RZECZNIK PRAW OBYWATELSKICH

Adam Bodnar

Warszawa,

V.7010.112.2015.EO

Pan
Prof. dr hab.
Stanisław Radowicki
Konsultant Krajowy w dziedzinie położnictwa i ginekologii
Klinika Endokrynologii Ginekologicznej WUM
Szpital Kliniczny im. Księżnej Anny Mazowieckiej
ul. Karowa 2
00-315 Warszawa

W moim zainteresowaniu pozostają kwestie przestrzegania praw pacjentek i poprawy jakości opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietami ciężarnymi i po porodzie. W tej materii skierowałem wystąpienia do Ministra Zdrowia[1] i Prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej dotyczące form wyrażania zgód przez pacjentki na udzielenie świadczeń zdrowotnych i dostępności do znieczuleń zewnątrzoponowych.

Jednakże wyniki ostatniej kontroli Najwyższej Izby Kontroli w przedmiocie jakości opieki okołoporodowej na oddziałach położniczych[2] skłaniają mnie do zwrócenia się do Pana Profesora z następującymi kwestiami.

1. Uwagi ogólne

Przytoczony raport NIK pokazał skalę nieprawidłowości związanych z nieprzestrzeganiem przez szpitale przepisów rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 września 2012 r. w sprawie standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, połogu oraz opieki nad noworodkiem (Dz. U. z 2016 r. poz. 1132, dalej też jako „standardy opieki okołoporodowej").

[1] Wystąpienie z dnia 26 września 2016 r. nr V.7010.70.2016 oraz wystąpienie z dnia 28 września 2016 r. nr V.7013.60.2016

[2] Informacja o wynikach kontroli NIK nr ewid: P/15/065 z dnia 27 lipca 2016 r. w sprawie „Opieki okołoporodowej na oddziałach położniczych", https://www.nik.gov.pl/kontrole/P/15/065/

Najwyższa Izba Kontroli na przykładach skontrolowanych placówek wykazała niską skuteczność standardów opieki okołoporodowej i opór środowiska medycznego przed respektowaniem norm w nich zawartych.

2. Cesarskie cięcia

Moje zaniepokojenie wzbudziła wskazana przez NIK wysoka liczba cięć cesarskich. Z raportu NIK[3] i danych statystycznych, które przytacza ten organ za Światową Organizacją Zdrowia wynika, że Polska jest w europejskiej czołówce państw z wysokim wskaźnikiem interwencji medycznych w postaci cesarskich cięć. Zalecana przez Światową Organizację Zdrowia liczba cesarskich cięć wynosi ok. 10-15% w stosunku do ogólnej liczby porodów. Proporcja ta była wskazana przez Światową Organizację Zdrowia w 1985 r. Z kolei w 2014 r. Światowa Organizacja Zdrowia nie wskazała zalecanego odsetka, ale ponownie podkreśliła wyjątkowość tego zabiegu zakończenia ciąży, akcentując potrzebę jego stosowania przede wszystkim w odpowiednich wskazaniach medycznych. W Polsce aktualnie liczba cesarskich cięć wynosi ok. 42% liczby porodów.

Na przyczyny tak wysokiej liczby cesarskich cięć składa się wiele różnych czynników. Zaliczyć można do nich brak rzetelnej edukacji przedporodowej, która umożliwiłaby kobietom ciężarnym przygotowanie się do porodu siłami natury, czy rozwiązanie poprzedniej ciąży za pomocą tej metody. Niewątpliwie też niska efektywność samych standardów opieki okołoporodowej oraz częsta nadmierna medykalizacja porodu powoduje, że kobiety traktują cesarskie cięcie jako bezpieczniejszą formę jego zakończenia. Jak wskazał NIK w przytoczonych już wynikach kontroli[4], dodatkowe finansowanie znieczulenia przez Narodowy Fundusz Zdrowia nie wpłynęło na zwiększenie jego realnej dostępności dla kobiet rodzących. Z moich ustaleń w tej sprawie wynika, że kobiety rodzące mają realną możliwość uzyskania znieczulenia przede wszystkim w szpitalach w dużych miastach oraz szpitalach na II i III poziomie referencyjnym. Wiele kobiet w ciąży fizjologicznej rodzi w najbliższych ich miejsca zamieszkania szpitalach powiatowych, na I poziomie referencyjnym, gdzie często nie mają możliwości uzyskania znieczulenia zewnątrzoponowego. Z uzyskanych przeze mnie danych wynika, że są w Polsce województwa, w których dostępność do farmakologicznej formy znieczulenia jest znikoma. Należą do nich, m.in. województwo kujawsko-pomorskie, lubelskie, lubuskie, pomorskie. Na koniec 2015 r. odsetek wykonanych znieczuleń sięgał w nich ok. 1%.[5] Niejednokrotnie nie mając więc możliwości uzyskania adekwatnej formy łagodzenia

[3] tamże str. 27
[4] tamże str. 20
[5] dane za NFZ, sprawa V.7010.70.2016

bólu porodowego kobiety wolą wybrać cesarskie cięcie, jako metodę rozwiązania porodu, przy której będą miały podane znieczulenie. Traktują więc tę formę porodu jako bezpieczniejszą, przy której otrzymają lepszą opiekę, a ich prawa pacjenta będą respektowane. Innymi słowy, w wielu przypadkach, kobiety nie są prawidłowo przygotowane do porodu i boją się odbycia go w sposób fizjologiczny. Obawy te dotyczą możliwości wystąpienia powikłań porodowych, skutkujących pogorszeniem zdrowia swojego lub dziecka. Taki stan rzeczy jest m.in. efektem braku realizacji standardów opieki okołoporodowej, co wykazał NIK w swoim raporcie.

Podkreślenia wymaga, że wiedza o prawach i obowiązkach wynikających ze standardów nie jest powszechna zarówno wśród personelu medycznego, jak i samych pacjentek. Rozwiązanie porodu za pomocą zabiegu cesarskiego cięcia bywa więc traktowane jako szybsza i bezpieczniejsza opcja urodzenia dziecka. Zabieg cesarskiego cięcia, który ma na celu z założenia ratowanie zdrowia i życia matki lub dziecka, jest obecnie traktowany jako alternatywna metoda porodu w stosunku do porodu zakończonego siłami natury. Pacjentki decydujące się na taką formę porodu, choć są informowane o możliwości wystąpienia określonych powikłań u noworodka, nie mają wiedzy o wpływie tego zabiegu na zdrowie dziecka w późniejszych latach jego życia. Z raportu NIK i przytoczonych tam badań naukowych wynika, że dzieci urodzone przez cesarskie cięcie częściej są narażone na wystąpienie nadwagi, otyłości, czy też chorób immunologicznych[6].

W mojej opinii, znacząco wysoka liczba cięć cesarskich w Polsce wymaga w rzeczywistości podjęcia działań edukacyjnych przez środowisko medyczne ginekologów, położników, neonatologów w zakresie poprawy świadomości społecznej i poziomu wiedzy wśród ciężarnych o zagrożeniach wynikających z korzystania z tej możliwości rozwiązania porodu bez wskazań medycznych. Na zmniejszenie liczby cięć cesarskich w Polsce może także wpłynąć właściwe stosowanie standardów opieki okołoporodowej, o czym mowa niżej.

3. Karmienie naturalne

Ze środowisk związanych z ochroną praw pacjenta oraz od samych pacjentek napływają do mnie sygnały o kolejnych kwestiach wskazujących na złe funkcjonowanie standardów opieki okołoporodowej w zakresie dokarmiania noworodków mlekiem modyfikowanym. Wyróżnić w tym zakresie można kilka problemów. Niejednokrotnie istniejące finansowe niedomagania szpitali sprzyjają wybieraniu tańszych rozwiązań, także w zakresie edukacji laktacyjnej i dokarmiania noworodków oraz niemowląt mlekiem modyfikowanym. Niski koszt zakupu mleka modyfikowanego, a nawet

[6] tamże str. 30

darowizny takiego produktu przez producentów dla szpitali powodują, że wygodniej i taniej, choć wbrew standardom opieki okołoporodowej, jest promować sztuczną formę karmienia dzieci[7]. Dla wielu szpitali realizowanie w powyższym zakresie standardów opieki okołoporodowej jest finansowo nieopłacalne. W chwili obecnej placówki medyczne nie są w żaden sposób zachęcane do np. zatrudniania osób wykwalifikowanych w sprawach udzielania kobietom porad laktacyjnych (np. tzw. edukatorów laktacyjnych). Nie dostrzegają również potrzeby przeprowadzania okresowych szkoleń personelu pielęgniarskiego i położniczego w tej materii. Poprawie tego stanu rzeczy nie służy również brak banków mleka kobiecego na terenie województw.

4. Model porodu fizjologicznego versus jego medykalizacja

Przede wszystkim trzeba pamiętać, że poród fizjologiczny powinien się odbyć siłami natury bez nieuzasadnionych interwencji medycznych. Stanowi o tym wprost pkt 1 Postanowień ogólnych standardów opieki okołoporodowej. Z jego treści wynika, że standardy postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, połogu oraz opieki nad noworodkiem określają poszczególne elementy opieki medycznej mającej na celu uzyskanie dobrego stanu zdrowia matki i dziecka, przy ograniczeniu do niezbędnego minimum interwencji medycznych, w szczególności: amniotomii, stymulacji czynności skurczowej, podawania opioidów, nacięcia krocza, cięcia cesarskiego, podania noworodkowi mleka modyfikowanego, z uwzględnieniem zasad bezpieczeństwa zdrowotnego, w ramach których opieka opiera się na praktykach o udowodnionej skuteczności. Modelowy poród fizjologiczny jest porodem niskiego ryzyka od momentu jego rozpoczęcia do zakończenia. Po odbyciu porodu fizjologicznego, z prawidłowo donoszonej ciąży, zarówno matka, jak i noworodek powinni być dobrym stanie zdrowia.

Funkcjonowanie standardów opieki okołoporodowej jest nieefektywne także w aspekcie rosnącej medykalizacji porodu fizjologicznego. Z przytaczanego już raportu NIK, skarg napływających do mojego Biura oraz sygnałów zgłaszanych przez organizacje pozarządowe[8] wynika, że są zabiegi, które personel medyczny traktuje jak stały element porodu fizjologicznego, bez względu, czy istnieje potrzeba ich zastosowania, czy nie. Szczególnie częste są przypadki podawania oksytocyny w kroplówce, czy nacinania krocza. Podanie oksytocyny przyspiesza poród, ale kilkukrotnie zwiększa też odczuwany przez kobietę ból. Bywa, że kobieta po

[7] vide informacja o wynikach kontroli NIK, str. 12

[8] artykuł „Medycyna tak, medykalizacja nie" źródło: strona Fundacji „Rodzić po ludzku". http://www.rodzicpoludzku.pl/Przeglad-prasy/Medycyna-tak-medykalizacja-nie.html

zaaplikowaniu jej oksytocyny obawiając się natężenia bólu prosi o podanie znieczulenia farmakologicznego. Otrzymanie takiego znieczulenia złagodzi ból, ale może przyczynić się też do przedłużenia porodu i kolejnych interwencji medycznych.

Na przyspieszenie porodu wpływa też wykonanie zabiegu nacięcia krocza. Tymczasem jednak, wykonanie takiego zabiegu niejednokrotnie niesie za sobą powikłania dla pacjentki. W wielu przypadkach na przyspieszenie porodu oraz łatwiejsze i bezpieczniejsze jego zakończenie mogłaby wpłynąć zmiana pozycji u rodzącej z horyzontalnej na wertykalną i danie kobiecie możliwości swobodnego poruszania się, gdy na danym etapie porodu jest to możliwe.

Przyczyną takiego stanu rzeczy są wielokrotnie utrwalone nawyki personelu medycznego[9], a stosunkowo krótki czas obowiązywania standardów opieki okołoporodowej nie zmienił diametralnie istniejącego stanu rzeczy. Pokazała to kontrola NIK. Problemy w tym zakresie sygnalizują mi też same kobiety.

5. Plan porodu

Do mojego Biura zgłaszają się też pacjentki sygnalizujące przypadki naruszania standardów opieki okołoporodowej w zakresie respektowania przygotowanego planu porodu.

Warto pamiętać, że plan porodu jest kompleksowym dokumentem, w którym kobieta zawiera swoje oczekiwania wobec porodu. Może być on opracowany wspólnie z lekarzem prowadzącym ciążę lub położną. Przebieg porodu może się oczywiście różnić od oczekiwań określonych w planie. Jednakże wzięcie pod uwagę przez personel medyczny planu, tam gdzie jest to możliwe, wpływa na poczucie bezpieczeństwa samej pacjentki i standard przestrzegania jej praw pacjenta. Lekceważące potraktowanie przez personel przedłożonego przez kobietę planu porodu stawia pacjentkę w sytuacji przedmiotowej. Kobieta może mieć wtedy odczucie, że nie ma żadnego wpływu na przebieg porodu, co niewątpliwie może wpłynąć na jej relacje z personelem medycznym, a sam poród uczynić traumatycznym doświadczeniem.

6. Kontakt „skóra do skóry" (tzw. kangurowanie)

Podczas prac ministerialnego *Zespołu do spraw monitorowania i opracowania rozwiązań na rzecz poprawy opieki okołoporodowej,* pojawiały się głosy ekspertów wskazujących na nieprawidłowe praktyki w zakresie przestrzegania prawa kobiety do nieprzerwanego dwugodzinnego kontaktu z noworodkiem, gwarantowanego przepisami standardu opieki okołoporodowej. Niejednokrotnie personel medyczny zabiera

[9] vide op.cit.

noworodka od matki zaraz po urodzeniu, w celu wykonania potrzebnych pomiarów. Pewne czynności w tym zakresie można jednak wykonać, gdy dziecko znajduje się na brzuchu matki, nie utrudniając tym samym pierwszego kontaktu. Charakter pierwszego kontaktu „skóra do skóry" jest nie do powtórzenia, a wykonanie określonych badań, czy pomiarów u noworodka możliwe jest w późniejszym czasie. Utrwalone nawyki personelu medycznego i niewątpliwa troska o dobro noworodka nie mogą pozostawać w sprzeczności z uprawnieniami kobiet rodzących.

7. Kontakty z rodziną i bliskimi na oddziale

Swoiste problemy z zapewnieniem poczucia godności i intymności pacjentkom mają też miejsce podczas kontaktów hospitalizowanych kobiet z odwiedzającymi je członkami rodziny lub innymi osobami bliskimi. Ze względów lokalowych część szpitali dysponuje wieloosobowymi salami poporodowymi. W takich sytuacjach goście jednej pacjentki są osobami obcymi dla innych przebywających na tej sali pacjentek. Stan bezpośrednio po porodzie jest dla kobiety często trudny i może ona wymagać w tym okresie spokoju. Towarzystwo obcych kobiecie osób, np. w trakcie karmienia dziecka może wpływać na jej poczucie intymności. Kwestia ta nie zawsze jest logistycznie rozwiązywana w sposób komfortowy dla zainteresowanych pacjentek.

W mojej opinii na poziom realizacji standardów opieki okołoporodowej, poza wymienionymi powyżej, składają się ponadto następujące czynniki.

8. Uwarunkowania prawne funkcjonowania standardów opieki okołoporodowej

Same standardy opieki okołoporodowej nie przewidują sankcji za ich nieznajomość i nieprzestrzeganie przez personel medyczny oraz szpitale. Szpitalom nie zagrażają z tego tytułu żadne sankcje finansowane. Swojej roli nie odgrywają w tym zakresie także funkcjonujące modele odpowiedzialności odszkodowawczej szpitali, czy dyscyplinarnej personelu medycznego. Na poprawę stanu przestrzegania standardów opieki okołoporodowej nie wpływają również istniejące zasady sprawozdawczości szpitali. Sposób realizacji standardów opieki okołoporodowej przez szpitale nie znajduje odzwierciedlenia w rozliczeniu wykonania umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia.

9. Możliwe przyczyny faktyczne braku realizacji standardów opieki okołoporodowej

W wielu w aspektach dotyczących przestrzegania praw pacjentek do poszanowania godności, intymności, wielokrotnie nie jest konieczne wydatkowanie przez szpital dodatkowych środków, a czasem jedynie zmiana podejścia do pacjentki, bądź przeorganizowanie przestrzeni na oddziale.

Kluczowa jest także znajomość standardów przez personel medyczny. Wprawdzie model postępowania określony w standardzie opieki okołoporodowej nie zawsze będzie mieć zastosowanie w konkretnej sytuacji, tym niemniej na personelu medycznym powinien ciążyć bezwzględny obowiązek posiadania wiedzy o przebiegu porodu i uprawnieniach kobiety rodzącej wynikających ze standardów opieki okołoporodowej. Jak wynika z ustaleń Najwyższej Izby Kontroli[10], w wielu szpitalach w ogóle nie przeszkolono personelu medycznego w zakresie stosowania standardów opieki okołoporodowej, a w niektórych szkolenia miały miejsce w dwa do trzech lat (2014-2015) od wejścia w życie tych regulacji.

Ponadto, na efektywne wykonywanie standardów nie wpływa też niska świadomość samych pacjentek o istnieniu tych przepisów i uprawnień, jakie dzięki nim posiadają. Kobiety rodzące niejednokrotnie skupiają się przede wszystkim, co zrozumiałe, na bezpieczeństwie dziecka. Bywa, że własne bezpieczeństwo i prawo do godnego traktowania i szacunku jest przez nie postrzegane jako drugorzędne. Nieznajomość standardów opieki okołoporodowej przez same pacjentki, jak również szczególny charakter zdarzenia, jakim jest poród, wpływa też na to, że zdarza im się nie reagować na sytuacje, w których dochodzi do naruszania ich praw, w tym nieposzanowania ich intymności i godności. Tym bardziej zatem, to personel medyczny powinien zapewnić bezwzględne realizowanie standardów opieki okołoporodowej.

Podsumowanie

Jestem oczywiście świadomy planowanych zmian legislacyjnych w zakresie określania standardów organizacyjnych w wybranych dziedzinach medycyny. Swoje uwagi przedstawiłem już Ministrowi Zdrowia w wystąpieniu z dnia 13 lutego 2017 r. (nr V.7010.102.2016). Jednak w chwili obecnej standardy opieki okołoporodowej są nadal obowiązującym prawem. Wciąż stoję na stanowisku, że określenie w formie prawnej modelowego sposobu postępowania medycznego dla przebiegu porodu fizjologicznego jest zasadne i korzystne dla pacjentek oraz personelu medycznego. Istnienie takich przepisów wyznacza określony, prawidłowy, model postępowania w

[10] Str. 20 Informacji o wynikach kontroli NIK.

przypadku porodu fizjologicznego. Tym niemniej, przyjęcie nawet najlepszych przepisów prawa nie gwarantuje jeszcze, że będą one w praktyce sprawie funkcjonować. W niniejszym wystąpieniu przedstawiłem Panu Profesorowi obszary opieki okołoporodowej, w których wciąż dochodzi do nieprawidłowości. Taki stan rzeczy potwierdzają zarówno skargi wpływające do mojego Biura, sygnały napływające od organizacji pozarządowych, jak i ustalenia poczynione przez organy władzy publicznej, jak Najwyższa Izba Kontroli, czy Narodowy Fundusz Zdrowia.

Mając powyższe na uwadze, na podstawie art. 13 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 15 lipca 1987 r. o Rzeczniku Praw Obywatelskich (Dz. U. z 2014 r. poz. 1648, z późn. zm.), zwracam się do Pana Profesora, jako Konsultanta Krajowego w dziedzinie położnictwa i ginekologii, z uprzejmą prośbą o ustosunkowanie się do przedstawionych problemów ze sprawnym realizowaniem standardów opieki okołoporodowej. Będę wdzięczny za wskazanie, czy podziela Pan Profesor moje obawy w tym temacie oraz poinformowanie, jakie działania są możliwe do podjęcia przez środowisko medyczne, w tym konsultantów krajowych i wojewódzkich, w celu poprawy warunków udzielania świadczeń zdrowotnych związanych z porodem i respektowania praw kobiet rodzących.