



L. Dz. DOP/073/43/2021

Bydgoszcz, dnia 29.07.2021 r.

**Szanowny Pan
Jakub Kulesza
Poseł na Sejm RP
Biuro Poselskie
ul. Al. Kraśnicka 31 lok. 204
20-718 Lublin
e-mail: biuro@kulesza.pl**

W odpowiedzi na pismo z dnia 19.07.2021 r. (data wpływu 19.07.2021 r.), w sprawie pytań, dotyczących przestrzegania przez Wielospecjalistyczny Szpital Miejski w Bydgoszczy, standardów opieki okołoporodowej, poniżej udzielam wyjaśnień:

Pyt 1) W jaki sposób personel medyczny przedstawia się rodzącej/położnicy przystępując do udzielania świadczeń?

Odp: Podczas pierwszego kontaktu z rodzącą/położnicą osoba sprawująca opiekę oraz inne osoby uczestniczące bezpośrednio w udzielaniu świadczeń zdrowotnych przedstawiają się z imienia i nazwiska oraz podają swoją funkcję. Dodatkowo każdy pracownik posiada identyfikator, który znajduje się w widocznym miejscu – na klatce piersiowej. Ponadto w trakcie pierwszego spotkania osoba sprawująca opiekę nad położnicą, zapoznaje się z planem porodu, w przypadku jego braku udziela pomocy w stworzeniu takiego oraz omawia go z rodzącą i w miarę możliwości stosuje jego postanowienia. Również omawiane są z rodzącą dostępne sposoby łagodzenia bólu. W szpitalu personel medyczny oraz pielęgniarki przy pierwszym spotkaniu z rodzącą, zwracają uwagę na przebieg spotkania zapewniając rodzącej spokój, poczucie intymności oraz starają się wzbudzić jak największe zaufanie pacjentki w celu nawiązania jak najlepszego kontaktu z rodzącą.

Pyt 2) W jakim trybie rodząca jest informowana o tym, że konieczne są interwencje medyczne wykraczające poza plan porodu?

Odp: Każda interwencja medyczna wykraczająca poza omówiony Plan Porodu, jeśli rodząca miała wolę taki utworzyć, jest niezwłocznie uzgadniana z rodzącą. W przypadku gdy zaistnieje potrzeba wykonania dodatkowej procedury medycznej, np. przebicia pęcherza płodowego, lekarz informuje o konieczności jej zastosowania i jednocześnie prosi o wyrażenie na nią zgody przez rodzącą.

W sytuacji wystąpienia objawów patologicznych położna 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.

Pyt 3) Jakie sposoby znieczulenia oferuje szpital i jaki jest tryb ich otrzymywania? Kto podejmuje decyzję o udzielaniu bądź odmowie znieczulenia? W jakich szczególnych sytuacjach odmawia się znieczulenia rodzącej?

Odp: Jako Szpital z dużą uwagą i zrozumieniem podchodzimy do potrzeb rodzących w łagodzeniu bólu porodowego. Zgodnie Rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie standardu organizacyjnego

opieki okołoporodowej z dnia 16 sierpnia 2018 r. (Dz.U. z 2018 r. poz. 1756) w szpitalu stosowane są niefarmakologiczne i farmakologiczne metody łagodzenia bólu porodowego.

O zastosowaniu sposobu łagodzenia bólu porodowego decydują osoby sprawujące opiekę nad rodzącą. Metody niefarmakologiczne łagodzenia bólu porodowego są stosowane przez położną odpowiedzialną za prowadzenie porodu fizjologicznego, a w porodzie nieprzebiegającym fizjologicznie przez lekarza położnika. Dobór metody uzgadniany jest z rodzącą.

W szpitalu stosuje się metodę wziewną (podtlenek azotu) i dożylną (opioidy). Środki łagodzenia bólu porodowego podawane są na prośbę pacjentki. Decyzję o ich ordynowaniu podejmuje lekarz. Opioidy podawane są zgodnie z charakterystyką leku po uwzględnieniu indywidualnych przeciwwskazań u rodzącej. Obie metody są bezpieczne i powszechnie stosowane w położnictwie.

Uzasadnieniem odmowy podania w/w środków jest późna druga faza porodu czyli tuż przed narodzinami dziecka.

W 2020 roku opioidy zastosowano u 47% rodzących, w 2019 – 24%. Wskazuje to na rosnące zapotrzebowanie rodzących na środki łagodzenia bólu porodowego.

Pyt 4) W jakich szczególnych przypadkach przygotowany przez rodzącą plan porodu nie jest omawiany?

Odp: Plan porodu, przygotowany przez rodzącą nie jest omawiany tylko w sytuacjach zagrożenia zdrowia lub życia matki lub płodu, np. poród przedwczesny, krwawienie z dróg rodnych, zaburzenia akcji serca płodu. Zawsze jednak staramy się uwzględnić potrzeby rodzącej. Potwierdzeniem tego jest średnia ocena oddziały przeprowadzona na podstawie ankiety satysfakcji pacjentek z pozytywnym doświadczeniem porodu, w skali do 5,00, osiągnęliśmy w 2020 roku ocenę 4,76.

Odpowiadając na to pytanie należy zwrócić uwagę, że ciężarne w niewielkim procencie korzystają z przygotowanego uprzednio Planu Porodu. W roku 2019 stanowiły one grupę niespełna 9% wszystkich rodzących. Wskaźnik ten byłby jeszcze niższy gdyby nie nasza pomoc w przygotowaniu planu z pacjentkami, które trafiają do nas zanim wystąpi poród. Należy sądzić, że wiedza kobiet ciężarnych w tym zakresie jest niewielka i ciągle niewiele kobiet korzysta z edukacji przedporodowej w POZ- cie. W roku 2020 - 47,52% rodzących przybyło z Planem Porodu z czego zdecydowana większość posiadała Plan Porodu przygotowany przez szpital.

Pyt 5) W jakich szczególnych sytuacjach odmawia się rodzącej przyjęcia dogodnej dla siebie pozycji do rodzenia? Jaki procent porodów odbywa się w pozycjach wertykalnych? W jakim procencie rodząca przyjmuje pozycję wertykalną w II fazie porodu?

Odp: Szczególną sytuacją, podczas której zachodzi konieczność odmowy porodu w pozycjach wertykalnych jest np. otyłość pacjentki, która uniemożliwia monitorowanie akcji serca płodu. Wymagana jest wtedy np. tylko pozycja leżąca. W przypadku odmowy rodzącej do przyjęcia dogodnej dla niej pozycji decydujące są zawsze względy bezpieczeństwa.

Pozycje wertykalne jako jedna z metod naturalnego łagodzenia bólu porodowego jest stosowana w przeważającej części porodów toczących się drogami natury. W trakcie II okresu porodu, w zależności od stopnia zaawansowania główki w kanale rodnym, zwykle do momentu wystąpienia skurczów partych, rodzące pozostają w pozycji siedzącej np. na piłce, worku sako lub łóżku porodowym, które posiada szerokie możliwości regulacji pozycji rodzącej. Sam poród odbywa się na łóżku porodowym w pozycji siedzącej lub leżącej.

Zgodnie z wymaganiami rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej z dnia 16 sierpnia 2018 r. (Dz.U. z 2018 r. poz. 1756) w szpitalu spełniony jest obowiązek pomiaru i analiz wskaźników wymaganych rozporządzeniem. W standardzie nie określono potrzeby monitorowania wskaźnika związanego z pozycjami wertykalnymi w związku z czym szpital takiego nie prowadzi.

Pyt 6) Jaki procent kobiet ma zapewniony nieprzerwany kontakt skóra do skóry z noworodkiem po porodzie? Czy ten kontakt także mają zapewnione kobiety po cięciu cesarskim?

Odp: Odsetek kobiet z 2-godzinnym kontaktem skóra do skóry, po skończonym 36 tyg. ciąży wynosił w 2020 roku - 89,79 % .

Kontakt taki mają zapewniony rodzące drogami natury, co odbywa się w naturalnym toku tuż po porodzie.

W przypadku kobiet po cięciu cesarskim ogromną rolę spełnia ojciec dziecka bowiem może mieć kontakt z dzieckiem zaraz po porodzie i kangurować je do chwili, gdy zostaną zakończone wszelkie zabiegi chirurgiczne, minie działanie znieczulenia i matka będzie mogła przejąć noworodka. Z punktu widzenia maleństwa, spoczywanie na męskiej piersi jest dla niego równie zdrowe. Po zakończonych zabiegach, dziecko zostaje przekazane mamie, celem zapewnienia kontaktu skóra do skóry.

Pyt 7) Czy następuje przerwanie 2h kontaktu skóra do skóry z noworodkiem po porodzie? Jeżeli tak to z jakiego powodu?

Pyt 8) W jakich szczególnych sytuacjach nie jest zapewniony nieprzerwany kontakt skóra do skóry po porodzie naturalnym?

Odp: Szpital nie praktykuje metody przerywania kontaktu dziecko – matka po porodzie. Przerwanie kontaktu skóra do skóry ma miejsce tylko i wyłącznie, gdy matka bądź dziecko wymagają interwencji medycznych. Jednakże wznowia się go natychmiast w sytuacji ustania zagrożenia zdrowia pacjentów.

Pyt 9) W jakich szczególnych sytuacjach nie jest zapewniona możliwość kangurowania przez ojca dziecka po cięciu cesarskim? W jakich sytuacjach umożliwia się kontakt skóra do skóry matce w przypadku porodu drogą cięcia cesarskiego?

Odp: Po cięciu cesarskim brak kangurowania przez ojca nie jest zapewniony tylko w sytuacji uzasadnionej wiekiem dziecka (wcześnieactwo poniżej 36 tyg.), stanem dziecka, koniecznością interwencji do uzyskania dobrostanu noworodka lub poprawy stany ogólnego, np. odśluzowanie, czynności stabilizująco- resuscytacyjne, potrzeba rozpoczęcia oddechu wspomaganego (CPAP), czy intubacji.

Przy dobrostanie ogólnym matka ma zapewniony kontakt skóry do skóry w przypadku porodu drogą cięcia cesarskiego bezpośrednio po zakończeniu operacji, a do tego czasu zapewnia się kontakt skóra do skóry z ojcem dziecka, jeśli tylko ojciec jest dostępny.

Pyt 10) W jakich sytuacjach położnica w czasie przebywania na oddziale położniczym ma możliwość skorzystania z pomocy psychologa? Kto podejmuje decyzję o udzielaniu bądź odmowie świadczenia?

Odp: Położnice w naszym szpitalu mają dostęp i korzystają z opieki psychologa zawsze kiedy same odczuwają taką potrzebę. Zwykle jednak to lekarz decyduje o potrzebie zapewnienia pomocy psychologa pacjentce, decyzje taką podejmują na podstawie obserwacji w zachowaniu pacjentki.

Pyt 11) W jakich sytuacjach położnica w czasie przebywania na oddziale położniczym ma możliwość skorzystania z pomocy certyfikowanego doradcy laktacyjnego? Kto podejmuje decyzję o udzielaniu bądź odmowie świadczenia?

Odp: Szpital zapewnia możliwość korzystania z pomocy certyfikowanego doradcy laktacyjnego w każdej chwili, gdy położnica ma taką potrzebę, na jej życzenie. Decyzję o udzieleniu świadczenia podejmuje położna zajmująca się matką i dzieckiem oraz lekarz neonatolog.

Ponadto certyfikowany doradca laktacyjny jest codziennie obecny na oddziale położniczym i służy pomocą wszystkim tym pacjentkom, które mają problemy z laktacją. Uczy odpowiedniej techniki karmienia, prowadzi obserwacje położnic w trakcie karmienia i daje praktyczne wskazówki. Ponadto na oddziale jest 25 położnych i 3 lekarzy neonatologów przeszkolonych w zakresie karmienia piersią zgodnie ze standardem opieki okołoporodowej.

Pyt 12) W jakich szczególnych sytuacjach noworodki dokarmia się mlekiem modyfikowanym? Kto i w jakim trybie podejmuje decyzję o podjęciu interwencji tego typu? W jaki sposób jest to konsultowane z matką dziecka?

Odp: Dokarmianie mlekiem modyfikowanym odbywa się głównie na życzenie matki (niejednokrotnie matki odmawiają karmienia piersią), aczkolwiek zawsze podejmowane są próby rozmów i negocjacji z położnicą, celem zachęcenia do zmiany stanowiska;

Interwencje podejmowane są po uzgodnieniu z doradcą laktacyjnym, zawsze w porozumieniu z matką i z lekarzem neonatologiem. Dzieje się to w sytuacjach, gdy matka ma mało pokarmu lub otrzymuje leki przeciwwskazane w laktacji (często jest to czasowe dokarmianie), czy też zachodzi (rzadko) konieczność operacji/reoperacji matki.

Pyt 13) Kto dokonuje oceny budowy jamy ustnej i funkcji ssania u dziecka? W jakich szczególnych sytuacjach ta ocena jest pomijana? Jak często dokonuje się zabiegu podcięcia wędzidełka języka?

Odp: Ocena budowy jamy ustnej i funkcji ssania u dziecka dokonywana jest przez lekarza oraz położne zajmujące się dzieckiem, a także przez doradcę laktacyjnego.

Nie ma możliwości pominięcia tej sytuacji w trakcie pobytu pacjenta w szpitalu, gdyż ta ocena jest jednym z elementów warunkujących wypis w dokumentacji medycznej.

Dodatkowo w naszym szpitalu, istnieje możliwość konsultacji z neurologopedą oraz rehabilitantem.

Kwalifikacja do zabiegu podcięcia wędzidełka języka odbywa się po wypisie, w trybie amulATORYJNYM, w ramach opieki w Poradni Chirurgii Dziecięcej. Z uzyskanego wywiadu, taka forma współpracy jest dobrze oceniana przez Rodziców, odbywa się w ramach dobrych relacji, czego dowodem są rozmowy podczas wizyt kontrolnych w Przychodni Poradni Noworodków.

Pyt 14) W jaki sposób rodzącej/położnicy udzielana jest wyczerpująca informacja o jej stanie oraz proponowanych interwencjach medycznych? W jaki sposób rodząca/położnica wyraża zgodę na badanie i interwencję?

Odp: Informacja o planowanym postępowaniu medycznym przekazywana jest pacjentkom codziennie w trakcie porannej wizyty lekarskiej. Podczas wizyty omawiane są wyniki badań diagnostycznych oraz zgłaszane przez pacjentki dolegliwości jak również, informuje się pacjentkę o zlecanych lekach lub ich zmianie. W przypadku braku zgody na planowane postępowanie zostaje sporządzona adnotacja w historii choroby. Niektóre interwencje medyczne, np. indukcja porodu, cięcie cesarskie, nacięcie krocza, próba porodu drogami natury po przebytych cięciu cesarskim, opisane są jako oddzielne procedury, z którymi ciężarna się zapoznaje i oddzielnie wyraża na nie zgodę (lub nie). W przypadku wątpliwości lekarz dodatkowo wyjaśnia i odpowiada na pytania.

W Wielospecjalistycznym Szpitalu Miejskim im. dr. Emila Warmińskiego, na podstawie Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej (Dz.U.2018,poz.1756) ustala się i monitoruje wskaźniki tejże opieki, które służą ocenie jakości świadczonych usług. Podstawowym celem opieki okołoporodowej jest ograniczenie dodatkowych interwencji medycznych, zapewnienie bezpieczeństwa naszym pacjentkom i osiągnięcie wysokiej oceny satysfakcji kobiet objętych opieką położniczą.

Prowadzone badania ankietowe (anonimowe) dają cenną informację o jakości naszej pracy i stopniu zadowolenia pacjentek. W 2019 roku uzyskaliśmy ocenę 4,53, a w 2020 – 4,76 w skali od 0 do 5.

W związku z powyższym mamy poczucie, że pacjentki coraz lepiej oceniają naszą pracę i osiągają coraz wyższy stopień zadowolenia. Pragnę nadmienić, że staramy się udzielać świadczeń na jak najwyższym poziomie, zapewniając specjalistyczny sprzęt oraz komfortowe warunki w standardach porodowych. Zatrudniamy również kadrę wysoko wyspecjalizowanych lekarzy jak i położnych, po to aby naszym pacjentkom, w tych trudnych chwilach porodu, ulżyć i pomóc w jak największym stopniu.

Z poważaniem

DYREKTOR
Wielospecjalistycznego Szpitala Miejskiego
im. dr. E. Warmińskiego SPZOZ w Bykowszczy
Anna Lewandowska, MBA

