



Ministerstwo Zdrowia
Departament Matki i Dziecka

Warszawa, 28 stycznia 2019

MDP.077.2.2019.JKO

Pani
Joanna Pietrusiewicz
Prezes Fundacji Rodzić po Ludzku
fundacja@rodzicpoludzku.pl

Szanowna Pani Prezes

W odpowiedzi na pismo z dnia 8 stycznia br., znak: FRPL/107/2019/-JP, dotyczące interpretacji przepisów *rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej (Dz. U. poz.1756)*, uprzejmie proszę o przyjęcie poniższych informacji.

W celu zapewnienia pacjentkom w czasie ciąży, porodu, połogu oraz noworodkom odpowiedniej jakości świadczeń zdrowotnych został określony w drodze rozporządzenia standard organizacyjny opieki okołoporodowej. Zgodnie z *art. 22 ust. 4b ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. z 2018 r., poz. 1629)*, do jego stosowania zobowiązane są podmioty wykonujące działalność leczniczą udzielające świadczeń zdrowotnych w zakresie opieki okołoporodowej. Standard określa sposób sprawowania przez ww. podmioty opieki zdrowotnej nad kobietą w okresie okołoporodowym i noworodkiem. Jednocześnie, jego przepisy pełnią ważną rolę informacyjną, wyposażając pacjentów w wiedzę z zakresu przysługujących im praw pacjenta, badań, świadczeń profilaktycznych oraz przebiegu opieki na poszczególnych etapach ciąży, porodu, połogu, pozwalając przygotować się do macierzyństwa. Standard sprzyja wzrostowi świadomości społecznej, wyrażającej się w formułowaniu oczekiwań co do profesjonalnej opieki w bezpośrednich relacjach z pracownikami systemu ochrony zdrowia. Przedmiotowe rozporządzenie jest również odpowiedzią na postulaty

środowisk reprezentujących kobiety, które domagają się poszanowania ich praw i potrzeb podczas opieki okołoporodowej.

W odniesieniu do kwestii dotyczących zapewnienia kontaktu „skóra do skóry” po zabiegu cesarskiego cięcia, przepisy standardu organizacyjnego precyzują, że w przypadku konieczności ingerencji w naturalny proces porodu, a takim jest operacja cesarskiego cięcia, należy zastosować dodatkowe procedury wykraczające poza niniejszy standard. Jednocześnie, jeżeli w wyniku cesarskiego cięcia urodzi się zdrowy noworodek, zgodnie z przepisami zawartymi w części XIII (opieka nad noworodkiem) rozporządzenia, bezpośrednio po urodzeniu należy umożliwić dziecku nieprzerwany kontakt z matką „skóra do skóry” trwający dwie godziny po porodzie. Kontakt ten może być przerwany wyłącznie w sytuacji wystąpienia zagrożenia życia lub zdrowia matki lub noworodka, odnotowanego w dokumentacji medycznej. Zgodnie z powyższym, jeżeli stan ogólny noworodka i matki na to pozwalają oraz matka dziecka wyraża taką wolę, należy umożliwić im kontakt „skóra do skóry”. Ważną kwestią w tym przypadku jest stan zdrowia matki po operacji, jak również zastosowany u niej rodzaj znieczulenia. Osoba sprawująca opiekę nad położnicą i noworodkiem musi ocenić, czy kontakt „skóra do skóry” nie spowoduje zagrożenia zdrowia i życia zarówno dziecka jak i matki. W odniesieniu do czasu, w którym powinno odbyć się pierwsze karmienie piersią po cesarskim cięciu, zgodnie z aktualną wiedzą - „zaleca się:

- prowadzenie pierwszego kontaktu na sali operacyjnej, tak jak po porodzie fizjologicznym; jeśli istnieją uzasadnione przeszkody – w najbliższym możliwym czasie,
- przystawienie do piersi najszybciej, jak to możliwe, najlepiej na sali pooperacyjnej w kontakcie „skóra do skóry”.¹

Podczas pierwszego karmienia piersią noworodka, osoba sprawująca opiekę powinna zaoferować pomoc, szczególnie podczas przystawiania dziecka do piersi i dobrania odpowiedniej pozycji do karmienia.

W odniesieniu do kwestii opracowania planu porodu w sytuacji planowanego cesarskiego cięcia, przepisy zawarte w części V standardu wskazują wprost, że osoba sprawująca opiekę oraz ciężarna wspólnie ustalają plan porodu. Plan ten obejmuje wszystkie elementy postępowania medycznego podczas porodu i określa miejsce porodu, przy czym jest on modyfikowany odpowiednio do sytuacji zdrowotnej ciężarnej i zmieniających się jej potrzeb i oczekiwań w trakcie opieki. Plan porodu jest dołączany

¹ Karmienie piersią w teorii i praktyce. Podręcznik dla doradców i konsultantów laktacyjnych oraz położnych, pielęgniarek i lekarzy pod red. M. Nehring –Gugulskiej, M. Żukowskiej - Rubik, A. Pietkiewicz

do indywidualnej zewnętrznej dokumentacji medycznej ciężarnej. Powyższe, przepisy, nie uzależniają opracowania przedmiotowego dokumentu od rodzaju planowanego porodu. W planie porodu, kobieta może wyrazić wszystkie swoje potrzeby i oczekiwania dotyczące zarówno przebiegu porodu, obecności osoby bliskiej, jak i procedur medycznych stosowanych wobec niej oraz dziecka, w tym sposobu jego żywienia.

W odniesieniu do obecności osoby bliskiej podczas operacji cesarskiego cięcia, uprzejmie informuję, że decyzja w tym zakresie pozostaje w gestii lekarza prowadzącego operację. Obecność osoby bliskiej w trakcie cesarskiego cięcia, które jest operacją położniczą może podwyższać ryzyko wystąpienia różnego rodzaju zakażeń, w związku z tym niezbędne jest zachowanie najwyższych standardów bezpieczeństwa. W organizacji bloku operacyjnego niezwykle istotne jest minimalizowanie u pacjenta ryzyka powikłań infekcyjnych. W związku z powyższym, zgodnie z przepisami *ustawy dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U. z 2018 r., poz. 2429)*, osoba wykonująca zawód medyczny, udzielająca świadczeń zdrowotnych pacjentowi może odmówić obecności osoby bliskiej przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych, w przypadku istnienia prawdopodobieństwa wystąpienia zagrożenia epidemicznego lub ze względu na bezpieczeństwo zdrowotne pacjenta.

Nowy standard organizacyjny opieki okołoporodowej dostrzega również wagę wczesnego rozpoznawania przez lekarzy położników i położne depresji, uwzględniając potrzebę oceny ryzyka i nasilenia jej objawów. Ocena ta powinna zostać wykonana trzykrotnie - dwa razy w czasie ciąży, w I trymestrze pomiędzy 11-14 tc., w III trymestrze, pomiędzy 33-37 tc. oraz w porożu - w czasie wizyty położnej w miejscu zamieszkania lub pobytu matki i jej dziecka. Ponadto, problemy psychologiczne i emocjonalne kobiety i jej rodziny w okresie ciąży, porodu i porożu stały się niezbędną częścią ramowego programu edukacji przedporodowej, prowadzonej przez położną w formie indywidualnej lub grupowej. Powyższe kładzie nacisk na ocenę stanu psychicznego pacjentki przez osoby sprawujące opiekę nad kobietą w ciąży (lekarz położnik, położna), jak również uświadomienie kobietom i osobom im bliskim, jakie zachowania mogą świadczyć o depresji, aby jak najszybciej objąć kobietę właściwą opieką i leczeniem. Standard organizacyjny nie wskazuje narzędzi do badania ryzyka wystąpienia depresji, zgodnie z powyższym, osoby sprawujące opiekę nad kobietą w ciąży, porożu mogą wykorzystać dowolne narzędzia przesiewowe zgodnie z aktualnymi zaleceniami i wiedzą medyczną. Mogą to być swobodne techniki diagnostyczne, jak wywiad, obserwacja oraz kwestionariusze przesiewowe (np.: Edynburska Skala Depresji Poporodowej (ESDP), Skala Depresji Becka BDI-II, PHQ-9). Wnioski z badania powinny być odnotowane

w dokumentacji medycznej wraz z ewentualnymi dalszymi zaleceniami, w przypadku, gdy ryzyko zostało stwierdzone. Zarówno lekarze specjaliści w dziedzinie położnictwa i ginekologii, jak i położne, w toku kształcenia są przygotowani do rozpoznawania i oceny stanu psychoemocjonalnego kobiet w okresie okołoporodowym. Jednocześnie, z uwagi na potrzebę pogłębiania świadomości społecznej na temat wczesnego rozpoznawania i metod zapobiegania depresji został przyjęty Program zapobiegania depresji w Polsce na lata 2016-2020. W ramach programu planowane jest opracowanie rekomendacji w zakresie zapobiegania, wczesnego wykrywania i leczenia depresji w kraju; promocja zdrowia psychicznego na poziomie całego społeczeństwa oraz profilaktyka depresji w wybranych grupach o podwyższonym ryzyku zachorowania. Aktualnie w ramach programu prowadzona jest Kampania „Depresja. Rozumiesz – Pomagasz”, której działania są adresowane do całego społeczeństwa, jak również osób, które każdego dnia mogą stykać się z chorym m.in.: lekarzy i położnych. Przygotowane dla nich materiały są zamieszczone na stronie internetowej wyleczdepresje.pl, pomogą im rozpoznać objawy depresji i właściwie zareagować. Jednocześnie dla personelu medycznego Instytut Psychiatrii i Neurologii prowadzi platformę edukacyjną, na której dostępne są materiały, z których można skorzystać w celu rozpoznania objawów depresji, jak również sposoby dalszego postępowania z pacjentem www.depresja.ipin.edu.pl. Ponadto, w 2018 r. został ogłoszony konkurs na realizację programu profilaktyki zdrowotnej pn. Program w zakresie edukacji i profilaktyki depresji poporodowej w ramach Programu Wiedza Edukacja Rozwój (PO WER) - oś priorytetowa V Wsparcie dla obszaru zdrowia, Działanie 5.1 Programy profilaktyczne. Realizacja programu profilaktycznego będzie polegać na działaniach edukacyjnych skierowanych do kadry medycznej: pielęgniarek i położnych POZ, i osób będących w grupie ryzyka oraz działaniach medycznych polegających na udzielaniu świadczeń zdrowotnych osobom zakwalifikowanym do programu. Odpowiednia profilaktyka depresji powinna przyczynić się do zmniejszenia nakładów finansowych związanych z leczeniem zbyt późno zdiagnozowanej choroby oraz poprawy indywidualnej jakości życia osób objętych ryzykiem zachorowania na depresję. Realizacja Programu przewidziana jest do 2023 r. Jednocześnie, zagadnienia dotyczące zdrowia psychicznego, w tym diagnozowania depresji u kobiet ciężarnych i depresji poporodowej były elementem pilotażowych szkoleń personelu medycznego z realizacji nowego standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej. Szkolenia zostały przeprowadzone w ramach Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016-2020 w okresie październik-grudzień 2018 r. Swoim zasięgiem objęły województwa: mazowieckie i łódzkie. Głównym ich celem było podniesienie

kompetencji kadry medycznej uczestniczącej w realizacji opieki okołoporodowej, w tym pracowników oddziałów ginekologiczno-położniczych i neonatologicznych, pracowników POZ i AOS oraz zapoznanie ich z nowym standardem opieki okołoporodowej. Łącznie w szkoleniach uczestniczyło ponad tysiąc osób. Planuje się kontynuację szkoleń w 2019 r. Ponadto wszelkie działania służące korekcie zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania oraz usuwaniu przyczyn i objawów tych zaburzeń, są realizowane w ramach świadczeń zdrowotnych wynikających z *rozporządzenia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień (Dz. U. poz.1386)*. W zależności od potrzeb i stanu pacjenta leczenie jest prowadzone w warunkach stacjonarnych, dziennych lub ambulatoryjnych. Jednocześnie należy zauważyć, iż do lekarza psychiatry nie jest wymagane skierowanie od lekarza ubezpieczenia zdrowotnego.

Z poważaniem

Justyna Mieszalska

Dyrektor

/dokument podpisany elektronicznie/