

Rekomendacje:

Pakiet dla poprawy opieki okołoporodowej Fundacji Rodzić po Ludzku.

Sprawy bardzo o wysokim priorytecie

1. Utworzenie interdyscyplinarnego zespołu ds opieki okołoporodowej.

Opieka okołoporodowa charakteryzuje się złożonością zagadnień i kwestii, którym należy się przyjrzeć w gronie interdyscyplinarnym i wprowadzić odpowiednie zmiany. Liczba postulatów Fundacji wskazanych w niniejszym piśmie daje pewnego rodzaju zarys spraw, które winny zostać przeanalizowane. Stoimy na stanowisku, iż powołanie interdyscyplinarnego zespołu opieki okołoporodowej przy Ministrze Zdrowia będzie istotnym krokiem w poprawie opieki nad kobietami w okresie okołoporodowym. Zespół może służyć jako platforma do koordynacji działań i inicjatyw związanych z opieką okołoporodową oraz integracji różnych obszarów, ekspertyz i doświadczenia, aby zapewnić kompleksowe podejście do problemów związanych z opieką zdrowotną kobiet w ciąży i po porodzie. Zespoły interdyscyplinarne umożliwiają wymianę wiedzy i doświadczeń między różnymi specjalistami, w tym: lekarzami, położnymi, psychologami, prawnikami oraz przedstawicielami organizacji społecznych. Takie podejście pozwala na lepsze zrozumienie różnorodnych aspektów opieki okołoporodowej i identyfikację obszarów do poprawy. Istotną cechą zespołu jest możliwość szybkiego reagowania na zmieniające się potrzeby i wyzwania w obszarze opieki okołoporodowej.

Powołanie interdyscyplinarnego zespołu opieki okołoporodowej przy Ministrze Zdrowia przyczyni się do poprawy jakości i dostępności opieki zdrowotnej dla kobiet w ciąży i po porodzie, oraz do zwiększenia bezpieczeństwa i komfortu podczas tego istotnego okresu w życiu kobiet.

2. Podwyższenie wycen za procedury okołoporodowe (poród).

Realizacja zapisów Standardu nakłada na personel medyczny duże obciążenia. Z informacji przekazanych przez dyrektorów placówek wynika, że obecna wycena nie odzwierciedla rzeczywistych kosztów ponoszonych przez szpitale. To przekłada się na liczbę zatrudnionego personelu medycznego, co prowadzi do sytuacji, w której położne mają pod swoją opieką zbyt dużą liczbę pacjentek. W takim kontekście trudno mówić o indywidualnym podejściu i o opiece wysokiej jakości - czasem położne na oddziale położniczym muszą zajmować się jednocześnie ponad dwudziestoma pacjentkami.

3. Podwyższenie wycen za procedury dla położnych POZ

Stawka kapitulacyjna dla położnej jest za niska i nie pozwala na realne sprawowanie opieki nad kobietami. Skutkuje to też brakiem dostępu do położnych i jest czynnikiem zniechęcającym dla młodych osób rozważających edukację zawodową w położnictwie. Podniesienie wyceny stawki kapitulacyjnej dla położnych oraz wyceny wizyty patronażowej w podstawowej opiece zdrowotnej jest istotne, ponieważ motywuje do pracy, poprawia jakość opieki, równoważy obciążenia pracy, podnosi standardy świadczonej opieki oraz uznaje wartość ich pracy. Wyższa stawka kapitulacyjna pozwoli położnym na dostosowanie swojego tempa pracy do potrzeb pacjentek oraz zapewni im odpowiednią ilość czasu na każdą konsultację i interwencję. Podniesienie wyceny dla położnej jest sposobem uznania wartości ich pracy i wkładu w zapewnienie ciągłości podstawowej opieki zdrowotnej kobietom w ciąży, w trakcie porodu i po porodzie - jest też uznaniem ważności zdrowia kobiet. Może to być także zachętą dla położnych do podjęcia pracy w obszarze podstawowej opieki zdrowotnej oraz do pozostania w tym sektorze dłużej, co przyczynia się do stabilności kadrowej i ciągłości opieki.

4. Zagwarantowanie dostępności do znieczulenia zzo - zmiany w Standardzie.

Standardem europejskim jest dostęp do znieczulenia zewnątrzoponowego w porodzie. Powinno być ono dostępne w każdej placówce leczniczej z oddziałem położniczym, ponieważ zapewnia skuteczną ulgę w bólu podczas porodu. Dostępność tej formy znieczulenia w całym kraju jest kluczowa dla zapewnienia równego dostępu do opieki zdrowotnej i godnej opieki podczas porodu dla wszystkich kobiet.

SYTUACJE SZCZEGÓLNE

4. Finansowanie badania genetycznego dla kobiet doświadczających poronienia.

To gwarancja zapewnienia równego dostępu kobiet do takich świadczeń jak zasiłek macierzyński i pogrzebowy oraz prawo do skorzystania ze skróconego okresu urlopu macierzyńskiego. Dzisiaj bowiem bez poniesienia przez kobiety uprzednio kosztów badań genetycznych płci dziecka we własnym zakresie są one pozbawione powyższych uprawnień.

6. Wprowadzenie obowiązkowych cyklicznych szkoleń dla pracowników medycznych zajmujących się kobietami w sytuacjach szczególnych.

Celem szkoleń byłoby zwiększenie świadomości mechanizmów psychologicznych uruchamiających się w trakcie straty dziecka oraz budowanie postawy empatycznej, zwiększenie wiedzy w obszarze etapów przeżywania żałoby i roli personelu w tym czasie oraz rozwijanie praktycznych umiejętności towarzyszenia i wspierania rodziców po stracie dziecka. Przedmiotowe szkolenia, prócz częstotliwości ich odbywania, winny odbywać się w formie warsztatowej, aby umożliwić uzyskanie wiedzy, także wykorzystanie zdobytych informacji w formie treningu praktycznego.

7. Wprowadzenie bezwzględnego zakazu umieszczania kobiet po poronieniu lub martwym urodzeniu w salach szpitalnych razem z kobietami w okresie ciąży bądź kobietami w położu, których ciąża zakończyła się urodzeniem zdrowego dziecka.

Celem jest zagwarantowanie kobietom warunków w placówkach leczniczych, które zapobiegają pogłębianiu traumy pacjentek i zapewniają im warunki do jak najszybszej rekonwalescencji. Postulat jest możliwy do realizacji poprzez wprowadzenie jednej zmiany: należy wprowadzić zakaz umieszczania kobiet w sytuacjach szczególnych z innymi pacjentkami w ust. 3 pkt 3 części XV załącznika do Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej (Dz.U. 2018 poz. 1756, z późn. zm.).

PRZEMOC POŁOŻNICZA

8. Wprowadzenie do ustawy o prawach pacjenta rozdziału dotyczącego prawa do godnego porodu i godnej opieki.

Rozdział ten byłby ochroną prawną dla kobiet doświadczających przemocy położniczej oraz działaniem prewencyjnym tego zjawiska.

Z badań prowadzonych na świecie oraz przez FRPL wynika, że przemoc położnicza i lekarska jest przejawem naruszenia licznych praw pacjenta, jak również naruszeniem przepisów prawa karnego (na przykład naruszenie nietykalności cielesnej). Poród jest sytuacją szczególną, w której możliwość obrony przed naruszeniami jest bardzo ograniczona lub wręcz niemożliwa. Wprowadzenie rozdziału dotyczącego prawa do godnego porodu i godnej opieki okołoporodowej wzmocniłoby świadomość personelu medycznego oraz pacjentów, ustanawiając jednocześnie nową normę nie tylko prawną, ale i społeczną. Następstwem tych norm będzie wskazanie i zdefiniowanie obszarów, które wymagają profilaktyki, interwencji i zmiany w zakresie patologii zachowań międzyludzkich w obszarze ochrony zdrowia (w relacjach lekarz-pacjentka, położna-pacjentka, lekarz-położna, personel medyczny-osoby bliskie).

Zgodnie z zaleceniami WHO z 2015 r. *W celu zapobiegania i eliminacji łamania praw kobiet podczas porodu w placówkach medycznych, które wyraża się przez brak szacunku i nadużycia wobec rodzających, powinny być podejmowane następujące działania:*

1. Większe wsparcie ze strony władz państwowych i partnerów rozwojowych dla badań i działań zapobiegających brakowi szacunku i nadużyciom. Większe wsparcie ze strony rządów i partnerów na rzecz rozwoju jest potrzebne do prowadzenia dalszych badań na temat definiowania i pomiaru braku szacunku i nadużyć w publicznych i prywatnych placówkach opieki zdrowotnej na całym świecie, w celu lepszego zrozumienia ich wpływu na stan zdrowia oraz doświadczenia i wybory kobiet. Konieczne są dowody na skuteczność stosowania i wdrażania interwencji w różnych kontekstach, by dostarczyć niezbędne wytyczne merytoryczne dla rządów oraz świadczeniodawców.

2. Inicjowanie, wspieranie i utrzymanie programów mających na celu poprawę jakości opieki położniczej, z silnym naciskiem na poszanowanie godności kobiet jako podstawowego elementu jakości tej opieki.

3. Podkreślanie praw kobiet do godnej i pełnej szacunku opieki zdrowotnej w czasie ciąży i porodu.

4. Konieczność zbierania danych na temat poszanowania praw i jego braku w opiece zdrowotnej nad kobietami oraz tworzenie systemów profesjonalnego i odpowiedzialnego wsparcia.

5. Zaangażowanie wszystkich zainteresowanych stron, w tym kobiet, w działania na rzecz poprawy jakości opieki okołoporodowej i eliminowania różnego typu nadużyć, w szczególności – braku szacunku do kobiet.”

9. Procedury antymobbingowe dla personelu medycznego.

Wprowadzenie procedur antymobbingowych i antydyskryminacyjnych w placówkach medycznych ma kluczowe znaczenie jako profilaktyka przemocy położniczej. Tworzenie środowiska pracy wolnego od mobbingu i dyskryminacji jest fundamentalne dla zapewnienia poszanowania godności pacjentek oraz personelu medycznego. Eliminacja zachowań dyskryminacyjnych oraz niewłaściwego traktowania pacjentek może przeciwdziałać sytuacjom przemocy położniczej, tworząc atmosferę szacunku i empatii w czasie okołoporodowym. Wprowadzenie procedur antymobbingowych i antydyskryminacyjnych jest kluczowym krokiem w budowaniu bezpiecznego i wspierającego środowiska opieki położniczej.

10. Wprowadzenie obowiązkowych cyklicznych szkoleń dla personelu medycznego dotyczące przeciwdziałaniu przemocy i dyskryminacji.

W ostatnich latach na niektórych uczelniach medycznych wprowadzono przedmioty, podczas których studenci i studentki mają zajęcia poświęcone komunikacji medycznej. Personel medyczny o dłuższym stażu w toku swojego kształcenia zawodowego niestety najczęściej nie spotkał się z treściami dotyczącymi przeciwdziałania przemocy i dyskryminacji oraz poprawnej komunikacji medycznej. Profesjonalne wsparcie oraz edukacja na wysokim poziomie, zapewniona przez system ochrony zdrowia (a nie z prywatnych środków personelu), jest podstawowym narzędziem nadrobienia zaległości w tym obszarze oraz sposobem na kształtowanie odpowiednich postaw wobec kobiet rodzących w Polsce. Warto zaznaczyć, że osoby, które doświadczyły przemocy położniczej, deklarują w badaniach, że nigdy po takim doświadczeniu nie będą mieć kolejnych dzieci. W styczniu 2024 r. GUS podał, że dzietność w Polsce spadła do poziomu 1,18, a obserwacje pokazują, że co roku rodzi się o kilkadziesiąt tysięcy dzieci mniej. Katastrofa demograficzna ma wiele przyczyn, i w naszej opinii jedną z nich jest przemoc położnicza i lekarska, która nie była dotąd przez system dostatecznie identyfikowana - wręcz tuszowana na poziomie instytucjonalnym.

11. Systemowe wsparcie dla kadry zarządzającej - współpraca z nowym pokoleniem medyków.

Systemowe wsparcie dla kadry zarządzającej jest konieczne, by kreować w środowisku pracy prawidłowe i zgodne z prawem postawy wobec pacjentów. Jest to istotne także wśród personelu medycznego - budowanie poprawnych relacji w zespołach terapeutycznych, przeciwdziałanie mobbingowi, wspieranie w zakresie rozwiązywania konfliktów, właściwe wynagradzanie. Atmosfera miejsca pracy, komunikacja międzyludzka i warunki pracy wpływają na relacje z pacjentami, dlatego należy wprowadzić odpowiednie szkolenia i inne rozwiązania systemowe, likwidujące przeszkody i prowadzące do uzyskania stanu satysfakcji oraz zadowolenia pacjenta ze świadczeń medycznych.

Działania długofalowe

12. Wprowadzenie mechanizmów kontroli realizacji Standardów Opieki Okołoporodowej.

Niedostateczny monitoring realizacji standardów opieki okołoporodowej oraz brak konsekwencji za ich naruszenia stanowią jedną z najistotniejszych przyczyn obecnej sytuacji w opiece okołoporodowej. Stoimy na stanowisku, iż konieczne jest stworzenie mechanizmów kontroli oraz systemu kar lub zachęt dla szpitali.

Wzmocnienie roli położnej w systemie

13. Realne umożliwienie sprawowania opieki nad kobietą w ciąży przez położną.

W krajach, w których dla kobiet w okresie okołoporodowym specjalistką pierwszego wyboru jest położna, obserwuje się mniej interwencji medycznych i lepsze wyniki zdrowotne matek i dzieci oraz większą satysfakcję z opieki. Ma to miejsce zwłaszcza, jeśli opieka ta jest sprawowana w systemie ciągłym, tj. opiekę sprawuje jedna położna lub mały zespół położnych w całym okresie okołoporodowym: w ciąży, porodzie i połogu. W Polsce teoretycznie istnieje możliwość korzystania z „prowadzenia ciąży” przez położną w ramach ubezpieczenia. Nie jest to popularna opcja między innymi dlatego, że nie ma wielu położnych, które podpisały taki kontrakt z NFZ. Aby zmienić tę sytuację należy zwiększyć finansowanie świadczeń z zakresu prowadzenia ciąży przez położną oraz ułatwić położnym podpisywanie kontraktów na to świadczenie. Kolejną barierą dla prowadzenia ciąży przez położną jest nieuwzględnianie w systemie ochrony zdrowia i w prawie pracy faktu, że nawet fizjologiczna ciąża może powodować u kobiety złe samopoczucie, uniemożliwiające jej wykonywanie pracy. Korzystne będzie rozszerzenie kompetencji położnych o możliwość wystawienia zwolnienia z pracy, nie ze względu na zagrożenie ciąży, czyli występowanie patologii w jej przebiegu, ale ze względu na fizjologiczne dolegliwości (najczęściej są to mdłości, osłabienie, zawroty głowy). Możliwość uzyskania takiego zwolnienia zachęciłaby kobiety do wybierania położnych jako specjalistek pierwszego kontaktu w czasie ciąży, co mogłoby wpłynąć na zmniejszenie odsetka interwencji w czasie ciąży i porodu.

14. Wypracowanie norm zatrudnienia dla placówek położniczych i na oddziałach.

Konieczne jest wypracowanie odpowiednich norm zatrudnienia na oddziałach porodowych i oddziałach położniczych, które zagwarantują kobiecie wysoką jakość opieki. Wartościowe byłoby zapewnienie opieki położnej 1:1 podczas porodu od momentu osiągnięcia rozwarcia 4 cm. Położna od tego etapu powinna zajmować się tylko jedną rodzącą. Zwiększenie liczby położnych na dyżurach zmniejszy obciążenie zadaniami i ułatwi nawiązanie relacji między położną a kobietą, a tym samym podniesie bezpieczeństwo. Stała opieka położnej jest bardzo ważnym czynnikiem ochronnym dla dobrego porodu - kobiety mają większe szanse na poród naturalny, bez zastosowania instrumentów położniczych, mają wtedy również większe szanse na poród spontaniczny, rzadziej korzystają ze znieczulenia farmakologicznego i częściej są zadowolone z opieki.

15. Promowanie zatrudniania położnych na oddziałach obejmujących opieką noworodki i kobiety.

Położne jako specjalistki ochrony zdrowia mają w swoich kompetencjach zarówno opiekę nad noworodkiem, jak i nad kobietą. Powinno się zatem dążyć do obejmowania przez specjalistki taką opieką diady matka-dziecko, a nie każdego z nich z osobna przez inny zespół specjalistów. Konsultacje neonatologiczne i opieka specjalistyczna tego rodzaju bywają konieczne, podstawą opieki dla kobiety i jej dziecka powinna być opieka położnej. Położna może koordynować opiekę z uwzględnieniem jednocześnie potrzeb obojga pacjentów.

16. Wprowadzenie rozwiązań prawnych umożliwiających opiekę położnych POZ w sytuacji narodzin wcześniaka.

Konieczne jest wprowadzenie zapisów, które umożliwiłyby opiekę położnych POZ nad kobietą i dzieckiem przedwcześnie urodzonym. W sytuacji narodzin dziecka płci męskiej położna POZ najczęściej nie ma możliwości sprawowania opieki nad nim, ponieważ przebywa on w szpitalu. Położna podstawowej opieki zdrowotnej w Polsce odgrywa kluczową rolę w opiece nad dziećmi przedwcześnie urodzonymi po ich wyjściu ze szpitala.

Położne posiadają specjalistyczną wiedzę dotyczącą opieki nad noworodkami i wczesnym wsparciem dla matek. Są w stanie świadczyć kompleksową opiekę zarówno nad dzieckiem, jak i matką, co jest kluczowe dla zdrowia obu osób. Dzieci przedwcześnie urodzone mogą wymagać specjalnej opieki zdrowotnej i monitorowania ze względu na swoją delikatność i podatność na różnego rodzaju komplikacje. Położna może pomóc w wczesnym wykrywaniu ewentualnych problemów zdrowotnych u dziecka oraz udzielać wsparcia matce w przypadku niepokojących sytuacji. Matki dzieci przedwcześnie urodzonych dzieci często doświadczają silnego stresu i niepokoju związanych z ich stanem zdrowia oraz opieką nad nimi. Depresja poporodowa jest również częstym zjawiskiem wśród matek dzieci przedwcześnie urodzonych. Położna może dostarczyć wsparcia emocjonalnego, pomagając matce radzić sobie z emocjami i stresującymi

sytuacjami. Położna może pełnić rolę mentora i edukatora dla rodziców dzieci przedwcześnie urodzonych, pomagając im zrozumieć potrzeby swojego dziecka oraz zapewniając praktyczne wskazówki dotyczące opieki nad nim w domu.

Zaangażowanie położnej podstawowej opieki zdrowotnej w opiekę nad dziećmi przedwcześnie urodzonymi po ich wyjściu ze szpitala jest kluczowe dla zapewnienia kompleksowej i skutecznej opieki zarówno dla dziecka, jak i dla matki, a także dla wsparcia emocjonalnego i psychologicznego rodziny.

17. Wydłużenie wizyt patronażowych co najmniej do 6 miesiąca po porodzie, wizyta dotycząca żywienia dziecka, czynniki ryzyka depresji poporodowej.

Wydłużenie wizyt patronażowych do 6 miesiąca po porodzie ma znaczenie dla zdrowia niemowląt oraz wsparcia rodziny w okresie po porodzie. Dłuższe wizyty patronażowe pozwalają na śledzenie wzrostu i rozwoju niemowlaka przez dłuższy czas. To umożliwia szybkie wykrycie ewentualnych problemów zdrowotnych oraz zastosowanie odpowiednich interwencji. Połączenie regularnych wizyt patronażowych z edukacją rodziców na temat żywienia niemowląt oraz stopniowego wprowadzania nowych pokarmów do diety dziecka jest kluczowe dla zapewnienia mu odpowiedniego rozwoju i zdrowia.

Wizyty patronażowe umożliwiają budowanie zaufania między rodzicami a położną, co może sprzyjać otwartości na rozmowy na temat zdrowia psychicznego matki. To pozwala na wczesne wykrycie objawów depresji poporodowej i zapewnienie odpowiedniego wsparcia. Należy zwrócić uwagę, że depresja poporodowa może pojawić się w ciągu kilkunastu dni po porodzie, kilku tygodni, a nawet jak wskazują w drugiej połowie pierwszego roku dziecka. Warto zaznaczyć, że dłuższe monitorowanie stanu matki po porodzie może pozwolić na wychwycenie czynników ryzyka wystąpienia depresji. Regularne kontakty z położną pozwalają również na monitorowanie warunków życia i rozwoju dziecka oraz na wczesne wykrywanie ewentualnych sygnałów krzywdzenia czy zaniedbywania. Dłuższy okres wizyt patronażowych pozwala na budowanie zaufania i lepsze zrozumienie potrzeb rodziny, co może przyczynić się do zapobiegania przypadkom krzywdzenia dzieci.

Wydłużenie wizyt patronażowych do 6 miesiąca po porodzie stanowi istotny krok w zapewnieniu kompleksowej opieki zdrowotnej dla niemowląt i ich rodzin. To nie tylko wspiera zdrowie fizyczne i psychiczne dziecka oraz matki, ale także może przyczynić się do zwiększenia świadomości rodziców w zakresie opieki nad dzieckiem i zapobiegania problemom zdrowotnym oraz społecznym.

WSPIERANIE LAKTACJI W POLSCE

18. Powołanie krajowego konsultanta ds. laktacji.

Minister Zdrowia powinien powołać krajowego konsultanta do spraw laktacji, aby wspierać żywienie noworodków, w tym karmienie piersią, jako najlepszy sposób odżywiania noworodków, poprawić jakość opieki zdrowotnej dla matek i niemowląt, edukować społeczeństwo na temat korzyści z karmienia piersią, monitorować statystyki oraz zwiększyć świadomość społeczną na temat znaczenia tej praktyki. Obecność konsultanta pomoże promować zdrowie matek i dzieci oraz podnieść standardy opieki zdrowotnej w Polsce.

19. Stworzenie programu wspierania laktacji w zabezpieczeniu finansowym.

Karmienie piersią ma fundamentalne znaczenie w zakresie zdrowia publicznego - zmniejsza ryzyko wystąpienia wielu poważnych chorób zarówno u matki jak i dziecka (m.in. nowotworów piersi, martwiczego zapalenia jelit, białaczki, otyłości i cukrzycy). Inwestowanie w karmienie piersią oznacza wielomilionowe oszczędności dla systemu ochrony zdrowia z powodu ograniczenia masowo występujących chorób cywilizacyjnych. Ponadto warto zaznaczyć, że według ekspertów karmienie sztuczne jest wadą żywieniową i powinno być stosowane wyłącznie ze wskazań medycznych. Wspieranie karmienia piersią ma także znaczenie w kontekście zanieczyszczenia środowiska i generuje oszczędności dla państwa związane z segregacją i utylizacją śmieci generowanych przez opakowania mieszanek mlekozastępczych, plastikowych butelek, smoczków itd. Karmienie piersią jest zdecydowanie bardziej ekologiczną praktyką.

20. Wprowadzenie rozszerzonej porady laktacyjnej jako procedury w ramach powszechnego ubezpieczenia.

Dostępność rozszerzonej porady laktacyjnej w ramach podstawowej opieki zdrowotnej w ramach powszechnego ubezpieczenia ma ogromne znaczenie dla zdrowia publicznego i ekonomii wydatków państwa.

Odpowiednie wsparcie laktacyjne może zwiększyć wskaźniki karmienia piersią, co przyczynia się do poprawy zdrowia niemowląt poprzez dostarczanie im optymalnego żywienia oraz wzmacnianie ich układu immunologicznego. Dodatkowo, poprzez umożliwienie dostępu do rozszerzonej porady laktacyjnej w ramach podstawowej opieki zdrowotnej, można zredukować koszty związane z leczeniem powikłań związanymi z karmieniem piersią oraz zmniejszyć obciążenie systemu opieki zdrowotnej.

W rezultacie inwestycja w rozszerzoną poradę laktacyjną, jako część podstawowej opieki zdrowotnej, może przynieść korzyści zdrowotne dla niemowląt i matek, a także przyczynić się do zmniejszenia kosztów opieki zdrowotnej dla państwa.

21. Zmiany legislacyjne dotyczące opieki po położnej POZ - wizyty patronażowe do końca laktacji.

Rozszerzenie wizyt patronażowych położnej podstawowej opieki zdrowotnej do końca laktacji jest istotne z perspektywy zdrowia matki i dziecka. Położna odgrywa kluczową rolę nie tylko

w wsparciu karmienia piersią, ale także w edukacji zdrowotnej dotyczącej rozszerzania diety niemowlaka oraz zakończenia procesu laktacji. Rozszerzenie wizyt patronażowych umożliwia kontynuację wsparcia i edukacji rodziców na temat właściwego żywienia niemowląt, co ma kluczowe znaczenie dla zapewnienia optymalnego wzrostu i rozwoju dziecka.

Zgodnie z zaleceniami WHO karmienie piersią powinno być kontynuowane do przynajmniej 2. roku życia dziecka, a położna może odegrać istotną rolę we wsparciu matek w tym procesie. Dodatkowo położna może pomóc w edukacji rodziców na temat odpowiedniego wprowadzania pokarmów stałych oraz w zapewnieniu wsparcia i porad w zakończeniu laktacji w przypadku decyzji matki o zaprzestaniu karmienia piersią.

Rozszerzenie wizyt patronażowych położnej do końca laktacji jest zatem zgodne zarówno z zaleceniami WHO, jak i wspiera zdrowie i dobrostan tak matki, jak i dziecka poprzez kontynuację edukacji zdrowotnej i wsparcia w kluczowych obszarach związanych z żywieniem niemowląt i zakończeniem procesu laktacji.

22. Opracowanie kompleksowej polityki poprawy opieki okołoporodowej.

Polska jest krajem z jednym z najwyższych odsetków operacji cesarskiego cięcia, gdzie prawie co druga kobieta kończy ciążę poważną operacją brzuszną. Pomimo prac zespołu ekspertów przy Ministrze Zdrowia, nie udało się poprawić sytuacji. Konieczne jest wprowadzenie kompleksowej polityki poprawiającej opiekę okołoporodową w Polsce oraz zaplanowanie odpowiedniego finansowania na realizację zadań. Polityka ta powinna opierać się na procedurach o udowodnionej skuteczności oraz poszanowaniu autonomii kobiet.

Zmniejszenie liczby cesarskich cięć oraz poprawa satysfakcji kobiet z porodu w Polsce wymaga wielowymiarowego podejścia, które obejmuje zarówno działania społeczne, edukacyjne, jak i strukturalne zmiany w systemie opieki zdrowotnej. Potrzebne są działania w obszarach edukacji i podnoszenia świadomości. Konieczne są kampanie edukacyjne mające na celu zwiększenie świadomości kobiet na temat zdrowia reprodukcyjnego, naturalnych metod porodu, oraz ryzyka związanego z cesarskim cięciem. Dodatkowo należy zapewnić położnym i lekarzom szkolenia w zakresie fizjologii porodu i umiejętności udzielania wsparcia kobietom w porodzie. Dostęp do wysokiej jakości opieki w ciąży, opartej na pracy położnej jako specjalistki od zdrowia, może zmniejszyć ryzyko powikłań podczas porodu i zmniejszyć potrzebę cesarskiego cięcia. Konieczna jest też regularna ocena i monitorowanie praktyk medycznych związanych z cesarskimi cięciami, aby zidentyfikować obszary, w których można wprowadzić poprawę i ograniczyć nadmierne wykonywanie operacji. Potrzebne jest także wsparcie psychologiczne dla kobiet mających złe doświadczenia z poprzedniego porodu, aby pomóc im poradzić sobie z emocjonalnymi aspektami tego doświadczenia.

Wprowadzenie tych działań wymaga współpracy różnych instytucji, organizacji społecznych, personelu medycznego oraz rządu, aby stworzyć bardziej holistyczne podejście do opieki nad

matkami i noworodkami oraz aby promować nowoczesne położnictwo z naciskiem na położnictwo położnych.

23. Zalegalizowanie procedury „cesarskie cięcie z wyboru”.

Umożliwienie kobietom podjęcia świadomej decyzji o zakończeniu ciąży cesarskim cięciem wymaga wypracowania odpowiednich procedur dotyczących „cesarskiego cięcia z wyboru”. Konieczne jest wprowadzenie edukacji, konsultacji psychologicznej oraz konsultacji lekarskiej. Dzięki wdrożonym procedurom będzie możliwa realna edukacja na temat operacji cesarskiego cięcia oraz analiza powodów podejmowania takich decyzji przez kobiety. Istotne jest, aby zalegalizować sytuację, która i tak ma miejsce. Nie powinno się zmuszać kobiety, która nie chce rodzić drogami natury do takiej formy porodu. Uszanowanie decyzji kobiet w obszarze zdrowia reprodukcyjnego jest poszanowaniem praw człowieka.

24. Dostępność do opieki ginekologiczno-położniczej dla kobiet z niepełnosprawnościami.

Konieczne jest ustalenie standardów dotyczących opieki nad kobietami z niepełnosprawnościami w szpitalach położniczych. Z danych uzyskanych podczas monitoringu przeprowadzonego przez Fundację Rodzić po Ludzku wynika, że bardzo duża część szpitali nie zapewnia kobietom z niepełnosprawnością ruchową, niewidomym, niedowidzącym oraz niesłyszącym odpowiedniej pomocy ani nie wyposaża ich w niezbędne sprzęty. W Warszawie jedynie dwa szpitale posiadają fotele dostosowane do potrzeb osób z niepełnosprawnościami ruchowymi, dokumenty dla osób z problemami z widzeniem oraz dostęp do tłumacza języka migowego. W całej Polsce jedynie 55 spośród 339 szpitali objętych monitoringiem Fundacji spełnia te minimalne standardy.

INNE WAŻNE WYZWANIA

25. Zmiana w Standardzie dotyczące organizacji sal porodowych.

Pełne poszanowanie intymności kobiety gwarantuje wyłącznie jednoosobowa sala porodowa, w której kobieta rodzi dziecko. Należy dokonać zmiany w standardach organizacyjnych opieki, zapewniając rodzącym pełne poszanowanie intymności. Szpitalom należy przyznać odpowiedni czas na dostosowanie się do tych zmian, nie przekraczający 3 lat.

26. Określenie wskaźników jakości opieki okołoporodowej dla szpitali.

Zgodnie ze Standardem podmioty wykonujące działalność leczniczą i udzielające świadczeń zdrowotnych w obszarze opieki okołoporodowej powinny ustalić wskaźniki opieki oraz regularnie je monitorować. Pozostawienie tego obowiązku w gestii poszczególnych podmiotów uniemożliwia prowadzenie zbiorczej analizy i wyciąganie wniosków z uwagi na różną

formę/zakres zbieranych danych, co w konsekwencji uniemożliwia prowadzenie monitoringu w perspektywie całego kraju.

27. Analiza programu koordynowanej opieki KOC.

Konieczna jest ewaluacja programu pilotażowego koordynowanej opieki nad kobietą KOC. Ważna jest ocena tego programu z perspektywy kobiet, położnych i lekarek oraz lekarzy, a także dyrektorów szpitali. KOC jest także szansą na wprowadzenie w obrębie ochrony zdrowia finansowanej ze środków publicznych ciągłości opieki położnej w całym okresie okołoporodowym (ang. *midwifery led continuity of care*), która jest najbezpieczniejszym i najbardziej satysfakcjonującym modelem opieki na świecie. W modelu tym położne pracują w małych zespołach, a kobiety znają przynajmniej dwie położne z zespołu, dąży się natomiast do obecności głównej położnej sprawującej opiekę w ciąży czasie porodu i potem kontynuacji opieki w położu. Należy dążyć do promowania w ramach KOC ciągłości opieki położnej z dbałością o odpowiednie przeszkolenie, zasoby kadrowe i nakłady finansowe aby zmniejszyć ryzyka z jakimi dla położnych wiąże się praca w tym systemie. Szpitale, które już teraz świadczą usługi w ramach KOC, powinny zostać uwzględnione w statystykach publikowanych przez NFZ.

28. Wprowadzenie systemowych rozwiązań dotyczących depresji poporodowej.

Polska powinna na stałe wprowadzić programy profilaktyki depresji poporodowej. Depresja poporodowa wpływa na zdrowie matki oraz na rozwój dziecka. Wprowadzenie programów profilaktycznych może zmniejszyć ryzyko wystąpienia depresji poporodowej i poprawić ogólne zdrowie psychiczne matki i dziecka. Programy profilaktyczne mogą zmniejszyć także koszty związane z leczeniem depresji, przyczynić się do zmniejszenia stygmatyzacji związanej z depresją poporodową poprzez zwiększenie świadomości społecznej na temat tego problemu i promowanie otwartej dyskusji w tym zakresie, a także zwiększyć świadomość społeczną w obszarze depresji poporodowej, objawów oraz dostępnych opcji leczenia i wsparcia. Wprowadzenie programów profilaktycznych stanowi część szerszego podejścia do promowania zdrowia psychicznego matek i rodzin, co może mieć pozytywny wpływ na całe społeczeństwo. Wprowadzenie programów profilaktyki depresji poporodowej wymaga zaangażowania zarówno rządu, personelu medycznego, jak i społeczności lokalnych oraz organizacji pozarządowych. Jest to istotny krok w kierunku poprawy zdrowia psychicznego matek i ich rodzin oraz w budowaniu bardziej wspierającego i zrozumiałego społeczeństwa. Konieczne jest też wzmocnienie potencjału położnych POZ jako pierwszych osób, które spotykają się z kobietą doświadczającą depresji poporodowej.

29. Wsparcie programów wzmacniających dobre praktyki w szpitalach położniczych

Należy wzmocnić program „Szpital Przyjazny Dziecku” poprzez ustanowienie stałego systemu finansowania, który umożliwi skuteczne monitorowanie programu oraz jego regularną ocenę.

Dodatkowo rekomendujemy wprowadzenie programu „Szpital Przyjazny Matce” oraz zapewnienie odpowiedniego finansowania dla programu ewaluacyjnego.

30. Porody domowe w ramach ubezpieczenia.

Prawo kobiety do wyboru miejsca porodu jest jednym z fundamentalnych praw kobiet. Wprowadzenie porodu domowego w ramach ubezpieczenia zdrowotnego daje kobietom możliwość wyboru, czy chcą rodzić w szpitalu, czy w domu, co wpisuje się w prawa człowieka i autonomię pacjentki, jest także realizacją zapisów Standardu. Każda kobieta powinna mieć równy dostęp do świadczeń zdrowotnych, niezależnie od wyboru miejsca porodu. Zapewnienie finansowania porodów domowych przez powszechne ubezpieczenie zdrowotne eliminuje barierę finansową dla kobiet, które chcą wybrać tę opcję. Poród domowy w Polsce jest legalny, lecz dostępny jedynie dla zamożnych kobiet w naszym kraju, co po raz kolejny pogłębia nierówności w ochronie zdrowia. Powszechne ubezpieczenie zdrowotne ma za zadanie zapewnić obywatelom dostęp do opieki zdrowotnej w zakresie niezbędnym dla utrzymania ich zdrowia.

Dostęp do profesjonalnej opieki położniczej i medycznej podczas porodu domowego może być równie bezpieczny jak poród w szpitalu, o ile spełnione są określone kryteria bezpieczeństwa. Wprowadzenie porodu domowego w ramach ubezpieczenia zdrowotnego pozwoliłoby na standaryzację procedur i zabezpieczenie standardów bezpieczeństwa dla kobiet wybierających tę opcję.

Poród domowy może być ekonomicznie bardziej opłacalny niż poród w szpitalu, zwłaszcza jeśli nie wymaga hospitalizacji ani zaawansowanych procedur medycznych. To może przynieść oszczędności systemowi opieki zdrowotnej. Wprowadzenie porodu domowego w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego może zatem być uzasadnione z perspektywy praw pacjentki, równości dostępu do świadczeń zdrowotnych, bezpieczeństwa medycznego oraz efektywności ekonomicznej systemu opieki zdrowotnej.

31. Wprowadzenie procedury porady uroginekologicznej po porodzie, porada fizjoterapeutyczna, mobilizacja blizny po nacięciu krocza, rany po operacji cesarskiego cięcia, profilaktyka nietrzymania moczu.

Ciąża i poród często prowadzą do osłabienia mięśni dna miednicy u kobiet, co może prowadzić do nietrzymania moczu. Porada uroginekologiczna po porodzie może pomóc w identyfikacji ryzyka i we wprowadzeniu odpowiednich działań profilaktycznych, co przyczynia się do poprawy jakości życia kobiet. Mobilizacja blizny po nacięciu krocza lub po cesarskim cięciu jest istotna dla zapobiegania powikłaniom, takim jak zrosty czy zaburzenia funkcji mięśniowych. Porada fizjoterapeuty może pomóc w właściwej rehabilitacji, przyspieszając powrót do pełnej sprawności fizycznej i zmniejszając ryzyko powikłań.

Wprowadzenie tych procedur do powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego pozwala na kompleksową opiekę nad kobietami po porodzie, co przyczynia się do poprawy ich dobrostanu

fizycznego i psychicznego. Dbłość o zdrowie matki ma również wpływ na opiekę nad dzieckiem oraz na całą rodzinę. Profilaktyka nietrzymania moczu oraz odpowiednia rehabilitacja po porodzie mogą zmniejszyć koszty związane z leczeniem powikłań i chorób wynikających z porodu. Inwestycja w opiekę po porodzie może zatem przynieść oszczędności systemowi opieki zdrowotnej w dłuższej perspektywie czasowej. Wprowadzenie tych procedur do powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego stanowi ważny krok w kierunku zapewnienia kompleksowej opieki nad kobietami po porodzie, poprawiając ich zdrowie i jakość życia oraz przyczyniając się do efektywności systemu opieki zdrowotnej.

32. Program żywieniowy dla kobiet w ciąży i po porodzie w szpitalach.

W szpitalach powinna być zapewniona odpowiednia dieta dla kobiet w ciąży i po porodzie, aby wspierać zdrowy rozwój dziecka, zapewnić niezbędne składniki odżywcze dla matki oraz przyspieszyć proces rekonwalescencji po porodzie. Odpowiednie odżywianie odgrywa kluczową rolę w zapewnieniu optymalnego stanu zdrowia zarówno matki, jak i dziecka, co przyczynia się do lepszego przebiegu ciąży oraz poprawia jakość życia po porodzie.

Należałoby sprawdzić, jak wygląda ocena programu pilotażowego „Standard szpitalnego żywienia kobiet w ciąży i w okresie poporodowym - Dieta Mamy”.

33. Zmiany w ustawie o jakości wprowadzenie systemu sprawnie działającego systemu *no fault*

Wprowadzenie dobrego systemu *no fault* oraz zbieranie danych o zdarzeniach niepożądanych jest kluczowe dla poprawy jakości opieki zdrowotnej i ochrony pacjentów. System *no fault* eliminuje konieczność udowadniania winy w przypadku szkód wynikających z opieki zdrowotnej, co zwiększa dostęp do odszkodowań dla poszkodowanych pacjentów i promuje uczciwość oraz przejrzystość w systemie opieki zdrowotnej. Jednocześnie zbieranie danych o zdarzeniach niepożądanych umożliwia identyfikację obszarów wymagających poprawy, wprowadzenie środków zapobiegawczych oraz monitorowanie skuteczności działań mających na celu minimalizację ryzyka dla pacjentów. Dzięki temu systemowi możliwe jest ciągłe doskonalenie opieki zdrowotnej i zapewnienie bezpieczeństwa pacjentom.

34. Promowanie grup wsparcia w szpitalach dla personelu medycznego.

Grupy wsparcia miałyby na celu przeciwdziałanie wypaleniu w pracy pracownikom medycznym, którzy z racji charakteru swojej pracy oraz warunków w jakich pracują winni mieć możliwość podzielenia się swoimi doświadczeniami i emocjami. Powyższe powinno obejmować także możliwość uzyskania natychmiastowej pomocy psychologicznej w przypadku udziału personelu w opiece nad kobietą w sytuacji szczególnej (poronienie, urodzenie dziecka chorego lub martwego). Dostępność do wsparcia psychologicznego powinno odbywać się w ramach godzin pracy, bez obciążenia finansowego pracownika.

35. Organizacje ngo - finansowanie organizacji strażniczych w zdrowiu, rozliczenie konkursów.

Wspieranie organizacji pozarządowych o charakterze strażniczym i edukacyjnym przez Ministerstwo Zdrowia ma kluczowe znaczenie dla całego systemu ochrony zdrowia. Te organizacje odgrywają istotną rolę w monitorowaniu jakości świadczeń zdrowotnych, wychwytywaniu nieprawidłowości oraz w edukacji społeczeństwa na temat zdrowia i profilaktyki.

Organizacje strażnicze pozwalają na bieżące monitorowanie jakości opieki zdrowotnej, identyfikację problemów oraz zgłaszanie ewentualnych nieprawidłowości czy niedociągnięć w funkcjonowaniu systemu opieki zdrowotnej. To przyczynia się do ciągłego doskonalenia jakości świadczeń. Działania organizacji pozarządowych mogą pomóc w wychwyceniu nieprawidłowości, nadużyć oraz niezgodności z obowiązującymi standardami w systemie ochrony zdrowia. Ich interwencje i zgłoszenia mogą prowadzić do skuteczniejszego egzekwowania przepisów oraz poprawy transparentności i uczciwości w systemie.

Organizacje edukacyjne wspierane przez Ministerstwo Zdrowia mogą prowadzić działania informacyjne, szkolenia oraz kampanie profilaktyczne, które zwiększają świadomość społeczeństwa na temat zdrowia, stylu życia oraz chorób przewlekłych. To może przyczynić się do zmniejszenia zapadalności na choroby oraz do skuteczniejszej opieki zdrowotnej.

Wspieranie organizacji pozarządowych przez Ministerstwo Zdrowia nie tylko przyczynia się do poprawy jakości opieki zdrowotnej, ale także buduje zaufanie społeczne do systemu ochrony zdrowia. Działania te wzmacniają także partycypację społeczną i zaangażowanie obywateli w dbanie o swoje zdrowie oraz jakość świadczonych usług medycznych.

36. Konsultanci krajowi - krytyczna analiza prac urzędników, nowelizacja ustawy o konsultantach.

Znowelizowanie ustawy o konsultantach w ochronie zdrowia jest ważne z uwagi na potrzebę zwiększenia transparentności prac, współpracy z firmami farmaceutycznymi oraz zwiększenia roli konsultantów w obszarze kontroli placówek medycznych. Wprowadzenie bardziej precyzyjnych przepisów dotyczących działań konsultantów wesprze poprawę monitorowania standardów opieki zdrowotnej oraz zapewni większą transparentność w ich działaniach, co przyczyni się do wzrostu zaufania społecznego. Konieczne jest również zwiększenie finansowania konsultantów w ochronie zdrowia, co umożliwi skuteczniejsze realizowanie ich zadań oraz podniesienie jakości świadczonych usług medycznych. Znowelizowanie ustawy wzmocni rolę i kompetencje konsultantów w ochronie zdrowia, co może przynieść korzyści w zakresie zarządzania i koordynacji działań medycznych, poprawić efektywność systemu opieki oraz może wprowadzić bardziej przejrzyste zasady wyboru oraz działalności konsultantów.

37. Edukacja zdrowotna.

Konieczna jest współpraca między Ministerstwem Zdrowia a Ministerstwem Edukacji w Polsce w zakresie tworzenia programu dotyczącego edukacji zdrowotnej. Wprowadzenie edukacji zdrowotnej w szkołach pozwoli na wczesne kształtowanie nawyków zdrowotnych u dzieci i młodzieży, co może przyczynić się do poprawy stanu zdrowia społeczeństwa w dłuższej perspektywie czasowej. Również w dłuższej perspektywie zwiększy świadomość społeczeństwa na temat zdrowego stylu życia, profilaktyki chorób oraz istoty dbania o zdrowie fizyczne i psychiczne.

Poprzez edukację zdrowotną można zapobiegać wielu problemom zdrowotnym, takim jak uzależnienia, choroby przewlekłe czy zaburzenia psychiczne, co może zmniejszyć obciążenie systemu opieki zdrowotnej. Program edukacji zdrowotnej powinien skoncentrować się także na zdrowiu psychicznym, co jest coraz ważniejszym aspektem w dobie rosnących problemów psychicznych w społeczeństwie.

Współpraca między Ministerstwem Zdrowia a Ministerstwem Edukacji umożliwi integrację działań obu sektorów na rzecz poprawy zdrowia społeczeństwa i kompleksowej edukacji zdrowotnej.