

Magdalena Kruczek

Kancelaria Adwokacka Adwokat Magdalena Kruczek

ORCID: 0000-0001-9499-2044

NOWE STANDARDY OPIEKI OKOŁOPORODOWEJ A PANDEMIA – WYBRANE ZAGADNIENIA PRAWNE

Czas porodu i położenia dla każdej kobiety jest okresem niezapomnianym – dla jednych kobiet jest to czas piękny, dla innych wiąże się tylko z bólem, niepewnością i poczuciem bezsilności. Aby ujednolicić poziom opieki dla wszystkim pacjentek oddziałów położniczych oraz zapewnić im jak najlepszą opiekę i poczucie bezpieczeństwa w 2018 r. Minister Zdrowia wprowadził rozporządzenie w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej. W zaktualizowanych standardach znalazły się m.in. zapisy dotyczące ciąży, łagodzenia bólu porodowego czy zasad organizacji pracy personelu w przypadkach trudnych porodów. Krótco po wejściu w życie tego rozporządzenia Polska, podobnie jak wszystkie inne kraje świata, znalazła się w sytuacji niebywale trudnej, szczególnie jeśli chodzi o system zdrowia publicznego – zapanowała pandemia wirusa SARS-CoV-2. W jaki sposób stan pandemii wpłynął na stosowanie nowych standardów okołoporodowych?

„Obarczę cię niezmiernie wielkim trudem twej brzemienności, w bólu będziesz rodziła dzieci”¹ – tę nałożoną na Ewę za zerwanie zakazanego owocu karę żyjące na przestrzeni wieków kobiety miały okazję poznać dosłownie. Już w starożytności stosowano środki łagodzące ból porodowy, wśród których najpopularniejsze było opium i mieszanki różnych ziół². W czasach chrześcijańskich cierpienie rodzących uznawane było za przejaw kary za grzech Ewy i wygnanie z raju, zatem tłumienie bólu poprzez przyjmowanie środków znieczulających było źle widziane, a wręcz potępiane. Dopiero w XIX w., mimo protestów Kościoła, zaczęto eksperymentować z podawaniem środków, takich jak eter czy chloroform.

¹ *Biblia Tysiąclecia, Księga Rodzaju 3,16*, Kraków 1980, s. 87.

² M. Bogucka, *Gorsza pleć. Kobieta w dziejach Europy od antyku po wiek XXI*, Warszawa 2005, s. 26.

Na ziemiach polskich poród odbierały akuszerki zwane dzieciobiorkami lub poporzezkami³, które bazowały na medycynie ludowej i własnym doświadczeniu. Akuszerkami były kobiety doświadczone, które albo rodziły już dzieci, albo przyjmowały wcześniej wiele porodów⁴. Akuszerki zwane były często „babkami”, a ponieważ większość z nich była niepiśmienna, każda z babek stosowała własne metody oparte na zwyczajach lokalnych. Do częstych praktyk należało podawanie rodzącej do picia wódki z cynamonem i korzeniami – na złagodzenie bólu porodowego, okładanie brzucha śledziami, co miało powodować przyspieszenie porodu, czy natłuszczanie okolic intymnych rodzącej dla ułatwienia przejścia główki dziecka⁵.

Gdy dziecko przyszło na świat, akuszerka przecinała pępowinę (często w nieodpowiednim miejscu, niezdezynfekowanym nożem, co mogło prowadzić do zakażenia). Następnie dochodziło do urodzenia łożyska – a gdy nie następowało to samoistnie, akuszerka wyciągała łożysko własnymi rękami⁶, co często kończyło się krwotokiem i śmiercią matki. Przeciwdziałac krwotokowi miało np. wypicie przez rodzącą wódki z dodatkiem zeskrobanego brudu ze złotej monety lub rogu stołu. Niestety nie zawsze dochodziło do szczęśliwego rozwiązania ciąży. Popularne dziś cesarskie cięcie, choć znane było już w starożytnym Rzymie, dokonywane jednak było zazwyczaj już po śmierci matki. W Polsce pierwsze cięcie cesarskie na żywej kobiecie wykonał w 1821 r. F. Dybek⁷, chirurg z Uniwersytetu Warszawskiego, nadal jednak był to zabieg obciążony ogromnym ryzykiem, na który decydowana się bardzo rzadko. Uległo to zmianie dopiero po wynalezieniu przez A. Fleminga penicyliny w 1928 r.

Postępujący rozwój medycyny nie miał natychmiastowego wpływu na poprawę statystyki umieralności okołoporodowej noworodków i matek, czego główną przyczyną był fakt, iż do szpitali położniczych z początku trafiały głównie kobiety biedne lub chore. Jeszcze pod koniec pierwszej połowy XX w. rodzące wybierały porody domowe w asyście akuszerki. Dopiero w latach 60. XX w. szpital stał się głównym miejscem narodzin dzieci, a opiekę nad rodzącą przejął lekarz i położna.

Po 1989 r. w Polsce nastąpiło wiele zmian związanych zarówno z organizacją opieki okołoporodowej, jak i praktyką ginekologiczno-położniczą. Jednym z ważnych celów była poprawa jakości opieki perinatalnej, a przede wszystkim zmniejszenie umieralności okołoporodowej, spadek liczby porodów przedwcze-

³ T. Brzeziński, *Historia medycyny*, Warszawa 1988, s. 218–219.

⁴ H. Biegeleisen, *Matka i dziecko w obrzędach, wierzeniach i zwyczajach ludu polskiego*, Lwów 1917, s. 34.

⁵ *Ibidem*, s. 49.

⁶ I. Frankowska, *Obrzędy rodzinne – naturalne talizmany: łożysko i pępowina*, Lublin 2007, http://teatrnn.pl/leksykon/node/513/obrzedy_rodzinne_naturalne_talizmany_lozysko_i_pepowina (1.12.2020), s. 67.

⁷ P. Lasota, *Etnografia Lubelszczyzny – ciąża, narodziny i chrzest*, http://teatrnn.pl/leksykon/node/505/etnografia_lubelszczyzny_ciaz_narodziny_i_chrzest (1.12.2020).

snych, ograniczenie niekorzystnych skutków chorób matek i dzieci⁸. Analizując zmiany w zakresie opieki perinatalnej na przestrzeni ostatniego 30-lecia, warto zwrócić uwagę, że w tym czasie nastąpiło wiele zmian związanych z zawodem położnej, której pozycja względem lekarza położnika została wzmocniona szczególnie w ramach obowiązujących przepisów dotyczących opieki okołoporodowej.

Poród jest zjawiskiem dosyć powszechnym i częstym, biorąc pod uwagę, że w sierpniu 2020 r. ogół wszystkich ludzi zamieszkujący Ziemię wynosił około 7,8 mld⁹, w końcu czerwca 2020 r. ludność Polski liczyła 38,35 mln i w samym tylko I półroczu 2020 r. zarejestrowano w naszym kraju ponad 177 tys. urodzeń żywych¹⁰.

W XXI w. polskie standardy opieki nad kobietą w ciąży, w trakcie porodu i połogu oraz nad noworodkiem nie odbiegają od standardów światowych obowiązujących w krajach rozwiniętych, zaś zasady wprowadzone rozporządzeniem 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 noworodkiem¹¹ stanowiły jedno z najnowocześniejszych uregulowań tej materii w Europie. Dodatkowo standard ten umocniony i uzupełniony był rozporządzeniami Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych w dziedzinie położnictwa i ginekologii z zakresu okołoporodowej opieki położniczo-ginekologicznej, sprawowanej nad kobietą w okresie ciąży, porodu, połogu, w przypadkach występowania określonych powikłań oraz opieki nad kobietą w sytuacji niepowodzeń położniczych¹² oraz rozporządzeniem z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie standardów postępowania medycznego w łagodzeniu bólu porodowego¹³.

Jednym z podstawowych obowiązków państwa jest zapewnienie słusznego dostępu do opieki zdrowotnej właściwej jakości przy uwzględnieniu przede wszystkim potrzeb medycznych danej osoby. Opieka taka powinna być właściwej jakości z punktu widzenia stanu nauki¹⁴.

W polskim systemie prawnym prawa kobiety ciężarnej w tej szczególnej sytuacji, jaką jest poród, chronione są przez Konstytucję RP, ustawy i szereg umów

⁸ T. Maciejewski, *Rozwój opieki perinatalnej na przełomie XX i XXI wieku*, „Perinatologia, Neonatologia i Ginekologia” 2013, nr 6.

⁹ <https://www.census.gov/programs-surveys/decennial-census/2020-census.html> (1.12.2020).

¹⁰ <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/ludnosc/ludnosc-stan-i-struktura-ludnosci-ora-ruch-naturalny-w-przekroju-terytorialnym-stan-w-dniu-30-06-2020,6,28.html> (1.12.2020).

¹¹ Dz.U. 2012, poz. 1100.

¹² Dz.U. 2015, poz. 2007.

¹³ Dz.U. 2015, poz. 1997.

¹⁴ D. Bomba-Opoń, M. Wielgoś, *Standardy opieki okołoporodowej w przypadkach występowania określonych powikłań*, „Ginekologia i Perinatologia Praktyczna” 2016, t. I, nr 1 s. 1–9.

międzynarodowych, które w wyniku ratyfikacji stały się źródłem prawa powszechnie obowiązującego w Polsce. Podstawowe znaczenie ma art. 68 ust. 1 i 2 Konstytucji RP¹⁵, który każdemu gwarantuje prawo do ochrony zdrowia, a obywatelom polskim równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w granicach ustawy. Do sytuacji prawnej kobiety w ciąży odnosi się też art. 71 ust. 2 Konstytucji RP, z którego wynika, że „matka przed i po urodzeniu dziecka ma prawo do szczególnej pomocy władz publicznych, której zakres określa ustawa”¹⁶.

W związku z powyższym ustanowienie i stosowanie standardów opieki okołoporodowej należy uznać za niezbędne zwłaszcza wtedy, gdy kobiety znajdujące się w podobnej sytuacji klinicznej są poddawane postępowaniu medycznemu w różny sposób i z różnymi efektami. Z tego właśnie powodu niezwykle istotne wydaje się wskazanie jednolitych, powszechnie obowiązujących standardów w celu poprawy jakości udzielanych świadczeń oraz przestrzegania fundamentalnych praw należnych kobietom i ich dzieciom w opiece okołoporodowej.

Standardy medyczne to zbiory rekomendacji, które odnoszą się do wszystkich działań zapobiegawczych, diagnostycznych i leczniczych, które zazwyczaj przyjmują formę wytycznych, rekomendacji lub ścieżek postępowania medycznego. Jest to model uznanych profesjonalnych działań leczniczych, pielęgnacyjnych, rehabilitacyjnych, diagnostycznych lub organizacyjnych służących do oceny jakości świadczeń¹⁷. W kontekście Prawa medycznego standard to przeciętny model, norma, wzorzec, profesjonalnie uzgodniony poziom wykonawstwa jakiegoś działania, stosownie do potrzeb grupy pacjentów, który jest osiągalny, mierzalny, pożądan¹⁸.

Wprowadzenie standardów opieki okołoporodowej umotywowane było koniecznością zapewnienia jednakowych schematów postępowania z kobietą w ciąży i okresie okołoporodowym we wszystkich szpitalach w Polsce.

Zgodnie z art. 22 ust. 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej¹⁹ główną dyrektywą, którą miał się kierować Minister Zdrowia, kształtując ten standard opieki okołoporodowej, była jakość, jednak analiza rozporządzenia pozwala na zdefiniowanie znacznie szerszego kontekstu tego aktu prawnego, w którym wartością wiodącą jest kobieta ciężarna oraz zagwarantowanie bezpieczeństwa jej i dziecku w ramach procedury porodu. Określone w 2012 r.

¹⁵ Art. 68 ust. 1 i 2 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. (Dz.U. 1997, nr 78, poz. 483 ze zm.).

¹⁶ Art. 71 ust. 2 Konstytucji RP.

¹⁷ <http://www.archiwum.mz.gov.pl/system-ochrony-zdrowia/organizacja-ochrony-zdrowia/standardy-medyczne/> (30.11.2020).

¹⁸ *Standardy* [w:] *Słownik języka polskiego PWN*, <https://sjp.pwn.pl/sjp/standardy;3061827.html> (1.12.2020).

¹⁹ Art. 22 ust. 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. 2011, nr 112, poz. 654).

standardy miały na celu zapewnienie jak najlepszej opieki nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, porodu i połogu oraz nad noworodkiem, przy czym głównym zadaniem wprowadzenia standardów miało być zapewnienie najlepszego stanu zdrowia położnicy i jej dziecka poprzez określenie zalecanego zakresu świadczeń profilaktycznych, badań i konsultacji medycznych, jakie powinny być wykonywane przez kobiety w ciąży, przy jednoczesnym ograniczeniu interwencji medycznych, takich jak cesarskie cięcie, nacięcie krocza czy podawanie noworodkowi mleka modyfikowanego. Wskazać trzeba, iż szczególnie wysoka liczba wykonywanych w Polsce cesarskich cięć była przedmiotem uwagi ustawodawcy.

Z raportu Euro-Peristat²⁰ zawierającego kompleksowe dane z zakresu opieki okołoporodowej wynika w sposób wyraźny, jak w ciągu ostatnich 20 lat drastycznie wzrosła liczba wykonywanych cięć cesarskich. W 2000 r. odsetek ciąż zakończonych cesarskim cięciem wynosił 19,6%, zaś w 2014 r. już 42,2%²¹. Wskazać należy, iż Polska znalazła się wśród liderów państw mających największy odsetek cesarskich cięć objętych badaniem, tuż obok Bułgarii (43,0%), Rumunii (45,9%) i Cypru (56,9%)²².

Podkreślić należy, że wszelkie działania mające na celu poprawę warunków, w jakich dochodzi do porodu i połogu w Polsce, odniosły doniosłe skutki. Dane statystyczne pokazują wyraźną poprawę jakości opieki okołoporodowej, która mierzona jest międzynarodowym współczynnikiem umieralności okołoporodowej, który około 2000 r. wynosił w Polsce 8,7‰ (choć w niektórych województwach sięgał nawet 11‰), zaś w 2014 r. już tylko 4,9‰. Nie było również województwa, którego współczynnik umieralności okołoporodowej przekroczyłby 5,8‰²³. Liczne głosy, w tym głosy organizacji pozarządowych jak Fundacja „Rodzić po ludzku” oraz stowarzyszeń zrzeszających położne głośno zgłaszały, że obowiązujące w Polsce standardy okołoporodowe nie są uniwersalnie stosowane, a znaczący wzrost częstotliwości stosowania procedur mających na celu wywołanie, przyspieszenie, ukończenie, uregulowanie bądź monitorowanie fizjologicznego porodu przy jednoczesnym wzroście medykalizacji porodu zdeprecjonowało rolę kobiety w procesie porodu, zaś nagminne stosowanie procedur medycznych miało negatywny wpływ na doświadczenia porodowe kobiet.

²⁰ Celem istnienia projektu Euro-Peristat (który rozpoczął działalność w 1999 r.) jest utworzenie uzasadnionych i wiarygodnych naukowo wskaźników służących monitorowaniu i ocenie zdrowia okołoporodowego w krajach Unii Europejskiej. W ramach projektu działają naukowcy – eksperci ze wszystkich krajów Unii Europejskiej i Norwegii. Są to klinicyści, epidemiolodzy i statystycy zajmujący się zagadnieniami zdrowia okołoporodowego. Wypracowane przez Euro-Peristat wskaźniki dotyczą czterech tematów: zdrowia płodu, noworodka i dziecka, zdrowia matki, cech populacji i czynników ryzyka oraz usług zdrowotnych. <https://www.euoperistat.com/index.php/our-project/about-euro-peristat.html> (1.12.2020).

²¹ <https://www.euoperistat.com/index.php/reports/european-perinatal-health-report-2015.html> (1.12.2020).

²² *Ibidem*.

²³ <https://swiatlekarza.pl/dotrzymujemy-kroku-europie/> (1.12.2020).

Standard opieki jest również zbiorem zasad, które uwzględniają i gwarantują respektowanie praw pacjenta. Jednym z głównych praw pacjenta dotyczącym kobiet w ciąży jest prawo do świadomego udziału w podejmowaniu decyzji związanych z ciążą, porodem, położeniem oraz opieką nad noworodkiem, obejmujących zakres podejmowanych działań i stosowanych procedur medycznych. Wynika to m.in. z brzmienia z ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta²⁴, która w art. 16 kształtuje prawo pacjenta w przedmiocie wyrażenia zgody na udzielenie konkretnych świadczeń zdrowotnych lub prawo do odmowy wyrażenia takiej zgody. Przykładem sytuacji, w której standard opieki okołoporodowej realizuje omawiane prawo, jest zidentyfikowanie u ciężarnej czynnika ryzyka, co powinno zostać omówione z ciężarną, tak aby zapewnić jej podjęcie świadomej decyzji odnośnie do wyboru miejsca porodu. Istotnym i co ważne – wprost wyrażonym uprawnieniem w tym zakresie jest prawo do wyboru miejsca porodu w warunkach szpitalnych lub pozaszpitalnych.

Na poziom zadowolenia kobiety z opieki okołoporodowej ma wpływ wiele czynników, często związanych nie tylko z samymi doznaniem związanymi z porodem, ale też z jakością udzielanych świadczeń medycznych oraz jakością komunikacji położnicy z personelem medycznym. Sam poród jest procesem niezwykle trudnym i choć metody uśmierzenia bólu mają istotne znaczenie w tym procesie, istotne jest też samopoczucie kobiety niezwiązane z dolegliwościami bólowymi, na które wpływ ma zachowanie poczucia intymności i bezpieczeństwa oraz świadomość szanowania wyborów i praw kobiety.

Do podstawowych obowiązków podmiotów świadczących opiekę okołoporodową, ze szczególnym uwzględnieniem lekarzy i położnych, należy postępowanie zgodnie z aktualną wiedzą medyczną. Na cały proces udzielania świadczeń opieki zdrowotnej istotny wpływ mają standardy, których doniosła wartość wynika z przewidywalności procesu diagnostyczno-terapeutycznego, co dla adresata świadczeń ma szczególne znaczenie, w sposób bezpośredni wpływa bowiem na jego poczucie bezpieczeństwa w systemie²⁵. Postępy dokonywane w wiedzy medycznej, doświadczenia i schematy wypracowywane przez specjalistów praktyków oraz analiza wyników badań i danych statystycznych wymogły wprowadzanie nowych standardów opieki medycznej lub zaktualizowanie już istniejących. Przykładowo mając na uwadze wyniki najnowszych doniesień naukowych w przedmiocie wpływu wykonywania cesarskiego cięcia na zdrowie zarówno kobiety, jak i dziecka w ujęciu długookresowym, stwierdzić należy, że tak wysoki odsetek cesarskich cięć, jak ma to miejsce w naszym kraju, jest niekorzystny dla zdrowia populacji i może powodować duży wzrost kosztów opieki zdrowotnej. Celem zbadania problemu i przygotowania konkretnych rozwiązań Minister

²⁴ Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U. 2009, nr 52, poz. 417).

²⁵ E. Warmińska, *Nowe standardy opieki okołoporodowej*, Lex/el. 2019.

Zdrowia powołał zespół roboczy ds. opracowania kierunków działań ukierunkowanych na zmniejszenie liczby cesarskich cięć.

Aktualizacja standardów opieki okołoporodowej unormowanej rozporządzeniem z 2012 r. motywowana była też koniecznością implementacji zaleceń Światowej Organizacji Zdrowia²⁶, które wskazują na potrzebę wprowadzenia zmian w modelu opieki okołoporodowej poprzez wzmocnienie roli położnych w działaniach na rzecz naturalnego, zgodnego z fizjologią porodu poprzez podążanie za potrzebami kobiety rodzącej.

Nowe, zaktualizowane standardy zostały wprowadzone przez rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej i weszły w życie 1 stycznia 2019 r. Istotną część dotychczasowych przepisów pozostała w rozporządzeniu w niezmienionej formie, wprowadzono jednak sporo nowych uregulowań. W zaktualizowanych standardach znalazły się m.in. zapisy dotyczące ciąży, łagodzenia bólu porodowego czy zasad organizacji pracy personelu w trudnych przypadkach. Do najważniejszych zmian w standardach okołoporodowych zaliczyć należy:

1. Zaprzestanie traktowania łagodzenia bólu porodowego jako dodatkowej procedury medycznej w trakcie porodu i wzmocnienie nacisku na edukację kobiet – przyszła mama ma otrzymać kompleksową informację w zakresie dostępnych dla niej metod uśmierzania bólu porodowego oraz ewentualnych niepożądanych skutków ich zastosowania.
2. Położono nacisk na konieczność wyboru położnej jeszcze przed porodem, tj. między 21. a 26. tygodniem ciąży.
3. Celem ograniczenia liczby porodów zabiegowych zlikwidowano obowiązek hospitalizacji kobiety ciężarnej po 41. tygodniu ciąży – obecnie po 40. tygodniu ciąży kobieta ma się znajdować pod opieką lekarza i powinna posiadać komplet badań, ale to jej lekarz prowadzący ciążę podejmuje decyzję o ewentualnej konieczności skierowania jej do szpitala.
4. Umożliwiono kobiecie w ciąży wcześniejsze niż w chwili rozpoczęcia się akcji porodowej zapoznanie się z miejscem przyszłego porodu, wypełnienie dokumentacji medycznej, a przede wszystkim przeprowadzenie wcześniejszej konsultacji anestezyjologicznej w celu uzyskania przez nią informacji o dostępnych formach znieczulenia.
5. Położono duży nacisk na kontrolę ryzyka depresji poporodowej poprzez podanie kobiety w ciąży trzyetapowej ocenie ryzyka wystąpienia lub nasilenia objawów depresji poporodowej. Ocena taka powinna zostać przeprowadzona między 11. a 14. tygodniem ciąży, następnie między 33. a 37. tygodniem i po raz trzeci już po porodzie, w trakcie wizyty położnej środowiskowej.

²⁶ <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272447/WHO-RHR-18.12-eng.pdf?ua=1> (1.12.2020); <https://swiatlekarza.pl/dotrzymujemy-kroku-europie/> (1.12.2020).

6. Podkreślono znaczenie wspierania matek w laktacji, wskazując, że karmienie piersią jest najlepszym sposobem żywienia niemowlęcia. Nakłaniając kobiety do karmienia naturalnego, wstrzymano podawanie mleka modyfikowanego noworodkom bez konsultacji z ich matką.
7. Przyznano wyłączne prawo decydowania o możliwości spożywania posiłków przez kobietę rodzącą lekarzowi.
8. Podkreślono doniosłą wagę kontaktu skin-to-skin. Prawidłowy kontakt skóra do skóry bezpośrednio po porodzie nie powinien być przerywany przez minimum 2 godziny, a dziecko nie powinno być w tym czasie myte, ubierane, jedynie okryte, aby uchronić je przed utratą ciepła. Dokonanie oceny dziecka w skali Apgar lub badanie przez neonatologa może odbywać się na brzuchu mamy. W czasie tego kontaktu 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 pomoc²⁷. Kontakt skin-to-skin może być przerwany w sytuacji wystąpienia zagrożenia życia lub zdrowia matki lub noworodka, które to zagrożenie powinno zostać odnotowane w dokumentacji medycznej. Z kolei wykonywanie procedur medycznych, takich jak poród łożyska, oględziny krocza i łożyska, szycie naciętego lub pękniętego krocza w znieczuleniu miejscowym, nie powinno stanowić powodu do przerywania kontaktu mamy i noworodka. Czasowe przerywanie wczesnego kontaktu jest wskazane wyłącznie w trakcie zabiegów położniczych, które przeprowadzone muszą być w trybie pilnym, szczególnie gdy wymaga to znieczulenia ogólnego pacjentki.
9. Wprowadzono wyraźne ramy programu nauczania położnych.
10. Uznano procedury łagodzenia bólu za naturalny etap sprawowanej opieki okołoporodowej, dzięki czemu kobieta ma mieć większy dostęp do szczególnego wsparcia w przypadku wydarzeń traumatycznych (np. śmierć dziecka czy jego ciężkie wady).
11. Opisano opiekę nad kobietą w szczególnych sytuacjach, takich jak rozpoznanie podczas ciąży ciężkiej choroby lub wady u dziecka, poronienia, urodzenie dziecka martwego, niezdolnego do życia, chorego lub z wadami wrodzonymi.

Analiza przepisów omawianego rozporządzenia wprowadzającego nowe standardy opieki okołoporodowej skłania do konkluzji, iż brak jest w nim ustanowienia prawnych mechanizmów egzekwowania nowo wprowadzonych przepisów. Ustawodawca, wprowadzając przepisy, powinien wskazać, jakie konsekwencje prawne poniesie placówka medyczna nieprzestrzegająca przepisów rozporządzenia z dnia 16 listopada 2018 r. Zasadne byłoby również ustalenie zasad ponoszenia odpowiedzialności poszczególnych członków personelu medycznego, którzy nie stosują lub naruszają obowiązki wynikające z nowych standardów opieki. Dopiero wprowadzenie tych rozwiązań pozwoliłoby na uzy-

²⁷ https://www.who.int/elena/titles/review_summaries/early-skin-contact/en/ (30.11.2020).

skanie przez kobiety w ciąży pewności, że ich prawa będą respektowane, i to nie zależnie od tego, do jakiego szpitala trafią w przypadku rozpoczęcia akcji porodowej.

Przepisy nowego rozporządzenia dotyczącego opieki okołoporodowej weszły w życie 1 stycznia 2019 r., jednak nie od razu znalazły zastosowanie we wszystkich jednostkach świadczących świadczenia medyczne. Częściowo wynikało to z dotychczasowych przyzwyczajeń personelu medycznego, zbyt powolnego wdrażania tych założeń do praktyki, i to zarówno przez administrację szpitali, ordynatorów oddziałów, jak i przez samych lekarzy, a częściowo wiązało się również z brakiem lub niewystarczającą edukacją kobiet w zakresie przysługujących im praw. Nadal do najczęściej sygnalizowanych przez kobiety po porodzie nieprawidłowości należy nieprzestrzeganie zasady nieprzerwanego kontaktu matki i dziecka, tzw. kontaktu *skin-to-skin* przez okres 2 godzin bezpośrednio po porodzie, oraz dokarmienie noworodków mlekiem modyfikowanym bez wcześniejszej konsultacji z matką dziecka.

Czas od wejścia w życie przepisów wprowadzających nowe standardy okołoporodowe jest stosunkowo krótki i trudno ocenić skuteczność wprowadzonych przepisów, szczególnie wobec panującej pandemii choroby zakaźnej wywołanej przez wirusa SARS-CoV-2. Wybuchła w mieście Wuhan w środkowych Chinach epidemia choroby COVID-19 11 marca 2020 r. została uznana przez Światową Organizację Zdrowia za pandemię. Kolejne państwa wprowadzały obostrzenia, nakazy i zakazy mające na celu powstrzymanie rozprzestrzeniania się choroby. W Polsce pierwszy przypadek zarażenia nowym szczepem SARS-CoV-2 potwierdzony został 4 marca 2020 r.²⁸

Jedną z pierwszych decyzji mających na celu ochronę pacjentów i personelu medycznego było wprowadzenie zakazu odwiedzin w szpitalach, a na oddziałach położniczych wstrzymanie porodów rodzinnych. Marzec i kwiecień 2020 r. były dla kobiet w ciąży okresem niepewności, dezorientacji, często strachu. Analiza przeprowadzonych przez autorkę badań ankietowych wskazuje, że mamy, które urodziły dzieci w 2020 r., najbardziej obawiały się zakażenia wirusem i ewentualnych konsekwencji dla dzieci w ich łonach w związku z zakażeniem, rozłączenia ich z noworodkiem w przypadku wykrycia u nich COVID-19, braku możliwości towarzyszenia im podczas porodu przez osobę bliską, konieczności wykonania cesarskiego cięcia w związku z zakażeniem, konieczności porodu w szpitalu jednoimiennym, niemożności karmienia piersią dziecka w przypadku zakażenia, braku możliwości odwiedzin przez bliskich w szpitalu czy niemożności odbycia porodu w wybranej przez siebie placówce służby zdrowia. Niestety wiele z tych obaw znalazło odzwierciedlenie w rzeczywistości.

²⁸ Komunikat Głównego Inspektora Sanitarnego z 4 marca 2020 r. w sprawie potwierdzonego przypadku koronawirusa w Polsce, <https://gis.gov.pl/aktualnosci/komunikat-glownego-inspektora-sanitarnego-w-sprawie-potwierdzonego-przypadku-koronawirusa/> (30.11.2020).

Rozprzestrzenianie się pandemii wymogło na władzach państwowych podejmowanie konkretnych decyzji, które ten proces miały zatrzymać, przy jednoczesnym wprowadzeniu rozwiązań pozwalających na udzielanie świadczeń medycznych osobom chorym lub podejrzany o COVID-19. Celem zapewnienia miejsc szpitalnych dla pacjentów zarażonych wirusem wyselekcjonowano szpitale zwane jednoimiennymi. Trafiać miały do nich m.in. kobiety z dodatnim wynikiem testu na koronawirusa, które rozpoczęły poród.

Szczególnie na początku pandemii dochodziło do sytuacji niepożądanych – zdarzało się, że przyszła mama po przybyciu do szpitala miała wykonywany szybki test kasetkowy, a w przypadku wyniku pozytywnego transportowana była do szpitala jednoimiennego. Tam po porodzie zgodnie z wytycznymi noworodek był izolowany od matki, aby zapobiec jego zakażeniu. Bywały sytuacje, że kobieta nie miała możliwości zobaczenia swojego dziecka nawet przez kilka dni. Wynikało to z faktu przyjęcia przez Polskę rekomendacji amerykańskiego Centrum Kontroli i Zapobiegania Chorobom²⁹, które pomimo wskazania, że dane dotyczące wpływu COVID-19 na ciążarną i dziecko były skąpe, zalecało, by dzieci urodzone przez kobiety z pozytywnym wynikiem testów były czasowo izolowane od matki. Przemawiającym za izolacją dziecka argumentem był fakt, że noworodek zakażony wirusem wymagałby dłuższej hospitalizacji, stanowiłby zagrożenie dla innych noworodków oraz personelu szpitala. Z kolei zakażenie personelu mogło wywołać niedobory kadrowe szpitala i w konsekwencji powodować spadek jakości leczenia neonatologicznego w jednostce.

Poród to zwykle bardzo stresująca życiowa sytuacja dla każdej kobiety. Nawet gdy nie jest to pierwszy poród, ma miejsce w znanym i wybranym przez kobietę szpitalu, pod opieką sprawdzonego personelu medycznego. W czasach pandemii zdarzało się, że kobieta nie miała możliwości porodu w wybranym przez siebie szpitalu, w asyście wybranego przez siebie lekarza i położnej. Większość kobiet wskazuje jednak, że to brak obecności osoby bliskiej – męża, chłopka, mamy czy przyjaciółki – budzi największe obawy dotyczące samego przebiegu porodu. Obecność osoby bliskiej podczas porodu jest możliwa w części placówek. W zaleceniach konsultantów krajowych w dziedzinie położnictwa i ginekologii oraz w dziedzinie perinatologii opublikowanych 15 lipca 2020 r.³⁰ czytamy, że w Polsce nie ma arbitralnego zakazu porodów rodzinnych, a ostateczną decyzję o obecności osoby towarzyszącej przy porodzie powinien podjąć kierownik podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych w porozumieniu z ordynatorem oddziału położniczo-ginekologicznego, mając na uwadze lokalne względy organizacyjne pozwalające na izolację rodzących i osób im towarzyszących od innych pacjentek³¹. Jednocześnie wskazano, że:

²⁹ <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/faq.html> (1.12.2020).

³⁰ *Ibidem*.

³¹ <https://www.gov.pl/web/zdrowie/wytyczne-dla-poszczegolnych-zakresow-i-rodzajow-swiadczen> (1.12.2020).

- nie tylko kobieta rodząca, ale również osoba jej towarzysząca muszą wypełnić ankietę epidemiologiczną,
- rodząca wraz z osobą towarzyszącą powinna przebywać w pojedynczej, indywidualnej sali porodowej wyposażonej w oddzielny węzeł sanitarny,
- osoba towarzysząca rodzącej może zostać wpuszczona do pokoju porodowego w momencie rozpoczęcia porodu i powinna opuścić oddział w ciągu 2 godzin po porodzie.

Podkreślono, że osoby pozostające w kwarantannie lub w trakcie izolacji nie mogą uczestniczyć w porodzie i wchodzić na teren szpitala, choć niestety zdarzały się sytuacje, że np. przyszły tata przywoził kobietę w pierwszej fazie porodu do szpitala i wprowadzał ją na izbę przyjęć, mimo że sam przebywał na kwarantannie. Zachowanie takie uznaje się za skrajnie nieodpowiedzialne, jako że narażało życie i zdrowie nie tylko innych kobiet przebywających w szpitalu, ale również personelu medycznego.

Pomimo że możliwość porodu rodzinnego nie została całkowicie wyłączona, to jednak wielu kierowników jednostek medycznych, mając na względzie ochronę swoich pracowników, nie zdecydowało się na umożliwienie takich porodów. Przykładowo w Rzeszowie żaden z czterech szpitali posiadających oddziały położnicze nie zdecydował się na umożliwienie porodów rodzinnych.

Pogarszająca się sytuacja epidemiologiczna wymusiła konieczność zrewidowania w czasie pandemii obowiązujących standardów okołoporodowych poprzez wprowadzanie wytycznych, zaleceń i rekomendacji, które pozwoliły w sposób jak najlepszy zapewnić bezpieczeństwo kobiety w ciąży, jej dziecku i personelu medycznego. Wydano m.in. następujące zalecenia dotyczące opieki nad kobietą w ciąży³²:

1. Ograniczenie liczby wizyt w gabinecie lekarskim do niezbędnego minimum. Modyfikacja planu wizyt powinna zostać ustalona z każdą kobietą w ciąży przez położną lub lekarza indywidualnie, stosownie do jej sytuacji zdrowotnej a wszystkie wizyty i badania wymagające bezpośredniego kontaktu z położną lub lekarzem powinny odbywać się z zachowaniem środków bezpieczeństwa. Należy przypomnieć, że w przypadku ciężarnych nie można mówić o zawieszeniu planowych wizyty, ponieważ każda taka pacjentka powinna być traktowana jak przypadek pilny. Stan zagrożenia epidemiologicznego nie zwalnia z obowiązku prowadzenia ciąży przez personel medyczny, mimo to w pierwszych tygodniach po wybuchu pandemii zdarzało się, że poradnie ginekologiczno-położnicze zawieszały działalność lub przekładały zaplanowane wizyty na okres późniejszy.
2. Edukacja przedporodowa realizowana przez położne od 21. tygodnia ciąży powinna się odbywać z wykorzystaniem systemów teleinformatycznych i innych

³² <https://www.ptgin.pl/rekomendowana-sciezka-postepowania-dla-kobiet-w-ciazy-covid-19> (1.12.2020).

środków komunikacji umożliwiających przeprowadzanie konsultacji zdalnie. W przypadku realizacji edukacji przedporodowej w formie kontaktu bezpośredniego wymaga się bezwzględnego przestrzegania zaleceń i wytycznych dotyczących ograniczenia rozprzestrzeniania się wirusa SARS-CoV-2 poprzez zagwarantowanie 1,5 metra odległości między stanowiskami dydaktycznymi, płynu do dezynfekcji rąk na bazie alkoholu przed salą, w której odbywać mają się zajęcia. Miejsca siedzące i powierzchnie dotykowe powinny być dezynfekowane przed i po każdym zajęciu, a udział w zajęciach powinien być poprzedzony zebraniem wywiadu epidemiologicznego i pomiarem ciepłoty ciała uczestników.

3. W oparciu o rekomendację Głównego Inspektora Sanitarnego z 11 marca 2020 r.³³ zawieszono zostały odwiedziny pacjentów w szpitalach, w tym na oddziałach położniczych. Nie wszystkie szpitale umożliwiały przekazanie dodatkowych rzeczy kobietom przebywającym na oddziale położniczym.
4. Do czasu wybuchu pandemii młoda mama miała prawo do minimum czterech wizyt patronażowych położnej środowiskowej. Obecnie istnieje duże prawdopodobieństwo, że położna w kontakcie bezpośrednim odbędzie tylko jedną wizytę w miejscu zamieszkania kobiety i dziecka, zaś pozostałe wizyty odbędą się z wykorzystaniem systemów teleinformatycznych lub w ramach e-porady. Prawdopodobnie rozmowa dotycząca przebiegu porodu, wypisu ze szpitala i aktualnej sytuacji zdrowotnej mamy i noworodka również odbędzie się przez telefon³⁴, co ma na celu skrócenie kontaktu z położną do absolutnego minimum i zminimalizowanie ryzyka zarażenia koronawirusem.

W pierwszych miesiącach pandemii w Polsce zgodnie ze stanowiskiem Światowej Organizacji Zdrowia oraz Polskiego Towarzystwa Ginekologów i Położników cięższe pacjentki z potwierdzonym dodatnim wynikiem testu w kierunku SARS-CoV-2 były rozwiązywane metodą cesarskiego cięcia w jednoimiennej placówce zakaźnej. Związane było to z uzasadnioną obawą zarażenia dziecka wirusem w trakcie porodu naturalnego. Lekarze oddziałów położniczych wskazywali bowiem na problemy związane z badaniami kobiet przyjmowanych na oddziały położnicze. W przypadku przeprowadzenia badania z nosogardzieli przy przyjęciu do szpitala pojawiał się problem długiego (często wówczas przekraczającego 48 godzin) oczekiwania na wynik. Nie było wiadome, gdzie takie kobiety mają być izolowane.

Od czasu wykrycia pierwszego zakażenia koronawirusem SARS-CoV-2 w Polsce kilkakrotnie ulegały zmiany przepisów dotyczących zakrywania ust i nosa. Ze wszystkich stron naszego kraju dochodzą głosy z sal porodowych,

³³ <https://gis.gov.pl/aktualnosci/zalecenia-glownego-inspektora-sanitarnego-dot-odwiedzin-osob-bliskich-i-wizyt-przedstawicieli-handlowych-oraz-medycznych-w-szpitalach/> (29.11.2020).

³⁴ <https://www.gov.pl/web/zdrowie/aktualizacja-zalecen-w-stanie-epidemii-wirusa-sarscov-2-dla-poloznych-rodzinnych-poz> (29.11.2020).

iż kobiety w trakcie porodu zmuszone były do noszenia maseczek. Rozporządzenie Ministra Zdrowia³⁵ wprowadzające obowiązek powszechnego noszenia maseczek w miejscach publicznych nie precyzuje, czy taki obowiązek funkcjonuje również na salach porodowych. Paragraf 27 rozporządzenia nakłada obowiązek zasłaniania ust i nosa w „miejscach ogólnodostępnych takich jak...”, zaś pkt 3 lit. c wskazuje na obowiązek zasłaniania nosa i ust w obiektach opieki zdrowotnej, jednak sala porodowa nie jest miejscem ogólnodostępnym, czemu wyraz dał Minister Zdrowia w piśmie z 28 kwietnia 2020 r., w którym wskazał, że zgodnie ze stanowiskiem konsultanta krajowego w dziedzinie położnictwa i ginekologii z 27 kwietnia 2020 r. w przypadku porodu na sali indywidualnej kobieta rodząca w trakcie I, II lub III fazy porodu może przebywać bez maski ochronnej, zaś wyjątek od tej zasady stanowią kobiety rodzące w trakcie przebywania na kwarantannie lub izolacji.

29 września 2020 r. na stronie internetowej Ministerstwa Zdrowia znalazły się wytyczne dotyczące sposobu postępowania w związku z aktualną sytuacją epidemiczną w przypadku noworodków matek zakażonych lub z podejrzeniem COVID-19 dla kierowników podmiotów leczniczych posiadających oddziały neonatologiczne³⁶. W dokumencie tym znaleźć możemy zalecenie, zgodnie z którym „opieka matki jest możliwa wtedy, gdy nie jest już ona zakaźna. Przestrzega się przed wypisem noworodka do domu, jeśli przebywa w nim osoba poddana izolacji, gdyż grozi to brakiem przerwania łańcucha epidemicznego, znacznym prawdopodobieństwem zakażenia dziecka i brakiem możliwości monitorowania jego stanu w warunkach domowych, co może być zagrożeniem dla jego życia”. Zalecenie to było przyczyną nieuzasadnionej ingerencji władzy w życie prywatne i rodzinne, dlatego 12 listopada 2020 r. na stronie internetowej Ministerstwa Zdrowia znalazła się aktualizacja zaleceń w przedmiocie opieki nad noworodkiem urodzonym przez matkę z podejrzeniem lub potwierdzonym COVID-19³⁷. W zaleceniach tych wyraźnie wskazane jest, że decyzja dotycząca wypisania dziecka ze szpitala należy do matki, której uprzednio zostanie udzielona informacja o zagrożeniach wynikających z wypisu noworodka do domu, w którym przebywa osoba poddana izolacji.

Utrudnienia związane z wystąpieniem pandemii i koniecznością wprowadzenia ograniczeń mających na celu zatrzymanie rozpowszechnia się choroby szczególnie boleśnie dotknęły dzieci urodzone przedwcześnie i ich rodziców. Gdy tylko zdrowie mamy wcześniaka (czyli dziecka urodzonego między 22. a 37.

³⁵ Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 9 października 2020 r. w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii (Dz.U. 2020, poz. 1758).

³⁶ https://www.mz.gov.pl/zalecenia20_09_2020/23454 (29.11.2020).

³⁷ <https://www.gov.pl/web/zdrowie/wytyczne-dla-poszczegolnych-zakresow-i-rodzajow-swadczen> (28.11.2020).

tygodniem ciąży³⁸) na to pozwala, jest ona wypisywana ze szpitala do domu. Jej dziecko, które zazwyczaj wymaga specjalistycznej opieki zależnej od jego stanu zdrowia, musi pozostać w szpitalu.

Rodzic wcześniaka jest niezbędnym ogniwem zespołu terapeutycznego, jest potrzebny dziecku, by mogło lepiej się rozwijać, słysząc bicie serca, znajomy głos i zapach mamy, a „budowanie więzi i rozwój laktacji są możliwe, jeśli mama ma kontakt ze swoim dzieckiem”³⁹.

Opublikowane w marcu 2021 r. wyniki badań ankietowych *BMJ Global Health* wskazują na alarmujące dane pochodzące z 62 państw. Personel medyczny blisko 2/3 szpitali na świecie nie zezwala na pobyt rodziców wcześniaków przy swoich dzieciach⁴⁰. Aż 32,4% matek posiadających pozytywny wynik testu na SARS-CoV-2 nie miało możliwości odbywania kontaktu „skóra do skóry”, mimo że taki kontakt jest kluczowy dla prawidłowego rozwoju wcześniaków, redukuje bowiem ich śmiertelność, zmniejsza odsetek zakażeń i zapobiega zaburzeniom termoregulacji.

Międzynarodowe badania przeprowadzone przez Światową Organizację Zdrowia w 127 krajach pokazują, że utrzymanie kontaktu *skin-to-skin* na poziomie sprzed pandemii mogłoby ocalić 125 tys. wcześniaków na całym świecie, zaś COVID-19 i ryzyko śmierci z nim związane mogłoby dotyczyć mniej niż 2 tys. wcześniaków na całym świecie⁴¹.

Ze wspomnianego wyżej badania wynika również, że blisko 12% matek nie mogło dostarczać noworodkom własnego mleka, przez co dzieci musiały być karmione mlekiem modyfikowanym. Tu wskazać należy, że mleko matki jest dla wcześniaków cennym lekiem, nie jest źródłem transmisji koronawirusa, a zawiera cenne przeciwciała chroniące dziecko przed różnymi zakażeniami. Przez długi czas rodzice nie mogli odwiedzać w szpitalu dzieci urodzonych przedwcześnie, a w nielicznych szpitalach, które na to pozwalały, odwiedziny mogły się odbywać w ostrym reżimie sanitarnym, w określonym czasie, np. przez 30 minut raz w tygodniu.

Po licznych apelach rodziców i lekarzy neonatologów nastąpiła poprawa tej sytuacji, gdy rodzice wcześniaków zostali dołączeni do grupy „zero” szczepień przeciwko COVID-19. 12 stycznia 2021 r. w Instytucie Centrum Zdrowia Matki Polki w Łodzi zaszczepionych zostało ponad dwadzieścioro rodziców, którzy wkrótce potem mogli odwiedzić – często w przypadku ojców po raz pierwszy – swoje maleńkie dzieci.

³⁸ <https://pl.wikipedia.org/wiki/Wcze%C5%Bniactwo> (29.11.2020).

³⁹ <https://www.politykazdrowotna.com/68634,rodzice-wczesniakow-apeluja-o-szybszy-dostep-do-szczepien-pcovid-19> (29.11.2020).

⁴⁰ <https://gh.bmj.com/content/6/3/e004347> (30.11.2020).

⁴¹ <https://www.koalicjadlawczesniaka.pl/rodzice-wczesniakow-odseparowani-od-swoich-malencich-dzieci-w-trakcie-pandemii-covid-19-wyniki-miedzynarodowych-badan/> (28.11.2020).

Konsultant krajowa w dziedzinie neonatologii, prof. E. Helwich, i Polskie Towarzystwo Neonatologiczne opracowali wytyczne⁴² dotyczące postępowania z noworodkiem przy podejrzeniu lub potwierdzeniu zakażenia SARS-CoV-2 u matki, które powinny być przestrzegane przez wszystkich uczestników procesu udzielania świadczenia medycznego. Jednocześnie konsultant krajowa wydała rekomendację dotyczącą dopuszczalności obecności rodziców zaszczepionych przeciwko COVID-19 już 7 dni po podaniu im pierwszej dawki szczepionki⁴³.

Wiedza, informacja i świadomość tego, jak przebiega poród i okres połogu, pomaga w zmniejszeniu napięcia oraz stresu towarzyszącego temu nowemu, niezmiernie ważnemu wydarzeniu w życiu. Okres pandemii jest dla kobiet w ciąży czasem niepewności, a często strachu. Brak możliwości uzyskania wsparcia i asysty osoby najbliższej w trakcie porodu, strach przed zakażeniem w szpitalu wirusem SARS-CoV-2 zarówno mamy, jak i noworodka, rozdzielenie z noworodkiem w przypadku pozytywnego wyniku testu na COVID-19 czy konieczność rozwiązania ciąży poprzez cesarskie cięcie w związku z zakażeniem są przyczyną znaczącego wzrostu liczby porodów domowych. Choć brak jest jeszcze oficjalnych danych w tym przedmiocie, położne z całej Polski wskazują, że od początku pandemii liczba porodów przyjmowanych w domach ciężarnych rośnie lawinowo. Położne z Poznania zauważają, że jeżeli przed pandemią ich dwuosobowy zespół brał udział w około ośmiu porodach domowych, obecnie jest to blisko 45 porodów miesięcznie i konieczne było zatrudnienie kolejnej położnej. W ocenie autorki tekstu zasadne będzie uważne obserwowanie trendu wzrostu liczby porodów domowych już po ustaniu pandemii.

Poród jest jednym z najważniejszych momentów w życiu kobiety. Jest to czas ogromnego wysiłku, ale również niepowtarzalnych emocji. Wprowadzona rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 r. nowelizacja standardów opieki okołoporodowej miała na celu doprowadzenie do tego, by były to emocje pozytywne. Kobieta świadoma swoich praw, znająca możliwości znieczulenia, zaznajomiona z miejscem w którym ma odbyć się jej poród, znająca swoją położną w chwili porodu ma mieć pewność, że obowiązujące standardy zapewnią najlepszą możliwą opiekę, a przede wszystkim bezpieczeństwo dla niej i jej dziecka. Krótki czas obowiązywania przepisów przed wybuchem pandemii COVID-19 nie pozwala na dokonanie dogłębnej analizy skutków wprowadzenia przepisów, bowiem w związku z obowiązującymi obostrzeniami w przedmiocie warunków udzielania świadczeń medycznych znaczna część regulacji rozporządzenia nie mogła być od marca 2020 r. stosowana.

Obecna sytuacja epidemiologiczna jest niebywale trudnym stanem dla całego systemu ochrony zdrowia, cechuje się bowiem niezwykle zmiennością. Szczegół-

⁴² <https://www.ptpipn.pl/aktualnosci.php?pid=13&p=&search=#blt> (29.11.2020).

⁴³ <https://www.gov.pl/web/zdrowie/zalecenia-dla-personelu-i-kierownikow-podmiotow-leczniczych> (27.11.2020).

nie wiosną 2020 r. na drodze medyków w walce z podstępą chorobą stawały liczne przeszkody, częściowo wynikające z braku zweryfikowanych i reprezentatywnych danych. Przykładowo brak było wiarygodnych danych o wpływie zakażenia SARS-CoV-2 na stan zdrowia kobiety ciężarnej i jej dziecka. Lekarze ginekologów nie mieli wiedzy, czy COVID-19 stanowi czynnik zwiększonego ryzyka wyłącznie dla kobiety, czy także dla płodu i utrzymania ciąży. Brak było danych dla potwierdzenia hipotezy, że choroba ta zwiększa ryzyko poronienia, przedwczesnego porodu lub występowanie wad rozwojowych u dzieci. Nadmienić trzeba, iż nie znalazły potwierdzenia obawy powstawania wad rozwojowych u dzieci w następstwie zakażenia matki, co wynika prawdopodobnie ze szczelności bariery krew-łożysko. Brak jest również dowodów na to, aby zakażenie koronawirusem SARS-CoV-2 w trzecim trymestrze ciąży zwiększało ryzyko komplikacji okołoporodowych. Opieka okołoporodowa jest o tyle specyficzna, że nie można jej zatrzymać czy odłożyć w czasie. Nie można też odkładać wprowadzania przepisów czy wytycznych normujących standardy zachowania dla personelu medycznego w przypadku zagrożenia zdrowia i życia przyszłych matek, noworodków czy samego personelu medycznego, a niewątpliwie pandemia wirusa COVID-19 takie zagrożenie na uczestników procesu udzielania świadczenia medycznego związanego z porodem sprowadza.

Długofalowe skutki wprowadzenia rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej powinny być oceniane już po ustaniu obowiązywania ograniczeń wynikających z obostrzeń związanych z pandemią, jednak już teraz widać pozytywne skutki wprowadzenia tych uregulowań, np. w postaci zwiększonych szans wykrywalności depresji poporodowej u młodych matek czy faktu, że nawyki nabyte w trakcie roku obowiązywania przepisów w okresie poprzedzającym rozprzestrzenienie się COVID-19, wynikające z przestrzegania standardów opieki okołoporodowej, pozwoliły personelowi medycznemu na łatwiejsze odnalezienie się w rzeczywistości zmieniających się wytycznych i ograniczeń, tym samym świadczenie lepszej opieki nad kobietami w okresie porodu i położu. W tym aspekcie rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej powinno być oceniane pozytywnie.

Bibliografia

Biblia Tysiąclecia, Kraków 1980.

Biegeleisen H., *Matka i dziecko w obrzędach, wierzeniach i zwyczajach ludu polskiego*, Lwów 1917.

Bogucka M., *Gorsza pleć. Kobieta w dziejach Europy od antyku po wiek XXI*, Warszawa 2005.

Bomba-Opoń D., Wielgoś M., *Standardy opieki okołoporodowej w przypadkach występowania określonych powikłań*, „Ginekologia i Perinatologia Praktyczna” 2016, t. I, nr 1.

Brzeziński T., *Historia medycyny*, Warszawa 1988.

- Frankowska I., *Obrzędy rodzinne – Naturalne talizmany: łożysko i pępowina*, http://teatrnn.pl/leksykon/node/513/obrzedy_rodzinne_naturalne_talizmany_łożysko_i_pępowina (1.12.2020).
- Jędrzejewska L., *Standardy opieki okołoporodowej. Nowe wyzwania dla położnych*, „Położna. Nauka Praktyczna” 2011.
- Lasota P., *Etnografia Lubelszczyzny – ciąża, narodziny i chrzest*, http://teatrnn.pl/leksykon/node/505/etnografia_lubelszczyzny_ciąża_narodziny_i_chrzest (1.12.2020).
- Maciejewski T., *Rozwój opieki perinatalnej na przełomie XX i XXI wieku*, „Perinatologia, Neonatologia i Ginekologia” 2013, nr 6.
- Nowakowska L., *W stronę humanizacji porodu. Projekt standardu opieki okołoporodowej w Polsce*, „Zdrowie Publiczne” 2010, nr 120(4).
- Raport Monitoring wdrażania nowych standardów okołoporodowych w wybranych placówkach położniczych województwa mazowieckiego*, red. U. Kubicka-Kraszyńska, Warszawa 2013.
- Troszyński M., Niemiec T., Wilczyńska A., *Assessment of three-level selective perinatal care based on the analysis of early perinatal death rates and cesarean sections in Poland in 2008*, „Ginekologia Polska” 2009, nr 80.
- Villar J., Ba'aqeel H., Piaggio G. i in., *WHO antenatal care randomized trial for the evaluation of a new model of routine antenatal care*, „The Lancet” 2001, no. 357.
- Warمیńska E., *Nowe standardy opieki okołoporodowej*, Lex 2019.
- Young I., *Pregnant embodiment [w:] Body and Flesh: A Philosophical Reader*, red. D. Welton, Malden 1998.

Streszczenie

Czas ciąży i porodu dla każdej kobiety jest okresem niezapomnianym. Oprócz wielkiej radości wiąże się jednak z dużym poczuciem niepewności – jak będzie wyglądał poród, czy uda się urodzić naturalnie, czy partner będzie mógł być z rodzącą w trakcie porodu? Czy dostanie ona znieczulenie? Czy będzie miała depresję poporodową? Który szpital wybrać, aby mieć jak największy wpływ na swój poród? Odpowiedź na przynajmniej część z tych pytań miało dać wprowadzenie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej. W zaktualizowanych standardach znalazły się m.in. zapisy dotyczące ciąży, łagodzenia bólu porodowego czy zasad organizacji pracy personelu w przypadkach trudnych porodów. Wprowadzono też kontrolę ryzyka depresji poporodowej i położono duży nacisk na wsparcie przyszłych mam w laktacji. Po niewiele ponad roku od wejścia przepisów w życie nastąpiła jednak sytuacja nieprzewidziana – wybuchła pandemia. Opracowanie przedstawia następstwa wprowadzenia nowych standardów opieki okołoporodowej i wpływ, jaki miała na nie pandemia.

Słowa kluczowe: opieka okołoporodowa, pandemia, standardy medyczne, poród, ciąża

NEW STANDARDS OF PERINATAL CARE AND THE PANDEMIC – SELECTED LEGAL ISSUES

Summary

The time of pregnancy and childbirth is an unforgettable period in life of every woman. Apart from great joy, this time is also associated with a great sense of uncertainty – what will my delivery look like? Will I be able to give birth naturally? Will my partner be able to accompany me during the childbirth? Will I be given anesthesia? Will I have postnatal depression? Which hospital should

I choose to have the greatest impact on my childbirth? The answer to at least some of these questions was suppose to come from the introduction of the ordinance of the Minister of Health of 16 August 2018 on the organizational standard of perinatal care. The updated standards include pregnancy provisions, relief of labor pain or the rules of organization of staff work in cases of difficult births.

Risk control of postpartum depression has also been introduced and a strong emphasis has been placed on supporting expectant mothers in lactation. However, just over a year after the regulations came into force, an unforeseen situation occurred – a pandemic broke out. The paper aims to present the consequences of introducing new standards of perinatal care and the impact of the pandemic on them.

Keywords: perinatal Carey, medical standards, pandemic, pregnancy, childbirth