

Warmińska Ewa, Nowe standardy opieki okołoporodowej

Opublikowano: LEX/el. 2019

Status: aktualny

Autor:

Warmińska Ewa

Rodzaj:

komentarz praktyczny

1. WSTĘP

W procesie udzielania świadczeń opieki zdrowotnej niezwykle istotnym zagadnieniem są wszelkiego rodzaju standardy. Ich doniosła wartość wynika z przewidywalności procesu diagnostyczno-terapeutycznego, co dla adresata świadczeń ma szczególne znaczenie, w sposób bezpośredni wpływa bowiem na jego poczucie bezpieczeństwa w systemie. Jednym z takich standardów jest tzw. standard okołoporodowy zdefiniowany w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z 16.08.2018 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej – dalej: Standard. Zgodnie z delegacją wyrażoną w art. 22 ust. 5 ustawy z 15.04.2011 r. o działalności leczniczej główną dyrektywą, którą miał się kierować Minister Zdrowia, kształtując ten standard, miała być jakość, jednakże analiza rozporządzenia pozwala na zdefiniowanie znacznie szerszego kontekstu tego aktu prawnego, w którym wartością wiodącą jest kobieta ciężarna oraz zagwarantowanie bezpieczeństwa jej i dziecka w ramach procedury porodu.

Przed wejściem w życie standardu okołoporodowego do 31.12.2018 r. materię tę regulowały trzy rozporządzenia Ministra Zdrowia, tj.:

- 1) rozporządzenie z 9.11.2015 r. w sprawie standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych w dziedzinie położnictwa i ginekologii z zakresu okołoporodowej opieki położniczo-ginekologicznej, sprawowanej nad kobietą w okresie ciąży, porodu, połogu, w przypadkach występowania określonych powikłań oraz opieki nad kobietą w sytuacji niepowodzeń położniczych;
- 2) rozporządzenie z 9.11.2015 r. w sprawie standardów postępowania medycznego w łagodzeniu bólu porodowego;
- 3) rozporządzenie z 20.09.2012 r. w sprawie standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, połogu oraz opieki nad noworodkiem.

Obecny Standard łączy w sobie treść normatywną wszystkich wyżej wymienionych aktów prawnych, rozszerzając jednocześnie swój zakres o aspekt „organizacyjny”, ze szczególnym

uwzględnieniem ról poszczególnych osób składających się na specjalistyczny personel podmiotu leczniczego, w którym odbywa się opieka okołoporodowa.

2. CECHY STANDARDU

Analiza całego aktu prawnego pozwala na stwierdzenie, że Standard ma osiem cech, które pozwalają na lepsze zrozumienie jego istoty i systematyki, tj.:

- 1) ma powszechne zastosowanie;
- 2) realizuje minimalizm interwencji medycznej;
- 3) jest zorientowany na bezpieczeństwo rodzącej i jej dziecka;
- 4) jest mierzalny – oparty na wskaźnikach;
- 5) kreuje podział kompetencji w zespole terapeutycznym i definiuje relacje w tym zespole;
- 6) określa zasady wypełniania dokumentacji medycznej;
- 7) jest zbiorem zasad, które uwzględniają i gwarantują respektowanie praw pacjenta;
- 8) jest adresowany zarówno do pacjentów i osób bliskich pacjentów, którzy uczestniczą w udzielaniu świadczeń okołoporodowych, jak i do profesjonalnej kadry medycznej.

Charakteryzując pierwszą z wymienionych cech, a zatem **powszechne stosowanie**, należy przez to rozumieć obowiązek stosowania Standardu we wszystkich podmiotach wykonujących działalność leczniczą udzielających świadczeń zdrowotnych w zakresie opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie ciąży, porodu, położu oraz nad noworodkiem. Powyższe oznacza, że dla obowiązku stosowania Standardu obojętne pozostają forma prawna prowadzenia podmiotu leczniczego oraz fakt posiadania umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia. Oznacza to, że Standard obowiązuje w taki sam sposób w sektorze komercyjnym jak w ramach systemu powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego.

Cecha **minimalizmu interwencji medycznej** wynika wprost z brzmienia postanowień ogólnych, zgodnie z którymi Standard określa poszczególne elementy organizacji opieki mającej na celu zapewnienie dobrego stanu zdrowia matki i dziecka przy ograniczeniu interwencji medycznych do niezbędnych, przykładowo: indukcji porodu, stymulacji czynności skurczowej, nacięcia krocza, cięcia cesarskiego, podania noworodkowi mleka modyfikowanego, z uwzględnieniem zasad bezpieczeństwa zdrowotnego, w ramach których opieka medyczna opiera się na praktykach o udowodnionej skuteczności. Powyższe oznacza, że zasadą jest fizjologiczny przebieg porodu, a jakakolwiek interwencja musi być uwarunkowana zdefiniowaną potrzebą kliniczną – wskazaniem medycznym. Zgodnie ze Standardem ingerencja w naturalny proces ciąży, porodu lub laktacji, w szczególności leczenie cukrzycy ciężarnej, nadciśnienia tętniczego i innych powikłań ciąży lub poród zabiegowy, oznacza, że ciąża, poród lub laktacja wymagają zastosowania dodatkowych procedur wykraczających poza standard. W każdej sytuacji, gdy zagrożone jest bezpieczeństwo zdrowotne i tym samym zachodzi ryzyko inne niż niskie, należy rozważyć podjęcie adekwatnej interwencji.

Zorientowanie na bezpieczeństwo rodzącej i jej dziecka jest jedną z podstawowych cech Standardu. Znajduje ona zastosowanie w zdefiniowanym powyżej minimalizmie interwencji. Również procedura przekazania ciężarnej lub rodzącej do adekwatnego poziomu opieki służy wyłącznie jej realizacji. Zgodnie z ust. 6 części I Standardu ciężarną lub rodzącą kieruje się do podmiotu leczniczego wykonującego działalność w zakresie opieki okołoporodowej, posiadającego oddział o poziomie referencyjnym zapewniającym opiekę perinatalną odpowiednią do jej stanu zdrowia oraz przebiegu ciąży lub porodu, z uwzględnieniem faktu, że I poziom opieki perinatalnej obejmuje opiekę nad fizjologicznie przebiegającą ciążą, porodem i położeniem oraz zdrowym noworodkiem, a także krótkotrwałą opiekę nad niespodziewanie występującą patologią ciąży, II poziom opieki perinatalnej obejmuje również opiekę nad patologią ciąży średniego stopnia, III poziom opieki perinatalnej obejmuje ponadto opiekę nad najcięższą patologią ciąży. Cel ten realizowany jest przez obowiązek podmiotu wykonującego działalność leczniczą zapewnienia dostępności personelu przeszkolonego w resuscytacji noworodka, w tym w zakresie intubacji noworodka, oraz zapewnienia możliwości niezwłocznego przeniesienia rodzącej lub noworodka w czasie zapewniającym zachowanie ich zdrowia i życia do oddziału położniczego lub neonatologicznego odpowiedniego poziomu referencyjnego zapewniającego opiekę perinatalną lub neonatologiczną, jeżeli powikłania wymagają zastosowania procedur wysokospecjalistycznych. W takim przypadku osoba sprawująca opiekę udostępnia podmiotowi wykonującemu działalność leczniczą przejmującemu opiekę nad rodzącą lub noworodkiem kompletną dokumentację medyczną dotyczącą dotychczas sprawowanej opieki medycznej.

Przykładem realizacji reguły bezpieczeństwa jest również obowiązek zachowania ciągłości opieki okołoporodowej w przypadku, gdy procedura porodu odbywa się w warunkach pozaszpitalnych. Zgodnie z ust. 12 części I Standardu osoba sprawująca opiekę w warunkach pozaszpitalnych zapewnia ciągłość opieki w czasie porodu oraz w okresie połogu. Jeżeli osoba ta nie może sprawować opieki osobiście, zapewnia odpowiednią jej organizację przez opracowanie i uzgodnienie z odpowiednimi podmiotami wykonującymi działalność leczniczą porozumień obejmujących tryb i warunki przekazania rodzącej lub położnicy, lub noworodka do oddziału położniczego lub neonatologicznego odpowiedniego poziomu referencyjnego, zapewniającego opiekę perinatalną lub neonatologiczną w przypadku wystąpienia niekorzystnych objawów śródporodowych czynników ryzyka lub czynników ryzyka płodu lub noworodka.

Kolejnym bardzo istotnym przykładem realizacji standardu bezpieczeństwa jest zidentyfikowanie czynników ryzyka powikłań okołoporodowych:

- a) na podstawie wywiadu przeprowadzonego podczas ciąży oraz przed porodem,
- b) w czasie ciąży oraz przed porodem na podstawie badania,
- c) śródporodowego,
- d) występujących u płodu lub noworodka.

W takim przypadku ciężarna, rodząca lub noworodek powinni pozostawać pod opieką lekarza położnika lub lekarza oddziału neonatologicznego o odpowiednim do ich stanu zdrowia

poziomie referencyjnym zapewniającym opiekę perinatalną lub neonatologiczną (ust. 6 części III Standardu).

Doniosłą dla funkcjonowania podmiotów leczniczych cechą Standardu jest mierzalność opieki okołoporodowej. Standard nakłada na podmioty wykonujące działalność leczniczą udzielające świadczeń zdrowotnych w zakresie opieki okołoporodowej obowiązek ustalenia wskaźników tej opieki. Celem tego jest umożliwienie monitorowania sposobu udzielania świadczeń oraz jego wyników, przy braniu pod uwagę w szczególności ograniczania interwencji medycznych, czy też oceny satysfakcji kobiet objętych opieką. Szczegółowe zasady sposobu kształtowania wskaźników określają regulaminy organizacyjne podmiotów wykonujących działalność leczniczą. Powinny mieć one charakter pisemny oraz ich konstrukcja powinna umożliwić ich mierzalność, czyli wyrażenie w wartościach ilościowych. Przykładem takiego miernika może być relacja zachodząca pomiędzy liczbą porodów a liczbą określonych interwencji medycznych, np. cesarskich cięć. Powyższy miernik pozwalałby na weryfikację kryterium minimalizmu interwencji.

Miernikiem może być również realny czas długości kontaktu „skóra do skóry” matki z dzieckiem po porodzie czy też stan kliniczny pacjentki po porodzie wyrażony w ilości ewentualnych powikłań. Miernik satysfakcji kobiet może być osiągnięty poprzez system ankietowania pod koniec hospitalizacji.

Standard **kreuje podział kompetencji w zespole terapeutycznym i definiuje relację w tym zespole**. Przez zespół terapeutyczny należy rozumieć osoby sprawujące opiekę podczas porodu, do których Standard zalicza:

- a) położną;
- b) lekarza specjalistę w dziedzinie położnictwa i ginekologii, lekarza ze specjalizacją I stopnia w dziedzinie położnictwa i ginekologii, lekarza w trakcie specjalizacji w dziedzinie położnictwa i ginekologii, zwanych dalej „lekarzem położnikiem”;
- c) lekarza specjalistę w dziedzinie neonatologii, lekarza w trakcie specjalizacji w dziedzinie neonatologii albo lekarza specjalistę w dziedzinie pediatrii;
- d) pielęgniarkę.

Przykładem normy kształtującej relację w zespole terapeutycznym jest ust. 10 części I Standardu, zgodnie z którym jeżeli osobą sprawującą opiekę jest położna, w przypadku wystąpienia objawów patologicznych niezwłocznie **przekazuje rodzącą pod opiekę lekarza położnika**. Dokładny czas przekazania rodzącej pod opiekę lekarza położnika, dane dotyczące stanu ogólnego rodzącej i płodu oraz dotychczasowego przebiegu porodu odnotowuje się w dokumentacji medycznej. Adnotacja jest podpisywana przez położną i lekarza. W takim przypadku położna jest osobą asystującą przy porodzie prowadzonym przez lekarza, który przejmuje odpowiedzialność za dalsze prowadzenie porodu patologicznego. W przypadku różnicy w ocenie aktualnej sytuacji między osobą przekazującą i przejmującą opiekę fakt ten powinien być odnotowany w dokumentacji medycznej. Powyższy mechanizm przekazania rodzącej pomiędzy położną a lekarzem położnikiem realizuje również postulat bezpieczeństwa, a jednocześnie pozwala na pełne wykorzystanie potencjału członków grupy terapeutycznej w opiece okołoporodowej.

Standard określa zasady **wypełniania dokumentacji medycznej** wytwarzanej w ramach sprawowania opieki okołoporodowej. Waga powyższych unormowań wyraża się w tym, że poprzez realizację Standardu możliwa jest weryfikacja poszczególnych etapów przebiegu ciąży i porodu, co z kolei stwarza możliwość oceny zgodności postępowania ze Standardem. Konkretyzując powyższe zasady, należy przytoczyć, że zgodnie ze Standardem:

1) w dokumentacji medycznej należy odnotować dzień, miesiąc, rok, godzinę i minutę objęcia rodzącej lub noworodka opieką i zakończenia jej sprawowania, z adnotacją o podmiocie wykonującym działalność leczniczą, który tę opiekę przejmuje, zawierającą jego dane (ust. 7 części I Standardu);

2) w przypadku zastosowania procedury przekazania rodzącej pomiędzy położną a lekarzem położnikiem w związku z wystąpieniem objawów patologicznych konieczne jest dokonanie adnotacji w dokumentacji medycznej dokładnego czasu przekazania rodzącej pod opiekę lekarza położnika, dane dotyczące stanu ogólnego rodzącej i płodu oraz dotychczasowego przebiegu porodu. Adnotacja jest podpisywana przez położną i lekarza. W takim przypadku położna jest osobą asystującą przy porodzie prowadzonym przez lekarza, który przejmuje odpowiedzialność za dalsze prowadzenie porodu patologicznego. W przypadku różnicy w ocenie aktualnej sytuacji między osobą przekazującą i przejmującą opiekę fakt ten powinien być odnotowany w dokumentacji medycznej (ust. 10 części I Standardu);

3) osoba sprawująca opiekę okołoporodową odnotowuje w dokumentacji medycznej ciężarnej fakt skierowania do objęcia opieką przez położną podstawowej opieki zdrowotnej; położna podstawowej opieki zdrowotnej potwierdza objęcie kobiety opieką w czasie ciąży i po porodzie przez wpis do planu opieki przedporodowej i karty przebiegu ciąży swoich danych lub danych podmiotu wykonującego działalność leczniczą w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej, w tym: numer telefonu kontaktowego i faksu lub adres poczty elektronicznej (pkt 2 części II Standardu);

4) w przypadku identyfikacji czynników ryzyka powikłań okołoporodowych:

a) na podstawie wywiadu przeprowadzonego podczas ciąży oraz przed porodem,

b) w czasie ciąży oraz przed porodem na podstawie badania,

c) śródporodowego,

d) występujących u płodu lub noworodka

–wyniki identyfikacji czynników ryzyka, o których mowa powyżej, podjęte działania i zalecenia oraz dokonane w porozumieniu z ciężarną ustalenia należy każdorazowo odnotować w dokumentacji medycznej;

5) do indywidualnej zewnętrznej dokumentacji medycznej ciężarnej dołącza się dwa dokumenty sporządzane w ramach opieki okołoporodowej: plan opieki przedporodowej i plan porodu, które ustalane przez osobę sprawującą opiekę oraz ciężarna zawierają plan opieki przedporodowej i plan porodu (ust. 1 części V Standardu);

6) w przypadku procedury porodu, w którym rodząca otrzymuje analgezję regionalną, należy założyć kartę przebiegu znieczulenia, w której są dokumentowane wyniki oceny klinicznej dokonanej przed założeniem cewnika do analgezji regionalnej, w tym wyniki badań:

a) fizykalnych i ocenę stanu fizycznego rodzącej według skali American Society of Anesthesiologists (ASA),

b) spełnienia kryteriów kwalifikacji do analgezji regionalnej porodu pod postacią blokady centralnej,

c) diagnostycznych zgodnych z wytycznymi Grupy Roboczej Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Anestezjologii i Intensywnej Terapii,

d) położniczych oceniających postęp porodu, istniejące zagrożenia i stan płodu dokonane przez lekarza położnika, który będzie nadzorował przebieg porodu i w przypadku powikłań położniczych wdroży odpowiednie postępowanie.

Ponadto w karcie przebiegu znieczulania należy udokumentować: dawkowanie produktów leczniczych znieczulenia miejscowego i innych produktów leczniczych, wartości monitorowanych parametrów funkcji życiowych oraz ewentualne powikłania (ust. 26 części VII Standardu);

7) w przypadku zastosowania farmakologicznych metod łagodzenia bólu porodowego rozpoczęcie tej procedury każdorazowo jest poprzedzone badaniem położniczym oraz przeprowadzoną i udokumentowaną przez lekarza położnika oceną natężenia bólu lub identyfikacją wskazań medycznych, oraz uzyskaniem zgody rodzącej na zastosowanie proponowanej metody (ust. 33 części VII Standardu);

8) w postępowaniu w trakcie I okresu porodu do zadań osób sprawujących opiekę należy m.in. założenie dokumentacji medycznej oraz udokumentowanie wszystkich obserwacji z przebiegu porodu, a także podejmowanych działań, z uwzględnieniem karty obserwacji porodu (partogramu) (ust. 1 lit. 1 i p części IX Standardu);

9) w ramach prowadzenia I okresu porodu osoba sprawująca opiekę jest obowiązana m.in. do dokumentowania postępu i przebiegu porodu, wyników obserwacji, wykonywanych badań i zabiegów oraz dobrostanu rodzącej i płodu, w tym prowadzenia partogramu;

10) w II oraz III okresie porodu osoba sprawująca opiekę jest obowiązana do podjęcia, realizacji oraz udokumentowania wykonania określonych, podejmowanych przez nią działań (część IX i X Standardu);

11) zgodnie ze Standardem bezpośrednio po urodzeniu należy umożliwić dziecku nieprzerwany kontakt z matką „skóra do skóry”, trwający 2 godziny po porodzie. W dokumentacji medycznej należy jednak odnotować każdą sytuację wystąpienia

zagrożenia życia lub zdrowia matki lub noworodka, które uzasadni przerwanie tego kontaktu (ust. 1 pkt 8 części XIII Standardu);

12) w dniu wypisu należy sporządzić i wydać przedstawicielom ustawowym zewnętrzną dokumentację medyczną noworodka, zawierającą w szczególności informacje dotyczące:

a) istotnych danych dotyczących przebiegu ciąży i porodu,

b) wykonanych pomiarów antropometrycznych,

c) wykonanych szczepień ochronnych,

d) wykonanych badań przesiewowych,

e) wykonanych czynności profilaktycznych,

f) pobytu dziecka w szpitalu,

g) wydanych zaleceń żywieniowych, pielęgnacyjnych, przeprowadzonego instruktażu matki w zakresie przystawiania do piersi i zasad karmienia piersią oraz niezbędnych konsultacji specjalistycznych (ust. 2 pkt 7 części XIII Standardu);

13) w dokumentacji medycznej dotyczącej noworodka odnotowuje się wyniki tzw. wskaźnika skutecznego karmienia, wyrażającego się w szczególności w liczbie karmień, stolców i miki na dobę, czasie trwania i rytmie odgłosu połykania podczas karmienia, przyroście masy (ust. 3 pkt 4 części XIII Standardu).

Standard jest również zbiorem zasad, które uwzględniają i gwarantują respektowanie **praw pacjenta**. Nie da się zaprzeczyć, że relacja zachodząca pomiędzy personelem medycznym udzielającym świadczeń zdrowotnych a adresatami tych świadczeń aktualizuje po stronie tych ostatnich status pacjentów, co z kolei wymaga respektowania przestrzegania ich praw.

Standard w ust. 13 części I wprost wskazuje na konieczność respektowania trzech skonkretyzowanych praw pacjenta w zakresie opieki okołoporodowej.

Pierwszym jest prawo do **świadomego udziału w podejmowaniu decyzji** związanych z ciążą, porodem, położeniem oraz opieką nad noworodkiem, obejmujących zakres podejmowanych działań i stosowanych procedur medycznych. Powyższe pozostaje w ścisłym związku z ustawą z 6.11.2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta – dalej: u.p.p., która w art. 16 kształtuje prawo pacjenta do wyrażenia zgody na udzielenie określonych świadczeń zdrowotnych lub odmowy takiej zgody po uzyskaniu informacji o stanie zdrowia. Powyższa informacja, której uzyskanie od osoby wykonującej zawód medyczny, warunkuje świadome wyrażenie zgody, musi być przystępna dla jej adresata, ma normatywnie określoną zawartość. Zgodnie z art. 9 ust. 2 ww. ustawy ma ona zawierać informację o stanie zdrowia pacjenta, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych i leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu w zakresie udzielanych przez tę osobę świadczeń zdrowotnych oraz zgodnie z posiadanymi przez nią uprawnieniami. Przykładem sytuacji, w

której Standard realizuje omawiane prawo, jest zidentyfikowanie u ciężarnej czynnika ryzyka, co należy omówić z ciężarną lub jej przedstawicielem ustawowym, tak aby zapewnić podjęcie świadomej decyzji odnośnie do wyboru miejsca porodu (ust. 7 części III Standardu).

Świadomość kobiet ciężarnych w zakresie samego Standardu winna być osiągnięta poprzez edukację przedporodową, którą w części IV systematyzuje sam Standard. Ramowy program edukacji przedporodowej dotyczący okresu prenatalnego (ciąży) obejmuje w szczególności zagadnienia prawne dotyczące: przepisów, standardu, praw pacjenta, opieki medycznej w okresie okołoporodowym, ustawodawstwa rodzinnego, ochrony prawnej ciężarnych, matek (ust. 3 pkt 7 części IV Standardu).

Istotnym, i co ważne – wprost wyrażonym, uprawnieniem jest prawo do **wyboru miejsca porodu w warunkach szpitalnych lub pozaszpitalnych**. W celu realizacji powyższego uprawnienia w ramach opieki przedporodowej w trakcie ustalania planu opieki przedporodowej i planu porodu osoba sprawująca opiekę ma obowiązek umożliwić ciężarnej wybór miejsca porodu (warunki szpitalne albo pozaszpitalne) oraz przekazać wyczerpującą informację dotyczącą wybranego miejsca porodu obejmującą wskazania i przeciwwskazania. Istotne jest, że Standard nie odnosi się w dalszych częściach do poszczególnych faz porodu odbywającego się w warunkach pozaszpitalnych, poza jednym wyjątkiem, wyznaczającym granice swobodnego wyboru miejsca porodu. Wyjątek ten wynika z konieczności realizacji standardu bezpieczeństwa i zapewnienia ciągłości opieki okołoporodowej (ust. 12 części I Standardu).

Trzecim uprawnieniem jest możliwość wyboru **osoby sprawującej opiekę** spośród osób uprawnionych do jej sprawowania, z uwzględnieniem możliwości organizacyjnych podmiotu wykonującego działalność leczniczą. Zgodnie z art. 34 ust. 1 u.p.p. pacjent ma prawo do dodatkowej opieki pielęgnacyjnej. Przez dodatkową opiekę pielęgnacyjną rozumie się opiekę, która nie polega na udzielaniu świadczeń zdrowotnych, w tym także opiekę sprawowaną nad pacjentką w warunkach ciąży, porodu i położu. Powyższe uprawnienie wymaga komentarza co do dwóch elementów. Musi uwzględniać **możliwości organizacyjne podmiotu wykonującego działalność leczniczą**, co oznacza, że zasady realizacji tego uprawnienia są uzależnione od postanowień regulaminu organizacyjnego podmiotu leczniczego i jego wewnętrznej organizacji. Ponadto opieka ta **nie może polegać na udzielaniu świadczeń zdrowotnych** w tym znaczeniu, że nie niweluje obowiązku realizacji Standardu przez podmiot leczniczy, w którym opieka okołoporodowa się odbywa.

Do praw określonej grupy pacjentów – rodzących – należy również zaliczyć **prawo do łagodzenia bólu porodowego**, które zostało szarzej omówione w późniejszej części (ust. 1 części VII Standardu).

Kończąc rozważania dotyczące cech Standardu, należy wskazać, że adresowany jest one **zarówno do pacjentów i osób bliskich pacjentów, którzy uczestniczą w udzielaniu świadczeń okołoporodowych, jak i do profesjonalnej kadry medycznej**.

Warto odnotować, że wymiar osób udzielających świadczenia zdrowotnego jako osób będących adresatami Standardu został oddany w samym jego brzmieniu – ostatniej części XV dotyczącej **opieki nad kobietą w sytuacjach szczególnych**. Do sytuacji szczególnych Standard zalicza: rozpoznanie podczas ciąży ciężkiej choroby lub wady dziecka, poronienie, urodzenie dziecka martwego, niezdolnego do życia, chorego lub z wadami wrodzonymi.

Osobom wykonującym zawód medyczny zapewnia się wsparcie w radzeniu sobie ze stresem w związku z opieką nad kobietą i dzieckiem w sytuacjach, o których mowa powyżej. Oznacza to, że Standard nie jest zorientowany wyłącznie na adresatów świadczeń zdrowotnych, ale odnosi się również do realizatorów procedur medycznych w ramach opieki okołoporodowej. Powyższe wyliczenie nie wskazuje wszystkich uczestników systemu ochrony zdrowia, którzy są adresatami Standardu. Pośrednimi jego adresatami będą bowiem również organy publicznego płatnika, które zawierając umowę o udzielanie świadczeń zdrowotnych w rodzaju leczenia szpitalne w zakresie oddziału położnictwa, mają podstawy, żeby oczekiwać, że Standard będzie realizowany w ramach udzielania świadczeń na tym oddziale. Kolejnymi adresatami pozostają również podmioty tworzące podmioty lecznicze czy też Rzecznik Praw Pacjenta. Ostatni z wymienionych również może oczekiwać realizacji Standardu w całej rozciągłości, a nie jedynie trzech skonkretyzowanych uprawnień. Pamiętać bowiem należy, że pacjent zgodnie z art. 6 u.p.p. ma prawo do świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej, a Standard w swej treści pozostaje w zgodności z tym kryterium.

Realizację praw pacjenta stanowią również szczegółowe postanowienia Standardu dotyczące postępowania w trakcie porodu. Zgodnie z ust. 2 części VI Standardu osoby sprawujące opiekę oraz inne osoby uczestniczące bezpośrednio w udzielaniu świadczeń zdrowotnych w celu nawiązania dobrego kontaktu z rodzącą szanują prywatność rodzącej i jej poczucie intymności, jak również każdorazowo uzyskują zgodę rodzącej lub jej przedstawiciela ustawowego na wykonanie zabiegów i badań.

Należy przypomnieć, że zgodnie z art. 20 ust. 1 u.p.p. pacjent ma prawo do poszanowania intymności i godności w czasie udzielania mu świadczeń zdrowotnych. Natomiast zgodnie z art. 22 ust. 1 u.p.p. w celu realizacji powyższego prawa osoba wykonująca zawód medyczny ma obowiązek postępować w sposób zapewniający poszanowanie intymności i godności pacjenta w czasie udzielania mu świadczeń zdrowotnych.

3. ZASADY OPIEKI OKOŁOPORODOWEJ W TRAKCIE CIĄŻY

Standard w części II określa zakres świadczeń profilaktycznych i działań w zakresie promocji zdrowia oraz badań diagnostycznych i konsultacji medycznych, wykonywanych u kobiet w okresie ciąży wraz z okresami ich przeprowadzania wedle dotychczasowej systematyki. Standard wymienia zatem termin określonego badania i przyporządkowuje mu określone świadczenia profilaktyczne wykonywane przez lekarza lub położną i działania w zakresie promocji zdrowia oraz badania diagnostyczne i konsultacje medyczne. Niezależnie od określonej w Standardzie diagnostyki osoba sprawująca opiekę może zlecić wykonanie dodatkowych świadczeń zdrowotnych o charakterze profilaktycznym lub diagnostycznym, jeżeli stan zdrowia ciężarnej lub wyniki wcześniej przeprowadzonych badań wskazują na możliwość wystąpienia powikłań lub patologii ciąży, porodu lub porodu. Kobieta w okresie fizjologicznej ciąży powinna być konsultowana nie rzadziej niż co 3–4 tygodnie w zależności od zaawansowania ciąży, a w uzasadnionych przypadkach częściej.

4. STANDARD ŁAGODZENIA BÓLU PORODOWEGO

Aspektem, któremu Standard poświęca bardzo dużo miejsca, jest kwestia łagodzenia bólu porodowego, dlatego też wymaga to poświęcenia temu elementowi odrębnej analizy. W pierwszej kolejności należy zwrócić uwagę, że łagodzenie bólu porodowego zostało przez

Standard ukształtowane jako prawo rodzącej (ust. 1 części VII Standardu). W celu jego urzeczywistnienia rodzącej przyjmowanej do podmiotu wykonującego działalność leczniczą przekazuje się w sposób dla niej zrozumiały informację o przebiegu porodu, metodach łagodzenia bólu porodowego i ich dostępności w tym podmiocie. W związku z podmiotowym podejściem do rodzącej, szczególnie w obszarze tak wrażliwego aspektu procedury porodu, jakim jest perspektywa zniesienia bólu, osoby sprawujące opiekę nad rodzącą uzgadniają z nią sposób postępowania mającego na celu łagodzenie bólu porodowego. Powyższe z uwzględnieniem stanu klinicznego oraz gradacji metod dostępnych i stosowanych w podmiocie wykonującym działalność leczniczą, zapewnia rodzącej wsparcie w ich zastosowaniu przy uwzględnieniu jej zdania w tym zakresie.

Z uwagi na powyższe w podmiocie wykonującym działalność leczniczą realizującym opiekę nad rodzącą opracowuje się w formie pisemnej tryb postępowania w łagodzeniu bólu porodowego uwzględniający zasady wynikające ze Standardu oraz dostępne w tym podmiocie metody łagodzenia bólu porodowego (ust. 4 części VII Standardu). Tryb postępowania w łagodzeniu bólu porodowego akceptuje kierownik podmiotu wykonującego działalność leczniczą, a jeżeli kierownik nie jest lekarzem – jego zastępca do spraw medycznych.

Standard szczegółowo określa, że lekarze, położne i pielęgniarki udzielający świadczeń zdrowotnych odpowiednio w bloku porodowym, oddziale położniczym, oddziale neonatologicznym, oddziale anestezjologii, oddziale anestezjologii i intensywnej terapii zapoznają się z trybem postępowania w łagodzeniu bólu porodowego, potwierdzając to podpisem. Powyższe oznacza, że tryb postępowania w łagodzeniu bólu porodowego może się różnić pomiędzy podmiotami leczniczymi, jednakże na poziomie jednego podmiotu będzie stosowany tak samo wobec każdej rodzącej. Cechą wspólną postępowania w każdym podmiocie będą natomiast zasady wynikające ze Standardu.

Standard przewiduje dwie metody łagodzenia bólu porodowego: **niefarmakologiczny i farmakologiczny**.

Metody niefarmakologiczne łagodzenia bólu porodowego obejmują:

- 1) utrzymanie aktywności fizycznej rodzącej i przyjmowanie pozycji zmniejszających odczucia bólowe, w szczególności: spacer, kołysanie się, przyjmowanie pozycji kucznej lub pozycji wertykalnych z wykorzystaniem sprzętów pomocniczych, w szczególności takich jak: gumowa piłka, worek sako, drabinki, materac, sznury porodowe, krzesło porodowe;
- 2) techniki oddechowe i ćwiczenia relaksacyjne;
- 3) metody fizjoterapeutyczne, w tym: masaż relaksacyjny, ciepłe lub zimne okłady w okolicach odczuwania bólu, przezskórną stymulację nerwów (*Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation – TENS*);
- 4) immersję wodną;
- 5) akupunkturę;
- 6) akupresurę.

Standardy szczegółowo rozstrzygają, kto jest **uprawniony do stosowania** metod niefarmakologicznych łagodzenia bólu, i uzależniają to od przebiegu porodu. W przypadku porodu fizjologicznego (czyli zgodnie z definicją zawartą w ust. 4 pkt 12 części I Standardu spontanicznego porodu niskiego ryzyka od momentu rozpoczęcia i utrzymującego taki stopień ryzyka przez cały czas trwania, w wyniku którego noworodek rodzi się z położenia główkowego, pomiędzy ukończonym 37. a 42. tygodniem ciąży, po którym matka i noworodek są w dobrym stanie) metody niefarmakologiczne łagodzenia bólu porodowego są **stosowane przez położną odpowiedzialną za prowadzenie porodu fizjologicznego lub przez osobę bliską**. W przypadku porodu nieprzebiegającego w sposób fizjologiczny powyższe metody są stosowane przez położną z pomocą osoby bliskiej **po poinformowaniu lekarza położnika**. Dobór metody uzgadniany jest z rodzącą.

Do **metod farmakologicznych** łagodzenia bólu porodowego Standard zalicza:

- 1) analgezję wziewną;
- 2) dożylną lub domięśniową stosowanie opioidów;
- 3) analgezję regionalną i miejscową.

Definiując trzecią z metod, wskazać należy, że analgezja regionalna obejmuje:

- 1) analgezję zewnątrzoponową;
- 2) połączoną analgezję podpajęczynówkową i zewnątrzoponową;
- 3) analgezję podpajęczynówkową.

Natomiast analgezja miejscowa obejmuje blokadę nerwu sromowego. Realizując kanon bezpieczeństwa, Standard określa, że poród z zastosowaniem analgezji regionalnej jest **prowadzony przez lekarza położnika**. Jednocześnie podczas porodu z zastosowaniem analgezji regionalnej rodzica pozostaje **pod opieką położnej anestezjologicznej lub pielęgniarki anestezjologicznej**. Położna anestezjologiczna lub pielęgniarka anestezjologiczna sprawująca opiekę nad rodzącą w warunkach analgezji regionalnej współpracuje z lekarzem położnikiem i lekarzem prowadzącym analgezję regionalną porodu, z uwzględnieniem podawania produktów leczniczych do przestrzeni zewnątrzoponowej lub podpajęczynówkowej, zgodnie z zaleceniem lekarskim. Położna anestezjologiczna **sprawuje opiekę nad jedną rodzącą** w warunkach analgezji regionalnej, włączając w to czynności związane z porodem i analgezją regionalną.

W celu urzeczywistnienia prawa rodzącej do **świadomego udziału** w podejmowaniu decyzji przed zastosowaniem analgezji regionalnej rodzica uzyskuje od lekarza prowadzącego analgezję regionalną porodu informację o jej przebiegu, wpływie na przebieg porodu i płód, możliwych powikłaniach i działaniach niepożądanych. Warunkiem zastosowania analgezji regionalnej jest uzyskanie przez lekarza prowadzącego analgezję regionalną porodu pisemnej zgody rodzącej lub jej przedstawiciela ustawowego. Zastosowanie farmakologicznych metod łagodzenia bólu jest interwencją medyczną wymagającą pisemnej zgody na zastosowanie danej metody. Ponadto wymaga wdrożenia indywidualnego schematu postępowania, odpowiedniego do zastosowanej metody i stanu klinicznego rodzącej. Warunkiem

zastosowania tych metod jest uzyskanie zgody rodzącej, poprzedzonej udzieleniem jej przez lekarza informacji na temat wpływu danej metody na przebieg porodu i dobrostan płodu, a także wystąpienia możliwych powikłań i skutków ubocznych.

Standardy jednoznacznie rozstrzygają kwestię tego, od kiedy farmakologiczne metody łagodzenia bólu są wdrażane. Zgodnie z ust. 33 części VII Standardu metody te są wdrażane w dwóch przypadkach: **braku oczekiwanej skuteczności zastosowanych metod niefarmakologicznych** lub **wystąpienia wskazań medycznych do ich zastosowania**.

Rozpoczęcie farmakologicznego łagodzenia bólu porodowego każdorazowo jest poprzedzone badaniem położniczym, przeprowadzoną i udokumentowaną przez lekarza położnika oceną natężenia bólu lub identyfikacją wskazań medycznych oraz uzyskaniem zgody rodzącej na zastosowanie proponowanej metody.