

RAPORT

Monitoring wdrażania nowych standardów okołoporodowych w wybranych placówkach położniczych województwa mazowieckiego



Fundacja
Rodzić po Ludzku

RAPORT

Monitoring wdrażania nowych standardów okołoporodowych w wybranych placówkach położniczych województwa mazowieckiego

Monitoring wybranych wytycznych 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 i opieki nad noworodkiem (Dz.U. z 2012 r. poz.1100)



Fundacja
Rodzić po Ludzku

Opracowanie: Barbara Baranowska, Urszula Kubicka-Kraszyńska, Agnieszka Tymińska
Redakcja: Urszula Kubicka-Kraszyńska
Korekta: Agnieszka Mąkolska
Projekt graficzny i skład: Krzysztof Kubicki

Warszawa 2013
© Copyright by Fundacja Rodzić po Ludzku
ISBN 978-83-60971-20-8



Fundacja Rodzić po Ludzku
00-150 Warszawa, ul. Nowolipie 13/15
tel. (022) 887 78 76
www.rodzicpoludzku.pl
fundacja@rodzicpoludzku.pl

Podziękowanie

Chcemy serdecznie podziękować: ankieterkom, bez których wyjątkowego zaangażowania i doskonałej współpracy realizacja monitoringu nie byłaby możliwa, wszystkim lekarzom, położnym i pielęgniarcom, którzy podzielili się z nami swoimi obserwacjami i doświadczeniami związanymi z realizowaniem opieki nad matką i dzieckiem oraz kobietom – pacjentkom badanych szpitali.



FUNDACJA
BATOREGO

Publikacja zrealizowana z środków otrzymanych
od Fundacji im. Stefana Batorego w ramach
programu Demokracja w Działaniu

Spis treści

1. Wstęp	8
1.1. Cel monitoringu	
1.2. Uzasadnienie podjęcia monitoringu	
1.3. Metodologia	
2. Główne wnioski	10
2.1. Realizacja standardów	
2.2. Współpraca i podział kompetencji	
3. Wyniki monitoringu	12
3.1. Stosunek personelu medycznego do standardów	
3.1.1. Ordynatorzy położnictwa	
3.1.2. Ordynatorzy neonatologii	
3.1.3. Oddziały	
3.2. Działania i zmiany	
3.2.1. Podjęte działania	
3.2.2. Wprowadzone zmiany	
3.3. Realizacja wybranych wytycznych Rozporządzenia	
3.3.1. Postanowienia ogólne	
3.3.2. Plan opieki przedporodowej i plan porodu	
3.3.3. Postępowanie w trakcie porodu	
3.3.4. Strategie uśmierzania bólu podczas porodu	
3.3.5. Postępowanie w I okresie porodu	
3.3.6. Postępowanie w II okresie porodu	
3.3.7. Postępowanie w III okresie porodu	
3.3.8. Postępowanie w IV okresie porodu	
3.3.9. Opieka nad noworodkiem	
4. Zdiagnozowane bariery	29
4.1. Bariery w opinii personelu	
4.2. Nieznajomość Rozporządzenia wśród personelu i kobiet	
4.3. Brak wiedzy i brak szkoleń	
4.4. Brak systemu nagród i kar	
5. Dobre praktyki	32
6. Rekomendacje	33

1. Wstęp

1.1. Cel monitoringu

Celem przeprowadzonego monitoringu było zbadanie, w jakim stopniu rozporządzenie 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 i opieki nad noworodkiem jest realizowane w oddziałach położniczych i neonatologicznych, a następnie zdiagnozowanie obszarów, w których proces ten napotyka na przeszkody lub bariery. Ponadto celem monitoringu było także zidentyfikowanie i przedstawienie „dobrych praktyk” zaobserwowanych w oddziałach.

Standardy te zostały wprowadzone rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 23 września 2010 r. (z terminem wejścia w życie 8 kwietnia 2011 r.), a następnie znowelizowane (w celu dostosowania do nowych uregulowań prawnych) 20 września 2012 r. (Dz.U. z 2012 r., poz. 1100).

W dalszej części raportu dla Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 września 2012 r. w sprawie standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, połogu i opieki nad noworodkiem (Dz.U. z 2012 r., poz. 1100) będą stosowane wymiennie określenia: „standardy”, „Rozporządzenie” lub skrót „r.s.o.”.

Monitoring dotyczył tych wytycznych standardów, które odnoszą się do praw pacjenta, podmiotowej roli kobiety w porodzie (respektowanie jej woli i potrzeb), procedur położniczych wynikających ze stosowania zasad EBM (*Evidence Based Medicine*, medycyna oparta na dowodach naukowych), takich jak pozycje wertikalne, strategie uśmierzania bólu, nieingerowanie w przebieg porodu bez widocznych wskazań medycznych, kontakt matki z dzieckiem „skóra do skóry” bezpośrednio po porodzie.

1.2. Uzasadnienie podjęcia monitoringu

W swoich działaniach rzeczniczych, opierając się na wynikach przeprowadzanych badań jakości opieki okołoporodowej w Polsce, Fundacja Rodzić po Ludzku wielokrotnie podnosiła konieczność ujednoczenia opieki nad matką i dzieckiem realizowanej w poszczególnych placówkach. Postulowała poprawę jej jakości poprzez wprowadzenie standardów obowiązujących w każdej placówce. Standardy takie powinny odpowiadać potrzebom kobiet, respektować prawa pacjenta oraz spełniać wymogi medycyny opartej na dowodach naukowych. Działania podejmowane przez Fundację, wspierane przez Rzecznika Praw Obywatelskich, przyczyniły się do powołania w 2007 r. przez Ministra Zdrowia interdyscyplinarnego zespołu, którego zadaniem było opracowanie standardów opieki okołoporodowej. W pracach zespołu brali udział reprezentanci ginekologów-położników, neonatologów, położnych, NFZ, Ministerstwa Zdrowia, a także działaczki Fundacji Rodzić po Ludzku jako przedstawicielki strony społecznej. Opracowany przez zespół dokument został przedstawiony kierownictwu Ministerstwa Zdrowia i na jego podstawie Ministerstwo Zdrowia opracowało obowiązujące w dzisiejszym kształcie Rozporządzenie. Minister Zdrowia uzasadniając wprowadzenie tego dokumentu określił jego cele jako: „uzyskanie dobrego stanu zdrowia matki i dziecka, przy ograniczeniu do niezbędnego minimum interwencji medycznych”¹.

Standardy opieki okołoporodowej mają bezpośredni związek z sytuacją kobiet – pacjentek korzystających z opieki okołoporodowej finansowanej ze środków publicznych i realizują konstytucyjny obowiązek zapewnienia matce i dziecku szczególnej opieki (art. 68 Konstytucji RP).

Jednym z zadań Fundacji Rodzić po Ludzku jest monitorowanie działań instytucji publicznych, m.in. szpitali, dlatego też niezwykle istotne jest zbadanie stopnia przestrzegania przez nie Rozporządzenia w sprawie standardów opieki okołoporodowej. Monitoring został przeprowadzony 18 miesięcy od momentu rozpoczęcia obowiązywania nowych standardów, więc po czasie, w którym możliwa była implementacja nowych regulacji prawnych w oddziałach.

1.3. Metodologia

Etap badawczy monitoringu został przeprowadzony w okresie od 23.10.2012 r. do 7.12.2012 r. Badaniem objętych zostało 10 szpitali (20 oddziałów), z których jeden to jednostka jednoprofiliowa (szpital położniczo-ginekologiczny), pozostałe zaś to szpitale wieloprofilowe. Badaniem objęto placówki posiadające I (8) i II (2) stopień referencyjności, ponieważ do takich placówek najczęściej udają się kobiety w ciąży fizjologicznej. Badanie realizowane było przez zespół 10 ankieterek przeszkolonych z zasad prowadzenia monitoringu, a także, ze względu na charakter pracy zawodowej, posiadających wiedzę o opiece okołoporodowej. Każdą placówkę odwiedziły 2 ankieterki, które przeprowadziły wywiady kwestionariuszowe z ordynatorami oddziału położniczego i noworodkowego/neonatologicznego, położnymi oddziałowymi obu tych oddziałów, położnymi z traktu/bloku porodowego oraz matkami, które przebywały na oddziałach po porodzie. Ankieterki każdorazowo wypełniały także arkusze obserwacyjne dotyczące organizacji przestrzennej oddziałów, wyposażenia sal, zachowania personelu.

Monitoring został przeprowadzony dzięki wsparciu Fundacji im. Stefana Batorego, w ramach programu „Demokracja w działaniu”.

Ministerstwo Zdrowia poparło działania Fundacji przekazując list do dyrektorów szpitali z prośbą o umożliwienie przeprowadzenia monitoringu w kierowanych przez nich placówkach.

Pomimo uzyskanej wcześniej zgody na przeprowadzenie monitoringu oraz uzgodnienia terminów rozmów ankieterek z ordynatorami, dwóch ordynatorów oddziałów położniczych nie udzieliło wywiadów (jeden wziął urlop w umówionym terminie wizyty ankieterek, drugi w trakcie wizyty ankieterek wymówił się pracą poza szpitalem i wyszedł). Kolejny z ordynatorów nie zgodził się na nagrywanie. Dwóch innych ordynatorów oddziałów położniczych zgodziło się na wywiad, ale pod warunkiem obecności także oddziałowych położnych, co, jak się okazało, wynikało z konieczności wspierania się ich wiedzą w kwestii standardów - w trakcie wywiadu zwracali się do nich o pomoc: „weź mi pomóż” czy: „całego rozporządzenia to już nie pamiętam na pamięć, jak to wyglądało (...)”.

W jednym ze szpitali dyrekcja zabroniła ankietekom nagrywania wywiadów z personelem.

Podawane są różne liczby ankietowanych matek, co wynika z faktu, iż niektóre z nich miały wykonane cesarskie cięcie, w związku z tym nie mogły odpowiedzieć na wszystkie pytania, inne nie знаły odpowiedzi, jedna odpowiedziała tylko na kilka pierwszych pytań i zrezygnowała z dalszego wywiadu.

¹ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 września 2012 r. w sprawie standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, połogu i opieki nad noworodkiem (Dz.U. z 2012 r., poz. 1100) cz I, pkt 1.

2. Główne wnioski

Główne wnioski z przeprowadzonego monitoringu mieszczą się w dwóch obszarach. Jeden odnosi się bezpośrednio do realizowania wytycznych samego Rozporządzenia, drugi do obszaru współpracy między personelem oddziałów położniczych i neonatologicznych, a także zależności hierarchicznych i podziału kompetencji.

2.1. Realizacja standardów

- ▶ Standardy opieki okołoporodowej zapisane w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 20 września 2012 r. nie zostały w pełni wdrożone w żadnej z monitorowanych placówek.
- ▶ Standardy nie są traktowane jako obowiązujące prawo. W większości monitorowanych szpitali nie podejmuje się nawet prób ich wdrażania (jeżeli dokonują się jakieś zmiany, są one częściowe i niesformalizowane – nie są to zmiany systemowe, ale wynikające z indywidualnych posunięć i decyzji poszczególnych osób).
- ▶ Najstabszą znajomość standardów wykazują osoby odpowiedzialne za ich wdrażanie, czyli ordynatorzy, przy czym ordynatorzy oddziałów neonatologicznych wykazują się nieco większą ich znajomością w porównaniu z ordynatorami oddziałów położniczych. Lepszą niż ordynatorzy znajomością standardów wykazują się położne oddziałowe.
- ▶ Znajomość standardów dotyczy przede wszystkim kwestii kontaktu „skóra do skóry” oraz – w mniejszym stopniu – stosowania podczas porodu pozycji wertykalnych i korzystania z prysznicza jako metody relaksacji w wodzie.
- ▶ Personel (szczególnie położne, ponieważ to one *de facto* sprawują opiekę nad kobietą w trakcie porodu) stosuje procedury o dowiedzionym szkodliwym/niekorzystnym działaniu (zwłaszcza rutynowe nacinanie krocza, przebijanie pęcherza płodowego, parcie kierowane czy pozycja na wznak w trakcie parcia), nie mając tego świadomości. Personel nie został przeszkolony i nie zna innych metod przyjmowania porodów niż stosowane dotychczas. Nie zna zasad opieki nad kobietą rodzącą zgodnych z zasadami EBM, w oparciu o które zostały skonstruowane standardy.
- ▶ Szpitale nie tworzą warunków dla podnoszenia kompetencji zawodowych położnych: nie finansują ani nie współfinansują szkoleń, a w przypadku ewentualnych wyjazdów na szkolenia położne wykorzystują w tym celu urlopy wypoczynkowe.
- ▶ Punkt I.2.7. standardów definiujący pojęcie osoby sprawującej opiekę jest najmniej zrozumiały ze wszystkich wytycznych Rozporządzenia i w żadnym ze szpitali nie podejmuje się prób jego wdrożenia.
- ▶ Ograniczenia finansowe powodują, że na traktach porodowych brakuje położnych, nie pozwalają także poprawić złych warunków lokalowych, takich jak: wielostanowiskowe trakty porodowe, brak pojedynczych sal do porodu, niewystarczająca liczba łazienek z prysznicem, brak wanien na salach porodowych.
- ▶ W badanych placówkach zawarta w standardach zasada podmiotowej roli kobiety w procesie porodu, respektowanie jej woli, życzeń i potrzeb, realizowana jest w stopniu niewielkim lub w ogóle.
- ▶ Podczas monitoringu odnotowano wiele naruszeń praw pacjenta, dotyczących przede wszystkim nierespektowania prawa kobiety do pełnej informacji, do wyrażenia świadomej zgody lub odmowy – w szczególności w odniesieniu do zabiegów medycznych i interwencji podczas porodu, a także poszanowania godności i intymności.
- ▶ Na podstawie zebranego materiału badawczego nie można sformułować wniosków dotyczących opinii kobiet – pacjentek o standardach, ponieważ stwierdzono, że przepisy nowego rozporządzenia są im w większości nieznane.

2.2. Współpraca i podział kompetencji

- ▶ W większości szpitali istnieje wyraźny konflikt pomiędzy personelem oddziałów położniczych i neonatologicznych. Wdrożenie standardów wymaga bardzo dużej reorganizacji obu oddziałów i innego niż dotychczasowy podziału kompetencji. Obowiązujący podział kompetencji jest jednak bardzo ściśle przestrzegany i zmiana tej sytuacji jest niewyobrażalna dla personelu. Formalne oddzielenie opieki nad matką od opieki nad dzieckiem (kobieta jest pacjentką oddziału położniczego, noworodek – neonatologicznego) powoduje konkurencyjność między oddziałami w miejsce współpracy i współdziałania.
- ▶ Położne mają niskie poczucie własnej wartości zawodowej. Nie wykorzystują danej im ustawowo samodzielności w obawie przed ponoszeniem odpowiedzialności. Niepewność co do swoich umiejętności powoduje, że nie tylko zgadzają się na to, aby lekarze wkraczali w ich kompetencje, ale wręcz dla poczucia własnego bezpieczeństwa potrzebują obecności lekarza w sytuacjach tego niewymagających. Tymczasem standardy określają położną jako specjalistkę uprawnioną do samodzielnego sprawowania opieki nad kobietą w porodzie fizjologicznym. Część położnych przyznaje, że podczas fizjologicznego porodu lekarz jest niepotrzebny, ponieważ jego rola sprowadza się do zszycia krocza².

² Według Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 7 listopada 2007 r. w sprawie rodzaju i zakresu świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych udzielanych przez pielęgniarkę albo położną samodzielnie bez zlecenia lekarskiego (Dz.U. Nr 210, poz. 1540, par. 6.1.) „Położna jest uprawniona do wykonywania samodzielnie: (...) 3) świadczeń leczniczych obejmujących: (...) c) nacięcie, znieczulenie miejscowe i szycie krocza naciętego oraz pękniętego I° według obowiązujących standardów postępowania”.

3. Wyniki monitoringu

3.1. Stosunek personelu medycznego do standardów

- ▶ Stosunek większości osób z personelu medycznego oddziałów położniczych i neonatologicznych do Rozporządzenia jest negatywny. Krytyka przejawia się na dwa sposoby. Jeden z nich odnosi się do zapisów Rozporządzenia jako takich, drugi polega na wskazywaniu trudności, które nie dają szansy na jego realizację. To, w jaki sposób nowe standardy są oceniane zależy od zajmowanego przez respondenta stanowiska i od oddziału, w którym pracuje.
- ▶ Ani lekarze, ani położne i pielęgniarki nie postrzegają standardów jako narzędzia, które może spowodować pozytywne zmiany w opiece okołoporodowej, korzystne także dla personelu sprawującego tę opiekę.
- ▶ Standardy traktowane są jako próba ograniczania lub zmiany uprawnień personelu i ingerencja w sprawnie funkcjonujący system, w którym każdy ma swoje określone miejsce.
- ▶ Według personelu beneficjentkami standardów są przede wszystkim kobiety, ale korzyści wynikające dla nich ograniczają się jedynie do uzyskania kolejnego narzędzia pomocnego w egzekwowaniu praw pacjenta.
- ▶ Odpowiedzi części personelu sugerują, że wielu ordynatorów i położnych nie odróżnia Rozporządzenia od innych zaleceń i standardów odnoszących się do kwestii związanych ze sprawowaniem opieki nad kobietą rodzącą i jej dzieckiem. Rozporządzenie najczęściej mylone jest z wymogami koniecznymi dla otrzymania przez szpital tytułu Szpitala Przyjaznego Dziecku oraz z akcjami prowadzonymi przez Fundację Rodzić po Ludzku.

3.1.1. Ordynatorzy położnictwa

Przeprowadzono wywiady z ośmioma ordynatorami i jednym lekarzem zastępującym ordynatora. Pięciu z nich już w początkowej fazie wywiadu zdecydowanie negatywnie odniosło się do standardu: „jest niepotrzebny”, „nie wszystko musi być usankcjonowane jakimiś rozporządzeniami i wytycznymi (...)”. Czterech pozostałych na początku wywiadu zadeklarowało pozytywne nastawienie: „było potrzebne wprowadzenie tej nowej regulacji”, „to bardzo dobra rzecz, bo ona systematyzuje (...)”, „każde rozporządzenie, które powoduje to, że ten aspekt macierzyństwa może być lepiej realizowany jest dobre”. W trakcie dalszej rozmowy okazywało się jednak, że są to jedynie deklaracje, ponieważ poszczególne punkty standardu były krytykowane i traktowane z lekceważeniem. Szczególnie odnosiło się to do zapisu dotyczącego planu porodu: „po co jest plan porodu (...), rozmowy nie zastąpi”, „przepisała sobie plan jakiś taki nie wiem skąd (...), chciała wszystko sama, sama, sama (...)”.

Takie wypowiedzi ordynatorów świadczą o braku zrozumienia dla idei wprowadzenia Rozporządzenia. Nie jest ono postrzegane jako działanie nadające polskiemu położnictwu kierunek zgodny ze światowymi trendami, uwzględniającymi aktualne wyniki badań naukowych (co było ideą jego pomysłodawców i twórców). Świadczą o tym także wypowiedzi takie jak ta: „jest tam sporo idiotyzmów, za dużo może pacjentka ingerować w poród”.

3.1.2. Ordynatorzy neonatologii

Ordynatorzy oddziałów neonatologicznych mają również krytyczny stosunek do standardów. Zastrzeżenia są bardziej konkretne i odnoszą się raczej do trudności w realizowaniu zaleceń standardu w istniejących warunkach lokalowo-organizacyjnych niż do samych jego założeń: „to fikcja jest dla nas (...), my robimy taki swój standard (...) w tych warunkach, jakimi dysponujemy”. Według jednej z ordynatorek Rozporządzenie jest „ładnie napisane”, ale nie dla przeciętnego szpitala, a jedynie dla takiego, w którym „działa indywidualna

położna”, czyli tylko tam, gdzie rodzica może wykupić usługi położnej, ponieważ tylko w takiej sytuacji cały poród będzie prowadzony przez jedną położną.

Dla innej szefowej oddziału neonatologicznego wytyczne standardów powodują problem natury ambicjonalnej. Ma wrażenie, że jej rola w porodzie przestała być ważna: „no, do czego my jesteśmy potrzebni (...), taka forma (...) odrzucenia nas (...), pozostaje ten poród i generalnie ten pierwszy moment (...) ważenia, mierzenia, oceny itd. zostaje gdzieś przesunięty na późniejszy czas”.

Podobnie jak ordynatorzy położnictwa, także i ta grupa personelu postrzega standardy jedynie jako wymóg wprowadzenia pewnych zmian organizacyjno-kompetencyjnych. Nie dostrzega w nim narzędzia, którego efektem może być zwiększenie satysfakcji z porodu – zarówno u personelu z ich pracy, jak i u kobiet z doświadczenia narodzin dziecka. W tej sytuacji pozytywnie wyróżnia się opinia wyrażona przez jedną z pań ordynatorek: „jest dobry, dlatego że matka może osiągnąć pełnię kontaktu z noworodkiem (...)”.

3.1.3. Oddziałowe

Stosunek oddziałowych obu typów oddziałów, zarówno położnictwa, jak i neonatologii, do nowej regulacji jest negatywny.

Większość jednak nie krytykuje standardów w sposób bezpośredni. Odwołuje się jedynie do różnego rodzaju barier w ich realizacji: „trzeba (...) zmienić (...) mentalność matek” czy: „żeby więcej personelu było, [ponieważ] ta dokumentacja (...) przerasta”.

Krytykowany jest szczególnie wymóg dwugodzinnego kontaktu „skóra do skóry”. W jednym wypadku jest to bezpośrednia krytyka: „co mi się nie podoba najbardziej (...) wymóg (...) dwugodzinnego leżenia dziecka na matce (...)”, oddziałowa położnictwa uzasadnia to troską o kobietę: „matka jest zmęczona (...), ona nie chce [zajmować się dzieckiem]”. Inna wypowiada się w podobnym tonie: „uważam, że (...) te dwie godziny... nie możemy popadać ze skrajności w skrajność”.

Jedna z oddziałowych neonatologii uważa natomiast, że w warunkach, w jakich położne i pielęgniarki muszą pracować (braki personelu i trudności lokalowe) zapis taki stwarza zagrożenie dla dziecka: „2 godziny (...) musi być na mamie (...), ja to popieram, ale to jest zagrożenie bezpieczeństwa”, ponieważ „jest mało pracowników” i nie ma nikogo, kto mógłby przez dwie godziny prowadzić obserwację pierwszego kontaktu.

W tej grupie personelu respondenci odnoszą się przede wszystkim do zmian organizacyjnych, które wynikają ze standardów. Żadna z respondentek nie odniosła się do punktu mówiącego o możliwości samodzielnego prowadzenia ciąży i porodu. Nikt nie skomentował możliwości zawodowych i wizerunkowych, jakie daje ten akt prawny położnym.

3.2. Działania i zmiany

- ▶ W większości szpitali standardy zostały potraktowane z lekceważeniem przez osoby odpowiedzialne za organizację pracy oddziałów. W połowie szpitali nie podjęto w ogóle działań mających na celu zapoznanie personelu z wytycznymi Rozporządzenia.
- ▶ W kilku jednostkach (w 3 z 10 monitorowanych szpitali) została zwrócona uwaga na konieczność zmiany zasad współpracy oddziału położniczego i neonatologicznego po wejściu standardów w życie. Zmiana ta powinna polegać na ściślejszej współpracy lub nawet połączeniu tych oddziałów. Nie podjęto jednak żadnych konkretnych działań w tym kierunku.
- ▶ Jeżeli dokonywane są jakieś zmiany, są one nieformalne. Żaden z monitorowanych szpitali nie wprowadził formalnych zmian w organizacji swoich oddziałów po wejściu w życie Rozporządzenia.

- Ordynatorzy i położne oddziałowe deklarują, że standardy nie mają szczególnego wpływu na ich pracę, ponieważ oddziały „pracowały i pracują według zaleceń standardu” i tylko w kilku wypadkach konieczne były jedynie pewne korekty.
- W jednym oddziale przeszkolono z resuscytacji pielęgniarki noworodkowe. Jednak, stosując wymogi standardu dosłownie, takim szkoleniem powinny zostać objęte położne. W żadnym z pozostałych szpitali personel nie został przeszkolony w kierunku wymogów wynikających z Rozporządzenia, na przykład przyjmowania porodu w pozycjach wertykalnych.

3.2.1. Podjęte działania

Działania mające na celu zapoznanie personelu medycznego z zapisami Rozporządzenia w większości przypadków ograniczyły się do przekazania kopii Rozporządzenia do każdego oddziału. Na niektórych oddziałach przekazano informacje dalej podczas codziennych odpraw. W dwóch oddziałach neonatologicznych odbyły się zebrania poświęcone standardowi, w jednym Rozporządzenie zostało skopiowane i każda osoba z personelu je otrzymała, w innym natomiast trzeba było złożyć podpis w kadrach, że dokument został przeczytany. We wszystkich oddziałach respondenci deklarują, że rozmowy na temat standardów prowadzone były i są na bieżąco, na odprawach. Z wywiadów nie wynika, aby w którymś szpitalu odbyło się spotkanie ordynatorów obu oddziałów, na którym ustalono by plan wdrażania nowych przepisów.

Podjęte działania, które miały na celu poinformowanie personelu o nowym Rozporządzeniu można ocenić jako nieliczne i mało skuteczne.

3.2.2. Wprowadzone zmiany

- Pomimo małego nacisku na zapoznanie personelu ze standardami i zastosowanie się do nich oraz wbrew deklaracjom, że nie było potrzeby takich zmian, w połowie szpitali dokonały się zmiany wynikające ze standardów. Objęły one przede wszystkim oddziały neonatologiczne i dotyczyły wprowadzenia kontaktu „skóra do skóry”.

Zmiana polega na wprowadzeniu lub wydłużeniu pierwszego kontaktu. Jeden z ordynatorów neonatologii potwierdza: „Przed tym to nie kładliśmy dziecka na brzuch. Natomiast jak weszło rozporządzenie (...), no to staramy się jednak zdrowe dzieci, wszystkie dzieci kłaść na brzuch.”, inny przyznaje: „kontakt „skóra do skóry” został wydłużony”.

Na jednym z oddziałów nie ma już obowiązku obecności lekarza neonatologa przy porodzie fizjologicznym i została zmieniona dokumentacja noworodkowa. W innym szpitalu podejmowane są próby przejęcia opieki nad noworodkiem po porodzie przez położne odcinka porodowego. System ten nie funkcjonuje jeszcze w pełni, ale personel deklaruje, że „się tego uczą”. W planach jest także zrezygnowanie z każdorazowej obecności lekarza ginekologa/położnika w trakcie II okresu porodu oraz z dokonywania oceny w skali Apgar przez pielęgniarki neonatologiczne. Pozostaje to w sferze deklaracji, niemniej jest to jedyna placówka, w której personel w ogóle porusza te kwestie.

W oddziałach, w których nie podjęto nawet próby wprowadzenia zmian personel argumentuje ten fakt praktykowaniem wytycznych Rozporządzenia przed jego wejściem w życie: „to, co jest zawarte tam, to my już dawno stosujemy”.

W jednym ze szpitali nie próbowano tłumaczyć się w żaden sposób, stwierdzając wprost: „ustaliliśmy (...), że nie będziemy wdrażać tych standardów”.

Wydaje się, że personel nie traktuje Rozporządzenia jako obowiązującego aktu prawnego, pomimo iż: „Rozporządzenie w sprawie standardów postępowania medycznego jest niewątpliwie standardem medycznym o charakterze normatywnym, częścią systemu powszechnie obowiązującego prawa.”³ W konsekwencji ewentualne zmiany wprowadzane w oddziałach zależą od indywidualnego nastawienia personelu i są dokonywane nieformalnie.

3.3. Realizacja wybranych wytycznych Rozporządzenia

3.3.1. Postanowienia ogólne

Standardy wprowadzają pojęcie „osoby sprawującej opiekę”. Jest to: *lekarz specjalista w dziedzinie położnictwa i ginekologii, lekarz ze specjalizacją I stopnia w dziedzinie położnictwa i ginekologii, lekarz w trakcie specjalizacji w dziedzinie położnictwa i ginekologii lub położna, sprawujący odpowiednio opiekę nad ciężarną, rodzącą, położnicą i noworodkiem – odpowiedzialni za prowadzenie porodu fizjologicznego* (r.s.o., cz. I, pkt 2, ppkt 7);

- ▶ W żadnym z badanych szpitali nie podjęto próby realizacji wytycznych standardów dotyczących funkcji „osoby sprawującej opiekę”. W żadnym ze szpitali nie potrafiono wskazać takiej osoby. Opiekę nad rodzącą zawsze pełni kilka osób, ponadto osoby te mogą zmieniać się w trakcie porodu.
- ▶ Zapis dotyczący „osoby sprawującej opiekę” wydaje się jednym z najbardziej niezrozumianych i trudnych do wdrożenia punktów całego Rozporządzenia. W wywiadach powtarza się sugestia, że taką osobą powinna być położna.

Jeden z ordynatorów położnictwa zapytany o to, jak rozumie pojęcie „osoby sprawującej opiekę” nie kryje swoich wątpliwości: „czytałem i tak się zastanawiałem, o co tu autorowi chodziło (...)”. Niektórzy wskazują, że funkcję osoby sprawującej opiekę pełni położna przyjmująca poród, ale tylko do momentu narodzin dziecka: „położna, która zajmuje się pacjentką od przyjścia do ukończenia porodu”. Przeważają jednak opinie, że taka funkcja nie jest możliwa w warunkach szpitalnych, ponieważ kobietą i dzieckiem zajmuje się zespół osób wykonujących różne zawody medyczne: „położna i położnik (...) to nie jest jedna osoba”, a po porodzie „przychodzi zespół noworodkowy, oni [położna i położnik] zajmują się kobietą, a my [neonatologia] dzieckiem”. Czasami rolę osoby sprawującej opiekę pełnią trzy osoby równocześnie: „taka trójca (...), położnik i położna, i pediatra.”

Nawet na tych oddziałach, gdzie położne przyjmujące poród zajmują się dzieckiem podczas pobytu położnicy na trakcie porodowym (2), to lekarz neonatolog lub pielęgniarki neonatologiczne dokonują oceny w skali Apgar, mierzą, ważą i ubierają noworodka.

W dokumentacji medycznej należy odnotować dzień i godzinę objęcia kobiety lub noworodka opieką i zakończenia jej sprawowania, z adnotacją o świadczeniodawcy, który tę opiekę przejmuje, zawierającą jego dane, chyba że kobieta lub jej przedstawiciel ustawowy nie podjęli jeszcze decyzji w tym zakresie (r.s.o., cz. I, pkt 5);

- ▶ Ten punkt nie jest realizowany w żadnej z monitorowanych placówek. Nawet w tych kilku sytuacjach, w których dokumenty są wysyłane do przychodni, a nie przekazywane matce przy wyjściu ze szpitala, nie odnotowuje się informacji, kto przejmuje opiekę.
- ▶ Matki nie zgłaszają konkretnych osób, które przejmą nad nią i dzieckiem opiekę w okresie połogu.

W większości szpitali (w 6 na 10) dokumenty wypisowe matka dostaje do ręki z informacją, że powinna je przekazać do poradni, która będzie sprawować opiekę nad dzieckiem. W kilku szpitalach (3) na wypisie dziecka ze szpitala zaznacza się dzień i godzinę. Nie praktykuje się wpisywania takich danych na wypisach kobiet.

Kilka innych szpitali (3) przesyła dokumentację dziecka do ośrodków zdrowia wskazanych przez matki lub według adresów zamieszkania.

W jednym ze szpitali położne środowiskowe same przychodzą do szpitala i odbierają dokumenty. Do innego dzwonią przedstawiciele jednej z okolicznych przychodni z prośbą o informację, czy zostały wypisane pacjentki z ich rejonu.

Realizacja praw pacjenta w przypadku sprawowania opieki nad kobietą w okresie ciąży, porodu i połogu polega w szczególności na: respektowaniu jej prawa do świadomego udziału w podejmowaniu decyzji związanych z porodem, obejmujących zakres podejmowanych działań i stosowanych procedur medycznych (r.s.o., cz. I, pkt 12, ppkt 1);

- ▶ Kobiety podpisują ogólną zgodę podczas przyjęcia do szpitala. Najczęściej nie wiedzą, jakich zabiegów zgoda ta dotyczy.
- ▶ Pacjentki nie są pytane o zgodę na wykonanie poszczególnych zabiegów.
- ▶ Zamiar podania leków, przebicia pęcherza płodowego czy nacięcia krocza jest rodzajem komunikowany (bez pytania o zgodę), a czasami czynności te wykonywane są bez przekazania żadnych informacji.
- ▶ Golenie krocza i wykonywanie lewatywy są jedynymi procedurami, których w zdecydowanej większości szpitali nie wykonuje się bez uzyskania zgody rodzających.

Większość kobiet podpisując formularz zgody podczas przyjmowania do szpitala nie wie, jakie podpisuje dokumenty i na co wyraża zgodę. Na 31 zapytanych matek 18 nie wiedziało, na jakie zabiegi udzieliło swojej zgody, 13 potrafiło powiedzieć, co podpisywały, choć jednocześnie deklarowały, że pamiętają tylko częściowo – były to: zgoda na przyjęcie do szpitala, zgoda na cięcie cesarskie, na nacięcie krocza, na szczepienie dziecka.

Spośród respondentek, u których został przebit pęcherz płodowy żadna nie została zapytana o zgodę. Kobiety te zostały jedynie poinformowane, że taki zabieg będzie wykonany.

Podobne zachowania można zaobserwować w sytuacji nacinania krocza – z zasady kobiety nie są pytane o zgodę na nacięcie. W jednym ze szpitali położna deklaruje, że konsultuje tę decyzję z rodzącą informując ją, że gdy krocze nie zostanie nacięte, to pęknie i szycie będzie trwało dłużej. Trudno uznać wyrażoną w takich okolicznościach zgodę za respektowanie prawa rodzącej do podjęcia decyzji i świadomego wyrażenia zgody na zabieg medyczny⁴. Jedna kobieta na 26 ankietowanych poprosiła o ochronę krocza i zostało to uwzględnione.

Golenie krocza wykonywane jest rzadko, ponieważ większość kobiet zgłaszających się do szpitala nie wymaga usuwania owłosienia. Lewatywa nie jest wykonywana rutynowo i wykonuje się ją na prośbę pacjentki lub na skutek sugestii personelu. Jednak na ten zabieg personel uzyskuje za każdym razem zgodę kobiety.

Standardy wprowadzają: *możliwość wyboru osoby sprawującej opiekę spośród osób uprawnionych do jej sprawowania, z uwzględnieniem zasad organizacyjnych obowiązujących w miejscu udzielania świadczenia, określonych w regulaminie organizacyjnym podmiotu wykonującego działalność leczniczą* (r.s.o., cz. I, pkt 12, ppkt 3);

- ▶ Podczas monitoringu trudno było zweryfikować przestrzeganie tego zapisu. Personel deklaruje, że wybór osoby sprawującej opiekę jest możliwy (przy czym nie chodzi tutaj o możliwość wynajęcia do porodu indywi-

⁴ Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U. z 2009 r. Nr 52, poz. 417), rozdz. 3 Prawo do informacji, rozdz. 5 Prawo do wyrażania zgody na udzielanie świadczeń zdrowotnych.

dualnej opieki położnej za dodatkową opłatą, tylko o wybór spośród osób aktualnie pracujących na dyżurze), natomiast ankietowane kobiety nie wyrażały takich chęci ani potrzeby. Jednocześnie w niektórych placówkach na dyżurze jest tylko jedna położna i realizowanie tego zapisu jest z zasady niemożliwe.

Z badania ankietowego kobiet przebywających w oddziałach położniczych wynika, że nie wiedzą o takiej możliwości wyboru, ale też nie czują potrzeby wybierania osoby do porodu. Tylko 6 spośród 30 zapytanych o to matek przyznało, że miały taką możliwość i z niej skorzystały. W jednym ze szpitali wszystkie rodzące (3) poznały wcześniej położne (podczas poprzedniego porodu lub podczas ciąży), więc uznały, że dokonały wyboru.

3.3.2. Plan opieki przedporodowej i plan porodu

Plan opieki przedporodowej i plan porodu powinien być dołączany do dokumentacji medycznej. Osoba sprawująca opiekę przedporodową powinna przekazać ciężarnej kopię planu opieki przedporodowej (r.s.o., cz.IV, pkt 3);

► Tylko w połowie szpitali personel deklaruje, że plan porodu jest dołączany do dokumentacji medycznej.

W rzeczywistości bardzo niewielka liczba rodzących przychodzi do szpitala z planem porodu (średnio według personelu były to 2 - 3 kobiety w każdym ze szpitali w ciągu półtora roku). Jedynym wyjątkiem jest szpital, w którym wg opinii personelu ok. 20% kobiet przychodzi z planem porodu.

W 4 z 10 placówek personel szpitali zadeklarował, iż plan porodu jest dołączany do dokumentacji medycznej, w 4 kolejnych, że nie jest. W jednej placówce pojawiły się sprzeczne opinie: według ordynatora położnictwa nie jest, a według oddziałowej położnictwa jest. W jednym szpitalu w ogóle nie udzielono odpowiedzi.

Większość kobiet przychodząc do szpitala nie ma przygotowanego planu porodu. Na 29 zapytanych o to kobiet, które przebywały na oddziałach położniczych, zaledwie 5 miało plan porodu.

Na podstawie wypowiedzi personelu odnosi się wrażenie, że plan porodu jest nowością (a nawet sensacją), która raczej nie jest dobrze oceniana, a jego idea nie jest zrozumiana.

Szczególnie ordynatorzy położnictwa prezentują wobec niego złe nastawienie. Świadczą o tym sformułowania typu: „plan to bzdury”, „po co jest plan porodu (...), rozmowy nie zastąpi”. Tylko jeden z ordynatorów odniósł się racjonalnie, a nie lekceważąco do planu porodu: „Jeszcze nie te czasy, żeby pacjentka była tak wyedukowana, żeby przychodziła z planem porodu”.

3.3.3. Postępowanie w trakcie porodu

Standardy stanowią, że: Rodzącą traktuje się z szacunkiem oraz umożliwia się jej branie udziału w podejmowaniu świadomych decyzji związanych z porodem. Osoby sprawujące opiekę powinny umieć nawiązać dobry kontakt z rodzącą i mieć świadomość, jak ważny jest ton rozmowy, ich postawa oraz słowa kierowane do rodzącej. Należy zapytać rodzącą o jej potrzeby i oczekiwania, a informacje w tym zakresie wykorzystać do wspierania i kierowania rodzącą podczas porodu (r.s.o., cz. V, pkt 1);

W celu nawiązania dobrego kontaktu z rodzącą osoby sprawujące opiekę oraz inne osoby uczestniczące bezpośrednio w udzielaniu świadczeń zdrowotnych w szczególności (r.s.o., cz. V, pkt 2):

witają ją osobiście, przedstawiają się i wyjaśniają swoją rolę w opiece nad nią (r.s.o., cz. V, pkt 2, ppkt 1);

► Przedstawianie się kobietom, nad którymi sprawuje się opiekę w trakcie porodu nie jest obowiązującym zwyczajem - jedynie połowa położnych przedstawia się.

Z 30 ankietowanych kobiet 15 odpowiedziało, że położne przedstawiły się.

prezentują spokojną i wzbudzającą zaufanie postawę (r.s.o., cz. V, pkt 2, ppkt 2);

► Prawie wszystkie ankietowane kobiety postrzegają położne, które opiekowały się nimi w trakcie porodu jako osoby godne zaufania i charakteryzujące się spokojem.

Na 30 ankietowanych kobiet 29 uznało, że położne prezentowały spokojną postawę, a 28 zadeklarowało, że położne wzbudzały u nich zaufanie.

szanują jej prywatność i poczucie intymności (r.s.o., cz. V, pkt 2, ppkt 3);

► Zdecydowana większość kobiet uważa, że podczas porodu była szanowana ich prywatność i poczucie intymności.

Z obserwacji ankieterek wynika jednak, że okoliczności, w jakich odbywały się porody nie zawsze zapewniały poszanowanie intymności. Wielokrotnie zaobserwowano, że fotel porodowy był ustawiony na wprost drzwi, przodem do nich, tak że ich otwarcie pozwalało osobom postronnym zobaczyć krocze kobiety rodzącej. Trakty porodowe nie zawsze miały zasłonięte okna. W jednym przypadku była możliwość obserwowania porodu nawet z ulicy. Także w szpitalach, w których były pojedyncze sale do porodów z korytarza traktu porodowego można było obserwować poród – przez nie całkiem ostonięte okna.

Na 30 ankietowanych kobiet 26 uznało, że ich poczucie prywatności i intymności było szanowane, 4 miały przeciwnie zdanie.

wspólnie czytają i omawiają plan porodu (r.s.o., cz. V, pkt 2, ppkt 4);

► Jest to dosyć trudny do zweryfikowania zapis, ponieważ na 30 ankietowanych kobiet jedynie 5 miało plan porodu (w tym 2 kobiety były z jednego szpitala, czyli w zaledwie 4 z 10 szpitali kobiety miały plan porodu).

Spośród 5 kobiet posiadających plan porodu został on omówiony jedynie z 2.

omawiają z rodzącą sposoby radzenia sobie z bólem (r.s.o., cz. V, pkt 2, ppkt 5);

- Omawianie sposobów radzenia sobie z bólem polega na proponowaniu w trakcie porodu dostępnych na oddziale metod, nie na ich omawianiu.

Na 27 ankietowanych kobiet z 19 omówiono sposoby radzenia sobie z bólem, przy czym w rozumieniu kobiet proponowanie dostępnych metod łagodzenia bólu traktowane jest jako ich „omawianie”.

każdorazowo uzyskują zgodę rodzącej na wykonanie wszelkich zabiegów i badań (r.s.o., cz. V, pkt 2, ppkt 6);

- W żadnym ze szpitali kobiety nie były każdorazowo pytane o zgodę na podawanie leków lub wykonywanie zabiegów. Regułą jest podpisywanie ogólnej zgody na Izbie Przyjęć, czasami podpisuje się tam również zgody na inne możliwe zabiegi (w relacji kobiet były to zgody na nacięcie krocza i cesarskie cięcie)⁵.

Na 29 ankietowanych matek 10 deklaruje, że pytano je o zgodę (z tego 8 stanowiły pacjentki dwóch szpitali), pozostałych 19 nie było pytanych. Jednocześnie jednak, kiedy zadawane jest bardziej precyzyjne pytanie o to, czy personel pytał o zgodę na wykonanie konkretnych czynności, takich jak: nacięcie krocza, przebicie pęcherza płodowego czy podanie leków, okazuje się, że pytanie o zgodę we wszystkich 10 przypadkach odnosiło się do czynności podania leków, a nie zgody na zabiegi. W miejsce pytania o zgodę na wykonywane zabiegi rodzice otrzymują informację, że dany zabieg zostanie wykonany.

udzielają informacji na temat sposobów wzywania pomocy (r.s.o., cz. V, pkt 2, ppkt 7);

- Obowiązek informowania pacjentki o tym, jak wezwać pomoc jest realizowany w większości przypadków.

Wielokrotnie jednak nie było konieczności informowania rodzącej o tym, w jaki sposób wzywać pomoc ze względu na stałą obecność położnej na trakcie porodowym lub ze względu na fakt, że pozostawała ona w zasięgu głosu rodzącej.

w sytuacji konieczności przekazania opieki nad rodzącą informują ją o tym fakcie (r.s.o., cz. V, pkt 2, ppkt 8);

- Wymóg ten jest realizowany połowicznie.

Na 7 kobiet, u których zaistniała konieczność przekazania opieki innej osobie z personelu 3 nie zostały o tym poinformowane. Natomiast w pozostałych przypadkach nie można zweryfikować, czy przepis ten jest przestrzegany, gdyż sytuacja wymagająca przekazania opieki nad rodzącą innej osobie nie miała miejsca lub kobietą cały okres porodu opiekowało się kilka osób.

Standardy zalecają także: *Podczas porodu należy udzielać wsparcia medycznego w następujący sposób: zapewnić ciągłość opieki* (r.s.o., cz. V, pkt 3, ppkt 1);

- Ciągłości opieki nie zapewnia się w żadnym z monitorowanych szpitali.
- W 3 z 10 badanych szpitali zaobserwowano próby zapewnienia takiej opieki. W jednym ze szpitali położna przyjmująca poród, nawet jeśli kończy swój dyżur, a poród jest już zaawansowany (II okres), nie przekazuje rodzącej innej położnej, ale zostaje z kobietą do momentu urodzenia dziecka. W dwóch innych placówkach położne przyjmujące poród opiekują się matką i dzieckiem podczas pierwszego kontaktu, który (jeśli jest taka możliwość) może trwać do dwóch godzin. Nie dokonują jednak oceny noworodka w skali Apgar, ważenia czy mierzenia, robią to pielęgniarki neonatologiczne.

zachęcać rodzącą do korzystania ze wsparcia wybranej przez nią osoby bliskiej (r.s.o., cz. V, pkt 3, ppkt 3);

- Zdecydowana większość matek jest zachęcana do korzystania ze wsparcia osoby towarzyszącej.
- W kilku przypadkach dotyczy to jedynie I okresu porodu. Jednak, o ile są ku temu warunki i osoba bliska towarzyszy rodzącej, jej obecność jest dobrze postrzegana przez położną. Ograniczenia przebywania takich osób z rodzicami wynikają często z warunków lokalowych. Jeśli nie ma pojedynczych sal, a jest tylko trakt porodowy z kilkoma stanowiskami i rodzą w tym samym czasie dwie kobiety, osoby towarzyszące bywają wypraszane w pewnych sytuacjach lub tylko od czasu do czasu wpuszczane do rodzącej.
- Na 21 matek, które rodziły z osobami towarzyszącymi 17 było zachęcanych do wsparcia przez osobę bliską, przy czym w 4 przypadkach dotyczyło to tylko I okresu porodu. 4 rodzice nie były zachęcane.

zachęcać rodzącą do aktywności fizycznej i pomagać jej w znajdowaniu optymalnych dla niej pozycji podczas całego porodu (r.s.o., cz. V, pkt 3, ppkt 4);

- Większość rodzących jest zachęcana do aktywności fizycznej przede wszystkim podczas I okresu porodu. Bardzo rzadko rodzice są zachęcane do aktywności w II okresie porodu.
- Najczęstszą formą aktywności jest chodzenie i korzystanie z piłki. Rodzaj aktywności często zależy od ilości miejsca, jakim dysponuje rodzica.

Na 26 ankietowanych matek 10 deklaruje, że były zachęcane do aktywności fizycznej przez cały poród, 12 tylko w I okresie, a 4 nie były zachęcanych w ogóle.

zapewnić rodzącej możliwość spożywania przejrzystych płynów, także podczas aktywnej fazy porodu (r.s.o., cz. V, pkt 3, ppkt 5);

- Rodzące mogą pić w trakcie porodu, czasami ogranicza się tę możliwość tylko do okresu I fazy porodu.
- Rzadko się zdarza, aby rodzice mogły pić dowolne ilości płynów. Mogą pić: „w ilościach łykowych, nie litrowych”. Położne tłumaczą to zastrzeżeniami anestezjologów. Pije się głównie wodę, choć w jednym ze szpitali padła deklaracja, że można pić także soki i herbatę.

Na 29 ankietowanych matek 17 mogło pić przez cały okres porodu, także w fazie aktywnej, 11 tylko w I okresie porodu, a 1 nie mogła pić wcale.

⁵ „Ogólna zgoda na proponowane leczenie lub na przyjęcie do szpitala (tzw. zgoda blankietowa). Jest to praktyka będąca pozostałością po przepisach, które dziś już nie obowiązują. W obecnym stanie prawnym wyrażenie zgody na proponowane leczenie w takiej formie jest bezskuteczne, czyli leczenie podjęte według takiej zgody jest równoznaczne z działaniem bez zgody pacjenta” w: Jak przestrzegać praw pacjenta?, Fundacja Rodzić po Ludzku, Warszawa 2010, s. 16.

3.3.4. Strategie uśmierzania bólu podczas porodu

Osoba sprawująca opiekę podczas porodu przedstawia rodzącej pełną informację o niefarmakologicznych i farmakologicznych metodach łagodzenia bólów porodowych dostępnych w miejscu, w którym ten poród się odbywa, wspiera rodzącą w stosowaniu tych metod oraz respektuje jej decyzje w tym zakresie. Osoba sprawująca opiekę podczas porodu jest obowiązana proponować rodzącej poruszanie się podczas I okresu porodu oraz przyjmowanie takich pozycji, w tym pozycji wertykalnych, które są dla niej wygodne, przynoszą jej ulgę w odczuwaniu bólu oraz umożliwiają nadzorowanie stanu płodu (r.s.o., cz. VI, pkt 1);

- ▶ W większości placówek rodzące są zachęcane do chodzenia w I okresie porodu. Dosyć często proponuje się również korzystanie z prysznic lub piłki.
- ▶ W praktyce realizacja tego wymogu jest często trudna do wykonania, w większości szpitali nie ma pojedynczych sal do porodu, a nawet jeśli są, to nie są wykorzystywane - co wynika z braku personelu lub opłat za porody w sali pojedynczej. Porody w większości nadal odbywają się na kilkustanowiskowych traktach porodowych, gdzie nie ma miejsca do swobodnego poruszania się, korzystania z piłki lub worków sacco.
- ▶ To, jakie metody łagodzenia bólu są praktykowane zależy od sytuacji na trakcie porodowym, liczby położnych na dyżurze i liczby rodzących. Im więcej rodzących a mniej położnych, tym mniejsze szanse na stosowanie niefarmakologicznych metod łagodzenia bólu.

Na 27 ankietowanych mam 24 mogło w I okresie porodu przyjmować dogodnie pozycje, 3 nie.

Osoba sprawująca opiekę powinna także: wspierać rodzącą w wyborze i zastosowaniu technik oddechowych i relaksacyjnych podczas porodu (r.s.o., cz. VI, pkt 2);

- ▶ Wspieranie polega przede wszystkim na proponowaniu fizycznej aktywności i korzystania z prysznic jako metody relaksacji.

Na 26 ankietowanych matek 19 twierdziło, że otrzymało wsparcie, 4 – że nie otrzymało wsparcia, a 3 respondentki nie miały zdania.

zachęcać rodzącą do wyboru techniki masażu (r.s.o., cz. VI, pkt 3);

Rodzącym rzadko proponowany jest masaż i nie mają możliwości wyboru jego techniki.

Na 25 ankietowanych mam 9 proponowano masaż, a 16 nie.

zachęcać do wykorzystywania imersji wodnej oraz relaksacji w wodzie jako sposobów łagodzenia bólu (r.s.o., cz. VI, pkt 4);

- ▶ Stosowanie wody do relaksacji i łagodzenia bólu porodowego proponowane jest przede wszystkim w I okresie porodu.
- ▶ Imersja wodna prawie nie jest stosowana.
- ▶ Charakterystyczne jest to, że wielokrotnie na określenie możliwości łagodzenia bólu poprzez korzystanie z prysznic położne stosują określenie imersji wodnej⁶, co sugeruje brak zrozumienia tego określenia.

⁶ Imersja wodna – zastosowanie kąpeli w wannie jako metody relaksacji w czasie porodu.

W większości placówek istnieje możliwość skorzystania z prysznic, jednak z pewnymi ograniczeniami. Ograniczenia te wynikają zwykle z warunków lokalowych (mała liczba stanowisk prysznicowych) oraz zbyt małej liczby personelu. Często prysznic są znacznie oddalone od sal przedporodowych i porodowych, w których przebywają rodzące. Inną przyczyną ograniczenia korzystania z prysznic podczas porodu są decyzje położnych opiekujących się kobietą, ograniczające czas jej przebywania pod prysznicem albo liczbę „wyjść” pod prysznic.

Na 26 ankietowanych mam 18 zaproponowano skorzystanie z prysznic, 8 nie miało takiej możliwości.

3.3.5. Postępowanie w I okresie porodu

Do zadań osób sprawujących opiekę podczas I okresu porodu należy: (r.s.o., cz. VIII, pkt 2, ppkt 2) (...) zakładanie wkłucia do żyły obwodowej – tylko w sytuacji tego wymagającej (r.s.o., cz. VIII, pkt 2, ppkt 2) n);

- ▶ Wkłucie do żyły obwodowej jest wykonywane na Izbie Przyjęć lub przy wejściu na salę porodową, a nie wyłącznie w sytuacjach tego wymagających.

Na 10 szpitali tylko w 1 praktykuje się zakładanie wenflonu w sytuacji, która tego wymaga, a nie rutynowo każdej przyjmowanej do porodu pacjentce. Nie wydaje się jednak, aby była to oficjalna, zapisana procedura danego szpitala (na 3 rodzące w tym szpitalu 2 nie miały założonego wenflonu od razu po przyjęciu do szpitala).

Spośród wszystkich ankietowanych mam (30) tylko 3 nie założono wenflonu „profilaktycznie” (w tym 2 były z jednego szpitala).

Taką praktykę można częściowo tłumaczyć podejściem większości personelu do sytuacji porodu, którą tak określiła jedna z położnych: „poród jest jak wojna”. Poród postrzegany jest nie jako proces fizjologiczny, podczas którego mogą, ale nie muszą, zaistnieć sytuacje wymagające interwencji, ale jako pozostawanie w nieustającej sytuacji zagrożenia.

W ramach prowadzenia I okresu porodu osoba sprawująca opiekę jest obowiązana do: określania i aktualizowania oceny stanu położniczego w oparciu o badanie położnicze z uwzględnieniem bieżącej oceny czynników ryzyka położniczego przez: dokonywanie oceny postępu porodu na podstawie badania położniczego wewnętrznego (...) – nie częściej niż co 2 godziny, a w uzasadnionych przypadkach odpowiednio częściej (r.s.o., cz. VIII, pkt 3, ppkt 1) a);

- ▶ To, jak często jest wykonywane badanie wewnętrzne zależy od praktyki, zwyczaju przyjętego w danej placówce, a nie od wymogów standardów.

W przypadku ankietowanych matek połowa była badana co 2 godziny lub rzadziej, a połowa częściej.

Tylko w jednym szpitalu położna oddziałowa zadeklarowała, że zwraca się uwagę na częstotliwość przeprowadzanych badań. Personel tej placówki stara się również nie badać na zmianę: raz położna, a za chwilę lekarz. Badają położne przyjmujące poród: „w większości przypadków (...) lekarze nie badają w trakcie porodu”. W dwóch innych szpitalach sytuacja jest diametralnie różna: położnym nie wolno badać przez pochwę, a jedynie *per rectum*⁷. Badania nie są wykonywane częściej niż co 2 godziny, ale robią to położna i lekarz

⁷ Warto zaznaczyć, że położna uprawniona jest do „wykonywania i interpretacji badań służących do oceny stanu zdrowia płodu i ciężarnej polegających na: badaniu położniczym zewnętrznym, badaniu położniczym wewnętrznym i kardiologii”, Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 7 listopada 2007 r. w sprawie rodzaju i zakresu świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych udzielanych przez pielęgniarkę albo położną samodzielnie bez zlecenia lekarskiego (Dz.U. Nr 210, poz. 1540, par. 6.1., pkt 2f).

na dwa sposoby. W jednej z tych placówek w ogóle nie jest dobrze widziane badanie kobiety przez położną, badanie pozostaje tylko w gestii lekarza, położna może więc zbadać (*per rectum*) tylko w wyjątkowych sytuacjach.

dokonywania oceny stanu płodu przez osłuchiwanie i ocenę czynności serca płodu co najmniej przez minutę, co 15–30 minut, i odróżnienie czynności serca płodu od innych zjawisk akustycznych, przy czym monitorowanie stanu płodu za pomocą kardiografu należy prowadzić jedynie w medycznie uzasadnionych przypadkach (r.s.o., cz. VIII, pkt 4);

► Osłuchiwanie jest praktykowane rzadko. Zapis KTG (zapis kardiograficzny) jest robiony we wszystkich badanych szpitalach, kilkakrotnie w trakcie porodu.

We wszystkich badanych szpitalach wykonuje się zapis KTG na początku porodu. W trakcie porodu w niektórych placówkach wykonuje się zapis KTG co 2 godziny, w innych „kilka razy” w ciągu porodu, a w kilku KTG podłączone jest na cały okres porodu. Niektóre szpitale stosują urządzenia do KTG pozwalające rodzącej na poruszanie się, w pozostałych na czas zapisu kobiety muszą się kłaść.

Personel praktykę częstego lub stałego podłączania aparatu do KTG argumentuje względami bezpieczeństwa: „mamy zalecenia od ordynatora, dla bezpieczeństwa”. Inną przyczyną jest prawdopodobnie fakt stwierdzony przez jedną z położnych oddziałowych: „jak się słyszy (...), wiadomo (...), nieraz można pomylić tętno matki z tętnem dziecka”. Osłuchiwanie bez zapisu powoduje, że położne czują się bardziej obciążone odpowiedzialnością za ocenę sytuacji położniczej. Tylko w trzech szpitalach praktykuje się regularne osłuchiwanie co 15-30 minut.

Konieczne jest także: prowadzenie psychoprofilaktyki położniczej oraz łagodzenie dolegliwości występujących u rodzącej (r.s.o., cz. VIII, pkt 5);

► W badanych placówkach w dużej mierze realizowana jest psychoprofilaktyka położnicza.

Prawie wszystkie ankietowane matki (29) uznały, że były wspierane przez położną rozmową. Jedna miała odmienne zdanie. Personel ma świadomość tego, jak ważny jest ich stosunek do rodzących kobiet, co uwiadcza się w spontanicznych wypowiedziach: „pierwsza rzecz to nawiązać dobry kontakt”, „przede wszystkim rozmowa (...), poznanie się”.

aktywizowanie rodzącej do czynnego udziału w porodzie przez (r.s.o., cz. VIII, pkt 6): informowanie o postępie porodu (r.s.o., cz. VIII, pkt 6) a);

► Rodzące są informowane o postępie porodu z inicjatywy personelu.

Tylko 1 z 28 rodzących nie była informowana o postępie porodu.

pomoc w wyborze sposobu prowadzenia porodu oraz zachęcanie do stosowania różnych udogodnień i form aktywności (r.s.o., cz. VIII, pkt 6) b);

► W praktyce o sposobie prowadzenia porodu decyduje położna.

Personel deklaruje, że proponuje kobietom korzystanie z różnego rodzaju udogodnień, jednak w rzeczywistości ograniczają się one najczęściej do korzystania z prysznicza i chodzenia, ewentualnie używania piłki, ale tylko w I okresie porodu. Z obserwacji ankieterek wynika jednak, że w praktyce piłki są wykorzystywane bardzo rzadko, co wynika m.in. z fizycznego braku miejsca na ich użycie.

zachęcanie do wyrażania swoich potrzeb związanych z porodem (r.s.o., cz. VIII, pkt 6) c);

- Rodzące kobiety stosunkowo rzadko są zachęcane do wyrażania potrzeb związanych ze swoim porodem.
- W większości przypadków nie rozmawia się z rodzącymi o ich oczekiwaniach względem porodu.
- W sytuacjach, w których rodzące mają określone oczekiwania nie są one uwzględniane, ponieważ personel o to nie pyta, a same rodzące nie informują o swoich potrzebach z własnej inicjatywy.

Na 31 ankietowanych mam tylko 11 uznało, że były zachęcane do wyrażania swoich potrzeb i oczekiwań wobec porodu, w tym były 2, z którymi omówiono posiadany przez nie plan porodu.

współpraca z osobą bliską (r.s.o., cz. VIII, pkt 6) d);

► Osoby towarzyszące są przez personel najczęściej postrzegane pozytywnie. Niektóre osoby z personelu doceniają obecność osoby towarzyszącej jako pomoc i jedną z metod „niefarmakologicznego łagodzenia bólu”.

W sytuacjach, w których rodzącej towarzyszyła bliska osoba, personel współpracował z nią. Położne często deklarują, że wolą, kiedy kobieta przychodzi do porodu z osobą towarzyszącą. Jednak w praktyce nie zawsze jest możliwe, aby osoba towarzysząca pozostawała przez cały okres porodu. Wynika to głównie z warunków lokalowych, a nie nastawienia personelu.

3.3.6. Postępowanie w II okresie porodu

W II okresie porodu należy: zachęcać rodzącą do przyjmowania pozycji, którą uznaje za najwygodniejszą (r.s.o., cz. IX, pkt 3, ppkt 1);

► II okres porodu przebiega najczęściej na łóżku, na leżąco. Wybór pozycji ogranicza się do wyboru boku, na którym kobieta leży oraz pozycji całkowicie na wznak lub półleżącej.

W części szpitali, według deklaracji matek, można wybierać pozycję uznawaną za najwygodniejszą, jednak w praktyce wybór ten jest ograniczony i dotyczy wyboru pomiędzy leżeniem na boku a leżeniem na wznak. Jedna z położnych pytana o możliwość wyboru przez rodzącą pozycji w II okresie porodu z pełnym przekonaniem stwierdziła: „Kobieta leży sobie w takiej pozycji, w jakiej chce”. Uznała tym samym, iż **wybór pozycji oznacza wybór leżenia** na prawym lub lewym boku. Z rozmów ankieterek z matkami wynika, że także w ich opinii wybór pozycji w II okresie porodu oznacza możliwość wyboru pomiędzy pozycją półleżącą a leżącą oraz wyboru boku, na którym rodząca leży. Stąd w ankiecie 23 z 26 zapytanych matek odpowiedziało, iż miały dowolność wyboru pozycji. Jednak na pytanie, czy pozycję w trakcie porodu wybrały same, czy została ona zasugerowana lub nakazana przez personel, 20 odpowiedziało, iż wybór należał do personelu, 5 wybrało pozycję samodzielnie (była to pozycja półleżąca). W 1 przypadku była to wspólna decyzja personelu i rodzącej.

W jednym ze szpitali położna deklaruje, że można przyjmować pozycje wertykalne do momentu ukazania się główki: „staramy się trzymać pacjentkę (...) do ostatniej chwili na nogach (...), ale tuż przed urodzeniem (...) się główki kładziemy”.

Należy także: *poinformować rodzicą, że w II okresie porodu powinna kierować się własną potrzebą parcia* (r.s.o., cz. IX, pkt 3, ppkt 2). Ponadto Rozporządzenie nakłada także na osoby sprawujące opiekę konieczność: *współpracy z rodzicą umożliwiającą przyjęcie dogodnej dla niej pozycji oraz sposobu parcia przyczyniającego się do postępu porodu, ze szczególnym uwzględnieniem pozycji wertykalnych* (r.s.o., cz. IX, pkt 6);

► W żadnym ze szpitali nie informuje się rodzających o tym, że powinny kierować się własną potrzebą parcia. W każdej placówce stosuje się „parcie kierowane”, tzw. metodę Valsalvy⁸.

Wszystkie położne pracujące na trakcie porodowym deklarują w wywiadach, że pomagają przeciw rodzicą i instruują ją: „nabierz powietrza, zatrzymaj, poprzyj (...)”, „my trochę pomagamy”. Jest to jednoznaczne z praktykowaniem parcia kierowanego. Tylko w jednym szpitalu położna twierdziła, że parcie jest spontaniczne, jednak odpowiedzi ankietowanych mam przeczą temu twierdzeniu. Z wypowiedzi położnych wynika, że nie rozumieją pojęć „spontaniczne parcie”, „własna potrzeba parcia”.

Standardy nakazują prowadzenie porodu w taki sposób, aby krocze było chronione oraz podkreślają, że: *„nacięcie krocza należy stosować tylko w medycznie uzasadnionych przypadkach* (r.s.o., cz. IX, pkt 7);

► Ochrony krocza nie praktykuje się.

U większości rodzających stosuje się nacięcie krocza. Według deklaracji personelu odsetek epizjotomii wynosi od 70 do 100 %. Zdarza się, że u wieloródek nie nacina się krocza, aczkolwiek w dwóch szpitalach nawet kobiety rodzące po raz trzeci zostały nacięte.

Na 26 ankietowanych kobiet 1 miała pęknięcie krocza, 4 nie zostały nacięte (w tym jedna kobieta, która poprosiła o ochronę krocza), 21 miało krocze nacięte, w tym były 3, które zadeklarowały w ankiecie, że chciały mieć nacięte krocze.

położenie noworodka bezpośrednio na brzuchu matki, jeśli stan ogólny noworodka i matki na to pozwalają, oraz osuszenie i zabezpieczenie noworodka przed utratą ciepła (r.s.o., cz. IX, pkt 9);

► W każdym z monitorowanych szpitali personel kładzie noworodka bezpośrednio na nagim brzuchu mamy – nie oznacza to jednak prawidłowej realizacji kontaktu „skóra do skóry” – patrz dalej.

Tylko w jednym ze szpitali dzieci kładzione są na koszuli, a nie na nagim brzuchu mamy. W pozostałych szpitalach osuszenie i zabezpieczenie nie zawsze jednak odbywa się na brzuchu mamy, zależy to od tego, jak długo noworodek pozostaje z mamą.

3.3.7. Postępowanie w III okresie porodu

W ramach prowadzenia III okresu porodu osoba sprawująca opiekę jest obowiązana do podjęcia, realizacji i udokumentowania wykonania następujących zadań: obserwacji przebiegu kontaktu matki i dziecka „skóra do skóry” i pomocy w przystawieniu noworodka do piersi, jeśli stan ogólny noworodka i matki na to pozwalają (r.s.o., cz. X, pkt 3, ppkt 6);

► W większości szpitali kontakt matki i dziecka „skóra do skóry” trwa zbyt krótko, aby była w tym czasie szansa na przystawienie dziecka do piersi.

Jedynie w 3 z 10 szpitali nieprzerwany kontakt matki i dziecka „skóra do skóry” trwał przez III okres porodu. Większość dzieci po zmierzeniu, ważeniu i zbadaniu wraca do matki dopiero w IV okresie porodu.

3.3.8. Postępowanie w IV okresie porodu

Osoba sprawująca opiekę jest zobowiązana do przeszkolenia matki w zakresie prawidłowego przystawiania dziecka do piersi i pomocy w karmieniu piersią oraz przekazania informacji na temat zasad postępowania w laktacji w pierwszej dobie połogu (r.s.o., cz. XI, pkt 5);

► Personel podejmuje próby przystawiania dziecka do piersi w tym okresie, ale uzależnione jest to od sytuacji na trakcie porodowym. Jeżeli jest inna rodzica lub pielęgniarki noworodkowe, które zwykle są odpowiedzialne w tym czasie za dziecko nie mogą zostać w pobliżu kobiety i jej dziecka, wówczas nie jest to możliwe.

Informacje na temat prawidłowego przystawiania dziecka do piersi w większości wypadków udzielane są matkom zwykle dopiero na oddziale położniczym.

3.3.9. Opieka nad noworodkiem

Bepośrednio po urodzeniu należy umożliwić dziecku nieprzerwany kontakt z matką „skóra do skóry”, który będzie trwał co najmniej dwie godziny po porodzie. W tym czasie należy zachęcać matkę do rozpoznania momentu, kiedy dziecko jest gotowe do ssania piersi, a także obserwować matkę i dziecko, kontrolując cechy dobrego przystawienia i pozycji przy piersi, a w razie potrzeby zaoferować pomoc. Kontakt ten może być przerwany w sytuacji wystąpienia zagrożenia życia lub zdrowia matki lub noworodka, odnotowanego w dokumentacji medycznej (r.s.o., cz. XII, pkt 1) .

► Pełny kontakt matki i dziecka „skóra do skóry” nie jest realizowany.

Kontakt matki i dziecka „skóra do skóry” w 9 na 10 szpitali nie jest realizowany w sposób zgodny ze standardami. W trzech placówkach trudno nawet dostrzec próby jego wdrażania. W pozostałych personel stara się realizować go w miarę możliwości, w tym jeden ze szpitali jest bardzo bliski pełnej realizacji pierwszego kontaktu w sposób wskazany w standardach.

W większość szpitali pierwszy kontakt trwa od kilku do kilkunastu minut, dziecko jest następnie zabierane do kącika noworodka, gdzie w kolejnych minutach jest oceniane w skali Apgar, mierzone, ważone, czasami szczepione i ubierane. Potem zwykle, choć to też nie jest regułą, wraca do matki, gdzie odbywa się próba przystawiania do piersi. Jednak nawet takie postępowanie nie stanowi ustalonej procedury i zależy od indywidualnego podejścia personelu np. do kwestii mycia noworodka: „my wychodzimy z założenia, że tego

noworodka przynajmniej trzeba wytrzeć po tym porodzie”. Dla innych najważniejsze jest szybkie zbadanie: „ja (...) wiem (...), że badać można później noworodka, że to nie jest aż takie konieczne, [ale] ja mam zasadę, że ja badam od razu”. W szpitalach, w których na dyżurze jest jedna lub dwie położne lub pielęgniarki noworodkowe prawidłowa realizacja pierwszego kontaktu jest często niemożliwa ze względów organizacyjnych – nie ma osób, które mogłyby asystować matce i prowadzić obserwację pierwszego kontaktu.

Jedynie w trzech szpitalach podejmowane są próby wydłużania pierwszego kontaktu i dziecko pozostaje z mamą od 30 minut do 1, 5 – 2 godzin. Ocena w skali Apgar dokonywana jest na brzuchu matki, a ważenie i mierzenie ma odbywać się dopiero po zakończeniu pierwszego kontaktu. Jednak takie postępowanie nie jest regułą, ponieważ jest zależne od różnych okoliczności, m.in. od decyzji położnika, czasu, którym dysponuje pielęgniarka noworodkowa czy konieczności zwolnienia miejsca na łóżku porodowym dla kolejnej rodzącej.

Tylko jeden szpital realizuje niemal poprawnie kontakt „skóra do skóry”. Dziecko od razu po urodzeniu kładzione jest na nagim brzuchu matki, osuszone i okrywane. W przeciwieństwie do innych placówek, w tej noworodek pozostaje w nieprzerwanym kontakcie z matką „skóra do skóry”. Kontakt trwa od minimum 30 minut do 1,5 godziny. Ocena w skali Apgar dokonywana jest przez pielęgniarkę noworodkową na brzuchu matki. „Dopiero po, powiedzmy, naprawdę dobrej godzinie, półtorej, jest zabierane na stanowisko noworodkowe, gdzie [jest] ubierane. Niemyte, absolutnie niemyte. W czasie gdy dziecko leży u matki, jest ona informowana przez personel o znaczeniu pierwszego kontaktu, o przystawieniu do piersi, o zaletach siary”. Takie prowadzenie pierwszego kontaktu w tej placówce jest już ustaloną procedurą, którą jednak zaczęto praktykować jeszcze przed wejściem w życie Rozporządzenia, a która teraz jest udoskonalana.

Według standardów: *Należy dokonać wstępnej oceny stanu noworodka na podstawie skali Apgar. Ocena ta może być dokonana na brzuchu matki, jeżeli nie występują przeciwwskazania zdrowotne* (r.s.o., cz. XII, pkt 2);

► W połowie monitorowanych placówek ocena noworodka w skali Apgar jest dokonywana na brzuchu matki. Jest to wyraźna zmiana w porównaniu do praktyki przed wejściem w życie standardów. Z wyjątkiem jednej placówki, personel szpitali, w których ocena noworodka w skali Apgar wykonywana jest na brzuchu matki, wskazuje tę praktykę jako zmianę wprowadzoną w funkcjonowanie oddziału. W placówkach, w których nie przestrzegano tych wytycznych Rozporządzenia personel uzasadnia to najczęściej warunkami lokalowymi i brakiem personelu.

Rozporządzenie zaleca: *Opieka pielęgnacyjna nad położnicą i zdrowym noworodkiem powinna być realizowana każdorazowo przez jedną osobę* (r.s.o., cz. XII, pkt 4);

► W żadnej z placówek nie jest realizowana zasada, że opieka nad matką i dzieckiem jest sprawowana przez jedną osobę. Podejmowane przez niektóre szpitale próby realizacji tego zapisu wynikają z indywidualnych, a nie systemowych decyzji.

W zdecydowanej większości szpitali matką i nowonarodzonym dzieckiem opiekują się dwie różne osoby, z dwóch różnych oddziałów. Jest zasadą, że za matką odpowiada położna z położnictwa, a za dziecko położne lub pielęgniarki z oddziału neonatologii.

Tylko w dwóch przypadkach funkcjonuje zasada, że po ocenie dokonanej przez neonatologów dziecko zostaje oddane pod opiekę położnej, która przyjmowała poród i opiekuje się kobietą w IV okresie porodu. Można więc uznać, że w tych przypadkach zasada ciągłości opieki jest częściowo realizowana, ale tylko do czasu przeniesienia matki i dziecka na oddział położniczy.

W badanych szpitalach dominuje zasada dwóch obchodów. Obchód położniczy jest niezależny od obchodu neonatologicznego, co podkreśla rozdzielenie opieki nad matką i dzieckiem. Jedynie w dwóch szpitalach obchody są wspólne.

4. Zdiagnozowane bariery

4.1. Bariery w opinii personelu

► Ograniczenia finansowe.

Personel medyczny pytany o przeszkody, które utrudniają wdrożenie Rozporządzenia najczęściej wskazuje na ograniczenia finansowe. Brak pieniędzy oznacza braki w zatrudnieniu, przede wszystkim położnych. W opinii personelu stwarza to zagrożenie bezpieczeństwa dla matki i dziecka. Nie tylko jednak niedostateczna liczba personelu jest istotnym czynnikiem blokującym realizowanie zapisów Rozporządzenia. W praktyce stosowanie się do jego zaleceń oznacza, że „jest [to] dodatkowa praca (...), trzeba się tą pacjentką dodatkowo opiekować”. Personel, szczególnie oddziałów położniczych, nie dostrzega żadnych korzyści, które mogłyby wynikać ze stosowania się do wymogów standardów.

4.2. Nieznajomość Rozporządzenia wśród personelu i kobiet

► Personel nie zna poszczególnych wytycznych Rozporządzenia.

► Kobiety w przeważającej większości nie znają standardów.

Ordynatorzy swoimi wypowiedziami wykazywali słabą znajomość przepisów Rozporządzenia. Praktykowane przez nich procedury pozostają w sprzeczności ze standardami. Dowodzą tego następujące deklaracje: „lekarz położnik bada pacjentkę u nas najrzadziej co dwie godziny (...), no na pewno jest wzywany, kiedy jest drugi okres porodu”, „my mamy podział (...), żeby się nikt do nikogo nie wtrącał (...), noworodki i położnictwo”, „zawsze lekarz jest obecny przy drugim okresie porodu”.

Tylko jedna wypowiedź odnosząca się do konieczności wprowadzenia zmian w organizacji oddziałów pozwala wnioskować, że ordynator położnictwa zapoznał się ze standardami, deklaruje on, że: „kompetencje nad noworodkiem przejęła położna odcinka porodowego. Tak to przynajmniej ma wyglądać”.

Wyższym poziomem wiedzy na temat standardów wykazują się ordynatorzy oddziałów neonatologicznych. Wydaje się jednak, że znajomość ta jest ograniczona do części XII Rozporządzenia pt. „Opieka nad noworodkiem”. Świadczy o tym taki opis zmiany, która się dokonała: „Personel [neonatologiczny] musi być bardziej dyspozycyjny na sali porodowej (ze względu na konieczność wydłużenia pierwszego kontaktu)”. Potwierdza to także tłumaczenie braku dwugodzinnego pierwszego kontaktu niedostępnością pielęgniarki neonatologicznej: „nie ma tych dwóch godzin (...), jest [to] trudne ze względu na czas pielęgniarki, która (...) musiałaby tam te dwie godziny non stop jednak z mamą być (...), bo położna zajmie się położnicą (...) i tutaj jest już tylko rola pielęgniarki”.

W jednym ze szpitali wyrażane przez panią ordynator rozczarowanie, że obecność lekarza neonatologa podczas fizjologicznego porodu nie jest konieczna, świadczy o nieco głębszym zapoznaniu się z zapisami Rozporządzenia.

Położne i pielęgniarki oddziałowe znają zwykle więcej szczegółów standardów. Świadczy o tym świadome ich nieprzebranie: „nigdy nie jest tak, że czekamy aż ono [dziecko] może przyssie się bardziej (...), bo trzeba (...) zważyć, zmierzyć. Taka jest prawda w naszej procedurze (...)”. Oddziałowa położnictwa przyznaje: „wenflon wkłuwają z marszu (...), są lekarze, którzy chcą, ja (...) nie zwalczę tego”.

Z przeprowadzonych wywiadów wynika, że najlepiej znanym wymogiem wprowadzonym przez Rozporządzenie jest zapis dotyczący kontaktu „skóra do skóry”, i to zarówno wśród personelu położniczego, jak i neonatologicznego. Kwestia dwugodzinnego kontaktu, niezależnie od tego, czy jest praktykowana, czy nie, była komentowana w każdym ze szpitali. Wydaje się, że wobec słabej znajomości innych zapisów standardu informacje na temat pierwszego kontaktu wynikają z intensywnych działań Fundacji Rodzic po Ludzku popularyzujących to zagadnienie.

Czynnikiem, który nie sprzyja wdrażaniu standardów jest brak wiedzy na ich temat wśród kobiet. W tej sytuacji nie mogą być one grupą nacisku, domagającą się realizowania przez szpitale wytycznych Rozporządzenia. Na 30 rodzących kobiet 5 uznało, że zna Rozporządzenie, 5 kolejnych, że słyszało o nim, a 20 nie zna standardów ani nigdy o nich nie słyszało.

4.3. Brak wiedzy i brak szkoleń

- ▶ Personel nie posiada wiedzy umożliwiającej przestrzeganie standardów.
- ▶ Brak jest szkoleń dla personelu dotyczących nowych zasad postępowania w trakcie porodu i opieki nad dzieckiem.

Niektóre z procedur zapisanych w Rozporządzeniu wymagają odpowiedniego przygotowania merytorycznego. Dotyczy to szczególnie zapisów odnoszących się do postępowania w II okresie porodu, takich jak zalecenie stosowania pozycji wertykalnych, ochrony krocza, parcia spontanicznego. Z rozmów z położnymi wynika, że stosują praktyki od dawna uznane za szkodliwe (rutynowe nacinanie krocza, parcie kierowane, naciskanie na brzuch)⁹. Oznacza to, że nie posiadają one najnowszej wiedzy, nie mają też możliwości zdobywania jej na profesjonalnych szkoleniach. W jednym ze szpitali położne przyznały, że usiłują poszerzyć swoją wiedzę i umiejętności za pomocą internetu, np. oglądając przyjmowanie porodu w pozycji wertykalnej w serwisie You Tube (sic!).

Sceptyczny stosunek położnych do przyjmowania porodu w pozycjach wertykalnych wynika więc, w dużej mierze, z braku takich umiejętności oraz doświadczenia. Jedna z położnych mówi wprost, że „nie umie przyjmować porodu w pozycji innej niż leżąca”, inna z położnych z traktu porodowego deklaruje: „nigdy nie widziałam porodu odbieranego w takiej [wertykalnej] pozycji i nie wiem, czy bym się też sama dla siebie odważyła odebrać taki poród (...). Bo może to się bardzo łatwo tak odbiera (...), tylko że trzeba by było to zobaczyć (...). Ja nie mam takiej śmiałości, żeby odebrać(...), a jakbyśmy były może przeszkolone, to byśmy (...) wiedziały.” Z niektórych wypowiedzi wynika ponadto, że pojęcie pozycji wertykalnych nie jest do końca zrozumiałe przez personel: „samo rodzenie na pewno wolę w komforcie niż na foteliku (...), ten drugi okres absolutnie jestem przeciwna [rodzeniu nie na łóżku] (...), urodzenie, żeby było w takim komforcie, nie na tej podłodze (...)”.

W jednym ze szpitali położne potrafią przyjmować porody w pozycjach wertykalnych, ale w ich opinii to kobiety nie chcą takich pozycji.

Nacięcie krocza stosowane jest nadal rutynowo, co także w dużej mierze jest wynikiem braku wiedzy położnych: „nacinam, bo uważam, że to jest lepsze zło niż popęka mi w gwiazdy i później trzeba będzie to cerować”. Inną przyczyną stosowania nacięcia jest nieumiejętność ochrony krocza. Pojawiły się też argumenty natury zależności hierarchicznych. W dwóch szpitalach częste wykonywanie epizjotomii uzasadnia się obawą przed lekarzami, którzy są „bardzo niezadowoleni, kiedy muszą szyc pęknięte krocze”.

Zgłaszane są też wątpliwości i pytania dotyczące trudności w realizowaniu pierwszego kontaktu. Wydaje się, że część personelu nie rozumie, na czym polega kontakt „skóra do skóry” i dlaczego jest tak ważny.

W monitorowanych szpitalach nie odbyły się żadne szkolenia, które nie tylko ułatwiłyby wdrażanie zaleconych procedur, ale także pozwoliłyby zrozumieć przyczyny, dla których zostały one wprowadzone.

W jednej z monitorowanych placówek nie było konieczności szkolenia w temacie pozycji wertykalnych, ponieważ personel został przeszkolony w tym zakresie już wcześniej.

4.4. Brak systemu nagród i kar

- ▶ Nie istnieje żaden system kontroli przestrzegania standardów przez szpital. Powoduje to, że w stosowaniu się do ich zaleceń panuje zupełna dowolność. Jeżeli w którymś szpitalu czy oddziale Rozporządzenie nie jest realizowane, nikt nie ponosi za to odpowiedzialności i nie wynikają z tego żadne konsekwencje.
- ▶ Personel nie dostrzega dla siebie żadnych korzyści wynikających ze zastosowania standardów. Brak jest jasnego przekazu intencji ustawodawcy.

5. Dobre praktyki

W monitorowanych jednostkach zaobserwowano także dobre praktyki, które wpływają na podniesienie poziomu opieki nad matką i dzieckiem w trakcie i po porodzie. W dużej mierze nie wynikają one jednak z zaleceń standardów (poza jednym wyjątkiem dotyczącym planu porodu), a raczej są wynikiem indywidualnych decyzji ordynatorów i/lub położnych. Przedstawione dobre praktyki są praktykami zaobserwowanymi w jednostkowych przypadkach i nie są charakterystyczne dla każdego z monitorowanych szpitali.

► Plan porodu

Formularz planu porodu został opracowany przez położne ze szpitala, a następnie przekazany do miejscowej Poradni K i położnym środowiskowym, które często opiekują się kobietami w ciąży jeszcze przed porodem (w miejscowości nie ma szkoły rodzenia). Ok. 20 % rodzących przychodzi do szpitala z planem porodu, ale według położnych mogłoby być ich więcej, ponieważ kobiety często zapominają o zabraniu planu porodu ze sobą, chociaż jest on przez nie wypełniony jeszcze w domu.

► Postępowanie wyczekujące na samoistne rozpoczęcie porodu

Kobiety w ciąży, nawet jeśli według wyliczeń są 7 dni po terminie, zostają przyjęte do szpitala, ale ordynator deklaruje, że stosuje się postępowanie wyczekujące na samoistne rozpoczęcie porodu monitorując stan matki i dziecka. Poród nie jest wywoływany, nie robi się testów oksytocynowych, nie przebija pęcherza płodowego.

► Opieka nad rodzącą

W sytuacji gdy położna kończy dyżur, a rodząca, którą się opiekuje jest w zaawansowanej fazie porodu, położna nie schodzi z dyżuru, tylko pozostaje z kobietą do momentu urodzenia dziecka.

► Badania wewnętrzne

Badania w trakcie porodu wykonywane są w zasadzie tylko i wyłącznie przez położną. Kładziony jest duży nacisk na to, żeby nie badać rodzących kobiet bez potrzeby, jeśli badanie wykonała położna, lekarz nie bada powtórnie. Położna zajmuje się kobietą przez cały okres porodu, lekarz wzywany jest tylko na moment rodzenia się dziecka.

► Opieka nad matką i dzieckiem bezpośrednio po porodzie

Dwie godziny po porodzie opiekę nad matką i dzieckiem sprawuje położna przyjmująca poród. Położne z traktu porodowego pomagają przy pierwszym przystawieniu dziecka do piersi. Pielęgniarki noworodkowe przejmują odpowiedzialność za dziecko dopiero po przewiezieniu matki i dziecka na oddział poporodowy.

► Inicjacja karmienia piersią

Pierwsze karmienie odbywa się jeszcze na sali porodowej, w niektórych szpitalach dziecko w tym czasie pozostaje z matką w bezpośrednim kontakcie „skóra do skóry”.

► Przekazywanie opieki nad matką i dzieckiem

Położne środowiskowe same dzwonią do szpitala po informację, czy i kiedy kobiety z rejonu znajdującego się pod ich nadzorem urodziły, aby zaplanować wizytę patronażową.

Położne ze szpitala pracują równocześnie jako położne środowiskowe i nawiązują kontakt z pacjentkami jeszcze w okresie ciąży. Idąc z wizytą patronażową po porodzie znają więc dziecko i matkę. Kobieta w ciąży i po porodzie, a także jej nowo narodzone dziecko objęci są opieką jednej położnej.

► Psychologiczna pomoc dla kobiet

Obecność psychologa na oddziale lub w szpitalu pozwala personelowi sprawującemu opiekę nad matką i dzieckiem o poproszenie o konsultacje psychologiczne w sytuacjach, kiedy zaobserwowane zostaną niepokojące symptomy lub wystąpią „sytuacje trudne” (choroba, śmierć dziecka).

► Wspólny obchód położniczy i neonatologiczny

Wspólny obchód pozwala na potraktowanie matki i dziecka jako całości, co jest zgodne z ideą standardów i ma przyczynić się do poprawy jakości opieki nad matką i dzieckiem.

6. Rekomendacje

Jak zostało przedstawione wyżej, monitoring wykazał, że standardy są nie tylko niewdrażane, ale przede wszystkim sama idea, która przyświecała pracom nad nimi, nie jest rozumiana. W związku z tym, aby zwiększyć szanse na skuteczną implementację zaleceń zapisanych w standardach niezbędne jest opracowanie wytycznych dla kierownictwa placówek oraz personelu, usprawniających proces wdrażania nowego prawa, oraz przeprowadzenie działań informacyjnych i edukacyjnych związanych z merytorycznymi założeniami standardów. Inicjatorem takich działań powinno być Ministerstwo Zdrowia, jako organ władzy publicznej odpowiedzialny za właściwą realizację opieki okołoporodowej.

► Należy opracować wytyczne i instrukcje, umożliwiające przeprowadzenie procesu wdrożenia nowego prawa, dla osób odpowiedzialnych za wdrażanie i przestrzeganie standardów – kierownika placówki, ordynatora lub osoby przez nich wskazanej. Instrukcje te powinny odnosić się m.in. do metod analizy stosowanych praktyk i procedur w świetle wytycznych standardów i zaplanowania koniecznych zmian, dokonania diagnozy potrzeb szkoleniowych i edukacyjnych personelu.

► Należy opracować metody ewaluacji stopnia wdrożenia i przestrzegania standardu w placówkach, okresowej kontroli oraz motywowania placówek do dokonywania zmian.

► Ponieważ jedną z podstawowych barier we wdrażaniu standardów są ograniczenia liczby personelu sprawującego opiekę nad matką i dzieckiem, przede wszystkim położnych, konieczne jest uregulowanie kwestii norm zatrudnienia w oddziałach położniczych i noworodkowych, uwzględniających obowiązki personelu wynikające ze stosowania wytycznych standardów.

► Konieczne jest przeprowadzenie szkoleń skierowanych do całych zespołów terapeutycznych, obejmujących praktyczne umiejętności wymagane przez zapisy standardu (np. prowadzenie porodu w pozycjach wertykalnych, metody ochrony krocza, ocena w skali Apgar dokonywana przez położne, prawidłowe prowadzenie kontaktu „skóra do skóry” bezpośrednio po porodzie), a także wiedzę o korzyściach wynikających z ograniczenia medykalizacji porodu fizjologicznego zgodnie z zaleceniami WHO, opartymi na wynikach badań naukowych.

► Przeprowadzony monitoring wykazał, że w wielu placówkach położne nie wykorzystują lub nie mają możliwości wykorzystywania ustawowo przyznanych kompetencji. Konieczne jest więc dostarczenie położnym wiedzy na temat zakresu ich obowiązków i uprawnień oraz zakresu ich odpowiedzialności w czasie sprawowania opieki nad kobietą w fizjologicznej ciąży, porodzie i połogu oraz opiece nad dzieckiem w pierwszych 6 tygodniach jego życia – np. w formie przystępnych publikacji, szkoleń, konferencji lub e-learningu.

Ważnym czynnikiem wspierającym implementację nowego prawa jest nacisk ze strony pacjentek, egzekwujących stosowanie wytycznych wynikających ze standardów. Wskazane jest przeprowadzenie kampanii informacyjno-edukacyjnej wśród kobiet w ciąży i ich rodzin, dotyczącej uprawnień wynikających z rozporządzenia o standardach.

Jeśli zaś chodzi o wdrażanie standardów w pojedynczych placówkach, proces ten powinien obejmować następujące działania:

► wyznaczenie osoby odpowiedzialnej za wdrażanie standardów i określenie zakresu jej kompetencji;

► dokładne poinformowanie personelu o wytycznych;

- ▶ analizę dotychczasowych praktyk i procedur w świetle nowych przepisów, a następnie wskazanie obszarów, w których konieczne są zmiany (np. kompetencje poszczególnych zawodów medycznych zaangażowanych w opiekę nad matką i dzieckiem (lekarz, położna, pielęgniarka); realizowanie zasady ciągłości opieki wobec podzielenia opieki nad matką i dzieckiem pomiędzy oddziałami położniczym i neonatologicznym; zasady prowadzenia porodu);
- ▶ zaplanowanie i przeprowadzenie zmian;
- ▶ określenie potrzeb szkoleniowych personelu, np. dotyczących sfery komunikacji z pacjentką, prowadzenia porodu w pozycjach wertykalnych, zastosowania niefarmakologicznych metod łagodzenia bólu porodowego;
- ▶ przeprowadzenie działań edukacyjnych i szkoleniowych;
- ▶ zaplanowanie i realizowanie okresowej ewaluacji stosowania standardów w pracy oddziału.

Fundacja Rodzić po Ludzku

Fundacja Rodzić po Ludzku jest organizacją pozarządową działającą na rzecz poprawy jakości opieki okołoporodowej w Polsce. Realizuje swoje cele poprzez działania edukacyjno-szkoleniowe oraz monitoring i rzecznictwo interesów kobiet – pacjentek opieki okołoporodowej. Fundacja powstała w 1996 r., aby kontynuować działania zainicjowane przez grupę dziennikarzy i działaczy społecznych podczas pierwszej i drugiej akcji "Rodzić po ludzku" (1994 r., 1995 r.). Zorganizowanie tych akcji zapoczątkowało zmiany w polskiej opiece okołoporodowej – nagłośnienie skandalicznych warunków porodu i naruszeń godności kobiet przełamało tabu wokół tych kwestii i spowodowało, że kobiety zaczęły głośno wyrażać swoje potrzeby i egzekwować należne im prawa.

W ciągu kilkunastu lat swojej działalności Fundacja zrealizowała wiele inicjatyw i projektów, dzięki którym wiele zjawisk, które dla pokoleń rodzących były źródłem traumatycznych przeżyć porodowych należy do przeszłości. Do najbardziej znanych i skutecznych działań Fundacji należą m.in. kolejne akcje „Rodzić po ludzku” (2000 r., 2006 r.), których celem było zebranie konsumenckiej opinii o szpitalach oraz dalsze propagowanie przyjaznych kobietom zmian w opiece, a także kampanie społeczne: „Walczymy o normalność” promująca kwestie związane z przestrzeganiem praw kobiet – pacjentek w opiece okołoporodowej, „Nie daj się naciąć” nagłaśniająca problem rutynowego, nieuzasadnionego stosowania zabiegu nacięcia krocza u większości rodzących w Polsce oraz „Macierzyństwo bywa trudne”, której celem było zwrócenie uwagi społeczeństwa na trudny problem depresji okołoporodowej. Ponadto podczas szkoleń i konferencji Fundacja przeszkoliła ponad tysiąc położnych, wydała tysiące egzemplarzy ulotek i broszur dla personelu medycznego i kobiet, prezentujących w przystępny sposób najnowszą, opartą o wyniki badań naukowych wiedzę o ciąży, porodzie i połogu, stworzyła także unikalną bazę placówek położniczych w Polsce (www.gdzierodzic.info), aby pomóc kobietom w dokonywaniu świadomego wyboru miejsc do porodu. Strona internetowa Fundacji (www.rodzicpoludzku.pl) stanowi unikalne kompendium wiedzy na temat ciąży, porodu i połogu przygotowane w oparciu o najnowsze wyniki światowych badań naukowych.