

Wskazówki dla personelu oddziałów ginekologicznych,
patologii ciąży i położniczych

Jak przestrzegać praw pacjenta?



Projekt „Prawa pacjenta jako element profesjonalizmu położnej” realizowany jest przy wsparciu udzielonym przez Islandię, Liechtenstein i Norwegię ze środków Mechanizmu Finansowego Europejskiego Obszaru Gospodarczego, Norweskiego Mechanizmu Finansowego oraz budżetu Rzeczypospolitej Polskiej w ramach Funduszu dla Organizacji Pozarządowych.



Partnerami projektu są:



Wskazówki dla personelu oddziałów ginekologicznych,
patologii ciąży i położniczych

Jak przestrzegać praw pacjenta?

Przykłady dobrych praktyk

Opracowanie wydania II: Urszula Kubicka-Kraszyńska, Anna Otffinowska

Konsultacja merytoryczna: dr n. prawnych Dorota Karkowska

Współpraca: Stowarzyszenie Rodziców po Poronieniu

Stan prawny z dnia 1 czerwca 2010 r.

Projekt graficzny i skład: Krzysztof Kubicki

Opracowanie wydania I (2004 r.): Urszula Kubicka-Kraszyńska, Joanna Maślik-Jędrzejak,
Anna Otffinowska

Współpraca: Katarzyna Grzybowska, Magdalena Harrison, Magdalena Lasia,
Anna Olej-Kobus, Joanna Sarnicka-Drużycka, Beata Waśkiewicz,
Sebastian Waśkiewicz

Warszawa 2010

© Copyright by Fundacja Rodzic po Ludzku

ISBN: 978-83-60971-10-9



Fundacja Rodzic po Ludzku

Fundacja Rodzic po Ludzku

ul. Nowolipie 13/15, 00-150 Warszawa

tel. 022 887 78 76

fundacja@rodzicpoludzku.pl

www.rodzicpoludzku.pl

Przestrzeganie praw pacjenta to wciąż marginalizowany, choć niezwykle ważny aspekt udzielania świadczeń medycznych. Działania Fundacji Rodzić po Ludzku od początku jej powstania koncentrują się na tym zagadnieniu. Uważamy, że opieka nad kobietami i dziećmi skoncentrowana wyłącznie na kwestiach medycznych, jest niepełna bez jednoczesnego zwrócenia uwagi na podmiotowość pacjenta.

Pierwsze wydanie publikacji „Przykłady dobrych praktyk. Jak przestrzegać praw pacjenta? Wskazówki dla personelu oddziałów ginekologicznych, patologii ciąży i położniczych” zostało opracowane i wydane w 2004 r., w ramach projektu „Monitoring przestrzegania praw pacjenta w oddziałach położniczych”, dofinansowanego przez Program Społeczeństwo Obywatelskie Fundacji im. Stefana Batorego. Przykłady sytuacji, które stanowią naruszenie praw pacjenta, jak również „dobrych praktyk”, obecnych w wielu szpitalach, zaczerpnięte zostały z obserwacji i wywiadów z kobietami, przeprowadzonych w ramach tego badania, a także z informacji gromadzonych przez Fundację na bieżąco. Publikacja ta cieszyła się ogromnym zainteresowaniem położnych i innych osób zajmujących się opieką okołoporodową, a jej nakład został szybko wyczerpany. Dzisiaj oddajemy Państwu II wydanie tej pozycji, poprawione i uzupełnione o zmiany, jakie zaszły w przepisach prawnych od 2004 roku.

Niniejszą publikacją chcemy wesprzeć lekarzy, położne i pielęgniarki, którzy pragną w swojej pracy w coraz lepszy sposób odpowiadać na potrzeby kobiet. Skupiamy się na tych prawach pacjenta, które w sposób szczególnie dotyczą pacjentek oddziałów ginekologicznych i położniczych. Mamy nadzieję, że książeczka ta pomoże lekarzom, położnym i pielęgniarkom w codziennej pracy.

Zespół Fundacji Rodzić po Ludzku

Spis treści

1. Czemu służą prawa pacjenta?.....	7
2. Prawo do poszanowania intymności i godności.....	9
3. Prawo do informacji	13
4. Prawo do wyrażania zgody na interwencje medyczne	15
5. Prawo pacjentki do dodatkowej opinii lub konsultacji.....	18
6. Prawo do dodatkowej opieki pielęgnacyjnej sprawowanej przez osobę bliską.....	18
7. Prawo do kontaktu z osobami bliskimi.....	20
8. Prawo pacjentki do tajemnicy informacji z nią związanych	21
9. Prawo pacjenta do dokumentacji medycznej.....	24
10. Dziecko jako pacjent i jego prawa	25
11. Jak postępować w sytuacjach trudnych – poronienie, narodziny dziecka martwego, śmierć dziecka po narodzinach	27

1. Czemu służą prawa pacjenta?

Często można spotkać się z opinią, iż prawa pacjenta nie pomagają, lecz wręcz szkodzą relacjom między personelem medycznym a pacjentami. Niektórzy sądzą, iż prawa pacjenta są niepotrzebne, gdyż w relacji, jaka tworzy się między lekarzem czy położną a pacjentką, powinna wystarczyć zwykła ludzka życzliwość. A jednak, wbrew tym opiniom, prawa pacjenta są potrzebne, i to zarówno pacjentom, jak i personelowi medycznemu.

Prawa pacjenta stanowią integralną część szeroko rozumianych praw człowieka. Każdej osobie przysługują określone prawa i wolności, które nie ulegają ograniczeniu w sytuacji, gdy staje się ona pacjentem. Wręcz przeciwnie, szczególna sytuacja pacjenta sprawia, że potrzebuje on dodatkowej ochrony prawnej. W relację pomiędzy pacjentem a lekarzem czy położną wpisana jest bowiem nierówność pozycji.

Pacjent to pojęcie szerokie i oznacza każdą osobę, która z racji wydarzeń życiowych korzysta z opieki zdrowotnej. Osoba ta najczęściej jest laikiem w sprawach medycznych i zależy od profesjonalistów. Prawa pacjenta zostały sformułowane po to, aby wzmocnić pozycję osoby chorej, cierpiącej, lękającej się o swoją przyszłość, aby łatwiej jej było dbać o siebie i zabiegać o swoje interesy.

Prawa pacjenta służą również osobom udzielającym świadczeń medycznych, ponieważ pozwalają na odróżnienie uprawnień pacjenta od jego, czasami wygórowanych, oczekiwań. Służą określeniu standardów pracy i pomagają w profesjonalnym działaniu. W świetle praw pacjenta lekarz czy położna nie mają obowiązku spełniać każdego żądania pacjenta. Prawa pacjenta określają ramy, w jakich obowiązana jest działać osoba udzielająca świadczeń medycznych.

Prawa pacjenta są regulowane przez dokumenty prawa międzynarodowego (szczególnie istotne są tutaj zapisy Międzynarodowego paktu praw obywatelskich i politycznych ONZ z 1966 r., Konwencji o ochronie praw człowieka i podstawowych wolności z 1950 r. Rady Europy, Europejskiej karty społecznej z 1961 r., czy Konwencji o ochronie praw człowieka i godności istoty ludzkiej w kontekście zastosowań biologii i medycyny). Dla rozważań zawartych w niniejszej publikacji najważniejsze są jednak dokumenty prawa polskiego – począwszy od Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej. W wyniku uchwalania kolejnych aktów prawnych wypracowano w Polsce katalog praw pacjenta, bardzo zbliżony do zalecanego standardu międzynarodowego i europejskiego. Przez wiele lat źródłem normatywnym praw pacjenta były różne akty prawne, których zapisy odnoszące się do konkretnych praw pacjenta zebrano w Karcie Praw Pacjenta, ogłoszonej przez Ministra Zdrowia 11 grudnia 1998 r. Nie było to jednak rozwiązanie doskonałe. Brak całościowego, jednolitego ujęcia tego problemu powodował, że ustalenie rzeczywistych uprawnień pacjenta było trudne. W wyniku trwających od początku 2008 r. prac legislacyjnych, sejm przyjął dnia 6 listopada 2008 r. ustawę o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (dalej: ustawa o prawach pacjenta).

Skonstruowany w tej ustawie katalog praw pacjenta odnosi się do pacjentów korzystających ze świadczeń zdrowotnych zarówno w zakładach opieki zdrowotnej, jak i udzielanych w ramach indywidualnej i grupowej praktyki położnych.

Ustawa wyodrębnia ogólne prawa pacjenta i prawa szczegółowe.

Katalog praw jest rozbudowany i obejmuje:

- 1. Prawo do świadczeń zdrowotnych:** a) odpowiadających wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej, b) do przejrzystej, obiektywnej opartej na kryteriach medycznych procedury ustalającej kolejność dostępu do tych świadczeń, c) do zasięgnięcia innej opinii lekarza, pielęgniarki, położnej lub zwołania konsylium lekarskiego, d) do natychmiastowego udzielania świadczeń zdrowotnych ze względu na zagrożenie zdrowia lub życia;
- 2. Prawo do informacji:** a) o stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych i leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowania, w tym żądania pełnej informacji, b) informacji w zakresie niezbędnym do wyrażenia poinformowanej zgody, c) prawa do nieinformowania, d) prawa przedstawienia lekarzowi swojego zdania w zakresie otrzymanych informacji, e) do dostatecznie wczesnej informacji o zamiarze odstąpienia przez lekarza od leczenia, f) informacji o prawach pacjenta, g) o rodzaju i zakresie udzielnych przez dany podmiot świadczeń zdrowotnych.
- 3. Prawo pacjenta do tajemnicy informacji z nim związanych.**
- 4. Prawo do wyrażania zgody na udzielenie świadczeń zdrowotnych.**
- 5. Prawo do poszanowania intymności i godności pacjenta,** w tym do umierania w spokoju i godności oraz prawa do świadczeń zapewniających łagodzenie bólu i innych cierpień w stanie terminalnym.
- 6. Prawo dostępu do dokumentacji medycznej.**
- 7. Prawo pacjenta do zgłaszania sprzeciwu wobec opinii albo orzeczenia lekarza.**
- 8. Prawo do poszanowania życia prywatnego i rodzinnego:** a) prawo do kontaktu osobistego, telefonicznego lub korespondencyjnego z innymi osobami, b) do dodatkowej opieki pielęgnacyjnej, w tym opieki sprawowanej nad pacjentką w warunkach ciąży, porodu i porożu.
- 9. Prawo do opieki duszpasterskiej.**
- 10. Prawo do przechowania rzeczy wartościowych w depozycie.**
- 11. Prawo wystąpienia do Rzecznika Praw Pacjenta.**

W niniejszej publikacji prawa najbardziej istotne z punktu widzenia pacjentek korzystających z szeroko rozumianej opieki położniczej i ginekologicznej, zostaną omówione w sposób bardziej szczegółowy.

Ważnym aktem prawnym, nawiązującym do ustawy o prawach pacjenta, będzie standard opieki okołoporodowej, nad którym pracuje Ministerstwo Zdrowia¹.

Prawa pacjenta są czymś innym od praw i obowiązków pacjenta opisanych w regulaminach szpitalnych, które każdy zakład opieki zdrowotnej może stworzyć, aby ułatwić proces leczenia i sprawną organizację pracy. Zapisy w regulaminach nie mogą w żadnym stopniu uzależniać realizacji uprawnień pacjenta zawartych w ustawie od faktu przestrzegania przez niego tego regulaminu. Regulamin wewnętrzny nie może być sprzeczny z zapisami ustawy o prawach pacjenta.

2. Prawo do poszanowania intymności i godności

Pacjentka ma prawo do poszanowania intymności i godności osobistej w czasie udzielania jej świadczeń zdrowotnych.

Poszanowanie intymności oznacza szacunek dla najbardziej prywatnej, osobistej sfery życia i dla indywidualnego poczucia wstydu pacjentki. Podstawową zasadą, jaką należałoby się kierować, respektując to prawo, jest uznanie, że wkroczenie w tę najbardziej intymną strefę jest możliwe jedynie za zgodą kobiety.

Przestrzeganie tego prawa jest szczególnie ważne dla kobiety hospitalizowanej z powodu problemów z ciążą, poronieniem, porodem czy chorobą ginekologiczną. Jej poczucie wstydu jest naruszane przez konieczność obnażania się do badania przed nieznanymi osobami czy mówienia o sprawach intymnych.

Poszanowanie godności osobistej oznacza szacunek dla odrębności pacjentki jako człowieka, dla jej podmiotowości, traktowanie jej jako „pełnego człowieka” a nie przypadku medycznego, ograniczonego do chorego narządu czy stanu wymagającego interwencji. Wyrazem szacunku dla pacjentki jako osoby jest umożliwienie jej tego, aby w trakcie udzielania świadczeń zdrowotnych towarzyszyła jej osoba bliska.

¹ Projekt standardu opieki okołoporodowej, dotyczący opieki sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, położu oraz opieki nad noworodkiem został opracowany przez interdyscyplinarny zespół ekspertów powołanych przez Ministerstwo Zdrowia. W chwili oddania niniejszej publikacji do druku, zakończono konsultacje społeczne, i Ministerstwo Zdrowia prowadzi ostatnie prace nad ostatecznym brzemieniem standardu. Dokument zostanie ogłoszony jako rozporządzenie Ministra Zdrowia i będzie obowiązywał wszystkie placówki udzielające świadczeń zdrowotnych związanych z ciążą, porodem, położeniem oraz opieką nad noworodkiem. Dokument ten zwraca uwagę na przestrzeganie praw pacjenta podczas opieki nad kobietą w ciąży i rodzącą, podkreśla jej prawo do decydowania o przebiegu porodu, do informacji, obecności bliższej osoby podczas porodu, do życzliwego traktowania ze strony personelu medycznego.

Wyrazem poszanowania godności pacjentki jest zwracanie się do niej w sposób podmiotowy, taktowny, życzliwy, z szacunkiem. Ważne jest wykonywanie zabiegów medycznych w sposób sprawny, bez zadawania niepotrzebnego bólu, a także cierpliwe przyjmowanie pytań pacjentki, jej lęków i wątpliwości. Sprawy związane z ciążą i porodem głęboko angażują całą osobę, nie tylko ciało kobiety, ale także psychikę i tożsamość. Z jej perspektywy ciąża, poród, pierwsze dni z dzieckiem to najważniejsze i jedyne w swoim rodzaju momenty w życiu. Zawsze będzie pamiętać o lekarzu i położnej, którzy jej wtedy towarzyszyli. To także od tych osób zależy, jak kobieta będzie wspominała początki swojego macierzyństwa.

Jakie przepisy prawa stanowią o poszanowaniu intymności i godności osobistej pacjenta?

- ▶ Art. 23 Kodeksu cywilnego, zgodnie z którym intymność oraz godność osobista stanowią dobra osobiste człowieka; art. 24 chroni te dobra zarówno przed naruszeniem, jak i zagrożeniem naruszenia;
- ▶ rozdział 6 ustawy o prawach pacjenta: w art. 20. ust. 1 mówi: „Pacjent ma prawo do poszanowania intymności i godności, w szczególności w czasie udzielania mu świadczeń zdrowotnych”;
- ▶ art. 22 ust. 1 ustawy o prawach pacjenta nakłada na osoby wykonujące zawód medyczny obowiązek postępowania w sposób zapewniający poszanowanie intymności i godności pacjenta;
- ▶ art. 22 ust. 2 ustawy o prawach pacjenta formułuje zasadniczy warunek poszanowania intymności pacjenta, jakim jest obecność w trakcie wykonywania interwencji medycznej jedynie tych osób wykonujących zawód medyczny, które są niezbędne ze względu na rodzaj udzielanego świadczenia; na obecność innych osób (nie dotyczy to osób bliskich), których obecność nie jest niezbędna (które nie są bezpośrednio zaangażowane w udzielanie świadczenia), zgodę musi wyrazić pacjentka i osoba wykonująca zawód medyczny;
- ▶ art. 21 ustawy o prawach pacjenta mówi, iż przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych pacjentowi może być obecna osoba bliska. Obecności bliskiej osoby, wskazanej przez pacjenta, odmówić można jedynie w przypadku istnienia prawdopodobieństwa wystąpienia zagrożenia epidemicznego lub ze względu na bezpieczeństwo zdrowotne pacjenta. Odmowę odnotowuje się w dokumentacji medycznej;
- ▶ o prawie pacjenta do poszanowania intymności i godności osobistej stanowią także Kodeks etyki zawodowej pielęgniarki i położnej oraz Kodeks etyki lekarskiej. Zgodnie z nimi lekarz oraz położna powinni życzliwie i kulturalnie traktować pacjentów, szanując ich godność osobistą i prawo do intymności.

Co w opinii kobiet – pacjentek narusza ich prawo do poszanowania intymności i godności osobistej?

- ▶ *Rodzenie wraz z innymi, obcymi kobietami w jednej sali, jest to dla mnie niewyobrażalne. To jest tak intymne, że kwestią minimalnej godności i przyzwoitości jest dla mnie możliwość przeżywania tego tylko z osobą najbliższą.*
- ▶ *Nie rozumiem, dlaczego przy moim porodzie było obecnych tak wiele osób. Położna, lekarz – pomagali mi w momencie rodzenia się dziecka. A reszta – chyba dwie pielęgniarki, pediatra i dwie salowe – tylko stali i patrzyli. Nikt nie pytał mnie ani męża, czy mogą być. Czułam się okropnie – całkowicie odarta z prywatności.*
- ▶ *Na tym oddziale nikt nie zamyka drzwi – było to okropnie krępujące. Otwarte drzwi do sali porodowej, łóżko tak ustawione, że wszyscy przechodzący mieli widok prosto na mnie, podczas obchodów też nikt nie zwraca na to uwagi – badanie, czy nie, głośne omawianie moich dolegliwości, a wszystko to przy drzwiach otwartych na oścież.*
- ▶ *Nie wiedziałam, kto z personelu jest za mnie odpowiedzialny. Za każdym razem inny lekarz i inna położna przychodzili, by mnie zbadać. Udzielano mi sprzecznych informacji. Czułam się zdezorientowana i opuszczona.*
- ▶ *Gdy straciłam dziecko w 14. tygodniu ciąży, nie pozwolono, aby moja przyjaciółka weszła ze mną do gabinetu i trzymała mnie za rękę. Czułam się okropnie samotna i przerażona.*
- ▶ *Studenci codziennie uczestniczyli przy obchodach. Kobiety z sali miały się odkryć, rozłożyć nogi i podciągnąć koszulę, a oni stali naprzeciwko, co było upokarzające.*
 - ▶ *Powiedziałam lekarzowi, że znieczulenie chyba nie działa, czułam, że szyta jestem na żywo, a na to pan doktor: „Reklamacje to do anestezjologa”, i nie zważając na mój ból, szył dalej.*

Niedopuszczalne jest:

- ▶ Zwracanie się do kobiety w sposób poufały, lub jak do dziecka: „Kochaniutka, mała, dziewczynko”.
- ▶ Komentowanie wyglądu, budowy ciała.
- ▶ Rozmawianie o pacjentce „ponad jej głową”, bez zwracania się bezpośrednio do niej.
- ▶ Poddawanie w wątpliwość możliwości kobiety, np.: „Z takimi piersiami nie wykarmi pani dziecka”.

Wskazówki dla lekarza, położnej, pielęgniarki:

- ▶ Kobieta może czuć się zdezorientowana w nieznanym sobie otoczeniu. Dobrze jest oprowadzić ją po oddziale lub przynajmniej poinformować, gdzie co się znajduje.
- ▶ Dla personelu medycznego fakt, że pacjentki muszą się obnażyć do badania jest czymś oczywistym. Dla kobiety natomiast jest to sytuacja wyjątkowa – ma prawo czuć się zawstydzona. Dobrze jest zadbać, aby to poczucie dyskomfortu było jak najmniejsze i trwało jak najkrócej.
- ▶ Kobieta ma prawo znać z imienia, nazwiska i funkcji wszystkie osoby, które się nią opiekują. Przedstaw się jej i wyjaśnij, jaka jest twoja rola w opiece nad pacjentką.
- ▶ Pacjentka ma prawo do tego, aby zawsze towarzyszył jej ktoś bliski – mąż, partner, przyjaciółka, mama lub inna wskazana przez nią osoba.

Dobre praktyki zaobserwowane w oddziałach:

- ▶ Pojedyncze sale porodowe.
- ▶ Przyjazna kobietom procedura przyjęcia do szpitala – osobna izba przyjęć, zapewniająca intymność, możliwość przebrania się i umycia. Jednorazowe podanie danych do dokumentacji.
- ▶ Kobieta przy przyjęciu do szpitala pytana jest o zgodę na obecność studentów podczas porodu (lub udzielania innych świadczeń medycznych).
- ▶ Wyraźne oznakowanie izby przyjęć i oddziału położniczego.
- ▶ Zamykanie drzwi na trakcie porodowym, osobna łazienka tylko dla rodzących.
- ▶ Dążenie do tego, aby jak najmniej osób asystowało przy porodzie. Kobieta jest uprzedzana wcześniej o osobach, które będą obecne w czasie porodu (szczególnie podczas II okresu).
- ▶ Łóżka porodowe odwrócone tyłem do drzwi.
- ▶ Wyznaczone miejsce na oddziale położniczym do zjedzenia posiłku – stolik w sali, stolówka.
- ▶ Pukanie do drzwi sali przed wejściem i oczekiwanie na odpowiedź.
- ▶ Parawany lub zaslonki, którymi można osłonić łóżka w czasie karmienia, obchodu, wizyt rodziny.
- ▶ Wywieszanie na drzwiach sali informacji o trwającym obchodzie.

Przestrzeganie prawa do intymności a osoby uczące się zawodów medycznych

Wiele wątpliwości budzi kwestia możliwego konfliktu między prawem pacjenta do intymności, a koniecznością prowadzenia zajęć dydaktycznych. W świetle art. 36 ust. 4 ustawy o zawodzie lekarza, który uchyła obowiązek uzyskania zgody pacjenta na obecność osób kształcących się, kwestia respektowania praw pacjenta w tym przypadku wygląda następująco: 1. Pacjent musi być poinformowany o możliwości naruszenia jego intymności w związku z działalnością dydaktyczną placówki; 2. Pominięcie zgody pacjenta dotyczy wyłącznie obecności studentów w trakcie interwencji, które są niezbędne i wynikają z toku leczenia; w przypadku demonstracji o charakterze wyłącznie dydaktycznym, konieczne jest uzyskanie zgody pacjenta; 3. Obecność osób uczących się jest ograniczana do niezbędnego zakresu wyznaczonego przez cele dydaktyczne. 4. Studenci mogą obserwować udzielanie świadczenia medycznego, ale nie mają prawa go udzielać bez zgody pacjenta. 5. Udział studentów w przebiegu udzielania świadczenia powinien przebiegać w sposób uniemożliwiający naruszenie istoty prawa pacjenta do intymności, godności osobistej i prywatności. Należy podkreślić, iż powyższe uwagi odnoszą się wyłącznie do placówek prowadzących działalność dydaktyczną. We wszystkich pozostałych placówkach, konieczne jest uzyskanie zgody pacjenta na obecność osób innych, niż bezpośrednio zaangażowane w udzielanie świadczenia zdrowotnego².

3. Prawo do informacji

Prawo kobiety do bycia poinformowaną o każdym zabiegu, podaniu leku i innych czynnościach podczas jej pobytu w szpitalu wynika z konstytucyjnego prawa jednostki do stanowienia o sobie oraz do ochrony jej integralności. Prawo do informacji jest ściśle związane z prawem do udzielania zgody na wszelkie zabiegi medyczne. Lekarz może nie informować pacjenta o podejmowanych wobec niego działaniach jedynie wtedy, gdy pacjent świadomie wyrazi wolę bycia nieinformowanym. Prawo do informacji dotyczy wszelkich możliwych zabiegów i leków stosowanych w trakcie całego pobytu w szpitalu, zarówno w stosunku do kobiety, jak i jej dziecka.

Informacja musi być pełna – należy objaśnić pacjentce cel zastosowania danego środka i poinformować ją o ewentualnych skutkach negatywnych i pozytywnych. Powiedzenie: „Teraz zrobię Pani zastrzyk, po którym będzie mniej bolało...” lub „A teraz zabieram dziecko na badania” nie jest udzieleniem pełnej informacji. Informacja musi być także udzielona w sposób przystępny i zrozumiały.

Matka i ojciec noworodka od chwili jego narodzin są jego przedstawicielami ustawowymi, a zatem na personelu medycznym spoczywa obowiązek informowania ich o wszystkim, co dotyczy dziecka.

² Karkowska D., Prawa pacjenta, Wolters Kluwer Polska Sp. z o.o., Warszawa 2009

Jakie przepisy prawa stanowią o prawie do informacji?

- ▶ Rozdz. 3 ustawy o prawach pacjenta, w tym art. 9. ust. 2, w myśl którego lekarz ma obowiązek poinformować pacjenta o stanie jego zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych i leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania oraz rokowaniu;
- ▶ art. 9 ust. 8 ustawy o prawach pacjenta, który uprawnia położną i pielęgniarkę do udzielania informacji tylko w zakresie pielęgnacji i zabiegach pielęgniarstkich;
- ▶ art. 20 ust. 2 ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej, który nakłada na położną, pielęgniarkę obowiązek udzielania informacji pacjentce o stanie jej zdrowia, w zakresie koniecznym do sprawowania opieki pielęgnacyjnej;
- ▶ art. 31 ust. 4 zd.1 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty, który stanowi, że jedynie w sytuacjach wyjątkowych, jeżeli według oceny lekarza przemawia za tym dobro pacjenta i jeżeli rokowanie jest niepomyślne dla pacjenta, lekarz może ograniczyć informację o stanie zdrowia i o rokowaniu. Jednakże w takich przypadkach lekarz jest obowiązany poinformować przedstawiciela ustawowego pacjenta lub osobę upoważnioną przez pacjenta, a na żądanie pacjenta lekarz ma obowiązek udzielić mu wskazanej informacji;
- ▶ o prawie pacjenta do informacji stanowi również Kodeks etyki zawodowej położnej, zgodnie z którym położna, pełniąc rolę zawodową jest obowiązana do udzielania pacjentowi rzetelnej i zrozumiałej informacji dotyczącej procesu pielęgnowania. Natomiast według Kodeksu etyki lekarskiej lekarz może nie informować pacjenta o stanie jego zdrowia bądź o leczeniu, jedynie w przypadku, gdy pacjent wyraża takie życzenie.

Co w opinii kobiet – pacjentek narusza ich prawo do informacji?

- ▶ *Nie wiedziałam, co się dzieje się ze mną i z moim dzieckiem. Po przyjęciu na oddział podpięto mnie do KTG i podłączono kroplówkę nie informując o niczym. Bardzo się bałam.*
- ▶ *Podczas obchodu lekarze omawiali głośno mój przypadek ani razu nie zwracając się do mnie osobiście. Nic nie rozumiałam, gdyż używano specjalistycznego medycznego języka.*
- ▶ *Po porodzie nie wiedziałam, kogo mogę się spytać, dlaczego jego przebieg był tak trudny. Ordynator był nieuchwytny. Inni lekarze mówili, że nie są upoważnieni do rozmowy ze mną.*

Wskazówki dla lekarza, położnej, pielęgniarki:

- ▶ Kobieta pragnie być informowana o wszystkim, co się dzieje z nią i jej dzieckiem. To zmniejsza stres i wpływa na lepszą współpracę pacjentki z personelem.
- ▶ Dokładnie wyjaśniaj to, co chcesz zrobić i pytaj o zgodę, nawet, jeśli zabieg, który chcesz wykonać, jest dla Ciebie rutynowy i oczywisty.
- ▶ Udzielając informacji, używaj zrozumiałego języka, unikaj medycznych terminów, chyba, że dokładnie wyjaśnisz, co oznaczają.
- ▶ Odpowiadaj na pytania pacjentek rzetelnie, nawet, jeśli wydają ci się „nieprofesjonalne”.

Dobre praktyki zaobserwowane w oddziałach:

- ▶ Ordynator wyznaczył codzienny, godzinny dyżur – każda kobieta ma możliwość porozmawiania z nim.
- ▶ Każda pacjentka wie, kto z personelu jest za nią odpowiedzialny, i do tej osoby może kierować wszystkie swoje pytania.
- ▶ Przy przyjęciu do szpitala kobieta informowana jest przez położną o procedurach obowiązujących w oddziale. Ma możliwość wyrażenia swoich życzeń i oczekiwań, co do porodu. Są one odnotowywane w karcie.
- ▶ Przy wejściu do każdej sali podana jest informacja, który z lekarzy opiekuje się salą i jak można się z nim skontaktować.

4. Prawo do wyrażania zgody na interwencje medyczne

Podstawą każdego badania, zabiegu, zastosowania środków farmakologicznych i innych czynności medycznych powinna być świadomie i swobodnie wyrażona zgoda osoby, której to działanie dotyczy. Pacjent ma możliwość odmówienia zgody, bądź wycofania jej w każdym momencie. Aby zgoda była ważna, musi zostać poprzedzona dokładną, wyczerpującą i zrozumiałą informacją na temat interwencji, jakiej ma ona dotyczyć. Zgoda lub sprzeciw powinny dotyczyć poszczególnych faz udzielania świadczenia zdrowotnego: badania, diagnostyki, leczenia, pielęgnacji, rehabilitacji i postępowania po zakończeniu postępowania terapeutycznego.

Prawo do wyrażania zgody wypływa z konstytucyjnego prawa jednostki do stanowienia o sobie oraz do ochrony jej integralności. Bycie pacjentem w żadnej mierze nie może wiązać się z ograniczeniem tych praw. Podczas pobytu w szpitalu pacjentka powinna mieć możliwość swobodnego podejmowania decyzji.

Nawet tak rutynowo stosowane w wielu szpitalach zabiegi jak: przebicie pęcherza płodowego, podanie oksytocyny, nacięcie krocza powinny być poprzedzone dokładną informacją i pytaniem o zgodę na ich wykonanie. Wykonanie ich bez zgody pacjentki w sytuacji, w której nie ma bezpośredniego zagrożenia życia, jest niczym innym jak naruszeniem przepisów prawa.

Należy również pamiętać, że zarówno matka, jak i ojciec noworodka od chwili jego narodzin są jego przedstawicielami ustawowymi. To oni są uprawnieni do wyrażania zgody wobec każdej czynności, jaka dotyczy ich dziecka.

Jakie przepisy prawa stanowią o prawie do wyrażania zgody?

- ▶ Art. 23 Kodeksu cywilnego, który udziela ochrony takim dobrom prawnym jak wolność i zdrowie;
- ▶ art. 5 Europejskiej Konwencji Bioetycznej stanowi, iż jakkolwiek interwencję w dziedzinie służby zdrowia dokonać można jedynie po udzieleniu przez osobę zainteresowaną swobodnej i świadomej zgody na taką interwencję;
- ▶ art. 16 ustawy o prawach pacjenta, zgodnie z którym pacjent ma prawo do wyrażenia zgody na udzielenie określonych świadczeń zdrowotnych lub odmowy takiej zgody, po uzyskaniu odpowiedniej informacji;
- ▶ art. 192 Kodeksu karnego stanowi, że wykonywanie zabiegu leczniczego bez zgody pacjenta zagrożone jest karą pozbawienia wolności do lat 2;
- ▶ do prawa pacjenta do wyrażania zgody odnoszą się również art. 3 ust. b. Kodeksu etyki zawodowej położnej oraz art. 15 Kodeksu etyki lekarskiej.

Istnieją zróżnicowane formy wyrażania zgody w zależności od typu interwencji.

Zasadą jest, że zgoda musi być ujawniona w sposób dostateczny i może przybierać różne formy. Dla przeprowadzenia zabiegów operacyjnych i interwencji stwarzających stan podwyższonego ryzyka przepisy prawa (art. 18 ust. 1 ustawy o prawach pacjenta) wymagają zgody pacjenta w formie pisemnej. Natomiast dla pozostałych badań i świadczeń medycznych wymagane jest uzyskanie zgody pacjenta ustnie lub w formie dorozumianej, przez co rozumie się takie zachowanie, które w sposób nie budzący wątpliwości wskazuje na wolę poddania się proponowanym przez lekarza czynnościom medycznym lub też brak takiej woli.

Obecnie w większości szpitali kobieta przy przyjęciu do szpitala wyraża ogólną zgodę na proponowane leczenie lub na przyjęcie do szpitala (tzw. zgoda blankietowa). Jest to praktyka będąca pozostałością po przepisach, które dziś już nie obowiązują. W obecnym stanie prawnym wyrażenie zgody na proponowane leczenie w takiej formie jest bezskuteczne, czyli leczenie podjęte według takiej zgody jest równoznaczne z działaniem bez zgody pacjenta.

Co w opinii kobiet – pacjentek narusza ich prawo do wyrażania zgody?

- ▶ *Niestety w czasie parcia lekarz naciął mnie z zaskoczenia. Nikt się mnie o to nie pytał, ani nawet nie ostrzegł! Mam ogromny żal!*
- ▶ *Pomimo, że czułam, że najlepsza dla mnie jest pozycja kuczna, nie miałam możliwości urodzenia w takiej pozycji. Zmuszono mnie do położenia się na wznak, co bardzo utrudniło mi wypchniecie dziecka.*
- ▶ *Położna powiedziała „idziemy rodzić”. Przebiła pęcherz płodowy, podłączyła kroplówkę z oksytocyną, i już.*
- ▶ *Pielęgniarka noworodkowa weszła do sali, powiedziała „Zabieram dziecko na badanie” i znikła razem z moim synkiem. Bardzo się zdenerwowałam, chciałam być przy nim.*
- ▶ *Moje dziecko było ubrew mojej woli pojone glukozą z butelki. Miałam wielkie problemy w nauczaniu mojej córki ssania piersi.*

Wskazówki dla lekarza, położnej, pielęgniarki:

- ▶ Szczegółowo poinformuj kobietę, na czym polega zabieg lub badanie, które zamierzasz przeprowadzić. Pacjentka ma prawo nie zgodzić się. Nie przekonuj jej na siłę. Zaproponuj alternatywne działanie.
- ▶ Wszystko to dotyczy także dziecka. To rodzice mają prawo do decydowania o wszelkich krokach podejmowanych wobec malucha: badaniach, zabiegach, pobieraniu krwi, szczepieniu. Choć wydaje się to tak oczywiste, warto i należy spytać rodziców o zgodę. Podobnie, gdy w grę wchodzi dopajanie czy dokarmianie, to rodzice powinni w wolny sposób o tym zadecydować.

Dobre praktyki zaobserwowane w oddziałach:

- ▶ Formularz pisemnej zgody przy przyjęciu do szpitala zawiera listę możliwych działań medycznych stosowanych w czasie porodu, w tym zabiegów uważanych powszechnie za rutynowe – nacięcie krocza, przebicie pęcherza płodowego. W trakcie porodu ponawiane jest pytanie o zgodę.
- ▶ Przy przyjęciu do porodu kobieta może wypełnić ankietę (tzw. plan porodu), w której zaznacza swoje oczekiwania odnośnie przebiegu porodu (np. preferowane pozycje, czy chce korzystać w trakcie porodu z niefarmakologicznych metod łagodzenia bólu porodowego, czy chce skorzystać ze znieczulenia zewnątrzoponowego etc.).
- ▶ Udział w szkole rodzenia bardzo ułatwia kobietom korzystanie z prawa do informacji i do wyrażania zgody. Są one bardziej świadome tego, co dzieje się na sali porodowej i ich decyzje mogą być bardziej przemyślane.
- ▶ W niektórych szpitalach kobiety mają możliwość zwiedzenia oddziału przed porodem. Podczas takiej wizyty położna przekazuje niezbędne informacje.

- ▶ Na stronie internetowej szpitala/oddziału zamieszczone są informacje dla pacjentek – o ofercie, wyposażeniu sal porodowych, procedurach, listy rzeczy, jakie należy mieć ze sobą do porodu i dla dziecka etc.
- ▶ Dokładne informowanie matki o stanie dziecka. Wręczenie opisu i harmonogramu pierwszych badań i szczepień wraz z objaśnieniem.

5. Prawo pacjentki do dodatkowej opinii lub konsultacji

Pacjentka ma prawo zażądać, aby udzielający jej świadczeń zdrowotnych lekarz zasięgnął opinii innego lekarza lub zwołał konsultację lekarską. Pacjentka ma także prawo żądać od pielęgniarki lub położnej zasięgnięcia opinii innej pielęgniarki lub położnej. Pacjentka nie ma obowiązku uzasadniać takiego żądania, a także obowiązku skorzystania z tego uprawnienia. Lekarz, położna lub pielęgniarka mają prawo odmówić zasięgnięcia dodatkowej opinii, jeśli uważają żądanie pacjentki za bezzasadne. Odmowa ta musi zostać odnotowana w dokumentacji medycznej.

Jakie przepisy prawa stanowią o prawie do dodatkowej opinii?

▶ Art.6 ust. 3-6 ustawy o prawach pacjenta; jest to pierwsza tego typu regulacja w Polsce.

6. Prawo do dodatkowej opieki pielęgnacyjnej sprawowanej przez osobę bliską

Prawo do opieki sprawowanej przez osobę bliską jest wyrazem poszanowania życia prywatnego i rodzinnego pacjentki. Prawo to nabiera szczególnego znaczenia w przypadku hospitalizacji związanej z ciążą lub porodem. Oczekiwanie dziecka i jego narodziny nie są przecież jedynie wydarzeniem w życiu kobiety, ale dotyczą całej rodziny, a w szczególności ojca dziecka.

Ojciec dziecka lub inna bliska osoba towarzysząca kobiecie podczas pobytu w szpitalu jest nie tylko świadkiem narodzin dziecka. Niesie również wsparcie i pomoc w tych wyjątkowych chwilach, pozytywnie wpływa na poczucie bezpieczeństwa kobiety, a co za tym idzie na przebieg porodu. Taka pomoc staje się bardzo ważna w sytuacjach trudnych. Zauważyć należy, iż przepisy prawa stanowią, że pacjent ma prawo do „dodatkowej opieki”, co oznacza, że personel medyczny nie jest zwolniony z opieki nad pacjentem.

Osoba bliska w myśl przepisów to małżonek, krewny lub każda inna osoba wskazana przez pacjentkę, np. przyjaciółka. Personel medyczny nie może ingerować w wybór pacjentki, natomiast powinien upewnić się w bezpośredniej

rozmowie, czy na pewno życzy ona sobie opieki ze strony danej osoby. Trzeba także podkreślić, iż prawo to przysługuje pacjentce, a nie jej bliskim, i to od jej decyzji zależy, czy i kto, towarzyszy jej np. podczas porodu.

Prawo do dodatkowej opieki sprawowanej przez osobę bliską dotyczy zarówno dnia, jak i nocy. Jest to gwarancja ustawowa, a odmienne postanowienia regulaminu porządkowego szpitala są niezgodne z prawem.

Pacjentem jest również nowonarodzone dziecko, i ma ono prawo do nieprzerwanej opieki sprawowanej przez osobę bliską. Nie oznacza to jednak, że wraz z wprowadzeniem systemu rooming-in (czyli mama razem z dzieckiem), do obowiązków położnych i pielęgniarek nie należy opieka nad noworodkiem.

Ustawa o prawach pacjenta zezwala na pobieranie przez zakłady opieki zdrowotnej opłat za realizację prawa do dodatkowej opieki pielęgnacyjnej. Możliwe jest to jednak pod pewnymi warunkami: 1. realizacja tego prawa skutkuje kosztami, przy czym koszty muszą być rzeczywiste, czyli takie, które faktycznie zostały poniesione przez zakład opieki zdrowotnej; 2. decyzję o opłatach podejmuje kierownik szpitala; 3. informacja o wysokości opłaty oraz o sposobie jej ustalenia jest jawna i udostępniona w lokalu szpitala.

Jakie przepisy prawa stanowią o prawie do dodatkowej opieki pielęgnacyjnej sprawowanej przez osobę bliską?

- ▶ Art. 34 i 35 ustawy o prawach pacjenta;
- ▶ o prawie do opieki sprawowanej przez osobę bliską stanowi także Kodeks etyki lekarskiej, zgodnie z którym chory w trakcie leczenia ma prawo do korzystania z opieki rodziny lub przyjaciół.

Co w opinii kobiet – pacjentek narusza ich prawo do opieki sprawowanej przez osobę bliską?

- ▶ *Nie wyobrażałam sobie, aby mój mąż nie mógł towarzyszyć mi w czasie porodu. Niestety, okazało się, że w tym szpitalu poród rodzinny możliwy jest w sali pojedynczej, za którą trzeba zapłacić 400 zł. W ogólnej sali porodowej na obecność mojego męża musiałyby się zgodzić inne kobiety – obawiam się, że to znacznie naruszyłoby ich prywatność.*
- ▶ *Mój mąż został wyproszony z sali porodowej, jak tylko urodziło się dziecko. Mogliśmy się zobaczyć dopiero po kilku godzinach.*
- ▶ *Gdy urodził się mój synek, pokazano mi go na parę sekund, po czym zabrano do innego pomieszczenia. Dziecko dostałam z powrotem dopiero po 2 godzinach, w oddziale położniczym, choć i ja i on byliśmy w dobrym stanie.*
- ▶ *Gdy dziecko jest badane, ma pobieraną krew lub robione szczepienie, nie można być przy nim.*

▶ *Wiele razy musiałam prosić położną o przewinięcie dziecka, pomoc przy karmieniu lub w przejęciu do łazienki – byłam bardzo słaba po cesarskim cięciu.*

Wskazówki dla lekarza, położnej, pielęgniarki:

- ▶ W towarzystwie bliskiej osoby kobieta czuje się bezpieczniej. Dobrze jest, gdy może być z bliską, wskazaną przez siebie osobą nie tylko w czasie porodu, ale także w czasie poronienia, bolesnego badania lub w momencie przekazania trudnej diagnozy.
- ▶ Dziecko jest także pacjentem, który ma prawo do bycia przez cały czas pobytu w szpitalu pod opieką bliskiej osoby. Jeżeli matka sobie tego życzy, powinna mieć możliwość asystowania przy wszelkich badaniach i zabiegach, które dotyczą jej dziecka.

Dobre praktyki zaobserwowane w oddziałach:

- ▶ Poród z bliską osobą dostępny jest dla każdej kobiety, bez dodatkowych opłat.
- ▶ Bliska osoba może być obecna przez cały czas porodu oraz dowolnie długo po porodzie.
- ▶ Pierwszy kontakt matki z dzieckiem trwa dowolnie długo. Matka może nakarmić dziecko w ciągu pierwszej godziny po porodzie.
- ▶ Pierwsze badanie dziecka odbywa się blisko matki, w tym samym pomieszczeniu.
- ▶ Matka towarzyszy dziecku przy każdym badaniu, szczepieniu, pobraniu krwi etc.
- ▶ Zorganizowana jest nauka pielęgnacji dziecka - położna przychodzi na salę i uczy wszystkie mamy przewijania, kąpeli etc.
- ▶ Na stronie internetowej szpitala podana jest informacja o opłatach i sposobie ich kalkulacji.

7. Prawo do kontaktu z osobami bliskimi

Niezależnie od prawa do dodatkowej opieki pielęgnacyjnej każda pacjentka ma prawo do kontaktu z osobami z zewnątrz. Prawo to jest wyrazem poszanowania prywatności pacjentki, jej życia rodzinnego i więzi z bliskimi. Pacjentka, która wymaga całodobowych lub całodziennych świadczeń zdrowotnych ma prawo do kontaktu osobistego, telefonicznego lub korespondencyjnego z innymi osobami.

Kontakt pacjentki z bliskimi nie może być utrudniany, jednak ze względu na organizację pracy oddziału i prawa innych pacjentów kierownik zakładu może ograniczyć korzystanie z tego prawa. Warunki, godziny, miejsce spotkań pacjentki z rodziną powinny być szczegółowo określone w regulaminie porządkowym.

Prawo pacjenta do kontaktu z osobami z zewnątrz, czyli odwiedzin, nie oznacza, że mogą one odbywać się o dowolnej porze, i z nielimitowaną liczbą odwiedzających. Przepisy prawa nie zabraniają dyrekcji szpitala regulować tej kwestii, o ile zasady te są podane do wiadomości w regulaminie szpitala.

Pacjentka ma prawo odmówić kontaktu z osobami z zewnątrz. W takiej sytuacji obowiązkiem personelu medycznego jest uszanowanie tej decyzji i np. nie wpuszczanie tych osób na oddział.

Jakie przepisy prawa stanowią o prawie do kontaktu z bliskimi?

► Art. 33. 1. i 2. ustawy o prawach pacjenta, który stanowi, że pacjent ma prawo do kontaktu osobistego, telefonicznego lub korespondencyjnego z osobami z zewnątrz, a także ma prawo odmówić takiego kontaktu.

Dobre praktyki zaobserwowane w oddziałach:

- Informacja dotycząca liczby osób, które mogą jednorazowo odwiedzić pacjentkę oraz godzin, w których możliwe są odwiedziny podana jest do ogólnej wiadomości.
- Godziny odwiedzin są dogodne dla osób pracujących.
- W sali można rozstawić parawan lub zasunąć zasłonę, tak, aby odwiedzający nie zakłócali spokoju innych pacjentek.
- Wyznaczone jest miejsce – fragment korytarza, osobna sala, świetlica, w którym pacjentki mogą zobaczyć się z rodziną.
- Każda pacjentka otrzymuje wyciąg z regulaminu, w którym wyjaśnione są zasady odwiedzin oraz powody ich ewentualnego ograniczania.

8. Prawo pacjentki do tajemnicy informacji z nią związanych

Prawo do zachowania poufności jest ściśle powiązane z prawem pacjenta do poszanowania prywatności. Prywatność jest pojęciem szerokim, obejmującym życie prywatne, tajemnicę komunikowania się oraz wszelkie informacje dotyczące danej osoby. Prawo pacjenta do poufności dotyczy wszelkich faktów i informacji o stanie zdrowia i leczeniu, a także faktów z życia prywatnego, rodzinnego i zawodowego pacjenta, które zostały przekazane członkom personelu medycznego.

Jakie przepisy prawa stanowią o prawie do ochrony tajemnicy informacji o pacjencie?

► Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej gwarantuje każdemu obywatelowi osobiste prawo do ochrony życia prywatnego (art. 47), ochrony tajemnicy komuni-

kowania się (art. 49), ochrony przed ujawnieniem informacji dotyczących jego osoby (art. 51), prawo do dostępu do dotyczących obywatela urzędowych dokumentów i zbioru danych (art. 51 ust 3);

- ▶ sfera życia prywatnego stanowi dobro osobiste w rozumieniu Kodeksu cywilnego (art. 23 kc);

- ▶ rozdz. 4. ustawy o prawach pacjenta, w tym art. 13., który stanowi, iż pacjent ma prawo do zachowania w tajemnicy przez osoby wykonujące zawód medyczny, w tym udzielające mu świadczeń zdrowotnych, informacji z nim związanych, a uzyskanych w związku z wykonywaniem zawodu medycznego oraz art. 14. 1., który nakłada na osoby wykonujące zawód medyczny obowiązek zachowania w tajemnicy informacji związanych z pacjentem, w szczególności ze stanem zdrowia pacjenta;

- ▶ art. 40 ust 1 ustawy o zawodzie lekarza oraz art. 21 ust. 1 ustawy o zawodach pielęgniarstwa i położnej stanowią, iż zarówno lekarz, jak i pielęgniarka oraz położna są zobowiązani do zachowania tajemnicy zawodowej;

- ▶ Europejska Konwencja Bioetyczna stanowi, iż każdy ma prawo do poszanowania życia prywatnego w zakresie informacji dotyczących jego stanu zdrowia;

- ▶ odpowiednie regulacje w tym zakresie zawiera również Kodeks etyki lekarskiej, który w art. 23 stanowi, że lekarz ma obowiązek zachowania tajemnicy lekarskiej, a tajemnicą są objęte wiadomości o pacjencie i jego otoczeniu uzyskane przez lekarza w związku z wykonywanymi przez niego czynnościami zawodowymi. Również Kodeks etyki pielęgniarstwa i położnych nakłada obowiązek zachowania w tajemnicy „wszystkich wiadomości o pacjencie i jego środowisku (rodzinnym, społecznym) uzyskanych w związku z pełnieniem roli zawodowej” (Część szczegółowa art. 4 KEZPP).

Śmierć chorego nie zwalnia od dochowania tajemnicy. Określone prawem ograniczenia prawa pacjenta do dochowania poufności dotyczą 2 okoliczności: po pierwsze, gdy sam pacjent lub jego przedstawiciel ustawowy wyrażą zgodę na przekazanie informacji poufnych, a także sytuacji, w których zachowanie poufności może powodować niebezpieczeństwo dla zdrowia i życia pacjenta; po drugie, gdy istnieje istotny interes publiczny lub interes osób trzecich w uchyleniu poufności. Zaznaczyć trzeba, że niektóre wyłączenia dotyczą tylko lekarza.

Nie jest naruszeniem tajemnicy przekazywanie niezbędnych informacji o pacjencie, związanych z udzielaniem mu świadczeń zdrowotnych, innym osobom wykonującym zawód medyczny, uczestniczącym w udzielaniu tych świadczeń (innemu lekarzowi, pielęgniarce, położnej). Natomiast nie ma podstaw, aby dostęp do takich informacji miały osoby nieuczestniczące w procesie udzielania świadczenia zdrowotnego, zarówno wykonujące zawód medyczny, jak i pracownicy obsługi administracyjno-technicznej.

Obowiązek poufności dotyczy także dokumentacji medycznej, co gwarantuje art. 18 ust. 2 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej, zgodnie z którym zakład

opieki zdrowotnej zapewnia ochronę danych zawartych w dokumentacji lekarskiej i może ją udostępniać jedynie w przypadkach wskazanych w ustawie.

Wraz z postępem techniki komputerowej i środków komunikacji na odległość, coraz więcej poufnych dla pacjenta informacji jest przetwarzanych i przekazywanych drogą elektroniczną (są zapisywane na nośnikach informacji elektronicznej, przesyłane pocztą elektroniczną, gromadzone w pamięci aparatu telefonicznego czy faksu). Informacje te muszą być odpowiednio zabezpieczone przed ingerencją osób trzecich. Pacjentka powinna zostać poinformowana o formach przetwarzania i przekazywania informacji poufnych, a także zapytana o zgodę na przekazywanie informacji poufnych przy wykorzystaniu jednej z form komunikowania się na odległość, po uprzedzeniu o ryzyku naruszenia poufności.

Nowa ustawa o prawach pacjenta wprowadziła zasadę, że udzielanie jakichkolwiek informacji innym osobom może nastąpić wyłącznie za zgodą pacjentki, dotyczy to również informacji niepomysłnych co do rokowań (art. 14 ust. 2 pkt. 3 ustawy o prawach pacjenta). Pacjentka powinna wyrazić zgodę na przekazywanie określonych informacji o jej osobie zarówno, gdy chodzi o informowanie osób bliskich, jak i osób obcych. Zgoda pacjentki może odnosić się wyłącznie do informacji bezpośrednio dotyczących jej samej. Osoby z personelu medycznego mają obowiązek powstrzymać się od rozpowszechniania informacji odnoszących się do osób trzecich.

Co w opinii kobiet – pacjentek narusza ich prawo do ochrony tajemnicy?

- ▶ *W mojej sali leżała kobieta, która chciała oddać dziecko do adopcji. Słyszałam, jak położne rozmawiały o niej na korytarzu. Była tematem oddziałowych plotek.*
- ▶ *Wywiad przy przyjmowaniu do szpitala odbywał się w ogólnej izbie przyjęć. Było to duże pomieszczenie, w którym przyjmowano kilku pacjentów na raz, na różne oddziały. Biurko położnej stało w końcu tego pomieszczenia, fotel był co prawda za parawanem, ale i tak myślę, że inne osoby słyszały, jak odpowiadałam na pytania położnej. A dotyczyły one spraw bardzo intymnych.*
- ▶ *Przy przyjęciu do szpitala upoważniłam mojego męża do otrzymywania informacji o moim stanie zdrowia. Pomimo to, gdy po porodzie do dyżurki położnych zadzwoniła moja mama, położne poinformowały ją, że już urodziłam.*
- ▶ *W tym szpitalu w trakcie obchodu szczegółowe informacje o stanie zdrowia pacjentek referowane są przy łóżku pacjentki, głośno, tak, że wszystkie osoby leżące w sali wiedzą, kto, na co choruje.*

Wskazówki dla lekarza, położnej, pielęgniarki:

- ▶ Podczas pobytu w szpitalu związanego z ciążą czy porodem, kobieta w różnych sytuacjach musi podawać szereg poufnych informacji o swoim życiu pry-

watnym, seksualnym, schorzeniach. Ważne jest, aby miała poczucie, że powierza je jedynie w celu dokonania jak najlepszej diagnozy i że informacje te nie będą znane nikomu poza osobami bezpośrednio biorącymi udział w jej leczeniu lub opieką nad nią.

Dobre praktyki zaobserwowane w szpitalach:

- ▶ Dokumentacja pacjentek jest przechowywana w dyżurce położnych. Dostęp do niej mają tylko osoby odpowiedzialne za daną pacjentkę.
- ▶ Izba przyjęć jest tak urządzona, że żadna z informacji podawanych przez kobiety nie może dotrzeć do osób niepowołanych.
- ▶ W czasie obchodu nie są omawiane żadne kluczowe informacje dotyczące stanu zdrowia czy leczenia.
- ▶ Diagnoza, rozmowa o terapii przeprowadzana jest w cztery oczy, również jeżeli dotyczy to dziecka.
- ▶ Przy przyjęciu do szpitala pacjentka wskazuje osobę lub osoby (członka rodziny lub inną bliską osobę), które mogą być informowane o jej stanie zdrowia. Dane tej osoby są odnotowywane w dokumentacji pacjentki.

9. Prawo pacjenta do dokumentacji medycznej

Prowadzenie dokumentacji medycznej przez podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych stanowi jedną z instytucjonalnych gwarancji rzetelności udzielania tych świadczeń, jest bowiem nierozłącznie związane z jakością i bezpieczeństwem opieki zdrowotnej.

Pacjent, jego przedstawiciel ustawowy lub osoba upoważniona przez pacjenta mają prawo dostępu do dokumentacji na swój wniosek, przy czym nie jest konieczne podawanie celu/przyczyny takiego wniosku.

Dokumentacja medyczna dzieli się na indywidualną, odnoszącą się do poszczególnych pacjentów korzystających ze świadczeń medycznych zakładu oraz zbiorczą odnoszącą się do ogółu pacjentów korzystających ze świadczeń zakładu (prowadzona jest w formie ksiąg, rejestrów, formularzy lub kartotek). Z kolei dokumentacja indywidualna dzieli się na dokumentację zewnętrzną (przeznaczoną dla pacjentów – stanowią ją np. różnego rodzaju skierowania na badania) i wewnętrzną (przeznaczoną dla potrzeb zakładu np. historia choroby). Prawo do dostępu do dokumentacji medycznej odnosi się zarówno do dokumentacji zewnętrznej, jak i wewnętrznej. A więc, zakład opieki zdrowotnej na każdy wniosek pacjenta ma obowiązek udostępnić jego indywidualną dokumentację wewnętrzną, przy czym koszty wykonania kopii ponosi pacjent.

Jakie przepisy prawa mówią o prawie do dokumentacji?

- ▶ Art. 24 ustawy o prawach pacjenta stanowi, iż podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych jest obowiązany prowadzić, przechowywać i udostępniać dokumentację medyczną swoich pacjentów oraz zapewniać ochronę danych zawartych w tej dokumentacji;
- ▶ art. 18 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej, który mówi o obowiązku dokumentowania procesu udzielania świadczeń zdrowotnych i udzielanych świadczeń medycznych przez zoz-y;
- ▶ art. 20 ust.3 ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej, który mówi o analogicznym obowiązku praktyk zawodowych położnych;
- ▶ art. 23 ust. 1 ustawy o prawach pacjenta, który daje pacjentowi prawo do dostępu do dokumentacji medycznej dotyczącej jego stanu zdrowia oraz udzielonych mu świadczeń zdrowotnych.

Co w opinii kobiet – pacjentek narusza ich prawo do dostępu do dokumentacji?

▶ *Po śmierci mojego dziecka chciałam uzyskać wyniki badań, jakie miałam robione przy przyjęciu do szpitala i podczas porodu. Na wypisie ze szpitala były jedynie skróty i adnotacje w języku łacińskim, których nie rozumiałam. Dyrektor szpitala odmówił mi wydania tych dokumentów, twierdząc, iż może zrobić to jedynie na wniosek prokuratury.*

Dobre praktyki zaobserwowane w oddziałach:

- ▶ Kopia dokumentacji medycznej jest udostępniana na każdy wniosek pacjenta, bez potrzeby jego uzasadniania.

10. Dziecko jako pacjent i jego prawa

Każde dziecko ma prawo do szczególnej opieki zdrowotnej, a gwarantuje to art. 68 ust. 3 Konstytucji RP, a także art. 9 ust. 3 Konwencji o Prawach Dziecka.

Matka i ojciec noworodka, od chwili jego narodzin, są jego przedstawicielami ustawowymi, a zatem na personelu medycznym spoczywa obowiązek informowania o wszystkim, co dotyczy ich dziecka, a także pytanie rodziców o zgodę na każdą interwencję medyczną. Podobnie jak w przypadku dorosłych pacjentów, ogólna zgoda na leczenie nie jest wystarczająca, aby na jej podstawie udzielać świadczeń medycznych.

Dziecko, podobnie jak dorosły pacjent, ma prawo do tego, aby w trakcie udzielania świadczeń zdrowotnych towarzyszyła mu bliska osoba. Prawo to można ograniczyć jedynie z uwagi na bezpieczeństwo epidemiologiczne pla-

cówki lub też ze względu na bezpieczeństwo zdrowotne pacjenta. Przepisy prawa nie definiują precyzyjnie, czym jest „bezpieczeństwo zdrowotne pacjenta”, niemniej jednak zbyt szerokie rozumienie tego pojęcia (np. częsty w szpitalach bezwzględny zakaz obecności rodzica przy wykonywaniu szczepień, badań czy innych zabiegów) może stanowić naruszenie praw pacjenta.

Obowiązek zapewnienia małemu pacjentowi szczególnej opieki zdrowotnej zobowiązuje stacjonarne zakłady opieki zdrowotnej do stworzenia optymalnych warunków umożliwiających prawo do dodatkowej opieki pielęgnacyjnej sprawowanej przez rodziców lub inne upoważnione osoby bliskie bez ograniczeń czasowych (i w dzień, i w nocy). W szczególności warto podkreślić potrzebę zagwarantowania prawa dziecka i jego karmiącej matki do korzystania z oddzielnej sali. Opieka pielęgnacyjna świadczona przez osoby bliskie jest opieką dodatkową i nie zwalnia personelu medycznego z obowiązku wykonywania czynności pielęgnacyjnych u dziecka, a także zadbania o to, aby rodzice wiedzieli, w jaki sposób pielęgnować małe dziecko i karmić je.

Co w opinii rodziców narusza ich prawa?

- ▶ *Nie informowano mnie o wynikach badań dziecka. Na czas wizyty pediatrycznej matki były wypraszane z boksu noworodków, a po wizycie pediatrzy znikali i nie było z kim rozmawiać.*
- ▶ *Neonatolog zamiast wytłumaczyć mi, na czym to polega i dlaczego to jest konieczne, kazała podpisać oświadczenie, że wyrażam zgodę na wszystkie zabiegi konieczne i kazała przywieźć córeczkę.*
- ▶ *Wciąż zabierano nam dzieci, które były na osobnej sali noworodkowej, do której nie miałyśmy wstępu, nigdy nie mogłyśmy być obecne przy badaniach i zabiegach pielęgnacyjnych. Przynoszono dzieci tylko do karmienia co 3 godziny. Niemal z płaczem uprosiłam jednego z lekarzy, żebym mogła mieć dziecko cały czas przy sobie, ale i tak musiałam je oddawać do przewijania i badania, a potem nie mogłam się doprosić, żeby mi je znowu oddali. Bardzo źle to przeżyłam, pomimo, że cały personel był bardzo miły i życzliwy.*

Dobre praktyki zaobserwowane w oddziałach:

- ▶ To matka decyduje, czy chce mieć dziecko przez całą dobę przy sobie, czy też chce je oddać na kilka godzin na oddział noworodkowy.
- ▶ Rodzice chorych noworodków mogą być ze swoimi dziećmi i zajmować się z nimi na tyle, na ile pozwala na to stan zdrowia dziecka – przewijając, kangurować, karmić, kołysać etc.
- ▶ Jeśli rodzice sobie tego życzą, mogą być obecni przy zabiegach i badaniach wykonywanych dziecku. Rodzice są instruowani, w jaki sposób mogą pomóc przeprowadzić badanie czy zabieg, uspokoić czy zająć dziecko.

11. Jak postępować w sytuacjach trudnych – poronienie, narodziny dziecka martwego, śmierć dziecka po narodzinach

Doświadczenie tzw. przegranych narodzin, gdy ciąża nie kończy się pomyślnie, dotyka corocznie dużej grupy osób. W Polsce co roku ponad 40 000 kobiet doświadcza poronienia, 80% poronień występuje do 14. tygodnia ciąży, 20% (czyli ok. 8 000) w późniejszych tygodniach ciąży, a 2 000 rodzin rocznie doświadcza martwych narodzin dziecka (dane GUS).

Prawa rodziców po stracie dziecka

- ▶ Rodzice mają prawo do rejestracji dziecka bez względu na czas zakończenia ciąży. Szpital ma obowiązek wystawić dokument „Pisemne zgłoszenie urodzenia dziecka” (tzw. metryczkę) i przekazać go do Urzędu Stanu Cywilnego. W USC rodzice odbiorą akt urodzenia dziecka, z adnotacją, że urodziło się martwo.
- ▶ Rodzice mają również prawo do pogrzebu swojego dziecka. W tym celu zakład opieki zdrowotnej musi wydać im zwłoki, a także dokument „Karta zgonu”. Od 2007 r. obowiązują znowelizowane: Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 7 grudnia 2001 r. w sprawie wzoru karty zgonu oraz sposobu jej wypełniania, które w § 1 ust. 2 pkt. 2 przesądza, że kartę zgonu należy wydać dla „dzieci martwo narodzonych, bez względu na czas trwania ciąży, na wniosek osób uprawnionych do pochowania”; oraz Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 7 grudnia 2001 r. w sprawie postępowania ze zwłokami i szczątkami ludzkimi, które definiuje w § 2 zwłoki jako „ciała osób zmarłych i dzieci martwo urodzonych bez względu na czas trwania ciąży”. Podkreślić należy, że prawo do pogrzebu nie jest jednoczesnym obowiązkiem. Osoby, które nie życzą sobie pogrzebu, mają pełne prawo pozostawić zwłoki w szpitalu, a obowiązek pochówku spada, zgodnie z art. 10 ust. 3 Ustawy z dn. 31 stycznia 1959 roku o cmentarzach i chowaniu zmarłych, na gminę³.
- ▶ Rodzice mają prawo do informacji o przepisach regulujących świadczenia, które mogą przysługiwać matce po stracie dziecka (Kodeks pracy, ustawa z dn. 17 grudnia 1998 o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych).

Uwaga! Wiele nieporozumień związanych z dokumentami, jakie obowiązany jest wystawić szpital, gdy pacjentka traci dziecko, ma swoje źródło w błędnym stosowaniu terminu medycznego „poronienie”. Dla uporządkowania tej kwestii należy zwrócić uwagę, że w polskim systemie prawnym:

³ W przypadku wczesnych poronień, często pojawia się pytanie, czy należy wydać jako zwłoki usunięte z ciała kobiety tkanki, które powstały w wyniku zapłodnienia, ale które nie zawierają zarodka/płod, lub ewentualnie istnieje wątpliwość co do tego, czy go zawierają. Bez wątplenia problem ten wymaga szerszej analizy. Wydaje się jednak, że biorąc pod uwagę aksjologię omawianych przepisów, bezpiecznym rozwiązaniem jest przyjęcie, że takie tkanki również należy na żądanie wydać i wystawić kartę zgonu (źródło: Stowarzyszenie Rodziców po Poronieniu).

▶ zasady sporządzania dokumentacji medycznej reguluje Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dn. 21 grudnia 2006 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej w zakładach opieki zdrowotnej oraz sposobu jej przetwarzania. Zgodnie z załącznikiem do tego rozporządzenia, „poronieniem” określa się wydalenie lub wydobycie z ustroju matki płodu, który nie oddycha ani nie wykazuje żadnego innego znaku życia, jak czynność serca, tętnienie pępowiny lub wyraźne skurcze mięśni zależnych od woli, o ile nastąpiło to przed upływem 22. tygodnia ciąży (21 tygodni i 6 dni). Natomiast „zgonem płodu (urodzenie martwe)” określa się zgon następujący przed całkowitym wydaleniem lub wydobyciem z ustroju matki, o ile nastąpił po upływie 22. tygodnia ciąży lub później. O zgonie świadczy to, że po takim wydaleniu lub wydobyciu płód nie oddycha ani nie wykazuje żadnego innego znaku życia, jak czynność serca, tętnienie pępowiny lub wyraźne skurcze mięśni zależnych od woli.

▶ zasady sporządzania dokumentu „Pisemne zgłoszenie urodzenia dziecka”⁴ (jest to dokument należący do akt stanu cywilnego) określa Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 2 lutego 2005 r. w sprawie pisemnego zgłoszenia urodzenia dziecka. Załącznik do tego rozporządzenia zawiera następujące definicje: 1. Żywe urodzenie jest to całkowite wydalenie lub wydobycie z ustroju matki noworodka, niezależnie od czasu trwania ciąży, który po takim wydaleniu lub wydobyciu oddycha bądź wykazuje jakiegokolwiek inne oznaki życia, jak czynność serca, tętnienie pępowiny lub wyraźne skurcze mięśni zależnych od woli (mięśni szkieletowych), bez względu na to czy sznur pępowinowy został przecięty lub łożysko zostało oddzielone. Każdy taki noworodek uważany jest za żywo urodzony. 2. Zgon płodu (urodzenie martwe) jest to zgon następujący przed całkowitym jego wydaleniem lub wydobyciem z ustroju matki. O zgonie świadczy to, że po takim wydaleniu lub wydobyciu płód nie oddycha ani nie wykazuje żadnego innego znaku życia, jak czynność serca, tętnienie pępowiny lub wyraźne skurcze mięśni zależnych od woli.

▶ Rozporządzenie ograniczające rejestrację noworodka do dzieci urodzonych powyżej 22. tygodnia ciąży, lub z wagą pow. 500 g, lub długością ciała pow. 25 cm **przestało obowiązywać** 6 czerwca 1998 r.

A zatem dla wystawienia dokumentu „Pisemnego zgłoszenia urodzenia dziecka” nie ma znaczenia, w którym tygodniu ciąży doszło do jej straty.

⁴ Nieuregulowanym prawnie praktycznym problemem przy wypełnianiu kart pisemnego zgłoszenia pozostaje kwestia określenia płci. W przypadku wczesnych poronień wypełnienie przez lekarza rubryki „płeć” może napotkać na obiektywne trudności. Nie ma możliwości pozostawienia rubryki niewypełnionej lub wpisu „płeć nieznaną”, gdyż na podstawie tak wypełnionego dokumentu nie będzie możliwe sporządzenie aktu urodzenia. W tym stanie rzeczy można zastosować tzw. uprawdopodobnienie płci, np. jeśli w czasie badania USG nie zaobserwowano męskich narządów płciowych – wpisać płeć żeńską. Możliwym alternatywnym rozwiązaniem jest ustalanie płci dziecka w drodze ustalenia treści aktu cywilnego zgodnie z art. 32 Prawa o aktach stanu cywilnego. Wówczas treść aktu ustala się w postępowaniu przed sądem. Warto zaznaczyć, iż obecny system prawny pozwalający na rejestrację dzieci bez względu na wiek zakończenia ciąży, nie ma wpływu na statystyki GUS dotyczące ruchu naturalnego ludności, gdyż zgodnie z definicją WHO, ujmowane są w nich dzieci z wagą powyżej 500 g, dzieci z niższą wagą urodzeniową ujmowane są w innych statystykach (źródło: Stowarzyszenie Rodziców po Poronieniu).

Wskazówki dla lekarza, położnej, pielęgniarki:

- ▶ Okaż szacunek matce i dziecku, nie lekceważ jej straty. Ogromna część kobiet roniących nawet bardzo wczesne ciąży przeżywa emocje zbliżone do tych będących udziałem rodziców tracących dziecko po urodzeniu.
- ▶ Kobieta w czasie straty potrzebuje obecności bliskiej osoby – ojca dziecka, swojej mamy czy przyjaciółki.
- ▶ Dokładnie informuj pacjentkę o wszystkich czynnościach i badaniach, jakie są podejmowane. Zabieg wyłyżeczkowania wykonuj zawsze w znieczuleniu. Gdy kobieta rodzi martwe dziecko, w szczególny sposób zadbaj o poszanowanie jej intymności i godności.
- ▶ Kobiecie po stracie potrzebna jest intymność. Towarzystwo kobiet w ciąży czy położnic dostarcza jej dodatkowego cierpienia.
- ▶ Zapytaj rodziców, czy chcieliby zobaczyć dziecko i pożegnać się z nim, nawet jeśli waży tylko kilkaset gramów. Jeśli ciało dziecka jest zniekształcone, dobrze jest zawinąć je w kocyk, bądź zasłonić częściowo pieluszką.
- ▶ Zapytaj, czy rodzice chcieliby skorzystać ze wsparcia psychologa (jeśli pracuje w oddziale lub w szpitalu) lub kapłana, przekaz informacje o miejscach, w których mogą otrzymać pomoc.
- ▶ Pomóż matce w zgromadzeniu pamiątek po dziecku, zapytaj, czy chciałyby obciąć kosmyk włosów, zrobić zdjęcie dziecka, odciski stópek czy rączek. Pamiątki pomogą jej w przeżywaniu żałoby.

Dobre praktyki zaobserwowane w oddziałach:

- ▶ W wielu szpitalach za granicą, w sytuacjach, gdy ciąża trwała zbyt krótko, by wystawić akt zgonu, wydawane są certyfikaty urodzin na życzenie rodziców. Taki certyfikat nie ma mocy prawnej, jest natomiast pamiątką i świadectwem istnienia dziecka.
- ▶ Pacjentka, u której rozpoznano poronienie, lub której dziecko zmarło, otrzymuje list podpisany przez dyrektora szpitala, w którym znajdują się najważniejsze informacje dotyczące procedur szpitalnych związanych z postępowaniem po śmierci dziecka.
- ▶ W szpitalu wyznaczona jest pielęgniarka lub położna, która przeszkolona jest w problematyce związanej ze stratą, rozmawia z matką, udziela wszelkich informacji oraz wsparcia.
- ▶ W zakładzie opieki zdrowotnej opracowane są procedury postępowania z pacjentką, która doświadczyła poronienia lub martwego porodu.
- ▶ Członkowie personelu medycznego przeszli szkolenia z pracy z pacjentką po stracie dziecka, dzięki którym radzą sobie lepiej w trudnych sytuacjach.
- ▶ W szpitalu zorganizowana jest sala pożegnań, w której w intymnych warunkach rodzice mogą spędzić czas ze swoim zmarłym dzieckiem.

Narodziny dziecka chorego

Wskazówki dla lekarza, położnej, pielęgniarki:

- ▶ Rodzice oczekują wiarygodnych informacji o stanie zdrowia dziecka, nawet, gdy są one złe, przekazywanych językiem zrozumiałym dla osób niemających medycznego wykształcenia. Nie chcą być trатовani z góry.
- ▶ Warto poinformować rodziców, do czego służy respirator, inkubator, aparatura monitorująca czynności życiowe i inne. Mogą nie wiedzieć, np. że alarm nie musi oznaczać pogorszenia stanu dziecka, tylko obłudowanie się czujnika. Dla personelu medycznego to oczywiste, dla rodziców nie. Niebagatelne znaczenie ma dla nich informacja o celowości i przebiegu wszelkich zabiegów.
- ▶ Wiele zachowań rodziców lekarz, pielęgniarka, położna mogą postrzegać jako utrudniające ich pracę i niepotrzebne. Zaprzeczanie faktom, zniecierpliwienie, płacz, a nawet histeria to naturalne reakcje na trudną sytuację. Okazanie rodzicom cierpliwości i zrozumienia ułatwi im zaakceptowanie sytuacji.
- ▶ Rodzice oczekują, by osoba przekazująca złe nowiny nie zniknęła natychmiast po ich przekazaniu, lecz poczekwała na pytania. Bardzo pomocna jest informacja o grupach wsparcia, gdzie mogą porozmawiać z rodzicami o podobnych doświadczeniach. Jeśli to możliwe warto skontaktować ich z psychologiem i podać kontakt do forów w internecie (gotowa do skserowania ulotka z takimi informacjami zamieszczona jest na końcu).
- ▶ Rodzice potrzebują, by pozwolono być im rodzicami – jeśli chcą być przy dziecku w trakcie badań, drobnych zabiegów powinni mieć możliwość pozostania. Powinni być uprzedzeni, że dziecko przy badaniu będzie płakać, ale to do nich należy decyzja. Pragną aktywnie uczestniczyć w opiece nad małym pacjentem – myć dziecko, ubierać je, mierzyć temperaturę, czytać książeczki, śpiewać kołysanki. Zwłaszcza w przypadku narodzin wcześniaków, gdy nie da się przewidzieć, jak długo dziecko będzie żyć, dla rodziców każda chwila spędzona z dzieckiem jest bezcenna.
- ▶ Rodzice potrzebują, by ich dziecko – gdy jest o nim mowa – zawsze było nazywane po imieniu, a także zapewnienia, że wszystko, co możliwe jest lub zostało zrobione. Będą wdzięczni, gdy zostaną zapytani o zdanie, w sprawach, w których mogą decydować. Docenią pytania, jak ich zdaniem czuje się dziecko, czy uważają, że jest spokojne, czy może dzisiaj jest w gorszej formie, czy można coś jeszcze zrobić dla zwiększenia komfortu dziecka.

Dobre praktyki zaobserwowane w oddziałach:

- ▶ W wielu oddziałach rodzice mają możliwość stworzenia namiastki domowej atmosfery, np. zostawienia w inkubatorze przytulanki.
- ▶ Na inkubatorze wypisane jest imię dziecka, zamiast „Córka Kowalskiej”.
- ▶ W niektórych stowarzyszeniach rodziców dzieci chorych pracują wolontariusze, którzy mogą przyjść do szpitala i udzielić rodzicom chorego dziecka wsparcia i dostarczyć niezbędnych informacji (informacje o niektórych organizacjach są podane na końcu książki).

Gdy dziecko umiera

Wskazówki dla lekarza, położnej, pielęgniarki:

- ▶ Rodzice powinni mieć możliwość pożegnania się z dzieckiem i towarzyszenia mu w odejściu. Jeżeli nie ma ich w szpitalu w momencie pogorszenia się stanu dziecka, należy ich jak najszybciej zawiadomić telefonicznie, nawet, gdy jest to środek nocy, a wcześniej wyrazili takie życzenie.
- ▶ W takiej chwili rodzice potrzebują intymności (oddzielna sala, szyby oklejone papierem, lub choćby parawan). Dobrze jest ustawić łóżko, inkubator, kroplówki, aparaturę monitorującą funkcje życiowe itp. w taki sposób, by dziecko mogło umrzeć w jak najbliższym kontakcie fizycznym z rodzicami (w ramionach, lub choćby trzymane za rękę).
- ▶ Dobrze, gdy jest możliwość zrobienia dziecku zdjęcia czy odcisku stopy, obcięcia kosmyka włosów. Teraz rodzice są zbyt zszokowani, by o tym pomyśleć, ale w przyszłości to będzie jedyna pamiątka i namacalny dowód istnienia ich dziecka. Ważna jest dla nich także możliwość uzyskania kopii części badań, zdjęcia USG, zapisu tętna dziecka itd. będących pamiątką po ich dziecku.
- ▶ Osieroceni rodzice potrzebują wsparcia. Dotyk stanowi najprostszą formę dodania otuchy i komunikacji. Położenie dłoni na ich ramieniu i powiedzenie „przykro mi”, jeśli masz taką potrzebę, będzie mile widziane.
- ▶ Rodzice potrzebują praktycznych informacji, jakie kroki mają podjąć, a także o możliwości rozmowy z kapłanem i psychologiem, oraz istniejących w Internecie grupach wsparcia.

Pozwól rodzicom na wyrażanie uczuć, zmęczenie, płacz. Pamiętaj, że niektórzy rodzice nie są w stanie przyjąć złych wiadomości i zaprzeczanie faktom będzie ich sposobem radzenia sobie z trudną sytuacją. Zapewnij, że wykorzystacie każdą szansę, by uratować życie ich dziecka. Czasami trzeba udzielać tej samej informacji wielokrotnie. Rodzice przeżywający ogromny stres są w stanie przyswoić jedynie część informacji. Daj im czas na sformułowanie i zadanie pytań. Nie kryj też swego smutku. Stanowisz dla nich autorytet, wielu rodziców odbiera Twoje emocje jako uwiarygodnienie ich uczuć i przyzwolenie na przeżywanie żalu.

Jak wyrażać współczucie?

- ▶ Wyrazy współczucia nie powinny być zarazem pocieszeniem, że „będą mieli Państwo inne dzieci”. Dla wielu osób na myśl o kolejnym dziecku jest jeszcze za wcześnie, a tego typu pocieszenie może być odebrane jako bagatelizowanie tragedii.
- ▶ Rodzice nie są gotowi (i być może nigdy nie będą) na racjonalizowanie śmierci dziecka. Ranią ich słowa, że tak jest lepiej, bo dziecko nie byłoby w stanie samodzielnie żyć, że cierpiałyby, że stanowiłoby kłopot. Jeśli rodzice zapytają o to, oczekują odpowiedzi zgodnej z prawdą, jednak bez dodawania, że lepiej, że tak się stało.
- ▶ Ogromna większość osieroconych rodziców ma silne poczucie winy. Autorytet lekarza i położnej pozwoli je zmniejszyć, poprzez zapewnienia, że byli wspaniałymi rodzicami dla swojego dziecka, zrobili wszystko, co mogli zrobić dla niego, zaś ich obecność przy umierającym dziecku była dla niego nieoceniona.

Trudne sytuacje w położnictwie to ciężar także dla lekarza, położnej, pielęgniarki. Wiele osób w takich sytuacjach doznaje poczucia porażki. Może się wydawać, że narodziny dziecka chorego lub jego śmierć podważają zaufanie rodziców do wiedzy medycznej i do pracowników szpitala. Nie obawiaj się, że wyrażenie smutku lub żalu z powodu tego, co się stało podważy twój autorytet, wręcz przeciwnie, rodzicom łatwiej będzie zaakceptować to co się stało, wiedząc, że inni dzielą z nimi cierpienie.



Wytnij, skseruj, rozdaj rodzicom

Internetowe grupy wsparcia

Ciąża i narodziny dziecka powinny być najpiękniejszym czasem w życiu każdego rodzica. Niekiedy niestety tak nie jest. W internecie są strony i fora, na których działają grupy wsparcia. Tu znajdziesz zrozumienie i pomoc osób o podobnych dramatycznych doświadczeniach.

Gdy dziecko umiera lub rodzi się chore

Strony dla tych, którzy przeżywają, lub przeżyli ciężkie chwile związane z chorobą bądź śmiercią dziecka. Tu można się poradzić, wyżalić, porozmawiać na trudne tematy z osobami o podobnych doświadczeniach.

- ▶ www.darzycia.pl
- ▶ forum.gazeta.pl/strata
- ▶ www.dlaczego.org.pl
- ▶ www.dziecko-info.com – forum Strata dziecka

Poronienie

Miejsca wsparcia dla kobiet, które straciły dziecko. Nie jesteś sama ze swoją tragedią. Tu możesz porozmawiać o tym, co czujesz i o wszystkich dręczących Cię wątpliwościach.

- ▶ www.poronienie.pl
- ▶ forum.gazeta.pl/poronienie
- ▶ www.nasz-bocian.pl – forum Poronienia
- ▶ www.dziecko-info.com – forum Strata dziecka



W przypadku narodzin chorego dziecka lub jego śmierci pomoc i wsparcie możesz uzyskać także w:

► Warszawskim Hospicjum dla Dzieci

www.hospicjum.waw.pl

ul. Agatowa 10, 03-680 Warszawa

tel. (0-22) 678 16 11

Tu można uzyskać informacje o hospicjach w innych miastach w Polsce oraz pomoc w opiece nad śmiertelnie chorym dzieckiem. Przy hospicjum działa też grupa wsparcia dla rodziców i rodzeństwa w żałobie.

► Stowarzyszeniu Rodzin i Opiekunów Osób z Zespołem Downa Bardziej KOCHANI

ul. Conrada 13, 01-922 Warszawa

tel. (0-22) 663 40 43, tel/fax (0-22) 663 10 13

telefon zaufania dla rodziców z zespołem Downa:

(0-22) 663 43 90

e-mail: info@bardziejkochani.pl,

www.bardziejkochani.pl

Szpital Medcover Otwarty dla wszystkich



Z myślą o Twoim zdrowiu, bezpieczeństwie i komforcie powstał Szpital Medcover – pierwsza w Polsce prywatna placówka medyczna o tak szerokim profilu usług szpitalnych oraz opiece medycznej spełniającej najwyższe światowe standardy.

Szpital Medcover to szpital inny niż wszystkie.

Tutaj zapewnimy Ci najwyższy poziom diagnostyki i leczenia, profesjonalną opiekę, sprzęt medyczny najnowszej generacji.

Przywiązujemy szczególną wagę do budowania partnerskich relacji pomiędzy Pacjentem i naszym personelem. Szanujemy indywidualne preferencje i wybory naszych Pacjentów.

Gwarantujemy najwyższe bezpieczeństwo medyczne - dysponujemy oddziałami intensywnej terapii, opieki pooperacyjnej, intensywnej terapii noworodka, intensywnej opieki kardiologicznej.



Ginekologia • Patologia Ciąży • Położnictwo • Pediatria • Neonatologia • Choroby wewnętrzne • Angiologia • Kardiologia
Chirurgia • Ortopedia • Urologia • Laryngologia • Chirurgia plastyczna • Chirurgia szczękowa • Intensywna terapia

Szpital Medcover
al. Rzeczypospolitej 5
02-972 Warszawa (Miasteczko Wilanów)

www.szpitalmedcover.pl
Centrum Obsługi Klienta 500 900 500