

Warszawa, 7 maja 2018 r.

Sz. P.

Łukasz Szumowski

Minister Zdrowia

Uwagi Fundacji Dajemy Dzieciom Się (dalej: FDDS) do projektu z dn. 4 kwietnia 2018 r. Rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej.

Szanowny Panie Ministrze,

Fundacja Dajemy Dzieciom Się z uwagą i zainteresowaniem śledziła prace nad nową wersją Standardu organizacyjnego w podmiotach leczniczych udzielających świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie ciąży, porodu oraz opieki nad noworodkiem (dalej: Standard).

W nowej formule Standardu doceniamy, że uwzględnia więcej aspektów opieki nad matką i dzieckiem niż poprzedni, kompleksowo traktuje te kwestie i integruje kilka dokumentów wcześniejszych w jeden. Z zadowoleniem przyjmujemy wiadomość, że Standard zostanie wprowadzony rozporządzeniem Ministra Zdrowia, co zwiększa szanse na jego stosowanie. Cieszymy się, że uwzględnia takie kwestie jak:

- wczesna identyfikacja ewentualnych objawów depresji okołoporodowej;
- ocena relacji w rodzinie;
- interwencje w przypadku trudności opiekuńczo-wychowawczych, przemocy czy innych nieprawidłowości;
- ramowy program edukacji przedporodowej, dzięki czemu może poprawić się dostęp kobiet w ciąży do wiedzy o ciąży, porodzie, położeń i opiece nad noworodkiem zgodnej z najnowszą wiedzą naukową;
- kontakt skóra do skóry trwający nieprzerwanie przez 2 godziny po urodzeniu zdrowego noworodka - to bardzo ważne, ze względu na ogromne znaczenie m.in. dla tworzenia się więzi między matką a dzieckiem, laktacji, budowania odporności dziecka.

Doceniamy ponadto, że duży nacisk położono na kierowanie ciężarnych do położnej podstawowej opieki zdrowotnej, co ma znaleźć swoje potwierdzenie w dokumentacji medycznej. Otoczenie kobiet w ciąży opieką medyczną i wsparciem w ich własnym środowisku ma ogromne znaczenie w profilaktyce emocjonalnych zaburzeń okołoporodowych oraz zaniechania dziecka.

Jak już wspomniano, doceniaamy również współpracę z pomocą społeczną w przypadku podejrzenia wystąpienia problemów opiekuńczo-wychowawczych i zwracanie uwagi przez położne na relacje w rodzinie i interwencję w przypadku podejrzenia przemocy czy innych nieprawidłowości. Ważne jest jednak, by położne posiadały odpowiednie przygotowanie do wypełnienia tych zadań.

Ponadto pozytywnie oceniamy, że standard określa postępowanie w sytuacjach szczególnych, takich jak śmierć dziecka, poronienie czy narodziny dziecka chorego, uwzględniając stan psychiczny pacjentki oraz jej potrzeby.

Standard zawiera jednak kilka kwestii, które budzą nasze wątpliwości:

1. Podejmowanie decyzji

Punkt I.15.1. stanowi, iż „realizacja praw pacjenta w przypadku sprawowania opieki nad kobietą w okresie ciąży, porodu i połogu polega na respektowaniu prawa do świadomego udziału w podejmowaniu decyzji związanych z ciążą, porodem, położeniem oraz opieką nad noworodkiem, obejmujących zakres podejmowanych działań i stosowanych procedur medycznych”.

Podobne zapisy znajdują się w punktach: VI.1., XV.3.1., XV.3.4.

Taki zapis budzi wątpliwości, co do tego, kto faktycznie podejmuje decyzje? Personel, a matka współuczestniczy? Jak to rozumieć? Takie sformułowanie odbiega znacznie od rozumienia prawa pacjenta do podejmowania decyzji wynikającego z ustawy z dnia 6 listopada 2008 roku o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta¹ (dalej: upp) oraz dokumentów międzynarodowych, rozmywa znaczenie prawa do informacji (art. 9. ust.2. upp - przystępnej informacji o stanie zdrowia pacjenta, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych i leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu) oraz prawa do wyrażenia zgody lub odmowy (art.15.16,17 upp) na udzielenie świadczeń zdrowotnych. Zapis w obecnym brzmieniu może stanowić zagrożenie dla prawa pacjentki do samostanowienia i do decydowania o opiece sprawowanej nad dzieckiem.

Sugerowana zmiana brzmienia: „...polega na respektowaniu prawa pacjentki do otrzymania wyczerpującej i przystępnej informacji oraz do wyrażania zgody lub odmowy na świadczenia medyczne związane z ciążą, porodem, położeniem oraz opieką nad noworodkiem, obejmujących zakres podejmowanych działań i stosowanych procedur medycznych.”

2. Zgoda na wykonywanie procedur

Punkt XIII.6. stanowi, iż „zgoda na wykonywanie procedur, o których mowa w pkt 5 lit e uzyskuje się od przedstawiciela ustawowego dziecka przy przyjęciu ciężarnej do porodu (izba przyjęć lub sala porodowa).

W naszej opinii taki zapis narusza prawa pacjenta i brzmi jak zgoda blankietowa. Zgoda, żeby była ważna, powinna być udzielona bezpośrednio przed udzieleniem konkretnego świadczenia.

3. Wykrywanie depresji poporodowej

¹ Dz.U. z 2017 r. poz. 1318, z późn. zm.

O ile, jak już zaznaczono wcześniej, doceniamy, że Standard w kilku punktach porusza kwestie związane z wykrywaniem ewentualnych objawów depresji, to z rozczarowaniem przyjmujemy, że wbrew wcześniejszym zapowiedziom Standard nie wprowadza dla lekarzy i położnych obowiązku dokonywania screeningu w zakresie okołoporodowych zaburzeń emocjonalnych, wraz ze wskazaniem konkretnego narzędzia – np. skali Becka. Depresja poporodowa jest cały czas źle diagnozowana i niedoceniana co do jej skutków dla matki i noworodka. Światowe badania pokazują, że może dotyczyć między 10 a 30% matek i ma długofalowe, negatywne konsekwencje dla dziecka². Dlatego naszym zdaniem Standard powinien doprecyzować, w jaki sposób ma się odbyć ocena w kierunku wystąpienia depresji, np. ocena stanu psychicznego położnicy, polegająca na zachęceniu pacjentki do wypełnienia kwestionariusza Becka lub innego narzędzia diagnostycznego i w razie wystąpienia podejrzenia depresji zalecenie odbycia wizyty u psychologa lub lekarza psychiatry. Niezbędne jest również podjęcie działań zwiększających liczbę miejsc, gdzie dostępna jest wyspecjalizowana, finansowana ze środków publicznych, pomoc dla kobiet cierpiących na depresję poporodową i ich bliskich.

4. Dokumentowanie przebiegu wizyt

Kwestią, która wymaga naszym zdaniem większej uwagi, jest sposób odnotowywania przeprowadzenia świadczeń profilaktycznych i działań w zakresie promocji zdrowia i badań diagnostycznych wskazanych w rozdziale II w dokumentacji medycznej. Z perspektywy ochrony dzieci ważne jest, by położne, które odbywają wizyty patronażowe, nie tylko prowadziły obserwację relacji rodzinnych, sposobu sprawowania opieki nad dzieckiem, wsparcia dla położnicy ze strony osób bliskich, ale by dokonywały tej oceny w sposób wystandaryzowany, w oparciu o konkretne narzędzia, i dokonywały stosownych zapisów w dokumentacji. Położne spotykają się ze wszystkimi rodzinami z nowonarodzonymi dziećmi. Jeśli w rodzinie występują niepokojące czynniki, położne mają niepowtarzalną okazję na ich zidentyfikowanie na wczesnym etapie, który może umożliwić zapewnienie szybkiego i skutecznego wsparcia całej rodzinie. Niestety obecnie w wielu przypadkach nie ma żadnego śladu z wykonania wszystkich zalecanych zadań.

Na kwestie braku zapisów świadczących o przebiegu wizyt położnych i wykonania wszystkich zalecanych świadczeń (w tym m.in. oceny czynników ryzyka) wskazywali już inspektorzy NIK w 2011 r.³ W związku z tym, sugerujemy rozważenie wprowadzenia odpowiednich prostych kwestionariuszy, w których można by odnotować obserwacje położnej. Dla przykładu przesyłamy Ankiętę Rodzic-Dziecko wypełnianą przez położne w ramach Lokalnego Systemu Profilaktyki Krzywdzenia Małych Dzieci w Warszawie.

5. Szkolenia dla personelu

Jak już wspomniano, doceniamy zapis mówiący o współpracy z pomocą społeczną w przypadku podejrzenia wystąpienia problemów opiekuńczo-wychowawczych i interwencji w przypadku podejrzenia przemocy czy innych nieprawidłowości. Zwracamy jednak uwagę, że aby rzetelnie wywiązać się z postawionych zadań, położne powinny być objęte programem szkoleniowym, opartym na najbardziej aktualnej wiedzy, obejmującym

² J. Krzyżanowska-Zbucka (2010), Okołoporodowe zaburzenia psychiczne a krzywdzenie dzieci, w Dziecko Krzywdzone. Teoria. Badania. Praktyka, nr 3 (32), Fundacja Dzieci Niczyje: Warszawa

³ NIK (2011), Informacja o wynikach kontroli realizacji zadań położnych środowiskowych w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej, Najwyższa Izba Kontroli: Kraków

m.in. takie zagadnienia jak: czynniki ryzyka oraz symptomy krzywdzenia małych dzieci, specyficzne, formy krzywdzenia małych dzieci, sposoby motywowania rodziny do szukania i korzystania z pomocy, dostępna lokalna oferta wsparcia dla rodzin z małymi dziećmi, procedury postępowania. Od lat na świecie najlepiej ocenianym programem zapobiegania krzywdzeniu dzieci jest program Nurse Family Partnership, polegający na intensywnych wizytach przeszkolonych, wyspecjalizowanych położnych wspierających rodziny borykające się z różnorodnymi problemami, mogącymi zagrażać dobrostanowi i bezpieczeństwu dziecka⁴. Sugerujemy rozszerzenie opieki wyspecjalizowanej położnej w przypadku rodzin z poważnymi trudnościami w opiece nad noworodkiem wzorem wspomnianego wyżej programu.

6. Zdrowie emocjonalne dziecka

Punkt XIV.10, opisując zadania położnej podczas wizyty, skupia się na kwestiach zdrowia fizycznego matki i dziecka. W świetle wyników najnowszych badań, właściwa opieka nad dzieckiem, w tym dbanie o jego rozwój emocjonalny, mają fundamentalne znaczenie dla jego przyszłego zdrowia psychicznego. Przeprowadzone w 2017 r. badania na zlecenie WHO i Ministerstwa Zdrowia wykazały, że osoby zaniedbywane emocjonalnie w dzieciństwie 11-krotnie częściej podejmowały próby samobójcze i 4-krotnie częściej samookaleczały się⁵. W związku z powyższym, sugerujemy, żeby zapisy punktu XIV.10 rozszerzyć, uwzględniając porady w zakresie rozwoju i zdrowia emocjonalnego dziecka.

7. Interwencja w przypadku podejrzenia przemocy

W punkcie XIV.10.6 widnieje zapis: „(położna) ocenia relacje w rodzinie, interweniuje w przypadku zaobserwowania przemocy lub innych występujących nieprawidłowości wykorzystując w tym celu odpowiednie procedury i informując powiatowe centrum pomocy rodzinie w miejscu pobytu matki i noworodka”;

W opinii Fundacji, ważne jest doprecyzowanie, jakie procedury mają być zastosowane, oraz przypomnienie obowiązku interwencji wynikającego z innych przepisów, w szczególności z Ustawy o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie z 29 lipca 2005 r. (dalej: uppr)⁶ czy z nowelizacji kodeksu karnego (dalej: kk)⁷, która weszła w życie 13 lipca 2017 r. Pracownicy ochrony zdrowia w przypadku podejrzenia przemocy w rodzinie mają obowiązek rozpoczęcia procedury „Niebieskie Karty” (art. 9d ust. 2 uppr). W przypadku podejrzenia, że dziecko jest ofiarą przestępstwa, m.in. wykorzystania seksualnego, gwałtu lub ciężkiego uszczerbku na zdrowiu w wyniku przestępstwa położne, jak każdy obywatel, mają prawny obowiązek zawiadomienia policji lub prokuratury (art. 240 kk par. 1). Zaniechanie zawiadomienia grozi karą pozbawienia wolności do 3 lat.

⁴ Izdebska A.(2009), Profilaktyka krzywdzenia małych dzieci – programy zagraniczne, w Dziecko krzywdzone. Teoria. Badania. Praktyka, nr 2 (27), Fundacja Dzieci Niczyje: Warszawa

⁵ Makaruk K.(2018) Survey of adverse childhood experiences and associated health-harming behaviours among Polish students, WHO: Kopenhaga

⁶ Dz.U. 2005 nr 180 poz. 1493

⁷ Dz.U. 1997 nr 88 poz. 553

8. Karmienie piersią i podawanie mleka modyfikowanego

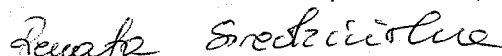
Z uznaniem przyjmujemy zapisy Standardu, które wyraźnie zmierzają do promocji karmienia piersią i wyeliminowania sytuacji, w których mleko modyfikowane podawane jest z innych powodów niż decyzja matki lub stan dziecka. Jednak zapis punktu XIII. 3. 5., który w obecnej chwili brzmi „Podawanie sztucznego mleka początkowego wyłącznie na zlecenie lekarza” wymaga doprecyzowania, gdyż może być interpretowany tak, że wola kobiety co do wyboru sposobu karmienia w ogóle nie będzie respektowana, czy że nie będzie przestrzeni do decyzji. Proponujemy, by sformułować zapis w sposób następujący „Podawanie sztucznego mleka początkowego w sytuacjach uzasadnionych stanem zdrowia dziecka lub w wyniku decyzji matki, wyłącznie na zlecenie lekarza”.

9. Przestrzeganie Standardu

Punkt 1.3 stanowi „Kierownicy podmiotów leczniczych zatrudniający osoby wykonujące zawód medyczny, o których mowa w ust. 2, są obowiązani do prowadzenia systematycznych szkoleń, porad i paneli dyskusyjnych, zmierzających do pełnego wdrożenia standardu w tych podmiotach oraz monitorowania jego przestrzegania.”

W opinii Fundacji, brakuje zapisów określających postępowanie w przypadku stwierdzenia, że Standard jednak nie jest przestrzegany. Sugerujemy dodanie zapisów mówiących o tym, jakie środki będzie podejmowało Ministerstwo Zdrowia w przypadku naruszenia zapisów Standardu.

Z poważaniem,



Renata Szredzińska

Członkini Zarządu
Fundacji Dajemy Dzieciom Siłę

Ankieta wypełnia się dla każdej kobiety w ciąży oraz dla każdego dziecka w wieku 0-3 lata.

Data / /

Imię i nazwisko osoby wypełniającej ankietę / kontakt: /

Imię i nazwisko dziecka: data ur.: / /

Imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego udzielającego informacji: data ur.: / /

Adres:

Miesiąc ciąży * Ciąża 1 2 3 4 5 * Ciąża planowana [nie] [tak] *

Data urodzenia dziecka: / / Liczba dzieci pozostających pod opieką rodziców

		Tak	Nie	Brak danych	Podjęzienie	Nie dotyczy	
1.	Rodzina	Samotny rodzic					
2.		Rodzina wielodzietna					
3.		Rodzina zastępcza / adopcyjna					
4.		Złe warunki materialne					
5.		Złe warunki mieszkaniowe					
6.		Brak dbałości o higienę (osobistą, otoczenia)					
7.		Bezrobocie					
8.		Przemoc w rodzinie					
9.		Korzystanie z pomocy społecznej / Korzystanie ze świadczeń socjalnych					
10.	Najbliższe otoczenie dziecka	Matka jest poniżej 18 roku życia (wypełnić o ile informacji udziela przedstawiciel ustawy małoletniej matki)					
11.		Przewlekła choroba somatyczna					
12.		Upośledzenie umysłowe					
13.		Choroba psychiczna (depresja, inne)					
14.	Uzależnienie od alkoholu, narkotyków, leków, inne						
15.	Inne dzieci w rodzinie	Dzieci z różnych związków					
16.		Partner nie będący ojcem dziecka					
17.		Dzieci hospitalizowane (choroba przewlekła, inne)					
18.		Dzieci niepełnosprawne					
19.	Przemoc wobec dziecka w rodzinie						
20.	Ciąża i opieka nad dzieckiem	Brak opieki lekarskiej podczas ciąży					
21.		Brak zainteresowania pielęgnacją małego dziecka					
22.		Brak zainteresowania potrzebami małego dziecka					
23.		Brak regularnych wizyt w poradni					
24.		Nie stosowanie się do zaleceń lekarza / pielęgniarki					
25.		Poród bez udziału lekarza / położnej					
26.		Depresja poporodowa (wypełnić o ile informacji udziela matka)					
27.		Brak regularnych szczepień					
28.		Zaniedbana higiena dziecka					
29.		Dziecko jest głodne / wychudzone					
30.		Brak odpowiedniego ubrania					
31.		Sińki na ciele dziecka					
32.	Zadrapania na ciele dziecka						

Problemy zgłaszane przez rodzica udzielającego informacji /opiekuna prawnego

Uwagi:

Jeżeli matka jest niepełnoletnia, informacji i zgody na przetwarzanie danych udziela jej przedstawiciel ustawy (matka lub ojciec, opiekun prawny nieletniej matki)

 - rodzic przekazał dane do formularza kontaktowegokonieczność wizyty/kontaktu z rodziną: - jest - nie ma - trudno ocenić

* wypełnić o ile informacji udziela ciążarna lub jej opiekun prawny

Miasto
Stołeczne
Warszawa