



Skórzewo, 11 marca 2025 r.

Pan Bartosz Grobelny
Dyrektor Samodzielnego Publicznego Zakładu
Opieki Zdrowotnej w Międzychodzie
ul. Szpitalna 10
64-400 Międzychód

Szanowny Pani Dyrektorze,

dziękujemy za przesłanie odpowiedzi na nasz Wniosek o udostępnienie informacji publicznej z dnia 7 lutego 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.

Dokonaliśmy analizy następujących informacji:

1. Regulamin organizacyjny SP ZOZ w Międzychodzie
2. Procedura – Standard postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu oraz opieki nad noworodkiem
3. Strona internetowa szpitala
4. Plan porodu dostępny na stronie internetowej 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. aktualnych wynikach badań naukowych, opracowaniach lub innych dokumentach cytowanych niżej w razie potrzeby.

I REGULAMIN ORGANIZACYJNY

Otrzymaany regulamin nie był tekstem jednolitym. Jest to wersja z 1 czerwca 2016 r. wraz z kolejnymi zmianami, co przysparzało trudności w jego analizie. Staraliśmy się przeanalizować całość, ale zastrzegamy, że nasze uwagi mogą dotyczyć takich kwestii, które zostały zmienione kolejnymi zarządzeniami Dyrektora. Wątpliwość budziły następujące zapisy:

1. §52 – w punkcie 3 wskazano, że „Przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych może być obecna osoba bliska”. Zgodnie z Art. 21 Ustawy „**na życzenie pacjenta przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych może być obecna osoba bliska**”. Zapis w takim kształcie podkreśla, że jest to prawo pacjenta, a nie prawo osoby bliskiej.
2. §55 – w ustaleniach dotyczących dokumentacji medycznej zabrakło informacji o tym, że **pierwsze wydanie jest bezpłatne** zgodnie z Art. 28 pkt 2a Ustawy.
3. §61 – zapis, iż koszty dodatkowej opieki pielęgnacyjnej obciążają pacjenta jest prawdą, jednak z pewnym wyjątkiem. Zgodnie z Art. 35 pkt 4 Ustawy nie można obciążać pacjenta kosztami dodatkowej opieki pielęgnacyjnej sprawowanej nad pacjentem małoletnim lub posiadającym orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności.
4. §64 – zapis wskazujący, iż prawo pacjenta do kontaktu z bliskimi **może być ograniczone z uwagi na możliwości organizacyjne zakładu jest niezgodne z Ustawą**. Zgodnie z Art. 21 Ustawy odmówić obecności osoby bliskiej można jedynie w dwóch przypadkach – w przypadku istnienia prawdopodobieństwa wystąpienia zagrożenia epidemicznego oraz ze względu na bezpieczeństwo zdrowotne pacjenta. Potwierdzenie tego znajdziemy w opracowaniu prof. Doroty Karkowskiej.¹
5. §67 – **godziny odwiedzin powinny być sugerowanymi godzinami**. Pacjent ma prawo do dodatkowej opieki pielęgnacyjnej oraz kontaktu z bliskimi także poza ustalonymi przez szpital godzinami.
6. §68 – Ustawa nie przewiduje ograniczenia prawa do dodatkowej opieki pielęgnacyjnej ze względów epidemiologicznych lub innych.
7. W Regulaminie znajduje się informacja, że rozpatrywanie skarg należy do kompetencji Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa. Temat sposobu przyjmowania i rozpatrywania skarg nie został poruszony szerzej. W 2024 r. Rzecznik Praw Pacjenta opracował zestawienie dobrych praktyk w zakresie rozpatrywania skarg², które mogą być pomocne w aktualizacji Regulaminu lub opracowaniu własnej procedury w tym zakresie.

II STANDARD POSTĘPOWANIA MEDYCZNEGO

Dokument szpitalny zawiera zapisy Standardu (niemal słowo w słowo), ale w nieaktualnej wersji, gdyż w 2018 r. zapisy Standardu zostały zmienione i rozporządzenie w nowym kształcie zaczęło obowiązywać od początku 2019 r. Zwracamy uwagę na kilka nieścisłości:

1. Punkt 6.1.7 wymienia zadania osoby sprawującej opiekę. Zgodnie z obowiązującym Standardem należą do nich także:
 - sprawdzenie posiadanych przez kobietę wyników badań,
 - zabezpieczenie możliwości ukończenia ciąży lub porodu w trybie nagłym.

¹ D. Karkowska (red.), *Godna prokreacja. Cięża, poród i połóg. Prawa kobiet*, Wolters Kluwer, Warszawa 2023, s. 118.

² <https://www.gov.pl/web/rpp/dobre-praktyk-dla-podmiotow-wykonujacych-dzialalnosc-lecznicza-w-zakresie-rozpatrywania-skarg-pacjentow> [dostęp: 03.01.2025 r.]

2. W punkcie 6.1.10 napisano, iż osoba sprawująca opiekę zapewnia dostępność personelu przeszkolonego w resuscytacji noworodka, a zgodnie ze Standardem (Rozdział I pkt 11) jest to obowiązkiem podmiotu wykonującego działalność leczniczą.
3. Część 6.2.1 zawiera badania wykonywane kobietom w czasie ciąży. Jest to zestawienie niezgodne ze Standardem – brakuje w nim m.in. oznaczenia TSH oraz oceny ryzyka i nasilenia objawów depresji.
4. Punkt 6.2.3.5 – zastrzeżenie, że zaleca się prowadzenie porodu w warunkach szpitalnych nie jest zgodny ze Standardem, nie znajduje się w jego obowiązującej wersji. Dodatkowo, w części Plan opieki przedporodowej znajduje się zapis, że należy umożliwić ciężarnej wcześniejsze zapoznanie się z miejscem porodu (Rozdział V pkt 4), co nie zostało uwzględnione w Procedurze.
5. Punkt 6.3.2 krótko omawia temat łagodzenia bólu porodowego. Zgodnie ze Standardem (Rozdział VII pkt 4) szpital jest zobowiązany do opracowania w **formie pisemnej trybu postępowania w łagodzeniu bólu porodowego**, uwzględniając w nim dostępne w placówce metody jego łagodzenia.
6. Punkt 6.3.5.1 – w Standardzie określony jest czas trwania II okresu porodu – do 2 godzin lub 3 godzin w przypadku zastosowania znieczulenia zewnątrzoponowego. Dodatkowo, czas ten może zostać wydłużony decyzją lekarza położnika (Rozdział X pkt 1).
7. Punkt 6.3.6.1 – zgodnie ze Standardem (Rozdział XII pkt 2) prawidłowa objętość krwawienia w czasie porodu nie powinna przekraczać 500 ml krwi, a nie 400.
8. Punkt 6.3.6.2 – zgodnie ze Standardem (Rozdział XI pkt 3) aktywne wydalanie łożyska powinno mieć miejsce po jego oddzieleniu się, niezalecane jest masowanie macicy oraz pociąganie za pępowinę.
9. Punkt 6.4.1.6 – ocena noworodka po pierwszym kontakcie skóra do skóry powinna być przeprowadzona w obecności matki, ojca lub innej osoby bliskiej. Dziecko ma prawo być z bliską osobą przez cały czas.
10. Punkt 6.5.10 i 6.5.12 – wspomniano w nich o okresie 6 tygodni, po których kobieta powinna się zgłosić na wizytę kontrolną u lekarza i po którym to czasie opiekę nad dzieckiem przejmuje pielęgniarka POZ. W Standardzie jest to czas 8 tygodni (Rozdział XIV pkt 10 i 12).
11. W dokumencie nie została poruszona **kwestia jedzenia podczas porodu** – dookreślenie jej pozwoli osobom sprawującym opiekę mieć spójne podejście do tego tematu. Obecnie obowiązujący Standard nie reguluje kwestii jedzenia w bardzo szczegółowy sposób, zgodnie z nim o możliwości jedzenia decyduje osoba sprawująca opiekę. Jednak **przy porodach niskiego ryzyka spożywanie posiłków powinno być umożliwione**.³ Dodatkowo projekt „nowego Standardu”, który obecnie znajduje się w konsultacjach publicznych, zawiera zapis, iż „rodząca powinna mieć możliwość jedzenia w trakcie porodu” (Rozdział VI, pkt 4).

III STRONA INTERNETOWA SZPITALA

Strona internetowa jest przejrzysta i łatwa w nawigacji. Dobrym pomysłem jest dedykowana zakładka „Pacjent”, a w niej poszczególne podstrony. Zwracamy natomiast uwagę na kilka elementów, które naszym zdaniem warto byłoby zmienić. Dotyczą one następujących stron:

1. **Odwiedziny chorych** – pojawia się komunikat „strona w budowie”.

³ Effect of food intake during labour on obstetric outcome: randomised controlled trial. Geraldine O'Sullivan 1, Bing Liu, Darren Hart, Paul Seed, Andrew Shennan. 2009 Mar 24

2. **Karta praw i obowiązków pacjenta** – w rzeczywistości są tu wymienione podstawowe prawa pacjenta, bez wskazywania obowiązków. Oprócz dodania obowiązków pacjenta, można by wskazać prawa nieco rozwinąć. Samo stwierdzenie „prawo do uzyskiwania informacji” czy „prawo do zgłoszenia sprzeciwu” nie muszą być dla każdego jasne.
3. **Pełnomocnik ds. Praw Pacjenta** – warto w tym miejscu opisać, w jaki sposób pacjent może złożyć skargę: osobiście, mailowo (podać adres skrzynki mailowej) lub pisemnie. Jest to także dobre miejsce, by wspomnieć o Funduszu Kompensacyjnym działającym przy Rzeczniku Praw Pacjenta.
4. **Udostępnianie dokumentacji** – zgodnie z art. 27 Ustawy dokumentacja medyczna może być także udostępniana za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej. Warto dodać tę opcję, ułatwiając pacjentom odbiór dokumentacji.
5. **Porady praktyczne** - pojawia się komunikat „strona w budowie”.

IV PLAN PORODU

Nasze wątpliwości budzi forma planu porodu zbudowana na odpowiedziach typu tak/ nie. W przypadku niektórych pytań, np. o chęć porodu z osobą bliską – jest to forma adekwatna, odpowiedź na to pytanie jest jednoznaczna. Uwagi zgłaszamy do następujących pytań:

1. Pytanie nr 2 „Chciałabym każdorazowo wyrażać zgodę na wykonanie wszelkich zabiegów i badań (...)” **Prawo do wyrażenia zgody jest podstawowym prawem pacjenta.** Umieszczanie takiego pytania w planie porodu jest nielogiczne – zaznaczenie przez pacjentkę odpowiedzi „nie”, nie zwalnia personelu medycznego z obowiązku pytania każdorazowo o zgodę na badania i interwencje.
2. Pytanie nr 5 „Proszę o zastosowanie metody łagodzenia bólu porodowego, uwzględniającego mój stan kliniczny (...)”. Jest to także podstawowe prawo kobiety rodzącej – **do łagodzenia bólu i do uzyskania pełnej informacji o metodach dostępnych w placówce.** Warto byłoby przeformułować pytanie, wskazując jakie metody łagodzenia bólu są dostępne w szpitalu i pytając, z jakich metod kobieta chciałaby skorzystać albo skorzystanie takie rozważyć.
3. Pytanie nr 6 „Chciałabym mieć możliwość poruszania się i przyjmowania pozycji wertykalnych (...)”. Zapisy o możliwości poruszania się są wielokrotnie powtarzane w Standardzie, osoba sprawująca opiekę powinna zachęcać kobietę do tego.
4. Pytanie nr 7 „Zależy mi na (...)”, gdzie kobieta ma dokonać wyboru pomiędzy nieprzerwanym kontaktem skóra do skóry, a pełnym badaniem pediatrycznym w pierwszych minutach życia dziecka. **Dwugodzinny nieprzerwany kontakt skóra do skóry to złoty standard postępowania**, o ile stan zdrowia dziecka i kobiety na to pozwala (Standard, Rozdział XI Pkt.7 ust. 7). Zgodnie ze Standardem badanie przez neonatologa nie powinno przerywać tego kontaktu. Rozumiemy, że kobieta może nie chcieć kontaktu skóra do skóry, ale zadaniem personelu medycznego jest także edukacja oraz przekazywanie informacji zgodnej z aktualną wiedzą medyczną – a ta jest taka, że najlepszym miejscem na spędzenie pierwszych godzin życia noworodka jest klatka piersiowa mamy (termoregulacja, zapach, inicjacja karmienia piersią i szereg innych korzyści). **Przedstawianie dwóch opcji do wyboru – kontaktu nieprzerwanego oraz badania pediatrycznego, może wprowadzić kobietę w błąd** i może ona niesłusznie uważać, że badanie w pierwszych minutach życia dziecka jest najlepszą opcją albo że tego badania w ogóle nie będzie, jeśli wybierze kontakt skóra do skóry.
5. Pytanie nr 8 „Zależy mi na przystawieniu dziecka do piersi, jak będzie wykazywało potrzebę ssania”. Jeśli intencją tego pytania było zbadanie, czy kobieta chce karmić piersią, warto zadać właśnie takie jasne pytanie. Jeżeli kobieta chce karmić naturalnie, oczywistym jest

przystawianie jak najczęściej, przy pierwszych oznakach głodu u malucha, a obowiązkiem osób sprawujących opiekę – wspieranie w tym.

6. Pytanie nr 9 „Zostałam poinformowana o możliwości nacięcia krocza, korzyściach i zagrożeniach dla matki i dziecka wynikających z cięcia cesarskiego (...)”. Rozumiemy, że o możliwym nacięciu krocza czy nieplanowanym cięciu cesarskim kobieta informowana jest podczas rozmowy z położną. Warto dodać do tego katalogu pęknięcie krocza, gdyż przy porodach z ochroną krocza, pęknięcia zdarzają się i co do zasady nie oznaczają błędu w postępowaniu.

W przesłanych procedurach nie było:

1. Procedury dedykowanej opiece nad kobietami w sytuacjach szczególnych (poronienia, straty). Warto mieć przygotowaną procedurę na taką okoliczność, także biorąc po uwagę planowane zmiany w Standardzie. Projekt nowego Standardu 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).
2. Procedury związanej z porodami do wody. Wiemy, że odbywają się one w Szpitalu i że kobiety muszą przejść odpowiednią kwalifikację. Chciałybyśmy otrzymać dokumenty związane z takim porodem.

Mamy nadzieję, że nasze pismo okaże się Państwu przydatne. **Prosimy o ustosunkowanie się do naszych uwag w ciągu 30 dni od ich otrzymania.**

Ewentualne pytania proszę kierować na adres mailowy: 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