



Skórzewo, 6 marca 2025 r.

Pan Michał Sobolewski  
Prezes Szpitala Powiatowego im. Tadeusza Malińskiego  
w Śremie sp. z o.o.  
ul. Chełmońskiego 1  
63-100 Śrem

Szanowny Panie Prezesie,

dziękujemy za przesłanie odpowiedzi na nasze Wnioski o udostępnienie informacji publicznej z dnia 6 września 2024 r. oraz z dnia 3 marca 2025 r.

W ramach projektu, które realizujemy jako fundacja wspierająca kobiety w okresie okołoporodowym, przyglądamy się **regulaminom i wewnętrznym procedurom szpitali pod kątem ich zgodności z prawami pacjenta**. Nasze ewentualne uwagi kierujemy do placówek, gdyż zależy nam, by procedury panujące w szpitalach zajmujących się opieką okołoporodową były zgodne z prawem i zapewniały najlepszą opiekę kobietom znajdującym się w tym szczególnym okresie ciąży, porodu i połogu.

Dokonałyśmy analizy następujących informacji:

1. Regulamin organizacyjny Szpitala Powiatowego im. Tadeusza Malińskiego w Śremie Sp. z o.o.
2. Karta Praw Pacjenta
3. Procedura postępowania z Pacjentką i organizacja pracy na Bloku Porodowym
4. Procedura – Cięcie cesarskie
5. Procedura diagnostyczno-terapeutyczna w przypadku ciąży obumarłej, pustego jaja płodowego, poronienia, resztek po poronieniu
6. Procedura postępowania w przypadku przerwania ciąży
7. Procedura – Ocena, monitorowanie i leczenie bólu
8. Informacja dla pacjentki – świadoma wstępna zgoda na wykonanie świadczeń zdrowotnych
9. Prośba o wykonanie znieczulenia zewnątrzoponowego/podpajęczynówkowego do porodu
10. Formularz świadomej zgody na operacyjne rozwiązanie ciąży
11. Informacja dla pacjenta o proponowanej procedurze medycznej oraz oświadczenie o wyrażeniu świadomej zgody na indukcję porodu
12. Świadoma zgoda pacjenta – założenie cewnika Foley'a
13. Plan opieki w zakresie czynności pielęgniarsko-lekarskich wykonywanych przy noworodku w Oddziale Noworodkowym
14. Informacja dla pacjentki oraz formularz świadomej zgody na przeprowadzenie diagnostyki zabiegowej i/lub leczenia operacyjnego zmian chorobowych szyjki macicy, pochwy, sromu oraz jamy macicy
15. Plan porodu
16. Strona internetowa szpitala

Po lekturze powyższych zapisów zwracamy uwagę na kilka kwestii, które naszym zdaniem powinny zostać uszczegółowione lub poprawione. Nasza analiza opiera się na porównaniu zapisów wewnętrznych procedur szpitala z następującymi dokumentami:

1. Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta z dnia 6 listopada 2008 r. (dalej: Ustawa)
2. Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej z dnia 16 sierpnia 2018 r. (dalej: Standard),
3. Aktualne wyniki badań naukowych, opracowania lub inne dokumenty cytowane niżej w razie potrzeby.

## I REGULAMIN ORGANIZACYJNY

Nie zgłaszamy uwag co do Regulaminu placówki.

## II KARTA PRAW PACJENTA

W rozdziale „Prawo do wyrażenia zgody” zabrakło jasnego sformułowania, że w przypadku pacjentów małoletnich, którzy ukończyli 16 lat, wymagana jest zgoda zarówno samego pacjenta, jak i jego opiekuna prawnego. W punkcie, w którym omawiany jest sprzeciw pacjenta pomimo udzielonej zgody przedstawiciela ustawowego, ostatnie zdanie brzmiące „W takim wypadku wymagane jest zezwolenie sądu opiekuńczego.” odnosi się do wszystkich wymienionych przypadków, a nie tylko ostatniej kropki. Warto byłoby to edycyjnie poprawić.

W Karcie Praw Pacjenta nie jest wspomniane prawo do dodatkowej opieki pielęgnacyjnej.

## III PROCEDURA POSTĘPOWANIA Z PACJENTKĄ I ORGANIZACJA PRACY NA BLOKU PORODOWYM

Nasze uwagi dotyczą:

1. Rozdział B, pkt 2.6. „Uzyskanie pisemnej zgody pacjentki na operacyjne ukończenie porodu (...)” Zgoda pacjenta na jakiegokolwiek procedury medyczne powinna być poprzedzona uzyskaniem pełnej informacji. Zbieranie tzw. **zgód blankietowych** nie spełnia tego wymogu, gdyż wskazania do ewentualnego cięcia cesarskiego czy użycia próżnościągu dopiero mogą się pojawić. Podpisanie takiej zgody nie zwalnia personelu medycznego z każdorazowego pytania o zgodę na każdą interwencję. Tym samym, zbieranie takich zgód przy przyjęciu do szpitala uznaje się za wątpliwe.
2. Rozdział B, pkt 3 – z pierwszych punktów wynika, że podczas II okresu porodu musi być obecny także lekarz, z kolei zgodnie z punktem 3.5 poród fizjologiczny może prowadzić położna. Być może należałoby doprecyzować, czy poród fizjologiczny może być prowadzony samodzielnie przez położną także podczas II okresu porodu.
3. Rozdział B, pkt 3.8 – nie jest doprecyzowane, ile powinien trwać **kontakt skóra do skóry**. Powinny być to nieprzerwane 2 godziny (Standard, Rozdział XII, pkt 1 ust. 8).
4. Rozdział B, pkt 3.9 – co dokładnie oznacza przekazanie noworodka pod opiekę położnej noworodkowej? Badanie zdrowego noworodka powinno nastąpić w ciągu 12 godzin po porodzie, ale nie podczas 2 godzinowego kontaktu skóra do skóry.
5. W części poświęconej II okresowi porodu nie została w ogóle poruszona kwestia **ochrony krocza**. Zgodnie ze Standardem nacięcie krocza wykonuje się jedynie w medycznie uzasadnionych przypadkach. Dokładnie ten temat omówiony został poniżej na stronie 4 niniejszego pisma.

#### **IV DOKUMENT – CIĘCIE CESARSKIE**

Rozumiemy, że procedura dotyczy aspektów opieki nad kobietą, która związane jest bezpośrednio z operacją cięcia cesarskiego. Zabrakło nam jednak zawarcia w niej kwestii dotyczących jak najszybszego kontaktu skóra do skóry z noworodkiem oraz inicjacji karmienia piersią. Jest to niezmiernie ważne po każdym porodzie, a po cięciu cesarskim wymaga najczęściej dodatkowego wsparcia położnej i dobrze byłoby te kwestie poruszyć w procedurze.

#### **V PROCEDURA DIAGNOSTYCZNO-TERAPEUTYCZNA W PRZYPADKU CIĄŻY OBUMARŁEJ, PUSTEGO JAJA PŁODOWEGO, PORONIENIA, RESZTEK PO PORONIENIU**

W części dotyczącej postępowania położnej są wspomniane: pomoc psychologiczna oraz przyjęcie decyzji o zabraniu (bądź niezabraniu) płodu. Bardzo przydatne byłoby przekazywanie kobietom po poronieniu dokładnych informacji o ich prawach, m.in. do pochówku, zasiłku pogrzebowego, urlopu macierzyńskiego itp. Jest wiele organizacji pozarządowych, które dysponują takimi zwięzłymi informacjami na swoich stronach internetowych (np. Fundacja Czułość, Fundacja Medycyny Prenatalnej, Fundacja Gonito lub Fundacja Roniń po Ludzku).

Kobieta po stracie może także korzystać ze wsparcia położnej POZ, o czym powinna zostać poinformowana w szpitalu.

Zwracamy także uwagę, iż projekt nowego Standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej zawiera zapisy o umieszczaniu kobiet w sytuacjach szczególnych w salach jednoosobowych, a w przypadku braku takiej możliwości – w innych, ale bez kobiet w ciąży lub połogu ze zdrowymi dziećmi (Rozdział XVI, pkt 3).

#### **VI PROCEDURA – PROCEDURA POSTĘPOWANIA W PRZYPADKU PRZERWANIA CIĄŻY**

Nie zgłaszamy uwag co do procedury. Warto, by kobiety będące w takiej sytuacji zostały poinformowane o możliwości skorzystania ze wsparcia psychologicznego – w szpitalu lub poza nim oraz wiedziały, że mogą także korzystać z pomocy swojej położnej POZ.

#### **VII PROCEDURA – OCENA, MONITOROWANIE I LECZENIE BÓLU**

Dokument dotyczy wszystkich pacjentów i leczenia bólu. Prosiłyśmy o procedurę, w której omówiony jest tryb postępowania w łagodzeniu bólu porodowego zgodnie ze Standardem (Rozdział VII pkt 4). Prosimy o informację, **czy Szpital posiada taką procedurę, a jeśli tak - o dostanie jej.**

#### **VIII INFORMACJA DLA PACJENTKI – ŚWIADOMA WSTĘPNA ZGODA NA WYKONANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH**

Dokument zawiera wiele zapisów niezgodnych z obowiązującym prawem oraz wiedzą medyczną. Powinien zostać zmieniony, tak by nie wprowadzać w błąd ani nie straszyć kobiet rodzących. Nasze uwagi dotyczą:

1. Ustawa ani inne dokumenty dotyczące praw pacjenta nie definiują takiego określenia jak „świadoma wstępna zgoda na wykonanie świadczeń zdrowotnych”. Zgoda musi być świadoma, czyli poprzedzona informacją o wskazaniach co do procedury, korzyściach oraz zagrożeniach (Rozdział 5 Ustawy). Jeżeli intencją osób sprawujących opiekę na kobietą rodzącą jest przekazanie informacji o możliwych interwencjach, kobieta powinna dostać formularz z informacjami, na czym one polegają oraz ewentualnie podpisać, że zapoznała się z nimi.
2. Cały dokument, który wymaga od kobiety przy przyjęciu do szpitala wyrażenia zgody lub dokonania odmowy na następujące procedury medyczne:

- nacięcie krocza,
- poród zabiegowy,
- nieplanowane cięcie cesarskie

nosi znamiona **zgody blankietowej**, która przez Rzecznika Praw Pacjenta jest mocno krytykowana jako **niezgodna z prawem**. Zgoda na interwencję medyczną **musi być świadoma**, czyli wyrażona po uzyskaniu pełnych informacji, także o wskazaniach do interwencji.<sup>1</sup> Zgoda na każdą z wymienionych wyżej interwencji powinna być uzyskiwana bezpośrednio przed procedurą, po przedstawieniu kobiecie wskazań, które dotyczą jej konkretnej sytuacji.

Rzecznik w swoim Sprawozdaniu z realizacji praw pacjenta skrytykował zgody blankietowe, nazywając je „niedopuszczalną **paternalistyczną formą wyrażania zgody uprzedniej, niezgodną z przepisami prawa w tym zakresie**”.<sup>2</sup>

3. Część „Świadoma zgoda na nacięcie krocza”. W tej części przedstawione są informacje niezgodne z aktualną wiedzą medyczną oraz obowiązującym stanem prawnym:

Zdanie, iż nacięcie krocza to zabieg medyczny chroniący krocze przed jego rozległymi urazami nie jest zgodny z aktualną wiedzą medyczną. **Ryzyko pęknięcia krocza nie jest wskazaniem do jego nacięcia**. Podkreśla to szereg badań i opracowań:

- Wytyczne PTPiG: „Obawy, że bez nacięcia może dojść do niekontrolowanego rozdarcia tkanek krocza i trudności w jego odtworzeniu, nie znajdują odzwierciedlenia w wynikach badań”.<sup>3</sup>
- Wiele badań naukowych, np. Selective versus routine use of episiotomy for vaginal birth<sup>4</sup> oraz The prevention of perineal trauma during vaginal birth.<sup>5</sup>
- Wytyczne Światowej Organizacji Zdrowia z 2018 r.<sup>6</sup>
- Fundacja Rodzić po Ludzku zebrała szereg badań naukowych w swoim opracowaniu<sup>7</sup> i wnioski są podobne – ryzyko samoistnego pęknięcia krocza nie jest wskazaniem do jego nacięcia.

Biorąc pod uwagę powyższe zdanie, którego użyto w dokumencie w przypadku, gdy kobieta nie wyraża zgody na nacięcie krocza, jest nie tylko niezgodne z aktualną wiedzą medyczną, ale wprowadza kobiety w błąd i zastrasza. **Nie jest prawdą, że brak nacięcia krocza niesie za sobą ryzyko pęknięć III i IV stopnia. Jest wprost przeciwnie.**

W pracy naukowej badaczek z Torunia oraz Bydgoszczy<sup>8</sup> (analiza porodów ponad 2 tys. kobiet) możemy przeczytać, iż: „Odsetek pęknięć krocza III i IV stopnia jest istotnie wyższy w sytuacji wcześniejszego wykonania nacięcia krocza (56 vs 0,7%).”

Rozumiemy, że istnieją wskazania do nacięcia krocza, jak wcześniactwo lub porody zabiegowe. Obowiązkiem osób sprawujących opiekę jest przekazywanie rzetelnych informacji pacjentkom oraz takie prowadzenie porodu, by ograniczyć interwencję, jaką jest nacięcie krocza do niezbędnego minimum (Standard, Rozdział I).

<sup>1</sup> [https://www.gov.pl/web/rpp/naruszenie-prawa-pacjenta-do-wyrazenia-zgody-na-udzielenie-swadczenia-zdrowotnego?fbclid=IwY2xjawlpENlleHRuA2FibQIxMAABHe2\\_HFbAtws4PuEQ7hjUpKhnC1BRmO0TqzWugWL2JGnNoIgaXR8o6fqwtA\\_aem\\_P2N-6f55-\\_YZtnFWCzs0Fw](https://www.gov.pl/web/rpp/naruszenie-prawa-pacjenta-do-wyrazenia-zgody-na-udzielenie-swadczenia-zdrowotnego?fbclid=IwY2xjawlpENlleHRuA2FibQIxMAABHe2_HFbAtws4PuEQ7hjUpKhnC1BRmO0TqzWugWL2JGnNoIgaXR8o6fqwtA_aem_P2N-6f55-_YZtnFWCzs0Fw) [dostęp 05.03.2025 r.]

<sup>2</sup> Sprawozdanie Rzecznika Praw Pacjenta z przestrzegania praw pacjenta w roku 2023, Warszawa 06.09.2024 r., s. 63

<sup>3</sup> <https://ptgin.pl/artukul/zapobieganie-srodporodowym-urazom-kanalu-rodnego-oraz-struktur-dna-miednicy> [dostęp 05.03.2025 r.]

<sup>4</sup> <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5449575/> [dostęp 05.03.2025 r.]

<sup>5</sup> The prevention of perineal trauma during vaginal birth. American Journal of Obstetrics & Gynecology. MARCH 2024

<sup>6</sup> <https://www.who.int/publications/i/item/9789241550215> [dostęp 05.03.2025 r.]

<sup>7</sup> <https://rodzicpoludzku.pl/publikacje/naciecie-krocza-koniecznosc-czy-rutyna/> [dostęp 05.03.2025 r.]

<sup>8</sup> Porównanie urazów krocza ze względu na stopień referencyjności szpitala. Polski Przegląd Nauk o Zdrowiu 2 (55) 2018

4. Część „Cięcie cesarskie” – oprócz uwagi, że zgoda na cięcie cesarskie przy przyjęciu do porodu naturalnego jest **zgoda blankietową**, mamy także wątpliwość co do części, w której opisano ryzyko zmiany zabiegu operacyjnego w jego trakcie.

Prawo do **rozszerzenia operacji w przypadku niebezpieczeństwa utraty życia lub innych powikłań** jest uwzględnione w Ustawie o zawodach lekarza i lekarza dentysty w Art. 35. Przepis ten wyklucza więc zasadność uzyskiwania zgody blankietowej przed przystąpieniem do zabiegu operacyjnego, a takowa zgoda jest uwzględniona w dokumencie i sugerowana do podpisania przez pacjentkę. W publikacji Rzecznika Praw Pacjenta<sup>9</sup> możemy przeczytać, iż „Opieranie zasadności podjętych podczas operacji działań na wyrażonej wcześniej zgodzie blankietowej może (...) świadczyć o tym, że przeprowadzone świadczenia zdrowotne nie mieszczą się w zakresie Art. 35 ustawy o zawodzie lekarza.”

5. Część „Poród przy użyciu wyciągacza próżniowego i kleszczy położniczych” – oprócz uwagi, że zgoda na poród zabiegowy przy przyjęciu do porodu jest **zgoda blankietową**, wątpliwości budzą opisy zawarte w tej części.
  - Dokument zawiera określenie powodzenia proponowanej operacji (duże/ średnie/ ograniczone), które to jest niemożliwe do określenia przy przyjęciu do szpitala.
  - Konsekwencje odmowy zawierają katalog bardzo różnych powikłań, które dotyczą różnych wskazań, a nie każdej sytuacji, w której wskazane jest ukończenie porodu zabiegowo. Może być to mylące dla kobiety.
  - Zdanie, iż „możliwość wystąpienia powikłań jest niewielka, a korzyści wynikające z przyspieszenia porodu są ogromne” może przekazywać wyidealizowany obraz porodów zabiegowych i daje wrażenie, że im szybszy poród, tym lepszy - a nie jest to prawdą.
6. Część „Cięża po terminie – indukcja porodu”. Nie rozumiemy, dlaczego te informacje znalazły się w dokumentach przedstawianych kobiecie przy przyjęciu. Osobnym dokumentem, który otrzymaliśmy jest właśnie dokument świadomej zgody na indukcję – oba dokumenty nie są identyczne w swojej treści.

Dodatkowo wyrażanie zgody na podanie oksytocyny lub przebicie pęcherza płodowego przy przyjęciu do szpitala jest **zgoda blankietową**.

7. Na końcu dokumentu znajduje się miejsce na podpis, gdzie kobieta zgadza się lub nie na „zabiegi operacyjne i wymienione procedury medyczne”. Trudno jest określić, czy zgoda ta dotyczy wszystkiego poza kwestią nacięcia krocza? Czy jednym podpisem kobieta zgadza się na cięcie cesarskie, porody zabiegowe oraz indukcję?

Cały dokument jest bardzo dyskusyjny – zawiera elementy niezgodne z prawem i niezgodne z aktualną wiedzą medyczną. Jest **zgoda blankietową**, która nie ma mocy prawnej. **Sugerujemy jego pilną zmianę.**

## **IX PROŚBA O WYKONANIE ZNIECZULENIA ZEWNĄTRZOPONOWEGO/PODPAJĘCZYNÓWKOWEGO**

Mamy kilka uwag do dokumentu:

1. Ryzyka analgezji regionalnej zostały powtórzone aż 3 razy. Nie wydaje się to zasadne, a może być źródłem dodatkowego, niepotrzebnego stresu u kobiety rodzącej. Cały dokument jest zbudowany wokół ryzyk, wspominając niewiele o korzyściach.
2. Warto dodać informację, czy po podaniu znieczulenia zewnątrzoponowego będzie możliwość poruszania się. Jest napisane, że może być to utrudnione, ale może być możliwe.

---

<sup>9</sup> *Prawa pacjenta i ich realizacja w praktyce. Przewodnik po prawach pacjenta w Polsce.* Red. K. Dobrowolska, T. Zych, Warszawa 2023 r., s. 30

3. Warto poinformować kobiety, że przy znieczuleniu zewnątrzoponowym założony cewnik pozostanie w przestrzeni nadoponowej prawdopodobnie do końca porodu. Można także dodać, w jaki sposób będą podawane kolejne dawki leku.

#### **X FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY NA OPERACYJNE ROZWIĄZANIE CIĄŻY**

Nie zgłaszamy uwag do dokumentu.

#### **XI INFORMACJA DLA PACJENTA ORAZ OŚWIADCZENIE O WYRAŻENIU ZGODY NA INDUKCJĘ PORODU**

Nie zgłaszamy uwag do dokumentu. Mamy tylko nadzieję, że otrzymuje go jedynie kobieta przyjęta na indukcję, a nie każda rodząca, gdyż wtedy byłoby to zgoda blankietowa analizowana szczegółowo powyżej.

#### **XII ŚWIADOMA ZGODA PACJENTA – ZAŁOŻENIE CEWNIKA FOLEY’A**

Nie zgłaszamy uwag do dokumentu.

#### **XIII PLAN OPIEKI W ZAKRESIE CZYNNOŚCI WYKONYWANYCH PRZY NOWORODKU**

W dokumencie warto wspomnieć, że rodzic lub inna osoba bliska może towarzyszyć noworodkowi przy wszystkich badaniach i zabiegach. Poza tą jedną uwagę, uważamy że dokument w jasny sposób przekazuje informacje, co będzie się działo z dzieckiem podczas pobytu w szpitalu, wyjaśnia znaczenie szczepień i zachęca do komunikacji z personelem medycznym.

#### **XIV INFORMACJA DLA PACJENTKI – DIAGNOSTYKA ZABIEGOWA I/LUB LECZENIE OPERACYJNE**

Dokument nie jest bezpośrednio związany z działaniami fundacji i opieką nad kobietami w okresie okołoporodowym. Jednak dokonaliśmy jego przeglądu i zwracamy uwagę na jedną rzecz.

Jest to wzmianka o możliwym rozszerzeniu operacji w przypadku **niebezpieczeństwa utraty życia lub innych powikłań**. Niezasadnym jest zbieranie na to zgody – omówiono to dokładnie wyżej, analizując zgodę na cięcie cesarskie.

#### **XV PLAN PORODU**

Plan porodu to niejako lista życzeń kobiety rodzącej, wskazanie jej preferencji. Przy czym należy pamiętać, że minimum, jakie powinno być zapewnione – to realizacja praw pacjenta, w szczególności Standardu. Przepisywanie praw należnych kobiecie rodzącej do planu porodu jest bezzasadne.

Nasz uwagi dotyczą poszczególnych pytań:

1. **„Golenie krocza”** – w Standardzie (Rozdział X pkt 1 ust. 2m) jest jasno napisane, że wykonuje się je na życzenie rodzącej. Golenie nie jest konieczne do porodu drogami natury a umieszczanie takiego pytania w planie porodu wydaje się archaizmem.
2. **„Swobodne poruszanie się podczas I okresu porodu”** – pytanie o to nie znajduje uzasadnienia. Kobieta rodząca powinna być zachęcana przez osoby sprawujące opiekę do aktywności (Standard, Rozdział IX pkt 3 ust. 6).
3. **„Wyrażam zgodę na zastosowanie kroplówki naskurczowej”** – stwierdzenie to nosi znamiona zgody blankietowej. Kobieta w planie porodu może wyrazić swoje potrzeby, np. chęć uniknięcia

syntetycznej oksycyliny, ale nie może dawać z góry zgody na procedurę, co do której nie ma jeszcze wskazań.

4. **„Proszę o podanie farmakologicznych środków łagodzących ból”** – wydaje się, że zasadnym byłoby dodanie odpowiedzi „w zależności od nasilenia bólu”, jak to zrobione jest w pytaniu o znieczulenie zewnątrzoponowe.
5. **„Chciałabym korzystać z pozycji wertykalnych”** – osoby sprawujące opiekę powinny zachęcać kobiety rodzące do aktywności ze szczególnym uwzględnieniem pozycji wertykalnych, także w II okresie porodu (Standard, Rozdział X pkt 4 ust. 6).
6. **„Wolałabym uniknąć nacięcia krocza”** – personel medyczny jest zobowiązany do takiego prowadzeniu porodu, by uniknąć nacięcia krocza, które powinno być wykonywane jedynie w medycznie uzasadnionych przypadkach (Standard, Rozdział X Pkt 4 ust. 7). Mylące jest dawanie wyboru kobiecie i ciężko sobie wyobrazić, że kobieta zaznaczy odpowiedź „nie”, gdyż nie ma nacięcia krocza na życzenie pacjentki (byłoby to niezgodne ze sztuką medyczną).
7. **„Proszę, aby pępowina samoistnie przestała tętnić”** – jest to złoty standard postępowania i wynika bezpośrednio ze Standardu (Rozdział XI pkt 2). Nie ma potrzeby umieszczania tej pozycji w planie porodu, gdyż życzenie kobiety, by przeciąć pępowinę od razu byłoby niezgodne z wiedzą medyczną.
8. **„Życzę sobie pełnego nieprzerwanego kontaktu z dzieckiem”** – dwugodzinny nieprzerwany kontakt skóra do skóry jest najlepszym sposobem postępowania, o ile stan zdrowia matki i dziecka na to pozwalają (Standard, Rozdział XIII pkt 1 ust. 8). Powinien być on proponowany każdej kobiecie, a nawet w przypadku chęci skrócenia tego okresu przez samą kobietę – obowiązkiem osób sprawujących opiekę jest edukacja o korzyściach pierwszego kontaktu.
9. W planie porodu mogłyby być zawarte pytania o niefarmakologiczne metody łagodzenia bólu, gdyż kobieta ma w tym obszarze duży wybór i może wskazać swoje preferencje.

## **XVI STRONA INTERNETOWA SZPITALA**

Strona internetowa jest przejrzysta i łatwa w nawigacji. Zakładka „Pacjent” jest zbudowana w bardzo przystępny sposób. Zwracamy natomiast uwagę na kilka elementów:

1. Część ABC Pacjenta – wskazano w niej, że dokumentacja medyczna udostępniania jest na wniosek osoby wnioskującej. Pierwsze wydanie kopii dokumentacji medycznej musi być bezpłatne zgodnie z Art. 28 Pkt 2a Ustawy. W zakładce Cennik ujęto taką informację, ale warto by ją także umieścić w zakładce ABC.
2. Część Karta Praw Pacjenta – uwagi jak wyżej w punkcie II.
3. Część Regulamin porządkowy:
  - § 9 – Przy informacji o dodatkowej opiece pielęgnacyjnej jest wspomniane, że może być ona ograniczona, chociaż Ustawa nie przewiduje takiego przypadku. Ustawa nadaje prawo do dodatkowej opieki pielęgnacyjnej każdemu pacjentowi, nie jest to więc decyzja ordynatora (jak zapisano w Regulaminie).
  - § 15 – W punkcie 7 zastrzeżono, że odwiedziny mogą być wstrzymane lub ograniczone ze względów porządkowych lub ze względu na stan zdrowia innych pacjentów. Ustawa w Art. 21 zakłada jedynie 2 przypadki ograniczenia kontaktu z osobami bliskimi – zagrożenie epidemiczne oraz bezpieczeństwo zdrowotne pacjenta.
4. Część Skargi i wnioski – do danych adresowych warto by dodać adres mailowy, na jaki można wysyłać skargi. W tym miejscu można także dodać informacje o Funduszu Kompensacyjnym działającym przy Rzeczniku Praw Pacjenta.

5. Część Odwiedziny – dobrym rozwiązaniem jest umieszczenie tutaj wyjaśnienia, skąd wynikają sugerowane godziny odwiedzin i wiek odwiedzających – pozwala to osobom bliskim i pacjentom zrozumieć, skąd pochodzą pewne ograniczenia. Mamy jednak kilka uwag:
- Zasadnym wydaje się usunięcie informacji o zachorowaniach na COVID-19.
  - Ograniczenie możliwości udzielania informacji o stanie zdrowia jedynie do personelu lekarskiego może naruszać prawa pacjenta do informacji. Zgodnie z Art. 16 Ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej, obie te grupy zawodowe są zobowiązane do przekazywania informacji pacjentowi oraz osobom upoważnionym.
  - Zakaz udzielania informacji o stanie zdrowia przez telefon jest niezgodny z obowiązującym prawem. Zgodnie z wytycznymi Rzecznika Praw Pacjent jest to możliwe i dokładnie opisane.<sup>10</sup>
6. Zakładka Oddział Ginekologiczno-Położniczy:
- W części „Poród nie musi boleć” opisana jest jedna farmakologiczna metoda łagodzenia bólu – podtlenek azotu. W szpitalu dostępnych jest więcej leków, w tym znieczulenie zewnątrzoponowe – warto o nich także wspomnieć.
  - W części „Informacje dla osób towarzyszących przy porodzie” znajduje się informacja o urządzeniach, będących na wyposażeniu szpitala – wydaje się, jakby był to błąd i ta część dotyczyła innych obszarów działalności placówki.

**Prosimy o ustosunkowanie się do naszych uwag w ciągu 30 dni od ich otrzymania.** Najbardziej zależy nam, by dokumenty z którymi styka się kobieta rodząca były rzetelne, zgodne z prawem i aktualną wiedzą medyczną, tj. dokumenty, które dostaje do podpisu przy przyjęciu oraz plan porodu.

Ewentualne pytania proszę kierować na adres mailowy: [kontakt@fundacjamatecznik.pl](mailto:kontakt@fundacjamatecznik.pl).

Z wyrazami szacunku

Alicja Nowaczyk

Prezeska Zarządu Fundacji Matecznik



SFINANSOWANO ZE ŚRODKÓW NARODOWEGO INSTYTUTU WOLNOŚCI – CENTRUM  
ROZWOJU SPOŁECZEŃSTWA OBYWATELSKIEGO W RAMACH RZĄDOWEGO PROGRAMU  
FUNDUSZ INICJATYW OBYWATELSKICH NOWEFIO NA LATA 2021-2030

<sup>10</sup> Wytyczne w sprawie realizacji przez osoby uprawnione prawa do informacji o stanie zdrowia pacjenta na odległość. Rzecznik Praw Pacjenta oraz Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych. RzPP-DSD.420.74.2020