



RZECZNIK PRAW OBYWATELSKICH

Warszawa,

Adam Bodnar

V.7010.112.2015.EO

Pan
Konstanty Radziwiłł
Minister Zdrowia
ul. Miodowa 15
00-952 Warszawa

W nawiązaniu do moich dotychczasowych wystąpień¹ dotyczących problematyki przestrzegania praw kobiet ciężarnych i rodzących pragnę przedstawić Panu Ministrowi swoje kolejne spostrzeżenia dotyczące tego zagadnienia. W niniejszej korespondencji pragnę poruszyć w sposób kompleksowy temat efektywności funkcjonowania standardów opieki okołoporodowej, określonych w rozporządzeniu 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, porodu oraz opieki nad noworodkiem (Dz. U. z 2016 r. poz. 1132, dalej też jako „standardy opieki okołoporodowej”).

1. Uwagi ogólne

Jak wynika z napływających do mojego Biura sygnałów, standardy te nie są powszechnie realizowane przez szpitale. Z informacji przedstawionych przez Narodowy Fundusz Zdrowia² oraz z opublikowanych przez Najwyższą Izbę Kontroli wyników kontroli funkcjonowania opieki okołoporodowej na oddziałach położniczych³ wynika,

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 Wyniki ankiety NFZ dotyczącej opieki nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, porodu, porodu oraz opieki nad noworodkiem: <http://www.nfz.gov.pl/aktualnosci/aktualnosci-centrali/przyszle-mamy-coraz-bardziej-swiadome-swoich-praw-wynika-z-ankiety-przeprowadzonej-przez-nfz.6886.html>

³ 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/kontrola/P/15/065/>

że standardy opieki okołoporodowej są nie tylko nieprzestrzegane, ale i wiedza o ich istnieniu bywa znikoma zarówno wśród samych pacjentek, jak i personelu medycznego.

W tym zakresie pragnę bliżej przedstawić wyniki kontroli i wnioski Najwyższej Izby Kontroli dotyczące funkcjonowania części aspektów opieki okołoporodowej zawartych we wskazanym powyżej raporcie.

2. Dokumentowanie udzielonych świadczeń zdrowotnych

Warto zwrócić uwagę, że podstawową kwestią związaną z udzielaniem świadczeń zdrowotnych jest prawidłowe i rzetelne dokumentowanie przeprowadzanych czynności medycznych. Rzetelnie sporządzona dokumentacja medyczna jest podstawą do m.in. późniejszej oceny prawidłowości i jakości udzielonych świadczeń zdrowotnych. Jak wskazała Najwyższa Izba Kontroli we wniosku pokontrolnym kierowanym do Pana Ministra, między standardami opieki okołoporodowej, a przepisami rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. poz. 2069), istnieją rozbieżności, co do zakresu odnotowywanych danych medycznych. W tym aspekcie istnieje potrzeba dostosowania karty obserwacji porodu o możliwość zamieszczenia w jej treści wszystkich czynności wynikających ze standardów opieki okołoporodowej. Brak spójności między tymi regulacjami wpływa negatywnie na efektywność standardów opieki okołoporodowej.

3. Poszanowanie praw pacjentek do godności i intymności

- warunki udzielania świadczeń

Kolejną negatywną kwestią obrazującą niską skuteczność standardów opieki okołoporodowej, na którą zwróciła uwagę Najwyższa Izba Kontroli, są częste przypadki udzielania świadczeń zdrowotnych kobietom rodzącym w warunkach naruszających ich poczucie godności i intymności. W wielu przypadkach udzielanie świadczeń zdrowotnych związanych z porodem odbywa się w pomieszczeniach szpitalnych (wielooosobowych salach porodowych, pokojach badań), których specyfika utrudnia respektowanie praw pacjentek do godności i intymności. W mojej opinii, wzmocnieniem obowiązujących regulacji, w tym ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2016 r. poz. 186), służyłoby zmiany w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r. w sprawie

szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. poz. 739). Przedmiotem zmian w ww. rozporządzeniu powinno być wprowadzenie gwarancji prawnych zapewniających pacjentkom prawo do intymności i godności na salach porodowych i w pokojach badań.

- możliwość wyboru płci lekarza

Na realizację prawa do poszanowania godności i intymności rodzących kobiet wpływa też rzeczywista możliwość wyboru płci lekarza udzielającego świadczeń zdrowotnych w trakcie porodu. Nie budzi wątpliwości, że dla części kobiet kwestia, czy w trakcie porodu będą pozostawały pod opieką lekarza czy lekarki, ma duże znaczenie. Zdaję sobie sprawę, że w wielu przypadkach możliwość wyboru płci osoby udzielającej świadczeń zdrowotnych przy porodzie może być ograniczona z uwagi na struktury zatrudnienia personelu medycznego. Kwestia możliwości wyboru przez pacjentkę płci osoby udzielającej świadczeń powinna być jednak bezwzględnie brana pod uwagę w przypadku, gdy kobieta rodząca doświadczyła przemocy seksualnej. W takiej sytuacji poddanie się badaniom, które przeprowadza mężczyzna – lekarz położnik, może stanowić dla pacjentki dodatkową traumę.

4. Model porodu fizjologicznego versus jego medykalizacja

- uwagi ogólne

Funkcjonowanie standardów opieki okołoporodowej jest nieefektywne także w aspekcie rosnącej medykalizacji porodu fizjologicznego. 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, porodu 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.

- rutynowe zabiegi: przykłady i przyczyny

Tymczasem z przytaczanego już raportu NIK, skarg napływających do mojego Biura oraz sygnałów zgłaszanych przez organizacje pozarządowe⁴ 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 kilkakrotnie zwiększa też odczuwany przez kobietę ból. Bywa, że kobieta po 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 medycznego⁵, 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. Karmienie naturalne

Realizacja standardów opieki okołoporodowej nie przynosi spodziewanych efektów także w aspekcie propagowania naturalnego karmienia noworodków i niemowląt. 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

⁴ artykuł „Medycyna tak, medykalizacja nie” źródło: strona Fundacji „Rodzić po ludzku”. <http://www.rodzicpoludzkupl/Przegląd-prasy/Medycyna-tak-medykalizacja-nie.html>

⁵ vide op.cit.

darowizny takiego produktu przez producentów dla szpitali powodują, że wygodniej i taniej, choć wbrew standardom opieki okołoporodowej, jest promować sztuczną formę karmienia dzieci⁶.

Ponadto 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.

6. 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.

7. 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 noworodka od matki zaraz po urodzeniu, w celu wykonania potrzebnych pomiarów.

⁶ vide informacja o wynikach kontroli NIK, str. 12

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.

8. 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.

9. Uwarunkowania prawne funkcjonowania standardów opieki okołoporodowej

Same standardy opieki okołoporodowej nie przewidują sankcji za ich nieznaną i nieprzestrzeganą 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.

10. Możliwe przyczyny faktyczne braku realizacji standardów opieki okołoporodowej

W wielu 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. Wprowadzie 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 Kontroli⁷, 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 w pełni 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 świadomy planowanych zmian legislacyjnych w zakresie określania standardów organizacyjnych w wybranych dziedzinach medycyny. Swoje uwagi przedstawiłem już Panu Ministrowi 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

⁷ 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 sprawić funkcjonować. W niniejszym wystąpieniu przedstawiłem Panu Ministrowi 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.

W mojej opinii, pomocnym instrumentem w ocenie efektywności standardów opieki okołoporodowej mogłaby być dokonywana okresowo, przez Ministra Zdrowia, ewaluacja samych regulacji i ich skuteczności, z uwzględnieniem opinii personelu medycznego i kobiet rodzących. Samo obowiązywanie tychże przepisów bez narzędzi służących kontroli ich skuteczności jest niewystarczające.

Tu muszę zwrócić również uwagę Pana Ministra na sygnalizowany od wielu lat przez środowisko medyczne problem starzenia i zmniejszania się liczby personelu medycznego, w szczególności pielęgniarek i położnych⁸. Praktycznie na terenie całego kraju nawet 90% pielęgniarek i położnych to osoby po 36. roku życia, z czego w niektórych województwach nawet 51 % tego personelu to osoby po 50. roku życia. Rodzi to poważne obawy, że w przeciągu najbliższych kilku, czy kilkunastu lat pacjenci, w tym kobiety ciężarne i rodzące zostaną pozbawieni podstawowej opieki pielęgnacyjnej. W analizowanym aspekcie, kwestia niedoboru personelu medycznego tego szczebla wpływa na efektywność wykonywania standardów opieki okołoporodowej. Jest to szczególnie istotne, jeżeli weźmie się pod uwagę, że standardy opieki okołoporodowej przyznają w trakcie porodu wiodącą rolę położnej. Pogłębiające się sukcesywnie niedobory kadrowe tzw. „białego personelu” i przepaść pokoleniowa w tym zawodzie nie wpłynie na poprawę jakości opieki okołoporodowej w dłuższej perspektywie. Problemy w tej materii sygnalizowałem już Panu Ministrowi w wystąpieniach z dnia 22 kwietnia 2015 r. (nr V.7010.47.2015) i z dnia 10 czerwca 2016 r. (nr V.7014.22.2016).

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 Ministra z prośbą o ustosunkowanie się do przedstawionego problemu i wskazanie, jakie konkretnie działania podejmuje Minister Zdrowia w celu realizacji zaleceń pokontrolnych Najwyższej Izby Kontroli i poprawy efektywności przepisów określających standardy postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, porodu oraz opieki nad

⁸ Raport Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 28 maja 2015 r. pt. „Zabezpieczenie społeczeństwa polskiego w świadczenia pielęgniarek i położnych”. Raport dostępny jest pod adresem: http://nipip.pl/wp-content/uploads/2016/08/Raport_2015_NIPiP-1.pdf

noworodkiem. Będę wdzięczny także za poinformowanie, w jaki sposób zakończyły się prace *Zespołu do spraw monitorowania i opracowania rozwiązań na rzecz poprawy opieki okołoporodowej* oraz czy efekty tych prac są wykorzystywane w działaniach resortu zdrowia.