

Warszawa, dn. 24 marca 2025 r.

FRPL/298/2025/IM

Pani
Magdalena Czerniak-Kowalska
Kierownik Wydziału Skarg i Wniosków
Najwyższej Izby Kontroli

Szanowna Pani,

Cieszymy się, że problematyka opieki okołoporodowej jest przedmiotem zainteresowania NIK, a przekazywane informacje są traktowane jako istotne źródło wiedzy. Z chęcią podzielimy się swoimi obserwacjami i w razie potrzeby prześlemy wszelkie materiały, które mogą pomóc w identyfikacji ryzyka i nieprawidłowości w zakresie opieki okołoporodowej. Poniżej prezentujemy obszary wymagające w naszej ocenie pilnej poprawy:

- 1. Promocja i wsparcie w naturalnym żywieniu noworodka w tym w szczególności wsparcie w karmieniu piersią** – w pierwszej kolejności pragniemy zwrócić uwagę na karmienie naturalne, czyli karmienie piersią, które ma fundamentalne znaczenie w zakresie zdrowia publicznego - zmniejsza ryzyko wystąpienia wielu poważnych chorób zarówno u matki jak i dziecka (m.in. nowotworów piersi¹, martwiczego zapalenia jelit, białaczki, otyłości² i cukrzycy³). 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. Dr hab. n. med. Maria Wilińska, przewodnicząca Zarządu Głównego Komitetu Upowszechniania Karmienia Piersią, specjalista pediatra i neonatolog w swojej wypowiedzi wyraźnie podkreśliła,

¹ <https://pacjent.gov.pl/aktualnosc/mniejsze-ryzyko-nowotworu-dzieki-karmieniu-piersia>, dostęp: 10.03.2025 r.

² WHO, *Exclusive breastfeeding to reduce the risk of childhood overweight and obesity*, <https://www.who.int/tools/elena/interventions/breastfeeding-childhood-obesity>, dostęp: 10.03.2025 r.

³ NFZ, materiały edukacyjne, https://www.nfz.gov.pl/gfx/nfz/userfiles/_public/aktualnosci/aktualnosci_oddzialow/szp_31.05.2023_karmieni_e-piersia.pdf, dostęp: 10.03.2025 r.



Laureat nagrody Sasakawa Health Prize Światowej Organizacji Zdrowia 2015



Laureat nagrody Funduszu Ludnościowego Organizacji Narodów Zjednoczonych 2016



że sztuczne mieszanki mogą mieć negatywny wpływ na zdrowie małego dziecka: „Sztuczne mieszanki mogą działać szkodliwie na organizm małego dziecka. To należy powiedzieć jednoznacznie. Tak jak nie mówimy o korzyściach z niepalenia papierosów czy korzyściach z niepicia alkoholu, tak samo nie powinniśmy mówić o korzyściach niekarmienia dzieci sztucznymi mieszankami, tylko o ich szkodliwości. Ta szkodliwość polega na tym, że dziecko traci szansę na bycie uodpornionym, traci szansę na właściwe programowanie żywieniowe, na redukcję zachorowań na miażdżycę, na choroby kardiologiczne, infekcyjne, gastrologiczne, pulmonologiczne, dermatologiczne. Udokumentowano nawet 19 proc. redukcję ryzyka zachorowania na białaczkę wieku dziecięcego u dzieci karmionych naturalnie w porównaniu do żywionych sztucznie”⁴.

Pani Wilińska wskazuje również, że mleko kobiece, w przeciwieństwie do sztucznych mieszanek, zawiera składniki nieosiągalne dla producentów: „Mieszanki sztuczne nie zawierają bogactwa składników bioaktywnych obecnych w mleku kobiecym, np. żywych komórek układu białokrwinkowego i komórek macierzystych, lizozymu, laktoferyny, czynników wzrostowych i troficznych, cytokin, wielu aktywnych peptydów, oligosacharydów (jest ich ponad 200). Gdy porównamy skład sztucznych mieszanek z kobiecym mlekiem, to dzielą je lata świetlne. Skład mleka kobiecego jest po prostu dla przemysłu nieosiągalny”⁵.

Wspieranie karmienia piersią ma także znaczenie w kontekście zanieczyszczenia środowiska i powoduje koszty dla państwa związane z segregacją i utylizacją śmieci generowanych przez opakowania mieszanek mlekozastępczych, plastikowych butelek, smoczków itd. Karmienie piersią jest zdecydowanie bardziej ekologiczną praktyką.

Fundacja Rodzić po Ludzku (dalej: „FRPL”) od 2018 r. prowadzi stały monitoring porodówek „Głos matek” z udziałem kobiet, które wypełniają anonimową ankietę (dalej: „Ankieta”) na stronie: ankieta.rodzicpoludzkupl. Jedno z pytań, jakie zadajemy Ankiecie brzmi: Czy w szpitalu podawano Pani dziecku mieszankę (mleko modyfikowane)? Spośród 11 583 respondentek w 2024 r. wynika, że 19% dzieci zostało dokarmionych ze wskazań medycznych, 41% noworodków zostało nakarmionych na prośbę matki, 4% dzieci otrzymało sztuczną mieszankę bez informowania o tym matki. 2% kobiet nie wie, czy dziecko otrzymało w szpitalu mieszankę. Tylko jedno na 3 dzieci (34%) nie otrzymało w szpitalu mieszanki.

⁴ Maria Wilińska, *Ministerstwo Zdrowia nie chce skorzystać z norweskich funduszy, by promować karmienie piersią*, rozm. Sławomir Zagórski, „Oko.press”, <https://oko.press/ministerstwo-zdrowia-karmienie-piersia>, dostęp: 10.03.2025 r.

⁵ Maria Wilińska, *Polska zwróci Norwegom pieniądze przeznaczone na kampanię promującą karmienie piersią*, rozm. Sławomir Zagórski, „Oko.press”, <https://oko.press/polska-zwroci-norwegom-pieniadze-przeznaczone-na-kampanie-promujaca-karmienie-piersia>, dostęp: 10.03.2025 r.



Odpowiednie wsparcie laktacyjne, promocja karmienia naturalnego może zwiększyć wskaźniki karmienia piersią, co przyczyni się do poprawy zdrowia niemowląt poprzez dostarczanie im optymalnego żywienia oraz wzmacnianie ich układu immunologicznego.

Dostrzegając problem niedostatecznego wsparcia matek w karmieniu naturalnym, zespół ekspertów do spraw poprawy jakości opieki okołoporodowej w zakresie poradnictwa laktacyjnego przy Ministerstwie Zdrowia przez 1,5 roku pracował nad wprowadzeniem specjalistycznej porady laktacyjnej w wykonaniu lekarza i położnej, jako świadczenia gwarantowanego, lecz efekt tych prac nie został zaakceptowany przez rządową Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji⁶.

W odniesieniu do wsparcia laktacyjnego, w Ankiecie zadajemy pytanie: Czy na oddziale była możliwość skorzystania z usług doradcy laktacyjnego? 45% kobiet miała możliwość skorzystania z porady laktacyjnej, 22% w wyznaczonych terminach. Co 4 kobieta nie wiedziała, czy taka usługa była dostępna (25%), a 8 % kobiet nie miało możliwości skorzystania z porady.

2. Tryb ogłaszania konkursu przez Ministerstwo Zdrowia na promocję karmienia piersią

– 19 października 2022 r. Minister Zdrowia ogłosił konkurs ofert na wybór Realizatora zadania z zakresu zdrowia publicznego, pn.: **Promocja karmienia piersią** zwanego dalej „zadaniem”, w ramach **Zadania 5 Promocja karmienia piersią** Celu Operacyjnego **1** Profilaktyka nadwagi i otyłości *Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021–2025*⁷. Ofertę należało złożyć wyłącznie w wersji elektronicznej w terminie do dnia 2 listopada 2022 r., co oznacza, że oferenci mieli 12 dni, z czego 9 dni roboczych na przedłożenie oferty⁸. FRPL zaprotestowała w związku z wyznaczeniem przez Ministerstwo Zdrowia zbyt krótkiego terminu na przygotowanie oferty oraz niektórymi wymaganiami formalnymi konkursu⁹. Zwróciłyśmy uwagę, że tak przeprowadzony konkurs nie gwarantuje obywatelom prawidłowego wydatkowania publicznych pieniędzy. Należy podkreślić, że nie zapewniono także równego dostępu do informacji o konkursie. Ogłoszenie Ministerstwa Zdrowia nie znajdowało się na stronach dedykowanych organizacjom pozarządowym.

Taka sytuacja miała miejsce już po raz drugi W 2016 r. MZ ogłaszając konkurs dotyczący zlecenia zadań publicznych z zakresu problematyki karmienia piersią

⁶

https://bip.aotm.gov.pl/assets/files/zlecenia_mz/2024/092/SRP/U_149_20240617_s_56_porada_laktacyjna_po_lozna_31c_zacz.pdf, dostęp:10.03.2025 r.

⁷ <https://www.gov.pl/web/zdrowie/promocja-karmienia-piersia2>, dostęp:10.03.2025 r.

⁸ <https://oko.press/najszybsze-karmienie-piersia-w-dziejach>, dostęp: 10.03.2025 r.

⁹ https://rodzicpoludzku.pl/wp-content/uploads/2022/11/22_11_02-228-MZ-tryb_konkursu_promocja_karmienia-piersia.pdf, dostęp: 10.03.2025 r.



Laureat nagrody Sasakawa Health Prize Światowej Organizacji Zdrowia 2015



Laureat nagrody Funduszu Ludnościowego Organizacji Narodów Zjednoczonych 2016



również zastosował podobne reguły, m.in. wyznaczono zbyt krótki czas na złożenie ofert. W piśmie do MZ pisaliśmy wówczas: *Brak ogłoszeń o konkursach w zakładce dla organizacji pozarządowych jest łamaniem Państwa własnych dobrych praktyk. Jesteśmy przekonane, że wiele organizacji nie miało możliwości zapoznania się z ogłoszonymi konkursu*¹⁰. Na kanwie złożonego przez FRPL wówczas pisma, termin składania ofert został przedłużony¹¹.

- 3. Wysoki odsetek cesarskich cięć** - 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. Zgodnie z raportem NFZ dotyczącym porodów i opieki okołoporodowej odsetek cesarskich cięć rośnie rokrocznie. W 2022 r. w naszym kraju odnotowano 297 631 porodów, z czego 47,4% stanowiły cesarskie cięcia. Pomimo mniejszej liczby porodów, odsetek cesarskich cięć rośnie – w 2023 r. odnotowano 265 941 porodów, z czego 48,1% stanowiły cesarskie cięcia¹².

Zgodnie z zaleceniami WHO odsetek cięć cesarskich powinien wynosić maksymalnie 10-15%¹³. Polska ma jeden z najwyższych wskaźników w Europie.

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

¹⁰ <https://rodzicpoludzku.pl/rzecznictwo/pismo-do-ministra-zdrowia-w-sprawie-ogloszenia-konkursow-konkursy-narodowy-program-zdrowia-dotyczacych-zlecenia-zadan-publicznych-z-zakresu-problematyki-karmienia-piersia/>, dostęp: 10.03.2025 r.

¹¹ <https://oko.press/11-mln-na-karmienie-piersia-w-14-dni-protestowalismy-ze-wyglada-na-ustawke-mz-konkurs-uniewaznilo>, dostęp: 10.03.2025 r.

¹² <https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjoiaUJ3Zjg1M2YtMDI4Yy00Njk4LTgwYjctMzczNDA0YTljYTM5liwidCI6IjJlNzcwYzE2LWwNzEtNDAlMi04MzdjLTU0NWIJZTBiMzQwYyIsImMiOiI9>, dostęp: 10.03.2025 r.

¹³ <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-RHR-15.02>, dostęp: 10.03.2025 r.



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.

- 4. Dostępność do znieczulenia zewnątrzoponowego** - standardem europejskim jest dostęp do znieczulenia zewnątrzoponowego w porodzie. Od 1 lipca 2015 roku na podstawie zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia znieczulenie zewnątrzoponowe do porodu (ZZO) jest w Polsce refundowane. Pomimo to, nie każda kobieta rodząca ma możliwość skorzystania z tej formy łagodzenia bólu. Znieczulenie zewnątrzoponowe powinno być 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. Zgodnie z raportem NFZ dotyczącym porodów i opieki okołoporodowej w 2022 r. odsetek porodów ze znieczuleniem (z wyłączeniem cesarskich cięć) wynosił 14,4%. Choć w 2023 r. nastąpił wzrost wykonanych znieczuleń i odsetek ten wynosił 17,2%, a w 2024 r. 23%, w dalszym ciągu jest wiele placówek, które w ogóle nie umożliwiają zastosowania znieczulenia zewnątrzoponowego lub pomimo możliwości, kobiety nie mają zapewnionej dostępności do tej formy łagodzenia bólu. Standardem europejskim jest ok. 40% znieczuleń¹⁴.

Zgodnie z art. 68 ust. 3 Konstytucji, władze publiczne są obowiązane do zapewnienia szczególnej opieki kobietom ciężarnym. Przepis ten wprowadza pewne odstępstwo od zasady równości, tj. obowiązek zapewnienia „szczególnej” – a więc ponadstandardowej, uprzywilejowanej – opieki zdrowotnej dzieciom, kobietom ciężarnym, osobom niepełnosprawnym i osobom w podeszłym wieku¹⁵. Stanowi to tzw. „pozytywną dyskryminację”, która ma na celu wzmocnienie pozycji kobiet w ochronie zdrowia i zapewnienie należnych im świadczeń.

¹⁴ <https://www.nfz.gov.pl/aktualnosci/aktualnosci-centrali/wiekszy-dostep-do-znieczulenia-przy-porodzie-jest-zarządzenie-prezesa-nfz,8619.html>, dostęp 10.03.2025 r.

¹⁵ Garlicki Leszek (red.), Zubik Marek (red.), *Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej. Komentarz*. Tom II, wyd. II, Wyd. Sejmowe 2016.



Kluczowe znaczenie mają tu również uregulowania rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 16.08.2018 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej (dalej: „Standard”). Zgodnie z tym Standardem każdy szpital ma obowiązek opracowania w formie pisemnej trybu postępowania w łagodzeniu bólu porodowego, z uwzględnieniem przepisów standardu organizacyjnego i wskazania dostępnych w ramach tego podmiotu metod łagodzenia bólu porodowego.

W praktyce niestety oznacza to pozostawienie szpitalom swobody określenia, jakie metody łagodzenia bólu są dostępne dla kobiet u danego świadczeniodawcy. Tym samym nie każdy szpital zapewnia dostępność do znieczulenia zewnątrzoponowego. Wydaje się, że takie uregulowanie stoi w sprzeczności m.in. z §4 i §5a rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego, ponieważ dopuszczalne są obecnie w praktyce sytuacje, iż pomimo że szpital posiada oddział anestezjologii i intensywnej terapii, to jednocześnie nie zapewnia kobietom dostępu do znieczulenia zewnątrzoponowego. Odpowiedzialność organizacyjną za taki stan rzeczy ponoszą kierownicy szpitali, ponieważ to do ich obowiązków należy określenie w regulaminie wewnętrznym szpitala form i trybu postępowania w łagodzeniu bólu porodowego, a jeżeli kierownik nie jest lekarzem – jego zastępca do spraw medycznych.

Mimo, że znieczulenie zewnątrzoponowe podczas porodu jest formalnie refundowane, w wielu szpitalach w Polsce pozostaje jedynie pustą obietnicą. Pomimo wsparcia finansowego władzy publicznej, które wypłaca dodatkowe premie za wykonanie tej procedury, w wielu placówkach ignorowane są potrzeby kobiet w kwestii łagodzenia bólu porodowego znieczuleniem ZZO.

Kobiety pozbawiane są dostępu do realizacji tego podstawowego prawa nie z przyczyn medycznych, ale z powodu zaniedbań organizacyjnych, a co gorsze - z oddziaływania kultury społecznej, która wciąż nie traktuje potrzeb rodzących kobiet z należnym szacunkiem i powagą.

- 5. Przemoc położnicza** - 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.

Przemoc położnicza obejmuje przemoc psychiczną, emocjonalną i fizyczną. Jak wskazują liczne dowody, część kobiet zmuszana jest do interwencji medycznych bez uzyskania ich świadomej zgody na nie. W części przypadków interwencje są stosowane bez ich wiedzy. Takie postępowanie może też naruszać prywatność



i intymność kobiet. Wśród niedopuszczalnych zachowań personelu znajdują się: ignorowanie skarg i próśb o pomoc ze strony kobiet, a także ośmieszanie, wyśmiewanie, poniżanie i zastraszanie rodzających.

Przemoc położnicza ma długotrwałe konsekwencje zarówno fizyczne, jak i psychiczne. Kobiety, które zostały poddane przemocy tego rodzaju, mogą cierpieć na zespół stresu pourazowego (PTSD), depresję poporodową oraz ponosić inne konsekwencje związane ze zdrowiem psychicznym. Systematyczny przegląd przeprowadzony przez Silvē-Fernandez dostarcza dowodów na to, że przemoc położnicza przyczynia się do występowania depresji poporodowej i zespołu stresu pourazowego¹⁶. Autorzy przeglądu zalecają zmiany w polityce opieki nad matkami, proponując zindywidualizowaną pomoc zdrowotną oraz monitorowanie zdrowia psychicznego kobiet.

Przemoc położnicza jest również formą przemocy seksualnej i obejmuje nie tylko bezpośrednie akty fizyczne, takie jak niewłaściwe dotykanie czy naruszanie intymności kobiety. Badania przeprowadzone przez FRPL dokumentują przypadki, w których kobiety były zmuszane do procedur medycznych, typu nacięcie krocza lub badanie wewnętrzne, bez pełnego poinformowania i bez świadomej zgody, co jest naruszeniem ich praw seksualnych i reprodukcyjnych.

- 6. Położne POZ** – wskazujemy na problem stawki kapitacyjnej dla położnej, która 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 w zawodzie położnej. Podniesienie wyceny stawki kapitacyjnej 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 kapitacyjna 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. Konieczne jest też wzmocnienie potencjału położnych POZ jako pierwszych osób, które spotykają się z kobietą doświadczającą depresji poporodowej.

¹⁶ <https://www.mdpi.com/2039-4403/13/4/130>, dostęp: 10.03.2025 r.

- 7. Podważanie zaświadczeń lekarzy specjalistów w sprawie skierowania pacjentki na operacje cesarskiego cięcia przez lekarzy ginekologów-położników** - chciałybyśmy zwrócić uwagę na podważanie zaświadczeń o wskazaniach do cesarskiego cięcia wystawianych przez lekarzy specjalistów, m.in.: psychiatrów, ortopedów, okulistów.

Otrzymujemy informacje o osobistych doświadczeniach kobiet, które wbrew zaleceniom rozwiązania ciąży cięciem cesarskim zostały zmuszone do porodu drogami natury. Do FRPL wpływają zgłoszenia o podważaniu lub nieuznawaniu przez lekarzy – najczęściej na spotkaniach kwalifikujących kobietę do porodu – zaświadczeń zawierających pozapłożnicze wskazania do zakończenia ciąży cesarskim cięciem.

Zwracamy zwłaszcza uwagę na kobiety cierpiące na zaburzenia psychiczne, w tym zaburzenia lękowe (tokofobia), które pomimo zaświadczenia wystawionego przez specjalistę, nie mają gwarancji, że będą mogły urodzić dziecko przez cesarskie cięcie, ponieważ ostateczną decyzję o rodzaju porodu podejmuje lekarz na wizycie kwalifikacyjnej (jeśli jest to planowana operacja) lub lekarz dyżurujący w dniu porodu (jeśli nie odbyła się wizyta kwalifikująca).

Jesteśmy informowane o przypadkach, w których kobiety są zaskakiwane decyzją o porodzie naturalnym, wbrew zaleceniom o rozwiązaniu ciąży poprzez cc. W takich sytuacjach odmowa przeprowadzenia cięcia cesarskiego może prowadzić do poważnych konsekwencji zdrowotnych kobiety, w tym do zwiększonego ryzyka depresji poporodowej a także medyczne powikłania okołoporodowe¹⁷.

- 8. Nieindywidualizowane dokumentacje medyczne** – z doświadczenia FRPL wynika, że dokumentacje medyczne kobiet i ich dzieci nie zawsze są zindywidualizowane oraz wypełniane w precyzyjny sposób. Brak rzetelności przy dokonywaniu wpisów przejawia się m.in. w powielaniu informacji nieodzwierciedlającej stanu rzeczywistego, np. w dokumentacji dziecka przesłanej do wiadomości FRPL wpisano „wykonanie zabiegów pielęgnacyjnych u noworodka, kąpeli w obecności matki dziecka oraz nauka matki wykonania ww zabiegów” – co było sprzeczne ze stanem faktycznym z uwagi na przetransportowanie matki dziecka od razu po porodzie do innego szpitala, co jednoznacznie oznacza, że nie mogła być obecna przy zabiegach pielęgnacyjnych dziecka.

¹⁷ Holka-Pokorska et al., *Elektywne cięcia cesarskie ze wskazań psychiatrycznych – analiza zjawiska, opis dwóch przypadków oraz rekomendacje kliniczne*, Psychiatr. Pol. 2016; 50(2): 357–373.



Zauważamy ponadto brak pełnych informacji w epikryzie Karty informacyjnej leczenia szpitalnego. W karcie informacyjnej jednej z kobiet wpisano informację „urodziła drogami natury po stymulacji skurczowej oxytocyną (...)”, natomiast w Karcie informacyjnej leczenia szpitalnego jej dziecka wpisano „urodzony w 39 Hbd siłami natury (...)”. Z dokumentacji dziecka wynika zatem, że poród odbył się bez użycia interwencji medycznych. Jednak z pełnej dokumentacji medycznej kobiety można przeczytać, że podczas porodu podano oksytocynę oraz znieczulenie zewnątrzoponowe.

Oznacza to, że w epikryzie Karty informacyjnej leczenia szpitalnego dziecka nie wpisano pełnej informacji o przebiegu porodu, a ponadto zastosowano określenie wprowadzające w błąd, ponieważ poród „siłami natury” to poród bez ingerencji personelu medycznego, niezakłócony interwencjami medycznymi, którymi są m.in. podanie oksytocyny oraz znieczulenia zewnątrzoponowego. Właściwym określeniem powinien być „poród drogami natury”. Brak precyzji oraz ujednoliconej nomenklatury wprowadza wątpliwości interpretacyjne i zakłóca przekazywanie rzetelnej informacji o leczeniu.

Mamy nadzieję, że nasze wnioski będą dla Państwa pomocne i będą mogły przyczynić się do poprawy jakości opieki okołoporodowej oraz efektywności systemu ochrony zdrowia w Polsce. Pozostajemy do dyspozycji.

2 *Janina Pietsusiewicz*

PREZES
FUNDACJI RODZIC PO LUDZKU
Janina Pietsusiewicz

