



Skórzewo, 5 marca 2025 r.

Pani Marlena Sierszchulska  
Dyrektor Samodzielnego Publicznego  
Zakładu Opieki Zdrowotnej w Słupcy  
ul. Traugutta 7  
62-400 Słupca

Dotyczy: SPZOZ/SZI/051-IP/2/2025

Szanowna Pani Dyrektor,

dziękujemy za przesłanie odpowiedzi na nasz Wniosek o udostępnienie informacji publicznej z dnia 12 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 placówki, 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 Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Słupcy
2. Prawa i obowiązki pacjenta
3. Procedura – postępowania przy przyjęciu kobiety rodzącej na salę porodową
4. Procedura – opieki w poszczególnych okresach porodu
5. Procedura – opieki nad położnicą po porodzie drogami natury
6. Procedura – opieki nad położnicą po cięciu cesarskim
7. Standard postępowania w przypadku przyjęcia na Oddział Ginekologiczno-Położniczy, pacjentki z podejrzeniem przedwczesnego oddzielania się łożyska
8. Informacja dla pacjentek oraz formularz zgody na proponowane procedury medyczne
9. Informacja dla pacjentek i formularz świadomej zgody (znieczulenie zewnątrzoponowe)
10. Świadoma zgoda pacjentki na zabiegowy poród pochwy (kleszcze lub próżnościąg)
11. Informacja dla pacjentki oraz formularz świadomej zgody na operacyjne rozwiązanie ciąży metodą cięcia cesarskiego
12. Plan porodu
13. 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 i inne dokumenty cytowane niżej w razie potrzeby.

## I REGULAMIN ORGANIZACYJNY

Nasza dwie uwagi dotyczą:

1. Paragrafu 31 - udzielanie informacji medycznej. **Ograniczenie możliwości udzielania informacji o stanie zdrowia jedynie do personelu lekarskiego** może naruszać prawa pacjenta do informacji. Zgodnie z Art. 16 Ustawy o zawodach pielęgniarstwa i położnej, zarówno pielęgniarki, jak i położne są zobowiązane do przekazywania informacji pacjentowi oraz osobom upoważnionym. Dodatkowo, zgodnie z wytycznymi Rzecznika Praw Pacjent możliwe jest także **przekazywanie informacji medycznej przez telefon**.<sup>1</sup>
2. Nie znalazłyśmy w Regulaminie informacji o monitorowaniu wskaźników opieki okołoporodowej oraz o ocenie satysfakcji kobiet objętych opieką, co do których podmiot jest zobowiązany zgodnie z zapisami Standardu (Rozdział I pkt 2 i 3).

## II PRAWA I OBOWIĄZKI PACJENTA (załącznik do Regulaminu)

Kilka kwestii budzi nasze wątpliwości:

1. § 6 pkt 4 zawiera zdanie „Przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych może być obecna osoba bliska”. Art. 21 Ustawy brzmi dokładnie: „Na życzenie pacjenta przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych może być obecna osoba bliska”. Taki zapis kładzie nacisk na wolę pacjenta – jeśli nie chce on obecności osoby bliskiej ma do tego prawo.
2. § 9 pkt 4 – zapisano w nim, że koszty prawa do dodatkowej opieki pielęgnacyjnej nie mogą obciążać Szpitala. Co do zasady tak jest, ale Ustawa przewiduje wyjątek. Zgodnie z Art. 35 pkt 4 nie można obciążać pacjenta kosztami dodatkowej opieki pielęgnacyjnej sprawowanej nad pacjentem małoletnim lub posiadającym orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności.
3. § 10 pkt 1 opisuje przypadki, gdy Dyrektor placówki może ograniczyć prawo do kontaktu z bliskimi oraz prawo do dodatkowej opieki pielęgnacyjnej. Ustawa w Art. 21 przewiduje jedynie 2 przypadki odmowy obecności osoby bliskiej przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych - w przypadku istnienia prawdopodobieństwa wystąpienia zagrożenia epidemicznego oraz ze względu na bezpieczeństwo zdrowotne pacjenta. Potwierdzenie tego znajdziemy w opracowaniu prof. Doroty Karkowskiej.<sup>2</sup> Odmowy takiej udziela osoba udzielająca świadczeń zdrowotnych pacjentowi, a nie osoby zarządzające szpitalem. Dodatkowo, w Ustawie nie są przewidziane przypadki ograniczania dodatkowej opieki pielęgnacyjnej.

---

<sup>1</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

<sup>2</sup> D. Karkowska (red.), *Godna prokreacja. Cięża, poród i połóg. Prawa kobiet*, Wolters Kluwer, Warszawa 2023, s. 118.

### III PROCEDURA POSTĘPOWANIA PRZY PRZYJĘCIU KOBIETY RODZĄCEJ NA SALĘ PORODOWĄ

Nie zgłaszamy uwag co do procedury.

### IV PROCEDURA OPIEKI W POSZCZEGÓLNYCH OKRESACH PORODU

Nasze uwagi co do dokumentu dotyczą:

4. **Jedzenie podczas porodu** – temat ten nie został w ogóle poruszony. Przy porodach niskiego ryzyka spożywanie posiłków powinno być umożliwione<sup>3</sup>. Dodatkowo, w najnowszym projekcie Standardu, którego konsultacje publiczne właśnie się zakończyły, znajduje się zapis, iż „Rodząca powinna mieć możliwość jedzenia w trakcie porodu” (Rozdział VI, pkt 4).
5. **Czas trwania II okresu porodu** – zgodnie ze Standardem może on trwać do 3 godzin w przypadku zastosowanie znieczulenia zewnątrzoponowego.
6. **Pozycje wertrykalne** – w procedurze nie wspomniano o nich, a są one sugerowane w Standardzie (Rozdział X, pkt 4 ust. 6)
7. **Kontakt skóra do skóry** – warto dodać, iż powinien on trwać nieprzerwanie 2 godziny (Standard, Rozdział XII, pkt 1 ust. 8), a zabiegi typu ważenie i badanie neonatologa mogą się odbyć po upływie tego czasu.
8. **Ochrona krocza** – w procedurze wspomniano jedynie, iż osoba sprawująca opiekę jest zobowiązana do ochrony krocza. Pomimo, iż niemal cała procedura zawiera przekopiowane zapisy Standardu, to w przypadku ochrony krocza nie uwzględniono zapisu, iż „nacięcie krocza należy stosować wyłącznie w medycznie uzasadnionych przypadkach” (Standard, Rozdział X, pkt 4 ust. 7).

Należałoby doprecyzować, co rozumie się przez ochronę krocza. Ważne jest, by podkreślić, że rutynowe nacięcia u pierworódek oraz nacięcia w celu uniknięcia samoistnego pęknięcia są niezgodne z aktualną wiedzą medyczną. Celem postępowania podczas porodu powinno być ograniczenie interwencji, jaką jest nacięcie krocza, do niezbędnego minimum.

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>4</sup>
- Wiele badań naukowych, np. Selective versus routine use of episiotomy for vaginal birth<sup>5</sup> oraz The prevention of perineal trauma during vaginal birth.<sup>6</sup>
- Wytyczne Światowej Organizacji Zdrowia z 2018 r.<sup>7</sup>
- Fundacja Rodzic po Ludzku zebrała szereg badań naukowych w swoim opracowaniu<sup>8</sup> i wnioski są podobne – ryzyko samoistnego pęknięcia krocza nie jest wskazaniem do jego nacięcia.

---

<sup>3</sup> 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

<sup>4</sup> <https://ptgin.pl/artukul/zapobieganie-srodpodrodowym-urazom-kanalu-rodnego-oraz-struktur-dna-miednicy> [dostęp 25.02.2025 r.]

<sup>5</sup> <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5449575/> [dostęp 25.02.2025 r.]

<sup>6</sup> The prevention of perineal trauma during vaginal birth. American Journal of Obstetrics & Gynecology. MARCH 2024

<sup>7</sup> <https://www.who.int/publications/i/item/9789241550215> [dostęp 25.02.2025 r.]

<sup>8</sup> <https://rodzicpoludzku.pl/publikacje/naciecie-krocza-koniecznosc-czy-rutyna/> [dostęp 25.02.2025 r.]

## V PROCEDURA OPIEKI NAD POŁOŻNICĄ PO PORODZIE DROGAMI NATURY

Zwracamy uwagę na 2 kwestie:

1. Przedmiotem procedury określono „Objęcie opieką kobiety po porodzie fizjologicznym”, gdzie tytuł dokumenty odnosi się do porodów drogami natury, czyli także porodów zabiegowych – przedmiotem procedury powinny być więc porody drogami natury jak w tytule.
2. W punkcie o obowiązkach położnej wpisano „ocenia gojenie się ran krocza”, które nie muszą występować po porodzie. Zasadnym wydaje się zmiana opisu na „ocenia gojenie się ewentualnych obrażeń krocza (nacięcie, pęknięcie)”.

## VI PROCEDURA OPIEKI NAD POŁOŻNICĄ PO CIĘCIU CESARSKIM

Nasza jedyna uwaga dotyczy kontaktu skóra do skóry po porodzie. W procedurze jest wzmianka o zapewnieniu kontaktu z dzieckiem, co wydaje się nie dość doprecyzowane. Jeśli nie ma przeciwwskazań medycznych, kobieta po cięciu cesarskim powinna mieć umożliwiony jak najszybszy kontakt z dzieckiem, analogicznie jak po porodzie siłami natury – czyli nagi noworodek (lub w pieluszcze) powinien zostać położony na klatce piersiowej mamy. Podczas tego kontaktu powinna nastąpić inicjacja karmienia piersią, jeśli kobieta chce karmić naturalnie.

## VII STANDARD POSTĘPOWANIA - PODEJRZENIE PRZEDWCZESNEGO ODDZIELANIA SIĘ ŁOŻYSKA

Nie zgłaszamy uwag co do procedury

## VIII INFORMACJA DLA PACJENEK ORAZ FORMULARZ ZGODY NA PROPONOWANE PROCEDURY MEDYCZNE

Dokument zawiera dwie bardzo ważne zgody, które podane są w bardzo lakoniczny sposób.

1. **Zgoda na „odebranie porodu”.** Wątpliwość budzi już samo stwierdzenie „odebrania porodu”, gdyż w obecnie przyjętej nomenklaturze, także w Standardzie, używa się sformułowanie „przyjęcie porodu”, co budzi lepsze skojarzenia (nic kobiecie nie jest odbierane). Rozumiemy, że zgoda dotyczy przyjęcia na oddział i wykonywania procedur medycznych związanych z ukończeniem ciąży. Personel medyczny jest zobowiązany do pytania się o zgodę na każdą procedurę medyczną i uzyskiwanie jej od pacjentki, nawet gdy ta podpisze przy przyjęciu zgodę ogólną. Mamy wątpliwość, czy taki zapis nie jest **zgoda blankietową**, która jest złamaniem praw pacjenta i została przez nas szerzej przeanalizowana w punkcie 2 poniżej.
2. **Zgoda na nacięcie krocza.** Nacięcie krocza jest interwencją stosowaną jedynie w medycznie uzasadnionych przypadkach (Standard, Rozdział X). Konieczność podpisania zgody „z góry”, w momencie gdy nie występują przesłanki na wykonanie takiej procedury, 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>9</sup> Zgoda na nacięcie krocza powinna być uzyskiwana bezpośrednio przed procedurą, po przedstawieniu kobiecie wskazań, które dotyczą jej konkretnej sytuacji.

<sup>9</sup> [https://www.gov.pl/web/rpp/naruszenie-prawa-pacjenta-do-wyrażenia-zgody-na-udzielenie-swadczenia-zdrowotnego?fbclid=IwY2xjawlpENlleHRuA2FlbQlxMAABHe2\\_HFbAtws4PuEQ7hjUpKhnc1BRmO0TqzWugWL2JGnNolgaXR8o6fqwtA\\_aem\\_P2N-6f55-\\_YZtnFWCzs0Fw](https://www.gov.pl/web/rpp/naruszenie-prawa-pacjenta-do-wyrażenia-zgody-na-udzielenie-swadczenia-zdrowotnego?fbclid=IwY2xjawlpENlleHRuA2FlbQlxMAABHe2_HFbAtws4PuEQ7hjUpKhnc1BRmO0TqzWugWL2JGnNolgaXR8o6fqwtA_aem_P2N-6f55-_YZtnFWCzs0Fw) [dostęp 24.02.2025 r]

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>10</sup>

Dodanie informacji o możliwym pęknięciu w razie niewyrażenia zgody na konieczne nacięcie jest straszeniem kobiety. Naturalne pęknięcia zdarzają się w porodzie i zwykle nie są wynikiem błędu medycznego (temat ten został poruszony w punkcie IV na str. 3 powyżej).

Sugerujemy rezygnację z uzyskiwania tej zgody lub takie przeformułowanie dokumentu, by przedstawiał główne wskazania do nacięcia krocza i ewentualnie zawierał podpis, iż kobieta zapoznała się z nimi, a samą zgodę udzieli, jeśli będzie ona konieczna.

3. **Zgody na wykonanie enemy i golenie nie wymagają formy pisemnej.** Wydaje się to niepotrzebnym zwiększaniem liczby dokumentów, które kobieta musi podpisać.

## **IX INFORMACJA DLA PACJENEK I FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY (ZNIECZULENIE ZEWNĄTRZOPONOWE)**

1. Zdanie wprowadzające do dokumentu jest dość subiektywne, gdyż odnosi się do „preferencji”, a jego prawdziwość w kontekście częstości wykorzystywania – zapewne jest różna w zależności od placówki.

Zdanie, iż znieczulenie zewnątrzoponowe jest to „**preferowana i najczęściej wykorzystywana forma łagodzenia bólu porodowego**” może narzucać presję na kobiety rodzące, by skorzystać z takiego znieczulenia. Znieczulenie zewnątrzoponowe, jak i inne formy łagodzenia bólu powinny być dla kobiety opcjami do wyboru. Powinna mieć ona przedstawione zalety i wady korzystania z różnych metod i na tej podstawie dokonać wyboru zgodnie ze swoimi potrzebami.

2. Punkt: W jakiej pozycji zakłada się cewnik zewnątrzoponowy?

W treści wyjaśnienia znajduje się sformułowanie „poczujesz osłabienie”. Jest to zwracanie się do kobiety „na Ty”, gdzie formą bardziej adekwatną byłoby „Pani”.

3. Jakie są zalety znieczulenia zewnątrzoponowego do porodu siłami natury?

W wymienionych zaletach znalazła się poprawa krążenia łóżyskowego, lepszy przepływ krwi i składników odżywczych do dziecka. Czy możemy prosić o badania naukowe potwierdzające to?

4. Czy w karcie o łagodzeniu bólu porodowego są opisane **inne metody** farmakologiczne lub niefarmakologiczne służące zmniejszaniu bólu porodowego?

Sposobów zmniejszania bólu porodowego jest bardzo dużo, często ich dostępność (zarówno jeśli chodzi o leki, jak i o sprzęty do niefarmakologicznego łagodzenia bólu) jest różna w placówkach i ważne, by kobieta wiedziała, jaki ma wybór jeśli chodzi o placówkę w Słupcy. Cały dokument nosi tytuł „Łagodzenie bólu”, a ostatecznie opisuje tylko jedną metodę.

## **X ŚWIADOMA ZGODA PACJENTKI NA ZABIEGOWY PORÓD POCHWOWY**

Mamy uwagi zarówno co do treści samej zgody, jak i co do konieczności podpisywania jej przez kobiety od razu przy przyjęciu do szpitala:

1. **Niefortunne wydaje się użycie sformułowania „korzyści porodu zabiegowego”.** Jest to duża interwencja medyczna, która zawsze jest stosowana ze wskazań medycznych. Nie jest to zabieg, który kobieta może wybrać, oceniając go przez pryzmat korzyści i ryzyk. Dodatkowo sformułowanie „szybki i bezpieczny poród dla dziecka” za bardzo idealizuje porody zabiegowe i daje wrażenie, że szybki poród to bezpieczny poród, a nie jest to jednoznaczne.

---

<sup>10</sup> Sprawozdanie Rzecznika Praw Pacjenta z przestrzegania praw pacjenta w roku 2023, Warszawa 06.09.2024 r., s. 63

Można by przeformułować te zapisy np. w taki sposób: „Ukończenie porodu przy użyciu próżnościągu lub kleszczy, o ile zajądą wskazania medyczne, pozwoli na skrócenie II okresu porodu, aktywny udział matki w porodzie oraz zapobiegnięcie dalszemu pogarszaniu się stanu zdrowia dziecka.”

2. Przy ryzykach warto by podać prawdopodobieństwo wystąpienia, określając je opisowo (np. rzadko, bardzo rzadko) lub procentowo. Wypisane powikłania nie zdarzają się często, mogą wystraszyć kobiety rodzące, a podanie ich prawdopodobieństwa mogłoby je uspokoić.
3. Rozumiemy, że chcą Państwo wykorzystać początek porodu na przekazanie istotnych informacji rodzącej. Jednak konieczność złożenia podpisu pod zgodą na poród zabiegowy przy przyjęciu do szpitala, gdy nie występują przesłanki na wykonanie takiej procedury, nosi znamiona **zgody blankietowej**, o której wspominałyśmy wyżej w niniejszym piśmie. Zgoda na poród zabiegowy powinna być uzyskiwana bezpośrednio przed procedurą, po przedstawieniu kobiecie wskazań, które dotyczą jej konkretnej sytuacji (podobnie jak w przypadku nacięcia krocza).

## **XI INFORMACJA DLA PACJENTKI ORAZ FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY NA OPERACYJNE ROZWIĄZANIE CIĄŻY METODĄ CIĘCIA CESARSKIEGO**

Naszą główną wątpliwość budzi fakt, że dokument ten jest przedstawiany do podpisu każdej przyjmowanej do porodu kobiecie (zgodnie z pismem z dnia 19.02.2025 r. od Państwa). Przyjmowanie zgód na cięcie cesarskie od wszystkich kobiet rodzących jest bezprawne i jest tzw. **zgodą blankietową** omawianą szczegółowo powyżej.

Kolejną uwagą jest **wymaganie zgody na rozszerzenie operacji w przypadku „niebezpieczeństwa utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia”**. Prawo do takich działań jest uwzględnione w Ustawie o zawodach lekarza i lekarza dentystry w Art. 35. Przepis ten wyklucza więc zasadność uzyskiwania zgody blankietowej przed przystąpieniem do zabiegu operacyjnego. W publikacji Rzecznika Praw Pacjenta<sup>11</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.”

## **XII 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 całych zapisów Standardu do planu porodu jest bezzasadne.

Nasz uwagi dotyczą:

1. Zwracanie się na „ty” do kobiety rodzącej. Bardziej adekwatną formą jest „Pani”.
2. Sugerowanie kobiecie, że w trakcie porodu „połowę rzeczy zapomni” jest protekcjonalne. Rozumiemy, że Państwa intencje nie były złe, ale rekomendujemy przeformułowanie tego zdania.
3. **Część „Przygotowanie do porodu i poród”** – niemal wszystkie punkty tej części wynikają bezpośrednio ze Standardu i powinny być zawsze przestrzegane. Każdej kobiecie powinny być zapewnione takie warunki, jak spisano w tych kilkunastu zdaniach. Każda rodząca powinna mieć jak najmniejszą liczbę interwencji medycznych, być pytana o zgodę na nie, mieć swobodę wyboru pozycji itp. Kwestiami, które można by pozostawić w tej części to np.:

---

<sup>11</sup> *Prawa pacjenta i ich realizacja w praktyce. Przewodnik po prawach pacjenta w Polsce.* Red. K. Dobrowolska, T. Zych, Warszawa 2023 r., s. 30

- korzystanie z prysznic,
  - używanie niefarmakologicznych metod łagodzenia bólu jak TENS, aromaterapia,
  - przygaszenie światła.
4. **Część „Znieczulenie”** – nie obejmuje wszystkich metod łagodzenia bólu. W tym obszarze kobieta ma dużą decyzyjność i dość duży wybór jeśli chodzi o niefarmakologiczne lub farmakologiczne metody łagodzenia bólu. Warto, by napisać na co może liczyć w szpitalu i prosić o wskazanie jej preferencji.
  5. **Część „Cesarskie cięcie”** – operacja cięcia cesarskiego zawsze jest wykonana z istotnych wskazań medycznych i nie wydaje się zasadnym wymaganiem od kobiety, by w planie porodu wskazywała, że woli uniknąć cięcia (jest to oczywiste, że poród prowadzi się tak, by skończył się drogami natury) i że w razie konieczności przeprowadzenia operacji chce być poinformowana o wskazaniach (jest to obowiązek osób sprawujących opiekę). W planie porodu mogłoby natomiast pozostać zdanie o tym, czy chce by noworodek był kangurowany przez osobę bliską.
  6. **Część „Ochrona 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). Zdanie „Wolałabym mieć nacięte krocze.” jest niezgodne z prawem, gdyż nacięcie krocza „na życzenie” pacjentki nie ma uzasadnienia medycznego.
  7. **Część „Po porodzie”** – tutaj również znajdują się kwestie, które wynikają bezpośrednio ze Standardu, jak kontakt skóra do skóry, późne odpępnienie, kontakt z bliskimi. W planie porodu mogłyby być zawarte życzenia co do przecięcia pępowiny lub oddawania dziecka na noc do sali noworodkowej.
  8. **Część „Opieka noworodkowa”** – wszystkie zapisy wynikają ze Standardu i Ustawy. Pracownicy szpitala powinni dbać o długi kontakt skóra do skóry i zawsze proponować rodzicowi lub innej bliskiej osobie towarzyszenie dziecku przy badaniach i interwencjach medycznych.
  9. **Część „Karmienie piersią”** – w planie porodu kobieta powinna wspomnieć, jeśli nie planuje karmić piersią – to ważna informacja dla osób sprawujących opiekę. Jeśli kobieta chce karmić naturalnie, oczywistym jest, że dokarmianie noworodka zawsze jest ze wskazań medycznych, po uzyskaniu zgody matki i że powinno się unikać smoczków przez okres stabilizowania się laktacji - nie trzeba tego zawierać w planie.

### XIII STRONA INTERNETOWA SZPITALA

Dokonałiśmy przeglądu strony pod kątem łatwości w nawigacji i znalezienia najważniejszych informacji dla pacjentów.

Zwracamy uwagę na kilka elementów:

1. **Zakładka „Pełnomocnik ds. Praw Pacjenta”** - do numeru telefonu i terminów dyżurów warto dodać adres mailowy, na jaki można wysyłać skargi. W tym miejscu można także dodać informacje o Funduszu Kompensacyjnym działającym przy Rzeczniku Praw Pacjenta.
2. **Zakładka „Prawa pacjenta”** – analogiczna uwaga jak wyżej dotycząca dodatkowej opieki pielęgnacyjnej. W części 9 pkt 4 zapisano, że koszty prawa do dodatkowej opieki pielęgnacyjnej ponosi pacjent. Co do zasady tak jest, ale Ustawa przewiduje wyjątek. Zgodnie z Art. 35 pkt 4 nie można obciążać pacjenta kosztami dodatkowej opieki pielęgnacyjnej sprawowanej nad pacjentem małoletnim lub posiadającym orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności.

3. **Zakładka „Odwiedziny”**. Przy podanych godzinach powinna być uwaga, że są to sugerowane godziny odwiedzin, ewentualnie wyjaśnienie, skąd wynikają ograniczenia, np. obchody, badania itp. Na oddziale dziecięcym osoba bliska może być z dzieckiem cały czas, powinno to być uwzględnione w informacjach dla pacjenta. Wątpliwości budzi także ograniczenie do 15 minut odwiedzin na salach wieloosobowych zgodnie z Zarządzeniem Dyrektora. Ustawa w Art. 21 zakłada jedynie 2 przypadki ograniczenia kontaktu z osobami bliskimi – zagrożenie epidemiczne oraz bezpieczeństwo zdrowotne pacjenta.

Wśród otrzymanych od Państwa dokumentów **zabrakło nam procedury dotyczącej kobiet po stratach** (poronienie, porody martwych dzieci). W takiej procedurze można by zawrzeć nie tylko kwestie typowo medyczne, ale także zwrócić uwagę na kwestie emocjonalne związane ze stratą. Rodzice powinni mieć oni możliwość pożegnania się z dzieckiem (jeśli tego chcą) i uzyskać informacje o wsparciu, które może być im potrzebne. W Polsce jest wiele organizacji wspierających kobiety po poronieniu, np. Fundacja Czułość, Fundacja Medycy Prenatalnej, Fundacja Gonito lub Fundacja Roniń po Ludzku, a Fundacja Tęczowy Kocyk zapewnia kocyki i małe ubranka do pogrzebu.

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 położu ze zdrowymi dziećmi (Rozdział XVI, pkt 3). Dodatkowo, w projekcie wspomniano o informowaniu kobiety o wsparciu położnej POZ, do której kobieta po stracie może się zgłosić.

**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

Prezesa 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