



Skórzewo, 27 listopada 2025 r.

Pan Grzegorz Gibaszek
Dyrektor Samodzielnego Publicznego
Zakładu Opieki Zdrowotnej
ul. Księcia Józefa Poniatowskiego 25
62-600 Koło

Szanowna Panie Dyrektorze,

dziękujemy za przesłanie odpowiedzi na nasz Wniosek o udostępnienie informacji publicznej z dnia 6 sierpnia 2025 r.

W ramach projektu, który 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 spójne z obowiązującymi w Polsce przepisami i zapewniały najlepszą opiekę kobietom znajdującym się w tym szczególnym okresie ciąży, porodu i połogu.

Dokonałyśmy analizy następujących informacji:

1. Regulamin organizacyjny SP ZOZ w Kole
2. Procedura – Postępowania przy przyjęciu kobiety rodzącej do szpitala
3. Procedura – Postępowania w poszczególnych fazach porodu
4. Procedura – Postępowania medycznego w łagodzeniu bólu porodowego dostępnymi na sali porodowej metodami
5. Procedura – Przygotowania pacjentki do cięcia cesarskiego oraz postępowanie położnej operacyjnej w trakcie cięcia cesarskiego
6. Informacja dla pacjentki oraz formularz świadomej zgody
7. Regulamin porodów rodzinnych
8. Regulamin osób odwiedzających pacjentki w oddziale położniczo-ginekologicznym
9. Plan porodu
10. Oświadczenie/ upoważnienie pacjenta
11. Zgłoszenie o porodzie do położnej POZ
12. 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 w razie potrzeby.

I REGULAMIN ORGANIZACYJNY

Nie zgłaszamy uwag do dokumentu.

II PROCEDURA POSTĘPOWANIA PRZY PRZYJĘCIU KOBIETY RODZĄCEJ DO SZPITALA

Nie zgłaszamy uwag do procedury

III PROCEDURA POSTĘPOWANIA W POSZCZEGÓLNYCH FAZACH PORODU

Nasze uwagi dotyczą:

1. W obowiązkach lekarza oddziału zawarto informowanie kobiety o możliwości porodu z mężem lub innym członkiem rodziny. **Osobą bliską dla rodzącej może być dowolna osoba** wskazana przez nią.
2. I okres porodu, pkt 3 – zdefiniowano brak postępu porodu w II okresie, nie dodając informacji, że II okres porodu może trwać do 2 godzin, a w przypadku znieczulenia zewnątrzoponowego – do 3 godzin i może być wydłużony decyzją lekarza (zgodnie ze Standardem, Rozdział X pkt 1).
3. I okres porodu, pkt 4 – wystąpiła literówka, powinno być „Czas trwania III okresu porodu”. Dodatkowo w punkcie tym znajduje się informacja, że III okres porodu może być prowadzony w sposób aktywny lub wyczekujący – jest to zapis z poprzedniej wersji Standardu. W tej obowiązującej od 2019 r. znajduje się zapis, iż „Aktywne wydalenie łożyska powinno mieć miejsce po jego oddzieleniu się. Poza przypadkami krwotoku niezalecane jest wykonywanie ucisku na dno macicy, masowanie macicy oraz pociąganie za pępowinę” (Rozdział XI pkt 3).
4. IV okres porodu – 2 razy jest wzmianka o nacięciu krocza, po którym jest konieczne szycie i przekazanie informacji o pielęgnacji rany. Te same czynności potrzebne są, gdy krocze pęknie samoistnie, co nie jest błędem medycznym. Można dodać możliwość pęknięcia obok możliwego nacięcia.

IV PROCEDURA – POSTĘPOWANIA MEDYCZNEGO W ŁAGODZENIU BÓLU PORODOWEGO

Procedura wymaga aktualizacji w związku ze zmianą Standardu, który zacznie obowiązywać 7 maja 2026 r. W nowej wersji aktu prawnego zniesiono zapis o porodzie w pozycji leżącej przy stosowaniu opioidów.

V PROCEDURA – PRZYGOTOWANIA PACJENTKI DO CIĘCIA CESARSKIEGO

Nie zgłaszamy uwag do procedury.

VI INFORMACJA DLA PACJENTKI ORAZ FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY

Zastanawiającym dla nas jest, w przypadku pacjentki małoletniej, konieczność podpisywania zgody na interwencje przez **obojga rodziców**. Ustawa w Art. 17 wskazuje, że w przypadku pacjenta małoletniego zgodę wyraża przedstawiciel ustawowy (liczba pojedyncza). Czy obowiązek podpisywania się obojga rodziców nie wydłuży czasu uzyskiwania koniecznej dokumentacji i tym samym nie opóźni koniecznych interwencji? Naszym zdaniem należy uspołnić ten zapis z Art. 17 Ustawy.

VII REGULAMIN PORODÓW RODZINNYCH

Mamy kilka wątpliwości związanych z tym dokumentem:

1. Czy osoba towarzysząca musi **nosić maseczkę ochronną przez cały poród**? Jest to niekomfortowe, biorąc pod uwagę czas trwania porodu. Jeśli maseczka ma chronić personel medyczny, powinna być zakładana jedynie podczas obecności lekarza/ położnej na sali porodowej.
2. Zapis, iż obecność osoby towarzyszącej jest możliwa jedynie podczas porodu fizjologicznego **jest niezgodna z prawami pacjenta**. Możliwa stała obecność osoby bliskiej przy kobiecie rodzącej wynika zarówno z Art. 21 Ustawy (prawo do obecności osoby bliskiej), jak i Art. 34, w którym opisane jest prawo do dodatkowej opieki pielęgnacyjnej.
3. Nasze wątpliwości budzi zapis o **dobrowolnym datku**. Przy numerze konta bankowego nie podano jego właściciela - nie jest jasne, czy jest to konto szpitala czy działającej przy nim fundacji. Jeśli ma być to wpłata na rzecz organizacji pozarządowej, to prawidłowym opisem powinno być: Darowizna na cele statutowe lub inna podobna, np. ze wskazaniem celu szczegółowego.

VIII REGULAMIN OSÓB ODWIEDZAJĄCYCH

Niezasadne jest sugerowanie **powstrzymywania się od odwiedzin bliskich w pierwszej dobie po operacji**. Jest to czas, kiedy kobieta potrzebuje często pomocy przy podstawowych czynnościach (poruszanie się, mycie, przebieranie, korzystanie z toalety), jak i wsparcia emocjonalnego.

W regulaminie warto wspomnieć o **dodatkowej opiece pielęgnacyjnej** – w jaki sposób może być sprawowana. Jest to prawo każdego pacjenta, tym bardziej ważne dla kobiet w okresie połogu.

IX PLAN PORODU

Nasze wątpliwości budzi forma planu porodu zbudowana na odpowiedziach typu Tak/ Nie:

1. W przypadku niektórych pytań jest to forma adekwatna, np. pytanie, czy chce Pani rodzić z osobą towarzyszącą.
2. Niektóre z zagadnień planu porodu i poddawanie ich do wyboru Tak/ Nie **jest sprzeczne z zapisami Standardu, z najnowszą wiedzą medyczną lub może wprowadzać rodzące w błąd**. Są to m.in.:
 - a. **„Chciałabym być informowana przez cały okres pobytu o planowanych procedurach, zagrożeniach i stosowanych lekach dotyczących mnie i mojego dziecka”** - informowanie pacjentki oraz uzyskiwanie świadomej zgody jest obowiązkiem każdej położnej, lekarza/ lekarki. Umieszczanie takiego zdania w planie porodu, dając rodzącej możliwość zaznaczenia odpowiedzi „Nie”, jest nielogiczne. Nawet, gdy kobieta zaznaczy „Nie”, nie zwalnia to personelu medycznego z przestrzegania praw pacjenta.
 - b. **„Chciałabym mieć swobodę poruszania się w pierwszym okresie porodu”** – zachęcanie do aktywności i przyjmowania różnych pozycji porodowych jest obowiązkiem osoby sprawującej opiekę i pozostawienie możliwości, by kobieta zaznaczyła odpowiedź „Nie” wydaje się nielogiczne i niezgodne z aktualną wiedzą medyczną
 - c. **„Jeśli nie będzie bezwzględnej konieczności, chciałabym uniknąć jakiegokolwiek formy wywołania porodu”** – indukcja porodu jest interwencją, która zawsze jest wykonywana ze wskazań i po uzyskaniu świadomej zgody. Trudno sobie wyobrazić sytuację, gdy kobieta na tak zadane pytanie odpowie „Nie”.

- d. „Jeśli to możliwe, chciałabym uniknąć nacięcia krocza” - zwracamy szczególną uwagę na ten punkt z planu porodu. Personel medyczny jest zobowiązany do takiego prowadzeniu porodu, by uniknąć nacięcia krocza, które powinno być wykonywane jedynie w medycznie uzasadnionych przypadkach. **Nacięcie krocza „na życzenie” pacjentki nie ma uzasadnienia medycznego** i trudno sobie wyobrazić, co zrobić w sytuacji, gdy pacjenta na takie pytanie odpowie „Nie”.
- e. Punktów z planu porodu, do których mamy podobne uwagi jak powyższa, jest więcej. Nie powinno pozostawiać się do wyboru takiego postępowania, które jest złotym standardem i wynika bezpośrednio z przepisów prawa. Są to m.in.:
- „Chciałabym mieć możliwość wyboru dowolnej dla siebie pozycji w II okresie porodu”
 - „Jeśli cięcie cesarskie będzie konieczne, chciałabym zostać w pełni poinformowana o powodach takiej decyzji”
 - „Zależy mi na pełnym nieprzerwanym kontakcie z dzieckiem skóra do skóry przez pierwsze dwie godziny po porodzie”
 - „Proszę nie dokarmiać dziecka, bez wcześniejszego uzgodnienia tego ze mną”
 - „Chciałabym aby wszystkie zabiegi dotyczące mojego dziecka odbywały się w mojej obecności (o ile to będzie możliwe)”

X OŚWIADCZENIE/ UPOWAŻNIENIE PACJENTA

Nie zgłaszamy uwag do dokumentu.

XI ZGŁOSZENIE O PORODZIE DO POŁOŻNEJ POZ

Nie zgłaszamy uwag do dokumentu.

XII STRONA INTERNETOWA

Mamy jedną uwagę dotyczącą zakładki Pacjent. W części Odwiedziny pacjentów znajdują się zapis, że informacji o stanie zdrowia udzielają jedynie lekarze. 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 w zakresie koniecznym do sprawowania opieki pielęgnacyjnej lub opieki podczas ciąży oraz prowadzenia porodu i położu.

W przesłanych procedurach zabrakło nam poruszenia kilku kwestii:

1. Nie ma **procedury dotyczącej opieki nad kobietami w sytuacjach szczególnych** (poronienie, strata), w której warto zawrzeć informacje o możliwości pożegnania się z dzieckiem, możliwym do uzyskania wsparciu, aspektach prawnych. Dodatkowo nowy Standard, który zacznie obowiązywać 7 maja 2026 r. 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 w położu ze zdrowymi dziećmi. (Rozdział XVI, pkt 3)

2. W procedurach nie poruszono **kwestii jedzenia podczas porodu**. Warto to zrobić, by personel medyczny był spójny w swoim podejściu do tego tematu. Przy porodach niskiego ryzyka spożywanie posiłków powinno być umożliwione.¹ Dodatkowo w nowym Standardzie zapisano, iż „Rodząca powinna mieć możliwość spożywania lekkostrawnych posiłków (...)” (Rozdział VI, pkt 4).

Naszą wątpliwość budzi także kwestia **nacięcia krocza**. W procedurze dotyczącej opieki nad kobietą w poszczególnych okresach porodu wspomniano, że nacięcie krocza dokonywane jest w medycznie uzasadnionych przypadkach. Zgodnie z danymi ze strony ezdrowie.gov.pl **odsetek nacięć krocza w Państwa placówce utrzymuje się na wysokim poziomie – w latach 2022-2024 i w I pół. 2025 r. wyniosła odpowiednio 54%, 43%, 47% i 45%**. Są to wartości wyższe niż średnia w województwie oraz bardzo wysokie jak na szpital o pierwszym stopniu referencyjności. Warto stworzyć procedurę mającą na celu zmniejszenie stosowania tej interwencji medycznej. W wielu badaniach i opracowaniach podkreślane jest, że **wskazaniem do nacięcia krocza nie jest ryzyko jego pęknięcia**. Są to m.in.:

- Wytyczne PTPiG: „Obawy, że bez nacięcia może dojść do niekontrolowanego rozdarcia tkanek krocza i trudności w jego odtworzeniu, nie znajdują odzwierciedlenia w wynikach badań”.²
- Badania naukowe, np. Selective versus routine use of episiotomy for vaginal birth³ oraz The prevention of perineal trauma during vaginal birth.⁴
- Wytyczne Światowej Organizacji Zdrowia z 2018 r.⁵
- Fundacja Rodzić po Ludzku zebrała szereg badań naukowych w swoim opracowaniu⁶ i wnioski są podobne – ryzyko samoistnego pęknięcia krocza nie jest wskazaniem do jego nacięcia.

Nadal spotykamy się z nieprawidłowymi informacjami zawartymi w dokumentacji wewnętrznej placówek, które wskazują że nacięcie krocza chroni kobietę przed rozległymi pęknięciami. A jest wprost przeciwnie.

W pracy naukowej badaczek z Torunia oraz Bydgoszczy⁷ (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%)**.”

Rzetelnie stworzona procedura dotycząca ochrony krocza pozwoliłaby zmniejszyć liczbę nacięć i traktować ewentualne naturalne pęknięcia nie jako błąd w sztuce, ale element porodu właśnie z ochroną krocza.

¹Effect 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 <https://ptgin.pl/artikul/zapobieganie-srodporodowym-urazom-kanalu-rodnego-oraz-struktur-dna-miednicy> [dostęp 16.09.2025 r.]

³ <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5449575/> [dostęp 16.09.2025 r.]

⁴ The prevention of perineal trauma during vaginal birth. American Journal of Obstetrics & Gynecology. MARCH 2024

⁵ <https://www.who.int/publications/i/item/9789241550215> [dostęp 16.09.2025 r.]

⁶ <https://rodzicpoludzku.pl/publikacje/naciecie-krocza-koniecznosc-czy-rutyna/> [dostęp 16.09.2025 r.]

⁷ Porównanie urazów krocza ze względu na stopień referencyjności szpitala. Polski Przegląd Nauk o Zdrowiu 2 (55) 2018

Mamy nadzieję, że nasze pismo oraz zawarte w nim rekomendacje i wskazówki, co warto poprawić, okażą się dla Państwa przydatne. **Prosimy o ustosunkowanie się do uwag w ciągu 30 dni od ich otrzymania.**

Ewentualne pytania prosimy kierować na adres mailowy: kontakt@fundacjamatecznik.pl.

Z wyrazami szacunku

Alicja Nowaczyk

Prezeska Zarządu Fundacji Matecznik



KOMITET
DO SPRAW
POŻYTKU
PUBLICZNEGO



Rządowy Program
Rozwoju Organizacji
Obywatelskich
na lata 2018–2030
PROO

SFINANSOWANO ZE ŚRODKÓW NARODOWEGO INSTYTUTU WOLNOŚCI – CENTRUM
ROZWOJU SPOŁECZEŃSTWA OBYWATELSKIEGO W RAMACH RZĄDOWEGO PROGRAMU
ROZWOJU ORGANIZACJI OBYWATELSKICH NA LATA 2018–2030 PROO