KUJAWSKO-POMORSKI
URZĄD WOJEWÓDZKI W BYDGOSZCZY

ZATWIERDZAM

WOJEWODA
KUJAWSKO-POMORSKI
Bogdan [illegible]
.....

Niekorzystne zakończenie ciąży – rekomendacje postępowania z dziećmi i rodzicami w niepowodzeniu położniczym dla personelu medycznego oddziałów położniczo-ginekologicznych województwa kujawsko-pomorskiego

Bydgoszcz, grudzień 2017 r.

Rekomendacje opracowane z zarządzenia Wojewody Kujawsko-Pomorskiego Mikołaja Bogdanowicza pod kierunkiem:

prof. dr. hab. n. med. Marka Grabca – konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie położnictwa i ginekologii, kierownika Katedry i Kliniki Położnictwa, Chorób Kobiecych i Ginekologii Onkologicznej w Szpitalu Uniwersyteckim nr 2 im. dr. J. Biziela,

prof. zw. dr. hab. Mariusza Dubiela – konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie perinatologii, kierownika Katedry Położnictwa i Kliniki Medycyny Matczyno-Płodowej, Ginekologii i Neonatologii w Szpitalu Miejskim im. dr. E. Warmińskiego w Bydgoszczy, Pełnomocnika ds. Promocji i Rozwoju Collegium JM Rektora Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu

z udziałem:

Małgorzaty Bronki – koordynatora Centrum Opieki Perinatalnej św. Łazarza, Stowarzyszenie Rodziców po Poronieniu,

Eweliny Monastyrskiej-Waszak – psychologa w Szpitalu Uniwersyteckim nr 2 im. dr. J. Biziela,

Anny Grabary – lekarza neonatologa w Szpitalu Uniwersyteckim nr 2 im. dr. J. Biziela,

Izabeli Latoch – lekarza ginekologa położnika w Szpitalu Miejskim im. dr. E. Warmińskiego w Bydgoszczy,

Karoliny Kurek – położnej w Szpitalu Uniwersyteckim nr 2 im. dr. J. Biziela,

Aliny Kostrzewskiej – położnej w Szpitalu Uniwersyteckim nr 2 im. dr. J. Biziela,

księdza Leszka Chudzińskiego – kapelana w Szpitalu Uniwersyteckim nr 2 im. dr. J. Biziela, Parafia Rzymskokatolicka pw. św. Jadwigi Królowej w Bydgoszczy,

Haliny Gorzelak – doradcy laktacyjnego w Szpitalu Uniwersyteckim nr 2 im. dr. J. Biziela,

Piotra Guzdka – koordynatora ds. pogrzebów dzieci martwo urodzonych w Polskim Stowarzyszeniu Obrońców Życia Człowieka w Krakowie,

Małgorzaty Karnowskiej – Wydział Zdrowia – Kujawsko-Pomorskie Centrum Zdrowia Publicznego w Kujawsko-Pomorskim Urzędzie Wojewódzkim w Bydgoszczy.

SPIS TREŚCI

WSTĘP 4
WSKAZÓWKI DLA KADRY KIEROWNICZEJ 5
WSKAZÓWKI DLA PERSONELU MEDYCZNEGO 6
Informacje ogólne 7
Opieka personelu medycznego względem dziecka 8
Opieka personelu medycznego względem rodziców 9
Warunki pożegnania 12
Płeć dziecka i pogrzeb 13
WSKAZÓWKI DLA RODZICÓW 15
Prawa i przywileje rodziców 15
Pożądane zachowania osób towarzyszących 17
Informacje istotne dla rodziców 18
Regulacje prawne 19
ULOTKA DLA RODZICÓW 20

WSTĘP

W wyniku procesu zespolenia komórek rozrodczych ludzkich powstaje nowy organizm, czyli człowiek. W momencie zapłodnienia powstaje unikalny kod genetyczny, który nigdy przedtem nie zaistniał i nigdy się już nie powtórzy. Przez kod genetyczny zostają zdeterminowane ogólne kształty charakterystyczne dla człowieka, płeć i indywidualne cechy somatyczne takie jak: kolor oczu, włosów, skóry, rysy twarzy, budowa ciała, tendencja do wysokiego lub niskiego wzrostu, otyłość lub astenia, krzepkie zdrowie lub skłonność do określonych chorób.

Od pierwszego momentu połączenia komórek rozrodczych ludzkich obowiązuje ochrona godności ludzkiego życia. Egzystencja każdego dziecka, każdego człowieka, rozpoczyna się w tym momencie.

Niepowodzeniem położniczym jest sytuacja, w której pacjentka w wyniku ciąży nie zabierze do domu zdrowego dziecka z powodu: poronienia, urodzenia dziecka martwego, niezdolnego do życia lub obarczonego letalnymi schorzeniami. Jako niepowodzenie położnicze należy traktować także sytuację, w której kobieta spodziewa się urodzenia chorego dziecka lub dziecka z wadami wrodzonymi[1].

Z danych zgromadzonych na podstawie kart statystycznych szpitalnych (MZ/Szp-11) wynika, że w 2015 r. w szpitalach w Polsce u 53 133 kobiet ciąża zakończyła się poronieniem (kody rozpoznań O00-O08), w tym w województwie kujawsko-pomorskim u 2 797 kobiet.

W 2016 r. w szpitalach ogólnych w województwie kujawsko-pomorskim odnotowano 2 265 poronień samoistnych oraz 69 martwych urodzeń. Największą liczbę martwych urodzeń zaobserwowano wśród dzieci o masie urodzeniowej między 500-999 g. W 2016 r. zmarło 57 noworodków (żywo urodzonych) do 6. doby życia włącznie, w tym 43 o masie do 999 g. Największą liczbę zgonów odnotowano w dwóch przedziałach wagowych, tj. wśród dzieci o masie do 499 g oraz między 500-999 g[2].

Celem niniejszych Rekomendacji jest upowszechnienie i wdrożenie dobrych praktyk postępowania w niepowodzeniach położniczych z dziećmi i ich rodzicami na oddziałach położniczo-ginekologicznych funkcjonujących w szpitalach na terenie województwa kujawsko-pomorskiego.

---

[1] Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie standardów postepowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych w dziedzinie położnictwa i ginekologii z zakresu okołoporodowej opieki położniczo-ginekologicznej, sprawowanej nad kobietą w ciąży, porodu, połogu, w przypadkach występowania określonych powikłań oraz opieki nad kobietą w sytuacji niepowodzeń położniczych.

[2] Sprawozdanie MZ-29 o działalności szpitala ogólnego, z danymi za rok 2016.

Rekomendacje dotyczą zapewnienia szacunku i godnego postępowania wobec dziecka, matki i ojca w sytuacji niepowodzenia położniczego. Odbiorcą Rekomendacji jest personel medyczny oddziałów położniczo-ginekologicznych oraz rodzice, którzy pragną pożegnać się z dzieckiem oraz je pochować. Poszczególne informacje przeznaczone są dla wszystkich matek i ojców, którzy doznali traumy w związku z niekorzystnym zakończeniem ciąży.

Rekomendacje zawierają wskazówki dla kadry kierowniczej, personelu medycznego oraz informacje dla rodziców i ich bliskich.

Inicjatorem powstania dokumentu jest Polskie Stowarzyszenie Obrońców Życia Człowieka w Krakowie.

Rekomendacje zostały opracowane w Kujawsko-Pomorskim Urzędzie Wojewódzkim w Bydgoszczy przez zespół w składzie: konsultant wojewódzki w dziedzinie położnictwa i ginekologii, konsultant wojewódzki w dziedzinie perinatologii, przedstawiciel centrum opieki perinatalnej, ginekolog położnik, neonatolog, położne, doradca laktacyjny, psycholog, ksiądz, przedstawiciel Stowarzyszenia oraz przedstawiciele Kujawsko-Pomorskiego Urzędu Wojewódzkiego.

WSKAZÓWKI DLA KADRY KIEROWNICZEJ

Kadra i praca kierownicza są pojęciami integralnie związanymi z zarządzaniem. Kierownictwo szpitala podejmuje decyzje m. in. dotyczące funkcjonowania organizacji, określenia celów jej działania, wykorzystania posiadanych zasobów, motywowania zatrudnionych osób, wprowadzania zmian. W związku z tym kadra kierownicza w swych działaniach powinna opierać się na analizie zdarzeń, która będzie pomocna w podejmowaniu decyzji zapewniających realizację założonych celów oraz efektywność ekonomiczną i społeczną szpitala jako podmiotu o wyjątkowej misji społecznej.

W celu udoskonalenia istniejących rozwiązań, w odniesieniu do oddziałów położniczo-ginekologicznych, kadra zarządzająca powinna zwrócić szczególną uwagę na:

- zapewnienie pomocy psychologicznej na oddziale położniczo-ginekologicznym zarówno dla członków zespołu medycznego, jak i osób hospitalizowanych,
- zapewnienie szkoleń dla personelu medycznego oddziału, na którym znajduje się pacjentka z niepowodzeniem położniczym, w zakresie pracy z rodzicami doświadczającymi urodzenia dziecka martwego, śmierci noworodka lub narodzin dziecka chorego. Celem szkoleń jest wyposażenie zespołu medycznego w umiejętności radzenia sobie ze stresem zawodowym wynikającym z faktu współuczestnictwa w emocjach pacjentek

przebywających na oddziale oraz nabycia kompetencji w komunikacji z pacjentką i jej rodziną,

- umożliwienie udziału w szkoleniach członkom zespołu medycznego pracującego z pacjentkami ciężarnymi i najbliższymi członkami ich rodzin, co pozwoli w przypadku niepowodzenia położniczego postępować zgodnie ze standardami na każdym etapie hospitalizacji pacjentki i na każdym z oddziałów (od izby przyjęć, poprzez ginekologię, salę porodową, położnictwo po oddział neonatologiczny),
- zapewnienie komunikacji i obiegu informacji między oddziałami,
- opracowanie procedur wewnątrzszpitalnych między oddziałami, które zapewnią ciągłość informacji nt. stanu zdrowia pacjentki i podjętego leczenia; dobrą praktyką dla lepszej komunikacji między oddziałem położniczo-ginekologicznym i neonatologicznym jest powołanie interdyscyplinarnego zespołu opiekującego się pacjentką i jej dzieckiem podczas całego pobytu w szpitalu,
- organizacja prac oddziałów w taki sposób aby każda pacjentka miała swojego lekarza prowadzącego leczenie,
- zapewnienie prawa do godności i do intymnej atmosfery podczas badań, poronienia i porodu,
- rozważenie możliwości urządzenia specjalnego pokoju pożegnań, w którym rodzice mogliby w intymnej i rodzinnej atmosferze pożegnać zmarłe dziecko,
- określenie jednoznacznych procedur w zakresie sposobu zabezpieczania tkanek dziecka po poronieniu celem umożliwienia badań genetycznych ustalających płeć,
- zapewnienie godnego pochówku dzieciom pozostawionym przez rodziców w szpitalu.

Od kadry kierowniczej zależy koncepcja i wdrożenie rozwiązań strategicznych, taktycznych oraz operacyjnych. Warunkują one prawidłowe funkcjonowanie szpitala, nie pozbawiając szacunku i godności osób leczonych i leczących w organizacji.

WSKAZÓWKI DLA PERSONELU MEDYCZNEGO

Trudne sytuacje w położnictwie stanowią obciążenie psychiczne dla lekarza, położnej, pielęgniarki. Personel medyczny może w takich sytuacjach doświadczyć poczucia porażki. Niepowodzenia położnicze nierzadko wzbudzają w zespole leczącym przekonanie, że narodziny dziecka chorego lub jego śmierć podważają zaufanie rodziców do wiedzy i kompetencji pracowników szpitala. Wyrażenie względem rodziców szczerego smutku i żalu nie podważa

autorytetu specjalisty. Wręcz przeciwnie – okazanie empatii wspomoże rodziców w akceptacji straty[3].

Jakość opieki szpitalnej i postawa personelu medycznego mają wysoki i bezpośredni wpływ na przebieg procesu żałoby rodziców w niepowodzeniu prokreacyjnym, siłę reakcji psychologicznych rodziców na utratę dziecka, liczbę ujawnianych symptomów zespołu stresu pourazowego (PTSD)[4] i głębokość doświadczanego przez nich żalu[5]. Właściwą, konkretną i przydatną pomocą powinni jednak służyć również inni ludzie, zwłaszcza zaangażowani w tą sytuację z racji pełnionego zawodu: psycholog, ksiądz, urzędnicy, osoby zajmujące się sprawami pogrzebu, rodzina, przyjaciele, znajomi.

Negatywne przeżycia związane z pobytem w szpitalu wpływają na stosunek kobiet do przyszłego macierzyństwa jak i obecnie posiadanych dzieci. Takie doświadczenie powoduje także wzrost lęków i napięcia emocjonalnego w trakcie następnych ciąż, co stanowi poważny czynnik ryzyka[6]. Troskliwa obecność lekarza, pielęgniarki, położnej i psychologa stanowi dla rodziców niezastąpione wsparcie.

Informacje ogólne

Procedurą powinny być objęte pacjentki, u których:

- doszło do poronienia,
- doszło do wewnątrzmacicznego obumarcia płodu,
- istnieje duże prawdopodobieństwo, że dziecko nie będzie zdolne do życia,
- zgodnie z obecną wiedzą medyczną jest wysoce prawdopodobne, że nie uda się uratować życia dziecka,
- prowadzi się diagnostykę lub potwierdzono obecność wad u dziecka w badaniu genetycznym, ultrasonograficznym lub wady uwidoczniły się w przebiegu zdarzenia,
- do straty dziecka doszło przed lub w trakcie hospitalizacji.

---

[3] J. Maślik-Jędrzejak, A. Otffinowska, *Przykłady dobrych praktyk. Jak przestrzegać praw pacjenta? Wskazówki dla personelu oddziałów ginekologicznych, patologii ciąży i położniczych,* red. U. Kubicka-Kraszyńska, Fundacja Rodzić po Ludzku, Warszawa 2010, s. 36.

[4] Zespół stresu pourazowego (PTSD) stwierdza się u osób, które przeżyły traumatyczne wydarzenie. Doświadczenie to powoduje powracające, natrętne i wywołujące cierpienie wspominanie tego zdarzenia, obejmujące obrazy i odczucia.

[5] P. Guzdek, *Rozpoznaj swoje dziecko we mnie... Rzecz o poronieniu samoistnym dziecka i jego pogrzebie,* Wydawnictwo «scriptum», Kraków 2017, s. 280.

[6] M. Bronka, artykuł na potrzeby konferencji: *„Dobre praktyki w sytuacji przegranych narodzin"*, która odbyła się w Bydgoszczy 25.10.2008 r.

Opieka personelu medycznego względem dziecka

Osobą bezpośrednio odpowiedzialną za zapewnienie optymalnej opieki medycznej noworodkowi urodzonemu na granicy przeżycia jest lekarz. W celu przyjęcia właściwej procedury postępowania istotna jest współpraca całego zespołu, ze szczególnym uwzględnieniem wymiany informacji i zasad przeprowadzania konsultacji[7]. To głównie od lekarza, położnej i pielęgniarki zależy, w jaki sposób rodzice i dziecko spędzą być może ostatnie wspólne chwile.

Opiekując się dzieckiem w stanie terminalnym lub w przypadku martwego urodzenia pamiętaj w szczególności o:

- indywidualnym, podmiotowym i godnym traktowaniu ciała dziecka (bez względu na czas zakończenia ciąży),
- zapewnieniu opieki medycznej na najwyższym poziomie oraz poczucia bezpieczeństwa,
- zapewnieniu dziecku możliwie najbliższego kontaktu z rodzicami – zachęcanie rodziców do jak największego zaangażowania się w opiekę nad dzieckiem, stopniowe przekazywanie umiejętności potrzebnych rodzicom w czynnościach pielęgnacyjnych,
- ubieraniu dziecka w rzeczy wybrane przez rodziców, owinięciu w kocyk/rożek,
- traktowaniu dziecka z czułością i troską, nazywaniu go po imieniu,
- podaniu leków przeciwbólowych, podaniu tlenu, za zgodą rodziców – podłączeniu sprzętu monitorującego,
- umożliwieniu ochrzczenia żywego dziecka,
- umożliwieniu dziecku dalszej opieki w hospicjum dla dzieci, jeśli będzie tego wymagało,
- zminimalizowaniu procedur mających znamiona uporczywej terapii,
- umieszczeniu dziecka w oddzielnej sali razem z rodzicami. Przy dziecku może znajdować się przytulanka, zabawka czy pieluszka,
- zapewnieniu dziecku warunków godnego umierania, zgodnych ze standardami opieki paliatywnej: w cieple, bez głodu, bez bólu, w pomieszczeniu z przyciemnionym światłem, w obecności rodziców i pod wszechstronną opieką specjalistów,
- oddaniu martwo urodzonego dziecka rodzicom zaraz po urodzeniu, jeśli taka jest ich wola,
- umożliwieniu rodzicom pożegnania dziecka.

Opieka okołoporodowa nad dzieckiem urodzonym na granicy możliwości przeżycia jest wielodyscyplinarna i wymaga bliskiej współpracy między położnikami, neonatologami, położnymi, pielęgniarkami, a także innymi członkami zespołów medycznych. Biorąc pod uwagę

[7] M. Rutkowska (red.), *Rekomendacje dotyczące postępowania z matką oraz noworodkiem urodzonym na granicy możliwości przeżycia z uwzględnieniem aspektów etycznych*, [w:] *Perinatologia, Neonatologia i Ginekologia*, tom 5, zeszyt 1, Warszawa 2012, s. 6.

fakt, że w praktyce decyzje często muszą być podejmowane bardzo szybko, konieczne jest wcześniejsze ustalenie zasad postępowania w podobnych sytuacjach. Pomocą w tym względzie mogą służyć szpitalne komisje etyczne[8].

Opieka personelu medycznego względem rodziców

Wsparcie zespołu medycznego na oddziale szpitalnym, również ze względu na autorytet środowiska medycznego, często wywiera większy, pozytywny wpływ na psychofizycznoduchową kondycję rodziców w niepowodzeniu położniczym, od pomocy otrzymanej ze strony najbliższej rodziny. Profesjonalizm personelu medycznego i postawa pełna otwartości, życzliwości i empatii zapewni im niezbędny poziom poczucia bezpieczeństwa. Opieka nad rodzicami, którzy znaleźli się w sytuacji niepowodzenia położniczego, powinna mieć charakter holistyczny. Nie należy zaniedbać żadnego z koniecznych komponentów wsparcia: profesjonalnej opieki medycznej, fachowej pomocy psychologicznej oraz kompetentnej pomocy duchowej (w tym religijnej), z uwzględnieniem możliwości i specyfiki pracy oddziału szpitalnego[9].

Członkowie personelu medycznego powinni wzajemnie przekazywać sobie informacje o przebywaniu na oddziale pacjentki z niepowodzeniem położniczym celem uwrażliwienia na jej sytuację pracowników zmieniających się pomiędzy kolejnymi dyżurami.

Opiekując się rodzicami w niepowodzeniu położniczym, pamiętaj w szczególności o:

- indywidualnym i podmiotowym traktowaniu rodziców. Jeżeli Twój światopogląd jest odmienny od systemu wartości rodziców, nie okazuj dezaprobaty, nie lekceważ przekonań i religijności rodziców, nie oceniaj stanu cywilnego matek lub ich skomplikowanych sytuacji życiowych,
- nieumieszczaniu pacjentek po stracie dziecka lub z zagrożoną ciążą w salach razem z matkami, które szczęśliwie urodziły lub oczekują porodu,
- odpowiednim doborze słów podczas przekazywania diagnozy, która jest dużym wstrząsem,
- informowaniu rodziców o przysługujących im prawach socjalnych po śmierci dziecka w niepowodzeniu położniczym, o możliwości wyprawienia pogrzebu – nie wykorzystuj ich niewiedzy, nie zniechęcaj, pomóż w dopełnieniu wszelkich formalności: zabezpieczeniu tkanek do badań genetycznych, wystawieniu karty martwego urodzenia i karty zgonu, rejestracji zmarłego dziecka w USC,

[8] *Ibidem.*
[9] http://www.pro-life.pl, z 17.10.2017 r.

- nawiązaniu dobrego kontaktu w szczególności poprzez: przedstawienie się i wyjaśnienie swojej roli w opiece nad pacjentką, prezentowanie spokojnej, wzbudzającej zaufanie postawy, szacunek dla prywatności i poczucia intymności pacjentki oraz każdorazowe uzyskiwanie zgody na wykonywanie wszelkich zabiegów i badań,
- empatii – wyrażonej tonem głosu, kontaktem wzrokowym, dotykiem, uściskiem dłoni, nieużywaniem w nadmiarze nazewnictwa medycznego, które może nie tylko przerażać ale i ranić,
- zaproponowaniu rodzicom możliwości skorzystania z pomocy psychologicznej podczas całego pobytu w szpitalu i na każdym etapie doświadczenia niepowodzenia położniczego,
- zaproponowaniu opieki duchowej, kontaktu z kapelanem szpitalnym lub innym duchownym wyznania rodziców,
- umożliwieniu kontaktu z osobami z hospicjum perinatalnego oraz ich towarzyszenie podczas pobytu w szpitalu,
- przekazaniu informacji o możliwościach uzyskania pomocy psychologicznej, dalszych form leczenia i opieki medycznej poza szpitalem oraz wszelkich kontaktów do instytucji i organizacji mogących stanowić dla nich wsparcie (psycholog, psychoterapeuta, hospicjum perinatalne, hospicjum dla dzieci, domowe hospicjum dla dzieci),
- zapewnieniu opieki medycznej na najwyższym poziomie oraz poczucia bezpieczeństwa – powtórzenie badań diagnostycznych, przeprowadzenie dodatkowych konsultacji na życzenie rodziców, przygotowanie i omówienie wraz z rodzicami planu porodu, znieczulenie podczas porodu/wyłyżeczkowania, ograniczone podłączenie sprzętu monitorującego podczas porodu,
- zapewnieniu intymnych warunków podczas całej hospitalizacji (osobna sala porodowa, sala pożegnań),
- ograniczeniu podczas obchodu personelu do minimum oraz wyłączeniu z wizyt/obchodu personelu uczącego się, chronieniu przed nadmiernym kontaktem z innymi ciężarnymi, kobietami, które szczęśliwie urodziły i noworodkami,
- umożliwieniu ojcu dziecka towarzyszenia pacjentce i umierającemu dziecku bez ograniczeń podczas całego pobyt w szpitalu. Ojciec jest pełnoprawnym uczestnikiem procesu porodu i pożegnania z dzieckiem. Podobnie jak matka potrzebuje wsparcia i pełnej informacji o stanie zdrowia dziecka i matki, poszanowania jego prawa do udziału w podejmowaniu koniecznych decyzji,
- przekazywaniu w sposób prosty i zrozumiały wyczerpujących informacji o stanie zdrowia dziecka i matki, podjętym leczeniu, sposobie wykonania zleconych procedur medycznych,

otrzymanych wynikach badań, rokowaniach. Ze względu na stan psychiczny rodziców i towarzyszące emocje, informacje należy wielokrotnie powtarzać,

- informowaniu o śmierci dziecka w osobnym pomieszczeniu, bez udziału osób postronnych, na siedząco, w atmosferze zaufania, szacunku i przyzwolenia na wyrażanie przez rodziców swych uczuć i poglądów. Wskazane jest, aby rozmowa została przeprowadzona przez dwóch lekarzy (w tym przynajmniej jeden starszy rangą, o dużym doświadczeniu zawodowym),
- ograniczeniu spraw biurowych do niezbędnego minimum,
- zapewnieniu rodzicom czasu i warunków do spokojnego przemyślenia decyzji o wyprawieniu bądź rezygnacji z pogrzebu dziecka, pozostawieniu im możliwości zmiany decyzji,
- przekazaniu rodzicom pełnej informacji o możliwości odebrania zwłok lub szczątek dziecka oraz wyprawienia pochówku, zarówno gdy płeć jest znana bądź została ustalona w badaniu genetycznym, jak również gdy płeć dziecka pozostaje nieustalona i rodzice z różnych powodów odstępują od przeprowadzenia takiego badania. Nieustalenie płci dziecka nie uniemożliwia pochowania go!
- w przypadku ciąży bliźniaczej gdy jedno dziecko żyje a drugie zmarło, zapewnieniu rodzicom możliwości opiekowania się zarówno żyjącym dzieckiem jak i pożegnania ze zmarłym.

Rodzice uzyskujący informację, że ich dziecko urodzi się chore lub martwe, powinni otrzymać od personelu czas, by oswoić się z usłyszaną diagnozą przed przystąpieniem do kolejnych procedur medycznych. Zasadne jest pozostawienie ich na osobności, by w atmosferze intymności mogli opanować emocje. O wyrażeniu przez nich gotowości do dalszej współpracy z personelem można kontynuować rozmowę, podczas której lekarz omówi szczegóły dotyczące stanu zdrowia dziecka i matki. Matce i ojcu dziecka powinno się zaoferować skorzystanie z pomocy psychologa i kapelana szpitalnego. Psycholog oprócz interwencji kryzysowej powinien wyposażyć pacjentkę w adresy grup wsparcia działających najbliżej jej miejsca zamieszkania[10].

Ważne jest nie tylko to, co się mówi, ale jak się mówi. Jeśli w głosie lekarza można wyczuć szacunek, współczucie, to wtedy nawet użycie medycznych sformułowań nie będzie przeszkadzało rodzicom. Raniące są komentarze: „nic się nie stało", „jest Pani młoda, będzie Pani miała jeszcze dziecko". Gotowość do wysłuchania pacjentki jest czymś najcenniejszym, co

[10] P. Guzdek, *op. cit.*, s. 294.

można dać w tej sytuacji. Dobrze jest gdy personel medyczny zachowuje spokój. Jest on dla rodziców wspierający i podtrzymujący.

Matka i ojciec dziecka powinni mieć możliwość skorzystania ze świadczeń poradni zdrowia psychicznego. Skierowanie do psychologa można wystawić przy wypisie z rozpoznaniem F43.2 zaburzenia adaptacyjne lub F32 epizod depresyjny.

Stałe towarzyszenie przeżywającym żałobę, rozpoznawanie i ciągła weryfikacja potrzeb rodziców, pozwalają zapewnić im adekwatne formy i sposoby pomocy, które będą oczekiwanym wsparciem. Konieczna jest także ich gotowość do przyjęcia pomocy oferowanej ze strony otoczenia[11].

Warunki pożegnania

Fakt i przebieg pożegnalnego spotkania ma nieocenione znaczenie terapeutyczne dla osieroconych rodziców i całej rodziny. Rodzicom należy zapewnić możliwość pożegnania się z dzieckiem zgodnie z własnym sumieniem. Pożegnanie powinno przebiegać w atmosferze intymności, troski i zrozumienia oraz trwać taką ilość czasu, którą rodzice uznają za wystarczającą. Najlepszym miejscem spotkania rodziców ze zmarłym dzieckiem w szpitalu jest pokój pożegnań. Jeżeli na oddziale nie ma takiego pomieszczenia, powinno się do tego przeznaczyć pojedynczą salę lub też w wyjątkowych sytuacjach – wydzieloną część pokoju osłoniętą parawanem. Rodzicom należy oszczędzić spojrzeń postronnych osób komentujących ich reakcje emocjonalne. Należy również umożliwić obecność osób bliskich. Gdy rodzice wyrażą taką wolę, w spotkaniu mogą uczestniczyć wraz z położną również kapelan, psycholog czy wolontariusz z hospicjum, a także pozostali członkowie rodziny, w tym rodzeństwo zmarłego dziecka. Z pewnością pomoże to przezwyciężyć lęki i obawy, które mogą towarzyszyć pożegnalnemu spotkaniu. Rodzice mogą również prosić o pozostawienie ich wraz z dzieckiem na osobności[12]. Sposób okazania najbliższym ciała dziecka jest istotny dla ich percepcji pożegnalnego spotkania i ma decydujący wpływ na prawidłowo rozłożony w czasie powrót osieroconych do równowagi psychicznej[13].

Pewne wady anatomiczne i zniekształcenia sylwetki dziecka można subtelnie zakryć. Dziecko powinno być odpowiednio przygotowane – ciało należy obmyć i złożyć w pieluszce, kocyku/rożku, serwecie chirurgicznej lub ubrać w ubranka przyniesione przez rodziców, jeśli to

[11] *Ibidem*, s. 320-321.
[12] http://www.pro-life.pl, z 24.11.2017 r.
[13] P. Guzdek, *op. cit.*, s. 298.

możliwe[14]. Pacjentka i jej bliscy mają prawo rozwinąć i obejrzeć dziecko. Przy wczesnych poronieniach, gdy trudno oddzielić zwłoki lub szczątki dziecka od pozostałych tkanek, można zawinąć je w czystą chustę, umieścić w niewielkim pojemniku i przekazać rodzicom. Dla kobiety nie ma znaczenia, czy żegna dziecko na dłoni czy w ramionach[15].

Warto zasugerować rodzicom zgromadzenie pamiątek po dziecku, np. dokumentacji ultrasonograficznej, identyfikatora, kosmka włosów, odcisku dłoni, stópki, pamiątkowego zdjęcia zrobionego przez zaprzyjaźnionego fotografa przy zachowaniu przyjętych kanonów estetyki. Inspiracje personelu medycznego mogą okazać się bardzo pomocne, a osobista wrażliwość rodziców podpowie im właściwe środki wyrazu. Należy uszanować wolę tych rodziców, którzy nie zdecydują się na zgromadzenie pamiątek.

Odpowiednie miejsce, czas i atmosfera pożegnania sprzyjają zadumie, wyciszeniu, całkowitym skoncentrowaniu się rodziców na dziecku i sobie, rodzinnym przeżywaniu tego wyjątkowego spotkania. Istotne jest stworzenie klimatu intymności i ciepła rodzinnego poprzez używanie przez położną terminologii potwierdzającej tożsamość rodzicielską matki i ojca oraz godność osobową dziecka.

Każda osoba wyczuwa granice własnej wytrzymałości psychicznej. Ze względu na duże natężenie trudnych emocji i uczuć u osób biorących udział w niepowodzeniu położniczym oraz lęk przed fizjonomią dziecka utraconego na wczesnych etapach przebiegu ciąży, nie powinno się negatywnie oceniać rodziców, którzy odstąpili od bezpośredniego kontaktu z ciałem zmarłego[16].

Pożegnanie dziecka to niezwykle ważny moment w procesie godzenia się ze stratą. Jego brak sprawia, że emocje zostają „zawieszone", co w efekcie wydłuża i komplikuje przebieg żałoby. Podobnie oczyszczającą rolę spełnia pogrzeb. Jeśli brak pożegnania nastąpił bez świadomej zgody rodziców, proces zdrowienia może przybrać patologiczne formy utrudniając pogodzenie się ze śmiercią dziecka i powrót do normalnego życia[17].

Płeć dziecka i pogrzeb

Rodzice mogą podjąć starania o pochowanie zwłok lub szczątek dziecka, zarówno gdy jego płeć jest znana, jak również gdy zrezygnowali z jej ustalenia w badaniu genetycznym Powinni otrzymać informacje o możliwości wykonania badania genetycznego stwierdzającego płeć. Koszty jego przeprowadzenia będą jednak musieli pokryć z własnych środków. Nie jest ono

[14] Istnieją grupy, które zajmują się tworzeniem ubranek, czapek, kocyków i becików dla maluszków z wadami letalnymi, hiperwcześniaków. Kontakty można znaleźć w Internecie.
[15] M. Bronka, artykuł na potrzeby konferencji: *„Dobre praktyki w sytuacji przegranych narodzin"*, która odbyła się w Bydgoszczy 25.10.2008 r.
[16] P. Guzdek, *op. cit.*, s. 298-299.
[17] www.poronienie.pl, z 24.11.2017 r.

bowiem refundowane i do jego zlecenia nie wymaga się skierowania od lekarza specjalisty. W województwie kujawsko-pomorskim działają placówki specjalizujące się w badaniach genetycznych stwierdzających płeć dziecka. O wyborze danego laboratorium genetycznego decydują rodzice. Personel oddziału położniczego powinien służyć pomocą w zabezpieczeniu tkanek przed ich przekazaniem do laboratorium. Czas oczekiwania na wyniki nie przekracza dwóch tygodni. Sprawą fundamentalną jest udzielenie rodzicom przez lekarza lub położną informacji o rodzajach dokumentacji, którą należy zgromadzić, by mogli skorzystać z pomocy socjalnej i zorganizować pogrzeb. Personel medyczny z należytą starannością powinien sporządzić dokumentację, do której wypełniania jest uprawniony. Rodzice mają prawo uzyskać do pochówku zwłoki lub szczątki dziecka ze szpitala po przedstawieniu karty zgonu.

Informacja o płci dziecka umożliwia szpitalowi wypełnienie karty martwego urodzenia. Na podstawie tej karty Urząd Stanu Cywilnego sporządza akt urodzenia z adnotacją, że dziecko urodziło się martwe. Akt urodzenia jest niezbędny do otrzymania pełnej pomocy socjalnej: zasiłku pogrzebowego, zasiłku macierzyńskiego oraz urlopu macierzyńskiego w wymiarze 8 tygodni.

W sytuacji gdy płeć dziecka pozostaje nieznana, rodzice muszą na oddziale złożyć wniosek o sporządzenie karty zgonu dla celów pochówku, którą szpital uzupełnia jedynie w części przeznaczonej dla administracji cmentarza. Karta zgonu uprawnia do pochowania zwłok na cmentarzu. Nie należy jej mylić z aktem zgonu. Bez znajomości płci nie jest możliwe sporządzenie aktu urodzenia dziecka. Z tego powodu rodzice nie uzyskają żadnej pomocy socjalnej, a koszty pochówku będą musieli ponieść we własnym zakresie.

Jeśli śmierć dziecka nastąpiła po porodzie (urodzenie żywe), w Urzędzie Stanu Cywilnego wystawiany jest akt urodzenia i akt zgonu na podstawie wydanych przez szpital karty urodzenia i karty zgonu.

Rodzice mogą zwrócić się o pomoc do kapelana szpitalnego lub innego duchownego ich wyznania. Pozwoli im to uzyskać kompetentną informację o możliwości sprawienia religijnego pogrzebu dla ich dziecka.

Trzeba pamiętać, że w żałobie i pożegnaniu z dzieckiem nie ma nic dziwnego. Każdy tutaj szuka własnej drogi i tego, co mu pomaga. Ważne, żeby umieć towarzyszyć rodzicom bez ich oceniania.

Wszelkie standardy postępowania przy doświadczeniu niepowodzenia położniczego znajdą przełożenie w praktyce szpitalnej jedynie przy pełnej ich akceptacji ze strony personelu medycznego oraz przychylnym zastosowaniu na oddziałach położniczo-ginekologicznych.

WSKAZÓWKI DLA RODZICÓW

Ciąża i narodziny są niezwykłą podróżą. Ten wyjątkowy w życiu czas pełen jest planów i radosnego oczekiwania. Niektórzy rodzice muszą się jednak zmierzyć z jednym z najtrudniejszych doświadczeń rodzicielstwa – śmiercią dziecka w niepowodzeniu położniczym. Towarzyszące jej zagubienie, smutek, lęk i niepewność niejednokrotnie przerastają siły psychiczne i duchowe rodziny. Miejsce spodziewanej radości zajmuje rozpacz. Poczucie straty nie zależy od długości trwania ciąży ani od tego, czy dziecko żyło kilka tygodni czy miesięcy, zmarło w łonie matki czy tuż po swoich narodzinach. W tym przygnębiającym doświadczeniu trudno jest rodzinie rozpoznać, co może jej pomóc w procesie zdrowienia[18]. Wsparcie lekarza, pielęgniarki, położonej, psychologa, księdza, wolontariuszy z hospicjum, rodziny i przyjaciół, pozwoli osieroconym prawidłowo rozpocząć i konstruktywnie przeżyć proces żałoby oraz pozytywnie go zakończyć. Żałoba, która nie została właściwie przeżyta, może się nigdy nie skończyć. Brak zgody na niektóre emocje i tłumienie ich skutkuje często powrotami stanu żałoby, nawet po wielu latach. Pozwolenie sobie na przeżycie smutku i negatywnych uczuć związanych ze śmiercią dziecka, jest koniecznym warunkiem pogodzenia się ze stratą i rozpoczęcia nowego etapu w życiu rodzinnym.

Prawa i przywileje rodziców

W obecnie przeżywanej sytuacji niepowodzenia położniczego, rodzice dziecka mogą doświadczać dezorientacji, zagubienia, braku informacji oraz być może zwykłej, ludzkiej życzliwości. Celem wyszczególnienia tego podrozdziału jest wzmocnienie pozycji chorej, cierpiącej, lękającej się o swoją przyszłość pacjentki oraz jej bliskich. Aby łatwiej im było dbać o siebie i zabiegać o swoje sprawy powinni być świadomi swoich praw, uprawnień i przywilejów[19]. Poniższe działania powinny być dobrymi praktykami panującymi w codziennych sytuacjach na oddziale położniczo-ginekologicznym.

[18] *Ibidem.*

[19] Prawa i obowiązki pacjenta wyrażone w różnych regulaminach wewnątrzszpitalnych nie mogą być sprzeczne z ustawą z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U. z 2017 r. poz. 1318, ze zm.).

W sytuacji niepowodzenia położniczego pacjentka ma prawo do[20]:

- poszanowania intymności i godności osobistej w czasie udzielania świadczeń zdrowotnych,
- indywidualnego traktowania i ochrony tajemnicy lekarskiej,
- bycia informowaną o każdym zabiegu, podaniu leku i innych czynnościach podczas pobytu w szpitalu, a także swobodnego i świadomego wyrażenia zgody na każdą interwencję medyczną. Najlepszą praktyką komunikacji z pacjentką jest przekazywanie wszelkich informacji przez lekarza prowadzącego leczenie,
- dostępu do wiarygodnych informacji o stanie zdrowia matki i dziecka, nawet gdy są one złe, przekazywanych językiem zrozumiałym dla osób nieposiadających wykształcenia medycznego,
- opieki sprawowanej przez osobę bliską i kontaktu z członkami rodziny,
- opieki nad swoim dzieckiem, wykonywania wszelkich zabiegów pielęgnacyjnych,
- pomocy psychologa, opieki duszpasterskiej kapelana szpitalnego lub innego duchownego wyznania rodziców,
- informacji o grupach wsparcia, które skupiają osoby o podobnych doświadczeniach (działają najczęściej przy hospicjach perinatalnych, hospicjach dla dzieci),
- informacji o możliwości umieszczenia dziecka w hospicjum dla dzieci, jeśli będzie tego wymagało,
- ochrzczenia żywego dziecka,
- godnego pożegnania dziecka, zebrania pamiątek po nim, np.: dokumentacji ultrasonograficznej, identyfikatora, kosmka włosów, odcisku dłoni/stópki,
- sprawienia pogrzebu zwłok lub szczątek dziecka,
- informacji ze strony personelu medycznego na temat dopełnienia wszelkich formalności związanych z pochowaniem dziecka bez względu na czas zakończenia ciąży,
- informacji ze strony personelu medycznego na temat badań genetycznych ustalających płeć oraz uzyskania świadczeń socjalnych,
- wglądu w dokumentację; kopia dokumentacji medycznej jest udostępniana na każdy wniosek pacjenta, bez potrzeby jego uzasadniania,
- wyrażania swoich emocji, nie tłumienia własnych uczuć, pozwolenia sobie na przeżywanie żałoby.

[20] J. Maślik-Jędrzejak, A. Otffinowska, *op. cit.*, s. 5-24.

Rodzice nie powinni obawiać się okazywać swoich uczuć i emocji. Uczucie pustki, żal, złość, poczucie niesprawiedliwości i doznanej krzywdy są naturalną reakcją. Śmierć dziecka jest jednym z najtrudniejszych doświadczeń rodzica, z jakimi będziecie musieli nauczyć się żyć. Nie można o tym zapomnieć, zająć się pracą lub zastąpić zmarłe dziecko innym. To po prostu trzeba przeżyć. Nikt nie jest w stanie odpowiedzieć na pytanie „dlaczego to mnie spotkało?" lub „czy można było temu zapobiec?". Być może z czasem rodzice odnajdą sens tych trudnych doświadczeń.

Pacjentka i jej rodzina mają prawo skorzystać ze świadczeń poradni zdrowia psychicznego. Żałoba zwykle trwa od 6 do 12 miesięcy. Jeżeli po kilku miesiącach żałoby nadal będzie występował obniżony nastrój, brak apetytu i zaburzenia snu – mogą być to objawy depresji. Nie należy bagatelizować tych objawów, lecz skorzystać z fachowej pomocy psychologa lub psychiatry. Do uzyskania konsultacji psychologicznej potrzebne jest skierowanie, w przypadku konsultacji psychiatrycznej – nie. Wykaz placówek, które mają podpisane umowy z NFZ jest dostępny na stronie Kujawsko-Pomorskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ (www.nfz-bydgoszcz.pl).

Na każdym etapie hospitalizacji rodzice powinni odważnie pytać personel medyczny o przysługujące im prawa w związku ze stratą dziecka.

Pożądane zachowania osób towarzyszących

Jeśli towarzyszysz osobom, które doświadczyły niepowodzenia położniczego:

- pozwól im na wyrażanie uczuć, słuchaj i nie osądzaj,
- jeśli nie masz nic do powiedzenia – pomilcz. Nie twórz iluzji, że znasz odpowiedzi na wszystkie pytania,
- motywuj do zdrowej reorganizacji życia i wspieraj w tym,
- pomóż w znalezieniu fachowej pomocy psychologicznej i duszpasterskiej, jeżeli widzisz, że taka jest konieczna,
- rozpraszaj wątpliwości i zapewniaj, że dana osoba uczyniła wszystko co powinna była zrobić dla dziecka, a jej wysiłek był znaczący i ważny,
- bądź pomocy w czynnościach dnia codziennego ale nie wyręczaj całkowicie,
- nie uciekaj wzrokiem, kiedy rodzic po stracie do ciebie mówi,
- nie udzielaj rad, nie zacieraj śladów istnienia dziecka, nie udawaj, że nie istniało,
- nie powtarzaj banalnych pocieszeń: „wiem, co czujesz", „czas zagoi rany", „jutro będzie lepiej", „wszystko się ułoży", ani sformułowań, które mogą ranić, a nie pomagać:

„widocznie tak miało być", „nie jesteście jedyni, których to spotkało", „przynajmniej masz drugie dziecko", „nie myśl o tym", „życie toczy się dalej",

- nie potęguj poczucia winy roniącej poprzez mówienie: „na pewno coś dźwignęłaś", „na pewno źle się odżywiałaś",
- nie unikaj rodziców po stracie – oni potrzebują twojej obecności,
- szanuj decyzje rodziców, nie krytykuj podjętych przez nich decyzji.

Rodzice nie oczekują od rozmówcy rad jak mają dalej żyć. Pragną poczucia życzliwości, współczucia i wysłuchania. Sytuacja, w której się znajdują, nie może spotkać się ze społeczną obojętnością i ignorancją. Chęć udzielenia pomocy jest reakcją właściwą. Nieodzowne jest jednak by była ona rzeczywista, a nie pozorna i prowadziła do łagodzenia, a nie zaostrzania napięć i przeżywanych problemów[21].

Informacje istotne dla rodziców

Informacje, które mogą okazać się dla Was istotne:

- jeśli sprawujecie opiekę nad swoim chorym dzieckiem w szpitalu, zapoznajcie się z personelem i z topografią oddziału,
- rozmawiajcie o swoich uczuciach i emocjach w kontekście straty dziecka. Każde z Was inaczej doświadcza straty, ale to nie oznacza, że któreś z Was przeżywa tą żałobę mniej znacząco,
- badanie genetyczne ustalające płeć dziecka oraz badanie genetyczne przyczyn poronienia to dwa różne badania. Do uposażenia socjalnego konieczna jest znajomość płci dziecka. Dlatego badaniem, które jest tu niezbędne do wykonania, to badanie genetyczne płci dziecka. To drugie, stwierdzające przyczyny poronienia, nie jest obowiązkowe!
- w każdym przypadku śmierci dziecka w niepowodzeniu położniczym wykonywane są badania histopatologiczne. Nie określają one jednak przyczyn genetycznych poronienia,
- w sytuacji kiedy doświadczysz śmierci dziecka, nie powinnaś pozostać sama. Obecność członków rodziny, a zwłaszcza ojca dziecka, będzie dla ciebie korzystna. Pamiętaj, że On cierpi w równym stopniu jak Ty i powinien uczestniczyć we wszystkim, co dotyczy śmierci dziecka. Pozwól bliskim zadbać o Twoje potrzeby. Sen i posiłek jest niezbędny do funkcjonowania organizmu w trakcie trwania stresu,
- jeśli Waszą wolą jest zarejestrowanie dziecka w USC i pochowanie dziecka, warto przy każdej zmianie dyżurów zgłosić personelowi szpitala ten zamiar,

[21] U. Dudziak, *Sytuacja rodziców doświadczających śmierci dziecka przed urodzeniem,* w: *Od bólu po stracie do nadziei życia. Pogrzeb dziecka poronionego,* red. J. Dziedzic, P. Guzdek, Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Papieskiego Jana Pawła II 2013, s. 191.

- pochować można również dziecko, którego płeć pozostaje nieznana, bez rejestracji jego martwego urodzenia w USC. Wystarczy sporządzana w szpitalu karta zgonu.
- podczas poronienia każdy materiał może być istotny. Poproś personel o jego zabezpieczenie do badań genetycznych, w przypadku badania bezpośredniego z kosmówki – w jałowej soli fizjologicznej i przechowywanie w lodówce (krótkotrwałe do 3 dni – wynikające z dni wolnych, gdy pracownie genetyczne są nieczynne). Sól fizjologiczna nie tylko nie udaremnia możliwości identyfikacji tkanek, ale zabezpiecza przed ich rozkładem,
- przy każdej wizycie w toalecie poproś personel o basenik, by zabezpieczyć materiał do badania,
- badanie genetyczne płci dziecka można określić na podstawie bloczka parafinowego po badaniach histopatologicznych. Jest możliwość wypożyczenia go ze szpitala. Co ważne, badanie można przeprowadzić nawet kilka lat po poronieniu!
- nie ukrywaj informacji o śmierci dziecka w niepowodzeniu położniczym przed jego rodzeństwem. Ono także potrzebuje pozytywnie przeżyć czas żałoby, czego istotnym warunkiem jest pożegnanie się ze zmarłą osobą,
- na cmentarzach w wielu miastach (z inicjatywy parafii/diecezji, władz samorządowych i rodziców), powstają miejsca zbiorowego pochówku dzieci martwo urodzonych. W przygotowanych grobowcach zostają złożone szczątki zmarłych dzieci, których rodzice nie odebrali ze szpitala,
- jeśli planujesz kolejną ciążę, skorzystaj z konsultacji lekarskiej u ginekologa. Zwróć uwagę nie tylko na stan swojego zdrowia fizycznego, ale także na swoje siły psychiczne.

Regulacje prawne

- **Prawa pacjenta** – Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U. z 2017 r. poz. 1318, ze zm.),
- **Urlop macierzyński** – Ustawa z dnia 26 czerwca 1974 r. kodeks pracy (Dz.U. z 2016 r., poz. 1666, ze zm.),
- **Świadczenia z tytułu zasiłku macierzyńskiego** – Ustawa z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (Dz.U. z 2017 r. poz. 1368),
- **Zasiłek pogrzebowy** – Ustawa z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (Dz.U. z 2017 r. poz. 1383, ze zm.),
- **Warunki pochówku** – Ustawa z dnia 31 stycznia 1959 r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych (Dz.U. z 2017 r. poz. 912),

- **Dokumentacja medyczna oraz wydanie dokumentów związanych z poronieniem i urodzeniem martwego dziecka** – Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz.U. poz. 2069),
- **Sekcja zwłok dziecka martwo urodzonego** – Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. z 2016 r. poz. 1638, ze zm.),
- **Obowiązek zgłoszenia przez lekarza lub położną urodzenia dziecka** (żywego lub martwego) – Ustawa z dnia 28 listopada 2014 r. prawo o aktach stanu cywilnego (Dz.U. z 2016 r. poz. 2064),
- **Wzory karty urodzenia i karty martwego dziecka** – Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 12 stycznia 2015 r. w sprawie wzorów karty urodzenia i karty martwego dziecka (Dz.U. poz. 171),
- **Wzór karty zgonu** – Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 11 lutego 2015 r. w sprawie wzoru karty zgonu (Dz.U. poz. 231),
- Nowy **wzór karty zgonu** – komunikat uzupełniający Ministerstwa Zdrowia z 27 lutego 2015 r., http://www.mz.gov.pl/aktualnosci/nowy-wzor-karty-zgonu-komunikat-uzupelniajacy/
- **Dokumenty niezbędne do otrzymania zasiłku macierzyńskiego** – Rozporządzenie Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 8 grudnia 2015 r. w sprawie zakresu informacji o okolicznościach mających wpływ na prawo do zasiłków z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa lub ich wysokość oraz dokumentów niezbędnych do przyznania i wypłaty zasiłków (Dz.U. z 2017 r. poz. 87),
- **Dokumenty niezbędne do otrzymania zasiłku pogrzebowego** – Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 11 października 2011 r. w sprawie postępowania o świadczenia emerytalno-rentowe (Dz.U. z 2011 r. Nr 237, poz. 1412).

Stan na dzień 13 listopada 2017 r.

ULOTKA DLA RODZICÓW

W załączeniu zaprezentowano „Ulotkę dla rodziców". Zawiera informacje o przysługujących rodzicom uprawnieniach, w tym możliwości pożegnania utraconego dziecka, organizacji jego pogrzebu, uzyskania pomocy socjalnej i możliwości wsparcia w wymiarze psychofizycznoduchowym. Personel medyczny powinien ją przekazać rodzicom na oddziale szpitalnym.

6. Kancelaria kościoła parafialnego lub rektoralnego cmentarza: • przedstawienie aktu urodzenia dziecka, • ustalenie daty i formy pogrzebu. **7.** Przygotowanie ciała dziecka do pogrzebu **8. Uroczystość pogrzebowa** **9.** Złożenie wniosków w **Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych** o wypłatę zasiłku pogrzebowego i macierzyńskiego (ZUS zasiłek pogrzebowy powinien wypłacić najpóźniej w terminie 30 dni) Do **zasiłku pogrzebowego** na miejscu należy wypełnić druk ZUS Z 12 oraz dołączyć dokumenty: • skrócony odpis Aktu Urodzenia dziecka, • dokumenty potwierdzające poniesienie kosztów pochówku, • dokumenty potwierdzające stosunek pokrewieństwa lub powinowactwa ze zmarłym dzieckiem, • zaświadczenie swojego płatnika składek o podleganiu ubezpieczeniu rentowemu, jeśli nie jest emerytem/rencistą (np. zaśw. pracodawcy ojca, iż został on zgłoszony do ubezpieczenia rentowego z tytułu wykonywania umowy o pracą, bądź umowy zlecenia). **10.** Złożenie wniosku o udzielenie urlopu macierzyńskiego w **zakładzie pracy matki** W tym celu należy przedstawić pracodawcy Akt Urodzenia z adnotacją o martwym urodzeniu, który jest wystarczającym udokumentowaniem prawa do tego urlopu	

Uroczystość pogrzebowa - według obrządku wyznaniowego lub świeckiego.
Jeśli potrzebujesz informacji o obrządku wyznaniowym zwróć się do kapelana szpitala.

Katolicki pogrzeb dziecka zmarłego bez chrztu, nie jest znaną przed soborem watykańskim II praktyką pokropku, lecz liturgią pogrzebową.

Źródło: http://www.pro-life.pl, z 14.06.2017 r., uzupełnienie z 24.06.2017 r., 28.11.2017 r.

Jeśli **śmierć dziecka nastąpiła po urodzeniu,** w Urzędzie Stanu Cywilnego wystawiany jest akt urodzenia i akt zgonu na podstawie wydanych przez szpital karty urodzenia i karty zgonu.

Dnia 15 października obchodzony jest Dzień Dziecka Utraconego. **Utrata dziecka niech nie oznacza utraty pamięci o Nim!** Warto pamiętać o tym Dniu: dla życia w harmonii z przeszłością, teraźniejszością, przyszłością i samym sobą.

„Czasami najmniejsze rzeczy zajmują najwięcej miejsca w Twoim sercu."

A.A. Milne

ULOTKA DLA RODZICÓW

Drodzy Rodzice!

Bez wątpienia śmierć dziecka w niepowodzeniu położniczym jest jednym z najtrudniejszych wydarzeń Waszego życia. Jako personel medyczny oddziału chcemy towarzyszyć Wam naszą wspierającą obecnością. Pragniemy, abyście mieli świadomość, że jesteśmy tu dla Was i uczynimy wszystko aby zapewnić Wam najlepszą opiekę.

Nie obawiajcie się prosić o pomoc! Pracujący na oddziale lekarze, położne, pielęgniarki, psycholog i kapelan pozostają do Waszej dyspozycji. Ich zadaniem jest wspomóc Was w jak najszybszym powrocie do zdrowia, przeżywaniu żałoby, zgromadzeniu dokumentów koniecznych do wyprawienia pogrzebu Waszego dziecka. Obecność i gotowość współpracy tak wielu osób zapewni Wam integralną pomoc: medyczną, psychologiczną, prawną oraz religijno-duchową. Takiego kompleksowego wsparcia możecie od naszego zespołu oczekiwać.

Na Waszą prośbę przekażą wszelkie informacje o możliwościach pomocy poza szpitalem. Będą to kontakty do instytucji i organizacji mogących stanowić dla Was cenne wsparcie (psycholog, psychoterapeuta, hospicjum perinatalne, hospicjum dla dzieci, domowe hospicjum dla dzieci).

Możecie również szukać informacji w Internecie wpisując w wyszukiwarkach hasła: „poronienie", „poroniłam", „perinatalne", „dzień dziecka utraconego". Znajdziecie tam m. in.: fora dyskusyjne, wzory pism oraz wiele informacji dotyczących straty na różnym etapie życia dziecka w wymiarze merytorycznym, psychologicznym i duchowym.

Na terenie województwa kujawsko-pomorskiego funkcjonuje **hospicjum perinatalne.** Adres: http://perinatalne.bydgoszcz.pl/

Jeśli chcielibyście się podzielić swoimi odczuciami czy też warunkami panującymi w szpitalu możecie skontaktować się z pełnomocnikiem szpitala ds. praw pacjenta.

Po wypisaniu ze szpitala możesz skorzystać ze świadczeń **poradni zdrowia psychicznego**. Do psychologa potrzebne jest skierowanie, do psychiatry – nie.

Na każdym etapie hospitalizacji pytaj personel medyczny jakie prawa przysługują Wam w związku ze stratą dziecka.

Pożegnanie ze zmarłym dzieckiem jest niezwykle istotne. Oddanie szacunku ciału zmarłego przez godziwe złożenie jego szczątek lub zwłok do rodzinnego grobu pomoże Wam w przeżyciu żałoby.

Bez względu na tydzień zakończenia ciąży dziecko można pochować. Są dwa warianty **organizacji pochówku.** Pierwszy dotyczy sytuacji, w której możliwe jest stwierdzenie płci dziecka bez konieczności przeprowadzenia specjalistycznych badań genetycznych. Drugi - gdy płeć dziecka trzeba stwierdzić na podstawie badania.

W województwie kujawsko-pomorskim znajdują się instytucje zajmujące się **badaniem genetycznym płci dziecka.** Informacji na temat tych podmiotów udzieli Wam personel medyczny lub kontakty znajdziecie w Internecie. Zabezpieczony materiał powinien jak najszybciej dotrzeć do placówki wykonującej badanie Wykonanie badania genetycznego materiału z poronienia nie jest refundowane przez NFZ i nie wymaga skierowania od lekarza. Koszt ponosi pacjentka. Czas oczekiwania na wyniki wynosi maksymalnie 2 tygodnie.

W tabeli przedstawiono etapy postępowania w sytuacji pogrzebu dziecka poronionego samoistnie i martwo urodzonego.

W dokumentacji koniecznej do wyprawienia pogrzebu i aktach stanu cywilnego poronienie samoistne traktowane jest jako martwe urodzenie	
Gdy płeć dziecka jest znana bądź ustalona w badaniu genetycznym: (badanie jest wykonywane w wyspecjalizowanych placówkach na wniosek i życzenie rodziców i przez nich finansowane)	**Gdy płeć dziecka pozostaje nieznana i rodzice rezygnują z jej ustalenia w badaniu genetycznym:**
Osoby uprawnione do organizacji pogrzebu:	**Osoby uprawnione do organizacji pogrzebu:**
• najbliższa rodzina: krewni wstępni, krewni poboczni, • każda osoba, która się do tego dobrowolnie zobowiąże.	• najbliższa rodzina: krewni wstępni, krewni poboczni, • każda osoba, która się do tego dobrowolnie zobowiąże.
Rejestracja martwego urodzenia:	**Rejestracja martwego urodzenia:**
w Urzędzie Stanu Cywilnego **jest obligatoryjna**	w Urzędzie Stanu Cywilnego **nie jest wymagana**
Uprawnienia socjalne rodziców:	**Uprawnienia socjalne rodziców:**
• zasiłek macierzyński, • urlop macierzyński (8 tygodni), • zasiłek pogrzebowy.	• rodzice nie otrzymują żadnej pomocy socjalnej, • koszty pogrzebu muszą ponieść we własnym zakresie.
Wymagane dokumenty:	**Wymagane dokumenty:**
• karta zgonu, • karta martwego urodzenia (do wystawienia tego dokumentu niezbędne jest ustalenie płci dziecka), • akt urodzenia dziecka z adnotacją o martwym urodzeniu. Kartę zgonu szpital sporządza z urzędu. Kartę martwego urodzenia – szpital ma prawo odmówić jej wydania jeśli nie jest znana płeć dziecka	• karta zgonu dla celów pochówku w części przeznaczonej dla administracji cmentarza. Rodzice są zobowiązaniu do złożenia wniosku o wydanie karty zgonu.
Lekarze uprawnieni do wydania karty zgonu i karty martwego urodzenia:	**Lekarze uprawnieni do wydania karty zgonu:**
• lekarz oddziału szpitalnego, • lekarz pogotowia ratunkowego, • lekarz podstawowej opieki zdrowotnej, • lekarz, który w ciągu ostatnich 30 dni udzielał ciężarnej świadczeń medycznych.	• lekarz oddziału szpitalnego, • lekarz pogotowia ratunkowego, • lekarz podstawowej opieki zdrowotnej, • lekarz, który w ciągu ostatnich 30 dni udzielał ciężarnej świadczeń medycznych.
Etapy organizacji pogrzebu:	**Etapy organizacji pogrzebu:**
1. **Szpital:** • uzyskanie karty martwego urodzenia, • uzyskanie karty zgonu w trzech częściach, przeznaczonych do rejestracji zgonu, statystyki publicznej i dla administracji cmentarza, • karta martwego urodzenia winna zostać przekazana do USC w terminie jednego dnia od dnia jej sporządzenia. 2. **Urząd Stanu Cywilnego:** • dokonanie pisemnego zgłoszenia urodzenia dziecka w formie protokołu w terminie trzech dni od dnia sporządzenia karty martwego urodzenia, • sporządzenie aktu urodzenia dziecka z adnotacją „dziecko martwo urodzone" na podstawie protokołu zgłoszenia i karty martwego urodzenia, • uzyskanie potwierdzenia rejestracji martwego urodzenia na karcie zgonu w części przeznaczonej dla administracji cmentarza (nie jest wymagane). 3. Wybór **firmy pogrzebowej** 4. Odebranie ciała dziecka ze szpitalnego **prosektorium** przez firmę pogrzebową 5. **Administracja cmentarza:** • przedstawienie aktu urodzenia dziecka i karty zgonu - część przeznaczona dla administracji cmentarza, • ustalenie daty pogrzebu i miejsca złożenia zwłok.	1. **Szpital** • złożenie wniosku o wydanie karty zgonu w części przeznaczonej dla administracji cmentarza, • uzyskanie zwolnienia poszpitalnego dla roniącej matki, • uzyskanie karty zgonu. 2. Wybór **firmy pogrzebowej** 3. Odebranie ciała dziecka ze szpitalnego prosektorium przez **firmę pogrzebową** 4. **Kancelaria kościoła parafialnego lub rektoralnego cmentarza:** • przedstawienie karty zgonu dziecka, • ustalenie daty i formy pogrzebu. 5. **Administracja cmentarza:** • przedstawienie karty zgonu dziecka, • ustalenie daty pogrzebu i miejsca złożenia zwłok. 6. Przygotowanie ciała dziecka do pogrzebu 7. **Uroczystość pogrzebowa**