

## PROTOKÓŁ Z PRZEBIEGU

**VII Posiedzenia Zespołu** do spraw opracowania projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie standardów organizacyjnych opieki zdrowotnej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, położu oraz opieki nad noworodkiem w dniu **21 lutego 2018 r.**

W posiedzeniu Zespołu udział wzięło 21 osób (lista osób stanowi załącznik nr 1 do protokołu). Obradom przewodniczyła: Pani Anna Widarska – Dyrektor Departamentu Matki i Dziecka. Podczas posiedzenia przeanalizowano poniżej wymienione kwestie zawarte w poszczególnych częściach obowiązujących standardów opieki okołoporodowej:

- identyfikacja czynników ryzyka powikłań przedporodowych i śródporodowych (część III.);
- plan opieki przedporodowej i plan porodu (część IV.);
- postępowanie w trakcie porodu (część V.);
- strategię uśmierzania bólu podczas porodu (część VI.);
- rozpoczęcie porodu (część VII.);
- postępowanie w I okresie porodu (część VIII.);
- postępowanie w II okresie porodu (część IX.);
- postępowanie w III okresie porodu (część X.);
- postępowanie w IV okresie porodu (część XI.)

Propozycje zmian (od części III do XI) zaproponowanych przez ekspertów w dziedzinie położnictwa i ginekologii oraz perinatologii zostały zaprezentowane przez Pana Prof. Krzysztofa Czajkowskiego, Konsultanta krajowego w dziedzinie położnictwa i ginekologii. Zmiany, które wprowadzono w tekście zostały wyodrębnione poprzez ich pogrubienie.

- I. **W części III - Identyfikacja czynników ryzyka powikłań przedporodowych i śródporodowych** uporządkowano kolejność występowania czynników ryzyka, doprecyzowano przepisy, w tym przepis dotyczący zakażeń (pkt 11.) w taki sposób, aby wykluczyć z tej grupy pacjentki z jednorazowym zakażeniem, w trakcie którego występowała temperatura ciała powyżej 38°C. Jednocześnie w ust. 6. zwrócono uwagę, że nie można skierować ciężarnej lub rodzącej do odpowiedniego oddziału położniczego przewidując w obecnej ciąży np.: niską punktację Apgar noworodka, uraz okołoporodowy, zaburzenia czynności serca płodu, zaburzenia oddychania noworodka. W ocenie Pana Profesora, nie każde zidentyfikowanie danego czynnika ryzyka oznacza konieczność natychmiastowego skierowania pacjentki do oddziału położniczego o odpowiednim poziomie referencyjnym zapewniającym opiekę perinatalną. Jest to zadanie lekarza położnika-ginekologa, zgodnie z aktualnym stanem zdrowia kobiety w ciąży i jej dziecka lub noworodka oraz wiedzą medyczną. W związku z powyższym zaproponowano następujące zmiany:

1. Do czynników ryzyka identyfikowanych podczas ciąży oraz przed porodem na podstawie wywiadu w szczególności zalicza się:
  - 1) choroby ciężarnej, w szczególności choroby układu krążenia, **nadciśnienie tętnicze**, choroby nerek, choroby neurologiczne, choroby wątroby, cukrzycę, zaburzenia krzepnięcia, trombofilię lub zespół antyfosfolipidowy oraz otyłość;
  - 7) **wystąpienie krwawienia przed porodem, stan po powikłaniach w postaci łożyska przodującego lub przedwczesnego oddzielenia się łożyska,**
  - 8) **stan po operacjach macicy i dolnego odcinka układu rozrodczego, uszkodzeniach dróg rodnych, atonii macicy albo szczególnych krwotokach poporodowych, drgawkach, stanach zatorowo-zakrzepowych lub przebytym wycięciu macicy;**
  - 9) sytuację, gdy ciężarna jest **pierworódką** poniżej 18. roku życia lub powyżej 35. roku życia;
  - 11) **przewlekłe zakażenie u ciężarnej lub jego podejrzenie**, wystąpienie temperatury ciała powyżej 38°C częściej niż raz w czasie ciąży;
3. Do czynników ryzyka śródporodowego występujących u rodzącej w szczególności zalicza się:
  - 1) przedłużone odpływanie płynu owodniowego (powyżej 24 godzin);
  - 2) zaburzenia czynności skurczowej macicy;
  - 3) opryszczkę genitalną;
  - 4) konieczność indukcji **lub stymulacji** porodu;
  - 5) krwotok śródporodowy;
  - 6) obecność smółki lub krwi w płynie owodniowym;
  - 7) ciepłotę ciała powyżej 38°C;
  - 8) ~~stymulację czynności skurczowej macicy;~~
  - 9) **okołoporodową** utratę krwi ~~po porodzie~~ w ilości przekraczającej 500 ml w czasie 24 godzin lub obniżenie hematokrytu o 10% wartości wyjściowej;
  - 10) wypadnięcie pępowiny lub przodowanie pępowiny;
  - 11) zatrzymanie łożyska w jamie macicy;
  - 12) wstrząs;
  - 13) pęknięcie krocza 3. lub 4. stopnia;
  - 14) wycięcie macicy;
  - 15) pęknięcie macicy.
4. Do czynników ryzyka dla płodu lub występujących u płodu lub noworodka zalicza się w szczególności:
  - 1) pępowinę dwunaczyniową;
  - 2) **naczynia błędzące;**
  - 3) wady rozwojowe;

- 4) masę dziecka poniżej 2500 g;
- 5) zaburzenia czynności serca płodu;
- 6) ocenę w skali Apgar poniżej 7 punktów w 5. minucie po urodzeniu;
- 7) uraz okołoporodowy;
- 8) zaburzenia oddychania;

**9) inne stwierdzane nieprawidłowości.**

6. W przypadku stwierdzenia występowania czynników ryzyka, o których mowa w ust. 1-3 oraz w pkt 5-9 ust. 4, ciężarna lub rodząca powinna pozostawać pod opieką lekarza położnika-ginekologa i zgodnie z aktualnym stanem zdrowia i wiedzą medyczną kierowana jest przez osobę sprawującą opiekę do oddziału położniczego o odpowiednim do jej stanu zdrowia poziomie referencyjnym zapewniającym opiekę perinatalną.

II. **W części IV - Plan opieki przedporodowej i planu porodu** zaproponowano usunięcie informacji bezpośrednio odnoszącej się do Programu badań prenatalnych, realizowanego w ramach programów zdrowotnych określonych w przepisach wydanych na podstawie art. 31d ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2015 r. poz. 581, z późn. zm.). Poniżej propozycja nowego przepisu:

1. 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. W planie opieki przedporodowej należy uwzględnić możliwość zakwalifikowania ciężarnej **do aktualnie obowiązujących programów zdrowotnych i badań echokardiograficznych płodu**. Plan porodu obejmuje wszystkie elementy postępowania medycznego podczas porodu i miejsce porodu.

Jednocześnie Prof. dr hab. n. med. Radosław Owczuk zasygnalizował możliwość skierowania ciężarnej na wizytę konsultacyjną do wybranego przez nią oddziału położniczego (z uwzględnieniem stopnia referencyjności) w celu wypełnienia dokumentacji medycznej w szpitalu oraz ewentualne wykonanie konsultacji anestezyjologicznej. Zgodnie z powyższym oraz przychyłając się do uwag związanych z umożliwieniem kobiecie w ciąży wcześniejszego zapoznania z miejscem przyjścia na świat jej dziecka, jak również wypełnienia dokumentacji medycznej w takim zakresie, na ile jest to możliwe jeszcze przed porodem zaproponowano dodanie ust. 6. w następującym brzmieniu:

**„6. W miarę możliwości organizacyjnych podmiotu leczniczego należy umożliwić ciężarnej wcześniejsze zapoznanie z miejscem porodu, wypełnienie dokumentacji medycznej, konsultację anestezyjologiczną na wypadek zastosowania u niej analgezji regionalnej porodu.”.**

- III. **W części V - Postępowanie w trakcie porodu** zaproponowano następujące zmiany redakcyjne, których celem jest doprecyzowanie obecnych przepisów:
2. W celu nawiązania dobrego kontaktu z rodzącą osoby sprawujące opiekę oraz inne osoby uczestniczące bezpośrednio w udzielaniu świadczeń zdrowotnych w szczególności:
    - 4) wspólnie ~~czytają~~ i omawiają plan porodu;
  3. Podczas porodu należy udzielać wsparcia medycznego w następujący sposób:
    - 3) **umożliwić rodzącej korzystanie ze wsparcia wybranej przez nią osoby bliskiej;**
- IV. **W części VI. - Strategie uśmierzania bólu podczas porodu**, ustalono, że zasadnym jest poszerzenie tej części o odpowiednio doprecyzowane przepisy rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie standardów postępowania medycznego w łagodzeniu bólu porodowego (Dz. U. poz. 1997). Projekt zapisów tej części zostanie przedstawiony podczas kolejnego posiedzenia Zespołu.
- V. **W części VII - Rozpoczęcie porodu** zaproponowano zmiany redakcyjne, których celem jest doprecyzowanie obecnych przepisów, jak również dodano ust. 4 i 5, których celem jest zweryfikowanie u każdej kobiety zgłaszającej się do porodu ewentualnych zakażeń w celu podjęcia niezbędnych działań profilaktycznych, jak również potrzeby podania immunoglobuliny anti-RhD pacjentce RhD-ujemnej. Poniżej przedstawiono proponowane zmiany:
2. Miejsce porodu, z wyjątkiem wystąpienia stanów nagłych, powinno być **zgodne z dokonaną i udokumentowaną oceną czynników ryzyka okołoporodowego.**
  3. Rozpoznanie porodu:
    - 2) przebieg postępu porodu jest monitorowany na podstawie obserwacji klinicznej oraz badań położniczych **wewnętrznych i zewnętrznych.**
  4. **Należy zidentyfikować ewentualną potrzebę objęcia rodzącej śródporodową profilaktyką wystąpienia zakażenia paciorkowcem grupy B (GBS) oraz profilaktyką konfliktu serologicznego zgodnie z zaleceniami oraz w przypadku zaistnienia takiej konieczności podjąć niezbędne działania profilaktyczne.**
  5. **U każdej kobiety zgłaszającej się do porodu należy zweryfikować badania na obecność antygenu HBs oraz w kierunku zakażenia HIV (tzn. z 33.–37. tyg. ciąży). W razie braku aktualnych badań, należy je niezwłocznie wykonać.**
- VI. **W części VIII - Postępowanie w I okresie porodu** dokonano następujących zmian:
1. Brak postępu porodu stwierdza się, gdy rozwieranie szyjki macicy następuje wolniej niż 1/2 cm na godzinę, oceniane w odstępach 4-godzinnych. **W sytuacji rozpoznania**

**braku postępu porodu w I okresie do opieki musi być włączony lekarz specjalista w dziedzinie położnictwa i ginekologii.**

2. Do zadań osób sprawujących opiekę podczas I okresu porodu należy:

2) przyjęcie rodzącej do porodu, w tym:

**f) ocena położenia i oszacowanie wielkości płodu,**

3. W ramach prowadzenia I okresu porodu osoba sprawująca opiekę jest obowiązana do:

1) określania i aktualizowania oceny stanu położniczego w oparciu o badanie położnicze z uwzględnieniem bieżącej oceny czynników ryzyka położniczego przez:

**a) dokonywanie oceny postępu porodu zgodnie z zasadami prowadzenia porodu;**

3) dokonywania oceny stanu rodzącej przez:

a) ocenę świadomości (przytomności) oraz identyfikację potrzeb i rodzaju wsparcia,

b) prowadzenie obserwacji stanu ogólnego (ciepłota ciała, tętno, ciśnienie tętnicze krwi, zabarwienie powłok skórnych), stanu śluzówek co 2 godziny oraz **kontrolę wypełnienia pęcherza moczowego co 2 godziny**, a w uzasadnionych przypadkach odpowiednio częściej,

4) dokonywania oceny stanu płodu przez osłuchiwanie i ocenę czynności serca płodu co najmniej przez minutę, co 15-30 minut, i odróżnienie czynności serca płodu od innych zjawisk akustycznych, **ewentualne monitorowanie stanu płodu za pomocą kardiografu. W sytuacjach wątpliwych konieczne wykonanie przynajmniej 30 minutowego zapisu kardiograficznego;**

4. **Wskazana obecność lekarza oddziału noworodkowego w przypadkach określonych w części XII ust. 1 pkt 8.**

VII. **W części IX - Postępowanie w II okresie porodu, wprowadzono zmiany w następujących przepisach:**

1. **Czas trwania II okresu porodu nie powinien przekroczyć 2 godzin.**

2. **W przypadku stwierdzenia braku postępu II okresu porodu dalszą opiekę nad rodzącą obejmuje lekarz specjalista w dziedzinie położnictwa i ginekologii.**

3. **W II okresie porodu należy umożliwić rodzącej przyjmowanie pozycji, którą uznaje za najwygodniejszą.**

4. Osoba sprawująca opiekę rozpoznaje II okres porodu, opierając się na obserwacji zachowania rodzącej, jej odczuć oraz wyniku badania położniczego wewnętrznego. W tym okresie porodu osoba sprawująca opiekę jest obowiązana do podjęcia, realizacji oraz udokumentowania wykonania następujących zadań:

1) oceny stanu ogólnego rodzącej;

- 2) oceny czynności serca płodu po każdym skurczu mięśnia macicy (jeśli jest to możliwe, pomiar powinien trwać co najmniej 1 minutę);
- 3) oceny czynności skurczowej mięśnia macicy;
- 4) pozostawania w stałym kontakcie z rodzącą, po przygotowaniu zestawu do porodu i miejsca do porodu;
- 5) przygotowania się do przyjęcia porodu, zgodnie z zasadami aseptyki i antyseptyki;
- 6) współpracy z rodzącą umożliwiającej przyjęcie dogodnej dla niej pozycji oraz sposobu parcia przyczyniającego się do postępu porodu, ze szczególnym uwzględnieniem pozycji wertykalnych;
- 7) ochrony krocza - nacięcie krocza należy stosować tylko w medycznie uzasadnionych przypadkach;
- 8) kontroli odginania się główki płodu, a po jej urodzeniu podjęcie czynności zapewniających prawidłowe wytaczanie się barków;
- 9) położenia noworodka bezpośrednio na brzuchu matki, jeśli stan ogólny noworodka i matki na to pozwalają, oraz osuszenia i zabezpieczenia noworodka przed utratą ciepła.

VIII. **W Części X - Postępowanie w III okresie porodu**, przepisy otrzymują następujące brzmienie:

**1. Czas trwania III okresu porodu nie powinien przekroczyć 1 godziny.**

**2. W ramach prowadzenia III okresu porodu osoba sprawująca opiekę jest obowiązana do podjęcia, realizacji i udokumentowania wykonania następujących zadań:**

- 1) oceny stanu ogólnego rodzącej na podstawie podstawowych parametrów stanu ogólnego oraz oceny zabarwienia powłok skórnych i błon śluzowych;
- 2) oznakowania noworodka, przed jego odpępnieniem, zgodnie z odrębnymi przepisami oraz poinformowania matki o godzinie porodu i płci dziecka;
- 3) zaciśnięcia pępowiny po ustaniu tętnienia;
- 4) przecięcia pępowiny jałowymi narzędziami;
- 5) oceny stanu noworodka - w razie potrzeby podjęcie czynności resuscytacyjnych, zgodnych ze standardem resuscytacji;
- 6) obserwacji przebiegu kontaktu matki i dziecka "skóra do skóry" i pomocy w przystawieniu noworodka do piersi, jeśli stan ogólny noworodka i matki na to pozwalają;
- 7) podania leków w uzasadnionych sytuacjach;
- 8) oceny stanu tkanek miękkich kanału rodnego, a w przypadku nacięcia krocza - jego rozległości;
- 9) oceny krwawienia z dróg rodnych i stopnia jego nasilenia;
- 10) oceny obkurczenia mięśnia macicy;

- 11) rozpoznania objawów oddzielenia i wydalenia łożyska;
- 12) oceny kompletności popłodu;
- 13) oceny ilości utraconej krwi podczas porodu.

IX. **W części XI - Postępowanie w IV okresie porodu**, przepisy otrzymują następujące brzmienie:

1. W czasie IV okresu porodu zadania podejmowane są adekwatnie do potrzeb rodzącej oraz noworodka.
2. Opieka nad rodzącą podczas IV okresu porodu obejmuje:
  - 1) kontrolę i ocenę stanu ogólnego;
  - 2) kontrolę i ocenę stanu obkurczenia mięśnia macicy i wielkości krwawienia z dróg rodnych;
  - 3) kontrolę stanu kanału rodnego, ze szczególnym uwzględnieniem kontroli szyjki macicy we wziernikach;
  - 4) zaopatrzenie chirurgiczne ran w obrębie kanału rodnego i krocza;
  - 5) instruktaż w zakresie prawidłowego przystawiania dziecka do piersi i pomoc w karmieniu piersią oraz przekazanie informacji na temat zasad postępowania w laktacji w pierwszej dobie połogu;
  - 6) udokumentowanie dokonanych obserwacji i wykonanych zadań.

**3. Prawidłowa objętość fizjologicznego krwawienia w czasie porodu nie powinna przekraczać 500 ml krwi.**

X. **W części XII. Opieka nad noworodkiem**, wprowadzono zmianę w ust. 1 pkt 5 lit. c

1. Oddział porodowy

5) Położna odpowiedzialna za opiekę nad noworodkiem:

- a) zakłada opaski identyfikacyjne, zgodnie z odrębnymi przepisami oraz informuje matkę o godzinie porodu i płci dziecka;
- b) ocenia noworodka wg skali Apgar;
- c) **odpępnia noworodka nie wcześniej niż po 60 sekundach** lub po ustaniu tętnienia pępowiny;

Jednocześnie w trakcie posiedzenia poruszono temat spożywania posiłków w trakcie porodu. Uwzględnienie powyższego postulatu w standardach organizacyjnych, będzie możliwe po uzyskaniu opinii Konsultanta krajowego w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii podczas kolejnego posiedzenia Zespołu. Ponadto członkowie odnieśli się do kwestii wzmocnienia wsparcia laktacyjnego kobiet i poradnictwa laktacyjnego prowadzonego z uwzględnieniem poszczególnych poziomów wiedzy o laktacji. Pani dr hab. Grażyna Iwanowicz-Palus zapewniła, że równoległe podejmowane są działania zmierzające

do ewaluacji programów kształcenia położnych w tym obszarze, w tym kursu specjalistycznego: „Edukacja i wsparcie kobiety w okresie laktacji”.

SEKRETARZ STANU  
w Ministerstwie Zdrowia  
  
Józefa Szczurek-Żelazko




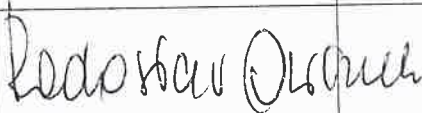

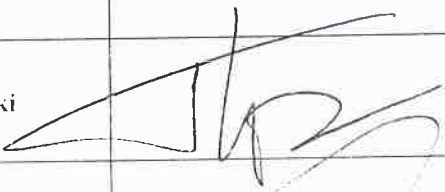
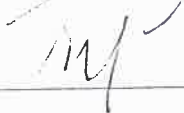
Załącznik:

1. lista obecności z dnia 21 lutego 2018 r.

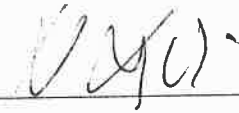


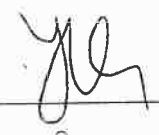

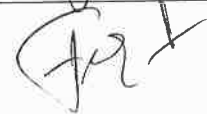
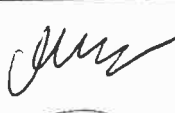
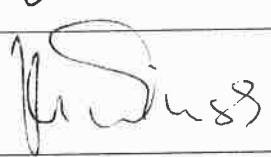




Lista obecności


VII Posiedzenie Zespołu do spraw opracowania projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia  
w sprawie standardów organizacyjnych opieki zdrowotnej sprawowanej nad kobietą w okresie  
fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, porodu oraz opieki nad noworodkiem  
w dniu 21 lutego 2018 r. – sala Duża Kinowa, ul. Miodowa 15

Lp.	Imię i nazwisko	Podpis	E-mail
1	Józefa Szczurek-Żelazko		
2	Prof. dr hab. med. Ewa Helwich		
3	Prof. dr hab. n. med. Mirosław Wielgoś		
4	Prof. dr hab. n. med. Krzysztof Czajkowski		
5	Prof. dr hab. n. med. Radosław Owczuk		
6	Leokadia Jędrzejewska		
7	Prof. dr hab. med. Marta Szymankiewicz-Bręborowicz		
8	Prof. dr hab. n. med. Maria Katarzyna Borszewska-Kornaicka		
9	Dr hab. med. prof. nadzw. Barbara Królak – Olejnik		
10	Dr. hab. n. med. Beata Pięta		
11	Dr n. med. Tomasz Mikołaj Maciejewski		
12	Dr n. med. Wojciech Puzyna		



13	Prof. dr hab. n. med. Bogdan Chazan		
14	Prof. nadzw. dr hab. n. med. Maciej Słodki		
15	Wojciech Łącki		
16	Ewa Janiuk		
17	Dyr. Marzanna Bieńkowska		
18	Joanna Pietrusiewicz		
19	Dr hab. n. o zdr. Grażyna Iwanowicz – Palus		
20	Dr n o zdr. Dorota Fryc		
21	Prof. dr hab. n. prawn. Dorota Karkowska		
22	Dr n. med. Magdalena Nehring-Gugulska		
23	Dr n. med. Maria Wilińska		
24	Małgorzata Jackowska		
25	Ewa Nitecka		
26	Adam Ekielski		
27	Karolina Piotrowska		
28	Karolina Elbanowska		



29	Dyr. Anna Widarska		
30	Dyr. Beata Cholewka	krzyżownik Kabela Erebia	
31	Pawel Ignatowicz		
32	Dyr. Beata Rorant		
33	Sylwia Kłokow (DUZ)	Piolski W	
34	Dyr. Justyna Mieszalska		
35	Wojciech Zawalski		
36	Joanna Kowalska		
37	Anna Walczuk-Wiśniewska	A. Walczuk	
38			

✓

