



Poprawa opieki okołoporodowej - propozycje rozwiązań, analiza barier.

Dr hab. Beata Pięta, prof. UM

Prezes Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Położnych





Podstawa prawna

- Rozporządzenie 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. poz. 1100 oraz z 2015 r. poz. 1514)
- najważniejszych dokumentów w opiece okołoporodowej
- wyznacza kierunek pozytywnych zmian organizacyjnych
 - w świadomości personelu medycznego
 - samych kobiet do godnego porodu.



Definicja

- ▶ **Ciąża fizjologiczna** - w rozumieniu przepisów standardów jest ciążą przebiegającą w sposób prawidłowy.
- ▶ **Poród fizjologiczny** - to spontaniczny poród niskiego ryzyka od momentu rozpoczęcia i utrzymujący taki stopień ryzyka przez cały czas jego trwania, w wyniku którego noworodek rodzi się z położenia główkowego, pomiędzy ukończonym 37. a 42. tygodniem ciąży, i po którym matka i noworodek są w dobrym stanie.

- 
- 
- Ograniczenie interwencji
 - Wsparcie dla fizjologii
 - Wczesne rozpoznanie czynników ryzyka

 - Wszystkie trymestry ciąży
 - Świadczenia profilaktyczne, działania w zakresie promocji zdrowia
 - Konsultacje medyczne, badania diagnostyczne

 - Trójstopniowa opieka perinatalna







Standardy są przepisami prawa powszechnie obowiązującego.


Oznacza to, że każdy pracownik medyczny **zobowiązany** jest do **stosowania** tych przepisów w praktyce, a za nadzór nad pracą pracowników podmiotów leczniczych odpowiadają ich zwierzchnicy.



Bariery w realizacji standardów opieki okołoporodowej



- ▶ Opieka nad kobietą w okresie ciąży fizjologicznej
- ▶ brak **kierowania do położnej** przez lekarzy ginekologów sprawujących opiekę nad kobietą w okresie ciąży (do położnej kieruje około 3% ginekologów),
- ▶ kobiety **nie znają swojej położnej**, deklarację wyboru położnej podpisują często nieświadomie podczas wyboru lekarza podstawowej opieki zdrowotnej (**POZ**),
- ▶ bardzo mała liczba **planów porodu** opracowanych we współpracy kobiet ciężarnych i osób sprawujących nad nimi opiekę (plan porodu posiadało około **25%** rodzących),
- ▶ większości przypadków **ciążę fizjologiczną** prowadzą **lekarze ginekolodzy**, kobiety nie są świadome, że ciążę fizjologiczną może prowadzić również **położna**.

- 
- 
- ▶ **Opieka nad kobietą w czasie porodu fizjologicznego**
 - ▶ nie zapewnienie wystarczającej **intymności** podczas porodu – sale porodowe oddzielone parawanami, brak pojedynczych sal porodowych (sale podzielone na boksy - **138/269szpitali**), szpitale nie spełniające powyższego warunku nie powinny mieć kontraktowanych świadczeń związanych z porodem,
 - ▶ **brak** każdorazowego **pytania** personelu medycznego **o zgodę** na przeprowadzenie badania rodzącej,
 - ▶ **nie udzielanie informacji** rodzącej o przebiegu porodu,
 - ▶ porody fizjologiczne **prowadzone** są w obecności **lekarza**, a nie przez same położne, co sprzyja ich medykalizacji,

- 
- 
- mniejsza aktywność kobiet w II okresie porodu,
 - medykalizacja porodu, rutynowe wykonywanie **nacięcia** krocza, podanie **oksytocyny**, **indukcja** porodu,
 - zbyt **duża** częstotliwość wykonywania badań (**KTG**) podczas porodu, uniemożliwiających swobodne przyjmowanie pozycji przez rodzicą.

- 
- ▶ **Opieka nad noworodkiem na sali porodowej:**
 - ▶ trudności w umożliwieniu noworodkowi nieprzerwanego kontaktu z matką "skóra do skóry", który będzie trwał co najmniej dwie godziny po porodzie,
 - ▶ niespójne deklaracje szpitali w sprawie przestrzegania powyższego zapisu - wykazywanie przeprowadzanie pomiarów antropometrycznych w tym samym czasie,
 - ▶ niewłaściwa koordynacja pracy na sali poporodowej (opieka nad **położnicą** – położna, opieka nad **noworodkiem** - pielęgniarka), brak właściwej współpracy i ciągłości opieki nad matką i jej dzieckiem. System rooming in zapewniający opiekę pielęgnacyjną nad matką i dzieckiem każdorazowo przez jedną osobę realizuje **zaledwie 24% szpitali**.
 - ▶ **zbyt mała liczba** zatrudnionych położnych na oddziale (kwestie kadrowe).

- 
- 
- Zapewnienie właściwej opieki laktacyjnej
 - brak zapewnienia na oddziale położniczym całodobowej opieki położnej po kursie kształcącym z zakresu wspierania karmienia piersią i rozwiązywania problemów laktacyjnych, dokarmianie noworodków mlekiem modyfikowanym, bez wskazań medycznych,
 - brak profesjonalnych poradni laktacyjnych finansowanych przez NFZ,
 - brak wsparcia po porodzie w kwestii laktacji (nieaktualna wiedza personelu medycznego w zakresie laktacji, przekazywanie sprzecznych informacji),

- 
- 
- ▶ brak **wsparcia** przez kierowników podmiotów leczniczych **doskonalenia** zawodowego położnych. Położne nie otrzymują **urlopów** szkoleniowych, nie mają dostępu do **darmowych** szkoleń w miejscu pracy,
 - ▶ niski poziom **wiedzy** o korzyściach z karmienia piersią u **lekarzy** (POZ), zbyt częste przepisywanie preparatów mlekozastępczych w przypadku podejrzeń nietolerancji pokarmowych, alergii,
 - ▶ szpitale zaopatrzone są w dużą ilość preparatów mleko zastępczych po bardzo niskiej cenie.



- **Inne bariery**

- **niewłaściwe** przekazywanie **zgłoszenia** o porodzie przez podmiot leczniczy sprawujący opiekę nad noworodkiem do położnej (POZ) lub podmiotowi wykonującemu działalność leczniczą w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej (zdarzają się przypadki przerzucenia tego **obowiązku na matkę**),
- niewłaściwa **postawa** personelu medycznego w stosunku do respektowania standardów, brak **interwencji** kierowników placówki leczniczej w stworzeniu warunków do ich realizowania,
- brak działań **edukacyjnych** dla położnych na temat przepisów zawartych w standardzie,
- niespójna **wiedza** przekazywana kobietom w okresie ciąży i ich partnerom,
- nierespektowanie obowiązku odbycia przez położne co **najmniej 4 wizyt** patronażowych.

Bariery zdiagnozowane przez NFZ

- ▶ W kwietniu 2016 – 3789 respondentek
- ▶ niewielki odsetek ciężarnych (28%) lekarz ginekolog kieruje do położnych podstawowej opieki zdrowotnej
- ▶ zbyt mało ciężarnych (43%) zostaje poinformowanych na pierwszej wizycie przez osobę sprawującą opiekę jak będzie wyglądał plan opieki w ciąży,
- ▶ zbyt mało kobiet (54%) uzyskuje informacje na temat praktycznego i teoretycznego przygotowania do porodu w opiece ambulatoryjnej (w poradni lub u położnej),
- ▶ tylko niespełna połowa (47%) respondentek podała, że korzystała ze szkoły rodzenia,
- ▶ słabo respektowane jest prawo do świadomego udziału w podejmowaniu decyzji o działaniach medycznych,



Bariery zdiagnozowane przez NFZ

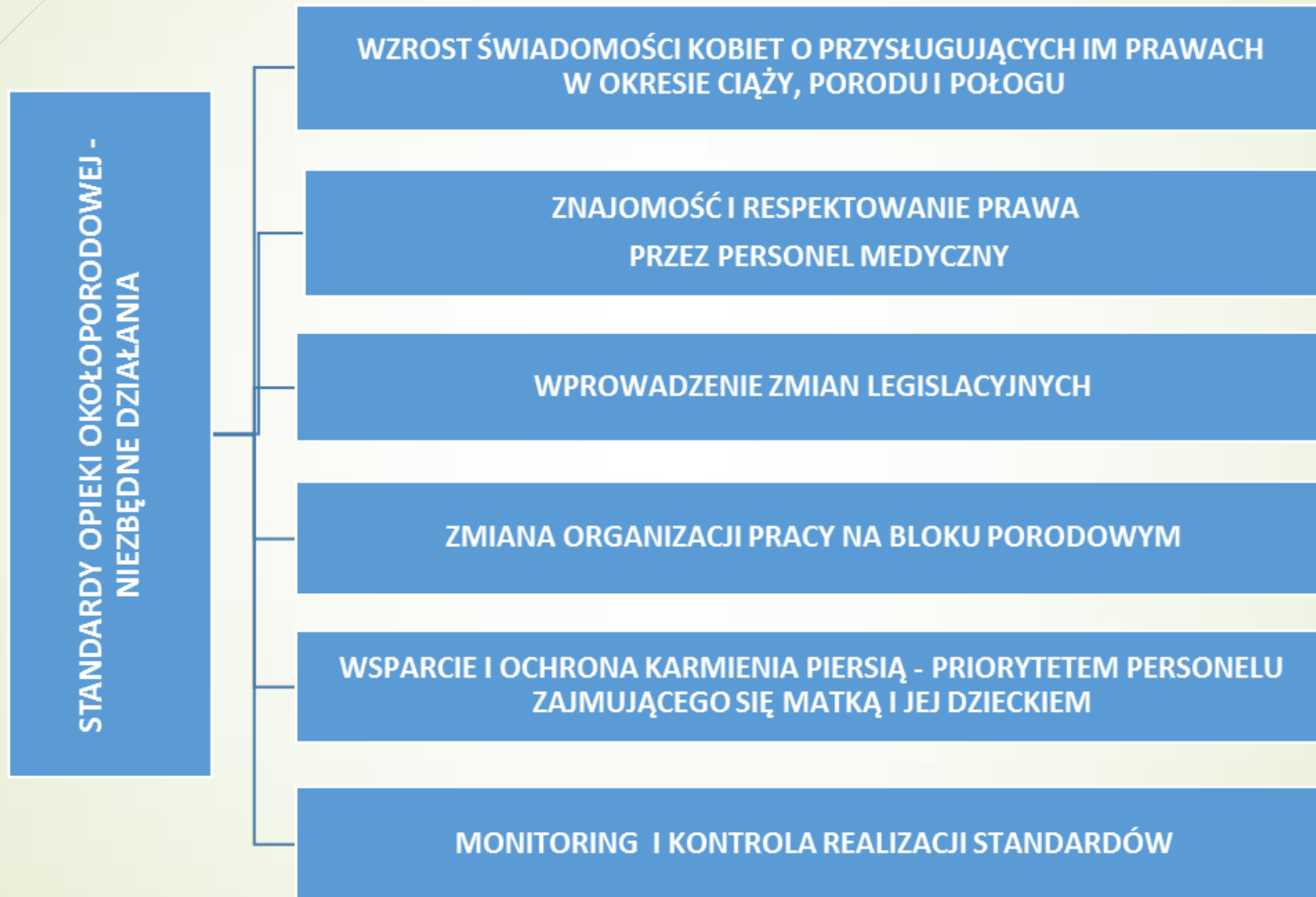
- połowa (52%) respondentek nie znała swojego lekarza prowadzącego w szpitalu,
- niewystarczająca realizacja zalecenia bezpośredniego kontaktu skóra do skóry,
- słaba dostępność edukatora ds. laktacji,
- dokarmianie mlekiem modyfikowanym na oddziałach położniczych
- uśmierzanie bólu porodowego 45% vs 52%



Pozytywne obszary w opiece okołoporodowej

- 75 % respondentek zadeklarowało **znajomość** zalecanych świadczeń profilaktycznych i działań w zakresie promocji zdrowia oraz badań diagnostycznych i konsultacji medycznych,
- wysoko oceniona została opieka **położnych** w czasie hospitalizacji, w tym:
 - dostępność w razie potrzeby,
 - staranność w wykonywaniu zabiegów, opatrunków,
- korzystnie oceniono również organizację **przyjęcia** do szpitala zdecydowana większość respondentek uznała, że opiekę sprawowano z **poszanowaniem** praw pacjenta,
- zdecydowanie **pozytywnie** zostały ocenione **wizyty patronażowe** i opieka nad matką i dzieckiem w czasie połogu, respondentki chwaliły położne podstawowej opieki zdrowotnej, które zajmowały się nimi jeszcze przed porodem, co pozwoliło się im dobrze przygotować do porodu.

Propozycje rozwiązań





Przeprowadzenie działań informacyjno - edukacyjnych skierowanych do kobiet

- Stworzenie i prowadzenie strony internetowej wraz z aplikacją mobilną.
- powinna zawierać najważniejsze informacje o zapisach standardów opieki okołoporodowej (SOO) i prawach pacjenta,
- umożliwiać **wymianę poglądów**, informacji w formie czatów ze specjalistami, położną, prawnikiem, neonatologiem, dietetykiem, edukatorem do spraw laktacji etc.
- umożliwiać zamieszczanie krótkich filmików z Ministrem, Dyrektorką Departamentu Matki i Dziecka (co to jest Standard Opieki Okołoporodowej, co Minister gwarantuje, co to jest plan opieki perinatalnej, dlaczego warto stworzyć sobie plan porodu, dlaczego warto karmić piersią, mleko mamy najlepsze dla dziecka, jakie badania przysługują kobiecie w ciąży etc.),
- być promowana w karcie przebiegu ciąży. „*więcej informacji znajdziesz na stronie www.mamaidziecko.gov.pl*”,
- być dostosowana do urządzeń mobilnych,



Przeprowadzenie działań informacyjno - edukacyjnych skierowanych do kobiet

- Określenie jednolitego wzoru karty przebiegu ciąży
- Karta przebiegu ciąży powinna zawierać:
 - informacje dotyczące skierowania kobiety do położnej POZ,
 - plan opieki perinatalnej i planu porodu nazwisko wybranej przez kobietę położnej POZ,
 - datę skierowania do położnej POZ,
 - daty wizyt u położnej POZ,
 - załączniki będące integralną częścią dokumentu: plan opieki perinatalnej, plan porodu z datami ich opracowania i podpisem osoby sprawującej opiekę,
 - informacje dotyczące laktacji i karmienia piersią,



Przeprowadzenie działań informacyjno - edukacyjnych skierowanych do kobiet

- ▶ **Opracowanie i wydrukowanie publikacji o standardach opieki okołoporodowej**
- ▶ ulotki dostępne we wszystkich placówkach świadczących usługi w zakresie opieki nad matką i dzieckiem w ramach NFZ,
- ▶ wersja elektroniczna dostępna na stronie internetowej, ulotka przekazywana kobiecie wraz z kartą ciąży.

- ▶ plakaty edukacyjnych z infografiką o standardach opieki okołoporodowej i zaletach karmienia naturalnego do wszystkich szpitali i przychodni mających kontrakt na świadczenia z zakresu ciąży, porodu i połogu z NFZ.



Przeprowadzenie działań informacyjno - edukacyjnych skierowanych do kobiet

- ▶ **Promocja w mediach praw kobiet w opiece okołoporodowej**
- ▶ pismo Ministra Zdrowia skierowane do **mediów publicznych i prywatnych** dotyczące działań promujących prawa kobiet w okresie okołoporodowym z zachęceniem do emisji programów o tej tematyce.
- ▶ Stworzenie możliwości **dofinansowania** wydarzeń **edukacyjnych**, angażujących lokalnych aktywistów poprzez dofinansowanie projektów promujących prawa kobiet w okresie okołoporodowym w ramach zadań zleczanych do realizacji organizacjom pozarządowym
- ▶ Podjęcie cyklicznych działań w zakresie promocji karmienia piersią i edukacji o prawach kobiet w okresie okołoporodowym



„Szkoly rodzenia” – określenie minimalnych wymagań - standardów edukacji przedporodowej w formie rozporządzenia Ministra Zdrowia

- ▶ Edukacja przedporodowa, realizowana przez położną w formie indywidualnej lub grupowej,

Cel :

- ▶ Praktyczne i teoretyczne przygotowanie ciężarnej i partnera/osoby wspierającej do rodzicielstwa
- ▶ Przedstawienie zasad bezpiecznego przejścia kobiety przez okres ciąży, porodu i porożenia,
- ▶ Kształtowanie właściwych zachowań prozdrowotnych, przygotowanie do opieki nad noworodkiem i niemowlęciem.



„Szkoly rodzenia” – określenie minimalnych wymagań - standardów edukacji przedporodowej w formie rozporządzenia Ministra Zdrowia

Działania te powinny wpłynąć na:

- wzmocnienie zdrowia matek i dzieci,
 - łagodzenie lęku i niepokoju związanego z porodem,
 - zmniejszenia liczby porodów przedwczesnych
 - obniżenia wskaźnika umieralności okołoporodowej
-
- **Określenie standardów**
 - ujednolici przekazywane treści,
 - zapewni właściwą jakość edukacji

Przykładowy program

- ▶ **Edukacja przedporodowa realizowana w formie grupowej** obejmuje co najmniej wymiar **37 godzin** (dydaktycznych – po 45 minut), w tym: zajęć teoretycznych (ZT) – **24 godziny** i zajęć praktycznych (ZP) - ćwiczenia, warsztaty – **13 godzin**.
- ▶ **Edukacja dotycząca okresu prenatalnego – ciąża** obejmuje łącznie 12 godzin, w tym:
 - ▶ zajęć teoretycznych (ZT) - 10 godzin,
 - ▶ zajęć praktycznych (ZP) - ćwiczenia, warsztaty - 2 godziny.
- ▶ Edukacja w tym zakresie obejmuje:
 - ▶ informacje na temat zachodzących zmian fizjologicznych w wyglądzie kobiety podczas ciąży (ZT – 1 godz.);
 - ▶ rozwój dziecka od poczęcia do chwili porodu (ZT – 1 godz.);
 - ▶ elementy opieki prenatalnej – dostępne formy opieki medycznej (ZT – 1 godzina);
 - ▶ styl życia w okresie ciąży (ZT – 1 godziny, ZP – 2 godziny);



Edukacja lekarzy i położnych w zakresie laktacji

- **Adresaci** : położnicy, perinatolodzy, neonatolodzy, lekarze rodzinni, pediatrzy, położne, pielęgniarki neonatologiczne.
- **Patronat logistyczny, organizacja i koordynacja** : Ministerstwo Zdrowia - Departament Matki i Dziecka.

- **Koordynacja i realizacja:**
- Konsultanci krajowi w zakresie:
 - neonatologii;
 - położnictwa i ginekologii;
 - pielęgniarstwa ginekologicznego i położniczego;
 - perinatologii;
 - pediatrii;
 - lekarzy rodzinnych ;
- Konsultanci wojewódzcy w wyżej wymienionych dziedzinach.



Edukacja lekarzy i położnych w zakresie laktacji

- ▶ Schemat kursu dla lekarzy i położnych:
- ▶ kurs pełny – 8 wykładów (jeden dzień wykładowy);
- ▶ jednolity program;
- ▶ materiały – wersja elektroniczna lub papierowa wydawana 2 tygodnie przed planowanym kursem;
- ▶ pre-test na początku kursu
- ▶ test końcowy zaliczający kurs;
- ▶ certyfikat kursu.

- ▶ Finansowanie centralne



Edukacja lekarzy i położnych w zakresie laktacji

- Program kursu dla lekarzy i położnych
- anatomia piersi;
- fizjologia i patologia laktacji;
- prawidłowość budowy, funkcji i działania aparatu orofacjalnego;
- prawidłowe karmienie dziecka;
- problemy w karmieniu ze strony matki;
- trudności ssania przez dziecko;
- neurologopeda i fizjoterapeuta w oddziale noworodkowym;
- psychologia kobiety karmiącej;
- aspekty prawne karmienia i laktacji;
- medyczne wskazania do substytucji mleka matki;
- mleko i sprzęt w oddziale neonatologicznym.



Edukacja lekarzy i położnych w zakresie laktacji

- **Organizacja kursu:**
- wersja I:
- Kurs organizowany przy Urzędzie Wojewódzkim, Marszałkowskim, w lokalnym centrum konferencyjnym.
- Liderzy: konsultanci regionalni
- wykładowcy: grupy „centralne” (4-5 zespołów w kraju)
- szkoleni liderzy szpitalni
- dalsze szkolenia personelu szpitalnego przez liderów wg pisemnych wytycznych
- wersja II
- Szkolenie w poszczególnych szpitalach przez ustalone odgórnie grupy wykładowców
- Możliwe łączenie się szpitali dla zmniejszenia kosztów



Edukacja lekarzy i położnych w zakresie laktacji

- **Kategoria kursu:**
- stopniowo realizowany;
- obowiązkowy;
- certyfikowany;
- powtarzany;
- dla nowozatrudnionych – pełny kurs w ciągu 6 miesięcy od zatrudnienia.



Edukacja lekarzy i położnych w zakresie laktacji

- ▶ Kurs obowiązkowy w zakresie specjalizacji dla dziedzin: ginekologia i położnictwo, neonatologia, pediatria, medycyna rodzinna (CMKP);
- ▶ Do rozważenia możliwość przeprowadzenia powyższego szkolenia na platformie e-learningowej z dodatkową formą zaliczenia.



Monitoring realizacji standardów opieki okołoporodowej

- ▶ **Projekt wskaźników:**
- ▶ odsetek indukcji porodu;
- ▶ odsetek znieczuleń do porodu drogami natury;
- ▶ odsetek cięć cesarskich (ogółem, nagłych, planowych, innych);
- ▶ odsetek porodów zabiegowych (z użyciem kleszczy, z użyciem próżniociągu, inną metodą);
- ▶ odsetek nacięć krocza;
- ▶ odsetek urazów krocza III i IV stopnia;
- ▶ odsetek urazów porodowych u noworodka;
- ▶ odsetek noworodków z punktacją Apgar w 5 min. <7;



Monitoring realizacji standardów opieki okołoporodowej

- ▶ odsetek matek skierowanych na oddział intensywnej terapii;
- ▶ odsetek noworodków skierowanych na oddział intensywnej terapii;
- ▶ odsetek matek, u których zastosowano przetoczenie krwi lub produktów krwiopochodnych;
- ▶ przeciętna liczba dni pobytu w szpitalu po porodzie matek;
- ▶ przeciętna liczba dni pobytu w szpitalu po porodzie noworodków;
- ▶ liczba zgonów matek;
- ▶ proporcja zgonów noworodków urodzonych przedwcześnie;
- ▶ proporcja zgonów noworodków urodzonych o czasie;



Monitoring realizacji standardów opieki okołoporodowej

- Pozyskiwanie danych:
- Rozliczanie **procedur** – NFZ
- Dane pozyskane z **e-dokumentacji**, które zapewni Elektroniczna Platforma Gromadzenia, Analizy i Udostępniania Zasobów Cyfrowych o Zdarzeniach Medycznych
- Retrospektywne **badania ankietowe** 3 m-ce. po porodzie, przeprowadzane drogą pocztową, okresowo, na losowej próbie pacjentek
- Dane dotyczących **karmienia piersią** z Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia (CSIOZ) oraz Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego – Państwowego Zakładu Higieny (druki sprawozdawcze MZ 11)



Monitoring realizacji standardów opieki okołoporodowej

- ▶ ...Istnieje **potrzeba**:
- ▶ Stałego **monitoringu** opieki okołoporodowej na poziomie centralnym, opracowanie i zbieranie wskaźników związanych z jakością w opiece okołoporodowej w odniesieniu do celów standardów opieki okołoporodowej, zmiany systemu raportowania wskaźników przez podmioty realizujące świadczenia w tym zakresie.
- ▶ Opracowania **narzędzia badawczego** do kontroli placówek w zakresie realizacji standardów i wyznaczenie celów.
- ▶ Obowiązku wyznaczenia **osoby odpowiedzialnej** w placówce za monitorowanie przestrzegania standardów, opracowanie i publikacja raportów z ich realizacji w danej placówce,
- ▶ **Jawności danych** – obowiązek publikacji raportów z realizacji standardów na stronie internetowej – transparentność placówek.



Proponowane zmiany legislacyjne

- ▶ Określenie w załączniku do 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) **wzoru karty przebiegu ciąży** jako obowiązkowej dokumentacji zewnętrznej.
- ▶ Wprowadzenie zmian 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) umożliwiającą stopniową **likwidację** wieloosobowych sal porodowych nie spełniających warunków zapewniających komfort i intymność rodzących na nich kobiet.



Proponowane zmiany legislacyjne

- W rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych w zakresie leczenia szpitalnego (Dz. U. z 2016 r. poz. 694) w załączniku określającym warunki szczegółowe realizacji świadczeń – rozważyć możliwość **zwiększenia liczby** położnych pracujących na oddziałach położniczych.
- Umożliwienie **położnym** podstawowej opieki zdrowotnej realnej możliwości prowadzenia ciąży fizjologicznej finansowanej przez NFZ




Proponowane zmiany legislacyjne

- ▶ Umożliwienie kobietom **wyboru miejsca porodu** poza warunkami szpitalnymi (tzw. porodów domowych) z zapewnieniem finansowania przez NFZ takiego porodu
- ▶ Rezygnacja z **uzależniania** przez NFZ rozliczania świadczeń w zakresie porodu od przeprowadzenia badania **KTG** u rodzących podczas porodów fizjologicznych.
- ▶ Uszczegółowienie w standardach opieki okołoporodowej **terminów** opracowania i omówienia z ciężarną :
 - ▶ planu opieki okołoporodowej najlepiej do 10 tyg. ciąży;
 - ▶ planu porodu (33 - 37 tydz. ciąży).




Proponowane zmiany legislacyjne

- ▶ Umożliwienie przedłużenia świadczenia **poradnictwa laktacyjnego** przez położne dzieciom **powyżej 2 miesiąca** życia
- ▶ W standardach opieki okołoporodowej **uwzględnić podawanie** immunoglobuliny anty – RhD w profilaktyce konfliktu matczyno-płodowego w zakresie antygenu D w układzie Rh.
- ▶ Doprecyzowania wymaga ustawowe uregulowanie **prawa pacjentki** do wyboru osoby sprawującej nad nią opiekę w trakcie ciąży.
- ▶ Należy rozważyć nowelizację przepisów ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta w zakresie prawa do **wyrażania zgody** na świadczenie zdrowotne oraz prawa do **uzyskania informacji** o stanie zdrowia (rozszerzenie kompetencji położnych)




Rekomendowane zmiany organizacji pracy na bloku porodowym i badań noworodków bezpośrednio po porodzie

- ▶ **Sala porodowa**
- ▶ Rodzica ma prawo wybrać **osobę** sprawującą opiekę w czasie porodu z uwzględnieniem zasad organizacyjnych podmiotu wykonującego działalność leczniczą
- ▶ **Położna** w przypadku zaobserwowania objawów patologicznych niezwłocznie przekazuje rodzicą pod opiekę **lekarza** specjalisty w dziedzinie położnictwa i ginekologii.




Rekomendowane zmiany organizacji pracy na bloku porodowym i badań noworodków bezpośrednio po porodzie

- ▶ Do czasu, kiedy położna ocenia poród jako fizjologiczny i nie zwraca się do lekarza specjalisty z prośbą o pomoc, lekarz **nie ingeruje** w proces porodu.
- ▶ W przypadku patologii położna staje się **osobą asystującą** przy porodzie prowadzonym przez lekarza.
- ▶ Przekazanie opieki nad rodzicą powinno zostać odnotowane w **dokumentacji medycznej**.



Rekomendowane zmiany organizacji pracy na bloku porodowym i badań noworodków bezpośrednio po porodzie

- **Badanie noworodka**
- Pierwszej **oceny zdrowia** noworodka, w tym wykonanie pomiarów antropometrycznych może przeprowadzić **położna**.
- **Lekarz** specjalista w dziedzinie neonatologii lub lekarz specjalista w dziedzinie pediatrii zobowiązany jest do wykonania poszerzonego badania klinicznego noworodka w okresie **pierwszych 12** godzin jego życia.
- Kontakt **skóra do skóry** po porodzie i opieką **laktacyjną**.



Rekomendowane zmiany organizacji pracy na bloku porodowym i badań noworodków bezpośrednio po porodzie

- ▶ Ochrona karmienia piersią na oddziałach położniczych i neonatologicznych
- ▶ ograniczenie wszelkich wpływów komercyjnych związanych z karmieniem niemowląt
- ▶ kontrola nad częstością i wskazaniami do podawania mleka modyfikowanego niemowlętom
- ▶ udzielenie pomocy laktacyjnej opartej na aktualnej wiedzy i zgodnej z najlepszym interesem matki i dziecka.



Standardy opieki w ciąży powikłanej

ROZPORZĄDZENIE
MINISTRA ZDROWIA

z dnia 9 listopada 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



Standardy opieki w ciąży powikłanej

- **Cel :**
- uzyskanie jak najlepszego stanu zdrowia matki i jej dziecka, w patologiach ciąży, które stanowią główną przyczynę umieralności i zachorowalności okołoporodowej matek, płodów i noworodków.
 - nadciśnienie tętnicze,
 - zagrożenie porodem przedwczesnym,
 - ryzyko niedotlenienia wewnątrzmacicznego płodu,
 - krwotok łożniczy.
 - ciąża bliźniacza



Standardy opieki w ciąży powikłanej

- Określają postępowanie w przypadku niepowodzeń położniczych:
 - poronienie,
 - urodzenie martwego dziecka, niezdolnego do życia czy obciążonego letalnymi wadami.
- Wymóg szczególnego traktowania,
 - Zapewnienie pomocy psychologiczną
 - Umożliwienie wsparcie osób bliskich.
- Rozporządzenie nakłada na personel obowiązek udzielenia wyczerpującej informacji medycznej, prawnej, a także możliwej dalszej pomocy psychologicznej.



Standardy opieki w ciąży powikłanej

- ▶ Nakładają się one **na obowiązujące** już od kilku lat standardy opieki nad kobietą w fizjologicznej ciąży, porodzie i połogu.
- ▶ Stosowanie określonych procedur medycznych w ciąży powikłanej **nie zwalania** z obowiązku profilaktyki i diagnostyki przypisanej ciąży fizjologicznej jak również z obowiązku ustalenia planu opieki przedporodowej czy też planu porodu.




Standardy opieki w ciąży powikłanej

- ▶ Charakter wytycznych i wskazówek.
- ▶ Wprowadzenie prostych zasad, odnoszących się do diagnostyki, terapii oraz opracowanie nieskomplikowanych algorytmów postępowania:
 - ▶ przyczyni się do ułatwienia codziennej praktyki klinicznej
 - ▶ wpłynie na poprawę jakości opieki.
 - ▶ zwiększy bezpieczeństwo pacjentów.
- ▶ Postępowanie zgodnie z wytycznymi zapewni również **bezpieczeństwo** prawnemu personelowi medycznemu.



Standardy opieki w ciąży powikłanej

- ▶ Standaryzacja opieki przyczyni się do zmniejszenia konsekwencji zdrowotnych zarówno w okresie ciąży jak i w późniejszym życiu kobiety i jej dziecka.
- ▶ Po za tym może istotnie wpłynąć na obniżenie wskaźników umieralności i śmiertelności okołoporodowej.



Standardy postępowania medycznego w łagodzeniu bólu porodowego

ROZPORZĄDZENIE
MINISTRA ZDROWIA

z dnia 9 listopada 2015 r.

w sprawie standardów postępowania medycznego w łagodzeniu bólu
porodowego



Standardy postępowania medycznego w łagodzeniu bólu porodowego


- Obligują do podejmowania działań mających na celu uśmierzenie bólu porodowego
- Definiują zalecane metody łagodzenia bólu
- Zakres współpracy
- Kwalifikacje personelu
- Zakres i sposób monitorowania rodzącej i płodu
- Duży nacisk na dostarczenie rodzącej kompletnej i zrozumiałej informacji



Standardy postępowania medycznego w łagodzeniu bólu porodowego

Farmakologiczne metody łagodzenia bólu, mające udokumentowaną skuteczność kliniczną w łagodzeniu bólu porodowego:

- ▶ analgezja wziewna;
- ▶ dożylna lub domięśniowa stosowanie opioidów;
- ▶ analgezja regionalna.



Standardy postępowania medycznego w łagodzeniu bólu porodowego

Niefarmakologiczne metody łagodzenia bólu:

- ▶ 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, sznury porodowe, krzesła porodowe;
- ▶ techniki oddechowe i ćwiczenia relaksacyjne;
- ▶ masaż relaksacyjny;
- ▶ ciepłe lub zimne okłady w okolicach odczuwania bólu;
- ▶ metody fizjoterapeutyczne;
- ▶ przezskórna stymulacja nerwów (Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation – TENS);
- ▶ immersja wodna;
- ▶ akupunktura;
- ▶ akupresura



Standardy postępowania medycznego w łagodzeniu bólu porodowego

W zakresie działań mających na celu łagodzenie bólu porodowego metodami farmakologicznymi prowadzący poród lekarz położnik współpracuje z:

- ▶ lekarzem prowadzącym analgezję regionalną porodu;
- ▶ położną **oraz** położną anestezyjologiczną **albo** pielęgniarką anestezyjologiczną;
- ▶ lekarzem neonatologiem lub lekarzem pediatrą.



Standardy postępowania medycznego w łagodzeniu bólu porodowego

- ▶ Po podaniu leków znieczulenia miejscowego do przestrzeni zewnątrzoponowej lub podpajęczynówkowej rodząca musi znajdować się **pod bezpośrednim nadzorem lekarza** prowadzącego analgezję regionalną porodu przez co **najmniej 30 minut**.

Monitorowanie funkcji życiowych:

- ▶ przed rozpoczęciem analgezji regionalnej konieczna jest w szczególności kontrola:
 - ▶ ciśnienia tętniczego krwi mierzonego w przerwie międzyskurczowej (SAP/DAP),
 - ▶ czynności serca (HR),
 - ▶ saturacji krwi obwodowej (SpO₂),
 - ▶ częstości akcji serca płodu (FHR);




Standardy postępowania medycznego w łagodzeniu bólu porodowego

- ▶ pomiary należy powtarzać **nie rzadziej niż co 5 minut** od podania dawki leku miejscowo znieczulającego inicjującej analgezję przez co najmniej **30 minut** do momentu stabilizacji parametrów rodzącej i płodu;
- ▶ ocena **stanu rodzącej** podczas trwania analgezji regionalnej powinna być dokonywana nie rzadziej niż **co 90 minut** przez lekarza prowadzącego analgezję regionalną porodu i w czasie rzeczywistym przez ciągły i bezpośredni nadzór położnej anestezyjologicznej lub pielęgniarki anestezyjologicznej;
- ▶ wyniki pomiarów, w tym ocena rozprzestrzeniania analgezji regionalnej, ocena poziomu złagodzenia bólu, jego charakteru oraz zdolności rodzącej do przemieszczania się, powinny być odnotowywane w **karcie przebiegu znieczulenia**;
- ▶ przy każdym kolejnym podaniu dawki leków miejscowo znieczulających w celu przedłużenia analgezji regionalnej porodu należy monitorować w/w parametry



Opieka nad położnicą i noworodkiem po analgezi regionalnej obejmuje:

- ▶ Pozostawanie położnicy i noworodka pod nadzorem położnej i opieką lekarza położnika, lekarza neonatologa albo lekarza pediatry, lekarza prowadzącego analgezję regionalną porodu, do chwili ustąpienia ryzyka niewydolności oddechowej oraz wykluczenia innych niebezpiecznych powikłań związanych z analgezją regionalną porodu;
- ▶ Monitorowanie u położnicy **wysycenia krwi tlenem i częstość oddechu**, nie krócej niż **przez 6 godzin** od podania ostatniej dawki leku znieczulenia miejscowego;



Standardy postępowania medycznego w łagodzeniu bólu porodowego

Zadania podmiotu leczniczego :

- Opracowanie trybu postępowania medycznego w łagodzeniu bólu porodowego
- Akceptacja trybu postępowania przez kierownika/zastępcę do spraw medycznych
- Zapoznanie lekarzy, położne i pielęgniarki – potwierdzenie podpisem
- Zapewnienie odpowiedniego personelu medycznego do realizacji świadczeń
- Zapewnienie możliwości przeprowadzenia konsultacji lekarza prowadzącego analgezę regionalną porodu, nie później niż 30 min od zgłoszenia przez lekarza położnika takiego zlecenia



Standardy postępowania medycznego w łagodzeniu bólu porodowego

Zadania personelu medycznego:

- Zapoznanie się z procedurą
- Poinformowanie rodzącej
- Uzgodnienie z rodzącą sposobu postępowania z uwzględnieniem stanu klinicznego oraz gradacji metod
- Prowadzenie karty obserwacji przebiegu porodu
- Prowadzenie karty przebiegu znieczulenia (analgezia regionalna)
- 30 minutowy nadzór bezpośredni nad rodzącą przez lekarza prowadzącego analgeziję
- Monitorowanie u położnicy saturacji i częstości oddechu – 6h od ostatniej dawki
- Lekarz może prowadzić więcej niż jedną analgeziję (uznaje to za bezpieczne)
- lekarz nie może w tym samym czasie udzielać innego świadczenia niż analgezje porodu rodzących



Dziękuję za uwagę