompletne, nierzetelne i niezweryfikowane przez lekarza.

Personel szpitala nie jest często w stanie sprostać zadaniu przekazania wyczerpującej wiedzy na temat sytuacji, w jakiej znalazła się pacjentka.

Zdaniem Fundacji i jej podopiecznych przynajmniej częściowym remedium na problem niedoinformowania pacjentek o procedurach medycznych, objawach i prawach socjalnych mogłaby stać się ekspercka broszura informacyjna. Jej wzór, opracowany przez specjalistów (ginekologów i prawników) i zatwierdzony przez Ministerstwo, powinien zostać dołączony do standardów opieki okołoporodowej. Broszura mogłaby być dystrybuowana w każdym szpitalu przy przyjęciu na oddział pacjentek w przypadkach sytuacji szczególnych. Z pewnością zwiększyłoby to poczucie bezpieczeństwa kobiet w tej trudnej sytuacji i ułatwiło proces osvajania się z konsekwencjami utraty ciąży.

Fundacja deklaruje wsparcie w przygotowaniu wzoru wspomnianego dokumentu.

### **Ad. 3. – odpowiedni czas pracy lekarzy, pielęgniarek i położnych**

Wyniki ujawniły, że aż w 68% skontrolowanych podmiotów leczniczych czas pracy lekarzy zatrudnionych na podstawie umów cywilnoprawnych znacznie przekraczał 24 godziny. W podobnie trudnych warunkach pracują pielęgniarki i położne. Zmęczenie, jakie towarzyszy tym osobom na dyżurze, negatywnie wpływa na jakość opieki okołoporodowej, jaką otaczane są pacjentki w najtrudniejszych przypadkach – poronień i martwych urodzeń. Na konieczność wyeliminowania problemu licznych nadgodzin w służbie zdrowia NIK zwracała uwagę już kilkakrotnie. Przychylamy się do tego postulatu. Problem ten poruszany był także w raporcie NIK z 2016 r. „Opieka okołoporodowa na oddziałach położniczych”

### **Ad. 4. i 5. – niezwłoczny dostęp do psychologa**

Doświadczenia, jakimi dzielą się z Fundacją pacjentki roniące i rodzące martwe dzieci, pozwalają zlokalizować poważny problem z dostępem do opieki psychologicznej tych osób i ich rodzin. W przypadku wielu szpitali w Polsce, co potwierdziły również Wyniki, dostępność psychologa na oddziałach ginekologicznych i położniczych jest bardzo ograniczona. W konsekwencji, części kobiet po poronieniu lub urodzeniu martwego dziecka konsultację z psychologiem proponuje się dopiero po kilku dniach od przeżycia tragedii (co wiąże się z koniecznością ponownej wizyty pacjentki w szpitalu po wypisie, w trudnym okresie połogu) lub nie proponuje się jej wcale. Otoczenie pacjentki troskliwą opieką psychologiczną bezpośrednio po utracie ciąży pozwoli złagodzić późniejsze trudne do wyleczenia skutki traumy, takie jak np. zespół stresu pourazowego (PTSD). Żeby to było możliwe, konieczne jest zapewnienie stałych dyżurów psychologów na oddziałach ginekologicznych i położniczych. Postulowane zmiany *Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego* powinny zostać poprzedzone przeprowadzoną przez Ministerstwo oceną skali problemu w zakresie szerszym, niż dokonała tego NIK, w jednostkach szpitalnych w całej Polsce.

Warto podkreślić, że zgodnie z Wynikami brak stałej opieki psychologicznej w przypadku pacjentek doświadczających sytuacji szczególnych był najczęściej wskazywanym problemem przez konsultantów wojewódzkich w dziedzinie położnictwa i ginekologii (s. 37 Wyników).

#### **Ad. 6. – potrzeba ujednolicenia wzoru oświadczenia o skorzystaniu z prawa do pochówku dziecka lub rezygnacji z tego prawa**

Brak jednolitego wzoru oświadczenia o skorzystaniu z prawa do pochówku dziecka lub rezygnacji z tego prawa, odbieranego w przypadkach sytuacji szczególnych może powodować w konsekwencji wprowadzenie pacjentek w błąd co do efektów podjętej decyzji. Taka sytuacja miała miejsce m.in. w skontrolowanym przez NIK szpitalu Artmedik w Jędrzejowie, gdzie podjęcie decyzji o kremacji szczątków dziecka powodowało w efekcie – bez świadomości rodziców – zutylizowanie szczątków wraz z odpadami medycznymi. Szpital wbrew treści wzoru oświadczenia nie dysponował bowiem możliwością spopielenia szczątków (s. 45 Wyników).

Postulujemy wprowadzenie jednolitego wzoru oświadczenia zawierającego dodatkowo krótką informację na temat konsekwencji podjętej przez rodziców decyzji (skrótowy opis procedury, jaka wiąże się z każdą z opcji pochówku, pouczenie o sposobie pochowania zwłok w wypadku braku decyzji o organizacji pochówku samodzielnie).

#### **Ad. 7. – osobne sale szpitalne dla pacjentek roniących i rodzających martwe dzieci**

Do 30 grudnia 2018 r. *ust. 3 pkt 3 części VII załącznika do Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych w dziedzinie położnictwa i ginekologii z zakresu okołoporodowej opieki położniczo-ginekologicznej, sprawowanej nad kobietą w okresie ciąży, porodu, połogu, w przypadkach występowania określonych powikłań oraz opieki nad kobietą w sytuacji niepowodzeń położniczych przewidywał, że „pacjentka po niepowodzeniu położniczym nie powinna przebywać w sali razem pacjentkami ciężarnymi, bądź w połogu, których ciąża zakończy się urodzeniem zdrowego dziecka; należy zadbać o to, aby w czasie pobytu w oddziale, pacjentka po urodzeniu martwego dziecka nie miała stałego kontaktu z pacjentkami, które urodziły zdrowe dzieci”. Od 1 stycznia 2019 r. stan prawny uległ zmianie na niekorzyść pacjentek. Odrębną od szczęśliwych matek salę zapewnia się im tylko „w miarę możliwości”.*

Dla psychiki kobiet, które właśnie straciły dziecko, konsekwencje przebywania w jednej sali z noworodkami i świeżo upieczonymi matkami lub kobietami oczekującymi na szczęśliwe rozwiązanie są powodują ponowną traumatyzację. Osoby, które przeżyły takie doświadczenie, przyrównują je do psychicznych tortur. Wydaje się więc konieczne dla poszanowania godności pacjentek roniących i rodzących martwe dzieci, by zobligować szpitale w Polsce do izolowania ich od kobiet ciężarnych i młodych matek.

#### **Ad. 8. – tzw. pokoje pożegnań**

Poszanowanie godności i prywatności to podstawowe prawa pacjenta. Ich nieposzanowanie w sytuacji tak szczególnej, jak poronienie lub urodzenie martwego dziecka, pogłębiają cierpienie i traumę rodziców związaną z utratą dziecka. W sytuacji, w której zapewnienie odpowiednio intymnej atmosfery na czas porodu jest obowiązującym w Polsce standardem, ignorowanie przez część polskich szpitali tych

warunków wobec kobiet także przeżywających poród, ale dziecka martwego, szokuje. Wydaje się bowiem, że odpowiednie wsparcie psychologiczne rodzin w tym trudnym momencie powinno przejawiać się w zaoferowaniu im jeszcze bardziej dogodnych warunków przeżycia kulminacyjnego punktu tragedii, jaką przeżywają.

Wnioskujemy, aby dobry przykład szpitali, które oferują pacjentkom tzw. „pokoje pożegnań”, w których kobiety mogą przeżyć ostatnie chwile ze zwałkami swojego martwego dziecka albo poronić, stał się obowiązującą wszyskie jednostki zasadą.

#### **Ad. 9. – zasiłki socjalne dla kobiet roniących na wczesnym etapie ciąży**

Prawo do zasiłku pogrzebowego, urlopu macierzyńskiego oraz do otrzymania aktu urodzenia nie powinno zależeć od cech fizycznych martwo urodzonego dziecka, a tak jest w aktualnym stanie prawnym. W przypadku, gdy poronienie nastąpiło na wczesnym etapie ciąży, bez przeprowadzenia kosztownych badań genetycznych na koszt pacjentki nie jest możliwe zdeterminowanie płci dziecka, a w konsekwencji uzyskanie aktu urodzenia martwego dziecka w Urzędzie Stanu Cywilnego. W efekcie kobieta po wczesnym poronieniu, tj. nawet do końca 4 miesiąca ciąży, jest pozbawiana prawa do zasiłku macierzyńskiego i zasiłku pogrzebowego – choć fizjologicznie i psychicznie tak samo, jak kobieta po utracie ciąży na późniejszym etapie, potrzebuje czasu na rekonwalescencję.

Postulujemy objęcie opieką po utracie dziecka wszystkich pacjentek, w sposób niedyskryminujący ze względu na wiek ciąży, kiedy doszło do poronienia. Służyć temu może właśnie proponowana przez Fundację zmiana w Ustawie Prawo o aktach stanu cywilnego. Nie jest to propozycja nowa – była przedmiotem petycji nr BKSP-145-108/16 złożonej do Sejmu przez pana Pawła Baczyńskiego 4 sierpnia 2016 r. Petycja ta została pozytywnie zaopiniowana przez Biuro Analiz Sejmowych, a jej efektem było wniesienie projektu zmian wspomnianej ustawy do Sejmu przez Komisję ds. Petycji. Niestety, nie doszło do przyjęcia poprawki do ustawy.

#### **Ad. 10 możliwość uczestnictwa osoby bliskiej w sytuacji szczególnej podczas pobytu w szpitalu w sytuacji pandemii COVID-19**

Sytuacja epidemiczna w kraju zmusza szpitale do wprowadzenia odpowiednich procedur gwarantujących bezpieczeństwo medyczne pacjentom i pracownikom placówek. Odgórne zalecenia kierowników placówek zakazujące odwiedzin lub obecności osób bliskich podczas świadczeń medycznych w sytuacji wyjątkowo trudnej emocjonalnie wydają się nie mieć uzasadnienia. Ograniczenie tego prawa pacjentek może spowodować ponowną traumę, a poczucie osamotnienia może potęgować bardzo silne uczucia, jakie pojawiają się w sytuacji poronienia, narodzin martwego lub chorego dziecka. Stan epidemii nie powinien wpływać na humanitarne traktowanie kobiety w takiej sytuacji. Zwracamy się do Ministerstwa Zdrowia o podjęcie działań uświadamiających dyrekcje szpitali o konieczności respektowania tych podstawowych praw pacjentek.

Fundacja oferuje się do dyspozycji Ministerstwa we wszelkich sprawach, które mogłyby przysłużyć się wdrożeniu powyższych postulatów i oferuje włączenie się w proponowane projekty prawodawcze.

2 parataleer

PREZES  
FUNDAJI RODZIC I DZIECI  
*Joanna Pietrusiewicz*  
Joanna Pietrusiewicz