



FUNDACJA
KOBIECY WOLNOŚCI
I NIEPODLEGŁOŚCI

Łamanie standardów opieki okołoporodowej w Polsce **pod pretekstem** **epidemii SARS-CoV-2.**

Autor: Małgorzata Tylus

Redakcja: Klaudia Domagała, Julia Polakowska

Korekta: Rafał Domagała, Elżbieta Nowakowska

Opracowanie graficzne: Krzysztof Rynkiewicz



Raport Fundacji „Kobiety Wolności i Niepodległości”

Spis treści

- 3 1. Wstęp.

- 4 2. Standardy opieki okołoporodowej w Polsce a rzeczywistość.

- 7 3. Ograniczenia wywołane pandemią SARS-CoV-2 w sferze opieki okołoporodowej.

- 12 4. Proceder separowania noworodków od matek.

- 21 5. Nowe zasady porodów rodzinnych i trudności z nimi związane.

- 32 6. Porody w maseczkach i inne wymagania stawiane kobietom.

- 34 7. Karmienie naturalne w warunkach izolacji.

- 38 8. Prawa kobiet rodzących w świetle standardów opieki okołoporodowej.

- 40 9. “Z pamiętnika Fundacji Kobiety Wolności i Niepodległości”, czyli prawdziwe historie kobiet rodzących w czasie pandemii COVID-19.

- 47 10. Podziękowania.





1. Wstęp.

Opieka okołoporodowa jest niezwykle istotna w kontekście podjęcia decyzji o macierzyństwie. Od lat trwają dyskusje, w jaki sposób zachęcić kobiety do posiadania potomstwa. Należałoby zatem zacząć od początku, czyli od warunków jakie państwo zapewnia kobietom podczas ciąży, porodu i połogu. **W niniejszym raporcie przedstawiamy fakty, często będące gorzką prawdą dla tych, którzy mają pozornie nie bezpośredni, ale znaczący wpływ na standardy opieki okołoporodowej w Polsce.** Naszym celem jest uświadomienie społeczeństwu, że kobieta to nie tylko osoba, która ma obowiązek urodzić, osoba niemająca emocji, przeżyć, lęków i oczekiwań. Celem niniejszego raportu jest udowodnienie, że każdy błąd popełniany w zakresie opieki okołoporodowej wywiera w sferze kobiecej psychiki istotne czynniki, które mogą wpływać negatywnie na decyzję kobiety o macierzyństwie.

Epidemia wirusa Sars-CoV-2 nie tylko obnażyła problemy występujące w sferze opieki okołoporodowej, a wręcz ukazała często dramatyczny obraz warunków, z jakimi kobiety spotykają się w tym najważniejszym dla siebie czasie, w czasie ciąży, porodu i połogu.

Niniejszy raport został opracowany w ścisłej współpracy z Zespołem Parlamentarnym ds. Opieki Okołoporodowej, który powstał z inicjatywy Fundacji Kobiety Wolności i Niepodległości oraz podejmował liczne aktywności dążące do poznania problemów oraz poprawy standardów opieki okołoporodowej w Polsce. **Wszystkie dane przedstawione w raporcie zostały opracowane na podstawie 1473 zgłoszeń organizacji społecznych i obywateli, kierowanych zarówno do biura Fundacji Kobiety Wolności i Niepodległości, jak i Zespołu Parlamentarnego ds. Opieki Okołoporodowej.**



2. Standardy opieki okołoporodowej w Polsce a rzeczywistość.

Standardy opieki okołoporodowej w Polsce zostały pierwszy raz uregulowane 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 noworodkiem (Dz.U.2016.1132 t.j. z dnia 2016.07.28). **Już wtedy przepisy te określały poszczególne elementy opieki medycznej mającej na celu uzyskanie dobrego stanu zdrowia matki i dziecka, przy ograniczeniu do niezbędnego minimum interwencji medycznych**, w szczególności: amniotomii, stymulacji czynności skurczowej, podawania opioidów, nacięcia krocza, cięcia cesarskiego, podania noworodkowi mleka modyfikowanego, z uwzględnieniem zasad bezpieczeństwa zdrowotnego, w ramach których opieka opiera się na praktykach o udowodnionej skuteczności.

Trzy lata później, obecny akt został zastąpiony Rozporządzeniem 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 położniczych (Dz.U.2015.2007 z dnia 2015.12.01).

Obecnie obowiązuje Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 roku w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej (Dz. U. 2018 poz.1756). **Standardy obowiązują we wszystkich podmiotach świadczących usługi medyczne, zarówno w publicznych, jak i w prywatnych placówkach.**

Jak możemy zauważyć, już ponad 10 lat temu zwrócono uwagę na takie aspekty jak maksymalne ograniczenie nacinania krocza, przeprowadzenia cesarskiego cięcia czy

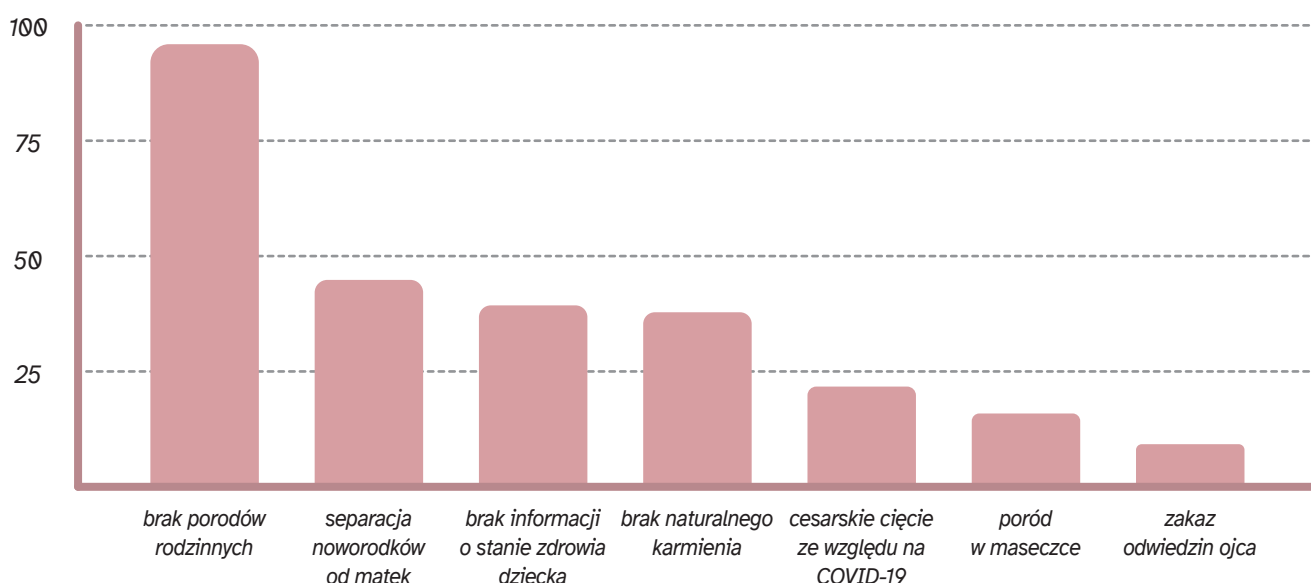


karmienia noworodka mlekiem modyfikowanym. Pomimo że przez dekadę standardy te znacznie wzrosły, to niestety nadal odnotowujemy liczne zaniedbania, a nawet rażące nieprzestrzeganie standardów opieki okołoporodowej przez placówki medyczne.

Nieprawidłowości, jakie rozpoznaliśmy w toku naszych prac nad niniejszym raportem, możemy podzielić na kilka sfer, którym poświęcimy uwagę w dalszej części raportu. Problemy zgłaszane przez przedstawicieli środowiska medycznego, organizacji pozarządowych oraz same pacjentki dotyczą przede wszystkim przebiegu porodu, z akcentem na zapewnienie kangurowania, umożliwienia porodów rodzinnych, opieki poporodowej nad matką w kontekście edukacji laktacyjnej oraz opieki nad noworodkiem.

Poniższy wykres obrazuje rodzaj nieprawidłowości występujących w sferze opieki okołoporodowej w określonym czasie, począwszy od momentu wybuchu epidemii COVID-19. Wykres został sporządzony na podstawie 268 zgłoszeń pacjentek oraz przedstawicieli organizacji samorządowych do biura Fundacji Kobiecy Wolności i Niepodległości oraz Zespołu Parlamentarnego ds. Opieki Okołoporodowej.

Problemy w poszczególnych sferach opieki okołoporodowej w Polsce w latach 2020 - 2022





Najczęściej sygnalizowanym przez pacjentki problemem było wstrzymanie porodów rodzinnych lub ich realizacja, ale przy konieczności wypełnienia wymogów często niemożliwych do zrealizowania przez osoby towarzyszące. **Zakaz porodów rodzinnych zgłosiło 36% osób. Kolejno w rankingu nieprawidłowości wystąpił proceder separowania noworodków od matek tuż po porodzie, który został zasygnalizowany przez 16,79% osób. Niewiele rzadziej, bo 14,92% pacjentek zgłosiło problemy z brakiem informacji o stanie zdrowia dziecka,** co jest istotnie powiązane z separacją noworodków od matek lub z pobytem dziecka w szpitalu z powodu choroby.

Bardzo częstym problemem, który wyraźnie nasilił się w okresie pandemii COVID-19 było uniemożliwienie matkom karmienia naturalnego, jako pokłosie izolacji matek od dzieci po porodzie z powodów zakażenia lub podejrzenia zakażeniem COVID-19. Problem z naturalnym karmieniem zgłosiło 14,7% pacjentek.

Zjawiskiem charakterystycznym dla okresu pandemii COVID-19 były niewątpliwie porody w maseczkach, choć w mniejszym stopniu niż wspomniany proceder separowania noworodków od matek tuż po porodzie. **Z porodem w maseczce musiało zmierzyć się 5,97% kobiet.** Placówki medyczne dość szybko wycofały się z przymuszania kobiet do porodu w maseczce. Można więc stwierdzić, że w skali kraju ten proceder objawił się jako przykry, jednorazowy incydent, co nie znaczy, że kierownictwo placówek medycznych powinno kiedykolwiek dopuścić do ograniczania w ten sposób swobód i praw rodzających.

Wśród nieprawidłowości przypadających na okres epidemii Sars-coV-2 wystąpiły również zwiększone liczby porodów drogą cesarskiego cięcia. **Problem ten zgłosiło 8,20% kobiet, które chciały, aby ich poród przebiegł siłami natury.** Najrzadszą nieprawidłowością, ale wzbudzającą niewątpliwie bardzo dużo problemów emocjonalnych, **był zakaz odwiedzin noworodków przez ich ojców. Problem ten zgłosiło 3,73% osób.** Wszystkie powyższe problemy zostały dokładnie opisane w dalszej części raportu, ale bez wątpliwości można stwierdzić, że podczas epidemii wirusa SARS-CoV-2 doszło wyraźnie do zmarginalizowania roli ojca w tych pierwszych dniach życia dziecka.



3. Ograniczenia wywołane pandemią Sars-CoV-2 w sferze opieki okołoporodowej.

Pierwszy przypadek wirusa SARS-CoV-2 w Polsce został potwierdzony przez ówczesnego Ministra Zdrowia prof. Łukasza Szumowskiego 4 marca 2020 r.¹ Niewątpliwie w najtrudniejszej sytuacji znalazły się szpitale, a dokładnie osoby nimi zarządzające oraz cały personel medyczny. **Placówki medyczne musiały w natychmiastowym tempie dostosować całą organizację do pojawienia się epidemii nowego, nieznanego wtedy wirusa.** Personel medyczny, który musiał zmagać się z obowiązkiem zapewnienia pacjentom bezpiecznych warunków hospitalizacyjnych, dodatkowo był zobligowany do opracowania odpowiednich schematów postępowania w taki sposób, aby jednocześnie zapewnić bezpieczne warunki pracy wszystkim pracownikom oraz swobodny dostęp do świadczeń medycznych pacjentom, w sposób nienaruszający przysługujących im praw.

Niestety w przypadku przestrzegania praw pacjenta w większości szpitali kadra zarządzająca nie zdała wzorowo tego egzaminu, co wywołało falę skarg i protestów ze strony kobiet rodzących oraz organizacji działających na rzecz jakości standardów opieki okołoporodowej w Polsce. **W tym miejscu należy przypomnieć, że zgodnie z art. 68 Konstytucji RP, władze publiczne są obowiązane do zapewnienia obywatelom, niezależnie od ich sytuacji materialnej, równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych, w tym szczególnej opieki zdrowotnej m.in. dzieciom i kobietom ciężarnym.**

Na ówczesne problemy oraz zjawiska łamania praw kobiet podczas porodów przez personel medyczny **zwrócił uwagę Rzecznik Praw Obywatelskich w swoim wystąpieniu z dnia 22.12.2021 r. do Ministra Zdrowia.**² Rzecznik podkreślił, że brak było wtedy jasnych regulacji ustawowych dla dyrektorów placówek medycznych, którzy mogli jedy-

¹ <https://www.gov.pl/web/zdrowie/pierwszy-przypadek-koronawirusa-w-polsce>

² https://bip.brpo.gov.pl/sites/default/files/2021-12/Do_Ministra_Zdrowia_porody_22.12.2021.pdf



nie opierać się na wytycznych konsultantów krajowych lub Ministerstwa Zdrowia, które nie mogą zastąpić przepisów prawa powszechnie obowiązującego.

Rzecznik Praw Obywatelskich wskazał również, że niektóre z wydanych przez Polskie Towarzystwo Ginekologów i Położników w dniu 20 marca 2020 r. rekomendacje sposobu postępowania dla kobiet w ciąży **były sprzeczne ze Standardem Opieki Okołoporodowej, a w konsekwencji przyczyniły się do nieprzestrzegania tych standardów przez placówki medyczne.**

Jedną z takich inicjatyw podjętych przez Prezesa Polskiego Towarzystwa Ginekologów i Położników było stanowisko z dnia 13.07.2020 r., wydane w związku z ukazaniem się na oficjalnej rządowej stronie NFZ interpretacji Zarządzenia Prezesa NFZ nr 104/2020/DSOZ, skłaniającej się ku możliwości przeprowadzania porodów rodzinnych. Stanowisko Prezesa PTGiP **zawierało stanowczy sprzeciw wobec rekomendowania możliwości przeprowadzania porodów rodzinnych do czasu zakończenia epidemii wirusa Sars-CoV-2.**³

Również zalecenia opublikowane w dniu 20.03.2020 r. na stronie Ministerstwa Zdrowia zdawały się stać w ofensywie do standardów opieki okołoporodowej. Bowiern zalecenia te w przypadku organizacji porodów rodzinnych miały następujące brzmienie: *„Z powodu stanu zagrożenia epidemicznego zawieszaniu podlegają odwiedziny w oddziałach położniczo-ginekologicznych, w tym obecność osób towarzyszących przy porodach. Należy umożliwić pacjentkom możliwość kontaktu z najbliższymi przy pomocy ich własnych urządzeń elektronicznych”.*

Jak wskazało Ministerstwo Zdrowia w opublikowanym komunikacie z dnia 20.03.2020 r., pojawiły się również zalecenia prof. Ewy Helwich, konsultant krajowej ds. neonatologii, która wydała rekomendacje dotyczące karmienia piersią przez matkę zakażoną koronawirusem oraz diagnozowaną w kierunku COVID-19. **Zgodnie z nimi w przypadku kobiet zakażonych koronawirusem lub w okresie diagnozowania w kierunku COVID-19 zalecana była izolacja dziecka od matki. Według stanowiska pani Profesor należało umożliwić matce odciąganie mleka, by utrzymać laktację.** Karmienie naturalne było dopuszczalne dopiero po potwierdzeniu ustania ryzyka transmisji

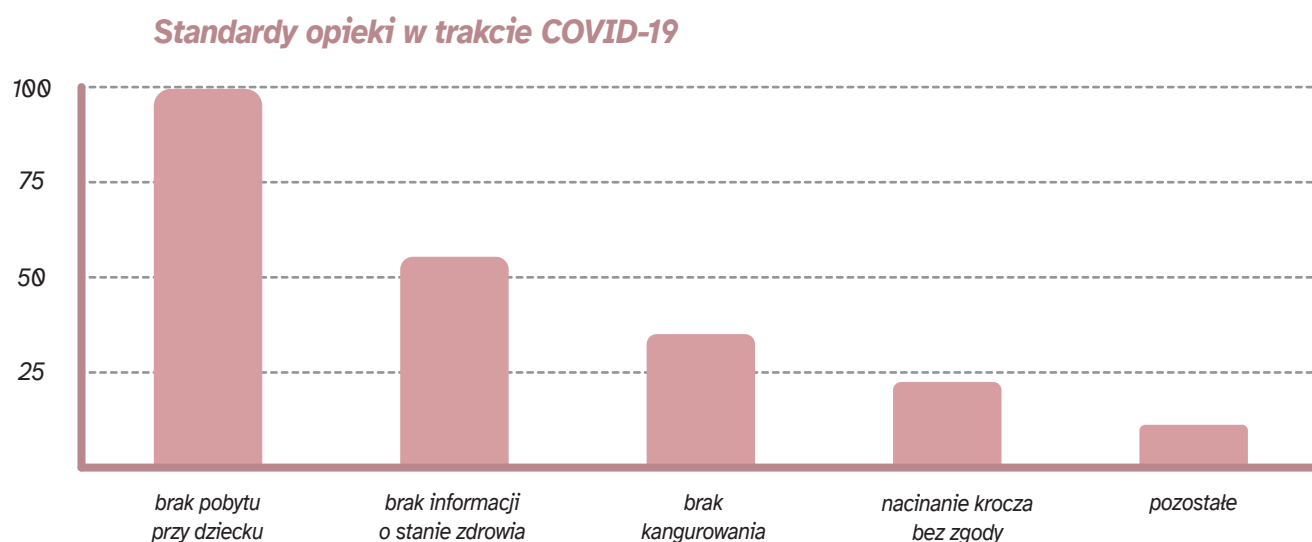
³ <https://www.ptgin.pl/aktualnosc/stanowisko-prezydium-ptgip-odnosnie-interpretacji-zarzadzenia-nfz-dotyczacego-porodow>



zakażenia z matki na dziecko za pomocą otrzymania dwukrotnie ujemnego testu matki zakażonej i pojedynczego testu ujemnego u matki, u której podejrzewano zakażenie.

Powyższe zalecenia, które istotnie nie stanowią powszechnie obowiązującego prawa, były kierunkowskazem do wprowadzanych **ograniczeń przez kadrę zarządzającą wobec kobiet rodzących, wywołały dodatkowe zaniedbania, które w konsekwencji wywarły bardzo negatywne skutki na zdrowie psychiczne i emocjonalne, zarówno dzieci, jak i ich rodziców.**

Poszczególne nieprawidłowości, które najczęściej były zgłaszane przez pacjentki, zostały przedstawione na poniższym wykresie. Poniżej opisane ograniczenia zostały zgłoszone przez 227 osób.



Jak potwierdzają prace nad niniejszym raportem, najczęściej występującym problemem podczas pandemii był zakaz pobytu przy chorym dziecku, który podobnie jak proceder separacji noworodków od matek po porodzie, był najbardziej rażący, zarówno w stosunku do obowiązku przestrzegania przepisów prawa, jak i w kontekście wartości etycznych i zasad moralnych. Zakaz pobytu przy dziecku zasygnalizowało aż 43,6% pacjentek zgłaszających się do biura Fundacji i Zespołu Parlamentarnego. **W konsekwencji izolacja rodziców od chorych dzieci spowodowała dodatkowe problemy natury psychicznej, drastycznie obniżając standardy opieki okołoporodowej w Polsce.**



Drugim pod względem częstotliwości problemem zgłaszanym przez rodziców, był **brak informacji o stanie zdrowia dziecka przebywającego w szpitalu. Ten problem zgłosiło 24,6% pacjentów.** Miało to swoje odzwierciedlenie w izolacji dzieci od rodziców, o której wspomniano powyżej. Zgodnie z art. 31 ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz.U.2022.1731 t.j. z dnia 2022.08.18), lekarz ma obowiązek udzielać pacjentowi lub jego ustawowemu przedstawicielowi przystępnej informacji o jego stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych, leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu. **Niestety w praktyce, w wielu placówkach, obowiązek informowania o stanie zdrowia dziecka, który powinien być przez personel medyczny bezwzględnie przestrzegany, nie został dotrzymany.** Rodzice nie mieli bezpośredniego kontaktu z dzieckiem, byli pozbawieni bieżących informacji o jego stanie zdrowia. Często musieli oczekiwać w kolejce, nawet kilka godzin aż ktoś z personelu medycznego poinformuje ich o stanie zdrowia dziecka.

Według relacji rodziców częstą praktyką prowadzoną przez szpitale w czasie izolacji było udostępnianie wizerunku dziecka na ekranie monitora umieszczonego np. w poczekalni szpitala. Jednak należy podkreślić, że takie rozwiązanie w żaden sposób nie rekompensowało pozbawienia de facto podstawowego prawa, jakimi jest prawo do informacji oraz pobytu, a co za tym idzie bezpośredniej opieki nad swoim dzieckiem.

Następną nieprawidłowością, jaka występowała w placówkach medycznych w trakcie pandemii, co miało swoje konsekwencje w zakazie porodów rodzinnych, był **zakaz kangurowania narodzonego dziecka przez ojców, tj. osób towarzyszących podczas porodu rodzinnego. Ten problem zgłosiło 15,85% obywateli.**

Kolejnym zjawiskiem zgłaszanym przez pacjentki było nacinanie krocza podczas porodu bez zgody rodzącej. Proceder ten został ujawniony przez 10,5% kobiet zwracających się o pomoc do Zespołu Parlamentarnego ds. Opieki Okołoporodowej. Nacinanie krocza od wielu lat jest powodem kontrowersji oraz dyskusji nad zasadnością tego zabiegu wśród przedstawicieli środowiska medycznego.



Należy przyznać, że episiotomia jest dopuszczalna w uzasadnionych przypadkach, ale nie powinna stanowić rutynowego zabiegu, tym bardziej bez zgody pacjentki.

Oprócz wymienionych wyżej nieprawidłowości 5,2% pacjentek zgłaszało również takie zjawiska łamania standardów opieki okołoporodowej, jak: przebicie wód płodowych bez uprzedzenia, brak kontaktu skóra do skóry, bardzo krótki kontakt dziecka z ojcem, brak opieki laktacyjnej.



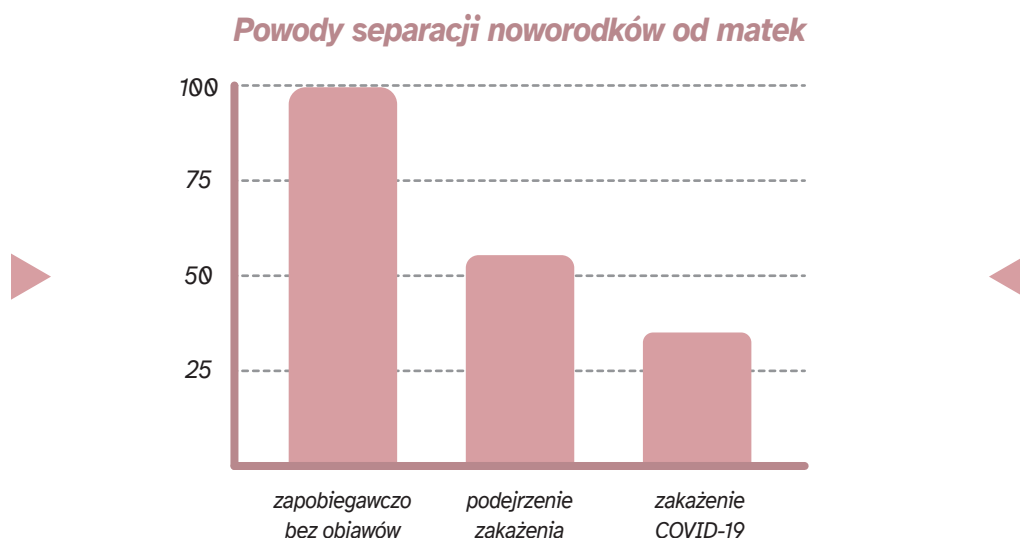


4. Proceder separowania noworodków od matek.

Proceder separowania dzieci od matek po porodzie jest drugim co do kolejności nieprawidłowym zjawiskiem, tuż po zakazie porodów rodzinnych, jakie wystąpiło w związku z wprowadzeniem obostrzeń w placówkach medycznych.

Jak wspomniano w poprzednim rozdziale, pierwsze zalecenia wydane przez panią Konsultant Krajową w dziedzinie neonatologii, **zawierały zalecenia izolacji dziecka od matki w przypadku kobiet zakażonych lub diagnozowanych w kierunku zakażenia wirusem Sars-Cov-2.** W zaleceniach tych rekomendowano m.in., że “szpitale powinny czasowo oddzielić (np. przez oddzielne pokoje) matkę, u której stwierdzono COVID-19 lub PUI (w trakcie obserwacji i diagnostyki). **W konsekwencji, w wielu szpitalach dochodziło nawet do procederu izolacji noworodków od zdrowych matek tuż po porodzie.**

Powody, jakie najczęściej skutkowały izolacją matek od noworodków, obrazuje poniższy wykres. Z problemem separacji noworodków po porodzie **zgłosiło się 175 osób.**





Separowanie dzieci od matek odbywało się najczęściej z powodu oczekiwania na wynik testu w kierunku zakażenia wirusem Sars-Cov-2. Nie był on związany bezpośrednio z podejrzeniem zakażenia, dlatego te dwa wskaźniki zostały przedstawione jako oddzielne zjawiska. **Zapobiegawcze separowanie dzieci od matek, które nie wykazywały oznak zakażenia stosowano wśród 45,7% osób zgłaszających ten proceder natomiast 37,14% kobiet zgłosiło separację dzieci po porodzie z powodu podejrzenia zakażeniem.** Proceder odbierania dzieci matkom zakażonym zgłosiło 17,14% matek. Powyższe jasno wskazuje, że proceder izolowania noworodków od matek tuż po porodzie stosowano najczęściej wobec kobiet, które nawet nie wykazywały oznak zakażenia, a najmniej wobec kobiet, które chorowały na COVID-19 w trakcie porodu.

Zjawisko separacji noworodków od matek po porodzie występowało z dwóch powodów. Pierwszym z nich był czas oczekiwania na uzyskanie negatywnego wyniku testu na obecność koronawirusa u matki pomimo braku objawów. W tym okresie kobiety umieszczane były w izolatkach. W zależności od regionu Polski procedura ta trwała od 2 do 3 dni. **Skutki były takie, że kobieta przez cały pobyt w szpitalu była pozbawiona kontaktu z dzieckiem.** Kolejną kwestią jest dłuższy pobyt noworodka w szpitalu ze względu na przedłużającą się żółtaczkę lub inne zaburzenia adaptacyjne. Tymczasem matka otrzymywała wypis ze szpitala i musiała opuścić placówkę, zostawiając swoje nowo narodzone dziecko często bez możliwości późniejszych odwiedzin.

Polskie Towarzystwo Neonatologiczne wydało rekomendacje, w których umieściło prawo matki do pozostania ze swoim dzieckiem po porodzie. W zaleceniach tych zwrócono uwagę na potrzebę kontaktu „skóra do skóry” oraz na szkodliwe konsekwencje mające wpływ na zdrowie i życie matki i dziecka w przypadku separacji po porodzie. Szczególnie wskazano, że rozdzielenie matki od dziecka może skutkować wystąpieniem lub pogłębieniem depresji poporodowej oraz nieodwracalną utratą laktacji.

Jednak zjawisko separowania noworodków od matek miało miejsce w wielu placówkach medycznych w Polsce. W toku prac podjętych przez Zespół Parlamentarny ds. Opieki Okołoporodowej stwierdzono, że izolacja matek od dzieci miała podłoże w złej



organizacji w szpitalach. Oddziały powinny być zorganizowane w taki sposób, aby rodzic mógł przebywać z chorym dzieckiem. Dyrektorzy mieli obowiązek stworzyć harmonogramy odwiedzin.

W lipcu 2020 r. grupa posłów Konfederacji złożyła interpelację do Ministerstwa Zdrowia, zwracając uwagę na problem separowania dzieci od matek po porodzie, **nawet tych, które nie wykazywały żadnych objawów zakażenia**⁴. Wtedy to Ministerstwo Zdrowia przyznało, że nie znajduje uzasadnienia obligatoryjnie stosowana izolacja noworodków od zdrowych matek, które znajdują się w grupie niskiego ryzyka zakażenia COVID-19. W związku z otrzymanymi przez Ministerstwo Zdrowia sygnałami dotyczącymi nieuzasadnionego separowania noworodków od matek, które nie przejawiały żadnych symptomów zakażenia COVID-19, **Ministerstwo skierowało pismo do konsultanta krajowego w dziedzinie neonatologii z prośbą o podjęcie działań informacyjnych, które umożliwią pełną realizację procedur opieki nad noworodkiem wyznaczonych przez standard organizacyjny opieki okołoporodowej, w sytuacji, gdy nie ma podstaw do stosowania izolacji**. W odpowiedzi, pani prof. Ewa Helwich, poinformowała Ministerstwo Zdrowia o zobowiązaniu konsultantów wojewódzkich w dziedzinie neonatologii do spowodowania w podległych im placówkach zaprzestania takich nieuzasadnionych praktyk.

Jednak Ministerstwo Zdrowia potwierdziło wtedy, że zgodnie z ww. zaleceniami izolowanie noworodka od matki stosowało się wyłącznie w przypadku kobiet zakażonych koronawirusem lub w okresie diagnozowania matek podejrzanych o zakażenie. Ministerstwo zajęło stanowisko, że w przypadku kobiet zakażonych SARS-CoV-2 izolacja mogła być zakończona wtedy, kiedy testy wykonane u matki zakażonej były ujemne dwukrotnie w odstępie co najmniej 24 godzin. Jeżeli matka była osobą podejrzaną o zakażenie SARS-CoV-2 i wykazywała objawy infekcji górnych dróg oddechowych, po uzyskaniu wyniku ujemnego testu należało to badanie powtórzyć po minimum 24 godzinach – po uzyskaniu drugiego wyniku ujemnego pacjentkę należało uznać za osobę z wykluczonym COVID-19. W przypadku podejrzenia zakażenia SARS-CoV-2 u pacjentki niewykazującej objawów infekcji górnych dróg oddechowych wystarczający był pojedynczy ujemny test u matki. Po uzyskaniu ujemnego wyniku testu u matki (czas

⁴ <https://www.sejm.gov.pl/Sejm9.nsf/InterpelacjaTresc.xsp?key=BRTAQG>



oczekiwania na wynik nie przekraczał zwykle 24h) bezpośredni kontakt matki z dzieckiem mógł być realizowany.⁵

A więc zauważyć należy, że de facto dopuszczalna była izolacja matki od chorych dzieci na 48 godzin w czasie oczekiwania na wynik testu. Matka, która była podejrzana o zakażenie wirusem SARS-CoV-2, była izolowana od dziecka, a w przypadku otrzymania wyniku potwierdzającego brak zakażenia, okazywało się, że dziecko było niepotrzebnie separowane od matki.

Nie można tutaj pominąć, że występowały ciężkie przypadki, w których izolacja dziecka od matki była uzasadniona, ale w toku prac wykazano, co zostało przedstawione na powyższym wykresie, **że w wielu placówkach medycznych izolacja dzieci od matek była stosowana nawet w przypadkach, w których pobyt matki przy chorym dziecku był możliwy do zrealizowania.**

W tym miejscu trzeba wskazać, że drugim etapem izolacji, a właściwie przedłużeniem separacji noworodków od matek tuż po porodzie jest zakaz pobytu przy dziecku lub w najgorszym przypadku zakaz odwiedzin chorego dziecka, które z przyczyn zdrowotnych wymagało dłuższej hospitalizacji.

Należy zdawać sobie sprawę z konsekwencji takich procedur, które wywołują nieodwracalne skutki dla matek i ich dzieci. Separacja matki od dziecka, a co za tym idzie uniemożliwienie jej naturalnego karmienia piersią, **powoduje problemy z laktacją, doprowadzając nawet do braku rozpoczęcia lub przedwczesnego zakończenia karmienia.** Ponadto karmienie mlekiem modyfikowanym zamiast pokarmem naturalnym, w dodatku za pomocą smoczka, niesie ze sobą ryzyko wystąpienia szeregu poważnych konsekwencji zdrowotnych dla dziecka takich jak otyłość, cukrzyca czy choroby sercowo-naczyniowe. **Dodatkowo ssanie smoczka przez dziecko przebiega w zupełnie inny sposób niż naturalne pobieranie pokarmu, co może prowadzić do wad zgryzu.**

Powszechnie wiadomo również, że pierwszy kontakt „skóra do skóry” jest niezwykle ważny dla zdrowia zarówno matki, jak i noworodka, bowiem wpływa na poziom

⁵ <https://orka2.sejm.gov.pl/INT9.nsf/klucz/ATTBSCHX8/%24FILE/i08942-o1.pdf>



oksytocyny i prolaktyny u matki. Hormony te pomagają w prawidłowym rozwoju laktacji i wpływają na nawiązanie więzi matka-dziecko. Istotna jest kolonizacja z bakteriami matki, a nie szpitalnymi oraz poczucie bezpieczeństwa dziecka, które zostało przecież wyrwane ze swojego jedyne, znanego, bezpiecznego środowiska, w którym przebywało 9 miesięcy. **Noworodek odseparowany od swojej matki przeżywa maksymalny lęk i opuszczenie. Zaburzenie tego naturalnego procesu, jakim jest kontakt matki z dzieckiem tuż po porodzie, może również wywołać zaburzenia depresyjne u kobiety.**

Grupa posłów ponownie zwróciła uwagę na problem separowania noworodków od matek w kolejnej interpelacji do Ministerstwa Zdrowia.⁶ Posłowie zasygnalizowali Ministerstwu, że rodzice mogą jedynie oglądać dzieci na monitorach lub na zdjęciach. **W niektórych szpitalach matka mogła odwiedzić dziecko dwa razy w tygodniu przez 15 minut.** Takie zasady wprowadzono między innymi w szpitalach w województwach mazowieckim i małopolskim.

Większość rodziców, którzy zgłosili się do Fundacji i Zespołu Parlamentarnego ds. opieki okołoporodowej jednak twierdziło, że **miało całkowity zakaz odwiedzin i nie widziało własnego dziecka nawet do kilku miesięcy.** Dochodziło nawet do sytuacji dramatycznych, w których rodzice nie mogli być przy dziecku, którego życie było zagrożone. W jednym ze szpitali w Łodzi matka otrzymała zakaz pożegnania zmarłego dziecka.

W odpowiedzi Ministerstwo przypomniało, że w przypadku wystąpienia zagrożenia epidemicznego, korzystanie z praw pacjenta, w tym również prawa do dodatkowej opieki pielęgnacyjnej może zostać ograniczone (zgodnie z art. 5 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta), a decyzje w tym zakresie podejmuje kierownik podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych w porozumieniu z ordynatorem oddziału neonatologicznego, mając na uwadze lokalne względy organizacyjne pozwalające na izolację osób towarzyszących hospitalizowanym noworodków od innych pacjentów i ich rodziców oraz wydane w tym zakresie zalecenia.

⁶ <https://www.sejm.gov.pl/Sejm9.nsf/interpelacja.xsp?typ=INT&nr=13243>



Resort zdrowia podkreślił, że w przypadku noworodków pozostających w oddziałach intensywnej terapii i patologii noworodka, istnieje konieczność nadzoru personelu oddziału nad odwiedzinami. **Zaznaczył jednak, że personel sprawujący opiekę nad noworodkiem powinien dążyć, aby znaleźć takie rozwiązania, które nie tylko umożliwią rodzicom uzyskiwanie bieżących informacji o stanie zdrowia ich dzieci, ale także pozwolą na ograniczone w czasie, bezpieczne odwiedziny w oddziale leczącym noworodka.** Szczegóły bezpiecznych odwiedzin (rodzaj stosowanych środków ochrony osobistej) ustala ordynator oddziału w porozumieniu z konsultantem wojewódzkim ds. neonatologii na podstawie oceny bieżącego zagrożenia epidemiologicznego.

Ministerstwo Zdrowia wskazało, że *“nie było przeciwwskazań do karmienia pokarmem własnym zdrowej mamy, który powinien być dostarczany codziennie do szpitala i przejmowany przez personel oddziału na ustalonych wewnętrznie zasadach. Jednocześnie zgodnie z zaleceniami tryb częstych, ale krótkich odwiedzin nie wymaga badań rodziców, ale stosowania środków ochrony osobistej wg zaleceń personelu. Mając na uwadze powyższe, aktualnie wizyty rodziców w oddziałach patologii noworodka nie są zabronione, ale mają one miejsce w reżimie, jakiego wymaga obecna epidemia”*.⁷

Odpowiedź Ministerstwa poświadcza, że znane były resortowi przypadki izolowania dzieci hospitalizowanych, których nie neguje, a które powinny być zorganizowane w taki sposób, aby dzieci mogły być karmione mlekiem matki, a **rodzice mieli możliwość ograniczonych wizyt w czasie odwiedzin, a w przypadku zakazu odwiedzin, bieżących informacji o stanie zdrowia ich dziecka.**

Działania na rzecz zakończenia procedury separowania dzieci od matek podjęła również Fundacja Kobiety Wolności i Niepodległości, we współpracy z przedstawicielami organizacji samorządowych. Zarząd Fundacji zorganizował trzy konferencje prasowe oraz współorganizował posiedzenie Zespołu Parlamentarnego ds. Opieki Okołoporodowej, podczas którego omówiono główne problemy polskich porodówek w kontekście obostrzeń związanych z pandemią COVID-19 oraz wezwano Ministerstwo Zdrowia do

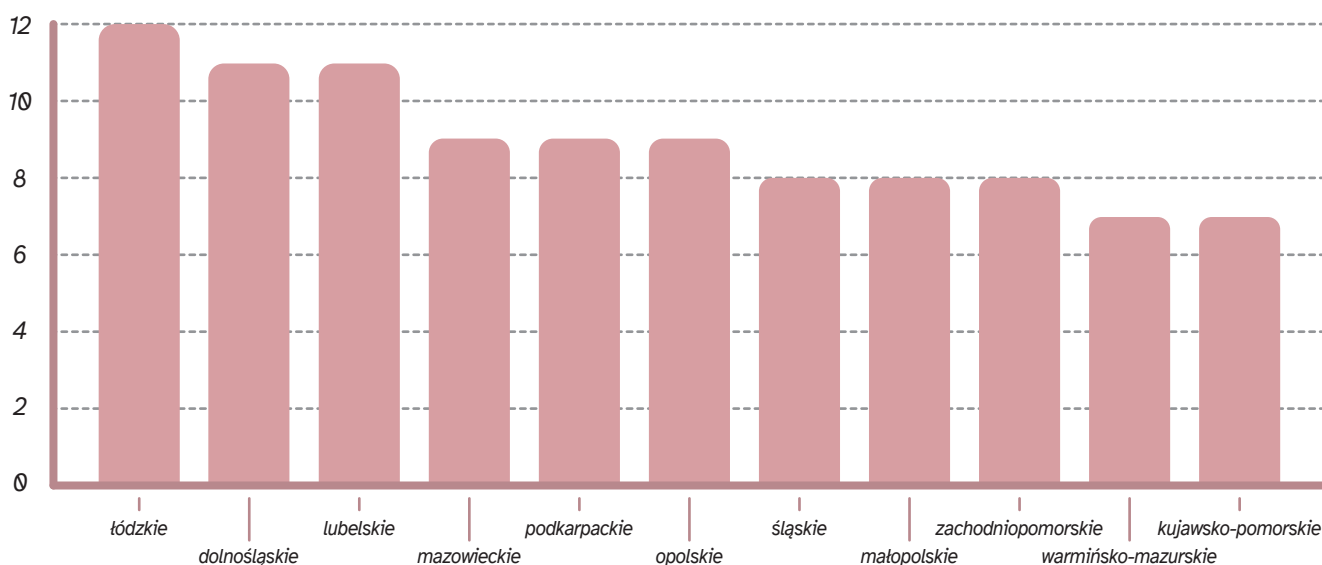
⁷ <https://orka2.sejm.gov.pl/INT9.nsf/klucz/ATTBYDJUC/%24FILE/i13243-o1.pdf>



podjęcia działań na rzecz poprawy jakości standardów opieki okołoporodowej.⁸

Z przyjętych zgłoszeń kierowanych do Fundacji oraz Zespołu Parlamentarnego ds. Opieki Okołoporodowej oraz podjętych interwencji przez przedstawicieli tegoż Zespołu wyłoniły się najczęstsze zjawiska, które zostały wybrane i opisane poniżej w poszczególnych województwach. Natomiast poniższy wykres przedstawia wykaz województw, w których odnotowano zjawiska łamania standardów opieki okołoporodowej w postaci separacji noworodków od matek tuż po porodzie oraz w trakcie hospitalizacji dzieci.

Zgłoszenia nieprawidłowości w podziale na regiony



Zestawiono **99 zgłoszeń**, z których najwięcej, bo **12%**, odnotowano w województwie łódzkim. Niewiele mniej, bo po **11%**, zgłoszono w województwach lubelskim i dolnośląskim. Jako trzecie pod względem zgłaszanych nieprawidłowości odznaczały się województwa: mazowieckie, podkarpackie i opolskie, w których zjawiska łamania standardów opieki okołoporodowej stanowiły **9%** wszystkich zgłoszeń. Nieco mniej, bo **8%** wszystkich zgłoszeń, odnotowano w województwach: śląskim, małopolskim i zachodniopomorskim. Najmniej, bo **7%** zjawisk sprzecznych ze standardami opieki okołoporodowej, odnotowano w województwach warmińsko-mazurskim i kujawsko-pomorskim.

⁸ https://www.sejm.gov.pl/Sejm9.nsf/transmisja.xsp?documentId=982AB1B885D6800EC125878F005E4DE8&symbol=TRANSMISJA_ARCH&info=T



W Piszcu (*woj. warmińsko-mazurskie*) nieprawidłowe postępowanie dotyczyło noworodków pacjentek po porodzie, które nie zgodziły się na pobranie wymazu z nosogardzieli i było konsekwencją postępowania personelu na oddziale położniczym. Postępowanie to polegało na zabieraniu dziecka matce pod pretekstem możliwego przeniesienia zakażenia, pomimo braku objawów jakiegokolwiek choroby. **Pacjentki zgłaszały, że lekarze postugiwali się szantażem w stosunku do pacjentek, które były straszone, że w przypadku odmowy pobrania wymazu, ich dzieci nie zostaną zaszczepione na gruźlicę. Oprócz szantażu padły zarzuty braku kontaktu dziecka z matką po porodzie drogą cięcia cesarskiego z powodu braku wymazu PCR oraz groźby całkowitej separacji dziecka w czasie pobytu w szpitalu.**

W Olsztynie (*woj. warmińsko-mazurskie*) w jednym ze szpitali stosowano rutynowe rozdzielanie matki od dziecka, do czasu uzyskania negatywnego wyniku wymazu w kierunku COVID-19. **Z informacji zebranych przez rodziców wynika, że nie były respektowane żadne oświadczenia matek. Dzieci po porodzie po prostu były im zabierane.**

W Nowym Sączu (*woj. małopolskie*) opisywane problemy dotyczyły separacji dziecka od rodziców (w przypadku problemów zdrowotnych matki), trudności w pozyskaniu informacji o stanie zdrowia dziecka oraz problemów w dostarczaniu naturalnego pokarmu matki w przypadku przebywania dziecka w inkubatorze. **Zgłaszano również, że w przypadkach, kiedy matka ze względów zdrowotnych nie mogła być przy dziecku, które przebywa w inkubatorze, personel medyczny uniemożliwiał kontakt dziecka z ojcem, argumentując tę odmowę brakiem szczepienia przeciw COVID-19.**

W Krakowie (*woj. małopolskie*) natomiast odnotowano nieetyczne postępowanie personelu medycznego polegające na stosowaniu szantażu w przypadku braku zgody matki na separację. **Personel groził brakiem opieki nad matką mającą dziecko przy sobie, skutkiem czego matka musiałaby poradzić sobie sama podczas całego pobytu w placówce. Co do separacji dzieci hospitalizowanych, odnotowano możliwość odwiedzin dziecka codziennie przez 15 minut.**



W Toruniu (*woj. kujawsko-pomorskie*) odnotowano stosowanie separacji dzieci hospitalizowanych, w tym również wcześniaków, które **były izolowane od swoich matek nawet tych, które przyjęły dwie dawki szczepionki przeciw COVID-19. Mamy karmiące mogły jedynie zostawić personelowi medycznemu odciągnięty pokarm.**

W Radomsku (*woj. łódzkie*) **wystąpił proceder całkowitej i przymusowej separacji noworodków od matek trwającej bezwzględnie 10 dni.** Dodatkowo personel szpitala twierdził, że matka nie ma prawa do oświadczenia o braku zgody na izolację dziecka w przypadku pozytywnego wyniku testu na COVID-19 u matki. **W takim przypadku dziecko było odbierane matce tuż po porodzie, bez możliwości zabrania dziecka do domu nawet przez inną zdrową osobę.**

W Szczecinie (*woj. zachodniopomorskie*) matki małych pacjentów informowały, że mogą być przy swoich dzieciach jedynie godzinę dziennie. W jednym ze zgłoszeń podkreślono, że **w jednej z placówek wprowadzono całkowity zakaz kangurowania dziecka.** W innych szczecińskich placówkach matki małych pacjentów mogły być przy swoich dzieciach jedynie 2 razy w tygodniu przez 15 minut. W jednym ze zgłoszeń podkreślono, że **pomimo stabilnego stanu zdrowia 3-tygodniowego noworodka, mama nie miała dziecka na rękach od urodzenia.**

W Katowicach (*woj. śląskie*) zgłoszono całkowity zakaz wizyt na Oddziale Patologii Noworodków oraz na Oddziale Intensywnej Terapii Noworodków w jednym ze szpitali. Na tym pierwszym oddziale rodzice **mogli jedynie zobaczyć zdjęcia dziecka. Na tym drugim nie było żadnego kontaktu z dzieckiem, rodzice nie mogli nawet zobaczyć, jak rozwija się i wygląda ich dziecko.**

W Rzeszowie (*woj. podkarpackie*) matki małych pacjentów informowały, że do pewnego czasu mogły przebywać z dziećmi cztery razy w tygodniu po 30 minut. **Po jakimś czasie placówka medyczna wprowadziła separację całkowitą.**

W Nysie (*woj. opolskie*) pacjentki informowały o **całkowitym zakazie odwiedzin i pobytu przy nowonarodzonym dziecku** na Oddziale Noworodkowym z Pododdziałem Patologii Noworodka i Wcześniaka w jednej z placówek medycznych.



5. Nowe zasady porodów rodzinnych i trudności z nimi związane.

Wprowadzenie zakazu porodów rodzinnych w wielu polskich placówkach wywołało ogromne oburzenie ze strony społeczeństwa, w szczególności ze strony kobiet przygotowujących się do porodu oraz ich partnerów.

W marcu 2020 r., jeszcze przed ogłoszeniem stanu epidemii, większość polskich szpitali zawiesiło możliwość odbywania porodów rodzinnych. Były to niewątpliwie trudne decyzje, które nie spotkały się z aprobatą wszystkich instytucji. **Trzeba w tym miejscu zwrócić uwagę, że głównym czynnikiem, który decydował o przeprowadzeniu porodów rodzinnych były warunki techniczne tj. posiadanie pojedynczych sal porodowych z odrębnym węzłem sanitarnym.** W niektórych placówkach medycznych rzeczywiście warunki nie sprzyjały przeprowadzeniu porodów z zapewnieniem jak najlepszych zabezpieczeń sanitarnych, jednak większość szpitali w Polsce posiadają pojedyncze sale porodowe, dzięki czemu porody rodzinne nawet w stanie panującej epidemii SARS-CoV-2 były możliwe.

Według konsultantów krajowych w dziedzinie położnictwa i ginekologii oraz perinatologii, czasowe zawieszenie porodów rodzinnych było w pełni uzasadnione. **Natomiast Światowa Organizacja Zdrowia i międzynarodowe towarzystwa naukowe na świecie nie popierały wprowadzenia zakazów porodów z osobą towarzyszącą.**

Zarówno Rzecznik Praw Obywatelskich, jak i organizacje społeczne, zwróciły uwagę na potrzebę zmian rekomendacji zabraniających przeprowadzania porodów rodzinnych. **Strony postulowały, aby wprowadzić takie zalecenia, które w jasny sposób wskażą na możliwość bezpiecznego przeprowadzania porodów rodzinnych przy zachowaniu zasad bezpieczeństwa personelu i rodzących rodziców.**



W połowie marca 2020 r. Ministerstwo Zdrowia wydało rekomendację o wstrzymaniu porodów rodzinnych. Resort zdrowia stał na stanowisku, które podzielili konsultanci krajowi, że porody rodzinne z osobą towarzyszącą stwarzają zagrożenie zarówno dla samych pacjentek, jak i personelu medycznego.

Z teorią tą nie zgadzali się zarówno przedstawiciele organizacji społecznych, jak i część środowiska medycznego. **Podkreślano bowiem, że osoby najbliższe dla rodzących mieszkają z nimi w tym samym otoczeniu, co stanowi o takim samym stopniu ryzyka zakażenia.** Zwrócono również uwagę, że brak obecności bliskiej osoby podczas porodu może negatywnie wpłynąć na zdrowie psychiczne matki.

Rodzące dotknięte zakazem porodów rodzinnych wskazywały najczęściej silne stany lękowe mogące nawet doprowadzić do wystąpienia depresji. Korzyści, jakie niesie za sobą uczestnictwo w porodzie osoby bliskiej, są dobrze znane.⁹ **Obecność znanej, zaufanej osoby w trakcie całego porodu obniża lęk i zwiększa pewność siebie rodzącej kobiety, co prowadzi do rzadszego stosowania interwencji medycznych oraz farmakologicznych metod łagodzenia bólu.** Obecność ojca dziecka przy porodzie ma też pozytywny wpływ na nawiązanie przez niego relacji z dzieckiem. Co istotne obecność osoby bliskiej przy porodzie jest rodzącym zagwarantowana przez ustawę o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz Standardy Organizacyjne Opieki Okołoporodowej.

Z całą pewnością, nie należało pochopnie i arbitralnie zabraniać porodów rodzinnych. Zamiast tego w każdym przypadku wskazane było rozważyć bilans potencjalnych zysków i strat, uwzględniając bezpieczeństwo rodzącej, dziecka, osoby bliskiej oraz personelu i na tej podstawie podjąć decyzję, która powinna być komunikowana potencjalnym pacjentkom podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych wraz z uzasadnieniem.

Po stronie kobiet rodzących opowiedział się również Rzecznik Praw Pacjenta, który wskazał, że zgodnie z art. 21 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U.2022.1876 t.j. z dnia 2022.09.06), na życzenie pacjenta

⁹ <http://cejsh.icm.edu.pl/cejsh/element/bwmeta1.element.desklight-e4818657-2ef2-466d-825a-a60a4b3d1a2e>



przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych może być obecna osoba bliska. Jak podkreślił Rzecznik Praw Pacjenta, to prawo może być ograniczone między innymi z powodu wystąpienia zagrożenia epidemicznego lub ze względu na bezpieczeństwo zdrowotne pacjenta, ale nie można pozbawić pacjentki całkowicie jej prawa do obecności osoby bliskiej.

Takie stanowisko podzielił również Wojewódzki Sąd Administracyjny w Warszawie (sygn. akt V SA/Wa 3107/21). **Zdaniem sądu, całkowite wstrzymanie porodów rodzinnych, nawet na określony czas, musi być uznane za pozbawienie, a nie za ograniczenie omawianego prawa.** W innym orzeczeniu (sygn. akt V SA/Wa 3107/21) Wojewódzki Sąd Administracyjny zwrócił uwagę, że prawo do odmowy obecności osoby bliskiej podczas porodu odnosi się do konkretnej pacjentki, czyli ma charakter indywidualny i nie może odnosić się do ogółu. **Odmowa musi zostać poprzedzona indywidualną oceną i analizą konkretnego przypadku, nie może natomiast ogólnie dotyczyć wszystkich pacjentów bez względu na ich predyspozycje i sytuację zdrowotną.**

Konsultanci krajowi ds. ginekologii, położnictwa oraz perinatologii w maju 2020 r. wydali zalecenia dotyczące zniesienia zakazu porodów rodzinnych.¹⁰ Również Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia zajął wyraźne stanowisko opowiadające się za tym, że osoba towarzysząca ma prawo uczestniczyć w porodzie rodzinnym mimo epidemii COVID-19. **Prezes NFZ przeznaczył dodatkowe środki finansowe dla świadczeniodawców na udzielanie świadczeń w podwyższonym reżimie sanitarnym, m.in. na środki ochrony osobistej dla osoby towarzyszącej podczas porodu.**

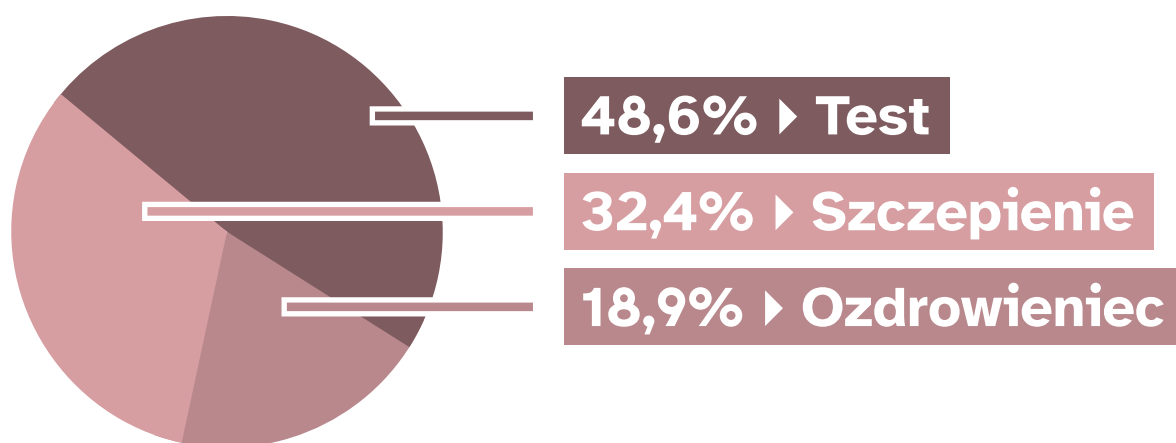
Zapewne wskutek działań instytucji, organizacji samorządowych oraz licznych skarg samych pacjentów, konsultanci krajowi w porozumieniu z Ministerstwem Zdrowia zmienili rekomendacje, co wpłynęło na stopniowe przywracanie porodów rodzinnych, ale przyniosło kolejne problemy wywołujące negatywne emocje nie mniejsze od tych, które towarzyszyły pacjentkom w przypadku całkowitego zakazu porodów rodzinnych. Mowa o wznowieniu porodów rodzinnych pod warunkiem spełnienia **określonych wymogów, którym poświęcona będzie dalsza część niniejszego rozdziału.**

¹⁰ <https://www.gov.pl/web/zdrowie/zalecenia-dotyczace-porodow-rodzinnych>



Nie wszyscy kierownicy placówek medycznych spieszyli się do wznowienia porodów rodzinnych, a placówki, które przywróciły tę możliwość, **wprowadziły jednocześnie wymogi, jakie musiały spełniać osoby towarzyszące, aby uczestniczyć w porodzie rodzinnym**. Główne wymogi, jakie były stawiane pacjentkom, obrazuje poniższy wykres.

Warunek obecności osoby towarzyszącej przy porodzie rodzinnym



Najczęściej żądano od osób towarzyszących okazania negatywnego wyniku testu w kierunku COVID-19, co potwierdziło **48,6%** zgłaszających. W mniejszym stopniu oczekiwano przedstawienia zaświadczenia o przebytych szczepieniach, o czym poinformowało **32,4%** osób, a najrzadziej proszono o wskazanie statusu ozdrowieńca, co potwierdziło **18,9%** pacjentek. W większości placówek medycznych te trzy warunki były stawiane zamiennie.

Dla zobrazowania problemu zebrano kilka najczęściej stosowanych wymogów, które w wielu szpitalach niezależnie od regionu były niemal takie same. Głównymi obowiązującymi wymogami było przedstawienie przez osobę uczestniczącą w porodzie



ujemnego testu PCR wykonanego minimum 72 godziny przed porodem lub zaświadczenia czy certyfikatu o zaszczepieniu się przeciw COVID-19. Niektóre placówki wymagały okazania wyniku testu wykonanego nie później niż 48 godzin przed porodem.

W innych placówkach, osoba towarzysząca musiała przyjąć szczepienie przeciwko COVID-19 i przedstawić personelowi medycznemu dokument potwierdzający szczepienie. Ponadto musiało minąć 14 dni od podania ostatniej dawki. Zamiennym wymogiem był status ozdrowieńca, tzn. że osoba towarzysząca musiała przebyć zakażenie wirusem SARS-CoV-2, przy czym nie mogło minąć powyżej 180 dni od otrzymania pozytywnego testu PCR potwierdzającego zakażenie COVID-19. Osoba towarzysząca musiała przedstawić negatywny test w kierunku obecności antygenu COVID-19, test był ważny do 72h od momentu pobrania wymazu.

Co do obowiązku posiadania szczepienia, **niektóre placówki stawiały nawet wymogi w stosunku do rodzaju przyjętej szczepionki**. I tak w przypadku preparatów Moderna, Pfizer i Astra Zeneca po upływie 14 dni od przyjęcia drugiej dawki bądź 28 dni po zaszczepieniu preparatem Johnson&Johnson - **wymagany był certyfikat zaszczepienia - w innym przypadku trzeba było wykonać w izbie przyjęć na własny koszt test PCR i poczekać do uzyskania wyniku. Zazwyczaj czas oczekiwania na wynik w placówkach trwał około godziny**.

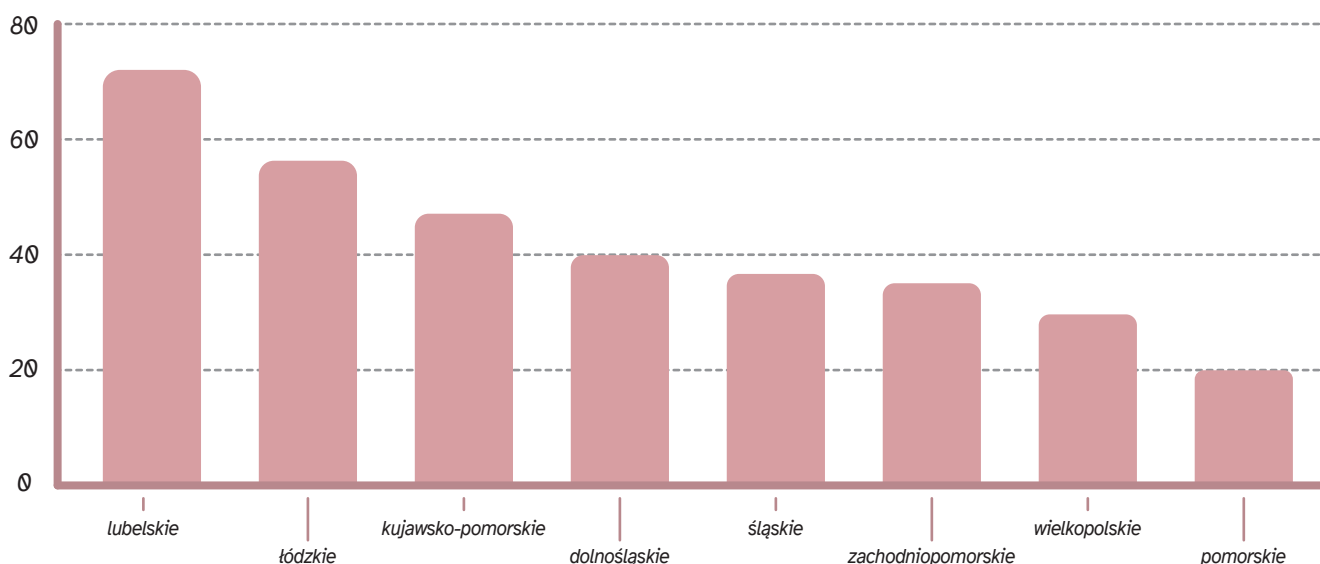
W niektórych placówkach dochodziło nawet do wymagań, które dalece odbiegały od jakichkolwiek standardów, nie tyle w sferze opieki okołoporodowej, ile natury etycznej i moralnej. **Dochodziło do sytuacji, w których osoba towarzysząca mogła uczestniczyć w porodzie rodzinnym dopiero od rozwarcia na 7cm i pod warunkiem odbycia wcześniejszego osobistego spotkania z ordynatorem i zdobycia pieczętki**. Takie zdarzenia zanotowano między innymi w placówkach w województwie śląskim.

W wielu placówkach porody nie zostały wznowione, a zamiast tego, osoba towarzysząca posiadająca certyfikat szczepienia mogła wejść na oddział na 15 min po urodzeniu dziecka.



Poniższy wykres przedstawia, w których województwach zgłoszono najwięcej nieprawidłowości w związku z wymogami do porodów rodzinnych. **Zestawienie oparto na podstawie 337 zgłoszeń pacjentek, które wraz ze swoimi partnerami musiały zmierzyć się z wymogami stawianymi osobom towarzyszącym do porodów rodzinnych.** W ośmiu województwach odnotowano najwięcej nieprawidłowości w związku z brakiem powrotu do porodów rodzinnych lub ich wznowienia, ale przy jednoczesnym wprowadzeniu wymogów, które w wielu przypadkach były niemożliwe do zrealizowania przez osoby towarzyszące.

Interwencje dot. zakazu porodów rodzinnych regionami



Najwięcej przypadków zgłoszono w województwie lubelskim, które stanowiły 21% wszystkich zgłoszeń. Nieco mniej bo 16,6% zgłaszających wskazało wymogi do porodów rodzinnych stosowanych w szpitalach w województwie łódzkim. Zbliżoną liczbę zgłoszeń odnotowano w placówkach medycznych w województwie kujawsko-pomorskim (13,94%) oraz województwie dolnośląskim (11,86%). Kolejne według liczby zgłoszeń dotyczących wymogów do porodów rodzinnych województwa, w których zgłoszono placówki stosujące krzywdzące wymogi do porodów rodzinnych to województwa: śląskie (10,97%), zachodniopomorskie (10,38%), wielkopolskie (8,90%) oraz pomorskie (5,93%).



W lipcu 2020 r. grupa posłów w interpelacji poselskiej do Ministra Zdrowia nr 8943 w sprawie zakazu porodów rodzinnych zwróciła uwagę na problem ograniczeń w sferze porodów rodzinnych pomimo zmian w zaleceniach dla placówek medycznych.¹¹

Jak potwierdziło Ministerstwo Zdrowia w odpowiedzi na tę interpelację, konsultanci krajowi w dziedzinie położnictwa i ginekologii oraz perinatologii wspólnie zrezygnowali z obligatoryjnego wymogu okazywania przez osoby towarzyszące przy porodzie aktualnego wyniku testu w kierunku COVID-19 oraz doprecyzowali wymogi, które musiała spełniać osoba towarzysząca w przypadku dopuszczenia jej do porodu.¹²

Wskazane przez konsultantów minimum w tym zakresie uwzględniło:

- 1. Wypełnienie przez osobę towarzyszącą w trakcie porodu ankiety epidemiologicznej;**

- 2. Osoba towarzysząca przez cały czas pobytu w szpitalu musiała nosić maseczkę i rękawiczki;**

- 3. Rodząca w towarzystwie osoby bliskiej przebywała w pojedynczej, indywidualnej sali porodowej wyposażonej w oddzielny węzeł sanitarny;**

- 4. Osoba towarzysząca mogła zostać wpuszczona w momencie rozpoczętego porodu i powinna była opuścić oddział w ciągu 2 godzin po porodzie;**

- 5. Osoby pozostające w kwarantannie lub w trakcie izolacji nie mogły uczestniczyć w porodzie i wchodzić na teren szpitala.**

Zalecenia te były uzgodnione z konsultantem krajowym w dziedzinie chorób zakaźnych oraz Głównym Inspektorem Sanitarnym, jednocześnie uzyskały one akceptację Ministerstwa Zdrowia.

¹¹ <https://www.sejm.gov.pl/Sejm9.nsf/InterpelacjaTresc.xsp?key=BRTAQH>

¹² <https://orka2.sejm.gov.pl/INT9.nsf/klucz/ATTBSCHX9/%24FILE/i08943-o1.pdf>



Warto zwrócić uwagę na stanowisko Rzecznika Praw Pacjenta w kwestii organizacji i wymogów stawianych osobom towarzyszącym przy porodach rodzinnych. Rzecznik zwrócił wtedy uwagę, że na tamtejszym, jak i obecnym etapie Narodowego Programu Szczepień przeciw COVID-19 **spełnienie wymogu o zaszczepieniu było praktycznie niemożliwe, gdyż szczepienie nie jest obowiązkowe**. Rzecznik podkreślił, że możliwe jest określenie warunków alternatywnych, jak np. wykonanie na koszt szpitala szybkiego testu w kierunku zakażenia wirusem SARS-CoV-2. Należało jednak mieć na uwadze, że zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa, pacjent ma prawo odmowy wyrażenia zgody na badanie, zgodnie z zasadami wyrażonymi w art. 17 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

Zaś według stanowiska Narodowego Funduszu Zdrowia, które widniało na stronie internetowej: *„Nieuzasadnione i nieracjonalne jest żądanie świadczeniodawców wykonania testu PCR w kierunku COVID-19 przez osoby towarzyszące, na 5 dni przed porodem. Poród jest – co do zasady – zdarzeniem nieplanowanym”*.

NFZ w indywidualnej korespondencji z pacjentami podtrzymywało swoje przychylne stanowisko wobec pacjentek, twierdząc, że: *„Zgodnie z aktualnymi przepisami w sprawie udzielania świadczeń zdrowotnych w podwyższonym reżimie sanitarnym, świadczeniodawcy otrzymali dodatkowe środki finansowe, które mają zapewnić przede wszystkim możliwość organizacji procesu udzielania świadczeń w sposób bezpieczny dla pacjentów, jak i osób towarzyszących przy porodzie. Niemniej ostateczną decyzję o obecności osoby towarzyszącej przy porodzie, podejmuje dyrektor szpitala w porozumieniu z ordynatorem oddziału położniczo-ginekologicznego, mając na uwadze lokalne względy organizacyjne, pozwalające na izolację rodzących i osób im towarzyszących od innych. Niemniej nieuzasadnione jest żądanie wyniku testu od osoby towarzyszącej”*.

Również Ministerstwo Zdrowia, w jednej z odpowiedzi do Rzecznika Praw Obywatelskich wyraziło stanowisko, że **test na COVID-19 nie mógł być warunkiem udziału w porodzie rodzinnym**. Ponadto w zaleceniach w sprawie możliwości odbywania porodów rodzinnych w warunkach stanu epidemii COVID-19 w Polsce dla kierowników podmiotów leczniczych posiadających oddziały położniczo-ginekologiczne,



zrezygnowano z obligatoryjnego wymogu okazywania przez osoby towarzyszące przy porodzie aktualnego wyniku testu w kierunku COVID-19 oraz uaktualniono ankietę epidemiologiczną, od której wyników zależało, czy osoba towarzysząca rodzącej będzie mogła zostać w oddziale położniczym na czas jej porodu.

Dodatkowo Biuro Rzecznika Praw Pacjenta wydało interpretację, z której wynika, że taka organizacja porodów rodzinnych była przekroczeniem uprawnień przez osoby kierujące podmiotem udzielającym świadczeń zdrowotnych. Jak wskazano w interpretacji: „Z uzyskanej informacji wynika, że towarzyszyć w porodzie może ozdrowieniec bądź osoba zaszczepiona. Zatem inne osoby nienależące do tej grupy nie będą mogły uczestniczyć w porodzie rodzinnym. Tym samym pacjentki, które wyrażają wolę, aby podczas porodu uczestniczyła osoba towarzysząca, nie będąca ozdrowieńcem bądź osobą zaszczepioną, zostałyby pozbawione ich praw”. Biuro Rzecznika podkreśliło, że **organizacja porodów rodzinnych polegająca na stawianiu osobom towarzyszącym wymienionych powyżej wymagań wykraczało poza zakres uprawnienia kierownika podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych.**

W szczególności zwrócono uwagę, że zgodnie z Narodowym Programem Szczepień przeciw COVID-19 szczepienie nie jest obowiązkowe, nadto spełnienie przez osoby towarzyszące wymogu okazania certyfikatu szczepienia było praktycznie niemożliwe.

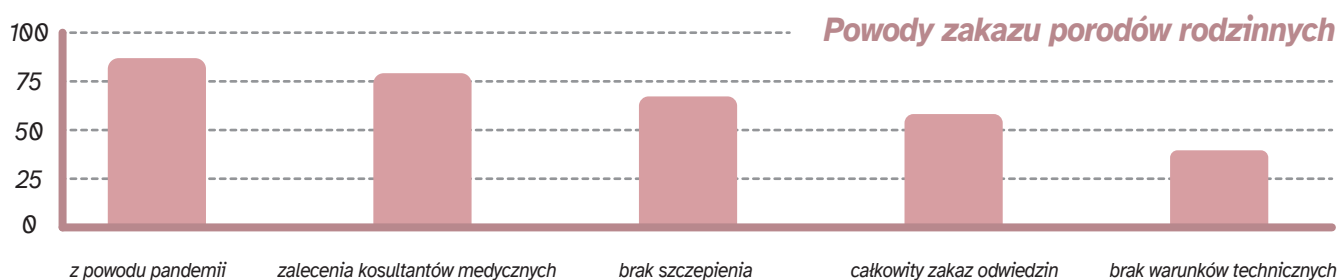
Podobnie Rzecznik Praw Pacjenta odniósł się do kwestii dopuszczania do porodów rodzinnych ozdrowieńców – jak stwierdził Rzecznik, nie każdy wie, czy chorował na COVID-19, aby to zweryfikować trzeba było wykonać odpowiedni test, nadto warunkiem uczestnictwa w porodzie rodzinnym było przejście choroby, której każdy za wszelką cenę chciał uniknąć i temu też celowi była podporządkowana cała polityka zdrowotna w czasie pandemii. **Rzecznik Praw Pacjenta potwierdził, że ograniczenie porodów rodzinnych, czyli uniemożliwienie uczestnictwa w porodzie osobie towarzyszącej, najczęściej ojca dziecka, wymagając od partnera aktualnego (nie starszego np. niż 5 dni) wyniku badania na koronawirusa, było nieprawidłowe.**

W tym miejscu należy zwrócić uwagę, że szczegółowe wymagania wobec rodzących



i osób im towarzyszących zostały określone w Zaleceniach w sprawie możliwości odbywania porodów rodzinnych w warunkach stanu epidemii COVID-19 w Polsce.¹³ Co istotne, brak było w nich obowiązku przedstawienia aktualnego wyniku badania przez osobę towarzyszącą pacjentce przy porodzie. **A zatem kierownicy placówek medycznych wprowadzali poszczególne wymagania, nie mając ku temu podstaw prawnych.**

Pomimo, że wiele interpretacji, zaleceń oraz stanowisk instytucji publicznych skłaniało się ku pacjentkom, krytykując wprowadzane ograniczenia w stosunku do porodów rodzinnych, same placówki w większości nie były skłonne do pełnego wznowienia porodów rodzinnych w warunkach sprzed wybuchu epidemii. Najczęstsze powody, jakimi kierowali się kierownicy placówek, obrazuje poniższy wykres. Dane zostały przedstawione na podstawie 330 zgłoszeń, jakie wpłynęły do biura Fundacji Kobiety Wolności i Niepodległości oraz Zespołu Parlamentarnego ds. Opieki Okołoporodowej.



Bardzo dużo placówek twierdziło, bo **23,93%**, że podstawą do wprowadzenia ograniczeń do porodów rodzinnych były zalecenia konsultantów krajowych. Głównym jednak powodem, który występował w **26,36%** placówek, było samo istnienie pandemii COVID-19. Personel medyczny z obawy przed wzrostem liczby zakażeń wprowadzał nawet drastyczne wymogi w celu zapobiegnięcia rozprzestrzeniania się wirusa oraz zapewnienia bezpieczeństwa zarówno pacjentom, jak i sobie. Niestety w wielu placówkach stanowiących **20,3%** wszystkich zgłoszeń wymóg zaszczepienia był jednym z powodów, które determinowały udział w porodach rodzinnych. Znaczna część placówek medycznych, bo **17,57%**, wprowadziło zakaz odwiedzin w całym szpitalu

¹³ <https://www.gov.pl/web/zdrowie/zalecenia-dotyczace-porodow-rodzinnych>



zatem w ślad za tymi ograniczeniami uniemożliwiano pacjentkom odbycie porodu z osobą towarzyszącą. Niektóre szpitale nie były dostosowane do niespodziewanego wybuchu pandemii, więc wprowadzały zakaz porodów rodzinnych ze względu na brak warunków technicznych umożliwiających bezpieczne przeprowadzenie porodów rodzinnych. Przeszkody te zgłoszono w **11,81%** szpitali.

Opisane powyżej problemy trwały przez niemal cały okres pandemii COVID-19. **Po roku od wybuchu pandemii, tj. w 2021 r. odnotowano, że 40% szpitali położniczych w Polsce nie wznowiło porodów rodzinnych, co uznano jako przejaw dyskryminacji wobec pacjentów ze względu na miejsce zamieszkania i dostępności do placówek, w których poród rodzinny jest dostępny.**¹⁴ Z ogólnodostępnych danych wynika, że w tamtym okresie ok. 85% lekarzy było już zaszczepionych dwoma dawkami szczepionki, więc porody rodzinne powinny być zostać przywrócone. Tym bardziej, że zgodnie z zapisami standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej podczas porodu należy udzielać wsparcia medycznego, umożliwiając rodzącej korzystanie ze wsparcia osoby bliskiej.¹⁵

Ponadto zgodnie z art. 34 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, pacjent ma prawo do dodatkowej opieki pielęgnacyjnej. **Stanowisko WHO w tej sprawie było również jednoznaczne – obecność osoby towarzyszącej w porodzie wpływa pozytywnie na przebieg akcji porodowej i psychikę przyszłej mamy, a prawo do narodzin przy wsparciu partnera powinno być niezaburzone również w trakcie pandemii.**

Należy przyznać, że samo Ministerstwo Zdrowia, które uprzednio zajmowało stanowisko dość przychylne kobietom, ale zachowawcze, po roku od wprowadzenia stanu pandemii w odpowiedzi na interpelację grupy posłów przyznało, że zarówno wymóg szczepienia dla osób towarzyszących, jak i wykonywanie testów w kierunku wirusa SARS-CoV-2 naruszają zbiorowe prawo pacjentów do obecności osoby bliskiej podczas udzielania świadczeń zdrowotnych i powinny być zgłaszane do rozpatrzenia Rzecznikowi Praw Pacjenta, który na bieżąco monitorował przestrzeganie praw pacjentów w czasie epidemii wirusa SARS-CoV-2.

¹⁴ <https://www.sejm.gov.pl/Sejm9.nsf/InterpelacjaTresc.xsp?key=C3JF9E>

¹⁵ <https://nipip.pl/standardy-postepowania-medycznego-przy-udzielaniu-swiadczen-zdrowotnych-zakresu-opieki-okoloporodowej-sprawowanej-nad-kobieta-okresie-fizjologicznej-ciazy-fizjologicznego-porodu-pologu-oraz-opie/>

¹⁶ <https://orka2.sejm.gov.pl/INT9.nsf/klucz/ATTC3YLWU/%24FILE/i24313-o1.pdf>



6. Porody w maseczkach i inne wymagania stawiane kobietom.

Wraz z ogłoszeniem pandemii COVID-19 wprowadzono nakaz zasłaniania ust i nosa, nie tylko w placówkach medycznych czy w pomieszczeniach zamkniętych, również na otwartej przestrzeni. W ślad za zakazem noszenia maseczek niektóre placówki medyczne wprowadziły **nakaz porodu w maseczkach**, co wywołało bardzo duży sprzeciw wszystkich organizacji społecznych, jak i samych pacjentek.

Zasłanianie ust i nosa w sytuacji związanej z silnym stresem oraz ogromnym wysiłkiem fizycznym, jakim jest poród, działało szkodliwie na rodzące oraz ich dzieci. Wytyczne Royal College of Midwives dotyczące zasłaniania ust i nosa, a wydane w lipcu 2020 r., wymieniają następujące potencjalne zagrożenia wynikające z zasłaniania ust i nosa przez rodzącą:

1. Uczucie klaustrofobii, duszenia się, odnowienie traumy;
2. Zaostrzenie chorób układu oddechowego;
3. Hipoksja (obniżenie stężenia tlenu we krwi) i hiperkapnia (podwyższenie stężenia dwutlenku węgla we krwi);
4. Problemy z komunikacją;
5. Zbyteczna medykalizacja;
6. Dyskomfort i przegrzanie.¹⁷

¹⁷ <https://www.sejm.gov.pl/Sejm9.nsf/InterpelacjaTresc.xsp?key=BUUE96>



Wytyczne WHO dotyczące porodów kobiet podejrzanych o lub chorych na COVID-19 stanowią, iż to personel powinien stosować środki ochrony osobistej dla redukcji ryzyka zakażenia, **nie wspominając przy tym nic o zasłanianiu ust i nosa przez rodzące.**

Niemal natychmiast, po pojawieniu się pierwszych przypadków przymusu odbywania porodu w maseczce, domagano się od Ministerstwa Zdrowia wydania jednoznacznych rekomendacji dla szpitali uchylających obowiązek zasłaniania ust i nosa przez rodzące oraz kontroli realizacji tych zaleceń przez dyrektorów szpitali i ordynatorów oddziałów położniczo-ginekologicznych.

Przepisy rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 9 października 2020 r. w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii (Dz. U. poz. 1758 z późn. zm.) co prawda wskazywały konieczność zakrywania ust i nosa w miejscach ogólnodostępnych, w tym w budynkach użyteczności publicznej przeznaczonych na potrzeby ochrony zdrowia, **ale nie określały wprost nakazu zakrywania ust i nosa podczas porodu.**

Zgodnie z opinią konsultanta krajowego w dziedzinie położnictwa i ginekologii poród jest bardzo specyficzną sytuacją, w której noszenie maski w jego aktywnej fazie może stanowić znacznego stopnia utrudnienie, powodując trudności w oddychaniu. **Z tego powodu, pomimo podwyższonego ryzyka transmisji wirusa, nie wydano ogólnopolskiego zalecenia zakrywania ust i nosa przez rodzącą w aktywnej fazie porodu.**

Nakaz zakrywania ust i nosa podczas porodu przyniósł bardzo szybką reakcję organizacji społecznych działających na rzecz rodzących kobiet. Odpowiadając na ten apel, grupa posłów skierowała do Ministerstwa Zdrowia interpelację w sprawie obowiązku zasłaniania ust i nosa przez rodzące w czasie pandemii COVID-19. W odpowiedzi na to wystąpienie Ministerstwo Zdrowia potwierdziło, że kobiety rodzące **będące w aktywnej fazie porodu nie miały obowiązku zakrywania ust i nosa maseczką**, a wytyczne te zostały przekazane przez konsultanta krajowego w dziedzinie położnictwa i ginekologii wszystkim ordynatorom oddziałów ginekologiczno-położniczych za pośrednictwem konsultantów wojewódzkich w dziedzinie położnictwa i ginekologii.¹⁸

¹⁸ <https://orka2.sejm.gov.pl/INT9.nsf/klucz/ATTBYKKB/%24FILE/i13373-o1.pdf>



7. Karmienie naturalne w warunkach izolacji.

Sfera naturalnego karmienia piersią w Polsce jest bardzo zaniedbana oraz wynika z negatywnych praktyk dokarmiania dzieci mlekiem sztucznym w szpitalach. W przestrzeni publicznej dostrzega się jednak, że bardziej od naturalnego karmienia rozpowszechnia się i promuje sztuczne mieszanki.

Diagnostując problem od początku, brak jest odpowiedniej edukacji kobiet będących jeszcze w ciąży, aby poinformować, jak ważne jest naturalne karmienie piersią. Pomimo, że organizacje pozarządowe mające status organizacji pożytku publicznego (OPP) mają prawo do prowadzenia kampanii publicznych, które miałyby cel edukacyjny, mają utrudniony dostęp do korzystania z tych uprawnień. Zauważa się, że w Polsce nie ma wsparcia organów państwa w tej kwestii. **Matki są bombardowane wszelkimi formami reklamy promującymi sztuczne mleka, także w publicznych placówkach medycznych.**

Choć Ministerstwo Zdrowia jest świadome i zwraca uwagę chociażby na swojej stronie internetowej¹⁹, że karmienie piersią jest jednym z zadań standardów opieki okołoporodowej, to jednak zaniedbało kwestię promocji karmienia piersią. Co prawda organizowano konkursy i wydano bardzo dobre materiały „Mleczna Droga”, **ale Ministerstwo Zdrowia twierdzi, że nie posiada środków na drukowanie tych materiałów w takich nakładach, aby mogły trafić np. do przychodni medycznych.**

Już po porodzie, w szpitalach brak jest wsparcia matek w kwestii karmienia piersią. Wynika to często nie ze złej woli, a braków kadrowych. Problem ten zaczyna się od braku odpowiedniego kształcenia już na etapie studiów, nie mówiąc o specjalizacji z dziedziny laktacji.

Bardzo dużym problemem jest nawyk masowego karmienia noworodków sztucznym mlekiem. Według Raportu NIK z 2015 roku w jednym ze szpitali w woj. zachodniopo-

¹⁹ <https://www.gov.pl/web/zdrowie/karmienie-piersia-w-standardzie-opieki-okoloporodowej>



morskim kontrola wykazała, że **100% noworodków było dokarmianych sztucznym mlekiem**. W innych placówkach skala była bardzo wysoka, ponieważ co trzeci noworodek dokarmiany był mlekiem modyfikowanym.

Najwyższa Izba Kontroli we wspomnianym raporcie podkreśliła znaczenie naturalnego karmienia piersią, wskazując, że: *“Nadrzędność mleka matki nad sztucznymi mieszankami opartymi na mleku krowim wynika z licznych badań naukowych i publikacji (WHO, UNICEF, Amerykańska Akademia Pediatrii, towarzystwa naukowe). Mleko kobiece ma znaczenie odżywcze, immunologiczne i troficzne dla wzrastającego i dojrzewającego organizmu. U noworodków przedwcześnie urodzonych karmionych mlekiem matki udokumentowano poprawę przeżywalności, zmniejszenie ryzyka występowania martwiczego zapalenia jelit, retinopatii wcześniaczej, zakażeń, zmniejszenie częstości hospitalizacji w pierwszym roku życia, poprawę parametrów neurorozwojowych. Z tego powodu w standardach opieki okołoporodowej nakazano ograniczenie do niezbędnego minimum podawania noworodkom mleka modyfikowanego, zaś konsultant krajowy ds. neonatologii w 2014 roku opracował „Program wczesnej stymulacji laktacji dla ośrodków neonatologicznych i oddziałów położniczych III poziomu referencyjnego”, zawierający rekomendacje skierowane głównie do oddziałów położniczych i neonatologicznych o III poziomie referencyjności”.*²⁰

Zgłoszono, że łamany jest Międzynarodowy Kodeks Marketingu Produktów Zastępujących Mleko Kobiece. Kodeks powinien być przestrzegany przez dyrektorów szpitali. **Tymczasem w szpitalach dopuszcza się w bardzo dużej skali reklamy zachęcające do karmienia mlekiem sztucznym**. W standardzie ujęto obowiązek ograniczenia podawania mleka modyfikowanego. Zaproponowano, że przestrzeganie zasad powinno być punktowane przez NFZ. Oceną przestrzegania Kodeksu powinien zająć się Komitet Upowszechniania Karmienia Piersią.

²⁰ <https://www.nik.gov.pl/plik/id,11621,vp,13972.pdf>



Zjawiska, jakie występują w polskich placówkach medycznych, są następujące:

- 1 Dyrektorzy szpitali mają **obowiązek zatrudniania konsultantów laktacyjnych.**
- 2 Szpitale zapewniają matkom darmowe mieszanki sztuczne, **a brak jest dostępu do konsultantów laktacyjnych.**
- 3 Znany koszt refundacji sztucznych mieszanek wynosi 140 mln złotych, **ale koszty mogą być wyższe.**
- 4 Ochrona i wspieranie karmienia piersią w standardach opieki okołoporodowej są bardzo dobre, **lecz nie są przestrzegane, co wykazała kontrola NIK w 2015 r.**
- 5 Brak finansowania sprzętu **do pozyskiwania mleka matki.**
- 6 Brak jest monitoringu liczby matek, **które karmią piersią.**
- 7 Z badań wynika, że **46% matek karmią do 6 tygodnia życia dziecka.**

W 2021 r. Fundacja Kobiety Wolności i Niepodległości współorganizowała posiedzenie Zespołu Parlamentarnego ds. Opieki Okołoporodowej, podczas którego podniesiono zagadnienia z obszaru karmienia naturalnego mlekiem matki. Zespół Parlamentarny gościł specjalistów oraz przedstawicieli organizacji samorządowych działających na rzecz promocji i edukacji związanej z naturalnym karmieniem mlekiem matki, którzy



zgłosili istotne uwagi, niezbędne do poprawy poziomu świadomości laktacyjnej nie tylko wśród kobiet, ale samego personelu medycznego.

- ✓ **Materiały promujące sztuczne mleka powinny zniknąć z publicznych poradni i szpitali.**
- ✓ **Ministerstwo Zdrowia powinno wydać zarządzenie nakazujące dyrektorom szpitali przestrzeganie Międzynarodowego Kodeksu Marketingu Produktów Zastępujących Mleko Kobiące.**
- ✓ **Podanie noworodkowi mleka sztucznego powinno być zaleceniem lekarza, który przyjmuje na siebie odpowiedzialność takiego zalecenia.**
- ✓ **Należy wdrożyć program stymulacji laktacji.**
- ✓ **Konieczne jest umieszczenie w standardzie opieki okołoporodowej Banków Mleka Kobięcego jako nieodłączny element systemu opieki nad matką i dzieckiem.**
- ✓ **Istnieje potrzeba wdrożenia programu wczesnej stymulacji laktacji dla ośrodków neonatologicznych i położniczych III poziomu referencyjnego.**
- ✓ **Niezbędna jest implementacja Kodeksu Marketingowego.**



8. Prawa kobiet rodzących w świetle standardów opieki okołoporodowej.

Niniejszy raport niestety potwierdza, że prawa kobiet rodzących, które są zagwarantowane przez najwyższy rangą akt prawny, jakim jest Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej, ale również przez ustawy i standardy opieki okołoporodowej, **nie zawsze są respektowane przez placówki medyczne. Okres pandemii jedynie potwierdził i uwypatnił istniejący problem.**

Prawo do godnego porodu stoi nierozdzielnie z prawem do poszanowania godności i podstawowych praw człowieka. **Standardy opieki okołoporodowej są to normy prawne zawarte w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej.**²¹

Według standardów kobieta i jej dziecko powinni być najważniejszym podmiotem dla personelu medycznego. Standardy gwarantują każdej kobiecie szeroki dostęp do edukacji, wybór miejsca oraz sposobu porodu czy obecności osoby bliskiej podczas porodu z osobą towarzyszącą.

Co istotne, standardy wprowadzają **zakaz działań reklamowych w placówkach, w których udzielane są świadczenia zdrowotne, dotyczących preparatów żywieniowych dla niemowląt** oraz przedmiotów służących do karmienia mlekiem modyfikowanym w celu zapobieżenia rezygnacji z karmienia pokarmem naturalnym.

Zgodnie z przepisami standardów rodzącą traktuje się z szacunkiem oraz umożliwia się jej udział w podejmowaniu decyzji związanych z porodem. Osoby sprawujące opiekę powinny nawiązać dobry kontakt z rodzącą i mieć świadomość, jak ważne są postawa, słowa kierowane do rodzącej oraz ton głosu podczas rozmowy. **Personel medyczny powinien zapytać rodzącą o jej potrzeby i oczekiwania, a pozyskane informacje wykorzystać do wspierania i kierowania rodzącą podczas porodu.**

²¹ <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WDU20180001756/O/D20181756.pdf>



Co zatem sprawiło, że w trakcie pandemii zjawisko niewypełniania standardów opieki okołoporodowej nasiliło się do tego stopnia, że zamiast troskliwego wsparcia należało otoczyć kobiety parasolem ochronnym w postaci pomocy prawnej, mającej na celu ochronę przed nadużyciami nierzadko przybierający charakter przestępstwa? **W czasie pandemii Fundacja Kobiety Wolności i Niepodległości przygotowała Vademecum, które było odpowiedzią na potrzeby ochrony prawnej kobiet, których zgłoszenia istotnie wpłynęły na wydanie niniejszego raportu.**

Jak wynika z naszych badań, powyższe problemy w sferze opieki okołoporodowej wynikają z nieprawidłowości systemu ochrony zdrowia, głównie braku personelu i złego finansowania ochrony zdrowia. **W szpitalach brakuje neonatologów, położnych, pielęgniarek, psychologów – pełnej kadry personelu medycznego, który pracuje przy noworodkach. W szpitalach nie przestrzega się standardów opieki okołoporodowej.**

Brak jest motywacji. Brak jest sprawnego monitoringu wdrażania rekomendacji i procedur. Zdaje się, że nie ma nad tym dostatecznej kontroli. **Polska jest jedynym krajem, który nie posiada statystyk w kwestiach opieki okołoporodowej, np. liczby karmiących piersią, liczby noworodków, które otrzymują siarę w pierwszych dniach życia.** Nie ma również rzetelnych statystyk związanych z obecną sytuacją epidemii COVID, dotyczącej liczby rodzących matek zakażonych wirusem COVID-19 bądź podejrzanych o zakażenie.

Wciąż panują bardzo złe warunki socjalne, brak czasu dla pacjenta, złe warunki pracy personelu wynikające również ze złego traktowania przez przełożonych. **Zwrócono uwagę, że szpitale nie walczą o podniesienie standardów, gdyż za certyfikatami nie idą pieniądze.**

²¹ <https://kobietywolnosci.pl/vademecum-rodzacej-w-czasie-pandemii-pytania-i-odpowiedzi-bezplatny-pdf/>



9. „Z pamiętnika Fundacji Kobiety Wolności i Niepodległości”, czyli prawdziwe historie kobiet rodzących w czasie pandemii COVID-19.

Nawiązując do poprzedniego rozdziału, ku przestrodze oraz w celu skłonienia do refleksji wszystkich, którzy mają wpływ na przestrzeganie standardów opieki okołoporodowej w Polsce, chcąc okazać pamięć i wsparcie wszystkim kobietom, które zgłosiły się do biura Fundacji Kobiety Wolności i Niepodległości oraz Zespołu Parlamentarnego ds. Opieki Okołoporodowej, przedstawiamy prawdziwe zgłoszenia kobiet będących ofiarami dziurawego systemu, który z całą pewnością powinien być ściśle nadzorowany przez upoważnione do tego organy.

“Urodziłam swoją córkę w maju w szpitalu w Łodzi. Córka była przytulona do mnie przez 2 minuty, po czym została zabrana na Oddział intensywnej terapii wad wrodzonych, ponieważ miała wady serca.

W szpitalu mogłam ją odwiedzać, ale dopiero po wyjściu pojawił się problem. Nie mogłam wejść do córki, bo wyszłam ze szpitala i od razu stałam się osobą, która może być potencjalnie zarażona koronawirusem.

To był jakiś absurd. Gdybym nie była uparta jak osioł, to córki nie zobaczyłabym w ogóle, bo wyszłam poza teren szpitala, żeby dostać się od ulicy do budynku, w którym była moja córka.

Wcześniej chodziłam piwnicą do tego oddziału. Nie chcieli mnie wpuścić, bo dosłownie na 2-3 minuty byłam na ulicy. Ostatni raz córkę widziałam 5 miesięcy temu.

Potem dostawałam tylko jej zdjęcia, a pokarm miałam zostawiać na dole. Lekarze nie



informowali sami z siebie o stanie dziecka, musiałam wielokrotnie dzwonić, żeby się dowiedzieć, jaki jest obecny stan mojej córki.

Miała planowaną operację, na godz. 8:00 miała być operacja, a ja dopiero dowiedziałam się po 16, że operacji nie było, bo był ważniejszy przypadek. W czerwcu córka niestety zmarła pod respiratorem.

Dziecka nie mogłam zobaczyć nawet po śmierci. Nie mogłam się pożegnać z własną córką. Wizyty po wyjściu ze szpitala były całkowicie zabronione, chyba że matka była w hotelu matek, który mieści się piętro niżej, ale dla mnie nie było tam miejsca”.

“Poród zaczął się naturalnie w domu od skurczy, więc troszkę poczekaliśmy, zanim ruszyliśmy do szpitala. Dojechaliśmy ok. 2 nad ranem do szpitala i tradycyjnie ja na izbę, mąż na test i cała papierologia, badania czy aby na pewno się rodzi.

Do badania na izbę przyszedł bardzo nieprzyjemny ginekolog. Po całym tym cyrku w końcu ok. 5 trafiłam na porodówkę, przyjęła mnie tam położna, która jako jedyna wydała się być w porządku. Podpięła KTG i powiedziała, że za chwilę będę mogła zadzwonić po męża i iść pod prysznic.

Rozwarcie nie było duże, bo dopiero ledwo na 2 palce. W końcu mogłam zadzwonić po męża, który się zaraz pojawił. I na tym w sumie kończy się ta, powiedzmy, przyjemna część z porodu. Chwilę po tym, jak mój mąż dotarł, przyszła lekarka i stwierdziła, że trzeba przebić worek z wodami płodowymi, ot tak, bez podania jakiejś konkretnej przyczyny.

Sprawiła mi przy tym ogromny ból. Po tym fakcie, po którym ja z bólu już kompletnie przestałam myśleć i przerażenie, jakie czułam jak nigdy, stwierdziła, że trzeba zrobić cesarkę też bez większych tłumaczeń.

Po tym wszystkim się dowiedziałam dopiero, że przebicie wód płodowych nie powinno



być wykonywane wcześniej niż przy rozwarciu na 3 cm. Wracając do porodu, przyszykowali mnie na cesarkę, czyli cewnik, zmiana koszuli na operacyjną i poganiali na salę operacyjną choć chodzenie po całej wcześniejszej sytuacji i skurczach nie było łatwe i bardzo bolesne.

Mąż mógł zostać przed salą operacyjną, żeby zobaczyć potem córkę. Na sali operacyjnej było dużo osób, wszyscy oczywiście za karę nie przejmując się wogóle moim przerażeniem, nikt się nie patyczkował.

Potem wszystko jak przez mgłę pamiętam. Jedyne co, to jak wyjęli córkę, pokazali mi przez sekundę za kotarą i zabrali. Mężowi dali 3 sekundy, żeby pstryknął zdjęcie i zabrali, mimo że dostała 9/10.

Podszywali mnie i trafiłam na salę pooperacyjną. Przywieźli mi córkę może na pół godziny. Raz podeszła pani przystawić mi ją do piersi. Ale córka była zmęczona, ja też, więc długo nie ssła i ją zabrali, mówiąc, że dostanę ją po pionizacji.

Ja dalej byłam w szoku po tym wszystkim, do tego zmęczenie, bo to już cała noc nieprzespana i solidna dawka stresu. Następnie przewieźli mnie już na normalną salę.

Chciałam odpocząć, usnąć, ale nie byłam w stanie. Dalej trzymał mnie stres i myśl o tym, co z moim dzieckiem. W końcu nadszedł czas pionizacji. To było jakoś po 6 godzinach od cesarki.

Przyszły 2 pielęgniarki dość mile. Pomogły mi się umyć, przebrać i powiedziały, że zaraz przywiozą mi córkę. I tak czekałam kilka godzin, co chwilę dopytując, kiedy w końcu dostanę dziecko.

W końcu nie wytrzymałam i ostatkiem sił zebrałam się szukać dziecka, które, jak się okazało, było na intensywnej terapii podłączone do sondy, ponoć brak odruchu ssania.

Nikt mnie od momentu wyjęcia córki o niczym nie informował, nie pytał o pozwolenie na jakiegokolwiek badania przy córce. Pozwolili mi ją na chwilę zobaczyć i wyprosilili.



Nie dostałam żadnych informacji. W końcu padłam ze zmęczenia. Rano na drugi dzień poprosiłam o wypis dla siebie na własne żądanie i córki. Ja bez problemu dostałam wypis, ale córki nie chcieli mi wypisać, twierdząc, że jest stan zagrożenia życia, tylko nie bardzo potrafili powiedzieć dlaczego, co się konkretnie dzieje. Wpuścić mnie do córki nie chcieli, bo jakieś godziny odwiedzin obowiązywały.

Udało mi się porozmawiać przed wyjściem z ordynatorem, który też nie był w stanie mi konkretnie powiedzieć, co jest z moim dzieckiem nie tak. Zagroził jedynie, że jak będę nalegać na wypis córki, to sprawa trafi do sądu i odbiorą mi prawa rodzicielskie.

I tak bez córki wróciłam do domu. Przez tydzień mąż jeździł na wizyty do córki na godzinę; ja nie byłam w stanie. Byłam psychicznie wrakiem i fizycznie nie byłam w stanie.

Przez tydzień walczyliśmy o oddanie córki. W końcu jak się udało, okazało się, że dziecko nie miało żadnych problemów ze ssaniem, tylko tak im było wygodniej. Jedyne co, to miała trochę niższy poziom krwinek, ale naprawdę nieznaczny i nie był on zagrożeniem życia.

Więc całe piękno porodu i cieszenie się tym w pierwszych chwilach został nam po prostu odebrany. Został ból i strach przed szpitalem i lekarzami.”

“Pierwsze, co mi podpadło, to przebicie wód płodowych bez mojej zgody - do tej pory pytali o wszystko - o wenflon, o balonik, proglastycyny itp., a wody bez mojej wiedzy podczas badania przebito.

Pozwolę sobie załączyć zapiski mojej historii porodowej spisane na świeżo kilka dni po porodzie. Po ostatnich 6h oxy nie było postępu, a wynik CRP był gorszy, więc zaproponowano mi cesarkę.

Liczyłam się z tym, że na tym się skończy, ale nie wpadła bym na to, że zostanę potraktowana na bloku operacyjnym tak okropnie. Gdy powiedzieli, że cc, to po krótkiej chwili



wpadłam w panikę.

Bardzo się bałam, ale czułam, że inaczej nie damy rady. Zanosiłam się płaczem i bólem skurczy. Poproszono mnie, bym przesiadła się na wyższy stół i płacząc, starając się głęboko oddychać, jakoś się uniosłam.

Pan Anestezjolog. (A): Czego Pani tak ryczy? O co chodzi? - Bardzo się boję. A: Myślała Pani, że nie będzie trzeba rodzić? Proszę z nami współpracować, Pani płacząc, marnuje nasz czas, wszyscy czekają, a Pani bez sensu jęczy.

Następuje wkłucie w kręgosłup, przy wyjmowaniu igły mocniej westchnęłam przez usta, choć nie bolało zabójczo, to było to nieprzyjemne.

A: Ona będzie tak jęczeć cały czas? Inna Pani - Ile Pani ma lat? Proszę się ogarnąć.

Nie zaproponowano mi kontaktu skóra do skóry, mąż dostał ją tylko na 30 min. Przy szyciu poczułam się gorzej. Przychodzą dreszcze z zimna. Czuję, że mną telepie i nie mam nad tym żadnej kontroli.

Podjeżdża drugi stół, ja mam zero czucia od talii w dół. A: Proszę zgiąć nogi i zejść na drugi stół (czy ten Anestezjolog miał kiedyś znieczulenie?) - Nie mam czucia w nogach, nie mogę. A: Boże, będzie z siebie ofiarę losu robić.

**Być może jakieś teksty padły ciut inaczej lub w innej kolejności, ale ich sens zapadł mi głęboko w pamięć.*

*** Te słowa były tak absurdalnie niestuszne, że od razu wiedziałam, że nie powinnam i nie mogę brać ich sobie do serca, ale sprawiły, że to doświadczenie było jeszcze bardziej przerażające i przykre, niż musiało być i do dziś odbija mi się czkawką.*

**** Wiem, że każdy może mieć ciężki dzień, ale tutaj nie znalazłam na to usprawiedliwienia. Czy 5 innych pacjentek, które były tego dnia ze mną cięte, przeżyły to samo?"*



“W nocy 3 września 2020 r. około godziny trzeciej zostałam zabrana przez narzeczonego do szpitala w Trzebnicy. Woda porodowa się sączyła i miałam nieregularne skurcze około 7-9 min.

Tam spędziłam około dwie godziny przyczepiona do KTG oraz byłam na krótkim USG. Po czym poinformowano mnie (również w trakcie KTG), że to skurcze przedporodowe i nie mam się czym martwić i na razie nie będę rodzić.

W domu byłam około godziny 8 nad ranem. Od godziny około 11 zaczęły się typowe skurcze porodowe. Pierwszy poród, ja "głupia" uwierzyłam tamtejszym lekarzom i w głowie miałam skurcze przedporodowe.

Okolo godziny 13 tego samego dnia mój narzeczony zadzwonił po karetkę. Nie mógł znieść mojego krzyku. Bolało go to równie jak mnie. W sali porodowej prosiłam o znieczulenie oraz o wpuszczenie mojego narzeczonego, by mi towarzyszył (w karcie ciąży mieliśmy zgodę na poród rodzinny owego ordynatora szpitala).

Oczywiście moje prośby zostały zignorowane. Położna, która odbierała poród, była bardzo młoda, ale posiadała empatię w sobie, poprzez którą poród odbył się dla mnie dobrze.

W międzyczasie podchodził lekarz ginekolog i sprawdzał rozwarcie w bardzo chamski i niedelikatny sposób z nieprzyjemnymi komentarzami. Gdy już mój syn na świat przyszedł (trwało to około 20 min od przyjścia na porodówkę), zobaczyłam go dosłownie na 2 minuty w trakcie odcinania pępowiny.

Miałam pęknięcia na około 8 cm. Zostałam zszywana poprzez panią doktor, która na mnie ponad półtora godziny uczyła zszywać studentów. Szycie wspominam bardzo źle. Przez cały poród towarzyszyło mi dużo studentów.

Nawet nie zostałam zapytana, czy chciałabym, aby studenci byli przy porodzie. Prosiłam o szklankę wody po porodzie - dostałam od salowej dopiero, gdy leżałam sama jak palec na sali porodowej, bo wszystkie panie poszły na obiad.



Po 2 godzinach zostałam przewieziona na oddział ginekologii operacyjnej. Po porodzie hemoglobina spadła mi do 3. Byłam "nieżywa", a pielęgniarka po 10 minutach przyjazdu na oddział kazała mi wstać i pospacerować.

Nie miałam na to siły. Przez 2 dni pytałam się każdego (pielęgniarki, lekarzy), co dzieje się z moim synem. Raz mi pielęgniarka odpowiedziała: skoro nikt nie przychodzi, to jest dobrze. A tak to brak informacji.

Narzeczony jak opętany wydzwaniał do szpitala po informacje. Powiedziano mu, że skoro ja leżę w szpitalu, to ja mogę mu udzielić informacji. Informacji o stanie syna dowiedziałam się poprzez znajomą, której ciotka pracuje jako pielęgniarka przy noworodkach.

Szantażem pozwolono mi zobaczyć syna. 3 min go widziałam. Na tyle zezwolono. W pierwszą noc w szpitalu zostałam zignorowana z potrzebą fizjologiczną. Dziewczyny z sali pomogły mi dostać się do toalety.

Pobyt w szpitalu wspominam tragicznie. Po tym, co mnie spotkało, nie będę chciała mieć więcej dzieci, gdyż kiedyś mi się dwójka marzyła. W szpitalu w większości płakałam z braku zobaczeniem się z bliską osobą, z braku wsparcia.

Telefoniczne wsparcie to nie to samo, co przytulenie. Mój stan wyglądał na depresję poporodową. Mama mojego narzeczonego chciała mnie do psychiatry zapisać, aby mnie podciągnąć. Na szczęście udało się bez. Gdy wyszłam ze szpitala po 7 dobach i przytulili mnie wszyscy bliscy, zrobiło mi się lepiej.

Przez miesiąc miewałam koszmary związane z porodem. Znajome, które rodziły za granicą, powiedziały, że to całkiem inaczej niż u nich, czy to Niemcy, czy Anglia, czy Irlandia.

Każda z nich powiedziała, że gdyby wiedziała, że tak tragicznie będzie, to by kazała mi do niej przyjechać i tam rodzić. Oto w skrócie mój poród. Mam nadzieję, że to pomoże Państwu w walce z tym, co się dzieje w szpitalach”.



10. Podziękowania.

Pragniemy przede wszystkim podziękować wszystkim kobietom, które zaufały nam i opowiedziały swoje historie, na podstawie których powstał niniejszy raport. Wyrażamy nadzieję, że opisane sytuacje są ostatnimi, jakie miały miejsce w polskich szpitalach.

Bardzo dziękujemy przedstawicielom Zespołu Parlamentarnego ds. Opieki Okołoporodowej, którzy dostarczyli nam informacji oraz podjęli szereg działań na rzecz poprawy standardów opieki okołoporodowej.



