

Wytyczne do realizacji standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej,
zawartego w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 r. w sprawie standardu
organizacyjnego opieki okołoporodowej (Dz.U. 2018 r. Poz. 1756)

PODMIOTY REALIZUJĄCE ZADANIA OPIEKI OKOŁOPORODOWEJ

Podmioty wykonujące działalność leczniczą udzielające świadczeń zdrowotnych w zakresie opieki okołoporodowej obowiązane są do określenia wskaźników tej opieki i monitorowania ich nie rzadziej niż raz w roku. Obejmować muszą w szczególności oceny satysfakcji kobiet objętych opieką oraz interwencji medycznych, które powinny być ograniczone do minimum:

- 1) amniotomii,
- 2) indukcji porodu,
- 3) stymulacji czynności skurczowej,
- 4) podawania opioidów,
- 5) nacięcia krocza,
- 6) cięcia cesarskiego,
- 7) podania noworodkowi mleka modyfikowanego.

Sposób realizacji oraz dokumentowanie działań określony musi zostać w regulaminie organizacyjnym podmiotu wykonującego działalność leczniczą.

Podmioty wykonujące działalność leczniczą prowadzące edukację przedporodową nie prowadzą działań reklamowych i marketingowych związanych z preparatami do początkowego żywienia niemowląt i przedmiotów służących do karmienia niemowląt.

W podmiocie wykonującym działalność leczniczą realizującym opiekę nad rodzącą opracowuje się, w formie pisemnej, tryb postępowania w łagodzeniu bólu porodowego i dostępne w tym podmiocie metody łagodzenia bólu porodowego.

Tryb postępowania w łagodzeniu bólu porodowego akceptuje kierownik podmiotu wykonującego działalność leczniczą, a jeżeli kierownik nie jest lekarzem, jego zastępca do spraw medycznych. Lekarze, położne i pielęgniarki udzielający świadczeń zdrowotnych odpowiednio w bloku porodowym, oddziale położniczym, oddziale neonatologicznym, oddziale anestezjologii, oddziale anestezjologii i intensywnej terapii, zapoznają się z trybem postępowania w łagodzeniu bólu porodowego potwierdzając to podpisem.

Osoby wykonujące zawód medyczny w podmiocie leczniczym, wykonującym działalność w zakresie opieki okołoporodowej, pod których opieką znajduje się kobieta w sytuacji szczególnej (do których zalicza się rozpoznanie podczas ciąży ciężkiej choroby lub wady dziecka, poronienie, urodzenie dziecka martwego, niezdolnego do życia, chorego lub z wadami wrodzonymi) są przygotowane do pracy z rodzicami doświadczającymi śmierci noworodka lub narodzin dziecka chorego oraz są informowane o przebywaniu danej kobiety w tym podmiocie celem uwrażliwienia na jej sytuację. Osobom wykonującym zawód medyczny zapewnia się wsparcie w radzeniu sobie ze stresem, w związku z opieką nad kobietą i dzieckiem w sytuacjach szczególnych.

Wszystkie zadania wskazane w rozporządzeniu do realizacji muszą być udokumentowane.

Ciężarną lub rodzącą kieruje się do podmiotu leczniczego wykonującego działalność w zakresie opieki okołoporodowej, posiadającego oddział o poziomie referencyjnym zapewniającym opiekę perinatalną odpowiednią do jej stanu zdrowia oraz przebiegu ciąży lub porodu, z uwzględnieniem faktu, że:

- I poziom opieki perinatalnej obejmuje opiekę nad fizjologicznie przebiegającą ciążą, porodem

- i położeniem oraz zdrowym noworodkiem, a także krótkotrwałą opieką nad niespodziewanie występującą patologią ciąży,
- II poziom opieki perinatalnej obejmuje również opiekę nad patologią ciąży średniego stopnia,
- III poziom opieki perinatalnej obejmuje ponadto opiekę nad najcięższą patologią ciąży.

Miejsce porodu, z wyjątkiem wystąpienia stanów nagłych, powinno być zgodne z dokonaną i udokumentowaną oceną czynników ryzyka okołoporodowego.

W dokumentacji medycznej należy odnotować dzień, miesiąc, rok, godzinę i minutę objęcia rodzącej lub noworodka opieką i zakończenia jej sprawowania, z adnotacją o podmiocie wykonującym działalność leczniczą, który tę opiekę przejmuje, zawierającą jego dane.

Zadania osoby sprawującej opiekę obejmują w szczególności:

- 1) ocenę stanu zdrowia ciężarnej, rodzącej, płodu oraz noworodka;
- 2) wykrywanie i eliminowanie czynników ryzyka oraz wczesne wykrywanie patologii;
- 3) sprawdzenie posiadanych przed kobietą wyników badań, szczególnie niezbędnych w stanie zagrożenia życia, w tym oznaczenia grupy krwi;
- 4) prowadzenie porodu przy użyciu technik wspierających jego naturalny mechanizm;
- 5) opiekę nad ciężarną, rodzącą, położnicą i noworodkiem;
- 6) zapewnienie opieki realizowanej przez specjalistów, jeżeli ujawnią się czynniki ryzyka lub pojawią powikłania uzasadniające takie działanie;
- 7) wsparcie rodzącej oraz jej osoby bliskiej w trakcie porodu oraz położnicy w okresie połogu;
- 8) zabezpieczenie możliwości ukończenia ciąży lub porodu w trybie nagłym, jeżeli sytuacja będzie tego wymagała.

Osobą sprawującą opiekę nad ciężarną w ciąży o prawidłowym przebiegu może być położna z uwzględnieniem badań diagnostycznych i konsultacji, wykonywanych u kobiet w okresie ciąży, wraz z okresami ich przeprowadzania zawartych w standardzie.

Osoba sprawująca opiekę może zlecić wykonanie dodatkowych świadczeń zdrowotnych o charakterze profilaktycznym lub diagnostycznym, jeżeli stan zdrowia ciężarnej lub wyniki wcześniej przeprowadzonych badań wskazują na możliwość wystąpienia powikłań lub patologii ciąży, porodu lub połogu. Kobieta w okresie fizjologicznej ciąży powinna być konsultowana nie rzadziej niż co 3–4 tygodnie w zależności od zaawansowania ciąży, w uzasadnionych przypadkach częściej.

Osoba sprawująca opiekę w ciąży dokonuje oceny występowania czynników ryzyka, o których mowa w standardzie organizacyjnym opieki okołoporodowej. W przypadku stwierdzenia występowania czynników ryzyka, ciężarna, rodząca lub noworodek powinni pozostawać pod opieką lekarza położnika lub lekarza oddziału neonatologicznego o odpowiednim do ich stanu zdrowia poziomie referencyjnym zapewniającym opiekę perinatalną lub neonatologiczną. Zidentyfikowane u ciężarnej czynniki ryzyka należy omówić z ciężarną lub jej przedstawicielem ustawowym, tak aby zapewnić podjęcie świadomej decyzji odnośnie do wyboru miejsca porodu. Wyniki identyfikacji czynników ryzyka, podjęte działania i zalecenia oraz dokonane w porozumieniu z ciężarną ustalenia należy każdorazowo odnotować w dokumentacji medycznej.

Za prowadzenie edukacji przedporodowej, która obejmuje wymiar godzin dostosowany do potrzeb kobiety ciężarnej, z uwzględnieniem zajęć teoretycznych i praktycznych realizowanych w formie indywidualnej lub grupowej, odpowiada położna. Edukacja przedporodowa w formie indywidualnej jest również obowiązkiem lekarza położnika.

1. informuje kobietę o możliwości korzystania z opieki położnej podstawowej opieki zdrowotnej
2. kieruje w okresie pomiędzy ukończonym 21. a 26. tygodniem ciąży w celu objęcia edukacją

przedporodową oraz opieką sprawowaną nad nią i dzieckiem w miejscu, w którym będą przebywali po porodzie;

3. odnotowuje w dokumentacji medycznej ciężarnej fakt skierowania do objęcia opieką przez położną podstawowej opieki zdrowotnej.(położna poz potwierdza objęcie kobiety opieką w czasie ciąży i po porodzie przez wpis do planu opieki przedporodowej i karty przebiegu ciąży swoich danych lub danych podmiotu wykonującego działalność leczniczą w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej.

W PRZYPADKU PORODU POZASZPITALNEGO -

- Osoba sprawująca opiekę w warunkach pozaszpitalnych zapewnia ciągłość opieki w czasie porodu oraz w okresie pogoju.
- Jeżeli osoba ta nie może sprawować opieki osobiście, zapewnia odpowiednią jej organizację, przez opracowanie i uzgodnienie z odpowiednimi podmiotami wykonującymi działalność leczniczą porozumień obejmujących tryb i warunki przekazania rodzącej lub położnicy lub noworodka do oddziału położniczego lub neonatologicznego odpowiedniego poziomu referencyjnego, zapewniającego opiekę perinatalną lub neonatologiczną, w przypadku wystąpienia niekorzystnych objawów śródporodowych czynników ryzyka lub czynników ryzyka płodu lub noworodka.

OPIEKA PODCZAS PORODU

Osobą sprawującą opiekę podczas porodu fizjologicznego może być położna lub lekarz ginekolog-położnik. Osoba ta musi być przygotowana do wykonania czynności interwencyjnych w zakresie opieki nad rodzącą oraz nad noworodkiem, które polegają w szczególności na:

- 1) zabezpieczeniu dostępu do żyły obwodowej;
- 2) podaniu wlewu kroplowego;
- 3) zabezpieczeniu obrażeń kanału rodnego;
- 4) utrzymaniu drożności dróg oddechowych matki i dziecka;
- 5) utrzymaniu czynności życiowych rodzącej albo położnicy oraz płodu albo noworodka.

Jeżeli osobą sprawującą opiekę jest położna, w przypadku wystąpienia objawów patologicznych niezwłocznie przekazuje rodzącą pod opiekę lekarza położnika. W dokumentacji odnotowuje:

- dokładny czas przekazania rodzącej pod opiekę lekarza położnika,
- dane dotyczące stanu ogólnego rodzącej i płodu oraz dotychczasowego przebiegu porodu
- Podpisuje położna przekazująca opiekę i lekarz opiekę przejmujący.

Od tego momentu położna jest osobą asystującą przy porodzie prowadzonym przez lekarza, który przejmuje odpowiedzialność za dalsze prowadzenie porodu patologicznego. W przypadku różnicy w ocenie aktualnej sytuacji między osobą przekazującą i przejmującą opiekę fakt ten powinien być odnotowany w dokumentacji medycznej.

Podmiot wykonujący działalność leczniczą zapewnia dostępność personelu przeszkolonego w resuscytacji noworodka, w tym w zakresie intubacji noworodka oraz zapewnia możliwość niezwłocznego przeniesienia rodzącej lub noworodka, w czasie zapewniającym zachowanie ich zdrowia i życia, do oddziału położniczego lub neonatologicznego odpowiedniego poziomu referencyjnego zapewniającego opiekę perinatalną lub neonatologiczną, jeżeli powikłania wymagają zastosowania procedur wysokospecjalistycznych. W takim przypadku osoba sprawująca opiekę udostępnia podmiotowi wykonującemu działalność leczniczą przejmującemu opiekę nad rodzącą lub noworodkiem kompletną dokumentację medyczną dotyczącą dotychczas sprawowanej opieki medycznej.

Postępowanie podczas porodu osoby sprawującej opiekę podczas porodu wyznaczają zapisy standardu organizacyjnego opieki w poszczególnych okresach porodu, z uwzględnieniem m.in.

zapoznanie się z planem porodu, omówienie go z rodzącą i w miarę możliwości stosują jego postanowienia, omówienie z rodzącą dostępne sposoby łagodzenia bólu, każdorazowego uzyskiwania zgody rodzącej lub jej przedstawiciela ustawowego na wykonanie zabiegów i badań; udzielania informacji na temat sposobów wzywania pomocy oraz w sytuacji konieczności przekazania opieki nad rodzącą informowania jej o tym fakcie.

Rodząca ma prawo do łagodzenia bólu porodowego. Rodzącej przyjmowanej do podmiotu wykonującego działalność leczniczą w celu porodu przekazuje się, w sposób dla niej zrozumiały, informację o przebiegu porodu, metodach łagodzenia bólu porodowego i ich dostępności w tym podmiocie. Osoby sprawujące opiekę nad rodzącą uzgadniają z nią sposób postępowania mającego na celu łagodzenie bólu porodowego, z uwzględnieniem stanu klinicznego oraz gradacji metod dostępnych i stosowanych w podmiocie wykonującym działalność leczniczą, oraz zapewniają rodzącej wsparcie w ich zastosowaniu, uwzględniając jej zdanie w tym zakresie.

Standard określa metody łagodzenia bólu porodowego i sposobu organizacji opieki.

Poród z zastosowaniem analgezji regionalnej jest prowadzony przez lekarza położnika. Podczas porodu z zastosowaniem analgezji regionalnej rodząca pozostaje pod opieką położnej anestezjologicznej lub pielęgniarki anestezjologicznej. Położna anestezjologiczna może być jednocześnie osobą sprawującą opiekę nad rodzącą (łączyć te dwie funkcje).

Osoby sprawujące opiekę nad rodzącą odnotowują podejmowane działania mające na celu łagodzenie bólu porodowego oraz ocenę stanu rodzącej i płodu w karcie obserwacji przebiegu porodu oraz w przypadku zastosowania analgezji regionalnej – w karcie przebiegu znieczulenia.

W sali porodowej, w której rodzi się noworodek, znajduje się co najmniej jedna osoba posiadająca umiejętności resuscytacji, potwierdzone certyfikatem ukończenia kursu resuscytacji noworodka i dysponująca niezbędnym sprzętem do resuscytacji.

Należy zwrócić uwagę na zapis nakazujący II okresie porodu należy umożliwić rodzącej przyjmowanie pozycji, które uznaje ona za najwygodniejsze, gdzie definicja II okresu porodu je podaje, że jest to okres między całkowitym rozwarciem szyjki macicy a urodzeniem noworodka.

W czasie II okresu porodu osoba sprawująca opiekę zobligowana jest pozostawiania w stałym kontakcie z rodzącą – co jest istotne dla planowania zabezpieczenia minimalnych norm zatrudnienia na bloku porodowym.

Osoba sprawująca opiekę nad rodzącą w III okresie porodu sprawuje także opiekę nad noworodkiem. W opiece nad noworodkiem należy uwzględnić zaciśnięcie pępowiny po ustaniu tętnienia, jednak nie wcześniej niż po upływie jednej minuty od urodzenia się dziecka, Osuszenie noworodka po wydobyciu i położeniu go na brzuchu matki w kontakcie „skóra do skóry”,

obserwację przebiegu kontaktu matki i dziecka „skóra do skóry” i pomocy w przystawieniu noworodka do piersi. bezpośrednio po urodzeniu należy umożliwić dziecku nieprzerwany kontakt z matką „skóra do skóry”, trwający 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. W czasie kontaktu „skóra do skóry” nie może być wykonane badanie kliniczne noworodka przez lekarza oddziału neonatologicznego

Kontakt „skóra do skóry” może być przerwany wyłącznie w sytuacji wystąpienia zagrożenia życia lub zdrowia matki lub noworodka i sytuacja ta musi być odnotowana w dokumentacji medycznej.

OPIEKA SZPITALNA NAD MATKĄ I DZIECKIEM

Opieka w oddziale porodowym, oddziale położniczym lub innej jednostce lub komórce organizacyjnej podmiotu o tym profilu powinna być zorganizowana w taki sposób, by opieka pielęgnacyjna nad położnicą i noworodkiem była realizowana przez położną. Położna ta będąc odpowiedzialną za opiekę nad noworodkiem:

- a) dokonuje oznakowania noworodka, zaciśnięcia i przecięcia pępowiny,
- b) ocenia noworodka wg skali Apgar; ocena ta powinna być wykonywana na brzuchu matki, jeżeli nie występują przeciwwskazania zdrowotne,
- c) nadzoruje pierwsze karmienie piersią,
- d) wykonuje procedury postępowania ze zdrowym noworodkiem (profilaktykę zakażenia przedniego odcinka oka zgodnie z zaleceniami, profilaktykę krwawienia wywołanego niedoborem witaminy K zgodnie z aktualnymi zaleceniami, szczepienia według aktualnego Programu Szczepień Ochronnych).

Wszystkie zabiegi pielęgnacyjne i obowiązkowe standardowe procedury u noworodka podczas pobytu w oddziale położniczym, wykonywane muszą być po przekazaniu informacji i uzyskaniu zgody w obecności matki, opiekuna prawnego lub faktycznego w sali „matka z dzieckiem”, o ile stan zdrowia matki na to pozwala;

- a) test pulsoksymetryczny,
- b) przesiewowe badanie słuchu,
- c) ocenę umiejętności ssania,
- d) pobranie badania przesiewowego na bibułę (badanie suchej kropli krwi),
- f) obowiązkowe szczepienia po uzyskaniu kwalifikacji lekarskiej

Należy zapewnić warunki prawidłowej laktacji i odżywiania noworodka przez:

- 1) dostarczenie matce przez położną sprawującą opiekę nad matką i dzieckiem informacji spójnych i zgodnych z aktualną wiedzą na temat laktacji w zakresie korzyści i metod karmienia piersią lub mlekiem kobiecym;
- 2) przeprowadzenie instruktażu matki w zakresie prawidłowej pozycji i sposobu przystawienia dziecka do piersi uwzględniającego informację, że we wczesnym okresie karmienia piersią należy podejmować próby przystawienia noworodka do piersi do kilkunastu razy na dobę na przynajmniej 15 minut do każdej piersi, a jeżeli noworodek nie budzi się, należy go budzić do karmienia po 3–4 godzinach, licząc od początku ostatniego karmienia, z wyjątkiem pierwszych dwunastu godzin życia dziecka, kiedy z powodu obniżonej aktywności dziecka wybudzanie nie jest wymagane co trzy godziny;
- 3) zachęcanie matki do przystawiania noworodka do piersi po zaobserwowaniu wczesnych oznak głodu (czuwanie i zwiększona aktywność, poruszanie ustami, odruch szukania);
- 4) dokonywanie, w pierwszych dniach po urodzeniu, bieżących obserwacji cech dobrego przystawienia i pozycji przy piersi oraz objawów skutecznego i nieskutecznego karmienia (w szczególności liczba karmień, stolców i mikcji na dobę, czas trwania i rytm odgłosu połykania podczas karmienia, przyrost masy tzw. wskaźniki skutecznego karmienia), których wyniki są odnotowywane w dokumentacji medycznej; w przypadku stwierdzenia nieskutecznego karmienia piersią należy zdiagnozować problem na podstawie oceny umiejętności ssania i wdrożyć postępowanie zgodnie z aktualną wiedzą na temat laktacji w celu umożliwienia skutecznego nakarmienia noworodka mlekiem matki z piersi, a jeżeli nie jest to możliwe – odciągniętym mlekiem matki. Należy przy tym uwzględnić prawidłowy dobór metody dokarmiania, który zgodnie z aktualną wiedzą nie zwiększy ryzyka pojawienia się problemów ze ssaniem piersi i laktacją. Diagnozę i przeprowadzone postępowanie należy odnotować w dokumentacji medycznej;
- 5) podawanie sztucznego mleka początkowego wyłącznie na zlecenie lekarza lub zgodnie z decyzją matki, po wcześniejszym udzieleniu jej informacji o takim żywieniu;
- 6) przeprowadzenie instruktażu ręcznego pozyskiwania pokarmu, a w szczególności siary dla noworodka;
- 7) niestosowanie, w okresie stabilizowania się laktacji, smoczków w celu uspokajania noworodka;
- 8) zapewnienie każdej potrzebującej matce sprzętu do skutecznego pozyskiwania mleka kobiecego;
- 9) noworodkowi przedwcześnie urodzonemu, w tym o znacznej niedojrzałości, który nie może być karmiony mlekiem biologicznej matki, zaleca się podawanie mleka z banku mleka kobiecego zgodnie z aktualnymi zaleceniami Światowej Organizacji Zdrowia. Równolegle rekomenduje się prowadzenie działań na rzecz stymulacji laktacji u matki dziecka;

10) w podmiocie wykonującym działalność leczniczą sprawującym opiekę nad kobietami w okresie ciąży, po porodzie i noworodkami nie prowadzi się działań reklamowych i marketingowych związanych z preparatami do początkowego żywienia niemowląt i przedmiotów służących do karmienia niemowląt, aby zmniejszyć ryzyko przedwczesnej rezygnacji z karmienia piersią.

Podmiot wykonujący działalność leczniczą sprawujący opiekę nad noworodkiem przekazuje do dnia jego wypisu zgłoszenie o porodzie położnej podstawowej opieki zdrowotnej lub podmiotowi wykonującemu działalność leczniczą w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej; zgłoszenie o porodzie zawiera:

- a) imię i nazwisko matki,
- b) numer PESEL matki albo serię i numer dokumentu potwierdzającego jej tożsamość w przypadku braku numeru PESEL,
- c) godzinę i datę urodzenia dziecka,
- d) płeć dziecka,
- e) adres, pod którym matka wraz z dzieckiem będą przebywać (a nie miejsca zameldowania!) w okresie połogu, oraz numer telefonu kontaktowego,
- f) czytelny podpis osoby odpowiedzialnej za sporządzenie i wysłanie zgłoszenia.

Przekazanie zgłoszenia o porodzie następuje w sposób zapewniający możliwość potwierdzenia jego odbioru. Podmiot określa jaka forma przekazania jest dla niego najwłaściwsza (drogą elektroniczną, osobiście, itd.). Konieczne jest uzyskanie potwierdzenia odbioru i dołączenie go do wewnętrznej dokumentacji noworodka lub odrębnego rejestru zgłoszeń o porodzie prowadzonego przez podmiot wykonujący działalność leczniczą dokonujący jego wypisu.

W przypadku braku możliwości ustalenia położnej podstawowej opieki zdrowotnej lub podmiotu wykonującego działalność leczniczą w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej przejmujących opiekę nad położnicą i noworodkiem podmiot wykonujący działalność leczniczą, w którym nastąpił poród, informuje położnicę o zasadach i zakresie opieki nad noworodkiem w miejscu jego pobytu oraz zasadach wyboru położnej podstawowej opieki zdrowotnej lub podmiotu wykonującego działalność leczniczą w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej.

Podmiot wykonujący działalność leczniczą, sprawujący opiekę nad noworodkiem, informuje w dniu wypisu jednostki organizacyjne pomocy społecznej w miejscu pobytu matki i noworodka o przypadku zaobserwowania zachowań mogących zagrażać bezpieczeństwu dziecka i braku możliwości ustalenia położnej podstawowej opieki zdrowotnej lub podmiotu wykonującego działalność leczniczą w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej, przejmujących opiekę nad noworodkiem w miejscu zamieszkania lub pobytu. Nie dotyczy to dzieci, których matki czasowo przebywających na terytorium Polski.

OPIEKA NAD POŁOŻNICĄ I NOWOROKIEM W MIEJSCU POBYTU LUB ZAMIESZKANIA

Położnicy i jej dziecku należy zapewnić ciągłą profesjonalną opiekę w miejscu zamieszkania albo pobytu.

2. Opieka nad położnicą obejmuje w szczególności ocenę:

- 1) stanu ogólnego położnicy;
- 2) stanu położniczego: inwolucji mięśnia macicy (badanie wysokości dna macicy), ilości i jakości odchodów połogowych, gojenia się rany krocza, stanu gruczołów piersiowych i brodawek oraz ocenę rany, w przypadku zakończenia ciąży lub porodu cięciem cesarskim;
- 3) laktacji;
- 4) czynności pęcherza moczowego i jelit;
- 5) higieny ciała;
- 6) stanu psychicznego położnicy, w tym ryzyka wystąpienia depresji poporodowej.

3. Położnicy należy zapewnić pomoc psychologiczną w sytuacjach, o których mowa w części XV,

lub w przypadku urodzenia noworodka o bardzo niskiej masie urodzeniowej, skrajnie niedojrzałego oraz w innych sytuacjach, gdy stan psychiczny położnicy tego wymaga, informując jednocześnie o możliwych formach wsparcia rodziny i instytucjach ich udzielających.

4. Opieka nad noworodkiem obejmuje w szczególności ocenę:

- 1) stanu ogólnego noworodka (temperatura ciała, masa ciała, czynność serca, czynność oddechowa, oddawanie moczu i stolca);
- 2) obecności odruchów noworodkowych;
- 3) stanu skóry (zażółcenia powłok skórnych, zaczerwienienia – rumień, odparzenia, wyprzenia, potówki, wysypki, ciemieniuchy, zasinienia, otarcia, zadrapania, wybroczyny);
- 4) odżywiania – sposobu karmienia (wyłącznie piersią, odciągany pokarmem matki, mieszanką sztuczną, karmienie łączone), przebiegu karmienia (częstość, długość, wielkość porcji, oznaki głodu, nasycenia) oraz obecności zaburzeń czynnościowych jelitowych (ulewanie pokarmu, kolka jelitowa, inne);
- 5) oczu (obrzęk powiek, łzawienie, obecność śluzu, ropy), nosa (wydzielina) i jamy ustnej (pleśniawki);
- 6) zachowania się dziecka (długość snu, czuwania, nawiązywanie kontaktu);
- 7) sposobu zapewniania higieny ciała (kąpiel, toaleta, przewijanie i zmiana pieluszek, ubieranie);
- 8) stanu kikutu pępownicy (wilgotny, ropiejący, suchy) i dna pępka (suche, wilgotne, ropiejące, ziarninujące, stan zapalny okołopępkowy, przepuklina);
- 9) higieny i bezpieczeństwa pomieszczenia, w którym przebywa noworodek;
- 10) wykonania badań przesiewowych w ramach programów zdrowotnych oraz szczepień ochronny.

ZADANIA POŁOŻNEJ PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ

Gdy położna podstawowej opieki zdrowotnej nie jest osobą sprawującą opiekę w czasie ciąży potwierdza objęcie kobiety opieką w czasie ciąży i po porodzie przez wpis do:

1. planu opieki przedporodowej
2. karty przebiegu ciąży swoich danych lub danych podmiotu wykonującego działalność leczniczą w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej, w tym: numer telefonu kontaktowego i faksu lub adres poczty elektronicznej;

Edukacja przedporodowa prowadzona jest w formie indywidualnej lub grupowej .

1. Za prowadzenie edukacji przedporodowej, która obejmuje wymiar godzin dostosowany do potrzeb kobiety ciężarnej, z uwzględnieniem zajęć teoretycznych i praktycznych realizowanych w formie indywidualnej lub grupowej, odpowiada położna.

Nie zwalnia to lekarza z obowiązku edukacji przedporodowej w formie indywidualnej podczas wizyt ciężarnej

2. Ramowy program edukacji przedporodowej obejmuje okres prenatalny (ciąża), porodu, poporodowy (połóg) oraz wsparcie społeczne ciężarnej, położnicy i rodziny w okresie okołoporodowym. Standard określa tematy dotyczące poszczególnych okresów.

Ramowy program edukacji przedporodowej dotyczący wsparcia społecznego w okresie okołoporodowym obejmuje w szczególności informacje dotyczące wsparcia emocjonalnego, informacyjnego, instrumentalnego, rzeczowego (materialnego).

Opieka nad położnicą w domu jest realizowana według indywidualnego planu opieki, modyfikowanego zgodnie ze stanem położnicy i noworodka oraz sytuacją w środowisku domowym. Położna wykonuje nie mniej niż cztery wizyty (pierwsza wizyta odbywa się nie później niż w ciągu 48 godzin od otrzymania przez położną zgłoszenia urodzenia dziecka).

W przypadku wystąpienia problemów zdrowotnych u matki i dziecka, których rozwiązanie wykracza poza zakres kompetencji położnej, przekazuje położnicy informacje o potrzebie interwencji

lekarskiej.

Po ukończeniu przez dziecko 8. tygodnia życia opiekę nad nim sprawuje pielęgniarka podstawowej opieki zdrowotnej, a opiekę nad matką z uwzględnieniem wsparcia w zakresie karmienia piersią i poradnictwa laktacyjnego kontynuuje położna. Położna przekazuje noworodka pod opiekę pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej (na podstawie **Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 września 2016 r. w sprawie zakresu zadań lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej i położnej podstawowej opieki zdrowotnej Dz.U. 2016 poz. 1567)**

MINIMALNE NORMY ZATRUDNIENIA

Personel położniczy na sali porodowej musi być wydzielony całodobowo, liczony wskaźnikiem minimum 0,7 etatu na 1 łóżko na dyżurze. Położna sprawująca opiekę nad rodzącą sprawuje także opiekę nad noworodkiem.

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 11 października 2018 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego, na podstawie art. 31d ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2018 r. poz. 1510, z późn. zm.2)

Jednocześnie zapis tego samego rozporządzenia nakazuje „*stosowanie standardów postępowania oraz procedur medycznych przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, porodu oraz opieki nad noworodkiem*”. Aktualnie obowiązującym jest tu Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 roku w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej. Dokument ten wskazuje na wymóg sprawowania opieki przez jedną położną lub pielęgniarkę anestezjologiczną w warunkach analgezji regionalnej. Położna anestezjologiczna może jednocześnie wykonywać czynności związane z prowadzeniem porodu określone w tymże dokumencie.

Planując normy zatrudnienia poza liczbą łóżek należy wziąć pod uwagę możliwość realizacji zadań wskazanych we wspomnianym akcie prawnym, w tym m.in. np. pozostawanie w stałym kontakcie z rodzącą w II okresie porodu, czynności pielęgnacyjnych i procedur medycznych w opiece nad noworodkiem na sali porodowej oraz instruktaż w zakresie prawidłowego przystawiania dziecka do piersi, pomoc w karmieniu oraz udokumentowanie wykonanych zadań i obserwacji.

W związku z powyższym poza ilością łóżek należy wziąć także pod uwagę specyfikę oddziału, organizację pracy oraz liczbę porodów.

SALA CIĘĆ CESARSKICH obowiązują normy dla bloku operacyjnego

W przypadku udzielania świadczeń na bloku operacyjnym w trybie hospitalizacji i hospitalizacji planowej świadczeniodawca zapewnia w zakresie kwalifikacji personelu:

obecność co najmniej dwóch pielęgniarek lub położnych na każdy stół operacyjny odpowiadającą czasowi udzielania świadczeń określonemu w harmonogramie pracy - pielęgniarka specjalista lub pielęgniarka po kursie kwalifikacyjnym w dziedzinie pielęgniarstwa operacyjnego lub w trakcie tych szkoleń, lub pielęgniarka z co najmniej dwuletnim doświadczeniem w instrumentowaniu do zabiegów, a w przypadkach uzasadnionych medycznie - położna po kursie kwalifikacyjnym w dziedzinie pielęgniarstwa operacyjnego lub położna z co najmniej dwuletnim doświadczeniem w instrumentowaniu do zabiegów.

ODZIAŁ POŁOŻNICZO-NOWORODKOWY W SYSTEMIE „MATKA Z DZIECKIEM” -I,II,III stopień referencyjności - Równoważnik co najmniej 0,8 etatu na jedno łóżko w systemie „Matka z dzieckiem”

ODDZIAŁY GINEKOLOGICZNE/POŁOŻNICZE -I,II,III stopień referencyjności

Równoważnik co najmniej 0,7 etatu na 1 łóżko

ODDZIAŁ NEONATOLOGICZNY

Równoważnik co najmniej 0,8 etatu pielęgniarki lub położnej na jedno łóżko

II stopień referencyjności

- 1) równoważnik co najmniej 2,22 etatu pielęgniarki lub położnej na jedno stanowisko intensywnej terapii noworodka,
- 2) równoważnik co najmniej 0,89 etatu pielęgniarki lub położnej na jedno stanowisko opieki ciągłej dla noworodków po sztucznej wentylacji,
- 3) równoważnik co najmniej 0,89 etatu pielęgniarki lub położnej na jedno stanowisko opieki pośredniej dla noworodków niewymagających wsparcia oddechowego

III stopień referencyjności

Równoważnik co najmniej 0,8 etatu na jedno łóżko

- 1) równoważnik co najmniej 2,22 etatu pielęgniarki lub położnej na jedno stanowisko intensywnej terapii noworodka,
- 2) równoważnik co najmniej 1,11 etatu pielęgniarki lub położnej na jedno stanowisko opieki ciągłej dla noworodków po sztucznej wentylacji,
- 3) równoważnik co najmniej 1,11 etatu pielęgniarki lub położnej na jedno stanowisko opieki pośredniej dla noworodków niewymagających wsparcia oddechowego.