

PRACA POGLĄDOWA

ZGON NOWORODKA – REKOMENDACJE DOTYCZĄCE „MIĘKKIEGO” POSTĘPOWANIA MEDYCZNEGO

NEWBORN DEATH – RECOMMENDATIONS REGARDING "SOFT" MEDICAL MANAGEMENT

✉ TOMASZ SIODA



Tomasz Sioda
ul. Za Cytadelą 46/48, 61-659 Poznań
tomasz@plusultra.pl

Wpłynęło: 22.10.2018
Zaakceptowano: 08.04.2019
Opublikowano on-line: 16.04.2019

Cytowanie: Sioda T. Zgon noworodka – rekomendacje dotyczące „miękkiego” postępowania medycznego.
Postępy Neonatologii 2019;25(1):45–51
[10.31350/postepyneonatalogii/2019/1/PN2019005](https://doi.org/10.31350/postepyneonatalogii/2019/1/PN2019005)

Copyright by MAVIPURO Polska Sp. z o.o., Warszawa, 2019.
Wszystkie prawa zastrzeżone. Żadna część niniejszej publikacji nie może być powielana i rozpowszechniana w jakiegokolwiek formie i w jakikolwiek sposób bez zgody wydawcy.

STRESZCZENIE:

Wraz z postępem wiedzy i technologii w zakresie opieki nad chorymi noworodkami znacznie się zmniejszyła ich umieralność. Wzrastały natomiast oczekiwania społeczne co do jakości i rezultatów tej opieki, a śmierć dziecka w okresie okołoporodowym zaczęto postrzegać jako wydarzenie nienormalne, które musi mieć zwinioną przyczynę. Taka postawa prowadzi do konfliktów pomiędzy rodzicami chorych noworodków a personelem lekarsko-pielęgniarskim oddziałów noworodkowych, co skutkuje większą liczbą skarg rodziców do prokuratury i instytucji nadzorujących opiekę zdrowotną, a także pozwami sądowymi. Obecnie skutecznym sposobem poprawy wzajemnych relacji rodziców ciężko chorych noworodków i personelu szpitalnego może być zmiana postępowania medycznego, z wyłączeniem podstawowych działań lekarskich, czyli diagnostyki, leczenia i zapobiegania chorobom, oraz działań pielęgniarskich. Przyjęcie przez personel oddziału noworodkowego pewnych zwyczajów i zachowań podczas wykonywania obowiązków zawodowych oraz nabycie umiejętności kierowania interakcją z rodzicami pacjenta powinno ograniczyć pole konfliktów i zwiększyć zadowolenie rodziców z opieki nad ich dzieckiem oraz satysfakcję personelu szpitalnego z wykonywanej pracy. Przedstawione rekomendacje dotyczą głównie bezpośrednich relacji z rodzicami i rodziną pacjenta, dokumentacji medycznej, konsultacji specjalistycznych, chrztu, badania pośmiertnego i zespołowej analizy zgonu, prowadzącej do ustalenia ostatecznych rozpoznań i przyczyn zgonu oraz wystawienia ostatecznej karty wypisowej z ewentualnymi zaleceniami dla rodziców. W zespołowej analizie zgonu uczestniczą lekarze, którzy opiekowali się dzieckiem i matką, a także lekarze wykonujący badania pośmiertne i popłodu wraz z badaniami histopatologicznymi.

SŁOWA KLUCZOWE: noworodek, postępowanie medyczne, tanatologia, zagrożenie życia, zgon

ABSTRACT:

Parallel to the progress of knowledge and technology in the care of diseased newborn infants, the mortality of newborns decreased significantly. At the same

time, social expectations about the quality and outcomes of this care increased, and the death of a child in the perinatal period began to be perceived as an abnormal event, which usually must have a culpable cause. Such an attitude, in turn, led to more frequent disputes between parents of neonatal patients and medical and nursing staff of neonatal wards, which results in more parental complaints directed to the prosecutor's office and institutions supervising health care, and to lawsuits. Currently, an effective way to improve mutual relations between parents of seriously ill newborns and hospital staff seems to be changes in medical management in the area beyond the basic medical activities, that is, apart from diagnostics, treatment and prevention of diseases, and nursing. Adoption of certain habits and behaviour by the neonatal department staff as well as the ability to manage the interaction with the patient's parents should reduce the scope of conflicts and increase parents' satisfaction with the care of their child and also job satisfaction among the neonatal staff. The recommendations presented concern mainly direct relationships with the parents and patient's family, medical records, specialist consultations, baptism, post-mortem examination and the procedure of a final, joint and comprehensive death analysis which should lead to stating the final diagnoses with causes of death, and, possibly, the recommendations for the parents. In the latter procedure participate medical specialists involved in the care of the mother and deceased baby, and those who performed the post-mortem and placental examinations including histopathology.

KEY WORDS: death, life at risk, medical management, newborn, thanatology

WSTĘP

Autor niniejszego opracowania czuje się zobowiązany do przekazania lekarzom neonatologom pewnych obserwacji i wniosków, które wynikają z jego wieloletniej pracy zawodowej neonatologa i pracy w okręgowym sądzie lekarskim oraz jako biegłego w sprawach dotyczących noworodków. Zdaniem autora, poniższe rekomendacje powinny być poparte autorytetem innych neonatologów, niestety, w dostępnym piśmiennictwie nie ma prac z tego zakresu. Jednak poruszone w tym artykule tematy są ogromnie ważne zarówno dla rodzin małych pacjentów, jak i dla samych neonatologów, wobec tego autor poddaje je pod rozważenie prosząc, aby niedoskonałą treść artykułu czytelnik odbierał naturalnie i tak, jakby nie była dziełem konkretnej osoby.

W ostatnich latach stwierdza się szybki wzrost liczby spraw prokuratorskich i sądowych, które dotyczą postępowania medycznego. Przyczyny tego są złożone i obejmują pewne cechy systemu prawnego obowiązującego w Polsce, aktualne orzecznictwo w konkretnych sprawach medycznych oraz rosnące oczekiwania społeczne odnośnie do jakości i rezultatów opieki medycznej. Paradoksalnie, im większe są szanse na odsunięcie od chorych niebezpieczeństwa śmierci, tym większe stają się społeczne oczekiwania co do jej uniknięcia. Wzrost liczby spraw rozpatrywanych przez prokuraturę i sądy dotyczy także opieki perinatologicznej. Należy uznać za normalne to, że każde postępowanie w opiece nad noworodkiem jest oceniane przez rodziców i rodzinę. Spotykamy się z bardzo różnymi zachowaniami rodziców noworodka, związanymi z oceną postępowania medycznego: od szczodrej wdzięczności w przypadkach zdrowych dzieci do agresywnie wyrażanych pretensji w przypadkach noworodków z wadami wrodzonymi czy wcześniaków z krańcowo małą masą urodzeniową. Ocena

ta nie zawsze jest oparta na faktach, sprawiedliwa, sensowna, a skargi w większości okazują się nieuzasadnione. Dla personelu oddziału noworodkowego jedynym sposobem uracjonalnienia postaw rodziców jest odpowiednie kierowanie interakcją z nimi. Skuteczne kierowanie procesami wzajemnego oddziaływania wymaga od lekarza odpowiedniego przygotowania, stałej kontroli własnego zachowania oraz szacunku dla rozmówcy i empatii.

Głównym celem tego opracowania jest optymalizacja relacji pomiędzy personelem oddziału noworodkowego a rodzicami noworodka. Miernikiem właściwej relacji może być zadowolenie rodziców z opieki nad ich dzieckiem. Aby to zadowolenie osiągnąć, niezbędne są: dobra wola personelu, czas i rzetelne udzielanie informacji o stanie noworodka po urodzeniu oraz o zasadach postępowania z noworodkiem, karmienia i pielęgnacji. Taka postawa personelu oddziału neonatologicznego okaże się szczególnie istotna w przypadkach wcześniactwa, wrodzonych wad rozwojowych i stanów zagrożenia życia. Wyjaśnienie rodzicom rodzaju potencjalnego zagrożenia dla zdrowia i dalszego rozwoju dziecka ułatwi, miejmy nadzieję, docenienie przez nich dobrej woli i starań personelu oddziału. W tej sytuacji jeśli nastąpi zgon noworodka, to przyczyny śmierci będą zrozumiałe dla rodziców, to zaś zmniejszy ryzyko zgłaszania przez nich pretensji i skarg dotyczących jakości opieki nad dzieckiem, a także wnoszenia sprawy do prokuratury w związku z domniemanymi zaniedbaniami personelu oddziału, skutkującymi ostatecznie śmiercią dziecka. Jeśli jednak do skargi dojdzie i będzie ona rozpatrywana, to zmniejszy się ryzyko, że sprawa zostanie przekazana do sądu. Jeżeli ten cel uda się osiągnąć w znacznym stopniu, to z pewnością osiągnie się także zmniejszenie powagi sytuacji konfliktowych oraz częstości roszczeniowych spraw sądowych i wszelkich innych następstw skarg rodziców. Siłą rzeczy, rekomendowane

podejście do rodziców ciężko chorych noworodków, jeśli zostanie przyjęte przez lekarzy i pielęgniarki, powinno odnieść pozytywny skutek także w relacjach ze wszystkimi rodzicami, nie tylko tymi, których dzieci są ciężko chore. Należy oczekiwać, że w następstwie zwiększy się też satysfakcja zawodowa personelu oddziałów noworodkowych.

W tym artykule zostanie omówione postępowanie neonatologiczne, które ma na celu zmniejszenie ryzyka otrzymania od rodziców pacjenta negatywnej oceny, przy założeniu, że podstawowe działania lekarskie – diagnostyka i leczenie chorób oraz zapobieganie chorobom w okresie noworodkowym i dalszych okresach życia – będą przebiegały zgodnie z zasadami sztuki. Przy tym założeniu przedmiotem rekomendacji będzie więc tylko postępowanie lekarskie stanowiące tło, na ogół behawioralne, dla podstawowych czynności. Można je nazwać postępowaniem lekarskim „miękkim” w odróżnieniu od „twardego” postępowania lekarskiego *sensu stricto*. Ponieważ wiele poniżej omówionych kwestii dotyczy także kontaktów pielęgniarek oddziału noworodkowego z rodzicami i rodzinami pacjentów, więc właściwe jest omówienie zagadnienia w szerszej formule medycznego postępowania, które obejmuje także opiekę pielęgniarską nad pacjentem. Przy takim podejściu nabiera znaczenia harmonijna współpraca wszystkich specjalistów sprawujących opiekę nad noworodkami, ale temat ten zasługuje na osobne opracowanie.

Problemy i konflikty z rodzicami, których dzieci zmarły (lub wyszły z oddziału noworodkowego z jakimś uszkodzeniem), zwykle zaczynają się jeszcze przed zgonem dziecka. Aby zmniejszyć ich moc, w artykule zostało wyodrębnione „miękkie” postępowanie w przypadku zagrożenia zgonem noworodka.

W niniejszych rekomendacjach są cytowane obowiązujące w Polsce akty prawne, w których można znaleźć fragmenty dotyczące „miękkiego” postępowania medycznego. Choć każdy z cytowanych aktów prawnych porusza temat tego artykułu jedynie incydentalnie i wrywkowo, jednak stanowi zarówno umocowanie prawne dla poniższych zaleceń, jak i może dawać podstawę do formułowania ewentualnych zarzutów przeciwko personelowi szpitalnemu. Zdaniem autora, w tych aktach prawnych nie ma zapisów, z którymi neonatolog nie mógłby się zgodzić.

SZCZEGÓLNE POSTĘPOWANIE W CIĘŻKIM STANIE NOWORODKA, W STANACH ZAGROŻENIA ZGONEM LUB AGONALNYM

Postępowanie medyczne u noworodka w ciężkim stanie, w stanach zagrożenia zgonem lub agonalnym musi być zgodne przede wszystkim z zapisami ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta z 6 listopada 2008 r. [1]

oraz rozdziałów XII, XIII i XIV Standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, położu oraz opieki nad noworodkiem [2]. Inne akty prawne, które dotyczą szczególnych aspektów postępowania medycznego, zostaną wymienione poniżej.

DOKUMENTACJA DZIAŁAŃ LEKARSKICH

Szybkie, dramatyczne zmiany stanu klinicznego wymagają zapisania w historii choroby także godziny i minuty istotnej zmiany oraz podjętych działań diagnostyczno-leczniczych. Z natury rzeczy, opisów takich sytuacji dokonuje się retrospektywnie, ale w miarę możliwości jak najszybciej, ewentualnie z podaniem czasu sporządzenia notatki. Zapisy w dokumentacji medycznej muszą być prowadzone w formie czytelnej. Nieczytelne lub niedokładne zapisy stanowią uchybienia, które mogą być niekorzystne dla pacjenta. Istotne pomyłki w dokumentacji medycznej powinny być korygowane przez skreślenie z pozostawieniem korygowanej treści. Lekarz wprowadzający istotne poprawki i uzupełnienia w dokumentacji powinien swoje adnotacje czytelnie podpisać, ewentualnie parafować i podstemplować, oraz wpisać datę, jeśli wpisu nie dokonuje na bieżąco [3].

Podstawowe, bieżące i doraźne zapisy obserwacji sporządzają lekarz prowadzący pacjenta i lekarze dyżurni. Stanowczo zaleca się, aby lekarz ordynator oddziału dokonywał zapisów swoich okresowych obserwacji dokumentujących dokładne badanie przedmiotowe, istniejące problemy kliniczne i inne, aktualnie postawione rozpoznania oraz planowane postępowanie. Ordynator może ustanowić siebie lekarzem prowadzącym. Przy niektórych objawach, oznakach wad wrodzonych i powikłaniach jest wskazane wykonanie dokumentacji fotograficznej, którą należy dołączyć do dokumentacji medycznej pacjenta.

Zapisy obserwacyjne powinny obejmować także rozpoznanie kliniczne (jeśli można je postawić) lub podejrzenie rozpoznania (gdy rozpoznanie nie zostało jeszcze potwierdzone stosownymi wynikami badań). Wskazane jest też wyszczególnienie tych problemów klinicznych istotnych w momencie zapisu obserwacji, do których rozwiązania należy dążyć podczas dalszej opieki, lub okresowe, ogólne nakreślenie planu diagnostyki, leczenia i zapobiegania. Postępowanie diagnostyczno-lecznicze jest procesem rozłożonym w czasie i przebiega w kierunku wyznaczonym przez lekarza leczącego, często według przyjętych algorytmów i rekomendacji. Każde postępowanie odbiegające od ogólnie przyjętych metod diagnostyki, leczenia i zapobiegania, zwłaszcza podanych w opublikowanych zaleceniach/rekomendacjach, powinno być opisane z podaniem uzasadnienia.

KONSULTACJE SPECJALISTYCZNE

Konsultacje lekarzy specjalistów powinny być rejestrowane w historii choroby na bieżąco, z podaniem daty, godziny, a jeśli to może być istotne, również czasu trwania konsultacji. Zapis konsultacji powinien, jeżeli to możliwe, obejmować także odpowiedzi, których uzyskanie było celem wezwania konsultanta. W pewnych sytuacjach może być wskazane zwołanie konsylium lekarzy, ewentualnie z czynnym udziałem rodziców pacjenta.

Rodzina pacjenta ma prawo niezależnie od szpitala wezwać konsultanta lekarza specjalistę. Taka konsultacja może mieć miejsce na oddziale noworodkowym przy stanowisku pacjenta, a konsultujący lekarz jest zobowiązany opisać na bieżąco konsultację z wnioskami i zaleceniami w historii choroby pacjenta, o czym należy go poinformować przed konsultacją.

BEZPOŚREDNIE RELACJE Z RODZINĄ PACJENTA

Ważne informacje i decyzje odnośnie do postępowania diagnostyczno-leczniczego przekazują rodzicom pacjenta (ewentualnie innym przedstawicielom ustawowym) niezwłocznie i z własnej inicjatywy lekarz leczący, czyli prowadzący pacjenta, lekarz dyżurny lub ordynator. Dobrym zwyczajem jest obecność lekarza leczącego podczas rozmowy ordynatora z rodzicami. Kontakty telefoniczne i inne formy indywidualnej komunikacji z rodziną pacjenta są pożądane, ale po dokonaniu w bezpośredniej rozmowie z rodzicami pacjenta ustaleń i uzyskaniu upoważnień, które powinny być zapisane w historii choroby pacjenta. Przekazywanie informacji o pacjencie innym osobom niż zaangażowane u niego w diagnostykę, leczenie i zapobieganie podlega zapisom ustawy o ochronie danych osobowych z 10 maja 2018 r. [4]. Ustawa ta nie nakłada ograniczeń utrudniających sprawne funkcjonowanie oddziału neonatologicznego.

Wsparcie rodziców pacjenta przez dalszą rodzinę jest bezdyskusyjnym dobrem. Personel lekarski i pielęgniarski powinien mieć czas na rozmowę również z członkami rodziny, upoważnionymi przez rodziców pacjenta, a ich okresowa wizyta u dziecka na oddziale zawsze jest wskazana. Zdrowe rodzeństwo chorego noworodka może go odwiedzać na życzenie rodziców. Pod żadnym pretekstem nie wolno odmówić członkom rodziny oraz wezwanemu księdzu krótkiej wizyty u ciężko chorego dziecka. Ważniejsze spostrzeżenia i wnioski z rozmów oraz wizyt rodziców i rodziny pacjenta powinny być odnotowane w dokumentacji medycznej pacjenta.

Ciężki stan dziecka często jest powodem powstania silnych emocji u rodziców i personelu oddziału neonatologicznego, a niektóre reakcje emocjonalne mogą być

zarzewiem konfliktów. Lekarze i pielęgniarki oddziału muszą być przygotowani na wystąpienie u rodziców i rodziny pacjenta niekontrolowanych reakcji emocjonalnych, łącznie z agresją i opaczną oceną działań lekarskich. Przygotowaniu sprzyja naturalna lub wyuczona umiejętność rozładowania napięcia emocjonalnego w trudnych i konfliktowych sytuacjach. Służy temu wypracowanie stosownych technik i stylu prowadzenia rozmowy, zachowania oraz postępowania. Poziom kultury osobistej objawia się przede wszystkim szacunkiem dla rozmówcy i ma wyraz w użytych słowach, zwrotach, tonie głosu, utrzymaniu kontaktu wzrokowego, mimice twarzy, gestach. Wskazane jest dokonanie przez lekarza samooceny w tym zakresie, poczynając od odpowiedzi na pytanie: „Czy zachowuję się wobec pacjenta tak, jak bym sobie życzył, aby zachowywano się w przypadku choroby mojego dziecka?”, przez analizę szczegółów swojego zachowania w konkretnych sytuacjach.

CHRZEST NOWORODKA W NIEBEZPIECZEŃSTWIE ŚMIERCI

Udzielanie chrztu św. noworodkowi w stanie zagrożenia życia jest regulowane przez zapisy Kodeksu prawa kanonicznego Kościoła rzymskokatolickiego [5]. Dziecko rodziców katolickich powinno być natychmiast ochrzczone, jeśli znajduje się w niebezpieczeństwie śmierci (kan. 867, § 2). Prośba o udzielenie chrztu powinna być przekazana przez rodziców. Z zasady nie należy udzielać chrztu noworodkowi bez wiedzy przynajmniej jednego rodzica lub prawnego opiekuna. Jeśli z istotnych powodów takiej prośby nie udaje się uzyskać, to godziwe jest udzielenie chrztu przez osobę z personelu oddziału noworodkowego (tzw. chrzest z wody) bez prośby lub zgody rodziców, nawet jeśli okaże się później, że nie są wyznania rzymskokatolickiego. Obecnie informacja o wyznaniu rodziców nie jest obowiązkowo zamieszczana w dokumentacji szpitalnej, wobec tego w sytuacjach zagrożenia życia noworodka należy poruszyć temat chrztu w rozmowie z rodzicami lub rodziną dziecka. Zaświadczenie o udzieleniu chrztu powinno być wystawione przez oddział noworodkowy z podaniem imienia i nazwiska osoby, która udzieliła chrztu, oraz wydane rodzicom, a fakt wystawienia zaświadczenia powinien być odnotowany w oddziałowym zeszycie chrztów.

POSTĘPOWANIE W PRZYPADKU ZGONU NOWORODKA

Obowiązującymi aktami prawnymi, z którymi musi być zgodne postępowanie w przypadku zgonu noworodka, są ustawa o działalności leczniczej z 15 kwietnia 2011 r. [6], rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie postępowania

ze zwłokami i szczątkami ludzkimi z 7 grudnia 2001 r. [7] oraz rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie sposobu postępowania podmiotu leczniczego wykonującego działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne ze zwłokami pacjenta w przypadku śmierci pacjenta z 10 kwietnia 2012 r. [8].

RELACJE LEKARZY Z RODZICAMI ZMARŁEGO NOWORODKA

Fakt zgonu dziecka musi być zakomunikowany rodzicom niezwłocznie. Należy zadbać o odpowiednie warunki przekazania tej informacji z użyciem właściwych słów i gestów, zachowaniem prywatności i intymności oraz przeznaczeniem odpowiedniego czasu. Jakikolwiek pośpiech lekarza lub jego oznaki nie mogą mieć miejsca. Wskazane jest towarzyszenie matce (rodzicom) w drodze do stanowiska dziecka, pozostawienie jej samej (ich samych) z dzieckiem oraz zaznaczenie, że lekarz jest do dyspozycji rodziców, jeśli będą sobie życzyli rozmowy. Te czynności nie powinny być przerwane jakimikolwiek innymi rozmowami i działaniami. Szacunek dla śmierci i bólu rodziców musi być zachowany.

Szczególne okoliczności zgonu noworodka (na przykład: zgonu niespodziewanego, nagłego, w nieobecności rodziców) wymagają od lekarza szczególnego, empatycznego podejścia, zwłaszcza że reakcje rodziców mogą być bardzo różne. Po nieraz bardzo trudnym przyjęciu faktu zgonu dziecka rozpoczyna się u nich okres żałoby z dojmującym smutkiem, rozpatrywaniem przyczyn zgonu i poszukiwaniem winnych. Proces dojścia rodziców do pożądanej akceptacji utraty dziecka wymaga czasu, zwykle nie mniej niż 6–10 tygodni.

Wyjątkowej troski i empatii personelu oddziałów położniczego i noworodkowego wymaga matka zmarłego noworodka, zmuszona po zgonie dziecka do przebywania nadal z własnych przyczyn na oddziale poporodowym. Ważne jest umożliwienie jej wyboru miejsca pobytu na oddziale w pokoju jednoosobowym (co jednak nie zawsze jest wskazane) albo innym. Z dużym wyczuciem należy matce zaproponować rozmowy z psychologiem szpitalnym i kapłanem. Ze względu na zmieniający się personel jest wskazane informowanie się pracowników o miejscu pobytu matki zmarłego noworodka, aby uniknąć niewłaściwych sytuacji w obliczu jej tragedii. Służyć temu może też szczególne oznakowanie dokumentacji medycznej matki i tablicy pacjentek oddziału poporodowego.

Do personelu oddziału noworodkowego należy umożliwienie intymnego pożegnania się rodziców i rodziny ze zmarłym dzieckiem w odpowiednim miejscu na oddziale lub innym godnym tego przeżycia pomieszczeniu szpitalnym, także o innym czasie niż bezpośrednio po zgonie. Dobrym zwyczajem może być złożenie rodzicom propozycji

pomocy w wykonaniu odbicia śladów dłoni i stóp dziecka na papierze (przy użyciu poduszki do pieczętek) oraz w obcięciu pukla włosów.

Rodzicom zmarłego noworodka należy zaproponować udanie się do lokalnej poradni psychologicznej specjalizującej się w udzielaniu pomocy rodzicom, którzy utracili dziecko [1]. Personel oddziału neonatologicznego powinien współpracować z lokalną poradnią i grupą wsparcia Rodziców Utraconych Dzieci, a w razie potrzeby zainicjować powstanie takiej grupy lub pomóc ją stworzyć w swoim rejonie.

BADANIE POŚMIERTNE

Podstawy prawne wykonywania sekcji zwłok osób zmarłych w szpitalu są zawarte w art. 31 i 32 ustawy o działalności leczniczej z 15 kwietnia 2011 r. [6]. Badanie pośmiertne noworodka oraz histopatologiczne badanie płodu powinny być wykonane w każdym przypadku zgonu o złożonych lub niejasnych przyczynach, a także w każdym przypadku konfliktowych relacji między rodzicami dziecka a personelem oddziału położniczego lub oddziału noworodkowego. Decyzja o zachowaniu płodu w celu wykonania badania histopatologicznego musi być przekazana personelowi oddziału porodowego odpowiednio wcześniej, przed rutynowym przekazaniem płodu do utylizacji.

Rodzice i ordynator oddziału mają prawo wystąpienia do dyrektora szpitala z wnioskiem o zwolnienie z badania pośmiertnego. Informacja o tym powinna być przekazana rodzicom, gdy omawia się z nimi celowość badania pośmiertnego, czas i miejsce jego wykonania oraz w jaki sposób otrzymają informację o jego wynikach. Wniosek rodziców o odstąpienie od wykonania badania pośmiertnego powinien być udokumentowany ich podpisami także w historii choroby dziecka i może być wycofany w każdym czasie do momentu wydania zwłok dziecka ze szpitala. Lekarz zwalniający z sekcji (ordynator, dyrektor szpitala) powinien być świadomy tego, że niekiedy już kilka tygodni później rodzice zmarłego dziecka mogą zmienić zdanie o opiece na oddziale (lub o rozpoznaniu u noworodka) i wystąpić do prokuratury z zarzutami. Wynik badania pośmiertnego mógłby być wtedy istotnym elementem dowodowym w sprawie, a jego brak utrudni postępowanie dowodowe i może działać na niekorzyść szpitala.

ZESPOŁOWA ANALIZA ZGONU

W każdym przypadku zgonu noworodka w szpitalu zespół lekarski oddziału noworodkowego powinien przeprowadzić analizę tego zdarzenia, pożądany jest przy tym udział pielęgniarki oddziałowej i pozostałych pielęgniarek. W przypadkach zgonów o złożonych lub niejasnych

przyczynach do udziału w ich analizie powinni być zobowiązani także: ordynator i zainteresowani lekarze oddziału położniczego, anatomopatolog wykonujący badanie pośmiertne noworodka, histopatolog wykonujący badanie popłodu oraz ewentualnie inni specjaliści istotni w danej sprawie. Zespołowa analiza zgonu ma na celu ustalenie prawdopodobnej patogenezy zespołu chorobowego u zmarłego noworodka oraz ostatecznych rozpoznań klinicznych, z uwzględnieniem pierwotnych, wtórnych i bezpośrednich przyczyn zgonu. Wskazane jest, aby podczas analizy zgonu rozważyć, czy i w jaki sposób można było zapobiec zgonowi oraz czy przyjęte procedury i algorytmy postępowania medyczno-pielęgniarskiego na oddziale były właściwe lub powinny być zmodyfikowane.

Protokół analizy zgonu powinien zawierać istotne ujawnione informacje, poszczególne opinie uczestników i wspólne ustalenia, które następnie posłużą do opracowania ostatecznej karty wypisowej. Protokół analizy zgonu należy prowadzić w oddziałowej księdze analiz zgonu, a jego kserokopię powinno się przechowywać w historii choroby zmarłego noworodka.

Analiza zgonu powinna być przeprowadzona w ośrodku, w którym doszło do zgonu. W przypadkach zgonu noworodka przetransportowanego z oddziału niższego stopnia opieki neonatologicznej niekiedy może być wskazana obecność ordynatora lub lekarza, który prowadził to dziecko w tymże ośrodku, oraz dokumentacja noworodka tam sporządzona. Jeśli do zgonu noworodka doszło poza systemem trójstopniowej opieki neonatologicznej, na przykład na oddziale kardiochirurgicznym lub neurochirurgicznym, analizę zgonu przeprowadza ośrodek neonatologiczny, z którego noworodek został przeniesiony, na podstawie karty wypisowej i innych informacji pozyskanych z ośrodka specjalistycznego.

DOKUMENTACJA ZGONU

Lekarza oddziału noworodkowego obowiązuje wystawienie rodzicom karty zgonu dziecka w celu załatwienia aktu zgonu w urzędzie stanu cywilnego oraz pochówku, a także wydanie karty wypisowej dziecka. Wydanie karty wypisowej zmarłego dziecka powinno się odbyć w gabinecie lekarskim podczas rozmowy, w intymnych warunkach, na siedząco, bez pośpiechu. Pora tej rozmowy powinna być wcześniej ustalona z rodzicami dziecka. Wydana wówczas karta wypisowa może być kartą wypisową wstępną, jeśli lekarz prowadzący nie dysponuje wszystkimi wynikami przeprowadzonych badań laboratoryjnych, badania popłodu i sekcji. Po skompletowaniu wszystkich wyników i przeprowadzeniu zespołowej analizy zgonu lekarz prowadzący dziecko i ordynator oddziału noworodkowego są zobowiązani

do wystawienia ostatecznej karty wypisowej, zawierającej także tzw. epikryzę, czyli podsumowanie całości postępowania diagnostyczno-leczniczego u dziecka. Czas wystawienia ostatecznej karty wypisowej nie powinien przekroczyć trzech miesięcy od dnia zgonu. Ostateczną kartę wypisową należy wręczyć rodzicom podczas umówionej rozmowy informacyjnej lub, po uzgodnieniu, przesłać pocztą w formie przesyłki poleconej.

Kopia ostatecznej karty wypisowej powinna być wysłana listem poleconym także do ośrodka niższego stopnia opieki, skąd został przeniesiony zmarły noworodek, a tam powinna zostać dołączona do jego historii choroby.

Wszelkie działania medyczne po zgonie noworodka należy normalnie kontynuować w sposób opisany powyżej także w przypadku czynności prawnych podjętych po tym zgonie przez prokuraturę, policję lub sąd. Ewentualne wydanie przez szpital oryginałów dokumentacji medycznej zmarłego noworodka na życzenie prokuratury musi być poprzedzone wykonaniem kopii.

PODSUMOWANIE

Niektóre powyższe stwierdzenia i zalecenia czytelnik może uznać za oczywiste lub mało istotne. Z praktyki jednak wynika, że dla niektórych lekarzy oczywiste nie są, a ich pominięcie w codziennej praktyce może mieć istotne następstwa. Ponadto, jeśli ta niby „oczywistość” nie jest wspomniana czy omówiona w zbiorze norm, jakim wydaje się być niniejsze opracowanie, to staje się automatycznie mniej ważna niż opublikowane szczegóły, a zbiór norm wtedy się zmienia i kreuje przyszłą rzeczywistość w kierunku mniej pożądanym, poddanym biurokratycznym lub prawnym wymogom. Skoro zgon noworodka jest nie tylko epizodem biologicznym, ale i wydarzeniem kulturowym, które jest głęboko osadzone w życiu rodzinnym, to zawsze trzeba być przygotowanym na wystąpienie nowych okoliczności w kulturowej jego otocze. Te nowe okoliczności mogą wymagać właściwego, nieszablonowego podejścia, które z czasem wpłynie modyfikująco na zbiór zwyczajowych norm medycznych, a kiedyś, być może, zostanie ujęte w kolejnych rekomendacjach i w jakimś akcie prawnym.

PODZIĘKOWANIA: Autor serdecznie dziękuje profesorowi Marianowi Krawczyńskiemu za uwagi pomocne przy powstaniu tego artykułu.

KONFLIKT INTERESÓW: nie zgłoszono.

PIŚMIENICTWO

1. Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta z dnia 6 listopada 2008 r., Dz. U. z 2009, nr 52, poz. 417.

2. Załącznik do rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, połogu oraz opieki nad noworodkiem, z dnia 20 września 2012 r., Dz. U. z 2016 r., poz. 1132.
3. Podstawą dokonania zmiany jest § 4 ust. 3 rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania z dnia 9 listopada 2015 r., Dz. U. 2015, poz. 2069.
4. Ustawa o ochronie danych osobowych z dnia 10 maja 2018 r., Dz. U. z 2018 r., poz. 1000.
5. Kodeks prawa kanonicznego, 1983. <http://www.trybunał.mkw.pl/Kodeks%20Prawa%20Kanonicznego.pdf>
6. Ustawa o działalności leczniczej z dnia 15 kwietnia 2011 r., Dz. U. z 2011 r., Nr 112, poz. 654.
7. Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie postępowania ze zwłokami i szczątkami ludzkimi z dnia 7 grudnia 2001 r., Dz. U. z 2001 r., nr 153, poz. 1783.
8. Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie sposobu postępowania podmiotu leczniczego wykonującego działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne ze zwłokami pacjenta w przypadku śmierci pacjenta z dnia 10 kwietnia 2012 r., Dz. U. z 2012 r., poz. 420.