

MAMY PRAWO

Realizacja standardów opieki okołoporodowej
w szpitalach i oddziałach położniczych
w województwie małopolskim

RAPORT Z AUDYTU SPOŁECZNEGO



Stowarzyszenie Obywatel Mama
Kraków 2016



MAMY PRAWO

Realizacja standardów opieki okołoporodowej
w szpitalach i oddziałach położniczych w województwie
małopolskim w okresie 01.05.2013–17.01.2016

RAPORT Z AUDYTU SPOŁECZNEGO

Metodologia, opracowanie danych i raportu:

Jan Niedośpiał

Współpraca:

Iwona Adamska-Sala, Justyna Krawczyk, Przemysław Żak

Zebranie danych:

Barbara Adamczyk, Małgorzata Baran, Ewa Binczycka, Natalia Bogacz, Klaudia Bzduła, Joanna Cegielska, Teresa Kalińska, Agnieszka Kostek, Elżbieta Kozak, Anna Michalik, Magdalena Migdał, Małgorzata Miszczak, Kamila Neminarz, Nadia Olshanska-Moroz, Malwina Wójtowicz

Projekt okładki i raportu, łamanie, skład:

Norbert Grzelka

ISBN: 978-83-946975-0-1

Copyright © Obywatel Mama



Ten utwór objęty jest licencją Creative Commons
Uznanie autorstwa 3.0 Polska



Uznanie autorstwa 3.0 Polska – Licencja ta pozwala na kopiowanie, zmienianie, rozprowadzanie, przedstawianie i wykonywanie utworu jedynie pod warunkiem oznaczenia autorstwa. Jest to licencja gwarantująca najszersze swobody licencjodawcy. <http://creativecommons.org/licenses/by/3.0/pl/>



Audyt społeczny małopolskich porodówek realizowany w ramach projektu „Mamy prawo” w ramach Programu Obywatele dla Demokracji finansowanego ze środków EOG

SPIS TREŚCI

Podziękowania	7	3.1.3. Informowanie o operacji cięcia cesarskiego	30
Streszczenie	9	3.2. Swoboda przyjmowania pozycji podczas porodu	31
1. WSTĘP	11	3.2.1. Pierwszy okres porodu	31
1.1. Metodologia	12	3.2.2. Drugi okres porodu	32
1.1.1. Rodzaje ankiet	14	3.3. Kontakt „skóra do skóry”	33
1.1.2. Punktacja i kategorie oceny	14	3.3.1. Kontakt „skóra do skóry” w trakcie porodu fizjologicznego	33
1.1.3. Poród fizjologiczny a cięcie cesarskie	15	3.3.2. Kontakt „skóra do skóry” po operacji cięcia cesarskiego	35
1.1.4. Jakość danych	16	3.4. Interwencje medyczne w trakcie porodu fizjologicznego	37
1.1.5. Potencjalne zniekształcenia	16	3.4.1. Manewr Kristellera	37
1.1.6. Wzory ankiet	19	3.4.2. Przebicie pęcherza płodowego	38
1.2. Opis próby	19	3.4.3. Masaż szyjki macicy	38
1.2.1. Wykształcenie	19	3.4.4. Podanie sztucznej oksytocyny	39
1.2.2. Kolejność urodzenia dziecka	20	3.4.5. Nacięcie krocza	39
1.2.3. Przebieg ciąży	20	3.4.6. Wkucie do żyły obwodowej (wenflon)	40
1.2.4. Stan zdrowia dziecka po urodzeniu	21	3.4.7. Kardiotokografia (KTG)	40
1.2.5. Wybór szpitala	21	3.4.8. Lewatywa	40
1.2.6. Lekarz/położna prowadząca a szpital	21	3.4.9. Golenie owłosienia łonowego	41
1.2.7. Opłata za indywidualną opiekę położnej	21	3.4.10. Wewnętrzne badanie położnicze	42
1.2.8. Porody w poszczególnych latach	21	3.5. Środki przeciwbólowe	42
1.3. Przebieg audytu	22	3.6. Prawo do wsparcia osoby bliskiej	43
2. WYNIKI OGÓLNE AUDYTU	23	3.7. Sposób komunikacji z rodzącą	44
2.1. Wyniki audytu w kategoriach	24	3.8. Opłaty w szpitalu	45
2.2. Poszczególne etapy porodu	25	3.9. Plany porodu i preferencje	46
2.3. Wyniki według stopnia referencyjności	26	3.9.1. Plan porodu a wykształcenie	46
2.4. Wyniki w poszczególnych latach	27	3.9.2. Omówienie planu porodu	47
3. WYNIKI AUDYTU DLA POSZCZEGÓLNYCH ZAGADNIEŃ	28	3.9.3. Respektowanie planu porodu	47
3.1. Cięcia cesarskie	28	3.9.4. Preferencje związane z porodem	48
3.1.1. Cięcia cesarskie planowane	29	3.9.5. Wyniki ankiet dla planu porodu i braku planu porodu	49
3.1.2. Cięcia cesarskie nieplanowane	29		

4. CZYNNIKI WPŁYWAJĄCE NA WYBÓR SZPITALA	50	6. DANE OGÓLNE DOTYCZĄCE SZPITALI I PORODÓW W 2014 ROKU	64
4.1. Wykształcenie	50	7. JAK INACZEJ MOŻNA WYKORZYSTAĆ DANE	65
4.2. Kolejność rodzonego dziecka	51	8. OBSZARY NIEPRZEBADANE W RAMACH AUDYTU	66
4.3. Lekarz prowadzący pracujący w szpitalu	51	9. REKOMENDACJE	67
4.4. Przebieg ciąży	52	9.1. Rekomendacje dla szpitali	67
4.5. Pobyt dziecka na oddziale patologii noworodka	53	9.1.1. Plany porodu	67
4.6. Rodzaj porodu	53	9.1.2. Cięcia cesarskie	67
4.7. Sytuacje cięcia cesarskiego	54	9.1.3. Interwencje medyczne	68
4.8. Stopień referencyjności szpitala	54	9.1.4. Opieka nad matką i noworodkiem	70
4.9. Plan porodu	55	9.1.5. Opieka poporodowa	70
4.10. Różnica w ankietach elektronicznych i papierowych	55	9.1.6. Systemy samodoskonalenia i ewaluacji	70
5. CZYNNIKI WPŁYWAJĄCE NA ZADOWOLENIE RODZĄCYCH	57	9.1.7. Działania edukacyjne	71
5.1. Wykształcenie	57	9.2. Rekomendacje dla lekarzy i położnych prowadzących ciążę	71
5.2. Kolejność rodzonego dziecka	58	9.3. Rekomendacje dla Ministerstwa Zdrowia	72
5.3. Lekarz prowadzący pracujący w szpitalu	58	Aneks 1. Metodologia – wzory ankiet wraz z odniesieniem do Standardów	73
5.4. Przebieg ciąży	59	Aneks 2. Wyniki audytu dla poszczególnych pytań z ankiet	73
5.5. Pobyt dziecka na oddziale patologii noworodka	59		
5.6. Rodzaj porodu	59		
5.7. Sytuacje cięcia cesarskiego	60		
5.8. Stopień referencyjności szpitala	60		
5.9. Plan porodu	61		
5.10. Ankiety elektroniczne a papierowe	61		
5.11. Ponowny wybór szpitala a wynik audytu	62		
5.12. Ponowny wybór szpitala a wynik audytu w poszczególnych kategoriach	63		

SPIS TREŚCI WEDŁUG PRAW PACJENTA

Spis treści odnoszący do istotnych zagadnień dotyczących konkretnych praw pacjenta zawartych w raporcie.

Prawo do informacji

1.1.2. Punktacja i kategorie oceny	14
2.1. Wyniki audytu w kategoriach	24
3.1.3. Informowanie o operacji cięcia cesarskiego	30
3.2. Swoboda przyjmowania pozycji podczas porodu	31
3.4.5. Nacięcie krocza	39
3.4.7. Kardiotokografia (KTG)	40
3.4.10. Wewnętrzne badanie położnicze	42
3.5. Środki przeciwbólowe	42
3.9. Plany porodu i preferencje	46

Prawo do świadczeń zdrowotnych

1.1.2. Punktacja i kategorie oceny	14
2.1. Wyniki audytu w kategoriach	24
3.1. Cięcia cesarskie	28
3.4.1. Manewr Kristellera	37
3.4.2. Przebicie pęcherza płodowego	38
3.4.3. Masaż szyjki macicy	38
3.4.4. Podanie sztucznej oksytocyny	39
3.4.6. Wkładanie do żyły obwodowej (wenflon)	40
3.4.7. Kardiotokografia (KTG)	40
3.4.10. Wewnętrzne badanie położnicze	42
3.5. Środki przeciwbólowe	42
3.8. Opłaty w szpitalu	45
6. Dane ogólne dotyczące szpitali i porodów w 2014 roku	64

Prawo do wyrażania zgody na udzielenie świadczeń zdrowotnych

1.1.2. Punktacja i kategorie oceny	14
2.1. Wyniki audytu w kategoriach	24
3.2. Swoboda przyjmowania pozycji podczas porodu	31
3.4.3. Masaż szyjki macicy	38
3.4.4. Podanie sztucznej oksytocyny	39
3.4.5. Nacięcie krocza	39
3.4.6. Wkładanie do żyły obwodowej (wenflon)	40
3.4.8. Lewatywa	40
3.4.9. Golenie owłosienia łonowego	41
3.9. Plany porodu i preferencje	46

Prawo do poszanowania godności i intymności

1.1.2. Punktacja i kategorie oceny	14
2.1. Wyniki audytu w kategoriach	24
3.6. Prawo do wsparcia osoby bliskiej	43
3.7. Sposób komunikacji z rodzicami	44

PODZIĘKOWANIA

Publikacja ta nie powstałaby bez pomocy, wsparcia i zaangażowania wielkiej liczby osób.

Przede wszystkim dziękujemy **tysiącom kobiet**, które podzieliły się z nami swoim doświadczeniem porodu.

Dziękujemy **dyrekcjom szpitali, ordynatorom, lekarzom i położnym** za życzliwość, otwartość i umożliwienie przeprowadzenia badania na oddziałach położniczych.

Dziękujemy **Marcie Żłobińskiej, Katarzynie Kaczyńskiej, Kubie Kozakowi, a także wszystkim współpracownikom i wolontariuszom**, za ich zapał, serce i ogromną pracę włożoną w ten projekt.

Wreszcie, dziękujemy **Joannie Pietrusiewicz** z Fundacji Rodzić po Ludzku za pomoc w przygotowaniu metodologii, inspirację, życzliwość, oddanie idei i ciągłą gotowość na wielokrotne konsultacje na każdym etapie audytu oraz projektu „Mamy prawo”.

STRESZCZENIE

Raport prezentuje wyniki audytu społecznego wszystkich szpitali i oddziałów położniczych w województwie małopolskim przeprowadzonego przez Stowarzyszenie Obywateli Mama z Krakowa w okresie od lipca 2015 r. do stycznia 2016 r. Jego celem było sprawdzenie **jakości i dostępności usług z zakresu opieki okołoporodowej gwarantowanych przez prawo**, przede wszystkim stopnia realizacji standardów opieki okołoporodowej wprowadzonych w życie rozporządzeniem Ministra Zdrowia z 20 września 2012 r.

Badanie zostało przeprowadzone w oparciu o **doświadczenia kobiet, które urodziły w okresie od 1 maja 2013 r. do 17 stycznia 2016 r. w Małopolsce**, za pomocą ankiet zbieranych w szpitalach oraz ankiet elektronicznych dostępnych na stronie: www.prawomamy.pl.

Metodologia umożliwiła ocenę realizacji standardów w skali procentowej i porównywanie ze sobą sytuacji godnego porodu w konkretnych szpitalach. W badaniu skoncentrowano się na **zagadnieniach dotyczących ochrony godności kobiety rodzącej** w szczególności na przestrzeganiu jej prawa do informacji, do wyrażania zgody na udzielenie świadczeń zdrowotnych, do szacunku, do intymności. Dodatkowo zbadano również **warunki** panujące w szpitalach w tym dostępność psychologów oraz doradców laktacyjnych oraz **naturalność porodu**, czyli sprowadzanie do niezbędnego minimum interwencji medycznych.

Obok raportu dla województwa przygotowanych zostało **28 raportów dla szpitali**¹, które wraz z wnioskami o wprowadzenie zmian zostały przekazane szpitalom. Spotkania w szpitalach z dyrekcją, ordynatorami oraz personelem medycznym stały się okazją do rozmowy na temat głównych barier we wdrażaniu standardów i pomogły w przygotowaniu rekomendacji.

W wyniku audytu zebrane zostały **3602 ankiety** z czego **82,82% dotyczyła porodów z 2015 r.** (w większości stanowiły je ankiety zebrane na oddziałach położniczych w ostatnim kwartale 2015 r.). Dodatkowo w trakcie audytu od szpitali były pozyskiwane informacje w trybie wniosku o udostępnienie informacji publicznej.

Wynik audytu pokazuje, że obowiązujące od 2012 r. standardy opieki okołoporodowej realizowane były w województwie małopolskim w latach 2013–2015 na poziomie 64,85%. We wszystkich badanych obszarach wyniki monitoringu wskazują na szereg naruszeń.

Wynik w kategorii „**informowanie**” na poziomie **62,90%** pokazuje, że występują poważne problemy z informowaniem rodzących o przysługujących im prawach i stosowanych względem nich interwencjach medycznych. Wynik w kategorii „**podmiotowość**” na poziomie **51,93%**, wskazuje na duże naruszanie prawa kobiet do decydowania o przebiegu porodu, respektowania

1 Wszystkie raporty wraz z odpowiedziami szpitali, a także rankingi szpitali w poszczególnych kategoriach dostępne na stronie projektu: www.prawomamy.pl.

ich preferencji i stosowaniu bez ich zgody interwencjach. Kobiety nie zawsze miały swobodę przyjmowania dogodnej pozycji podczas porodu – w pierwszym okresie porodu miało ją 79,19%, w drugim okresie porodu już tylko 54,91%. Spośród rodzących 15,40% kobiet nie otrzymała znieczulenia, mimo że je chciała.

Badanie wykazało silne zmedykalizowanie porodów. **Naturalność porodu** jest na poziomie **48,54%**, interwencje medyczne są na poziomie znacznie wyższym niż rekomenduje Światowa Organizacja Zdrowia. Udział procentowy cięcia cesarskiego w liczbie porodów badanych w ramach audytu wynosi 43,56% (według danych ze szpitali 42,44%). Tylko przy 16,58% porodów fizjologicznych realizowany jest standard co najmniej dwóch godzin kontaktu „skóra do skóry”, większość standardowych czynności jest zorganizowana tak, że go przerywa. Przy cięciu cesarskim jednej trzeciej ankietowanych w ogóle nie zapewniono kontaktu „skóra do skóry”, spośród pozostałych w 78,58% przypadkach trwał krócej niż 15 minut.

Wyniki audytu wskazują na znaczne **różnice w traktowaniu przez personel i realizację prawa w przypadku rodzących mających plan porodu** a pozostałych. Pomimo, że można wskazać wyraźne braki w rozmowie na temat preferencji rodzącej, o wiele częściej na temat preferencji rozmawia się z rodzącymi, które mają plan porodu (61,12%) niż z tymi, które go nie mają (45,8%). Badanie pokazało znaczącą dysproporcję pomiędzy przestrzeganiem prawa kobiet, które miały ze sobą plan porodu oraz tymi, które go wcześniej nie przygotowały. Różnica w ogólnej ocenie wynosi prawie 10%. Widać także znaczącą różnicę we wszystkich kategoriach, najwyższą w kategorii „podmiotowość”. To przekłada się na większe zadowolenie rodzących z porodu i pobytu w szpitalu.

Raport pokazuje czynniki wpływające na wybór szpitala oraz zadowolenie rodzącej, a także podejmuje temat korelacji realizacji konkretnych praw pacjentek z poziomem ich zadowolenia z pobytu w szpitalu. **Największą rolę w zadowoleniu z opieki okołoporodowej odgrywiają życzliwość personelu oraz prawo do informacji.**

Jak wynika z badania standardy opieki okołoporodowej często nie są przestrzegane i traktowane jak prawo obowiązujące. Łamane są również prawa kobiety rodzącej wynikające z praw pacjenta – prawo do informacji, do poszanowania godności i intymności, do wyrażenia zgody na udzielenie świadczeń zdrowotnych.

Jednym z najważniejszych wniosków płynący z zebranych i porównanych doświadczeń kobiet rodzących w latach 2013–2015 jest ten, że z roku na rok standardy opieki okołoporodowej są coraz lepiej przestrzegane na co duży wpływ ma m.in. zwiększająca się świadomość kobiet. Trend jest optymistyczny, niestety tempo zmian na poziomie kilku procent rocznie pozostawia dużo miejsca do dalszej pracy. Główny problem stanowi brak narzędzi do wdrażania i monitorowania realizacji prawa kobiet rodzących. Dalsza praca powinna być wspierana systemowo oraz oparta na standardach opieki okołoporodowej gwarantowanych rozporządzeniem Ministra Zdrowia z 20 września 2012 r. Tylko prawna ochrona kobiety i jej dziecka daje szansę na wdrożenie idei godnego porodu w Polsce.

1

WSTĘP

Oddajemy w Państwa ręce raport z największego audytu społecznego oddziałów położniczych z województwa małopolskiego od 2006 r. Równocześnie jest to pierwszy w województwie tak duży monitoring realizacji standardów opieki okołoporodowej, wprowadzonych rozporządzeniem Ministra Zdrowia w 2012 r.².

Audyt został zrealizowany w ramach projektu „Mamy prawo” przez Stowarzyszenie Obywatel Mama, społeczną, nie nastawioną na zysk organizację pozarządową, działającą na rzecz i dla ochrony praw matek. Poprzedzony pilotażem w lipcu, realizowany od sierpnia 2015 r. do stycznia 2016 r., audyt objął wszystkie 28 szpitali i oddziałów położniczych na terenie województwa małopolskiego. Jego celem było sprawdzenie jakości i dostępności usług z zakresu opieki okołoporodowej gwarantowanych przez prawo oraz podjęcie działań na rzecz pozytywnych zmian.

Bezpośrednim efektem audytu jest niniejszy raport dotyczący realizacji standardów opieki okołoporodowej na terenie całego województwa oraz 28 raportów indywidualnych dotyczących poszczególnych szpitali³.

W oparciu o wyniki audytu zostały stworzone rankingi szpitali. Nie są one jednak głównym celem audytu, jedynie jego dodatkowym efektem o charakterze informacyjnym dla kobiet i dla samych szpitali w celu porównania stopnia realizacji standardów w poszczególnych kategoriach. Z perspektywy celów audytu najważniejsza jest identyfikacja skali naruszeń przeciw godności kobiety rodzącej, nieprzestrzegania standardów opieki okołoporodowej i praw pacjenta oraz przyczyn tych zjawisk. Wreszcie celem jest zmiana, mająca prowadzić do poprawy sytuacji w województwie, ale również w całym kraju, w tym również poprzez prowadzone działania rzecznicze na poziomie regionalnym oraz krajowym.

Pomimo obowiązywania standardów od ponad 4 lat nadal nie wprowadzono narzędzi do wdrażania i monitorowania stopnia ich realizacji w poszczególnych placówkach, regionach, w całym kraju. Podejście szpitali do realizacji standardów jest indywidualne, co potwierdziły również wyniki audytu i ankieta dla położnych będąca dodatkowym narzędziem zbadania stopnia realizacji standardów.

Wychodzimy z założenia, że środowisko medyczne – praktycy nauki, z zasady opartej na dowodach – jest otwarte na audyt, w ramach którego powstaną nowe dane dotyczące

² Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 września 2012 r. w sprawie standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, porodu oraz opieki nad noworodkiem, dalej: rozporządzenie, standardy, standardy okołoporodowe.

³ Zob. więcej o projekcie, raporty i odpowiedzi szpitali na <http://prawomamy.pl/>.

funkcjonowania opieki okołoporodowej, które umożliwią zidentyfikowanie systemowych barier oraz uchybień w realizacji standardów. Ta wiedza umożliwi bardziej skuteczne i precyzyjne działania, zarówno na poziomie szpitali, jak i rządowym, w celu wyeliminowania problemów i poprawy opieki nad kobietą i dzieckiem w newralgicznym momencie życia, jakim jest poród.

Jest absolutnie bezsprzecznym, że w momencie porodu kwestią najważniejszą jest bezpieczeństwo zarówno matki, jak i dziecka. Trzeba więc zaznaczyć, że audyt nie podejmuje, lub podejmuje w sposób marginalny, kwestie związane z bezpieczeństwem, zdrowiem i życiem rodzających. Jego celem jest ochrona innej fundamentalnej wartości, wywodzonej z praw człowieka, a konkretnie godności kobiety rodzącej wyrażonej przez prawa pacjenta rozbudowane o standardy opieki okołoporodowej: prawo pacjentek do poszanowania godności i intymności, prawo do informacji, prawo do świadczeń zdrowotnych, prawo do wyrażania zgody na udzielenie świadczeń zdrowotnych.

Dla Stowarzyszenia nadrzędnym celem w tym działaniu jest więc ochrona i polepszanie realizacji zadania stawianego przez art. 68 ust. 3 Konstytucji RP tj. zapewniania szczególnej opieki zdrowotnej dzieciom i kobietom ciężarnym przez władze publiczne. Z perspektywy Stowarzyszenia, prócz praw pacjenta⁴, właśnie tę ochronę Państwo chciało zabezpieczyć, wprowadzając tzw. standardy okołoporodowe rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 20 września 2012 r. (Dz.U. 2012 poz. 1100). Kontrola obywatelska Stowarzyszenia realizacji tych zasad przez jednostki uczestniczące w świadczeniu usług medycznych kobietom ciężarnym, służy więc w ocenie Stowarzyszenia interesowi publicznemu dekodowanemu na poziomie ww. normy konstytucyjnej.

W zakresie merytorycznym i naukowym, opieraliśmy się na wytycznych Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) powstałych na podstawie licznych badań naukowych przez nią zrealizowanych i zleconych. Posiłowaliśmy się również wieloletnim dorobkiem Fundacji Rodzic po Ludzku i prowadzonych przez nią akcji.

Pozostajemy przekonani, że Stowarzyszenie z jednostkami służby zdrowia łączy zbieżność celów i idei, sprowadzających się do dbania o interes rodzających i jak najlepsze przebycie przez nie okresu ciąży, porodu i połogu, przy zachowaniu ich praw i ciągłym polepszaniu standardów opieki. Mamy nadzieję na przydatność zebranego materiału, zarówno dla instytucji publicznych, środowisk medycznych, jak i dla potencjalnych rodzających.

1.1. Metodologia

Audyt społeczny został przeprowadzony za pomocą wywiadów ankietowych w szpitalach i oddziałach położniczych w województwie małopolskim oraz przez ankiety internetowe. Dotyczył kobiet, które rodziły dziecko w okresie pomiędzy 1 maja 2013 r. a 17 stycznia 2016 r. Badanie ankietowe w szpitalach oraz przez internet odbyło się w okresie od końca lipca 2015 r. do 17 stycznia 2016 r. Zostało poprzedzone badaniem pilotażowym przeprowadzonym w lipcu 2015 r. Szpitalu Specjalistycznym im. L. Rydygiera oraz Szpitalu Uniwersyteckim w Krakowie. Badanie ankietowe uzupełniono wnioskami o udostępnienie informacji publicznej skierowanymi do szpitali.

4 Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, dalej: ustawa, prawa pacjenta.

Audyt społeczny dotyczył realizacji standardów opieki okołoporodowej wskazanych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z 20 września 2012 r.⁵, na podstawie doświadczenia kobiet z porodu i początków połogu. Skoncentrowano się na zagadnieniach dotyczących godnego porodu i ochrony godności kobiety rodzącej, a więc podmiotowości rodzącej, informowaniu jej przez personel, życzliwości personelu względem niej, warunkach panujących – zdaniem rodzących – w szpitalach. Badaniem objęto także naturalność porodu, rozumianą jako sprowadzanie do niezbędnego minimum liczby interwencji medycznych w proces, zgodnie z zaleceniami Światowej Organizacji Zdrowia⁶. Medykalizacja porodu⁷, w ujęciu Mardsena Wagnera, konsultanta Światowej Organizacji Zdrowia ds. położnictwa i opieki nad matką i dzieckiem, jest procesem wpływającym na godność porodu i może być odebrana jako dehumanizująca⁸.

Audyt nie jest i nie miał być w jakimkolwiek stopniu oceną profesjonalizmu lekarzy w zakresie sztuki medycznej. Nie obejmuje również opieki neonatologicznej. Stowarzyszenie jest świadome ograniczeń własnych kompetencji w tym zakresie. Zdaje sobie także sprawę, że nie jest możliwa rzetelna ocena danej sytuacji jedynie na podstawie relacji rodzącej. Niemniej można ocenić zjawisko na podstawie statystyki jego występowania. W ten sposób oceniony został między innymi poziom naturalności i medykalizacji porodu w szpitalu.

Zebrane dane dotyczą liczby porodów stanowiącej 10,51% porodów w 2014 r. w całym województwie. W przypadku poszczególnych szpitali, dotyczą od 6,34% do 55,26% względem liczby porodów za 2014 r.

Wstępnie zakładano objęcie audytem jedynie porodów fizjologicznych. Szybko jednak okazało się, że z powodu powszechności cięć cesarskich (43,43% dla porodów w 2014 r. w województwie małopolskim), by móc w pełni ocenić kwestię godności kobiety podczas porodu, trzeba uwzględnić też operacje. Ich udział w audycie wynosi 43,56%. Trzeba zaznaczyć, że standardy opieki okołoporodowej wyznaczone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia dotyczą także cięć cesarskich w zakresie przyjęcia do szpitala, rozpoczęcia porodu fizjologicznego oraz opieki na sali poporodowej – czyli wszystkich aspektów oprócz samej operacji. Ta z kolei jest objęta prawami pacjenta⁹, w tym np. prawem do bycia informowanym o przeprowadzanych zabiegach (roz. 3 i roz. 5 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta), poszanowania intymności i godności (roz. 6).

W większości kryteriów bazowano na standardach zawartych w rozporządzeniu. Wyjątkiem jest sama operacja cięcia cesarskiego, gdzie opierano się na prawach pacjenta, oraz pytania o warunki panujące w szpitalu, które wchodzą w skład szeroko rozumianej ochrony godności kobiety rodzącej, nie są jednak regulowane przez standard opieki okołoporodowej.

Nadrzędnym celem audytu jest ochrona wartości, jaką jest godność rodzącej kobiety – wartość chroniona przez prawa pacjenta rozbudowane o standardy opieki okołoporodowej.

5 Dz.U. 2012 poz. 1100, <http://isap.sejm.gov.pl/DetailsServlet?id=WDU20120001100>.

6 <http://www.rodzicpoludzku.pl/Wiedza-o-porodzie/zalecenia-WHO-Porod-nie-jest-choroba.html>.

7 <http://www.erodzina.com/porod-nie-jest-choroba/>.

8 Torbé A., Ćwiek D., Modrzejewska E., *Humanizacja porodu we współczesnym położnictwie*, Borgis – Nowa Medycyna 3/2010, s. 104–112. Dostępny także pod adresem internetowym: <http://www.czytelniamedyczna.pl/3575,humanizacja-porodu-we-wspolczesnym-poloznictwie.html>.

9 Na podstawie Ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, z dnia 6 listopada 2008 r. z późn. zm., Dz.U. 2009 nr 52 poz. 417, <http://isap.sejm.gov.pl/DetailsServlet?id=WDU20090520417>.

W tym celu potrzebna jest diagnoza stanu faktycznego, identyfikacja przyczyn sytuacji, a następnie zmiana w kierunku zapewnienia pełniejszej realizacji chronionej wartości. Z tej przyczyny należy rozróżnić audyt społeczny od badania naukowego. Pomimo wykorzystania naukowych metod badawczych, ze względu na cel audytu, który nie jest czysto badawczy, audyt społeczny nie jest badaniem naukowym. Należy go traktować jako formę kontroli obywatelskiej, której celem jest ochrona i polepszanie realizacji zadania stawianego wywodzonej z art. 68 ust. 3 Konstytucji tj. zapewniania szczególnej opieki zdrowotnej dzieciom i kobietom ciężarnym przez władze publiczne.

1.1.1. Rodzaje ankiet

Jedną z ważniejszych decyzji na etapie projektowania audytu była ta o stworzeniu osobnych ankiet dla porodu fizjologicznego i dla operacji cięcia cesarskiego. Podjęto ją ze względu na trzy czynniki:

- a. ogromne różnice pomiędzy porodem fizjologicznym a operacją cięcia cesarskiego;
- b. różnorodność wariantów przebiegu i możliwych konsekwencji porodu fizjologicznego;
- c. różnorodność przyczyn, przebiegu i konsekwencji operacji cięcia cesarskiego.

Zdecydowano, że pojedyncza ankietka byłaby zbyt rozbudowana i zbyt złożona, by zapewnić wiarygodne wyniki i wystarczający zwrot odpowiedzi. Problem, możliwy do zminimalizowania w przypadku ankiet elektronicznych, byłby szczególnie widoczny w przypadku ankiet papierowych, rozprawdzanych w szpitalach. Jedna ankietka dla obu porodów byłaby także bardziej kosztowna. Zdecydowano o powstaniu dwóch ankiet – jednej dla porodu fizjologicznego i jednej dla operacji cięcia cesarskiego – jako wariant bezpieczniejszy i bardziej efektywny kosztowo przy ograniczonych zasobach finansowych Stowarzyszenia.

Zdecydowana większość pytań w ankietach była pytaniami zamkniętymi z kafeterią dysjunktywną (z jedną możliwą odpowiedzią). Kilka pytań dopuszczało więcej niż jedną odpowiedź (kafeteria koniunktywna), kilka zawierało kafeterię półotwartą (z możliwością wpisania swojej odpowiedzi – „inne, jakie?”). Dodatkowo ankietowane miały możliwość dopisania swojego komentarza do części ankiety i niektórych zagadnień. Ze względu na *stricte* subiektywny charakter, komentarze nie były brane pod uwagę przy liczeniu wyników audytu, zostały jednak wykorzystane w interwencjach Stowarzyszenia w szpitalach.

1.1.2. Punktacja i kategorie oceny

Większość pytań z kafeterią dysjunktywną i jedno pytanie z kafeterią koniunktywną miały przypisaną wagę punktową za poszczególne odpowiedzi. Wagi punktowe zostały określone ze względu na ważność danego zagadnienia (kryterium wartościujące) dla rodzących i przebiegu porodu. Punktacja została opracowana w oparciu o konsultacje z grupą kobiet ze Stowarzyszenia Obywatel Mama, które rodziły w przeciągu ostatnich 5 lat.

Pytania z przypisaną wagą punktową, poza jednym, miały również przyporządkowaną jedną lub więcej kategorii, której dotyczyły:

Informowanie (skala: brak informowania – informowanie) – zakres, w jakim szpital informuje kobietę o przebiegu porodu, przebiegu operacji, stanie zdrowia jej i dziecka, metodach łagodzenia bólu, środkach przeciwbólowych oraz różnych udogodnieniach dostępnych w szpitalu, o interwencjach medycznych. Dotyczy **prawa pacjentek do informacji** (zgodnie z regulacją art. 9–12 ustawy oraz cz. V ust. 2 pkt 7, cz. VI, cz. XI ust. 2 pkt 5, cz. XII ust. 8 standardów okołoporodowych, łącznie w zw. z art. 8 ustawy).

Naturalność (skala: medykalizacja – naturalność) – poziom interwencji medycznych. Część interwencji medycznych ratuje życie i jest niezbędna ze względu na zdrowie matki i dziecka. Interwencje medyczne stały się jednak bardzo powszechne, stosuje się je nie tylko ze względu na ratowanie życia i zdrowia, ale także np. by przyspieszyć proces porodu. Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) ocenia, że trzeba wspierać procesy fizjologiczne. W Polsce z roku na rok rośnie liczba cięć cesarskich. Każdorazowo trudno ocenić, czy interwencja była konieczna, czy też nie. Statystycznie jednak można zobaczyć większe odchylenia od krzywej rozkładu normalnego (Gaussa). Dotyczy **prawa pacjentek do świadczeń zdrowotnych** (zgodnie z regulacją art. 6–8 ustawy oraz przykładowo cz. V ust. 3 pkt 4, cz. VI, cz. VIII ust. 2 w tym np. pkt 2 lit. m, ust. 3 np. pkt 5 standardów okołoporodowych).

Podmiotowość (skala: uprzedmiotowienie rodzącej – podmiotowość rodzącej) – poziom, w jakim szpital umożliwia rodzącej decydowanie o przebiegu porodu, stosowanych interwencjach i wszystkim, co się z nią dzieje. Dotyczy **prawa pacjentek do wyrażania zgody na udzielenie świadczeń zdrowotnych** (zgodnie z regulacją art. 15–19 i powiązanego prawa do informacji [por. pkt 12] ustawy oraz cz. V ust. 2 pkt 6 standardów okołoporodowych).

Życzliwość (skala: brak życzliwości personelu – życzliwość personelu) – sposób odnośzenia się do rodzącej, empatia, zrozumienie dla jej sytuacji. Dotyczy **prawa pacjentek do poszanowania godności i intymności** (zgodnie z regulacją cz. V w szczególności ust. 1 i 2, jak i cz. VIII ust. 3 pkt 2, rozporządzenia w zw. z art. 8 oraz 20–22 ustawy).

Warunki (skala: złe warunki – dobre warunki) – warunki szpitalne. Obejmują warunki sanitarno-lokalowe, umożliwienie realizacji prawa do zachowania intymności, dostępność doradców laktacyjnych, wsparcia psychologicznego, proponowanie dodatkowych sprzętów ułatwiających poród. Dotyczy również **prawa pacjentek do poszanowania godności i intymności** (zgodnie z regulacją cz. V w szczególności ust. 1 i 2, jak i cz. VIII ust. 3 pkt 2, rozporządzenia w zw. z art. 8 oraz 20–22 ustawy).

1.1.3. Poród fizjologiczny a cięcie cesarskie

W przypadku porodu zakończonego operacją cięcia cesarskiego sama operacja jest wyłączone spod standardów opieki okołoporodowej określonych w rozporządzeniu. Z tej przyczyny ankiety dotyczące cięcia cesarskiego pozwalają na zebranie mniejszej liczby punktów niż ankiety dotyczące porodu fizjologicznego, gdzie maksymalny wynik wynosi 115 punktów. W przypadku cięcia cesarskiego zaplanowanego cała procedura przyjęcia do szpitala może wyglądać inaczej, a część pytań staje się bezprzedmiotowa. Dlatego za ten wariant można uzyskać najmniej, maksymalnie 80 punktów. Nieco więcej – 91 punktów szpital może

uzyskać za cięcie cesarskie niezaplanowane, kiedy decyzja o cięciu cesarskim zostaje podjęta w momencie przyjęcia do szpitala.

Wyjątkiem jest wariant porodu, w którym poród rozpoczyna się jako poród fizjologiczny, a kończy jako operacja cięcia cesarskiego. W tym wariancie część dotycząca porodu fizjologicznego stanowi dla szpitala niejako szansę na dodatkowe punkty, w efekcie umożliwiając zebranie za taką ankietę większej liczby punktów niż za ankietę dotyczącą porodu fizjologicznego – łącznie 157 punktów. Ten wariant daje możliwość statystycznego premiowania starań personelu o poród fizjologiczny oraz jego ciężkiej pracy przy skomplikowanym porodzie. Ta liczba punktów jest jednak uzależniona od zaawansowania porodu fizjologicznego w momencie decyzji o cięciu cesarskim. Wyniki audytu pokazują, że jest to możliwość bardziej teoretyczna, a ocena tej części porodu jest przeważnie dość niska (sama w sobie ma charakter poglądowy), ze względu na dość szybkie podejmowanie decyzji o cięciu cesarskim.

Różnica w punktacji pomiędzy cięciem cesarskim a porodem fizjologicznym statystycznie promuje szpitale, które mają niższy odsetek cięć cesarskich. Jest to zgodne z zaleceniami WHO¹⁰ i służy ochronie wartości, jaką jest naturalność porodu. Należy jednak zwrócić uwagę, że ten mechanizm trzeba by ocenić zdecydowanie inaczej, gdyby odsetek cięć cesarskich wynosił zalecane przez WHO 10–15% lub się do tego poziomu zbliżał.

1.1.4. Jakość danych

Ankiety internetowe zostały zabezpieczone kodem, który umożliwił wskazanie i policzenie indywidualnych użytkowników, jednocześnie nie umożliwiając ich identyfikacji.

Położnicom rozdawano ankiety, które wypełniały na sali poporodowej. W kilku przypadkach zebrano informacje od osób wychodzących już ze szpitala. Wypełnione ankiety były następnie wprowadzane do systemu i archiwizowane.

Zebrane dane zostały poddane procesowi weryfikacji i czyszczenia pod względem kompletności (wypełnione poniżej 50% ankiety), wiarygodności (powtarzające się klucze w korelacji z datami porodu i kolejnością rodzonego dziecka), unikalności (identyczne ankiety), oraz istotności (czy dotyczy badanego zagadnienia – np. porody przed datą 1 maja 2013 r.).

Po procesie weryfikacji pozostały 3602 ankiety.

1.1.5. Potencjalne zniekształcenia

Audyt tej wielkości i o takim poziomie skomplikowania jest naturalnie narażony na możliwe zniekształcenia.

1. Stopień referencyjności szpitali – może mieć bardzo poważny wpływ na wyniki badania i rankingów, zwłaszcza w zakresie kategorii „naturalność”. Im wyższy stopień referencyjności, tym wyższy odsetek porodów z komplikacjami, wymagających interwencji medycznych, wyższy jest także odsetek koniecznych cięć cesarskich (patrz ppkt 4). Przy

10 <http://www.rodzicpoludku.pl/Wiedza-o-porodzie/zalecenia-WHO-Porod-nie-jest-choroba.html>.

skomplikowanym medycznie porodzie może być trudniej zapewnić realizację wszystkich standardów okołoporodowych. Nie zmniejsza to jednak obowiązku ich realizacji.

2. W audycie ujęto porody fizjologiczne oraz operacje cięcia cesarskiego. Wszelka punktacja była oparta na odpowiedziach ankietowanych. Z tego powodu w punktacji sam rodzaj porodu nie jest oceniany (dla porodu fizjologicznego i dla cięcia cesarskiego były osobne ankiety). Może to mieć konsekwencje dla kategorii „naturalność”, w której wpływ liczby operacji cięcia cesarskiego może być niedoszacowany względem wpływu innych interwencji medycznych. Ankieta dla porodu fizjologicznego w kategorii „naturalność” umożliwiła szpitalowi otrzymanie 76 punktów. Operacja cięcia cesarskiego zaś, jeśli była planowana lub podjęto o niej decyzję na izbie przyjęć, dawała 24 punkty, a jeśli rozpoczęła się porodem fizjologicznym – 58 punktów. Dla większości sytuacji waga punktowa porodu fizjologicznego względem cięcia cesarskiego będzie wynosić 52 punkty, a w pozostałych 18 punktów. Zawsze będzie jednak uzależniona od odpowiedzi na pozostałe pytania w kategorii „naturalność”.
3. Można zauważyć różnice pomiędzy ankietami elektronicznymi a ankietami ze szpitali. Szpitale są generalnie oceniane wyraźnie gorzej przez internet niż podczas pobytu w szpitalu – dla ankiet ze szpitala ocena w skali województwa wynosi 67,01%, dla ankiet elektronicznych 60,51%. Ta różnica prawdopodobnie wynika z więcej niż jednej przyczyny. Oto kilka możliwych:
 - a) Motywacja kobiet po porodzie – negatywne doświadczenia budzą silniejszą wolę do działania, a więc wypełniania ankiety, niż pozytywne. Ten wpływ nie jest jednak wyraźnie widoczny – większość ankiet elektronicznych generalnie ocenia szpitale pozytywnie.
 - b) Tuż po doświadczeniu krańcowym, jakim jest poród, z dzieckiem zdrowym i bezpiecznym przy sobie, kobiety mają tendencję do oceniania porodu bardziej pozytywnie, niż z perspektywy czasu, na spokojnie. Na to brak jednak dowodów.
 - c) Różnica w strukturze wykształcenia – wśród ankietowanych drogą elektroniczną nadreprezentowane są kobiety z wyższym wykształceniem – stanowią 78,72%. Wśród ankietowanych w szpitalach kobiety z wyższym wykształceniem stanowią 52,69%. Struktura wykształcenia dla ankiet ze szpitala („papierowych”) i ankiet elektronicznych:

Tabela 1. Struktura wykształcenia dla ankiet ze szpitala i ankiet elektronicznych

Ze szpitala			Elektroniczne		
Podstawowe	69	2,86%	Podstawowe	10	0,85%
Zawodowe	247	10,23%	Zawodowe	46	3,91%
Średnie	826	34,22%	Średnie	194	16,51%
Wyższe	1272	52,69%	Wyższe	925	78,72%

- d) Różnica w okresie czasu badania – dla ankiet elektronicznych dotyczy porodów z okresu od 1 maja 2013 r. do 17 stycznia 2016 r., podczas gdy ankiety papierowe rozdawane

w szpitalach z konieczności dotyczą węższego okresu czasu – od lipca 2015 r. do 17 stycznia 2016 r. Ankiety elektroniczne w podziale na lata wykazują pewną tendencję wzrostową realizacji standardów opieki okołoporodowej. Szpitale, które mają większy odsetek ankiet elektronicznych, zwłaszcza dotyczących porodów przed 2015 r., mogą wypadać gorzej w audycie.

Bez względu na przyczynę różnica między ocenami z ankiet elektronicznych i papierowych sprawia, że szpitale z wyższym odsetkiem ankiet elektronicznych mogą wypadać w audycie gorzej od szpitali, w których dominowały ankiety papierowe. Powinno być to szczególnie widoczne w przypadku dwóch krakowskich szpitali, które odmówiły udziału w audycie i niemal wszystkie ankiety ich dotyczące były wypełnione elektronicznie – Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Szpital na Siemiradzkiego im. R. Czerwiakowskiego oraz Szpital Miejski Specjalistyczny im. Gabriela Narutowicza. Należy jednak zwrócić uwagę na olbrzymią różnicę w ocenach tych dwóch szpitali.

4. Różnica punktowa pomiędzy operacją cięcia cesarskiego oraz porodu fizjologicznego. Za ankietę dotyczącą porodu fizjologicznego szpital mógł otrzymać wyższą liczbę punktów niż za ankietę dotyczącą cięcia cesarskiego (patrz pkt 1.1.3. Poród fizjologiczny a cięcie cesarskie). Może to wpływać negatywnie na ocenę szpitali, które mają wyższy odsetek operacji cięcia cesarskiego. Należy zaznaczyć, że pomimo iż jest to zniekształcenie celowe, zgodne z zaleceniami WHO i treścią standardów opieki okołoporodowej, może ono wpływać także negatywnie na ocenę szpitali z wyższym stopniem referencyjności.
5. Różnica pomiędzy oceną porodu fizjologicznego a oceną operacji cięcia cesarskiego. Generalnie operacja cięcia cesarskiego jest oceniana znacznie niżej (56,61%) przez ankietowane niż poród fizjologiczny (70,29%). To sprawia, że szpitale, które mają wyższy odsetek cięć cesarskich, mogą wypadać w audycie gorzej od szpitali, w których ten odsetek jest niższy.
6. Liczba ankiet – w związku z dużymi różnicami w liczbie porodów między szpitalami, znacząco różni się także liczba ankiet w nich zebranych. Im więcej ankiet, tym stabilniejszy i bardziej pewny jest wynik audytu. W przypadku szpitali, gdzie ta liczba jest niższa, łatwiej o zachwianie oceny szpitala przez kilka wyjątkowo pozytywnych lub wyjątkowo negatywnych ankiet. Pomimo tego, statystyka występowania danych zjawisk powinna być poprawna. Globalne wyniki audytu zdają się to potwierdzać.
7. Wagi punktowe poszczególnych pytań – pomimo konsultacji z kobietami, które miały za sobą poród i ustalenia punktacji na podstawie ważności dla nich poszczególnych zagadnień, ostatecznie wagi punktowe mają charakter częściowo subiektywny. W przypadku odmiennych ocen wagi punktowej należy jednak zwrócić uwagę, że te same kryteria zostały zastosowane sprawiedliwie do oceny wszystkich szpitali.
8. Pomimo pilotażu i skonsultowania pytań, nie można wykluczyć, że pytania dotyczące kwestii medycznych, nawet z zawartymi wyjaśnieniami, nie zostaną właściwie zrozumiane, a dana interwencja lub zabieg zostaną pomyłone z czymś innym. Należy jednak zwrócić uwagę, że takie sytuacje także dostarczają informacji i świadczą o tym, że rodząca nie była wystarczająco dobrze informowana o przebiegu porodu i procedurach medycznych, którym była poddawana.

1.1.6. Wzory ankiet

Wzory ankiet są przedstawione wraz z przypisaną im punktacją i kategoriami w *Aneksie 1. Metodologia – wzory ankiet wraz z odniesieniem do Standardów*. Pytania zostały uzupełnione o fragmenty standardów opieki okołoporodowej, które dotyczą ich w sposób najbardziej bezpośredni.

Warto przy tym zauważyć, że poszczególne punkty rozporządzenia silnie się przenikają, stanowią spójny system, przez co wybrane pytanie może dotyczyć więcej niż jednego zapisu rozporządzenia. Trzeba też zaznaczyć, że część pytań nie objęta Standardem Opieki Okołoporodowej jest objęta ochroną godności kobiety rodzącej przez prawa pacjenta¹¹, w tym prawem do bycia informowanym o przeprowadzanych zabiegach (roz. 3 i roz. 5 Ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta), do poszanowania intymności i godności (roz. 6).

1.2. Opis próby

Badanie było prowadzone za pomocą ankiet papierowych rozdawanych przez ankieterki w szpitalach oraz za pomocą ankiety elektronicznej na stronie internetowej www.prawomamy.pl. Całość próby, już po czyszczeniu danych, to 3602 ankiety. Ankiety papierowe stanowią 67,38%, elektroniczne 32,62%.

1.2.1. Wykształcenie

W stosunku do danych Głównego Urzędu Statystycznego można stwierdzić nadreprezentację kobiet z wyższym wykształceniem. Niewystarczająco reprezentowane pozostają kobiety z wykształceniem podstawowym, zawodowym i średnim. Ta dysproporcja jest szczególnie widoczna w przypadku ankiet elektronicznych, gdzie udział osób z wyższym wykształceniem wynosi 78,72%, występuje jednak w niewielkim stopniu także w przypadku ankiet papierowych (52,69% z wyższym wykształceniem).

Tabela 2. Wykształcenie uczestniczek audytu w porównaniu z danymi dla województwa małopolskiego wg Rocznika Demograficznego 2015 Głównego Urzędu Statystycznego

Wykształcenie	Próba ^a	Urodzenia wg poziomu wykształcenia matki w 2014 r. ^b
Podstawowe	2,19%	3,70%
Zawodowe	8,13%	11,09%
Średnie	28,32%	31,34%
Wyższe	60,99%	49,38%

^a Odpowiedzi na pytanie o wykształcenie nie udzieliło 0,36% ankietowanych.

^b Rocznik Demograficzny 2015, GUS

11 Na podstawie Ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, z dnia 6 listopada 2008 r. z późn. zm., Dz.U. 2009 nr 52 poz. 417, <http://isap.sejm.gov.pl/DetailsServlet?id=WDU20090520417>.

Ta dysproporcja może wynikać z kilku powodów:

- a. Próbę dobierano tak, by była jak najbardziej reprezentatywna dla poszczególnych szpitali, nie względem populacji kobiet w województwie małopolskim. Najwięcej urodzeń w województwie ma miejsce w szpitalach w Krakowie, a tym samym 1655 spośród 3602 ankiet, a więc 45,95%, wypełnionych zostało przez kobiety rodzące w tym mieście. Mieszkancki Krakowa statystycznie są lepiej wykształcone (wyższe 34,8%) na tle województwa małopolskiego (wyższe 20,5%). Nie zbierano danych dotyczących miejsca zamieszkania ankietowanych, niemniej może to mieć wpływ na badanie.
- b. Dane pochodzące z Rocznika Demograficznego 2015 dotyczą 2014 r. Badanie dotyczy okresu maj 2013–styczeń 2016 ze zdecydowaną przewagą 2015 r.
- c. Z informacją o projekcie i ankiecie udało się dotrzeć do szerokiego grona kobiet w Krakowie, również dzięki cyklicznym spotkaniom kręgów okołoporodowych. To wpłynęło na dużą liczbę ankiet elektronicznych wypełnionych przez kobiety z Krakowa, mających statystycznie wyższe wykształcenie. W przypadku ankiet papierowych istnieje możliwość, że kobiety z wykształceniem podstawowym, zawodowym, średnim częściej odmawiały udziału w ankiecie niż osoby z wykształceniem wyższym.

W ankiecie nie wzięto pod uwagę wykształcenia gimnazjalnego oraz niepełnego podstawowego.

1.2.2. Kolejność urodzenia dziecka

Pierworódki stanowią 53,22% próby, są więc nadreprezentowane w stosunku do danych dla województwa za 2014 r. (45,58%). Niewystarczająco reprezentowane są również kobiety rodzące drugie i kolejne dziecko.

Tabela 3. Kolejność rodzonego dziecka przez uczestniczki audytu w porównaniu z danymi dla województwa małopolskiego wg Rocznika Demograficznego 2015 Głównego Urzędu Statystycznego

Poród dziecka	Próba	Dane dla województwa za 2014 r. ^a
Pierwszego	53,22%	45,58%
Drugiego	32,93%	37,59%
Trzeciego	10,33%	11,99%
Czwartego lub więcej	3,36%	4,11%

^a Rocznik Demograficzny 2015, GUS

1.2.3. Przebieg ciąży

U 78,43% ankietowanych ciąża przebiegała prawidłowo. U 5,14% pojawiły się powikłania, które nie wymagały pobytu na oddziale patologii ciąży. Spośród ankietowanych 14,88% przebywało na oddziale patologii ciąży.

1.2.4. Stan zdrowia dziecka po urodzeniu

Dzieci 87,67% ankietowanych urodziły się w stanie na tyle dobrym, by nie musiały przebywać na oddziale patologii noworodka. Stan 11,47% dzieci wymagał hospitalizacji na takich oddziałach. Mniej niż 1% kobiet (0,86%) odmówiło odpowiedzi na to pytanie.

1.2.5. Wybór szpitala

Najczęstszym powodem wyboru szpitala była dobra opinia oddziału położniczego. Ten powód wskazało 53,11% ankietowanych. Drugim powodem była odległość od miejsca zamieszkania, deklarowana przez 44,84% ankietowanych. Bardzo ważna była też opinia lekarza, który prowadził ciążę – 31,20%, w wielu odpowiedziach (2,86%) jako powód wskazywano, że lekarz prowadzący ciążę lub polecany/znajomy pracuje w szpitalu. Dla 20,93% ankietowanych istotna była obecność oddziału patologii noworodka i możliwość uzyskania wsparcia w razie problemu. Szpitale wybierano także ze względu na dobre doświadczenia z wcześniejszych porodów oraz opinię znajomych. 2,83% jako powód wskazało, że szpital jest jedynym z oddziałem położniczym w okolicy.

1.2.6. Lekarz/położna prowadząca a szpital

Lekarz lub położna prowadząca ciążę pracowała w szpitalu, w którym odbywał się poród w 60,28% przypadków. Spośród nich 19,66% wszystkich ciąż była prowadzona w państwowej przychodni, 40,62% w gabinecie prywatnym.

W przypadku 38,87% ankietowanych lekarz ani położna prowadzący ciążę nie pracowali w szpitalu, w którym odbył się poród.

1.2.7. Opłata za indywidualną opiekę położnej

Za indywidualną opiekę imiennie wybranej położnej zapłaciło 6,75% ankietowanych. 90,62% nie płaciło za indywidualną opiekę położnej, a 2,63% ankietowanych nie pamięta lub nie udzieliło odpowiedzi.

1.2.8. Porody w poszczególnych latach

Ankiety elektroniczne obejmowały okres porodów od maja 2013 r. do 17 stycznia 2016 r., ostatnie ankiety dotyczyły porodów z grudnia 2015 r. Ankiety papierowe obejmują porody głównie z 2015 r. oraz niewielką część z 2016 r. z Nowego Szpitala w Olkusz, który na audyt w placówce zgodził się dopiero pod koniec grudnia, jako ostatni szpital.

W skład próby wchodzi:

2013 r. – **190 porodów**, 5,27% próby

2014 r. – **409 porodów**, 11,35% próby

2015 r. – **2983 porodów**, 82,82% próby

2016 r. – **20 porodów**, 0,56% próby.

1.3. Przebieg audytu

Audytem zostało objętych 28 placówek – szpitali i oddziałów położniczych w całej Małopolsce, przy czym dwie z nich nie zgodziły się na przeprowadzenie ankiet na terenie szpitala (NZOZ Szpital na Siemiradzkiego im. R. Czerwiakowskiego i Szpital Miejski Specjalistyczny im. Gabriela Narutowicza w Krakowie) i zostały ocenione na podstawie ankiet internetowych.

Te dwa sposoby pozyskiwania danych – ankiety na terenie szpitala i ankieta internetowa na www.prawomamy.pl – zostały wybrane jako optymalne, aby mieć gwarancję dotarcia do respondentek – kobiet rodzących w konkretnym szpitalu. Takie rozwiązanie umożliwiło wypełnienie ankiety kobietom, które urodziły przed rozpoczęciem audytu, jak też rodzącym w szpitalach, które nie zgodziły się na zbieranie danych na swoim terenie. Audytem zostały objęte porody pomiędzy 1 maja 2013 r. a 17 stycznia 2016 r.

W maju i czerwcu 2015 r. zostały przygotowane narzędzia audytu – unikalne ankiety odnoszące się do standardów zawartych w rozporządzeniu. W tym okresie równolegle rozpoczęto pozyskiwanie zgód na przeprowadzenie ankiet na terenie szpitali. Jako pierwsze na badanie zdecydowały się Szpital Uniwersytecki i Szpital Specjalistyczny im. L. Rydygiera w Krakowie. W obydwu szpitalach w lipcu 2015 r. przeprowadzony został pilotaż, który pozwolił na optymalne dostosowanie ankiety, zasad jej przeprowadzania do zasad panujących w szpitalach i wyjątkowego stanu kobiet, tak aby jak najmniej ingerować w pracę personelu i nie naruszać spokoju i intymności kobiet po porodzie.

Ankieterki – audytorki rekrutowane były wśród kobiet z całej Małopolski, większość z nich była również matkami. W całym audycie wzięło udział 16 audytorek, z których każda miała przypisany szpital/szpitala i była odpowiedzialna za przebieg audytu w placówce przez cały czas jego trwania. Nie udało się zrekrutować ankieterek w każdej miejscowości, w których są placówki położnicze, dlatego też część ankieterek dojeżdżała do szpitali.

Należy podkreślić, że większość szpitali chętnie wyraziła zgodę na audyt po otrzymaniu dokładnych informacji na temat zasad jego realizacji. Kilka szpitali po pierwotnej odmowie zdecydowało się dopiero po dodatkowych rozmowach – Szpital Powiatowy im. L. Rydygiera w Brzesku, Szpital Powiatowy im. bł. Marty Więckiej w Bochni, Szpital Specjalistyczny im. S. Żeromskiego w Krakowie. Nowy Szpital w Olkuszu zdecydował się na przeprowadzenie badania dopiero pod koniec audytu w grudniu 2015 r. – ze względu na ten fakt audyt został przedłużony do 17 stycznia 2016 r.

Na bieżąco monitorowany był przyrost ankiet zebranych od kobiet w poszczególnych szpitalach w stosunku do założonej dla danej placówki liczby. Poszczególne szpitale różniły się liczbą porodów w kolejnych dniach/tygodniach, z tego względu częstotliwość wizyt musiała zostać zwiększona w niektórych placówkach.

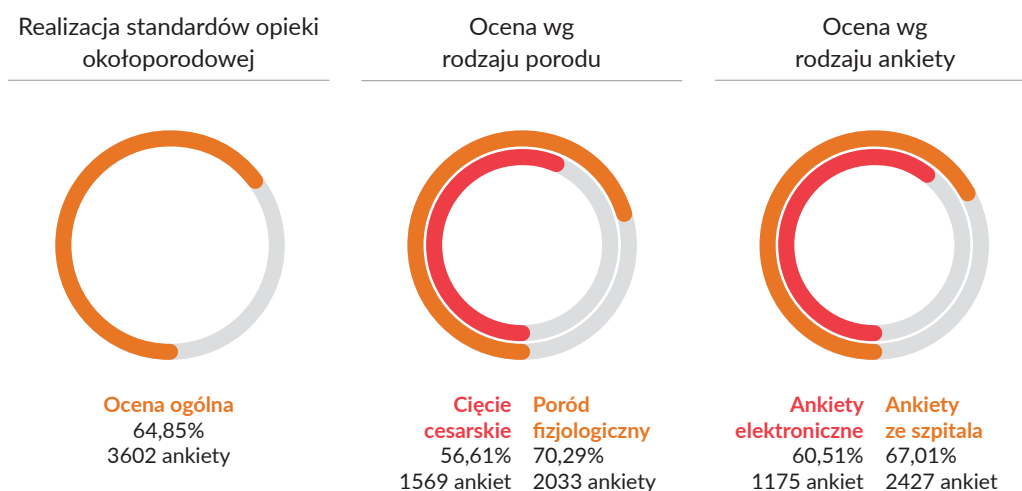
Współpraca ankieterek z położnymi i ordynatorami przebiegała dobrze i bez zakłóceń.

W dwóch przypadkach już w trakcie audytu zostało podważone prawo ankieterki do przeprowadzania ankiet, nieporozumienia zostały szybko wyjaśnione.

2

WYNIKI OGÓLNE AUDYTU

Wyniki audytu wskazują, na podstawie 3602 ankiet, że opieka okołoporodowa w województwie małopolskim w odniesieniu do praw pacjenta i standardów opieki okołoporodowej jest realizowana na poziomie 64,85%.



Trudno uznać ten wynik za wysoki. Wskazuje on, że w województwie małopolskim jest sporo przestrzeni na poprawę opieki okołoporodowej w zakresie praw pacjenta i standardów.

W przypadku samych porodów fizjologicznych jest nieco lepiej, standardy są realizowane w 70,29%. Warto zwrócić uwagę na dramatyczną (13,68%) różnicę pomiędzy realizacją standardów i praw pacjenta w przypadku porodu fizjologicznego i cięcia cesarskiego.

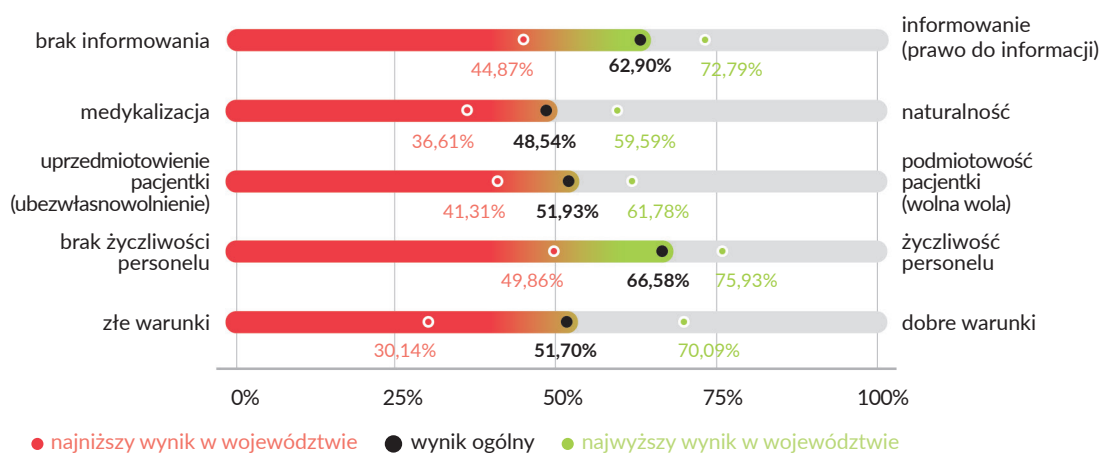
Widoczna jest również dość znaczna (6,5%) różnica pomiędzy oceną z ankiet papierowych, a ankiet elektronicznych¹².

Wyniki dla poszczególnych pytań zawarto w *Aneksie 2. Wyniki audytu dla poszczególnych pytań z ankiet*.

¹² Potencjalne przyczyny tej różnicy rozpisano w dziale „Metodologia”, w cz. 1.1.5.

2.1. Wyniki audytu w kategoriach¹³

Wykres 1. Wyniki audytu w kategoriach



Spośród 5 kategorii najlepiej realizowana jest **życzliwość**, a więc prawo pacjentek do poszanowania godności i intymności. Odpowiedzi większości ankietowanych wskazują na traktowanie ich z szacunkiem i poszanowaniem godności, wsparcie ze strony personelu, komunikatywność. Poziom 66,58% pozostawia jednak wiele miejsca do dalszej pracy. Zachowania odbierane jako niekulturalne, chłodne, niesympatyczne, krzyk, nierespektowanie lub zaprzeczanie odczuciom rodzącej, zwroty w trzeciej osobie, infantylizowanie rodzących, mizoginia, zbywające odpowiedzi, niegrzeczne komentarze, brak pytania o potrzeby i oczekiwania, brak wsparcia – niestety w dalszym ciągu mają miejsce na polskich porodówkach.

Drugą najwyżej ocenianą kategorią jest **informowanie**. Wynik 62,90% nie jest wysoki i oznacza, że w dalszym ciągu u dwóch rodzących na pięć naruszane jest prawo do informacji. Kobiety nie są informowane wcale lub są informowane w niewystarczającym stopniu o przebiegu porodu, personel z własnej inicjatywy nie podaje im informacji o ich stanie zdrowia lub o planowanych działaniach, zabiegach, badaniach, sposobach wzywiania pomocy, sposobach łagodzenia bólu, postępowaniu w laktacji, unika odpowiedzi na zadawane pytania.

Wynik audytu dla kategorii **podmiotowość** wynosi 51,93%. Prawie połowa ankietowanych spotkała się więc z naruszeniem ich prawa do wyrażania zgody na udzielenie świadczeń zdrowotnych. Nie pytano ich o preferencje dotyczące porodu lub nie liczone z nimi. Respondentki spotykały się z przypadkami nierespektowania prawa do wyrażenia zgody na dokonywane zabiegi, w tym udziału w podejmowanych decyzjach, miały ograniczony wpływ na to, co się z nimi dzieje, jakim czynnościom są poddawane. Doświadczwały uprzedmiotowienia przez instytucję totalną, jaką stawał się dla nich szpital w sytuacji ograniczeń wynikających ze stanu psychofizycznego podczas porodu.

Najślabiej wypadła kategoria **naturalność**. Podczas większości porodów wykonywane są interwencje medyczne, których przynajmniej część – ze statystycznego punktu widzenia,

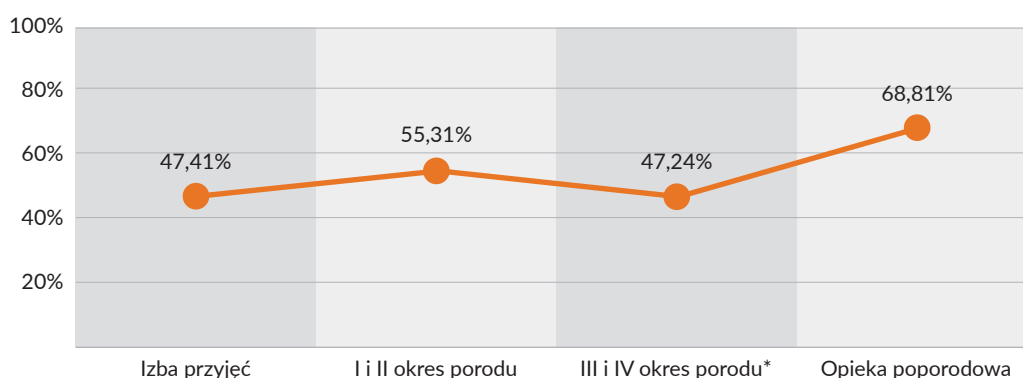
¹³ Kategorie zostały rozpisane w dziale Metodologia, cz. 1.1.2 Raportu.

abstrahując od indywidualnych sytuacji – nie ma uzasadnienia. W kategorii naturalność szpitale w województwie małopolskim zostały ocenione na 48,54%.

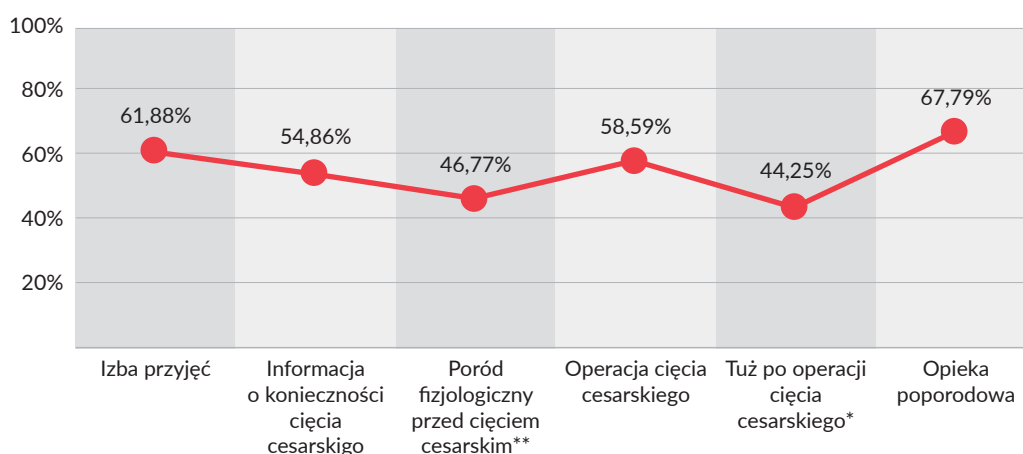
Kategoria **warunki** została oceniona na 51,70%. Ten wynik może wskazywać na naruszanie prawa pacjentek do poszanowania godności i intymności przez niezapewnienie wystarczającej opieki w zakresie warunków sanitarno-lokalowych, uniemożliwienie realizacji prawa do zachowania intymności, dostępności doradców laktacyjnych, wsparcia psychologicznego, dodatkowych sprzętów ułatwiających poród.

2.2. Poszczególne etapy porodu

Wykres 2. Wyniki audytu dla poszczególnych etapów porodu fizjologicznego. Na możliwe 100%, na podstawie ankiet wypełnionych przez rodzące.



Wykres 3. Wyniki dla poszczególnych etapów porodu w przypadku cięcia cesarskiego. Na możliwe 100%, na podstawie ankiet wypełnionych przez rodzące. W przypadku cięcia cesarskiego, uzupełniająco do standardu, zwrócono uwagę na realizację praw pacjenta na podstawie ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.



* Po przyjściu dziecka na świat.

** Bardzo różne sytuacje, często niezależne od kwestii medycznych. Ocena procentowa ma charakter poglądowy. Na możliwe 100%, na podstawie ankiet wypełnionych przez rodzące.

Przy ocenie poszczególnych etapów porodu i zestawieniu ze sobą porodu fizjologicznego i cięcia cesarskiego można zauważyć istotną (14,47%) różnicę pomiędzy przyjmowaniem do szpitala kobiet do porodu fizjologicznego i do cięcia cesarskiego. Kobiety przyjmowane do cięcia cesarskiego są traktowane – informowane i dopytywane¹⁴ – lepiej niż rodzące do porodu fizjologicznego.

Ocena poszczególnych etapów porodu wskazuje drastyczny spadek jakości opieki okołoporodowej w III i IV okresie porodu i po przyjściu dziecka na świat. Ten spadek widać także przy operacji cięcia cesarskiego.

Zarówno w przypadku cięcia cesarskiego, jak i porodu fizjologicznego, najwyżej blisko na 70%, oceniana jest opieka na sali poporodowej.

2.3. Wyniki według stopnia referencyjności

Tabela 4. Wyniki według stopnia referencyjności

Ocena	I	II	III ^a
Ogólne	65,86%	64,35%	65,87%
Informowanie	66,51%	61,15%	66,45%
Naturalność	46,11%	49,19%	50,10%
Podmiotowość	53,85%	50,77%	56,11%
Życzliwość	68,28%	65,94%	66,89%
Warunki	49,65%	51,89%	55,82%

^a Szpital Uniwersytecki jest jedynym w województwie szpitalem o III stopniu referencyjności oddziału położniczego. Ze względu na różnicę w liczbie szpitali (I – 12, II – 15, III – 1), to zestawienie ma charakter poglądowy.

Teoretycznie stopień referencyjności powinien mieć duży wpływ na wyniki audytu, zwłaszcza w zakresie kategorii „naturalność”. Im wyższy stopień referencyjności, tym wyższy odsetek porodów z komplikacjami, wymagających interwencji medycznych, wyższy powinien być także odsetek koniecznych cięć cesarskich. Przy skomplikowanym medycznie porodzie, zwłaszcza gdy jest ich więcej, może być trudniej zapewnić realizację wszystkich standardów okołoporodowych.

Tymczasem wyniki audytu, chociaż dotyczą tylko jednego szpitala o III stopniu referencyjności, są zaskakujące, nawet jeśli wziąć pod uwagę tylko I i II stopień.

W kategorii „naturalność” lepiej wypadają szpitale o wyższym stopniu referencyjności.

Ponadto, biorąc pod uwagę dane z odpowiedzi na wnioski o udostępnienie informacji publicznej (dane z ankiet nie są pod tym względem reprezentatywne), okazuje się, że w szpitalach o I stopniu referencyjności odnotowuje się najwyższy odsetek cięć cesarskich.

¹⁴ Warto tu jednak zwrócić uwagę, że odpowiedzi na pytanie „Czy Pani zdaniem, w okresie przed porodem personel szpitala szanował Panią tonem, postawą, słowem?” były bardzo podobne, z lekką, 1% przewagą na rzecz przyjmowania rodzących do porodu fizjologicznego.

Tabela 5. Odsetek porodów fizjologicznych i cięć cesarskich w szpitalach według stopnia referencyjności

Rodzaj porodu	I	II ^a	III ^b
Porody fizjologiczne	53,43%	57,08%	57,00%
Cięcia cesarskie	46,55%	42,90%	43,00%

^a Zespół Opieki Zdrowotnej w Oświęcimiu Szpital Powiatowy im. św. Maksymiliana w Oświęcimiu nie został ujęty w zestawieniu ze względu na brak odpowiedzi na wniosek o udostępnienie informacji publicznej. Nie ujęty został także Centrum Zdrowia Tuchów – oddział w Dąbrowie Tarnowskiej, który prowadzi działalność od II połowy 2015 r.

^b Szpital Uniwersytecki jest jedynym w województwie szpitalem o III stopniu referencyjności oddziału położniczego. Ze względu na różnicę w liczbie szpitali (I – 12, II – 15, III – 1), to zestawienie ma charakter poglądowy.

Temat zdecydowanie wymaga dalszych badań i dociekań. Jednak już na tym etapie można dość bezpiecznie wysnuć wnioski, że te wyniki źle świadczą o szpitalach o I stopniu referencyjności w kontekście standardów opieki okołoporodowej. Tym bardziej, że nie można wykluczyć zniekształceń wynikających z różnicy stopnia referencyjności.

2.4. Wyniki w poszczególnych latach

Ankiety elektroniczne, które obejmują porody od maja 2013 r. do końca grudnia 2015 r., dają wyjątkową okazję do spojrzenia na wyniki w poszczególnych latach (ankiety papierowe dotyczą tylko drugiej połowy 2015 r. i samego początku 2016 r. dla szpitala w Olkuszu). I chociaż to porównanie ma ograniczony charakter ze względu na niereprezentatywną próbę (patrz: roz. 1), pozwala wyciągać ostrożne wnioski odnośnie do tendencji na terenie województwa na przestrzeni lat.

Tabela 6. Wyniki audytu dla porodów w poszczególnych latach na podstawie ankiet elektronicznych

Ocena	2013 r.	2014 r.	2015 r.
Ogólne	57,67%	59,87%	61,94%
Informowanie	52,59%	55,07%	56,16%
Naturalność	47,33%	48,00%	49,44%
Podmiotowość	46,35%	47,47%	49,20%
Życzliwość	58,04%	60,22%	60,73%
Warunki	47,86%	47,84%	49,89%

Można więc zauważyć, że opieka okołoporodowa w województwie małopolskim ulega niewielkiej poprawie z roku na rok. Oczywiście ta kwestia wymaga dalszych badań, by potwierdzić, czy ta tendencja faktycznie ma miejsce, a jeśli tak, by sprawdzić, czy się utrzyma.

3

WYNIKI AUDYTU DLA POSZCZEGÓLNYCH ZAGADNIENÍ

Poniżej przedstawiono analizę wyników audytu dla poszczególnych, wybranych zagadnień. Pełne wyniki dla wszystkich pytań z ankiet zawarto w Aneksie 2.

3.1. Cięcia cesarskie

Udział procentowy cięcia cesarskiego w liczbie porodów badanych w ramach audytu wynosi **43,56%**. Według danych ze szpitali, w 2014 r. cięcia cesarskie stanowiły 42,44% wszystkich porodów¹⁵.

Na potrzeby audytu wyróżniono trzy rodzaje sytuacji cięć cesarskich:

cięcia cesarskie planowane – decyzja o cięciu cesarskim zapada przed dniem porodu;

cięcia cesarskie nieplanowane – decyzja o cięciu zapada po przyjęciu do szpitala;

cięcia cesarskie nieplanowane nagłe – rozpoczyna się jako poród fizjologiczny.

Wśród ankietowanych zdecydowanie najczęściej występował przypadek cięcia cesarskiego planowanego – 61,2%.

Wykres 4. Odsetek sytuacji cięcia cesarskiego



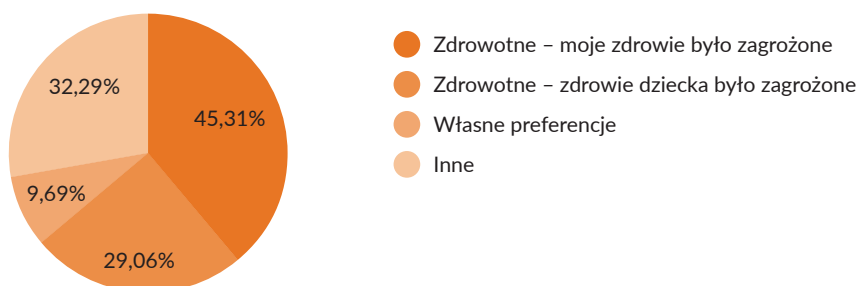
15 Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) zwraca uwagę, że operacja ta powinna być stosowana w przypadku zagrożenia życia lub zdrowia matki lub dziecka, gdy jest adekwatnym sposobem ich ochrony. Nie powinna jednak zastępować porodów fizjologicznych. WHO zauważa tendencję, w szczególności w krajach rozwiniętych, do medykalizacji porodu, włączając w to stosowanie operacji cesarskiego cięcia bez uzasadnienia medycznego. Badania WHO pokazują wyraźnie, że przekroczenie 10–15% udziału porodów przez cesarskie cięcie pozostaje bez korelacji dla zmniejszenia śmiertelności przy porodach. Efekty zdrowotne zastosowania tej operacji wciąż pozostają do końca niezbadane i nieustalone, stąd sugestia dużej ostrożności. Por. http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/cs-statement/en.

3.1.1. Cięć cesarskie planowane

Spośród cięć cesarskich planowanych 45% miało miejsce ze względu na zagrożenie zdrowia matki, 30% na zagrożenie zdrowia dziecka. Blisko 10% miało miejsce ze względu na preferencje ankietowanej, a 32% wskazało także odpowiedź „inne” (pytanie wielokrotnego wyboru).

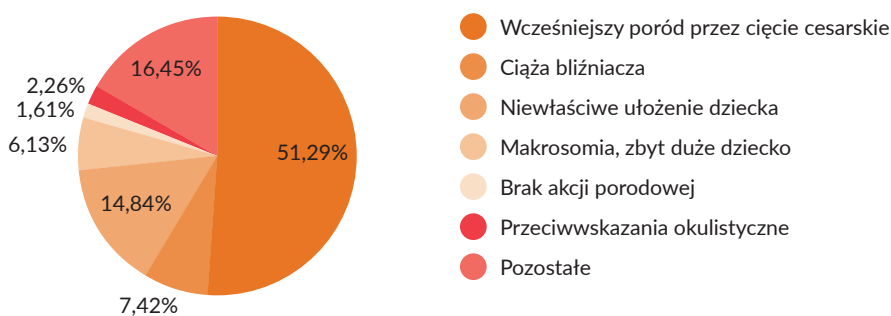
Wykres 5. Powody decyzji o cięciu cesarskim. Pytanie wielokrotnego wyboru. Nie sumuje się do 100%

Jakie były powody decyzji o cięciu cesarskim?



Spośród „innych” (310 rekordów) powodów cięcia cesarskiego, ponad połowa to cięcia cesarskie spowodowane wcześniejszym porodem przez cięcie cesarskie. Prawie 15% to niewłaściwe ułożenie dziecka, 7,4% to ciąży bliźniacze, 6,1% to makrosomia płodu i jej podejrzenie.

Wykres 6. Inne powody cięcia cesarskiego (całość: wskazane w pyt. wielokrotnego wyboru przez 32,29% ankietowanych)



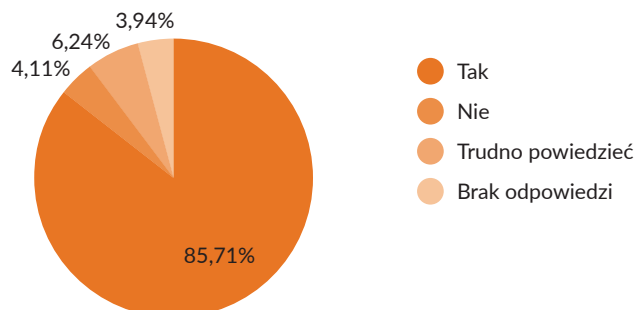
3.1.2. Cięć cesarskie nieplanowane

Przy nieplanowanym cięciu cesarskim kluczowa jest rozmowa z rodzicą, podczas której wyjaśnia się przyczyny, dlaczego zdaniem lekarza operacja jest konieczna.

Ten obowiązek personelu medycznego był wypełniany prawie w 86% przypadków.

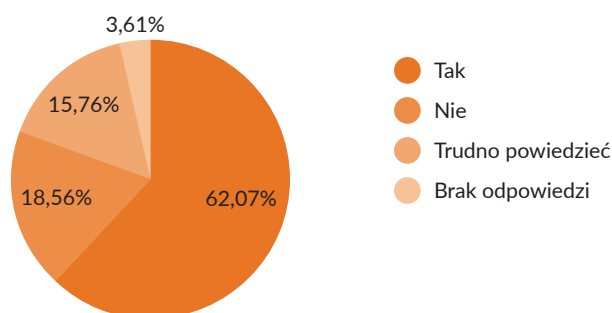
Wykres 7. Cięcia cesarskie nieplanowane: wyjaśnienie rodzącej, dlaczego cięcie cesarskie jest konieczne

Czy przedstawiono Pani jasno, dlaczego konieczne jest cięcie cesarskie?



Wykres 8. Cięcia cesarskie nieplanowane: możliwość namyślu rodzącej przed podjęciem decyzji

Czy zapewniono Pani możliwość namyślu przed podjęciem decyzji?



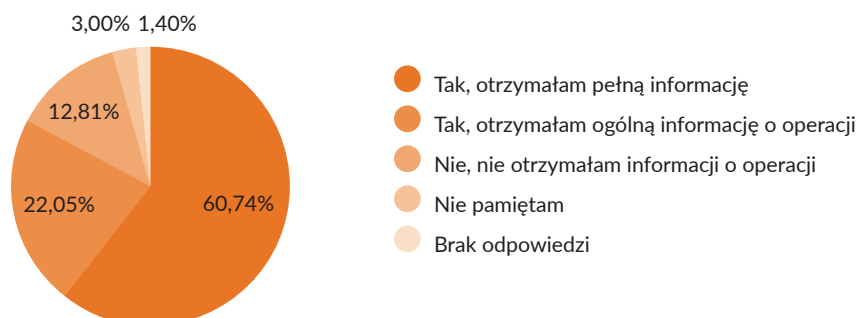
W nieco ponad 60% przypadków pozostawiono rodzącą czas na podjęcie decyzji, czy zgadza się na poddanie się operacji cięcia cesarskiego.

3.1.3. Informowanie o operacji cięcia cesarskiego

Na 1569 ankietowanych, które miały cięcie cesarskie, tylko nieco ponad 60% otrzymało pełną informację o operacji. Ogólną informację otrzymało 22% ankietowanych.

Wykres 9. Udzielenie informacji o operacji cięcia cesarskiego

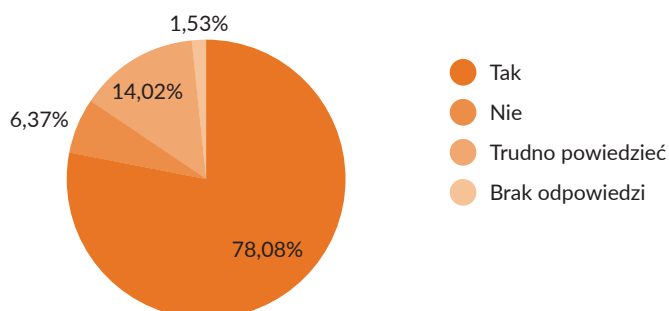
Czy udzielono Pani informacji o operacji cięcia cesarskiego?



W przypadku 78% ankietowanych personel upewniał się, czy rodząca wszystko rozumie i akceptuje. W 6% personel zaniedbał komunikację w tym zakresie, w 14% rodzącej trudno było określić sytuację.

Wykres 10. Upewnienie się, że rodząca wszystko rozumie i akceptuje

Czy personel upewnił się, że wszystko Pani rozumie i akceptuje?



3.2. Swoboda przyjmowania pozycji podczas porodu

Standardy opieki okołoporodowej (cz. V) wskazują, że podczas porodu należy zachęcać rodzącą do aktywności fizycznej i pomagać jej w znajdowaniu optymalnych dla niej pozycji podczas całego procesu.

3.2.1. Pierwszy okres porodu

Tabela 7. Wpływ kobiety na pozycje, które przyjmowała w I okresie porodu

Czy ankietowana miała wpływ na pozycje, które przyjmowała w I okresie porodu?	
Tak	79,19%
Nie, ale nie miałam żadnych preferencji	16,08%
Nie, pomimo że wyrażałam swoje preferencje	3,30%
Brak odpowiedzi	1,43%

Metaanalizy Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) wskazują, że swoboda poruszania się i przybierania pozycji podczas pierwszego okresu porodu może skrócić ten okres o około godzinę. Nie znaleziono żadnych negatywnych skutków pozycji wertykalnych ani swobody poruszania się w pierwszym okresie porodu. Dlatego WHO namawia specjalistów i placówki w służbie zdrowia do zachęcania kobiet do przyjmowania takich pozycji, w jakich będą się czuły najwygodniej¹⁶.

16 http://apps.who.int/rhl/pregnancy_childbirth/childbirth/routine_care/CD003934_makuchmy_com/en/index.html.

Standardy opieki okołoporodowej wskazują, że personel powinien proponować rodzącej poruszanie się podczas I okresu porodu oraz przyjmowanie takich pozycji, w tym pozycji wertykalnych, które są dla niej wygodne, przynoszą jej ulgę w odczuwaniu bólu oraz umożliwiają nadzorowanie stanu płodu.

Wyniki audytu wskazują, że w większości przypadków tak się dzieje. Jednak w 16% przypadków kobiety rodzące stwierdziły, że nie miały takiej możliwości, ale nie miały też preferencji w tym zakresie. Może to wskazywać na niewystarczające działania personelu w celu zachęcania rodzących do przyjmowania najwygodniejszych dla nich pozycji. W 3,3% przypadków rodzące nie miały swobody w przyjmowaniu pozycji, pomimo tego, że wyrażały swoje preferencje.

3.2.2. Drugi okres porodu

Tabela 8. Wpływ kobiety na pozycje, które przyjmowała w II okresie porodu

Czy ankietowana miała wpływ na pozycje, które przyjmowała w II okresie porodu?	
Tak	20,22%
Tak. Personel zachęcał mnie do przyjmowania najwygodniejszej dla mnie pozycji	33,69%
Nie, ale nie miałam żadnych preferencji	39,15%
Nie, pomimo że wyrażałam swoje preferencje	5,21%
Brak odpowiedzi	1,72%

Podobnie jak w przypadku pierwszego okresu porodu, badania Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) wskazują, że przyjmowanie pozycji wertykalnych wiąże się z różnymi korzyściami, w tym ze skróceniem drugiego okresu porodu. WHO stoi na stanowisku, że kobiety powinny mieć swobodę wyboru pozycji w drugim okresie porodu¹⁷.

Standardy opieki okołoporodowej (cz. IX) stanowią, że w II okresie porodu personel powinien zachęcać rodzącą do przyjmowania pozycji, którą uznaje za najwygodniejszą, współpracować z rodzącą w celu umożliwienia jej przyjęcia dogodnej dla niej pozycji oraz sposobu parcia przyczyniającego się do postępu porodu, ze szczególnym uwzględnieniem pozycji wertykalnych.

Wyniki audytu wskazują, że nieco ponad połowa (53,91%) rodzących ma swobodę w przyjmowaniu pozycji w II okresie porodu. Jednak tylko co trzecia (33,69%) rodząca była aktywnie zachęcana przez personel do przyjęcia najwygodniejszej dla siebie pozycji. Niemal dwie z pięciu rodzących (39,15%) stwierdziły, że nie miały takiej możliwości, ale nie miały też preferencji w tym zakresie. Może to wskazywać na niewystarczające działania personelu w celu zachęcania rodzących do przyjmowania najwygodniejszych dla nich pozycji. W 5,2% przypadków rodzące nie miały swobody w przyjmowaniu pozycji, pomimo tego, że wyrażały swoje preferencje.

¹⁷ http://apps.who.int/rhl/pregnancy_childbirth/childbirth/2nd_stage/tlacom/en/index.html.

3.3. Kontakt „skóra do skóry”

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 września 2012 r. w sprawie standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, połogu oraz opieki nad noworodkiem (cz. XII ust. 1.) mówi, że bezpośrednio po urodzeniu należy umożliwić dziecku nieprzerwany kontakt z matką „skóra do skóry”, który będzie trwał co najmniej dwie godziny po porodzie. W tym czasie należy zachęcać matkę do rozpoznania momentu, kiedy dziecko jest gotowe do ssania piersi, a także obserwować matkę i dziecko, kontrolując cechy dobrego przystawienia i pozycji przy piersi, a w razie potrzeby zaoferować pomoc. Kontakt ten może być przerwany w sytuacji wystąpienia zagrożenia życia lub zdrowia matki lub noworodka, odnotowanego w dokumentacji medycznej.

Zgodnie ze standardami (cz. XII ust. 2.) należy dokonać wstępnej oceny stanu noworodka na podstawie skali Apgar. Ocena ta może być dokonana na brzuchu matki, jeżeli nie występują przeciwwskazania zdrowotne. Wyniki tej oceny należy odnotować w dokumentacji medycznej.

Ten zapis nie obowiązuje w przypadku operacji cięcia cesarskiego, która nie jest porodem fizjologicznym.

3.3.1. Kontakt „skóra do skóry” w trakcie porodu fizjologicznego

Wykres 11. Kontakt „skóra do skóry”

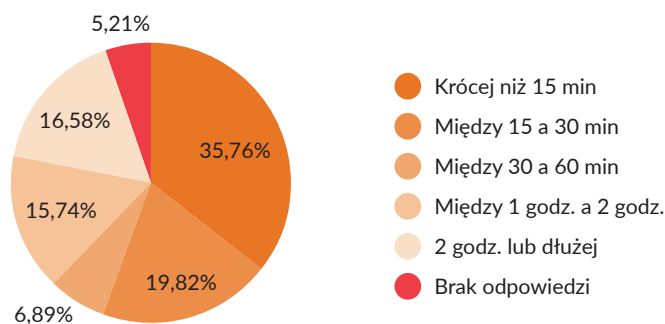
Czy po porodzie dziecko zostało przystawione Pani do kontaktu „skóra do skóry”?



Dziewięć na dziesięć kobiet rodzących siłami natury miało możliwość kontaktu „skóra do skóry”. Jednak ten kontakt rzadko trwał wskazane w standardach dwie godziny. Zgodnie z nimi, kontakt ten może być przerwany, ale w sytuacji wystąpienia zagrożenia życia lub zdrowia matki lub noworodka, odnotowanego w dokumentacji medycznej.

Wykres 12. Czas kontaktu „skóra do skóry”

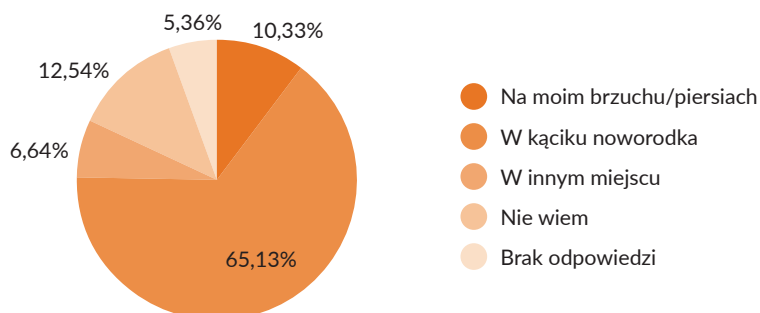
Ile czasu trwał kontakt „skóra do skóry”?



Kontakt „skóra do skóry” jest opóźniany, przerywany lub skracany przez ocenę w skali Apgar.

Wykres 13. Miejsce oceny w skali Apgar

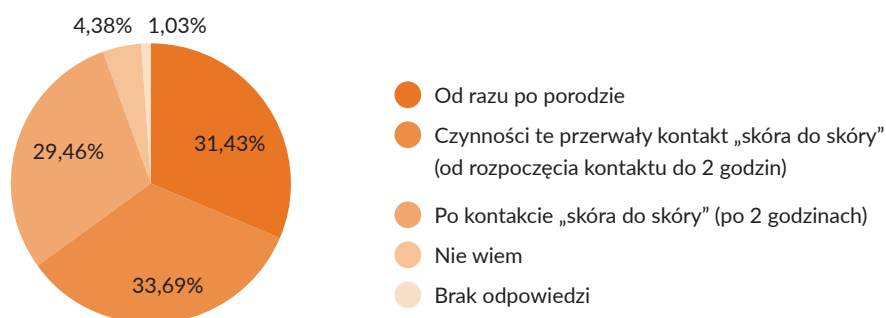
Gdzie odbywała się ocena dziecka w skali Apgar?



Jest również opóźniany lub przerywany przez czynności takie jak mierzenie, ważenie etc.

Wykres 14. Czas przeprowadzenia czynności mierzenia i ważenia

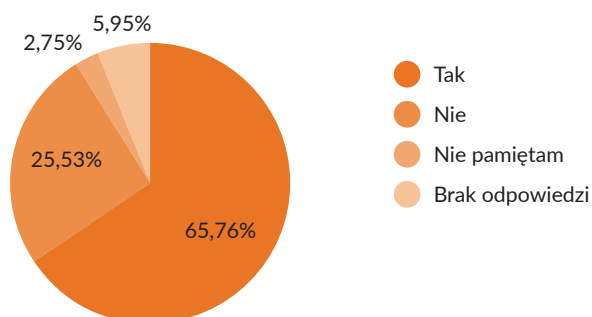
Kiedy dziecko zostało zabrane na mierzenie, ważenie, pierwsze badanie itp.?



Co czwartej ankietowanej rodzącej siłami natury nie umożliwiono nakarmienia dziecka piersią na sali porodowej.

Wykres 15. Możliwość nakarmienia dziecka piersią na sali porodowej

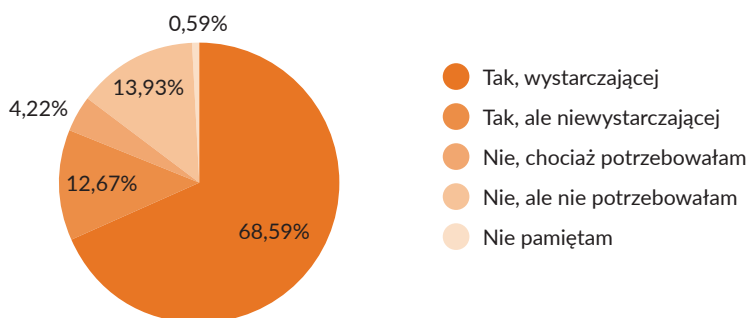
Czy umożliwiono Pani nakarmienie dziecka piersią na sali porodowej?



Co szóstą rodzącą karmiącą na sali porodowej nie otrzymała wystarczającego wsparcia laktacyjnego.

Wykres 16. Udzielenie pomocy i porad w kwestii karmienia piersią. Spośród ankietowanych, które odpowiedziały na to pytanie

Czy udzielono Pani pomocy i porad w kwestii karmienia dziecka piersią?



3.3.2. Kontakt „skóra do skóry” po operacji cięcia cesarskiego

W przypadku cięcia cesarskiego przyłożenie noworodka jest nieco bardziej skomplikowane. Nie jest jednak niemożliwe, a korzyści płynące z kontaktu „skóra do skóry” dla matki i dziecka są potwierdzone przez liczne badania naukowe¹⁸.

¹⁸ Fundacja Rodzic po Ludzku, *Najważniejsza chwila w życiu. O pierwszym kontakcie matki z dzieckiem i możliwościach jego realizacji w placówkach położniczych w Polsce*, Warszawa 2012.

Wykres 17. Kontakt „skóra do skóry” po operacji cięcia cesarskiego

Czy po porodzie dziecko zostało położone u Pani na piersiach?

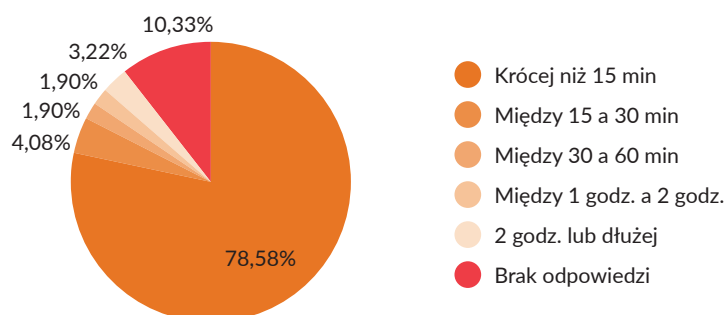


Co piąta ankietowana miała zapewniony kontakt „skóra do skóry” po operacji cięcia cesarskiego, z dzieckiem leżącym na piersiach. Prawie połowa rodzających miała kontakt „skóra do skóry” przez przyłożenie dziecka do twarzy. Prawie co trzecia ankietowana nie miała zapewnionego kontaktu „skóra do skóry” w ogóle.

Ten kontakt prawie nigdy nie trwa jednak długo.

Wykres 18. Czas kontaktu „skóra do skóry” po operacji cięcia cesarskiego

Ile czasu dziecko leżało u Pani na piersiach?

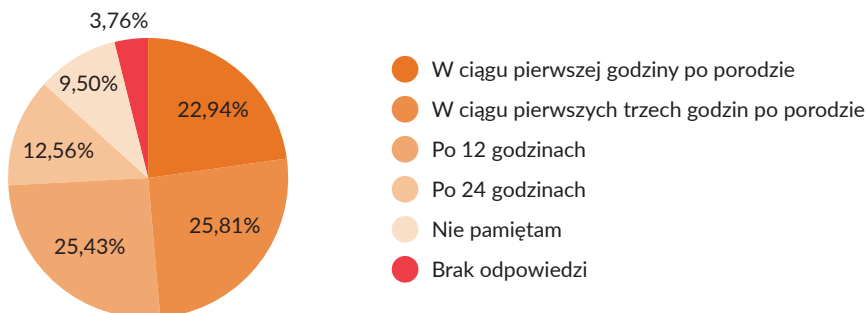


Tylko u co dziewiątej ankietowanej mającej cięcie cesarskie, kontakt „skóra do skóry” trwał dłużej niż 15 minut.

Karmienie piersią po cięciu cesarskim jest utrudnione nie tylko ze względów czysto fizjologicznych. Co czwarta ankietowana mogła przystawić dziecko do piersi w ciągu godziny. Co czwarta w ciągu trzech godzin. Ale też co czwarta dopiero po 12 godzinach. Co szósta ankietowana mogła przystawić dziecko do piersi dopiero po 24 godzinach.

Wykres 19. Czas od operacji cięcia cesarskiego do pierwszego karmienia

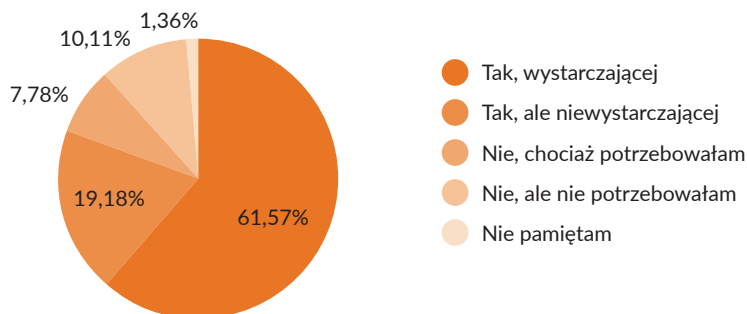
W jakim czasie od porodu umożliwiono Pani przystawienie dziecka do piersi w celu karmienia?



Co czwarta ankietowana po operacji cięcia cesarskiego na sali porodowej (operacyjnej) nie otrzymała wystarczającego wsparcia laktacyjnego.

Wykres 20. Udzielenie pomocy i porad w kwestii karmienia piersią po operacji cięcia cesarskiego.

Czy udzielono Pani pomocy i porad w kwestii karmienia dziecka piersią?



3.4. Interwencje medyczne w trakcie porodu fizjologicznego

Interwencje medyczne to wszelka medyczna ingerencja w poród fizjologiczny. Interwencje medyczne mają na celu ratowanie życia i zdrowia, minimalizowanie ryzyka wszelkich patologii. Zgodnie ze standardami i stanowiskiem Światowej Organizacji Zdrowia powinny być stosowane, kiedy są potrzebne. Nie powinny jednak stawać się rutyną i prowadzić do zbędnej medykalizacji porodu.

3.4.1. Manewr Kristellera

Tabela 9. Odsetek zastosowania manewru Kristellera wśród ankietowanych dla porodu fizjologicznego

Manewr Kristellera (wypychanie dziecka z brzucha)	22,23%
---	--------

Już po audycie, podczas rozmów w szpitalach, pojawiły się wątpliwości, czy rodzące nie mylą manewru Kristellera z naciskiem na dno macicy. Pomimo możliwych trudności w interpretacji pytania z ankiety, trzeba zaznaczyć, że 22,23% ankietowanych była przekonana, że zastosowano u nich manewr Kristellera. Jeśli faktycznie był on mylony z inną procedurą medyczną, ta sytuacja wyraźnie wskazuje na problem informowania rodzącej. Na podstawie wyników, można sformułować hipotezę, że manewr ten jednak występuje w większości szpitali.

Publicznie dominuje pogląd wyrażony najdobitniej przez konsultanta krajowego w dziedzinie ginekologii i położnictwa, że zgodnie z przyjętymi międzynarodowymi ustaleniami manewr Kristellera to zabieg groźny dla życia i zdrowia rodzącej i dla jego stosowania brak jest medycznego uzasadnienia¹⁹. Manewr Kristellera grozi licznymi powikłaniami: przedwczesnym oddzieleniem łożyska, uszkodzeniem krocza, urazem mechanicznym dziecka.

Zgodnie z odpowiedzią Ministerstwa Zdrowia²⁰ do organizatorki akcji „Lepszy Poród²¹” w związku z potencjalnymi zagrożeniami zabieg nie jest rekomendowany przez Zespół Konsultanta Krajowego w dziedzinie ginekologii i położnictwa oraz Polskie Towarzystwo Ginekologiczne.

3.4.2. Przebicie pęcherza płodowego

Tabela 10. Odsetek zastosowania przebicia pęcherza płodowego wśród ankietowanych dla porodu fizjologicznego

Przebicie pęcherza płodowego	30,74%
------------------------------	--------

Ta forma indukcji porodu niesie ze sobą ryzyko powikłań i poza szczególnymi sytuacjami nie jest rekomendowana przez Światową Organizację Zdrowia²². Nie powinna więc być stosowana rutynowo, a jedynie w szczególnych wypadkach, gdy istnieje konieczność wpłynięcia na przebieg porodu i nie można tego zrobić w inny sposób. W przypadku prawidłowo przebiegającego porodu naturalnego przebicie błon płodowych jest niepotrzebną medykacją porodu. Tymczasem niemal co trzecia ankietowana była przekonana, że zastosowano u niej przebicie pęcherza płodowego.

3.4.3. Masaż szyjki macicy

Tabela 11. Odsetek zastosowania masażu szyjki macicy wśród ankietowanych dla porodu fizjologicznego

Masaż szyjki macicy	17,61%
Masaż szyjki macicy bez zgody rodzącej	4,43%

19 Prof. Stanisław Radowski, Konsultant Krajowy w dziedzinie ginekologii i położnictwa: <http://www.rynekzdrowia.pl/Serwis-Ginekologia-i-poloznictwo/Konsultant-nie-ma-uzasadnienia-dla-stosowania-przy-porodzie-chwytu-Kristellera,148054,209.html>.

20 <https://www.facebook.com/lepszy porod/photos/pcb.928761080540514/928760190540603/?type=3&theater>.

21 <http://lepszy porod.pl/>.

22 WHO recommendations for induction of labour: http://apps.who.int/rhl/pregnancy_childbirth/induction/guidelines_goonewardeneme_com/en/
<http://www.rodzicpoludku.pl/Porod/Sztuczne-wywolanie-porodu-indukcja.html>.

Klasyczny masaż szyjki macicy to bolesny zabieg²³, niosący ze sobą ryzyko powstania mikrourazów na szyjce, bardziej obfitych krwawień oraz zwiększający ryzyko pęknięcia szyjki macicy i zaburzeń transformacji włókien mięśniowych macicy. Klasyczny masaż szyjki macicy powoduje także obniżenie wyników na Skali Mell-Krat²⁴.

Niemal co piąta ankietowana była przekonana, że zastosowano u niej masaż szyjki macicy. Jedna na dwadzieścia kobiet wskazała, że zrobiono to bez jej zgody.

3.4.4. Podanie sztucznej oksytocyny

Tabela 12. Odsetek zastosowania sztucznej oksytocyny wśród ankietowanych dla porodu fizjologicznego

Podanie oksytocyny	62,91%
Podanie oksytocyny bez zgody rodzącej	9,79%

Podanie sztucznej oksytocyny blokuje wydzielanie naturalnych endorfin, sprawiając, że poród jest bardziej bolesny. Zmniejsza też szanse na produkcję oksytocyny naturalnej, tym samym utrudniając zawiązanie więzi z dzieckiem po porodzie²⁵.

Prawie ⅓ ankietowanych jest przekonana, że podano im sztuczną oksytocynę. Co dziesiąta jest przekonana, że podano jej sztuczną oksytocynę bez jej zgody.

3.4.5. Nacięcie krocza

Tabela 13. Odsetek zastosowania nacięcia krocza i braku ustaleń ws ochrony krocza wśród ankietowanych dla porodu fizjologicznego

Nacięcie krocza	54,70%
Nacięcie krocza bez zgody rodzącej	15,84%
Nie ustalano z rodzącą tematu ochrony krocza	44,42%

Nacięcie krocza należy stosować tylko w medycznie uzasadnionych przypadkach. Wg ekspertów WHO ilość takich zabiegów statystycznie uzasadnionych to 5–20%²⁶. Tymczasem wg ankietowanych to ponad 54% w skali województwa małopolskiego. Odpowiedzi szpitali na wnioski o udostępnienie informacji publicznej wskazują na ponad 45% nacięć przy porodach fizjologicznych za 2014 r. jako średnią dla województwa. Niektóre szpitale wskazywały nacięcia krocza na poziomie 90%. Najmniej odnotowano 28% w Szpitalu Położniczo Operacyjnym im. Św. Elżbiety w Roztoce (29,63% wśród ankietowanych) i 30% w Szpitalu Uniwersyteckim w Krakowie (39,44% wśród ankietowanych).

23 <http://www.rodzicpoludzku.pl/Wiedza-o-porodzie/Czule-poloznictwo-wspieranie-naturalnego-przebiegu-porodu.html>.

24 <http://lepsyyporod.pl/841-2/>.

25 <http://www.rodzicpoludzku.pl/Porod/Piec-rzeczy-ktore-warto-wiedziec-o-syntetycznej-oksytocynie-i-o-tym-jak-wplywa-ona-na-porod.html>, na podst. Robin Elise Weiss, LCCE <http://pregnancy.about.com/od/induction/a/pitocindiffers.htm>.

26 <http://www.rodzicpoludzku.pl/Porod/Naciecie-krocza-czy-mozesz-tego-uniknac.html>.

Zgodnie z rozporządzeniem osoba sprawująca opiekę jest obowiązana do podjęcia, realizacji oraz udokumentowania wykonania zadania ochrony krocza. Tymczasem co szósta ankietowana jest przekonana, że nacięcie krocza wykonano bez jej zgody. 44% ankietowanych wskazywało, że nikt nie ustalał z nimi tematu ochrony krocza.

3.4.6. Wkłucie do żyły obwodowej (wenflon)

Tabela 14. Odsetek wykonania wkłucia do żyły obwodowej wśród ankietowanych dla porodu fizjologicznego

Wykonano wkłucie do żyły obwodowej (wenflon)	89,33%
Wykonano wkłucie do żyły obwodowej bez zgody rodzącej	8,46%

Zgodnie ze standardami zakładanie wkłucia do żyły obwodowej powinno mieć miejsce tylko w sytuacji tego wymagającej. Nie powinno być stosowane rutynowo, w przypadku poprawnie przebiegającego porodu to zbędna medykalizacja. Tymczasem dziewięć na dziesięć kobiet miało założone wkłucie do żyły obwodowej. Co jedenasta ankietowana wskazała, że zrobiono to bez jej zgody.

3.4.7. Kardiotokografia (KTG)

Tabela 15. Odsetek ankietowanych podłączonych do KTG w sposób ciągły wśród ankietowanych dla porodu fizjologicznego

Rodząca była podłączona do KTG w sposób ciągły	26,22%
Rodząca była podłączona do KTG w sposób ciągły. Nikt nie wyjaśniał, dlaczego	5,66%

Zgodnie ze standardami monitorowanie stanu płodu za pomocą kardiotokografu należy prowadzić jedynie w medycznie uzasadnionych przypadkach.

Prawie co trzecia ankietowana wskazała, że była podłączona do KTG przez cały czas. Co siedemnasta wskazała, że nikt jej nie wyjaśnił przyczyn podłączenia do KTG.

3.4.8. Lewatywa

Tabela 16. Zgoda na wykonanie lewatywy wśród ankietowanych dla porodu fizjologicznego

Rodzącą zapytano, czy chce mieć zrobioną lewatywę	46,04%
Nie zapytano rodzącej, czy chce mieć zrobioną lewatywę	33,05%
W szpitalu nie wykonuje się lewatywy	6,35%
Nie dotyczy	9,74%

Lewatywa to zabieg uznawany za jeden z najbardziej upokarzających dla kobiet. Stał się jednym z centralnych elementów pierwszej akcji „Rodzić po Ludzku”. Badania wyraźnie wskazują, że to, czy zastosuje się lewatywę, czy nie, nie ma znaczenia z medycznego punktu

widzenia – więcej nawet, metaanaliza badań Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) wskazała, że ryzyko infekcji podczas porodu było większe wśród kobiet, które otrzymały lewatywę, niż wśród tych, które jej nie otrzymały²⁷.

Standardy opieki okołoporodowej (w cz. VIII) wskazują, że lewatywa powinna być wykonywana jedynie na życzenie rodzącej.

Co trzecia kobieta nie została zapytana, czy chce mieć zrobioną lewatywę. Nie badano jednak, jaki był odsetek stosowania lewatywy w szpitalach. Ta sfera niewątpliwie wymaga dalszych, aktualnych badań.

Zapytano jednak o lewatywę we wnioskach o udostępnienie informacji publicznej. Na 26 szpitali i oddziałów porodowych w województwie małopolskim²⁸ 10 wykonuje lewatywę tylko na życzenie kobiety rodzącej, 3 nie wykonują lewatywy w ogóle, 3 jedynie za zgodą rodzącej. W pozostałych 10 wykonuje się lewatywę. Szpitale nie posiadają danych na temat statystyk tych zabiegów.

3.4.9. Golenie owłosienia łonowego

Tabela 17. Zgoda na wykonanie golenia owłosienia łonowego wśród ankietowanych dla porodu fizjologicznego

Rodzącą zapytano, czy zgadza się na ogolenie owłosienia łonowego	19,72%
Nie zapytano rodzącej, czy zgadza się na ogolenie owłosienia łonowego	31,43%
W szpitalu nie wykonuje się golenia owłosienia łonowego	11,95%
Nie dotyczy	31,73%

Golenie owłosienia łonowego, obok lewatywy, jest zabiegiem uznawanym za jeden z najbardziej upokarzających dla kobiet i był jednym z centralnych elementów pierwszej akcji „Rodzić po Ludzku”. Badania wyraźnie wskazują, że z medycznego punktu widzenia, rutynowe golenie krocza nie ma uzasadnienia²⁹.

Standardy opieki okołoporodowej (w cz. VIII) wskazują, że golenie owłosienia łonowego powinno być wykonywane jedynie na życzenie rodzącej.

Niemal co trzecia kobieta rodząca nie została zapytana, czy chce mieć wykonane golenie owłosienia łonowego. Pytanie padło w co piątym przypadku. Niemal co trzeciej temat nie dotyczył, co dziewięta otrzymała informację, że w szpitalu nie wykonuje się golenia owłosienia łonowego. Nie badano jednak, jaki był odsetek golenia krocza w szpitalach. Ta sfera niewątpliwie wymaga dalszych, aktualnych badań.

Zapytano jednak o golenie we wnioskach o udostępnienie informacji publicznej. Na 26 szpitali i oddziałów porodowych w województwie małopolskim³⁰, 9 wykonuje golenie krocza

27 http://apps.who.int/rhl/pregnancy_childbirth/childbirth/routine_care/cd000330/en/.

28 Centrum Zdrowia Tuchów Oddział w Dąbrowie Tarnowskiej działa od II połowy 2015 r., Szpital Powiatowy im. św. Maksymiliana w Oświęcimiu nie odpowiedział na wniosek.

29 http://apps.who.int/rhl/pregnancy_childbirth/childbirth/routine_care/cd001236/en/index.html.

30 Centrum Zdrowia Tuchów Oddział w Dąbrowie Tarnowskiej działa od II połowy 2015 r., Szpital Powiatowy im. św. Maksymiliana w Oświęcimiu nie odpowiedział na wniosek.

tylko na życzenie kobiety rodzącej, 4 nie wykonują golenia krocza w ogóle, 3 jedynie za zgodą rodzącej. W pozostałych 10 wykonuje się golenie owłosienia łonowego. Szpitale nie posiadają danych na temat statystyk tych zabiegów.

3.4.10. Wewnętrzne badanie położnicze

Tabela 18. Odsetek wykonywania badania położniczego częściej niż co 2 godziny wśród ankietowanych dla porodu fizjologicznego

Wewnętrzne badanie położnicze wykonywano częściej niż co 2 godziny	56,71%
Wewnętrzne badanie położnicze wykonywano częściej niż co 2 godziny. Poród przebiegał normalnie	39,84%

Zgodnie ze standardami wewnętrzne badanie położnicze powinno być wykonywane nie częściej niż co 2 godziny, a jedynie w uzasadnionych przypadkach odpowiednio częściej.

Tymczasem prawie 57% ankietowanych jest przekonanych, że miały wykonywane wewnętrzne badanie położnicze częściej niż co 2 godziny, z czego u prawie 40% poród przebiegał normalnie. Pozostałym wyjaśniono, że jest to konieczne.

3.5. Środki przeciwbólowe

Tabela 19. Znieczulenie wśród ankietowanych dla porodu fizjologicznego

Rodząca otrzymała znieczulenie	25,88%
Rodząca nie otrzymała znieczulenia, mimo że je chciała	15,40%
Rodząca nie chciała znieczulenia i go nie otrzymała	49,04%

Tabela 20. Rodzaje zastosowanych środków przeciwbólowych wśród ankietowanych dla porodu fizjologicznego

Dolargan ^a	4,48%
Znieczulenie zewnątrzoponowe	16,53%
Znieczulenie podpajęczynówkowe (rdzeniowe)	1,87%
Metody niefarmakologiczne (np. masaż, swobodne wydawanie dźwięków, okłady)	29,12%
Nie korzystałam z żadnych	40,48%

^a nierekomendowany ze względu na liczne skutki uboczne

Według WHO powinno się unikać podawania znieczulenia farmakologicznego przy porodzie³¹. W Polsce podanie znieczulenia jest decyzją lekarza. Oczywiście przy tej decyzji powinien brać pod uwagę także życzenia rodzącej w tym zakresie.

³¹ <http://www.rodzicpoludzku.pl/Przygotowanie-do-porodu/Betonowe-poloznictwo.html>.

U 4,48% ankietowanych do znieczulenia zastosowano dolargan. Jest to pochodna morfiny, która może upośledzać oddychanie i hamować odruch ssania u dziecka. W przypadku jego podania po porodzie dziecku trzeba podać antidotum. Z dolarganu zrezygnowano w krajach zachodnich. Badania w Sztokholmie wykazały także korelację pomiędzy zastosowaniem opioidów i barbituranów przy porodzie a skłonnością do uzależnień w dorosłym życiu³².

Znieczulenie zewnątrzoponowe jest bezpieczniejsze, ale ma również swoje negatywne konsekwencje: wydłużenie pierwszego i drugiego okresu porodu, zwiększenie użycia oksytocyny i zwiększenie prawdopodobieństwa nieprawidłowego ułożenia płodu³³, porodu wspomaganego i cięcia cesarskiego³⁴.

Tylko 30% ankietowanych korzystało z niefarmakologicznych sposobów uśmierzenia bólu. Metody niefarmakologiczne są najbezpieczniejsze i powinny być stosowane możliwie często.

Standardy opieki okołoporodowej (cz. VI) kładą silny nacisk na niefarmakologiczne sposoby uśmierzenia bólu. Zgodnie z nimi, osoba sprawująca opiekę podczas porodu przedstawia rodzącej pełną informację o niefarmakologicznych i farmakologicznych metodach łagodzenia bólów porodowych dostępnych w miejscu, w którym ten poród się odbywa, wspiera rodzącą w stosowaniu tych metod oraz respektuje jej decyzje w tym zakresie. Osoba sprawująca opiekę podczas porodu jest obowiązana proponować rodzącej poruszanie się podczas I okresu porodu oraz przyjmowanie takich pozycji, w tym pozycji wertykalnych, które są dla niej wygodne, przynoszą jej ulgę w odczuwaniu bólu oraz umożliwiają nadzorowanie stanu płodu. Powinna również wspierać rodzącą w wyborze i zastosowaniu technik oddechowych i relaksacyjnych podczas porodu, zachęcać rodzącą do wyboru techniki masażu, zachęcać do wykorzystywania immersji wodnej oraz relaksacji w wodzie jako sposobów łagodzenia bólu, zachęcać rodzącą, aby podczas porodu towarzyszyła jej osoba bliska.

3.6. Prawo do wsparcia osoby bliskiej

Prawo rodzącej do wsparcia osoby trzeciej jest realizowane w wysokim stopniu. Mniej niż jedna na 20 rodzących musiała płacić za wsparcie osoby bliskiej, bardzo niewielkim (2,56%) uniemożliwiono wsparcie.

Tabela 21. Możliwość towarzystwa osoby bliskiej podczas porodu

Czy podczas porodu mogła Pani towarzyszyć wybrana, bliska osoba?	
Tak, bezpłatnie	86,52%
Tak, za dodatkową opłatą	4,57%
Nie	2,56%
Nie wiem	5,61%

32 Kubicka-Kraszyńska U., Otffinowska A., Pietrusiewicz J., *O bólu porodowym i metodach jego łagodzenia*, Fundacja Rodzic po Ludzku, Warszawa 2006, s. 34–35 <http://www.rodzicpoludzk.pl/images/stories/publikacje/oboluporodowym.pdf>.

33 Tamże, s. 36.

34 http://apps.who.int/rhl/pregnancy_childbirth/childbirth/routine_care/cd009234_amedeeperetf_com/en/index.html.

Tabela 22. Możliwość towarzystwa osoby bliskiej na oddziale poporodowym

Czy na oddziale poporodowym zapewniono możliwość przebywania osoby towarzyszącej?	
Tak, przez cały czas	37,73%
Tak, w godzinach odwiedzin	42,09%
Tak, z pewnymi ograniczeniami	13,30%
Nie było możliwości przebywania osoby towarzyszącej	5,22%

Jedna na 25 rodzących nie miała możliwości wsparcia osoby bliskiej na sali poporodowej.

Tabela 23. Udzielenie osobie bliskiej wskazanej przez ankietowaną pełnej informacji o stanie zdrowia jej oraz dziecka

Czy osobie bliskiej, wskazanej przez Panią, udzielono pełnej informacji o stanie zdrowia Pani i dziecka?	
Tak	70,66%
Nie	8,72%
Nie wiem	18,80%

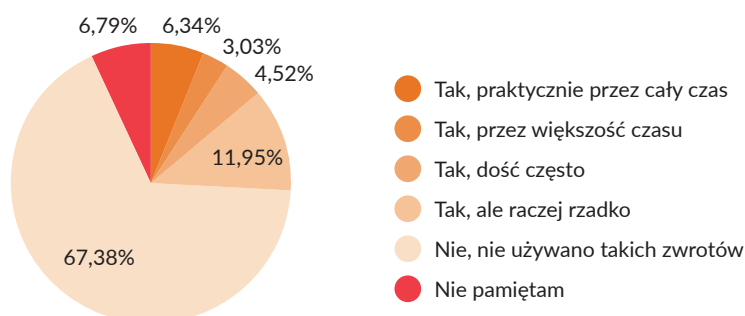
Jedna na 12 położnic spotkała się z sytuacją, w której nie udzielono pełnej informacji o stanie zdrowia dziecka wskazanej przez nią bliskiej osobie.

3.7. Sposób komunikacji z rodzącą

Do co czwartej rodzącej w województwie małopolskim personel zwracał się w trzeciej osobie, z czego do co piętnastej praktycznie przez cały czas.

Wykres 21. Stosowanie zwrotów w trzeciej osobie do ankietowanej

Czy podczas całego pobytu w szpitalu, personel zwracał się do Pani w trzeciej osobie?
(Chodzi o zwroty typu „Niech się rozbierze”, albo „Mama nakarmi teraz dziecko”, dyrektywne i bez szacunku)



Tego rodzaju język jest specyficznym spadkiem po systemie Polskiej Republiki Ludowej. Dyrektywny i wyprany z szacunku, dehumanizuje rodzicą, zarówno w oczach personelu, jak i jej własnych. Wpływa negatywnie na jakość komunikacji, wytwarzając barierę pomiędzy personelem a rodzicą. Prowadzi do spadku poczucia bezpieczeństwa u rodzicęj.

Tego rodzaju zwroty są zaprzeczeniem zapisów Standardów Opieki Okołoporodowej: *Rodzicą **traktuje się z szacunkiem** oraz umożliwia się jej branie udziału w podejmowaniu świadomych decyzji związanych z porodem. Osoby sprawujące opiekę **powinny umieć nawiązać dobry kontakt z rodzicą i mieć świadomość, jak ważny jest ton rozmowy, ich postawa oraz słowa kierowane do rodzicęj.***

3.8. Opłaty w szpitalu

Z odpowiedzi na wnioski o udostępnienie informacji publicznej od 26 szpitali wynika, że możliwość opłacenia położnej jest dostępna w 4 szpitalach: Centrum Medycznym Ujastek w Krakowie, Szpitalu na Siemiradzkiego im. R. Czerwiakowskiego w Krakowie, Szpitalu Specjalistycznym im. L. Rydygiera w Krakowie i w Szpitalu Powiatowym w Limanowej. Wyniki audytu pokazują, że praktyka opłacania położnych występuje także w innych szpitalach, np. w Zespole Opieki Zdrowotnej w Suchej Beskidzkiej.

Z tej możliwości skorzystało 6,75% ankietowanych w audycie.

Dodatkowa opłata za towarzystwo osoby bliskiej, według odpowiedzi na wnioski z 25 szpitali, występuje tylko w jednym szpitalu – w Zespole Opieki Zdrowotnej w Suchej Beskidzkiej. Jest to opłata w wysokości 20 zł obejmująca koszty odzieży jednorazowej wydawanej osobie towarzyszącej. Wyniki ankiet wskazują jednak na znacznie więcej takich sytuacji, głównie w szpitalach: Szpitalu na Siemiradzkiego im. R. Czerwiakowskiego w Krakowie, Szpitalu Specjalistyczny im. Jędrzeja Śniadeckiego w Nowym Sączu, Szpitalu Powiatowym im. Św. Maksymiliana w Oświęcimiu.

Spośród ankietowanych, 4,57% wskazało, że podczas porodu mogła im towarzyszyć wybrana, bliska osoba za dodatkową opłatą.

Praktyka odpłatności za poszczególne usługi, zwłaszcza w dłuższym okresie, może generować nierówności i niższy standard dla kobiet, które nie płacą. W efekcie tworząc dodatkową opłatę za godne traktowanie. Tego rodzaju mechanizm ma charakter korupcyjny³⁵ (nawet jeśli nie jest nielegalny) i może prowadzić do znacznego pogorszenia standardu opieki lub powszechnego wzrostu jej kosztów po stronie rodzicęj³⁶. Najlepiej pokazuje to komentarz jednej z ankietowanych (pisownia oryginalna):

Personel był bardzo uprzejmy, jednak gdy poprosiłam o poród rodzinny usłyszałam że jeszcze za wcześnie i mam poczekać, jak się okazało po 30 min, do szpitala przyjechała pacjentka która opłaciła położną i sala do porodów rodzinnych przysługiwała jej a nie mnie pomimo tego że ja na bloku byłam od 8 h a ona właśnie dotarła i jej poród jeszcze się nie rozpoczął.

35 Por: Rose-Ackerman S., *Korupcja i rzędy*, Fundacja Batorego i Wydawnictwo Sic!, Warszawa 2001.

36 Por: *Global Corruption Report 2006*, Transparency International i Pluto Press, Londyn 2006.

Temat dodatkowych opłat za usługi w szpitalach, ich występowania, przyczyn i uwarunkowań, wymaga dalszych badań.

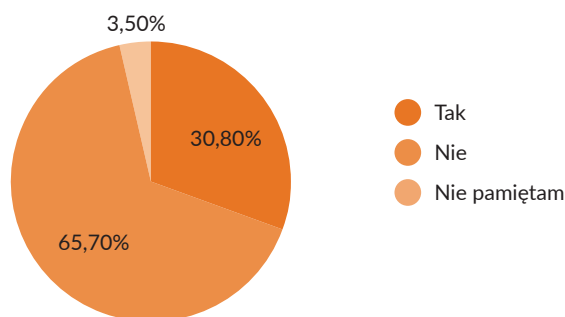
3.9. Plany porodu i preferencje

Podczas opieki przedporodowej osoba sprawująca opiekę oraz ciężarna ustalają plan opieki przedporodowej oraz plan porodu. Plan opieki przedporodowej obejmuje wszystkie procedury medyczne związane z opieką przedporodową wraz z określeniem czasu ich wykonania. Plan porodu obejmuje wszystkie elementy postępowania medycznego podczas porodu i miejsce porodu.

W województwie małopolskim, na 2033 porody fizjologiczne ujęte w badaniu, mniej niż co trzecia ankietowana miała plan porodu.

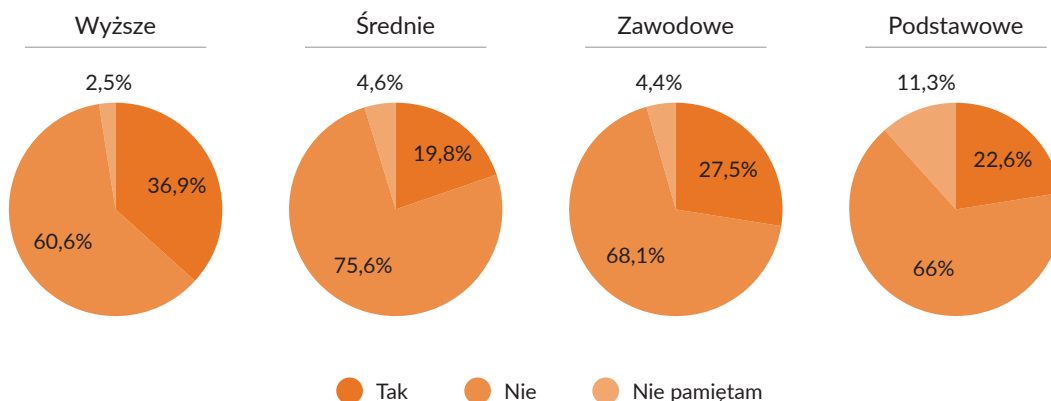
Wykres 22. Plan porodu wśród ankietowanych (na 2033 porody fizjologiczne)

Czy miała Pani plan porodu?

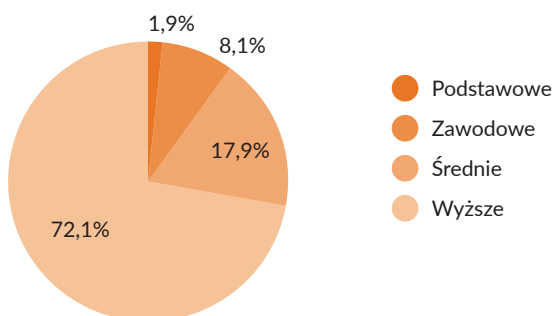


3.9.1. Plan porodu a wykształcenie

Wykres 23. Plan porodu wśród ankietowanych dla poszczególnych poziomów wykształcenia (na 2033 porody fizjologiczne)



Wykres 24. Wykształcenie wśród ankietowanych mających plan porodu (na 2033 porody fizjologiczne)

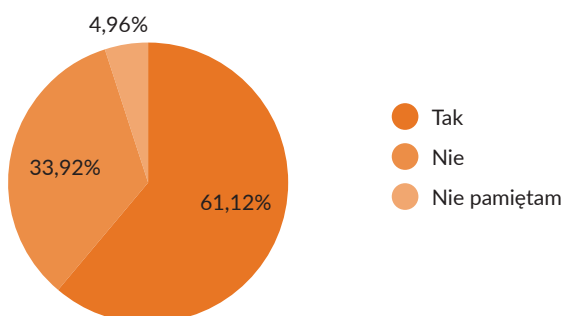


Widać zdecydowany związek pomiędzy wykształceniem a przygotowywaniem planu porodu. Kobiety z wyższym wykształceniem częściej przygotowują plany porodu i stanowią zdecydowaną większość wśród ankietowanych, które miały plan porodu.

3.9.2. Omówienie planu porodu

Wykres 25. Omówienie planu porodu. Względem liczby planów porodów i udzielenia odpowiedzi

Czy personel omówił z Panią plan porodu?



Spośród ankietowanych, które miały plan porodu, dokument został omówiony w trzech przypadkach na pięć.

Ten wynik pokazuje, że szpitale w dalszym ciągu nie są dobrze przygotowane na rodzące, które swój poród „zaplanowały” i chcą podejmować decyzje, jak powinien on przebiegać, które interwencje i zabiegi mogą być wykonywane i kiedy. Jeśli plan porodu nie zostanie z rodzącą omówiony, trudno go skutecznie zrealizować. Samo omówienie planu porodu może mieć również istotny wpływ na poczucie bezpieczeństwa rodzącej, wynikające ze skutecznej komunikacji, wymiany informacji w obie strony między personelem a rodzącą i wynikającej z niej założonej nieprzewidywalności porodu.

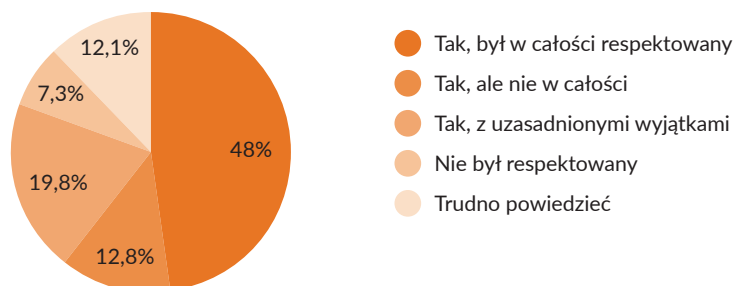
3.9.3. Respektowanie planu porodu

Plan porodu był respektowany w całości u prawie połowy ankietowanych. U co trzeciej był respektowany w części lub z uzasadnionymi wyjątkami. Co ósma ankietowana mająca plan

porodu nie była w stanie stwierdzić, czy jej plan porodu był respektowany. Plan porodu co czternastej ankietowanej nie był respektowany w ogóle.

Wykres 26. Respektowanie planów porodu. Względem liczby planów porodów i udzielenia odpowiedzi

Czy plan porodu był respektowany?



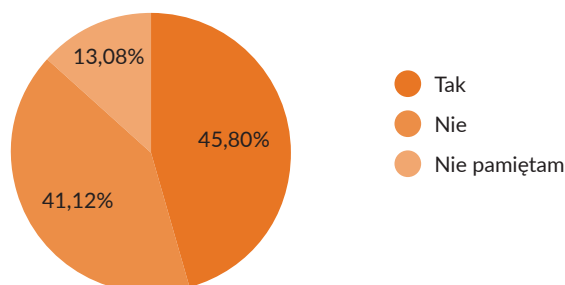
3.9.4. Preferencje związane z porodem

Jeśli rodząca nie ma planu porodu, personel powinien zapytać o preferencje związane z porodem. Standardy opieki okołoporodowej wskazują, że rodzącą traktuje się z szacunkiem oraz **umożliwia się jej branie udziału w podejmowaniu świadomych decyzji związanych z porodem**. Osoby sprawujące opiekę **powinny umieć nawiązać dobry kontakt z rodzącą** i mieć świadomość, jak ważny jest ton rozmowy, ich postawa oraz słowa kierowane do rodzącej. Należy **zapytać rodzącą o jej potrzeby i oczekiwania, a informacje w tym zakresie wykorzystać do wspierania i kierowania rodzącą podczas porodu**.

Tymczasem spośród ankietowanych nie mających planu porodu, mniej niż połowa została zapytana o ich preferencje związane z porodem. Niemal tyle samo nie zostało zapytanych o preferencje. Co ósma ankietowana nie była pewna, czy pytano ją o jej preferencje.

Wykres 27. Pytanie ankietowanych o preferencje związane z porodem

Czy zapytano Panią o Pani preferencje związane z porodem?



Wyniki audytu wskazują na wyraźne braki w rozmowie na temat planu porodu oraz preferencji rodzącej. Widać jednak wyraźną różnicę w traktowaniu rodzących, które mają plan

porodu a rodzących, które go nie mają. O wiele częściej na temat preferencji rozmawia się z rodzącymi, które mają plan porodu (61,12%) niż z tymi, które go nie mają (45,8%).

Wszystko wskazuje na to, że szpitale w województwie małopolskim działają w dwóch trybach: w pierwszym, podstawowym, kiedy rodząca nie ma planu porodu, działają według schematu ogólnie przyjętego w szpitalu, mającego na uwadze raczej wygodę szpitala, czasową i ekonomiczną efektywność zajęcia się rodzącą, niż jej zdanie i wygodę. Rodząca, nawet jeśli zostaje zapytana o preferencje, jest traktowana generalnie „po staremu”.

Drugi tryb, biorący pod uwagę preferencje rodzącej i ich respektowanie, ma o wiele większe szanse „włączenia się”, kiedy rodząca ma plan porodu (choć nie dzieje się tak zawsze).

Co więcej, posiadanie planu porodu ma zdecydowany wpływ na realizację standardów opieki okołoporodowej, a także na postrzeganie porodu przez kobiety, co przekłada się na gotowość rodzenia ponownie w tym samym miejscu.

3.9.5. Wyniki ankiet dla planu porodu i braku planu porodu

Tabela 24. Wyniki audytu dla ankietowanych z planem porodu oraz bez planu porodu

Ocena	Brak planu porodu	Plan porodu
Ogólna	67,28%	77,12%
Informowanie	55,87%	64,42%
Naturalność	48,85%	56,12%
Podmiotowość	49,03%	58,41%
Życzliwość	66,62%	70,43%

Różnica w ogólnej ocenie jest ogromna i wynosi prawie 10%. Widać także znaczącą różnicę we wszystkich kategoriach, z oczywistych względów najbardziej w kategorii „podmiotowość”.

Zadowolenie kobiet mających plan porodu jest także zdecydowanie większe. Na pytanie „Czy gdyby Pani miała rodzić jeszcze raz, czy wybrałaby Pani ten szpital ponownie?” odpowiedź „Zdecydowanie tak” zaznaczyło 48,98% bez planu porodu oraz 55,16% rodzących mających plan porodu.

W tym miejscu można rozważyć znaczenie edukacji kobiet w ciąży na temat przysługujących im praw. Brak tej edukacji przekłada się na brak wiedzy, że poród nie musi wyglądać tak, jak wskazuje dotychczasowe doświadczenie kobiet przekazywane z pokolenia na pokolenie. To przekłada się na brak oczekiwań, a w dalszej kolejności na mniejszą ochronę godności i podmiotowości kobiet rodzących.

W braku edukacji i oczekiwań można się także dopatrywać przyczyn rozdźwięku pomiędzy poziomem realizacji standardów opieki okołoporodowej a poziomem zadowolenia rodzących.

Jednym z praw wyrażonych w standardach jest prawo do przygotowania planu porodu, który powinien być opracowany we współpracy z osobą prowadzącą ciążę. Dlaczego ten obowiązek nie jest przez prowadzących ciążę realizowany, jest tematem na odrębne badanie, tym razem już nie w szpitalach.

4

CZYNNIKI WPŁYWAJĄCE NA WYBÓR SZPITALA

Wybór szpitala badano za pomocą pytania „Jakimi względami kierowała się Pani, wybierając szpital?”.

Tabela 25. Przyczyny wyboru szpitala. Pytanie wielokrotnego wyboru. Nie sumuje się do 100%

Odległość od miejsca zamieszkania	44,84%
Dobra opinia oddziału położniczego	53,11%
Oddział patologii noworodka (możliwość uzyskania wsparcia w razie problemu)	20,93%
To jedyny szpital z oddziałem położniczym w okolicy	2,83%
Lekarz, który prowadził ciążę, polecał szpital	31,20%
Nie pamiętam	0,50%
Inne powody	14,02%

Poniżej przedstawiono zestawienia tego pytania i jak ono wyglądało dla różnych czynników.

4.1. Wykształcenie

Tabela 26. Przyczyny wyboru szpitala wg poziomu wykształcenia ankietowanych

Dlaczego wybrano ten szpital?	Wyższe	Średnie	Zawodowe	Podstawowe
Odległość od miejsca zamieszkania	40,24%	52,75%	50,17%	48,10%
Dobra opinia oddziału położniczego	55,99%	50,88%	41,98%	41,77%
Oddział patologii noworodka (możliwość uzyskania wsparcia w razie problemu)	24,31%	16,76%	12,97%	7,59%
To jedyny szpital z oddziałem położniczym w okolicy	1,78%	4,31%	4,44%	7,59%
Lekarz, który prowadził ciążę, polecał szpital	33,41%	30,10%	23,55%	13,92%
Nie pamiętam	0,46%	0,29%	1,02%	2,53%
Inne powody	18,25%	7,45%	6,14%	11,39%

Wraz z poziomem wykształcenia przy wyborze miejsca do porodu wzrasta znaczenie dobrej opinii o oddziale położniczym, obecności oddziału patologii noworodka, polecenia szpitala przez lekarza prowadzącego.

Odległość od miejsca zamieszkania jest wyraźnie mniej istotna wśród kobiet z wyższym wykształceniem.

Wraz z poziomem wykształcenia maleje znaczenie faktu, że szpital jest jedynym w okolicy z oddziałem położniczym.

4.2. Kolejność rodzonego dziecka

Tabela 27. Przyczyny wyboru szpitala wg kolejności rodzonego dziecka

Dlaczego wybrano ten szpital?	Pierwsze	Drugie	Trzecie	Czwarte +
Odległość od miejsca zamieszkania	43,82%	44,94%	47,31%	52,07%
Dobra opinia oddziału położniczego	54,98%	51,94%	49,73%	44,63%
Oddział patologii noworodka (możliwość uzyskania wsparcia w razie problemu)	22,07%	20,40%	19,09%	13,22%
To jedyny szpital z oddziałem położniczym w okolicy	1,88%	3,29%	4,84%	7,44%
Lekarz, który prowadził ciążę, polecał szpital	32,66%	30,35%	29,30%	23,14%
Nie pamiętam	0,42%	0,59%	0,54%	0,83%
Inne powody	13,30%	13,91%	17,20%	16,53%

Z każdym kolejnym dzieckiem maleje znaczenie opinii oddziału położniczego, obecności oddziału patologii noworodka, polecenia przez lekarza.

Z każdym kolejnym dzieckiem wzrasta ważność odległości od miejsca zamieszkania oraz fakt, że szpital jest jedynym w okolicy z oddziałem położniczym.

4.3. Lekarz prowadzący pracujący w szpitalu

Tabela 28. Przyczyny wyboru szpitala wg miejsca pracy lekarza prowadzącego ciążę

Dlaczego wybrano ten szpital?	Lekarz prowadzący nie pracuje w szpitalu	Lekarz prowadzący w gabinecie prywatnym pracuje w szpitalu	Lekarz prowadzący pracuje w państwowej przychodni
Odległość od miejsca zamieszkania	44,71%	40,05%	55,23%
Dobra opinia oddziału położniczego	59,93%	48,60%	49,58%
Oddział patologii noworodka (możliwość uzyskania wsparcia w razie problemu)	22,43%	21,94%	15,82%

To jedyny szpital z oddziałem położniczym w okolicy	1,93%	2,73%	4,80%
Lekarz, który prowadził ciążę, polecał szpital	11,14%	50,38%	31,64%
Nie pamiętam	0,64%	0,41%	0,42%
Inne powody	19,29%	10,39%	10,59%

Można zauważyć zdecydowany wpływ lekarzy prowadzących ciążę na wybór szpitala, w którym kobieta rodzi. Co interesujące, wpływ jest wyższy w przypadku lekarzy prowadzących ciążę w gabinecie prywatnym niż na stanowisku publicznym.

W przypadku lekarza pracującego publicznie widać również wyraźny wzrost znaczenia odległości od miejsca zamieszkania. Ma to prawdopodobnie związek z organizacją terytorialną służby zdrowia.

4.4. Przebieg ciąży

Tabela 29. Przyczyny wyboru szpitala wg przebiegu ciąży

Dlaczego wybrano ten szpital?	Pobyt na patologii ciąży	Nieprawidłowo, ale bez pobytu na patologii ciąży	Prawidłowo
Odległość od miejsca zamieszkania	45,90%	38,92%	44,85%
Dobra opinia oddziału położniczego	49,63%	50,81%	54,02%
Oddział patologii noworodka (możliwość uzyskania wsparcia w razie problemu)	31,90%	32,43%	18,19%
To jedyny szpital z oddziałem położniczym w okolicy	2,43%	1,08%	3,04%
Lekarz, który prowadził ciążę, polecał szpital	36,01%	39,46%	29,88%
Nie pamiętam	0,37%	1,08%	0,50%
Inne powody	14,55%	19,46%	13,59%

W przypadku komplikacji w ciąży widać wyraźny wzrost znaczenia bezpieczeństwa w postaci oddziału patologii noworodka i możliwości uzyskania pomocy w razie problemów.

4.5. Pobyt dziecka na oddziale patologii noworodka

Tabela 30. Przyczyny wyboru szpitala wg pobytu lub braku pobytu dziecka na oddziale patologii noworodka

Dlaczego wybrano ten szpital?	Pobyt na oddziale patologii noworodka	Brak pobytu na oddziale patologii noworodka
Odległość od miejsca zamieszkania	40,19%	45,44%
Dobra opinia oddziału położniczego	51,57%	53,39%
Oddział patologii noworodka (możliwość uzyskania wsparcia w razie problemu)	30,75%	19,76%
To jedyny szpital z oddziałem położniczym w okolicy	3,87%	2,66%
Lekarz, który prowadził ciążę, polecał szpital	31,96%	31,19%
Nie pamiętam	0,48%	0,51%
Inne powody	13,32%	14,25%

Ankietowane, których dziecko przebywało na oddziale patologii noworodka, znacznie częściej deklarowały obecność oddziału jako powód wyboru szpitala.

Te odpowiedzi są metodologicznie narażone na zniekształcenia (badanie ex-post). Pomimo tego można domniemywać, że w przypadku przynajmniej części ankietowanych, przewidywano problemy i skierowano je do szpitala zaopatrzonego odpowiednio, by sobie z nimi poradzić.

4.6. Rodzaj porodu

Tabela 31. Przyczyny wyboru szpitala wg rodzaju porodu

Dlaczego wybrano ten szpital?	Całość	Poród fizjologiczny	Cięcie cesarskie
Odległość od miejsca zamieszkania	44,84%	48,60%	39,96%
Dobra opinia oddziału położniczego	53,11%	54,60%	51,18%
Oddział patologii noworodka (możliwość uzyskania wsparcia w razie problemu)	20,93%	19,23%	23,14%
To jedyny szpital z oddziałem położniczym w okolicy	2,83%	3,44%	2,04%
Lekarz, który prowadził ciążę, polecał szpital	31,20%	25,97%	37,99%
Nie pamiętam	0,50%	0,49%	0,51%
Inne powody	14,02%	15,10%	12,62%

W przypadku cięć cesarskich widać wyraźny wzrost znaczenia lekarza prowadzącego jako czynnika wyboru szpitala.

4.7. Sytuacje cięcia cesarskiego

Tabela 32. Przyczyny wyboru szpitala wg sytuacji cięcia cesarskiego

Dlaczego wybrano ten szpital?	Cięcie cesarskie planowane	Cięcie cesarskie nieplanowane	Cięcie cesarskie nieplanowane nagłe
Odległość od miejsca zamieszkania	36,77%	43,62%	46,29%
Dobra opinia oddziału położniczego	49,90%	56,38%	52,23%
Oddział patologii noworodka (możliwość uzyskania wsparcia w razie problemu)	23,65%	21,48%	22,26%
To jedyny szpital z oddziałem położniczym w okolicy	1,88%	1,34%	2,37%
Lekarz, który prowadził ciążę, polecał szpital	42,08%	35,57%	32,94%
Nie pamiętam	0,52%	0,67%	0,00%
Inne powody	13,44%	14,77%	9,79%

Znaczenie polecenia lekarza prowadzącego jako czynnika wyboru szpitala jest szczególnie istotne w przypadku cięcia cesarskiego planowanego, choć widoczne jest w przypadku cięć cesarskich jako ogólnej kategorii.

4.8. Stopień referencyjności szpitala

Tabela 33. Przyczyny wyboru szpitala wg stopnia referencyjności szpitala, w którym odbył się poród. Szpital Uniwersytecki jest jedynym w województwie szpitalem o III stopniu referencyjności oddziału położniczego. Ze względu na różnicę w liczbie szpitali (I – 12, II – 15, III – 1), to zestawienie ma charakter poglądowy.

Dlaczego wybrano ten szpital?	I	II	III
Odległość od miejsca zamieszkania	52,66%	45,03%	22,53%
Dobra opinia oddziału położniczego	54,98%	52,90%	49,69%
Oddział patologii noworodka (możliwość uzyskania wsparcia w razie problemu)	8,22%	20,26%	59,88%
To jedyny szpital z oddziałem położniczym w okolicy	5,56%	2,20%	0,31%
Lekarz, który prowadził ciążę, polecał szpital	30,09%	30,07%	42,59%
Nie pamiętam	0,23%	0,62%	0,31%
Inne powody	5,79%	16,94%	14,20%

Szpital pierwszego stopnia referencyjności są najczęściej wybierane ze względu na odległość od miejsca zamieszkania i dobrą opinię oddziału położniczego. Szpital III stopnia

referencyjności jest wybierany najczęściej ze względu na oddział patologii noworodka. Zdecydowanie większą rolę pełni tutaj również rekomendacja lekarza.

4.9. Plan porodu

Tabela 34. Przyczyny wyboru szpitala wg obecności planu porodu

Dlaczego wybrano ten szpital?	Brak planu porodu	Plan porodu
Odległość od miejsca zamieszkania	51,32%	42,74%
Dobra opinia oddziału położniczego	51,48%	62,26%
Oddział patologii noworodka (możliwość uzyskania wsparcia w razie problemu)	19,15%	20,00%
To jedyny szpital z oddziałem położniczym w okolicy	3,94%	2,26%
Lekarz, który prowadził ciążę, polecał szpital	26,72%	24,52%
Nie pamiętam	0,53%	0,32%
Inne powody	11,28%	22,74%

Widać wyraźne różnice w motywacjach rodziców mających plan porodu. W ich przypadku bardzo istotną staje się opinia oddziału położniczego, znacznie mniejsze znaczenie ma fizyczna odległość.

4.10. Różnica w ankietach elektronicznych i papierowych

Tabela 35. Przyczyny wyboru szpitala dla ankiet elektronicznych i ankiet ze szpitala

Dlaczego wybrano ten szpital?	Elektroniczne	Papierowe
Odległość od miejsca zamieszkania	42,47%	45,98%
Dobra opinia oddziału położniczego	50,21%	54,51%
Oddział patologii noworodka (możliwość uzyskania wsparcia w razie problemu)	24,26%	19,32%
To jedyny szpital z oddziałem położniczym w okolicy	2,30%	3,09%
Lekarz, który prowadził ciążę, polecał szpital	33,45%	30,12%
Nie pamiętam	0,51%	0,49%
Inne powody	21,70%	10,30%

Dla respondentek ankiet elektronicznych, przy wyborze miejsca do porodu wyraźnie istotniejszym motywatorem była obecność oddziału patologii noworodka. Nieco wyższy wpływ miało też polecenie szpitala przez lekarza prowadzącego ciążę.

Respondentki ankiet papierowych częściej kierowały się dobrą opinią oddziału położniczego i odległością od miejsca zamieszkania. W ich przypadku nieco istotniejszy był też czynnik poczucia braku wyboru ze względu na odległość do innych szpitali. Co 5 ankietowana podała inny powód wyboru szpitala, w tym: dobre doświadczenia z pierwszego porodu, lekarz prowadzący ciążę, osoba z rodziny lub znajomy pracujący w tym szpitalu, dobre opinie znajomych kobiet rodzących wcześniej w tej placówce, możliwość wyboru położnej, dobre warunki lokalowo-sanitarne.

5

CZYNNIKI WPŁYWAJĄCE NA ZADOWOLENIE RODZĄCYCH

Poziom zadowolenia rodzających badano poprzez pytanie „Czy gdyby Pani miała rodzić jeszcze raz, czy wybrałaby Pani ten szpital ponownie?”, czyli przez gotowość powrotu do tego samego szpitala, by rodzić ponownie.

Tabela 36. Zadowolenie ankietowanych z pobytu w szpitalu

Czy szpital zostałby wybrany ponownie?	
Zdecydowanie tak	49,97%
Raczej tak	32,98%
Raczej nie	5,52%
Zdecydowanie nie	3,86%
Trudno powiedzieć	6,25%
Tak razem	82,95%

Trzeba zaznaczyć, że ogólne zadowolenie rodzających na poziomie 82,95% to wysoki wynik, zwłaszcza w porównaniu do całościowego wyniku audytu 64,85%. Trzeba jednak zwrócić uwagę na udział odpowiedzi „Zdecydowanie tak”, który wydaje się bardziej wrażliwym miernikiem zadowolenia rodzających. Jest również silniej skorelowany z wynikami audytu.

Poniższe zestawienia są próbą odpowiedzi na pytanie, które powinno być kluczowe dla szpitali chcących zadbać o dobre wspomnienia rodzających: jakie czynniki wpływają na zadowolenie kobiet z pobytu w szpitalu?

5.1. Wykształcenie

Tabela 37. Zadowolenie ankietowanych z pobytu w szpitalu wg wykształcenia ankietowanych

Czy szpital zostałby wybrany ponownie?	Wyższe	Średnie	Zawodowe	Podstawowe
Zdecydowanie tak	49,25%	50,59%	53,58%	49,37%
Raczej tak	31,95%	35,20%	33,45%	32,91%
Raczej nie	6,28%	4,31%	4,10%	3,80%

Zdecydowanie nie	4,96%	1,57%	3,07%	6,33%
Trudno powiedzieć	6,37%	6,47%	4,78%	5,06%
Tak razem	81,20%	85,79%	87,03%	82,28%

Wyraźnie najmniej zadowolone i gotowe wybrać ten sam szpital są kobiety z wykształceniem wyższym oraz podstawowym.

5.2. Kolejność rodzzonego dziecka

Tabela 38. Zadowolenie ankietowanych z pobytu w szpitalu wg kolejności rodzzonego dziecka

Czy szpital zostałby wybrany ponownie?	Pierwsze	Drugie	Trzecie	Czwarte +
Zdecydowanie tak	45,49%	53,54%	57,80%	60,33%
Raczej tak	33,75%	33,56%	28,76%	28,93%
Raczej nie	6,78%	3,71%	4,84%	5,79%
Zdecydowanie nie	4,96%	2,45%	3,49%	1,65%
Trudno powiedzieć	7,77%	4,72%	4,57%	2,48%
Tak razem	79,24%	87,10%	86,59%	89,26%

Z każdym kolejnym dzieckiem wzrasta pewność („zdecydowanie tak”) gotowości do rodzenia kolejnego dziecka w tym szpitalu.

5.3. Lekarz prowadzący pracujący w szpitalu

Tabela 39. Zadowolenie ankietowanych z pobytu w szpitalu wg miejsca pracy lekarza prowadzącego ciążę

Czy szpital zostałby wybrany ponownie?	Lekarz prowadzący nie pracuje w szpitalu	Lekarz prowadzący w gabinecie prywatnym pracuje w szpitalu	Lekarz prowadzący pracuje w państwowej przychodni
Zdecydowanie tak	47,36%	52,15%	51,55%
Raczej tak	32,71%	32,74%	33,47%
Raczej nie	6,21%	5,33%	4,52%
Zdecydowanie nie	4,86%	3,55%	2,40%
Trudno powiedzieć	7,36%	4,85%	6,64%
Tak razem	80,07%	84,89%	85,02%

5.4. Przebieg ciąży

Tabela 40. Zadowolenie ankietowanych z pobytu w szpitalu wg przebiegu ciąży

Czy szpital zostałby wybrany ponownie?	Patologia ciąży	Nieprawidłowo, ale bez pobytu na patologii ciąży	Prawidłowo
Zdecydowanie tak	50,37%	56,76%	49,56%
Raczej tak	30,41%	23,78%	34,02%
Raczej nie	6,72%	7,03%	5,13%
Zdecydowanie nie	4,48%	7,03%	3,58%
Trudno powiedzieć	7,46%	4,32%	6,12%
Tak razem	80,78%	80,54%	83,58%

Wzięcie pod uwagę przebiegu ciąży jako zmiennej pokazuje, że kobiety, których ciąża nie przebiegała prawidłowo, ale bez konieczności wizyty na patologii ciąży, są częściej zdecydowanie gotowe do rodzenia ponownie w tym samym szpitalu.

Można domniemywać, że wynika to z generalnie niższego poczucia bezpieczeństwa przed porodem i satysfakcji z opieki po udanym porodzie.

5.5. Pobyt dziecka na oddziale patologii noworodka

Tabela 41. Zadowolenie ankietowanych z pobytu w szpitalu wg pobytu lub braku pobytu dziecka na oddziale patologii noworodka

Czy szpital zostałby wybrany ponownie?	Pobyt na oddziale patologii noworodka	Brak pobytu na oddziale patologii noworodka
Zdecydowanie tak	46,97%	50,25%
Raczej tak	34,14%	32,87%
Raczej nie	5,33%	5,60%
Zdecydowanie nie	6,05%	3,55%
Trudno powiedzieć	6,05%	6,30%
Tak razem	81,11%	83,12%

5.6. Rodzaj porodu

Tabela 42. Zadowolenie ankietowanych z pobytu w szpitalu wg rodzaju porodu

Czy szpital zostałby wybrany ponownie?	Całość:	Poród fizjologiczny	Cięcie cesarskie
Zdecydowanie tak	49,97%	50,86%	48,82%

Raczej tak	32,98%	33,50%	32,31%
Raczej nie	5,52%	4,77%	6,50%
Zdecydowanie nie	3,86%	3,25%	4,65%
Trudno powiedzieć	6,25%	6,20%	6,31%
Tak razem	82,98%	84,36%	81,13%

Kobiety, które urodziły siłami natury, są trochę bardziej zadowolone z opieki niż kobiety, które miały operację cięcia cesarskiego. Spośród różnych sytuacji cięcia cesarskiego, wyraźnie najmniej zadowolone są kobiety, które rozpoczęły poród siłami natury, ale z różnych powodów zakończył się on cięciem cesarskim.

5.7. Sytuacje cięcia cesarskiego

Tabela 43. Zadowolenie ankietowanych z pobytu w szpitalu wg sytuacji cięcia cesarskiego

Czy szpital zostałby wybrany ponownie?	CC planowane	CC nieplanowane	CC nieplanowane nagłe
Zdecydowanie tak	50,73%	53,69%	45,10%
Raczej tak	31,88%	28,86%	32,64%
Raczej nie	5,94%	4,70%	7,42%
Zdecydowanie nie	4,48%	4,70%	5,34%
Trudno powiedzieć	5,94%	6,04%	7,42%
Tak razem	82,61%	82,55%	77,74%

5.8. Stopień referencyjności szpitala

Tabela 44. Zadowolenie ankietowanych z pobytu w szpitalu wg stopnia referencyjności szpitala. Szpital Uniwersytecki jest jedynym w województwie szpitalem o III stopniu referencyjności oddziału położniczego. Ze względu na różnicę w liczbie szpitali (I – 12, II – 15, III – 1), to zestawienie ma charakter poglądowy

Czy szpital zostałby wybrany ponownie?	I	II	III
Zdecydowanie tak	56,37%	47,51%	51,23%
Raczej tak	31,13%	33,80%	31,79%
Raczej nie	3,36%	6,05%	7,41%
Zdecydowanie nie	2,43%	4,23%	4,94%
Trudno powiedzieć	4,75%	7,04%	4,32%
Tak razem	87,50%	81,32%	83,02%

Wyniki wskazują na zdecydowanie wyższe zadowolenie u rodzających w szpitalach o pierwszym stopniu referencyjności. Trzeba zwrócić uwagę, że szpitale o I stopniu referencyjności generalnie zajmują się porodami bez przewidywanych komplikacji, z mniejszą ilością sytuacji krytycznych, nerwowych, które mogą wpływać na zadowolenie rodzącej.

W tym kontekście zaskakują wyniki Szpitala Uniwersyteckiego, jedynego o III stopniu referencyjności (oddział położniczy) w województwie. Rodzące w tym szpitalu są nieco bardziej zadowolone niż w średniej ze szpitali o II stopniu referencyjności.

5.9. Plan porodu

Tabela 45. Zadowolenie ankietowanych z pobytu w szpitalu wg planu porodu i braku planu porodu

Czy szpital zostałby wybrany ponownie?	Brak planu porodu	Plan porodu
Zdecydowanie tak	48,98%	55,16%
Raczej tak	34,90%	29,52%
Raczej nie	4,62%	5,65%
Zdecydowanie nie	3,03%	3,71%
Trudno powiedzieć	6,81%	5,00%
Tak razem	83,88%	84,68%

Rodzące, które miały plan porodu, są częściej zdecydowanie zadowolone i gotowe do rodzenia ponownie w tym samym szpitalu. Generalnie, są nieco bardziej zadowolone od rodzających nie mających planu porodu.

5.10. Ankiety elektroniczne a papierowe

Tabela 46. Zadowolenie ankietowanych z pobytu w szpitalu dla ankiet elektronicznych i ankiet ze szpitala

Czy szpital zostałby wybrany ponownie?	Elektroniczne	Papierowe
Zdecydowanie tak	39,83%	54,88%
Raczej tak	32,77%	33,09%
Raczej nie	9,36%	3,67%
Zdecydowanie nie	10,13%	0,82%
Trudno powiedzieć	7,91%	5,44%
Tak razem	72,60%	87,97%

Można zauważyć zdecydowanie niższe zadowolenie kobiet, które wypełniały ankietę elektronicznie. Podczas gdy mogło na to wpłynąć wiele czynników, nie można odrzucić hipotezy, że istotnym z nich był czas od porodu do wypełnienia badania. To mogłoby oznaczać, że po upływie pewnego czasu, po okresie połogu, doświadczenie porodu wygląda dla rodzących

inaczej i zadowolenie z porodu – i ze szpitala – spada. Zaraz po porodzie, ankietowane oceniały szpital nieznacznie lepiej, niż po kilku miesiącach. Ta hipoteza wymaga jednak dalszych badań.

Statystyki dotyczące zadowolenia kobiet są względnie stałe i bardzo wysokie – oprócz ankiet elektronicznych, w każdej kategorii wyniki wynoszą powyżej 80%. I w każdej z przewagą „zdecydowanie tak”.

5.11. Ponowny wybór szpitala a wynik audytu

Aby sprawdzić potencjalny poziom zależności pomiędzy oceną szpitala w audycie, a zadowoleniem ankietowanych, wykorzystano współczynnik korelacji liniowej Pearsona.

Zgodnie z założeniami w wymiarze podstawowym współczynnik korelacji wskazuje na korelację słabą w przypadku stopnia korelacji wynoszącego od 0 do 0,5, oraz silną od 0,5 do 1,0.

Tabela 47. Korelacja zadowolenia ankietowanych z pobytu w szpitalu z wynikami audytu

	Korelacja oceny	Korelacja miejsca w rankingu
Wynik audytu dla szpitala a wybór szpitala ponownie ^a	0,62	0,63
Wynik audytu dla szpitala a zdecydowanie wybór szpitala ponownie ^b	0,78	0,73

^a Ocena ogólna szpitala a wybór szpitala ponownie, odpowiedzi „zdecydowanie tak” oraz „raczej tak”

^b Ocena ogólna szpitala a wybór szpitala ponownie, odpowiedź „zdecydowanie tak”

Można więc stwierdzić występowanie silnej korelacji pomiędzy wynikiem audytu, czyli poziomem realizacji standardów opieki okołoporodowej, a poziomem zadowolenia rodzących wyrażonym przez gotowość powrotu do tego samego szpitala, by rodzić ponownie.

Znacznie silniejszą korelację można zauważyć pomiędzy zdecydowaną gotowością (odpowiedź „zdecydowanie tak”) a realizacją standardów opieki okołoporodowej.

Niemniej, pomimo silnej korelacji, widoczny jest duży rozdźwięk pomiędzy zadowoleniem rodzących, a nieprzebraniem przez personel standardów opieki okołoporodowej i praw pacjenta. Jego przyczyn można się doszukiwać m.in. w braku wiedzy kobiet o prawach rodzącej.

Edukacja kobiet w ciąży na temat przysługujących im praw wydaje się być dalece niewystarczająca. Brak tej edukacji przekłada się na brak wiedzy, że poród nie musi wyglądać tak, jak wskazuje dotychczasowe doświadczenie kobiet przekazywane z pokolenia na pokolenie. To przekłada się na brak oczekiwań, a w dalszej kolejności na mniejszą ochronę godności i podmiotowości kobiet rodzących.

Należy przy tym zauważyć, że kobiety mające plan porodu, czyli te, które wiedzą więcej o standardach opieki okołoporodowej i przysługujących im prawach, są generalnie bardziej zadowolone z przebiegu porodu. Na pytanie, „Czy gdyby Pani miała rodzić jeszcze raz, czy wybrałaby Pani ten szpital ponownie?” odpowiedź „Zdecydowanie tak” zaznaczyło 48,98% bez planu porodu oraz 55,16% kobiet mających plan porodu.

5.12. Ponowny wybór szpitala a wynik audytu w poszczególnych kategoriach

Podobnie jak w przypadku wyniku głównego, za pomocą współczynnika korelacji liniowej Pearsona sprawdzono stopień korelacji pomiędzy zadowoleniem rodzających a wynikiem szpitala w poszczególnych kategoriach.

Tabela 48. Korelacja zadowolenia ankietowanych z pobytu w szpitalu (suma odpowiedzi „raczej tak” i „zdecydowanie tak”) z wynikami audytu w poszczególnych kategoriach

	Korelacja oceny	Korelacja miejsca w rankingu
Informowanie a wybór szpitala ponownie ^a	0,73	0,68
Naturalność a wybór szpitala ponownie	0,20	0,36
Podmiotowość a wybór szpitala ponownie	0,54	0,57
Życzliwość a wybór szpitala ponownie	0,76	0,71
Warunki a wybór szpitala ponownie	0,35	0,39

^a Wynik szpitala w danej kategorii, a wybór szpitala ponownie, odpowiedzi „zdecydowanie tak” oraz „raczej tak”

Tabela 49. Korelacja zadowolenia ankietowanych z pobytu w szpitalu (odpowieź „zdecydowanie tak”) z wynikami audytu w poszczególnych kategoriach

	Korelacja oceny	Korelacja miejsca w rankingu
Informowanie a zdecydowanie wybór szpitala ponownie ^a	0,79	0,74
Naturalność a zdecydowanie wybór szpitala ponownie	0,39	0,42
Podmiotowość a zdecydowanie wybór szpitala ponownie	0,74	0,72
Życzliwość a zdecydowanie wybór szpitala ponownie	0,78	0,77
Warunki a zdecydowanie wybór szpitala ponownie	0,66	0,64

^a Wynik szpitala w danej kategorii, a wybór szpitala ponownie, odpowiedź „zdecydowanie tak”

Z badania za pomocą współczynnika korelacji liniowej Pearsona wynika, że najważniejsze dla rodzających i mające największy wpływ na ich zadowolenie i gotowość, by rodzic jeszcze raz w tym samym szpitalu, jest życzliwość personelu oraz informowanie. Duże znaczenie ma także możliwość realizacji prawa zgody, decydowania o tym, co się dzieje dookoła, czyli podmiotowość rodzącej.

Obecność lub brak interwencji medycznych oraz warunki szpitalne ma znaczenie zdecydowanie mniejsze.

6

DANE OGÓLNE DOTYCZĄCE SZPITALI I PORODÓW W 2014 ROKU

Dane przesłane przez szpitale w odpowiedzi na wnioski o udostępnienie informacji publicznej³⁷.

Tabela 50. Dane ogólne dotyczące szpitali i porodów w 2014 r. na podstawie odpowiedzi na wnioski o udostępnienie informacji publicznej

Ogólna liczba porodów (2014)	34 277
Liczba porodów fizjologicznych (2014)	19 362
Liczba cięć cesarskich (2014)	14 885 ^a
Liczba nacięć krocza (2014)	8 794 ^b
Liczba znieczuleń zewnątrzoponowych (2014)	2 809 ^c
Liczba zastosowań oksytocyny (2014)	6 848 ^d
Liczba masaży szyjki macicy (2014)	nie stosuje się, brak danych, 0 ^e
Możliwość opłacenia położnej	w 4 szpitalach
Opłata za obecność osoby towarzyszącej	w 1 szpitalu, 20 zł – koszty odzieży jednorazowej ^f
Doradca laktacyjny	dostępny w 20 szpitalach, w 6 nie, w 2 brak informacji
Wsparcie psychologiczne dla położnic	w 24 szpitalach, w 1 na zlecenie lekarza, w 1 brak, w 2 brak informacji

^a Brak danych ze szpitala w Dąbrowie Tarnowskiej, który nie działał w 2014 r. Dane dot. liczby porodów na podstawie odpowiedzi na wnioski. Zliczone z 27 szpitali. Z powodu braku odpowiedzi (na moment wydania raportu trwa spór prawny z Szpitalem o kwalifikację wnioskowanych informacji), w przypadku Szpitala Powiatowego im. św. Maksymiliana w Oświęcimiu skorzystano z danych portalu www.gdzierodzic.info. Uzyskany wynik urodzeń w szpitalach w województwie jest zbliżony do danych GUS (34,4 tys urodzeń), ma jednak charakter przybliżony.

^b Oszacowanie na podstawie danych z odpowiedzi na wnioski. Zliczone z 22 szpitali. Brak danych z 6 szpitali.

^c Oszacowanie na podstawie danych z odpowiedzi na wnioski. Zliczone z 24 szpitali. Brak danych z 4 szpitali.

^d Oszacowanie na podstawie danych z odpowiedzi na wnioski. Zliczone z 19 szpitali. Brak danych z 9 szpitali.

^e Wymienione 3 rodzaje odpowiedzi na to pytanie we wniosku. Na podstawie 27 szpitali. Brak danych z 1 szpitala.

^f Na podstawie odpowiedzi z 25 szpitali, które udzieliły odpowiedzi na to pytanie.

Zapytano także o liczne inne dane, w tym np. szkolenia i wsparcie psychologiczne personelu, a także warunki sanitarno-lokalowe (odpowiedzi szpitali dostępne w raportach na www.prawomamy.pl).

³⁷ Informacje przesłane przez szpitale w odpowiedzi na wnioski o dostęp do informacji publicznej wysłane w dniu 17 listopada 2015 r.

7

JAK INACZEJ MOŻNA WYKORZYSTAĆ DANE

Dane zebrane w celu audytu społecznego dotyczącego realizacji standardów opieki okołoporodowej są udostępnione jako otwarte dane.

Sposób, w jaki zostały zestawione na potrzeby audytu, to tylko ułamek możliwości ich wykorzystania. Na podstawie danych można zbadać np. wpływ faktu patologii ciąży na odsetek cięć cesarskich, korelację między czasem kontaktu „skóra do skóry” a gotowością do ponownego rodzenia w szpitalu, wpływ patologii ciąży na stosowanie procedur medycznych i odsetek cięć cesarskich, korelację pomiędzy wpływem wyboru szpitala przez polecenie lekarza prowadzącego i jego zatrudnienia w szpitalu a odsetkiem planowanych cięć cesarskich, korelację pomiędzy planami porodu i oczekiwaniami a kolejnością rodzonego dziecka i wiele innych. Wreszcie, można przebadać, jak stosowanie jednych zabiegów jest skorelowane ze stosowaniem innych.

8

OBSZARY NIEPRZEBADANE W RAMACH AUDYTU

Najważniejszą kwestią, która nie została poruszona w audycie, jest praktyczna realizacja polityki szpitali w zakresie karmienia piersią i stosowania mleka modyfikowanego, także w kontekście pierwszego karmienia.

Pomimo zbadania swobody przyjmowania pozycji w II okresie porodu, nie przebadano, jakie pozycje faktycznie był przyjmowane. Jest to istotne zwłaszcza w kontekście pozycji wertykalnych i ich wpływu na ochronę krocza rodzących.

Nie badano za pomocą pytań ankietowych, jaki był odsetek wykonywania lewatywy i golenia krocza w szpitalach, pomimo badania prawa do zgody w tym zakresie.

Poza kwestią możliwości opłacenia położnej i zarysowania tematu opłaty za towarzystwo osoby bliskiej, nie przebadano kwestii odpłatności za usługi okołoporodowe, w tym kwestii odpłatności środków przeciwbólowych.

Audyt nie obejmował opieki neonatologicznej.

9

REKOMENDACJE

Na podstawie wyników audytu przygotowano rekomendacje skierowane do różnych podmiotów mające na celu doprowadzenie do poprawy realizacji standardów opieki okołoporodowej.

9.1. Rekomendacje dla szpitali

Rekomendacje poniższe są uogólnionymi propozycjami Stowarzyszenia przeprowadzenia zmian lub objęcia szczególną uwagą wskazanych obszarów przez szpitale, przygotowanymi w związku z wynikami audytu oraz szeregiem zebranych poza nim informacji w tym w trakcie spotkań z przedstawicielami szpitali. Poniższe rekomendacje choć adresowane do szpitali mogą i powinny stać się przedmiotem refleksji osób zajmujących się opieką okołoporodową od strony systemowej, jak i szpitali z innych niż tylko małopolskie województw.

9.1.1. Plany porodu

1. Dbłość o kwestię **omówienia planu porodu i rozmowę z rodzącą na temat jej preferencji** związanych z porodem, nawet gdy nie ma planu porodu.
2. Zwiększenie **podmiotowości rodzącej**, respektowanie jej prawa do świadomego udziału w podejmowaniu decyzji związanych z porodem, obejmujących zakres podejmowanych działań i stosowanych procedur medycznych. **Respektowanie planów porodu.**

9.1.2. Cięcia cesarskie

1. **Zmniejszenie liczby operacji cesarskiego cięcia.** Liczba cięć cesarskich statystycznie budzi wątpliwość co do przyczyn i zasadności części z nich. Zwracamy uwagę, że specjaliści WHO i sama WHO³⁸, od 1985 r. zwracają uwagę, że choć operacja ta powinna oczywiście być stosowana w przypadku zagrożenia życia lub zdrowia matki lub dziecka, gdy jest adekwatnym sposobem ich ochrony, ale nie powinna zastępować porodów fizjologicznych. WHO zauważa tendencję, w szczególności krajów³⁹ rozwiniętych, do medykalizacji po-

38 http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/cs-statement/en/ stanowisko z 2015 r., rozwija i potwierdza pierwsze stanowisko w tym zakresie z roku 1985.

39 Dla Polski warto porównać z wynikami na poziomie ok. 25% w 2004-06 (za raportem Fundacji Rodzić po Ludzku http://www.rodzicpoludzku.pl/images/stories/publikacje/opieka_okoloporodowa_w_polsce2007.pdf str. 34).

rodu⁴⁰, włączając w to stosowanie operacji cesarskiego cięcia bez uzasadnienia medycznego. WHO co prawda stara się nie przesądzać tematu, jednak wyraźnie wskazuje, że przekroczenie poziomu 10–15% porodów przez cesarskie cięcie pozostaje bez korelacji dla zmniejszenia śmiertelności przy porodach. Jednocześnie zaznacza, że efekty zdrowotne zastosowania tej operacji wciąż pozostają do końca niezbadane i nieustalone, stąd sugestia dużej ostrożności. Z powyższych względów, mając na uwadze dobro pacjentek, sugerujemy działania w kierunku powstrzymania tendencji, wydaje się nieuzasadnionego i niekorzystnego, wzrostu liczby cesarskich cięć.

9.1.3. Interwencje medyczne

1. **Zmniejszenie liczby interwencji medycznych** do poziomu niezbędnego dla ratowania zdrowia i życia kobiet i dzieci. Zbyt duża częstość interwencji, w tym badań niepotrzebnie ograniczających samodzielność i ruch rodzących, co wpływa na spadek wiary we własny organizm i zmniejszenie szans na pomyślny poród, a więc uzależnianie rodzącej od dalszych interwencji.
2. Uwrażliwienie personelu medycznego na **przeciwdziałanie zjawisku rutynowego przeprowadzania zabiegów** nacięcia krocza, podłączania kobiet do KTG, wykonywania lewatywy, golenia owłosienia łonowego, wkłucia do żyły obwodowej.
3. **Zwiększenie wysiłków na rzecz ochrony krocza rodzących.** Niewykonywanie nacięć rutynowo. Zwiększenie nacisku na swobodny wybór pozycji przez rodzącą i porody w pozycjach wertykalnych, w których rzadziej dochodzi do pęknięcia krocza. Zgodnie z rozporządzeniem, osoba sprawująca opiekę jest obowiązana do podjęcia, realizacji oraz udokumentowania wykonania zadania ochrony krocza. Nacięcie krocza należy stosować tylko w medycznie uzasadnionych przypadkach. Jak podaje Fundacja Rodzić po Ludzku, wg ekspertów WHO liczba takich zabiegów statystycznie uzasadnionych to 5–20%⁴¹. Tymczasem wg ankietowanych to blisko 55% w skali województwa małopolskiego (por. str. 39). Z kolei odpowiedzi szpitali wskazują na ponad 45% nacięć przy porodach fizjologicznych za 2014 r. (por. str. 64), jako średnią dla województwa, z tym, że w przypadku niektórych szpitali wyniki sięgały 90% (najmniej to 28 i 30% odpowiednio w Roztoce i Szpitalu Uniwersyteckim).
4. **Zminimalizowanie zastosowania klasycznego masażu szyjki macicy, przebicia pęcherza płodowego, podawania sztucznej oksytocyny** (w celu przyspieszenia porodu) do sytuacji, gdy jest to uzasadnione medycznie i istnieje obawa o zdrowie lub życie położnicy lub płodu. Indukcja porodu powoduje m.in. silniejsze i bardziej bolesne skurcze, wzrost ryzyka niedotlenienia dziecka, przedwczesnego oddzielenia się łożyska, zwiększa ryzyko cesarskiego cięcia. Za Światową Organizacją Zdrowia: „Nie powinno się wywoływać po-

40 Jak i inni autorzy i badacze (za Fundacją Rodzić po Ludzku) <http://www.rodzicpoludzku.pl/Na-swiecie/Bezpieczna-prewencja-cesarskich-ciec-u-pierwiastek-%E2%80%93-wspolne-wytyczne-Amerykanskiego-Kolegium-Poloznikow-i-Ginekologow-ACOG-i-Towarzystwa-Medycyny-Matczyno-%E2%80%93-Plodowej.html>.

41 <http://www.rodzicpoludzku.pl/Porod/Naciecie-krocza-czy-mozesz-tego-uniknac.html>.

rodów dla wygody. W żadnym rejonie geograficznym odsetek takich porodów nie powinien przekraczać 10%⁴².

Klasyczny masaż szyjki macicy – to ból podczas jego wykonywania, ryzyko powstania mikrourazów na szyjce, bardziej obfite krwawienia, większe ryzyko pęknięcia szyjki macicy, ryzyko zaburzeń transformacji włókien mięśniowych macicy. Istnieje możliwość zastąpienia go masażem dotykowym szyjki.

Przebicie pęcherza płodowego – zabieg ten niesie ze sobą ryzyko powikłań i nie powinien być stosowany rutynowo, a jedynie wtedy, gdy istnieje konieczność wptynięcia na przebieg porodu. W przypadku prawidłowo przebiegającego porodu naturalnego przebicie błon płodowych jest zbędną medykacją. Światowa Organizacja Zdrowia, poza szczególnymi sytuacjami, nie zaleca tej metody indukcji porodu⁴³.

Podawanie sztucznej oksytocyny – blokuje wydzielanie endorfin, sprawiając, że poród jest bardziej bolesny. Podanie sztucznej oksytocyny może też stać na przeszkodzie w nawiązaniu więzi z dzieckiem po porodzie, zmniejszając szanse na produkcję oksytocyny naturalnej.

5. **Zaprzestanie lub zajęcie jasnego i jawnego stanowiska merytorycznego wobec stosowania manewru Kristellera** – pomimo możliwości niewłaściwej interpretacji pytania z ankiety, warto zwrócić uwagę, że rodzące były przekonane, że zastosowano u nich manewr Kristellera. Wydaje się, że można sformułować hipotezę na podstawie wyników, że manewr ten co najmniej sporadycznie występuje w większości szpitali. Rozmowy na spotkaniach w szpitalach stały się cennym źródłem informacji nieformalnych, z których wynika, że część lekarzy podważa merytorycznie krytykę zasadności stosowania tego manewru. Jednocześnie publicznie dominuje pogląd wyrażony najdobitniej przez konsultanta krajowego w dziedzinie ginekologii i położnictwa, że manewr Kristellera, zgodnie z przyjętymi międzynarodowymi ustaleniami to zabieg, który jest groźny dla życia i zdrowia rodzącej i dla jego stosowania brak medycznego uzasadnienia⁴⁴. Grozi licznymi powikłaniami: przedwczesnym oddzieleniem łożyska, uszkodzeniem krocza, urazem mechanicznym dziecka. W naszej ocenie opinia publiczna i rodzące mają prawo oczekiwać od przedstawicieli nauki medycyny wypracowania jasnego i uzasadnionego merytorycznie jednolitego stanowiska, a następnie jego stosowania wobec stosunkowo prostej techniki mechanicznego wpływu na akcję porodową wymyślonej ponad 100 lat temu. Nie przesądzając racji – dzisiejsza sytuacja generowania przez środowisko medyczne w tym zakresie podwójnej rzeczywistości jest nie do zaakceptowania.

42 Zalecenia WHO „Poród nie jest chorobą”: <http://www.rodzicpoludzk.pl/Wiedza-o-porodzie/zalecenia-WHO-Porod-nie-jest-choroba.html>.

43 WHO recommendations for induction of labour: http://apps.who.int/rhl/pregnancy_childbirth/induction/guidelines_goonewardeneme_com/en/.

44 Zdaniem prof. Stanisława Radwickiego, konsultanta krajowego w dziedzinie ginekologii i położnictwa: <http://www.rynekzdrowia.pl/Serwis-Ginekologia-i-poloznictwo/Konsultant-nie-ma-uzasadnienia-dla-stosowania-przy-porodzie-chwytu-Kristellera,148054,209.html>.

9.1.4. Opieka nad matką i noworodkiem

1. Umożliwienie **dłuższego czasu trwania kontaktu „skóra do skóry”** po porodzie fizjologicznym. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 września 2012 r. wskazuje okres dwóch godzin jako minimum (dokładnie w cz. XII ust. 1 posłużono się sformułowaniem „co najmniej dwóch godzin”). Nieprzerwanie go oceną w skali Apgar (można ją wykonać na brzuchu matki – cz. XII ust. 2) ani mierzeniem, ważeniem i pierwszym badaniem, umożliwienie nakarmienia dziecka i udzielenie w tym zakresie wsparcia, jeśli jest potrzebne.
2. **Poprawa opieki nad pacjentką tuż po operacji cięcia cesarskiego.** Zapewnienie kontaktu z dzieckiem po operacji (np. na piersiach rodzącej), nakarmienia go w niedługim czasie (jeśli stan zdrowia matki i dziecka na to pozwala), udzielenie porad dotyczących karmienia i specyfiki laktacji po cięciu cesarskim, respektowanie praw pacjenta (zgodnie z ustawą o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta z 6 listopada 2008 r.).

9.1.5. Opieka poporodowa

1. **Zwiększenie dostępności doradców laktacyjnych** na oddziale poporodowym. Informowanie kobiet o możliwości skorzystania ze wsparcia doradcy. Według Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) pierwsze karmienie ma ogromne znaczenie dla całego procesu karmienia i powinno się odbywać pod nadzorem kompetentnej osoby, która może pomóc w rozwiązaniu ewentualnych trudności⁴⁵.
2. **Zapewnienie możliwości skorzystania ze wsparcia psychologa dla położnic.** Jak wynika z informacji od szpitali, wszystkie przewidują taką możliwość, lecz nasze wyniki temu w dużej mierze zaprzeczają. Problem tkwi w informowaniu kobiet, a także w faktycznej obecności i dostępności psychologów na oddziałach położniczych.

9.1.6. Systemy samodoskonalenia i ewaluacji

1. Wprowadzenie i rozwijanie systemów doskonalenia umiejętności miękkich (interpersonalnych) personelu medycznego, w celu **polepszenia realizacji standardu** z cz. V ust. 1 czyli **traktowania rodzących z szacunkiem, uwzględniając w szczególności ton rozmowy, postawę i słowa kierowane do rodzącej, jak i potrzebę nawiązania dobrego z nią kontaktu.** Jest oczywistym, że **standard ten chroni prawo pacjentki i człowieka do godności**, jednak ma również wymiar praktyczny dla przebiegu akcji porodowej i pracy samego personelu. Szanowanie rodzącej tonem, postawą, słowem, na każdym etapie, od przyjęcia do szpitala do porodu, aż po wyjście z sali poporodowej, empatia, zrozumienie dla jej sytuacji, otwartość na różnorodność reakcji. Życzliwość. Niestosowanie zwrotów bezosobowych i w trzeciej osobie.

Temu może przysłużyć się wprowadzenie np. jako minimum 1 lub 2 razy w roku treningów z zakresu umiejętności interpersonalnych, radzenia sobie ze stresem, być może jakiejś innej formy nazywania i rozmowy (animowanej) przez pracowników między sobą o problemach

45 WHO 10 facts on breastfeeding: <http://www.who.int/features/factfiles/breastfeeding/en/>.

w relacjach z rodzącymi lub wsparcia indywidualnego w formie np. superwizji psychologa. Jak wykazały rozmowy rzecznicze w szpitalach, **problem poszanowania pacjentów może być bowiem związany z ewentualnym problemem braku szacunku wobec personelu, jak i pracą w warunkach wysokiego stresu.**

2. Wprowadzenie **wewnętrznego systemu monitoringu** realizacji standardów okołoporodowych, w tym wprowadzenie wewnętrznej anonimowej ankiety jakości opieki dla kobiet po połogu.
3. **Rezygnacja z możliwości opłacania położnych lub rozpoczęcie starań w celu ukrócenia tej praktyki** – zwłaszcza w dłuższym okresie, może ona generować nierówności i niższy standard dla kobiet, które nie płacą. W efekcie tworząc dodatkową opłatę za godne traktowanie. Tego rodzaju mechanizm ma charakter korupcyjny⁴⁶ (nawet jeśli nie jest nielegalny) i może prowadzić do znacznego pogorszenia standardu opieki lub powszechnego wzrostu jej kosztów po stronie rodzącej⁴⁷. Dodatkowo należy wskazać potencjalne naruszanie takimi praktykami zasad z ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych⁴⁸.
4. **Cykliczne szkolenia dla personelu w zakresie realizacji standardów opieki okołoporodowej.**

9.1.7. Działania edukacyjne

Bezpłatna szkoła rodzenia w każdym szpitalu z oddziałem położniczym.

Postulujemy wprowadzanie szkół rodzenia przez wszystkie szpitale, wraz z zapewnianiem miejsc dla wszystkich chętnych, promocją szkoły a nawet bardziej potrzeby i celu korzystania z nich. Łączymy to z postulatem potrzeby zapewnienia środków przez Państwo na pokrywanie kosztów szkół przez szpitale (co mogłoby być objęte osobnym programem rządowym).

Niesłychanie ważna jest naszym zdaniem edukacja kobiet w ciąży w bezpłatnych przyszpitalnych szkołach rodzenia w zakresie fizjologii porodu, połogu, konsekwencji operacji cięcia cesarskiego, niefarmakologicznych metod łagodzenia bólu, laktacji, pielęgnacji noworodka, w zakresie standardów opieki okołoporodowej i praw pacjenta. Wsparcie w zakresie omówienia przed terminem porodu preferencji i oczekiwań, **pomoc w przygotowaniu planu porodu.** Wsparcie osoby bliskiej w zakresie poznawania metod i technik łagodzenia bólu, współtworzenia z personelem bezpiecznej i komfortowej dla rodzącej atmosfery w trakcie porodu.

9.2. Rekomendacje dla lekarzy i położnych prowadzących ciążę

Zdając sobie sprawę z obciążeń lekarzy i położnych, uważamy jednak za kluczowe podkreślenie ich edukacyjnej roli wobec rodzających i ich partnerów. Apelujemy do lekarzy i położnych o zwiększenie nacisku i uwagi na poniżej wskazane obszary w kontaktach z rodzącymi.

⁴⁶ Por: Rose-Ackerman S., *Korupcja i rządy*, Fundacja Batorego i Wydawnictwo Sic!, Warszawa 2001.

⁴⁷ Por: *Global Corruption Report 2006*, Transparency International i Pluto Press, Londyn 2006.

⁴⁸ Szpital realizujący świadczenie opieki okołoporodowej w ramach kontraktu z NFZ powinien zapewnić wsparcie opieki położnej dla rodzącej zgodne ze standardami i kontraktem. Ewentualne pobieranie opłat potencjalnie może stanowić czyn zabroniony z art. 193 pkt 4 wspomnianej w tekście ustawy, jak i naruszenie konstytucyjnej zasady równości obywateli korzystających ze świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych.

Ewentualne bariery systemowe w realizacji tych postulatów powinny być konieczne identyfikowane i usuwane. Musimy być świadomi, że opieka nad przyszłymi mamami, ich świadomość medyczna i prawna, standard i komfort przebiegu ciąży, porodu i opieki nad noworodkiem to symbolicznie funkcja poziomu rozwoju i świadomości całego społeczeństwa oraz symboliczny i dosłowny początek dla kolejnych pokoleń, mających budować nasze społeczeństwo.

1. **Działania edukacyjne dla kobiet w ciąży w zakresie standardów opieki okołoporodowej i praw pacjenta.**
2. **Działania edukacyjne dla kobiet w ciąży w zakresie konsekwencji** operacji cięcia cesarskiego i przesłanek medycznych do jej stosowania.
3. **Przygotowywanie planów porodu wraz z kobietami.** Działania edukacyjne w zakresie ustaleń naukowych dotyczących pozycji, w której się rodzi, interwencji medycznych, etc.

9.3. Rekomendacje dla Ministerstwa Zdrowia

1. **Wprowadzenie refundacji dla szpitali ze środków publicznych kosztów doradców laktacyjnych.**

Jak wynika z informacji zebranych przez Stowarzyszenie na spotkaniach w szpitalach – doradcy laktacyjni są aktualnie standardem wdrażanym przez szpitale, ale ze środków własnych (bez możliwości refundacji z NFZ). Stawiamy hipotezę, że może to stanowić realną barierę w powszechnym korzystaniu z pomocy doradców przez rodzące.

2. **Zapewnienie finansowania przez instytucje publiczne prowadzenia i promowania szkół rodzenia przy szpitalach z oddziałami położniczymi.**

W ocenie Stowarzyszenia powszechna edukacja i przygotowanie przyszłych mam i ich partnerów do porodu i opieki nad noworodkiem jest bardzo potrzebnym działaniem. Na tę potrzebę wskazywała również część naszych rozmówców na spotkaniach rzeczniczych w szpitalach. Obecny system nie przewiduje finansowania tej aktywności szpitali. Ponieważ starają się one prowadzić szkoły bezpłatnie, można w tym upatrywać barierę w szerokim promowaniu, ale i zapewnieniu dostępu do tego rodzaju edukacji. Warto podkreślić, że działania przygotowujące kobiety do porodu i opieki nad noworodkiem mogą mieć wpływ na doświadczenie i późniejszą ocenę porodu przez kobietę, rzutującą na jej gotowość na następne dziecko.

Realizacją powyższego mogłoby być stworzenie i wdrożenie Programu Szkół Rodzenia Ministerstwa Zdrowia, mającego na celu powszechną edukację kobiet w ciąży w bezpłatnych przyszpitalnych szkołach rodzenia, akcje informacyjne i edukacyjne, obejmujące fizjologię porodu, połogu, konsekwencji operacji cięcia cesarskiego, nefarmakologicznych metod łagodzenia bólu, w zakresie standardów opieki okołoporodowej i praw pacjenta (jako np. tzw. program polityki zdrowotnej⁴⁹).

49 O których mowa w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Dałoby to możliwość przekazania środków poza NFZ na ten konkretny cel (realizację działań w ramach programu) szpitalom zgodnie z art. 114 ust. 1 pkt 1 ustawy o działalności leczniczej.

Aneks 1. Metodologia – wzory ankiet wraz z odniesieniem do Standardów

<https://docs.google.com/document/d/1MI7vTaxisjRjT9jzUTTiHBASoa1p7ZskejC6MqSTcDI/edit#heading=h.27y54n2wbsxm>

Aneks 2. Wyniki audytu dla poszczególnych pytań z ankiet

<https://docs.google.com/document/d/1VoOQZTYTyCxzjZR-ajpqePDggjSx3LUHfhmgMr5osow/edit#heading=h.8t8te1v3a0n9>

