



Fundacja
Rodzić po Ludzku

RAPORT

Opieka okołoporodowa podczas
pandemii COVID-19 w świetle
doświadczeń kobiet
i personelu medycznego

RAPORT

Opieka okołoporodowa podczas pandemii COVID-19 w świetle doświadczeń kobiet i personelu medycznego



Warszawa | 2021

Opracowanie:

dr n. społ. Antonina Doroszevska

Redakcja naukowa:

Iwona Adamska, dr Barbara Baranowska, dr Antonina Doroszevska, Joanna Pietrusiewicz,
Maria Godlewska, Dominka Kuźnicka-Błaszowska, Anna Kwiatek-Kucharska

Redakcja:

Iwona Adamska, Joanna Pietrusiewicz

Redakcja językowa i korekta:

Redaktoria.com

Tłumaczenie:

Monika Barańska

Projekt graficzny i skład:

Karol Meissner | studiokropkak.pl

Warszawa 2021

© Copyright by Fundacja Rodzić po Ludzku

ISBN 978-83-60971-32-1

**Fundacja Rodzić po Ludzku**

00-150 Warszawa, ul. Nowolipie 13/15

tel. 22 877 78 76

www.rodzicpoludzku.pl

fundacja@rodzicpoludzku.pl

Projekt realizowany z dotacji programu Aktywni Obywatele – Fundusz Krajowy,
finansowanego z Funduszy EOG

Iceland 
Liechtenstein **Active**
Norway **citizens fund**

Podziękowania



Bardzo dziękujemy firmie Kantar Polska za pomoc w realizacji projektu. Szczególne podziękowania kierujemy do Pana Adama Kaczyńskiego za jego zaangażowanie i pomoc w opracowywaniu danych.

Dziękujemy tysiącom kobiet, które podzieliły się swoim doświadczeniem z pobytu w szpitalu, dziękujemy za zaufanie i poświęcony czas. Bez tego zaangażowania nasze badanie nie miałoby sensu. Dziękujemy także położnym, pielęgniarkom, lekarkom, lekarzom i dyrektorom placówek za podzielenie się swoim doświadczeniem z pracy podczas pandemii.

Serdeczne podziękowania kierujemy do Strażniczek Rodzić po Ludzku za zaangażowanie w aktywizację kobiet do wypełniania ankiet, a Alicji Nowaczyk, Marcie Siwińskiej, Alicji Stańco-Wawrzyńskiej i Oldze Vitoš dziękujemy za pomoc w prowadzeniu wywiadów z dyrektorami placówek. Dzięki ich zaangażowaniu udało się zdobyć tysiące głosów kobiet i przeprowadzić badanie wśród osób kierujących placówkami.

Spis treści

Podziękowania	4
Spis treści	5
1. Podsumowanie wyników	7
2. Główne wnioski	14
3. Założenia, cel badania i metodologia	23
3.1. Badanie doświadczeń kobiet rodzących w czasie pandemii COVID-19	23
3.2. Badanie doświadczeń personelu medycznego szpitali	24
3.3. Badanie doświadczeń decydentów szpitali	25
3.4. O raporcie	26
4. Wyniki badania kobiet rodzących w czasie pandemii COVID-19	27
4.1. Charakterystyka badanych kobiet	27
4.2. Opieka w czasie ciąży i rodzaj porodu	28
4.3. Doświadczenia podczas porodu drogami natury	30
4.3.1. Doświadczenia w sali porodowej	30
4.3.2. Możliwość picia, jedzenia i poruszania się	31
4.3.3. Interwencje medyczne podczas porodu	33
4.3.4. Możliwość swobodnego przyjmowania pozycji w II okresie porodu	35
4.4. Opieka w czasie cesarskiego cięcia	37
4.5. Opieka nad noworodkiem	38
4.6. Pozyskiwanie zgody przez personel na zabiegi i czynności wykonywane w szpitalu	42
4.7. Komunikacja personelu z kobietami	43
4.8. Doświadczenia kobiet podczas pobytu w szpitalu – nienależyta opieka, nadużycia, przemoc	46
4.9. Doświadczenia związane z pandemią	50
4.10. Wyniki badania na tle wyników innych badań	53

5. Wyniki badania personelu medycznego	56
5.1. Charakterystyka badanej próby personelu medycznego	56
5.2. Doświadczenia pracy w czasie pandemii	59
5.3. Wsparcie w czasie pandemii	66
5.4. Opieka nad kobietą i noworodkiem w czasie pandemii	71
5.5. Opieka okołoporodowa po ponad roku pandemii	75
6. Wyniki badania decydentów szpitali	79
7. Prawne aspekty opieki okołoporodowej podczas pandemii COVID-19	85
7.1. Dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej	87
7.2. Ograniczenia w dostępności porodów rodzinnych	90
7.3. Konieczność zakrywania nosa i ust масечką w trakcie pobytu w szpitalu	92
7.4. Cesarskie cięcie ze względów epidemiologicznych w przypadku rodzących zakażonych bądź z podejrzeniem zakażenia wirusem SARS-CoV-2	93
7.5. Kontakt skóra do skóry oraz kangurowanie	94
7.6. Opieka nad kobietami i noworodkami w przypadku zakażenia lub podejrzenia zakażenia wirusem SARS-CoV-2	96
7.6.1. Izolacja kobiet zakażonych wirusem SARS-CoV-2 oraz ich dzieci w trakcie pobytu w szpitalu	96
7.6.2. Karmienie piersią przez matki z podejrzeniem lub z potwierdzoną infekcją COVID-19	99
7.7. Odwiedziny oraz pobyt rodziców dzieci hospitalizowanych w szpitalu	100
7.8. Opieka nad kobietami w sytuacjach szczególnych (poronienie, narodziny dziecka martwego lub chorego)	103
8. Rekomendacje Fundacji Rodzić po Ludzku	105
REPORT "The perinatal care during the COVID-19 pandemic in the light of the experiences of women and the medical staff"	107

1. Podsumowanie wyników

Badanie kobiet

- **Doświadczenia kobiet w dobie pandemii COVID-19**

Ponad połowa ankietowanych deklarowała, że podczas ciąży nie doświadczyła ograniczeń w dostępie do świadczeń. Pozostałe respondentki napotkały różnorodne problemy: zamiast wizyty w przychodni zaproponowano im teleporadę (17%), część wizyt odwołano (15%), pojawiły się problemy z dodzwonieniem się do przychodni (9%) lub zapisaniem się do określonego lekarza (8%), czas oczekiwania na wizytę bardzo się wydłużył (6%).

Co czwarta ankietowana (26%) zrezygnowała z części wizyt u osoby prowadzącej ciążę, co dziesiąta badana – z części badań laboratoryjnych, badania KTG, kwalifikacji do porodu w domu narodzin (11%).

Pandemia znacznie ograniczyła możliwość rodzenia z osobą bliską – niemal ⅓ badanych (62%) rodzących w czasie pandemii rodziło samych, w porównaniu z 12% w 2018 r. Prawie ¾ ankietowanych (72%), które miały cesarskie cięcie, deklarowało, że z powodu pandemii osoba bliska nie mogła kangurować dziecka. Dla 14,4% badanych rodzących drogami natury poród w pandemii to poród w maseczce.

- **Porównanie doświadczeń okołoporodowych kobiet, które rodziły w 2017 i 2018, z doświadczeniami z czasu pandemii**

W 2021 r. badane częściej deklarowały, że miały podaną kroplówkę ze sztuczną oksytocyną: deklarowało tak 64% ankietowanych w porównaniu z 61% w 2018 r.* Ponadto częściej kroplówkę otrzymywały respondentki, które rodziły z osobą towarzyszącą. Działo się tak zarówno w 2018, jak i w 2021 r.

Badane w 2021 r. częściej niż w 2018 r. deklarowały, że podczas porodu mogły pić (85% vs 83,1%) i jeść (28% vs 22%). Nieznacznie rzadziej natomiast mogły zmieniać pozycję (70% vs 73,6%).

W badaniu realizowanym podczas pandemii wzrósł odsetek kobiet, które deklarowały, że monitorowanie pracy serca dziecka było wykonywane przez cały czas trwania porodu, ale mimo to mogły się poruszać (30,7% w 2018 r. i 37% w 2021 r.), za to mniej kobiet z powodu ciągłego monitorowania pracy serca dziecka musiało bez przerwy leżeć (31,9% w 2018 r. i 24,2% w 2021).

Wśród badanych w 2018 r. 54,5% deklaroowało, że miało nacinane krocze, w 2021 r. odsetek ten wyniósł 50,6%.

$\frac{1}{3}$ porodów w II okresie jest prowadzona w sposób zmedykalizowany – parcie w pozycji płasko na plecach na polecenie personelu. Działo się tak zarówno w 2018 r., jak i w 2021 r. Jednocześnie 28,9% ankietowanych wskazało, że nie miało możliwości wyboru pozycji – pozycję wybrała osoba prowadząca poród, a kobieta nie mogła decydować. Takie doświadczenie ma nieznacznie mniej respondentek niż w 2018 r., gdy odsetek ten wynosił 33,5%.

$\frac{2}{3}$ badanych (65%) deklaroowało, że ocena dziecka w skali Apgar była wykonywana w kąciku noworodka, a tylko 13%, że na brzuchu matki, i było to mniej niż w 2018 r., kiedy odsetek ten wynosił 17% (różnica jest istotna statystycznie). Zastanawiające jest, że prawie wszystkie badane deklaruują, że miały zapewniony kontakt skóra do skóry, a jednocześnie w ich opinii ocena noworodka w skali Apgar odbywała się w kąciku noworodka, a na brzuchu matki tylko w przypadku 13% ankietowanych. Może to oznaczać, że kontakt skóra do skóry trwał chwilę po porodzie lub został przerwany na czas oceny dziecka, a potem ponownie dziecko zostało położone na brzuchu matki. 12% kobiet zadeklaroowało, że nie wie, gdzie odbywała się ocena, a 9%, że w innym miejscu niż brzuch matki czy kącik noworodka.

Odpowiedzi respondentek wskazują, że w 2021 r. częściej miała miejsce sytuacja, w której zabiegi pielęgnacyjne (wzrost z 32% w 2018 r. do 42% w 2021 r.) oraz badania i szczepienia (wzrost z 32% w 2018 r. do 37% w 2021 r.) nie były wykonywane w obecności matki. Równocześnie zmalał odsetek ankietowanych deklarujących, że wszystkie czynności przy dziecku były wykonywane w ich obecności.

Czynności przy noworodku powinny być wykonywane w obecności matki. Z doświadczeń badanych wynika, że częściej tak się dzieje w przypadku zabiegów pielęgnacyjnych (49% w 2018 r. i 39% w 2021 r.) niż badań lub szczepień (21% w 2018 r. i 18% w 2021 r.).

Jednym z podstawowych praw pacjenta jest prawo do wyrażenia zgody na wykonanie określonych czynności czy zabiegów. Około $\frac{2}{3}$ ankietowanych (odpowiednio 62% i 69% w 2018 i 2021 r.) deklaroowało, że personel pytał o zgodę na podanie kroplówki ze sztuczną oksytocyną. Wśród badanych znalazło się 14,1%, którym krocze nacięto bez zgody. Odpowiedzi respondentek wskazują, że personel medyczny częściej pyta o zgodę na wykonywanie czynności związanych z opieką nad noworodkiem, niż robił to trzy lata temu. 9 na 10 ankietowanych (91,4%) odpowiedziało, że zadano pytanie o zgodę na szczepienie dziecka (wzrost o 6,2 punktu procentowego). O 12,2 punktu procentowego wzrósł odsetek badanych, które deklaroowały, że przed badaniami dziecka personel pytał o zgodę (wzrost z 67,7% do 79,9%). $\frac{2}{3}$ badanych pytano o to, czy wyrażają zgodę na podanie dziecku leków (67,1%) lub dokarmianie dziecka mieszanką.

Ogólna ocena wsparcia w zakresie karmienia piersią w ciągu ostatnich trzech lat poprawiła się, wzrósł bowiem odsetek kobiet, które oceniły tę opiekę bardzo dobrze

(wzrost o 9 punktów procentowych z 23% w 2018 r. do 32% w 2021 r.). Mimo że ponad połowa badanych wsparcie w zakresie karmienia piersią oceniła dobrze lub bardzo dobrze, to równocześnie ¼ respondentek (24%) wprost zadeklarowała, że nie otrzymała potrzebnego wsparcia w karmieniu dziecka.

Można odnieść wrażenie, że w czasie pandemii personel bardziej angażował się w opiekę nad pacjentkami – częściej z własnej inicjatywy uczył, jak pielęgnować dziecko (w 2018 r. deklarowało tak 29%, w 2021 r. 32%). Wzrósł także odsetek ankietowanych, w których opinii personel z własnej inicjatywy uczył je, jak karmić piersią (z 33% w 2018 r. do 39% w 2021 r.). Może to wynikać ze świadomości personelu, że ze względu na ograniczenia w obecności osób bliskich na oddziałach położniczych kobiety nie mogą liczyć na wsparcie najbliższych i są całkowicie zdane na opiekę personelu.

Badane dobrze oceniły takie umiejętności komunikacyjne personelu jak: prowadzenie rozmowy w sposób grzeczny i kulturalny, okazywanie szacunku, przekazywanie informacji w sposób zrozumiały, przekazywanie wszystkich informacji, których potrzebowała pacjentka. W ciągu ostatnich trzech lat wzrósł odsetek ankietowanych, które deklarowały, że personel zawsze się przedstawiał (w 2018 r. wynosił 11%, w 2021 r. 18%). Może to wynikać z tego, że w czasie pandemii personel często musiał być ubrany w środki ochrony osobistej, w tym też maseczki, przez co być może konieczność przedstawienia się stała się bardziej oczywista. Mimo to ¼ respondentek (24%) wskazała, że personel w ogóle się nie przedstawiał.

Mimo ogólnej dobrej oceny komunikacji co piąta badana (21%) usłyszała w szpitalu niestosowny komentarz, 16% miało poczucie, że personel się wywyższa, co dziesiąta ankietowana doświadczyła krzyku i wyśmiewania ze strony personelu. W liczbach bezwzględnych są to informacje pozyskane od kilkuset kobiet.

Prawo do informacji jest jednym z podstawowych praw pacjenta. Sytuacje, gdy nie jest przestrzegane, nie powinny się zdarzać. Tymczasem odsetek odpowiedzi: „zdecydowanie tak” na pytanie, czy ankietowana czuła się poinformowana, wynosił odpowiednio:

- 26% dla informacji na temat tego, kto sprawuje opiekę nad badaną,
- 39% dla poinformowania o przebiegu porodu,
- 40% dla informowania o zabiegach wykonywanych przy dziecku,
- 43% dla udzielania informacji o stanie zdrowia kobiety,
- 44% dla informowania o stanie zdrowia dziecka w czasie porodu oraz 51% dla informowania o stanie zdrowia noworodka.

Na podstawie danych można stwierdzić, że badane nie zawsze miały dobre doświadczenia związane z komunikacją, a także uznały, że prawo do informacji nie było przestrzegane w każdej sytuacji. Pomimo to odsetek badanych, które deklarowały, że mają poczucie, że któreś z ich praw zostało złamane, wynosi 13% i jest o trzy punkty procentowe niższy niż w 2018 r.

W ciągu ostatnich trzech lat zmalał odsetek kobiet, które deklarowały, że w szpitalu jakaś czynność została wykonana w ich odczuciu za mało delikatnie, bez zgody lub bez dbałości o prywatność i intymność pacjentki. W 2021 r. jednak działo się tak w przypadku 24% badanych (brak delikatności), 15% (brak zgody) i 14% (brak intymności i prywatności). Widać zatem, że personel zwraca coraz większą uwagę na te elementy opieki, wciąż jednak są to obszary, w których należy działać na rzecz zmiany.

W 2021 r. w polskich szpitalach nadal dochodzi do przemocy i nadużyć. 9% ankietowanych rodzących w pandemii w 2020 r. i na początku 2021 r. doświadczyło w szpitalu wyśmiewania, 3% było szantażowanych, 2% podczas parcia na siłę rozkładano nogi. Odsetki mogą wydawać się niewielkie, ale warto przyrzeć się liczbom, które za nimi się kryją. W ciągu kilku miesięcy realizacji badania, między marcem 2020 a lutym 2021 r., wśród kobiet, które wzięły udział w badaniu, aż 877 osób było wyśmiewanych, 332 szantażowane, w przypadku 194 stosowano siłę, by rozłożyć nogi w czasie parcia. Ponadto 76 ankietowanym grożono, 42 przywiązywano nogi do łóżka porodowego, 29 było szturchanych, od 17 wymuszano opłaty, a 8 zostało spoliczkowanych!

Badanie personelu medycznego

• Warunki pracy w czasie pandemii

W pierwszej części kwestionariusza znalazły się pytania dotyczące porównania warunków pracy sprzed pandemii z tymi w jej trakcie. Większe obciążenie pracą odczuwało 66,4% badanych. Większy niepokój pacjentek odczuwało 65,5% ankietowanych. Podobny odsetek badanych stwierdził, że wykonywanie zadań zajmuje więcej czasu w związku ze zwiększoną liczbą procedur zabezpieczających przed zakażeniem wirusem (65,3%). Duża grupa badanych ma poczucie, że system ich zawiódł (60,8%). 41,7% badanych od początku pandemii miało więcej dyżurów, a 37,5% nie miało możliwości wykorzystania urlopu. U 36,4% badanych wystąpiły odparzenia i zmiany skórne związane ze stosowaniem środków ochrony osobistej.

Według 40,1% badanych stres utrudnia wykonywanie obowiązków zawodowych. W większym stopniu odczuwały to położne – deklarowało tak 42,3% ankietowanych wykonujących ten zawód (podczas gdy odsetek lekarzy zgadzających się z takim stwierdzeniem wyniósł 25,5%). Ponadto wśród badanych położnych było dwukrotnie więcej osób, które deklarowały, że stres w znaczący sposób wpływa na ich życie prywatne – z takim stwierdzeniem

zdecydowanie zgodziło się 27,6% ankietowanych położnych i 13,7% lekarzy.

Ankietowani mieli ograniczoną możliwość odreagowywania stresu – uważa tak ⅔ badanych (67,4%, odpowiedzi „zdecydowanie tak” i „raczej tak”). Jednocześnie ponad połowa ankietowanych (52,2%) deklaruje, że stres w pracy w znaczący sposób wpływa na ich życie prywatne.

- **Konsekwencje pracy w czasie pandemii**

Znacząca większość badanych wśród konsekwencji pracy w czasie pandemii wymieniła ograniczenie kontaktów z dalszą rodziną i znajomymi (86,5%), 22,6% wskazało rozłąkę z najbliższą rodziną, a 49,4% doświadczyło problemów zdrowotnych spowodowanych przemęczeniem.

Dla 22,6% badanych praca w okresie pandemii wiązała się z pogorszeniem sytuacji materialnej spowodowanym zmniejszeniem wynagrodzenia ze względu na odbywanie kwarantanny, a dla ¼ respondentów (24,5%) wiąże się także z rezygnacją z dodatkowego zatrudnienia.

- **Relacje z pacjentkami/otoczeniem**

W aspekcie relacji z pacjentkami i otoczeniem 44,8% badanych przyznało, że spotkało się z negatywnymi reakcjami pacjentek, a 39,6% słyszało negatywne komentarze w sklepie czy w szkole.

- **Różnice między położnymi a lekarzami**

Analiza wyników pokazała, że część trudności znacznie częściej dotykała położne niż lekarzy, którzy wzięli udział w badaniu. 9 na 10 położnych deklaruje, że towarzyszy im obawa przed zakażeniem wirusem SARS-CoV-2, o obawie tej mówiło 7 na 10 lekarzy.

⅓ ankietowanych położnych potrzebowało więcej czasu na wykonanie zadań w związku z większą liczbą procedur zabezpieczających przed zakażeniem (67,8%) oraz miało poczucie, że system w krytycznej sytuacji pandemii je zawiódł (63,1%). O tych doświadczeniach wspominała niecała połowa badanych lekarzy.

Położne częściej niż lekarze nie mogły wziąć urlopu w związku z wykonywaną w czasie pandemii pracą (39,3% vs 23,5%), a także miały odparzenia i zmiany skórne związane ze stosowaniem środków ochrony osobistej (38,5% vs 21,6%).

- **Wsparcie w miejscu pracy**

Średnia ocena wsparcia uzyskanego od bezpośredniego przełożonego wyniosła 2,68 (na skali 1–5, gdzie 1 to niedostateczne, 5 bardzo dobre).

Jedynie ⅓ badanych (33,8%) zgodziła się ze stwierdzeniem, że pracodawca zadbał o zabezpieczenie przed zakażeniem, jeszcze mniejszy odsetek badanych – co czwarta osoba (24,3%) – miała poczucie, że otrzymała wsparcie od pracodawcy.

8 na 10 badanych (82,1%) deklarowało, że pracodawca zadbał o procedury postępowania w przypadku podejrzenia lub potwierdzenia zakażenia wirusem SARS-CoV-2 u pacjenta. Warto zwrócić uwagę, że jeśli podejrzenie lub potwierdzenie zakażenia pojawiło się u położnej lub lekarza, to procedury były zapewnione według połowy badanych (50,6%).

Nieznacznie więcej niż połowa respondentów (53,1%) deklarowała, że mieli dostęp do wystarczającej liczby odpowiednich środków ochrony osobistej.

Pozostałe rodzaje wsparcia – takie jak szkolenia, jak radzić sobie w sytuacji zagrożenia epidemiologicznego, wsparcie w działaniach organizacyjnych dostosowujących do pracy w pandemii, konsultacje z psychologiem – były dostępne dla mniej niż ⅓ ankietowanych.

- **Wsparcie ze strony systemu**

9 na 10 ankietowanych w trakcie pandemii nie miało możliwości wzięcia udziału w szkoleniach poświęconych metodom radzenia sobie ze stresem.

Ponad 80% respondentów deklarowało, że nikt nie zapewnił im konsultacji psychologicznych (86,5%) ani spotkań z ekspertami w dziedzinie chorób zakaźnych (84,8%).

⅓ ankietowanych (68,8%), mimo ogromnego wysiłku, jaki wiąże się z pracą w czasie pandemii, nie otrzymało żadnego wsparcia finansowego.

- **Opieka nad kobietami**

Ponad ⅓ badanych (37,7%) zgodziła się ze stwierdzeniem, że w czasie pandemii częściej rozdziela się dzieci od matek wbrew zaleceniom (odpowiedzi „zdecydowanie się zgadzam”, „raczej się zgadzam”). Dwukrotnie częściej z tym stwierdzeniem zgadzały się osoby z krótkim stażem pracy (poniżej 5 lat, 46,2%) niż osoby ze stażem powyżej 30 lat (20,7%).

34,9% ankietowanych deklarowało, że częściej wykonywano cesarskie cięcie ze względu na tzw. wskazania epidemiologiczne.

Działania mające na celu ograniczenie kontaktu personelu z rodzącą, a tym samym medykalizujące przebieg porodu, gdyż mające na celu przyspieszenie porodu, były w związku z pandemią częściej podejmowane w opinii 27,5% badanych.

Ponad połowa ankietowanych (57,1%) zgodziła się ze stwierdzeniem, że relacje z kobietami poprawiły się ze względu na to, że nie towarzyszyły im bliskie osoby. Jednocześnie prawie

połowa (48%) ankietowanych uznała, że relacje poprawiły się ze względu na poczucie wspólnoty w trudnej sytuacji, w której znaleźli się i pacjentki, i personel. Znacznie częściej uważały tak badane położne (50,1%) niż lekarze (35,3%). Jednocześnie ponad połowa ankietowanych (57,8%) potwierdziła, że relacje pogorszyły się ze względu na duże obciążenie personelu pracą, prawie połowa (49,9%) – że negatywnie na relacje wpłynęły procedury, które ograniczają do minimum czas spędzany z kobietą. W opinii 45,7% respondentów konieczność noszenia środków ochrony osobistej i maseczek utrudniła komunikację z pacjentkami, co wpłynęło na jakość relacji.

2. Główne wnioski

1. Realizacja Standardu Organizacyjnego Opieki Okołoporodowej podczas pandemii

Badanie, które objęło 10 257 kobiet rodzących w okresie pierwszego roku pandemii COVID-19 (od marca 2020 do lutego 2021 r.), pozwala wysnuć wnioski, że pomimo sytuacji kryzysowej, w jakiej znalazła się ochrona zdrowia, część zapisów obowiązującego od 2019 r. Rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej była respektowana. W porównaniu z danymi sprzed okresu pandemii (Raport o doświadczeniach kobiet rodzących w latach 2017–2018) wyraźnie widać, że z roku na rok w szpitalach i na oddziałach położniczych Standard jest coraz lepiej realizowany.

Rozporządzenie Ministra Zdrowia jest aktem regulującym opiekę okołoporodową w Polsce i w czasie pandemii nie przestało obowiązywać. W sytuacji fizjologicznej ciąży i fizjologicznego porodu powinno być realizowane we wszystkich placówkach medycznych w Polsce, zarówno publicznych, jak i niepublicznych. Sytuacja pandemii, z czego zdajemy sobie sprawę, jest sytuacją kryzysową, na którą nikt nie był przygotowany. Przestrzeganie obowiązujących od 10 lat Standardów w sytuacji kryzysu wymagało od szpitali i personelu medycznego dodatkowego wysiłku. W miejscach, w których przepisy zostały wdrożone przed pandemią, personelowi łatwiej było trzymać się wypracowanych nawyków wyływających ze Standardu. Placówki, w których Standard nie był respektowany przed pandemią, nie respektowały go tym bardziej w pandemii. Kryzys stworzył przyzwolenie do ignorowania zapisów prawa. Na podstawie wyników naszego badania z udziałem ponad 10 tys. kobiet można wnioskować, że w wielu miejscach zapisy rozporządzenia ministra po 10 latach stały się faktycznie przestrzegany prawem nawet w czasie głębokiego kryzysu.

Możliwość uczestniczenia w trakcie porodu fizjologicznego osoby bliskiej była jednym z najlepiej wdrożonych zapisów Standardu, realizowanym jeszcze przed pandemią w prawie wszystkich szpitalach. W ostatnim roku ojciec dziecka towarzyszył 1/3 ankietowanych, natomiast w 2017 i 2018 r. był obecny przy ponad 80% porodów. W czasie pandemii to właśnie ten zapis nie był respektowany i to prawo najczęściej było ograniczane – ponad 60% kobiet w pierwszym roku pandemii rodziło samych. W wielu miejscach poród z bliską osobą w czasie pandemii łączył się z koniecznością poniesienia opłat za test na obecność wirusa COVID-19, za specjalne ubranie ochronne czy za pojedynczą salę umożliwiającą poród rodzinny. Często dopiero po interwencjach Fundacji lub kobiet takie opłaty były znoszone albo przywracana była możliwość porodów rodzinnych.

Przed pandemią z roku na rok poprawiała się również realizacja złotego standardu – prawa do dwugodzinnego, nieprzerwanego kontaktu matki z dzieckiem skóra do skóry po

narodzinach. Pandemia nie zahamowała tego dobrego trendu – ponad 90% kobiet po fizjologicznym porodzie w pandemii również miało kontakt skóra do skóry. Jak wynika z danych zebranych przez Fundację, długi, dwugodzinny kontakt miało 48% kobiet po porodzie fizjologicznym. Coraz więcej szpitali tworzy warunki, a personel dokłada starań, żeby jak najwięcej kobiet miało możliwość przebywać z dzieckiem po porodzie przez dwie godziny.

W pandemii większy odsetek kobiet niż kilka lat temu mógł pić oraz jeść w trakcie porodu (odpowiednio 85% i 28%). Należy wnioskować, że również ten zapis Standardu jest stopniowo wdrażany w szpitalach i nie był ograniczany, mimo że co piąta rodzącą w pandemii musiała nosić maseczkę.

W czasie pandemii personel bardziej angażował się w opiekę nad kobietami – częściej z własnej inicjatywy uczył, jak pielęgnować dziecko (32%), jak karmić piersią (39%). Wpływ na to mogły mieć dwa czynniki: zarówno sytuacja, w jakiej znalazły się kobiety, czyli brak wsparcia bliskich na oddziałach położniczych, jak i wzrost świadomości personelu o znaczeniu pomocy w pierwszych dniach karmienia piersią. Ogólna ocena wsparcia w zakresie karmienia piersią w ciągu ostatnich trzech lat poprawiła się – ponad połowa kobiet ocenia wsparcie dobrze lub bardzo dobrze. Jednocześnie co czwarta kobieta w pandemii nie otrzymała potrzebnego wsparcia w karmieniu dziecka, co mogło wynikać z warunków pracy podczas pandemii: na wielu oddziałach nie było wystarczającej liczby personelu lub ograniczano kontakt z kobietami z obawy przed zakażeniem. W okresie pandemii częściej niż przed pandemią zabiegi pielęgnacyjne oraz badania i szczepienia dzieci były wykonywane bez obecności matki (odpowiednio 37% i 42%), co można łączyć z ograniczeniami przemieszczania się po szpitalu.

Widać wyraźnie, że część zapisów Standardu jak przedstawianie się, omawianie planu porodu czy kładzenie dziecka na brzuchu mamy stała się dla wielu położnych i lekarzy naturalna, więc automatycznie przestrzegano jej w czasie pandemii. Niestety nie wszystkie zapisy Standardu są przestrzegane i nie zawsze można to tłumaczyć pandemią. W wielu szpitalach kobiety nadal nie mogą korzystać z zagwarantowanego prawa do decydowania o przebiegu swojego porodu, ograniczana jest ich aktywność podczas porodu, wiele kobiet musi leżeć i nie może samodzielnie wybrać wygodnej pozycji do rodzenia. W pandemii kobiety rzadziej mogły zmieniać pozycję, co trzeci poród w II okresie był prowadzony w sposób zmedyalizowany, a parcie odbywało się w pozycji płasko na plecach na polecenie personelu. Jak wynika z badania, 28,9% kobiet nie miało możliwości wyboru pozycji – pozycję wybrała osoba prowadząca poród, a kobieta nie mogła decydować.

W pandemii zwiększyła się również medykalizacja porodów, co potwierdzają deklaracje części personelu medycznego biorącego udział w badaniu. Jak pokazują doświadczenia kobiet, badane podczas pandemii częściej niż w poprzednim badaniu miały podawaną kroplówkę ze sztuczną oksytocyną (64%), wzrósł również odsetek kobiet, które deklarowały, że monitorowanie pracy serca dziecka było wykonywane przez cały czas trwania porodu (61,2%). Pomimo od lat sukcesywnego zmniejszania się wskaźnika epizjotomii, w pandemii ponad

połowa kobiet rodzących drogami natury miała nacięte krocze (50,6%).

Podczas pandemii standardy nie były w pełni realizowane, a część praw była kobietom odbierana w sposób brutalny i czasem nieuzasadniony – tak się działo w przypadku porodów z bliską osobą, separowania matek od dzieci zaraz po porodzie, ograniczania wsparcia i bezpośredniego kontaktu z bliskimi w położu. Tam, gdzie pojawiały się sytuacje niepewności, brakowało jasnych zapisów prawa i wytycznych, personel często ograniczał bez wahania prawa kobiet, zasłaniając się bezpieczeństwem pacjentów i personelu medycznego, a zapominając o udowodnionych naukowo korzyściach z przestrzegania procedur.

2. Wpływ pandemii na jakość opieki okołoporodowej

W okresie pandemii głównym priorytetem w opiece okołoporodowej stało się bezpieczeństwo medyczne kobiet i dzieci, a także personelu medycznego. Należy jednak podkreślić fakt, że badanie doświadczeń kobiet pokazuje, że w wielu miejscach szpitale oraz personel dokładali starań i mimo pandemii oraz trudnych warunków dbali o jakość narodzin i opieki. Dzięki ogromnej pracy położnych i lekarzy dla dziesiątek tysięcy kobiet poród nawet podczas pandemii był ważnym, pozytywnym i wzmacniającym doświadczeniem. Niestety w tym samym czasie dla części kobiet zarówno czas ciąży, jak i sam poród oraz pobyt w szpitalu były trudnym lub traumatycznym przeżyciem. W tej grupie znalazły się kobiety, które nie otrzymały opieki zgodnej ze Standardem, a także kobiety, które doświadczyły różnych ograniczeń związanych z pandemią.

Pandemia wpłynęła na jakość opieki nad kobietami w ciąży, kobietami przebywającymi w szpitalach oraz tymi wracającymi do domu z dzieckiem i czekającymi na wsparcie położnej środowiskowej. Wśród kobiet uznających poród za negatywne lub traumatyczne doświadczenie prawdopodobnie znajdziemy te, które nie mogły rodzić z bliską osobą, oraz te, które były odseparowane od dzieci po porodzie, nie mogły tygodniami zobaczyć swojego hospitalizowanego dziecka, kobiety rodzące w masce, kobiety zmuszane do cesarskiego cięcia. Również te kobiety, które nie miały szansy otrzymać wsparcia bliskich osób po porodzie, a z powodu przeciążenia pracą personelu medycznego nie mogły liczyć na czas i uwagę oraz na pomoc i wsparcie na odpowiednim poziomie.

W czasie pierwszego roku pandemii znacznie pogorszyła się również jakość opieki okołoporodowej nad kobietami w czasie ciąży. Połowa z nich doświadczyła ograniczeń w dostępie do świadczeń podczas ciąży – odwoływano im wizyty (15,3%) lub zmieniano je na teleporady (17,7%), miały ograniczony kontakt telefoniczny z placówkami zdrowia (9,5%), utrudniony dostęp do wybranego lekarza (8,2%), wydłużony czas oczekiwania na wizytę (6,4%). Co czwarta kobieta zrezygnowała z części wizyt u osoby prowadzącej ciążę, co dziesiąta z części badań laboratoryjnych lub badania KTG. Dodatkowo z powodu zawieszania zajęć w szkołach rodzenia i odwoływania spotkań przez położne środowiskowe pozostawały one same, bez wsparcia i edukacji. Miało to niewątpliwie negatywny wpływ na okres ciąży i przygotowanie się do porodu tysięcy kobiet w Polsce. Dodatkowym czynnikiem

stresogennym było poczucie niepewności towarzyszące im często miesiącami: gdzie będę rodzić, czy będę zakażona, z kim będę rodzić, czy będę rodzić w maseczce, czy nie zabiorą mi dziecka po porodzie.

3. Personel medyczny podczas pandemii – warunki pracy i doświadczenia osób pracujących z kobietami

Realizacja Standardu, jak pokazuje badanie z udziałem kobiet rodzących w pandemii COVID-19, w wielu obszarach się poprawiła. Zapewnienie kobietom bezpieczeństwa medycznego oraz dokładanie starań, żeby w czasie pandemii zapewnić opiekę okołoporodową na jak najlepszym poziomie, odbyło się w dużej mierze kosztem i dzięki ogromnemu wysiłkowi personelu medycznego. Wziął on na siebie olbrzymi wysiłek sprostania dodatkowej pracy w sytuacji niepewności, stresu, przy ograniczonej możliwości odreagowania, wzięcia urlopu, przy niewielkim wsparciu ze strony pracodawców, przełożonych, ale przede wszystkim systemu.

Dodatkowej pracy w sytuacji niepewności podczas pandemii towarzyszył nieustanny stres. Brak możliwości wykorzystania urlopu (według 37,5% ankietowanych pracowników i pracowników personelu medycznego), brak wsparcia systemowego (w odczuciu 60,8%), dodatkowe dyżury (41,7%) czy większe obciążenie obowiązkami (66,4%) sprawiały, że stres był trudny do odreagowania. Jedną z głównych konsekwencji pandemii była rozłąka z najbliższą rodziną (22,6%), znajomymi, problemy zdrowotne (49,4%), zmęczenie. Dodatkowo zdarzało się, że położne i lekarze doświadczali przemocy słownej ze strony osób postronnych w sklepie czy szkole (39,6%), a także pacjentek (44,8%). Dla ¼ osób praca w okresie pandemii wiązała się również z pogorszeniem sytuacji materialnej wskutek zmniejszenia wynagrodzenia ze względu na odbywanie kwarantanny (22,6%) czy z rezygnacją z dodatkowego zatrudnienia (24,5%).

Personel w pandemii był obciążony dodatkowymi procedurami zabezpieczającymi przed zakażeniem wirusem, dodatkowymi zadaniami oraz dyżurami. Jednocześnie okres pandemii to dla wielu położnych i lekarzy – oprócz ogromnego obciążenia obowiązkami – odparzenia i zmiany skórne związane ze stosowaniem środków ochrony osobistej. Tylko połowa osób biorących udział w badaniu miała dostęp do wystarczającej liczby odpowiednich środków ochrony osobistej. Jedynie co czwarta osoba miała poczucie, że otrzymała wsparcie od pracodawcy, niewielki odsetek otrzymał wsparcie w postaci szkoleń czy konsultacji z psychologiem, a blisko 70%, mimo ogromnego wysiłku, jaki wiąże się z pracą w czasie pandemii, nie otrzymało żadnego wsparcia finansowego. Większość osób biorących udział w badaniu ma poczucie, że system je zawiódł, nie wsparł ich, nie ochronił, nie docenił.

Dla ponad połowy personelu relacje z kobietami w okresie pandemii poprawiły się ze względu na brak obecności osób bliskich (57,1%) czy na poczucie wspólnoty w trudnej sytuacji (48%), w której znalazły się i pacjentki, i personel. Dla połowy relacje pogorszyły się ze względu na duże obciążenie pracą (57,8%) oraz procedury, które ograniczyły do minimum

czas spędzany z kobietami (49,9%). Konieczność noszenia środków ochrony osobistej i maseczek utrudniła komunikację z pacjentkami, co wpłynęło na jakość relacji (45,7%).

Ogromny, często heroiczny wysiłek położnych, lekarek, lekarzy w zapewnieniu odpowiedniej opieki kobietom w okresie pandemii zasługuje na duże uznanie. Jeszcze przed pandemią warunki pracy personelu w wielu miejscach gwarantowały lepsze wdrożenie i realizację Standardu; w innych miejscach nie zapewniono odpowiednich warunków, a realizacja Standardu była często wynikiem pracy i starań grupki zdeterminowanych osób lub nawet jednej osoby. Sytuacja pandemii spowolniła pozytywne zmiany, jakie w wielu obszarach już zaczynały zachodzić. Niestety należy przypuszczać, że system, który zawodził w pandemii i po raz kolejny nie zatroszczył się o personel medyczny, tym samym nie jest w stanie zagwarantować odpowiednich warunków dla całkowitej realizacji Standardu we wszystkich placówkach.

Wstrząs, jakim dla systemu ochrony zdrowia jest pandemia, sprawi, że część osób postanowi odejść lub zmienić pracę, część nie zdecyduje się na studia medyczne, część po studiach medycznych wybierze inny kierunek w życiu. Bez zapewnienia odpowiednich, godnych warunków pracy i bez stałego wsparcia osób sprawujących opiekę nad kobietami w okresie okołoporodowym wdrożenie wszystkich postanowień zawartych w Standardzie będzie bardzo trudne.

4. Zarządzanie kryzysem – jak poradziłyśmy sobie systemowo

Stan pandemii ogłoszony w marcu 2020 r. w znacznym stopniu zmienił relację pacjentów z personelem medycznym. Dotyczy to również kobiet w ciąży i przygotowujących się do porodu. W ciągu ostatnich kilkunastu miesięcy można było zaobserwować chaos i błędy w komunikacji.

Decydenci nie stworzyli jasnych zasad i wytycznych, na których podstawie może dojść do ograniczenia praw pacjenta. Art. 5 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta jest w istocie przepisem, którego interpretacja pozostawia wiele swobody dyrektorom szpitali. Jednocześnie nie są oni wyposażeni w narzędzia, które pozwalałyby im podejmować w pełni świadome decyzje.

Należy zaznaczyć, że cała opieka okołoporodowa w czasie pandemii opierała się na zaleceniach i rekomendacjach wydawanych przez krajowych konsultantów, towarzystwa i stowarzyszenia skupiające lekarzy, pielęgniarki i położne. Te wytyczne prowadziły w wielu sytuacjach do zmiany standardu opieki w szpitalach, wprost naruszały przepisy Standardów Opieki Okołoporodowej oraz ustawy o prawach pacjenta, nie wspominając o Konstytucji RP i umowach międzynarodowych, których Rzeczpospolita jest stroną. Jednocześnie ani krajowi konsultanci, ani wspomniane stowarzyszenia i towarzystwa nie są kompetentne do wydawania wiążących zaleceń i rekomendacji. Niemniej należy zauważyć, że podmioty te wypełniły swoim działaniem obowiązki Ministerstwa Zdrowia, które powinno wziąć na

siebie odpowiedzialność za stworzenie wytycznych co do organizacji opieki umożliwiającej także w czasie pandemii realizację obowiązującego prawa oraz zapewnienia, że decyzje dotyczące opieki okołoporodowej będą podejmowane w oparciu o aktualną wiedzę medyczną, mając na celu zapewnienie bezpieczeństwa rodzicom i ich dzieciom.

Niedopuszczalne jest wydawanie nieprzemyślanych i niepopartych dowodami naukowymi wytycznych i rekomendacji, pozostawianie losu dziesiątek tysięcy rodzin w rękach jednej osoby czy brak jakichkolwiek wytycznych np. co do traktowania kobiet w sytuacjach szczególnych.

Oprócz tego, że oficjalne rekomendacje i wytyczne są trudne do znalezienia i zrozumienia przez pacjentki, warto również podkreślić, że proces podejmowania decyzji w tym zakresie jest nietransparentny. Opinia publiczna nie jest świadoma przesłanek, jakie stoją za poszczególnymi rekomendacjami, nie są one konsultowane z szerokim gronem specjalistów i ekspertów, brakuje w nich odniesień do źródeł naukowych. Drastyczny i pozbawiony logicznego wytłumaczenia jest fakt, że decyzje dotyczące możliwości przebywania rodziców z dziećmi hospitalizowanymi podejmowała jedna osoba, która dodatkowo nie jest specjalistką w zakresie neonatologii, ginekologii czy położnictwa.

Należy podkreślić, że za naganną należy uznać sytuację, w której szpitale często nie udostępniają na stronie internetowej obowiązujących w danej placówce procedur, a informacje kobiety przekazują sobie pocztą pantoflową. Jak pokazują przykłady szpitali w Krośnie, Wrocławiu czy województwie podkarpackim, oficjalne zasady zmieniają się z dnia na dzień, a pacjentki nie są o nich informowane. Należy również podkreślić, że Ministerstwo Zdrowia dopiero pod koniec 2020 r. zdecydowało się na udostępnienie w przejrzystej formie odpowiedzi na najczęściej pojawiające się pytania dotyczące opieki okołoporodowej.

Problematyczne jest również ustalenie organów odpowiedzialnych za kształt opieki okołoporodowej w określonych regionach. Przykładowo wojewoda kujawsko-pomorski, przekraczając swoje kompetencje, podjął nieprzemyślaną, a mającą długofalowe skutki decyzję o wstrzymaniu porodów rodzinnych w województwie. Wskutek tego jeszcze długo po wycofaniu się wojewody z tych działań część szpitali w województwie uniemożliwiała odbywanie się porodów rodzinnych, powołując się na stanowisko wojewody. Z drugiej strony, w województwie podkarpackim, gdzie sytuacja w tym zakresie była dramatyczna, ani wojewoda, ani marszałek województwa nie czuli się odpowiedzialni za całkowity brak porodów rodzinnych w województwie.

Dyrektorzy szpitali nie otrzymali narzędzi pozwalających na wytłumaczenie swoim pracownikom powodów, dla których wprowadzano określone ograniczenia, a ci nie mogli zatem przekazać tych motywów pacjentom. Należy podkreślić, że chociaż niejednokrotnie lekarze i dyrektorzy byli pozostawieni sami sobie, nie usprawiedliwia to przypadków zachowań przemocowych, braku empatii czy zwykłego zdrowego rozsądku.

Podejmowanie tak istotnych decyzji, jakimi jest ograniczanie dostępu do opieki okołoporodowej w sposób nietransparentny, w oderwaniu od pacjentów, dyrektorów szpitali i członków opieki medycznej, nie powinno mieć miejsca w demokratycznym państwie prawa. Oczywiście jest, że stan pandemii wymusił na szpitalach wprowadzenie określonych obostrzeń, tyle tylko że wiele z nich nie znajduje naukowych i logicznych podstaw. Po półtora roku pandemii wiemy już, że korzyści związane ze zwiększeniem bezpieczeństwa epidemicznego w szpitalach nie przeważały nad długofalowymi stratami wywołanymi przez obostrzenia. Jako Fundacja Rodzić po Ludzku wzywamy do zmiany zaleceń oraz do przeanalizowania ich wpływu na społeczeństwo przed ostatecznym wykonaniem.

5. Respektowanie podmiotowości i godności kobiet. Jak szpitale poradziły sobie z nadużyciami i przemocą w czasie pandemii?

W 2021 r. na salach porodowych i oddziałach położniczych nadal dochodzi do przemocy i nadużyć wobec kobiet. Mimo ogólnej dobrej oceny komunikacji co piąta kobieta rodząca w pandemii usłyszała w szpitalu niestosowny komentarz, co dziesiąta doświadczyła krzyku i wyśmiewania ze strony personelu, 3% było szantażowanych, a 2% podczas parcia na siłę rozkładano nogi.

Częściej niż trzy lata temu personel pytał kobiety o zgodę na wykonywanie czynności związanych z opieką nad noworodkiem, o zgodę na badania dziecka oraz na szczepienie dziecka. Nadal jednak nie we wszystkich placówkach szanuje się podmiotowość kobiety, jej prawo do informacji i decydowania, do wyrażenia zgody na wykonanie określonych czynności czy zabiegów. W pandemii tylko ⅓ kobiet było pytanych o zgodę na podanie kroplówki ze sztuczną oksytocyną, tylko połowę badanych pytano, czy wyrażają zgodę na dokarmianie dziecka mieszanką. Mniej niż połowa kobiet miała pełną wiedzę o przebiegu porodu, o zabiegach wykonywanych przy dziecku, o swoim stanie zdrowia, o stanie zdrowia dziecka oraz na temat tego, kto sprawuje nad nimi opiekę. Można przypuszczać, że sytuacja pandemii i ogólny chaos w szpitalach, dodatkowe obowiązki personelu nie dawały odpowiedniej przestrzeni i czasu na realizację tego prawa w pełni. Niestety prawa te nie były respektowane również przed pandemią.

Wyniki badania pokazują, że praca, jaką od lat wykonuje Fundacja w zakresie uświadamiania kobiet, personelu oraz społeczeństwa w zakresie korzyści płynących z podnoszenia standardów w szpitalach, w szczególności standardów w zakresie komunikacji z kobietami, przynosi efekty. Kobiety coraz lepiej oceniają zachowanie i sposób komunikacji personelu, maleje odsetek kobiet, które zostały obrażone, ktoś na nie nakrzyczał lub wyraził się w sposób, który je zawstydził czy upokorzył. Ogólnie widoczna poprawa realizacji Standardu wpływa na to, że w porównaniu z 2018 r. mniej badanych kobiet deklarowało poczucie, że któreś z ich praw zostało złamane (13% w 2021 r. w porównaniu z 16% w 2018 r.).

Coraz więcej kobiet mówi głośno o tym, co je spotkało, i pisze skargi do dyrektorów placówek, artykułując brak zgody na łamanie prawa czy niestosowne komentarze. Każda kobieta, która

w szpitalu doświadczyła nadużycia czy przemocy psychicznej lub słownej jest dla Fundacji powodem do podjęcia interwencji. Pandemia ani żadna inna sytuacja kryzysowa nie zwalniają nikogo z traktowania drugiego człowieka z szacunkiem, a w przypadku kobiet w ciąży, rodzących, czy w połogu ze względu na sytuację, w której się znajdują, szczególnie potrzebne jest ludzkie traktowanie przez osoby mające za zadanie wspierać je i otaczać opieką.

6. 10 lat realizacji Standardu

Analizując badania z ostatnich 10 lat, wyniki kontroli i monitoringów przeprowadzanych przez Fundację, obserwujemy, że Standard jest powoli wdrażany. Proces ten na pewno został zahamowany przez pandemię, która postawiła przed szpitalami i personelem medycznym wiele nowych wyzwań. Jednak jak pokazuje badanie z czasu pandemii COVID-19, nawet tak kryzysowa sytuacja nie zatrzymała procesu podnoszenia jakości opieki okołoporodowej w tych obszarach, które zostały zapisane w Standardzie i na które w ostatnich latach również Fundacja kładła szczególny nacisk. Mimo pandemii poprawia się komunikacja z kobietami, wsparcie w karmieniu piersią, zapewnienie nieprzerwanego dwugodzinnego kontaktu skóra do skóry, prawa do informacji i decydowania.

Pomimo czasowego ograniczenia w pandemii prawa do obecności bliskiej osoby podczas porodu i obecności osób bliskich po porodzie na oddziałach położniczych – jest to jeden z zapisów Standardu, który wdrożono przed pandemią w prawie wszystkich szpitalach, i należy się spodziewać, że wraz z powrotem do normalności na porodówki wrócą osoby bliskie. Jest to jedno z praw, których kobiety nie pozwolą sobie już ograniczyć i będą o nie walczyć. Jednocześnie z upowszechnianiem się tego prawa należy podejmować działania, by osoba bliska nie powodowała medykalizacji porodu, m.in. poprzez edukację par i osób towarzyszących.

Prawo do kontaktu matki z dzieckiem skóra do skóry po narodzinach jest niezmiennie od kilku lat respektowane w przypadku ponad 90% kobiet biorących udział w badaniach prowadzonych przez Fundację. W większości placówek personel po porodzie kładzie dziecko na brzuchu mamy; oczekują tego kobiety i osoby bliskie. Z roku na rok dwugodzinny kontakt z dzieckiem po porodzie deklaruje coraz więcej kobiet. Pozostaje do zbadania, czy jest on faktycznie nieprzerwany, wyniki badania wskazują bowiem, że w przypadku znacznej części dzieci ocena w skali Apgar jest dokonywana w kąciku noworodka (65%), a nie na brzuchu matki. Kolejne lata to dalsza praca Fundacji w celu uświadamiania kobiet na temat znaczenia kontaktu skóra do skóry dla matki i dziecka oraz w celu zachęcania personelu do zmian praktyk i zaprzestania mierzenia, ważenia czy badania w kąciku noworodka zaraz po porodzie.

Jeszcze przed pandemią coraz więcej kobiet przygotowywało swój plan porodu, oczekując, że będzie on respektowany przez personel i dołączony do dokumentacji medycznej. Jak pokazują kolejne badania, plan porodu, tak wcześniej krytykowany, jest już przyjmowany jako część dokumentacji, pomaga personelowi w pracy z kobietą. W wielu placówkach

spełnia swój główny cel – poznanie kobiety i nawiązanie z nią dobrego kontaktu.

W ciągu ostatnich trzech lat zmalał odsetek kobiet, które deklarowały, że w szpitalu jakaś czynność została wykonana w ich odczuciu za mało delikatnie, bez zgody lub bez dbałości o prywatność i intymność pacjentki. Personel zwraca coraz większą uwagę na te elementy opieki, wciąż jednak są to obszary, w który należy podejmować działania na rzecz zmiany. U co czwartej kobiety jakaś czynność jest wykonywana niedelikatnie (24%), u 15% bez zgody, u 14% bez zadbania o intymność czy prywatność.

Niestety bardzo powoli wdrażane są przepisy dające kobiecie prawo do decydowania o przebiegu porodu, pozycjach, które może przyjąć. Medykalizacja porodu jest nadal na bardzo wysokim poziomie; wskaźniki, zamiast maleć, rosną. Interwencje medyczne takie jak indukcja porodu, przyspieszanie porodu czy nacięcie krocza są nadal powszechną praktyką. Coraz więcej kobiet deklaruje, że monitorowanie pracy serca dziecka było wykonywane przez cały czas trwania porodu. Coraz więcej kobiet korzysta również z możliwości dokarmiania dziecka sztuczną mieszanką.

Niestety Standard nadal nie jest respektowany przez część placówek, a jego zapisy są często łamane przez personel sal porodowych i oddziałów położniczych. Aktualne pozostaje pytanie, dlaczego w szpitalach o tym samym stopniu referencyjności i z taką samą liczbą porodów realizacja Standardu jest możliwa, a w innych nie. Apele Fundacji do decydentów o działania i kontrolę realizacji praw kobiet w opiece okołoporodowej oraz o wyciąganie konsekwencji wobec placówek naruszających zapisy Rozporządzenia nie zostały przez ostatnie 10 lat wysłuchane. Tym samym realizacja Standardu wciąż zależy jedynie od dobrej woli szpitali i personelu. Nadzieją jest głos kobiet domagających się respektowania ich praw, zaznaczających je w planie porodu, zgłaszających nadużycia, do jakich doszło w trakcie pobytu w szpitalu. Nadzieją są również te placówki, które pokazują, że Standard jest możliwy do wdrożenia, i zajmują wysokie miejsca w rankingach kobiet.

Zmiana nawyków czy rutyny wymaga czasu, nakładów pracy i środków. W wielu placówkach przez 10 lat dokładano starań, by Standard stał się nawykiem dla personelu. Prowadzono specjalne szkolenia podnoszące kompetencje personelu. Nowe prawo, jakim był w 2011 r. Standard Opieki Okołoporodowej, w 2021 r. jest już starym prawem. W opinii Fundacji jest to wystarczający czas, by wdrożyć procedury i ich przestrzegać. Okres przejściowy dla wdrożenia Standardu należy uznać za zakończony.

Istnieje ogromna potrzeba uświadamiania kobiet, personelu oraz społeczeństwa na temat korzyści płynących z podnoszenia standardów opieki w szpitalach, w szczególności standardów w zakresie komunikacji z pacjentem. Istnieje również potrzeba zdiagnozowania barier we wdrażaniu poszczególnych zapisów Standardu i podjęcia adekwatnych działań.

3. Założenia, cel badania i metodologia

Raport powstał, aby w jednym miejscu przedstawić dane dotyczące opieki okołoporodowej w czasie pandemii zebrane zarówno od osób decydujących o sposobie sprawowania tej opieki, jak i od personelu medycznego oraz kobiet, które rodzą w czasie pandemii COVID-19. Stoimy na stanowisku, że każda kobieta ma prawo do troskliwej i pełnej szacunku opieki, a sytuacja związana z zagrożeniem pandemią nikogo z realizacji tego prawa nie zwalnia, nie powinna mieć także wpływu na pogorszenie się jakości opieki okołoporodowej lub dostępu do świadczeń medycznych. Jednocześnie zdajemy sobie sprawę z trudności organizacyjnych związanych z sytuacją epidemiologiczną, wiemy o ogromnym wysiłku, który każdego dnia wkładają tysiące położnych, lekarzy, pielęgniarek, a także osoby kierujące placówkami, aby zapewnić kobietom i noworodkom jak najlepszą opiekę.

Celem raportu jest opisanie problemów i wyzwań związanych z pandemią, a także jej skutków dla funkcjonowania placówek i oddziałów położniczych, w tym konsekwencji dla personelu oraz doświadczeń kobiet. Zależy nam również na tym, aby pokazać, jak przestrzegane są prawa pacjentek zapisane w Standardach Opieki Okołoporodowej oraz w prawach pacjenta i jak zmieniła się opieka okołoporodowa w ciągu ostatnich trzech lat. Analiza wyników badań pozwala także na sformułowanie wniosków dotyczących funkcjonowania opieki okołoporodowej w 2021 r., w czasie pandemii COVID-19.

Dane przedstawione w niniejszym raporcie pochodzą z trzech różnych badań, w których grupami docelowymi były kobiety, personel medyczny oraz dyrektorzy szpitali.

3.1. Badanie doświadczeń kobiet rodzących w czasie pandemii COVID-19

Głównymi celami badania doświadczeń kobiet były:

- sprawdzenie, jak są przestrzegane prawa kobiet w opiece okołoporodowej w dobie pandemii COVID-19,
- poznanie doświadczeń okołoporodowych kobiet, które urodziły dziecko w pierwszym roku pandemii (w okresie od marca 2020 do lutego 2021 r.),
- porównanie doświadczeń okołoporodowych kobiet, które rodziły w 2017 i 2018 r. z doświadczeniami z czasu pandemii.



W badaniu tym wykorzystano elektroniczną ankietę dostępną na stronie www.ankieta.rodzicpoludzkupl. Od 2018 r. narzędzie to służy do prowadzenia stałego monitoringu opieki okołoporodowej prowadzonego przez Fundację Rodzić po Ludzku. W celu przeprowadzenia badania zostały dodane dodatkowe pytania dotyczące opieki i doświadczeń kobiet w czasie pandemii. Kampania informująca o badaniu i angażująca kobiety po porodzie do wypełniania ankiety odbywała się od grudnia 2020 do lutego 2021 r. głównie poprzez media społecznościowe Fundacji. Dzięki promocji ankiety w grudniu 2020 r. możliwe było dotarcie do kobiet z mniejszych miejscowości.

W analizie wyników kobiet, które wzięły udział w badaniu w 2018 r., uwzględniono dane od 8378 respondentek, natomiast liczebność próby badanej w 2021 r. wynosi 10 257 kobiet. W próbie znalazły się osoby, które rodziły w okresie od 1 stycznia 2017 do 20 marca 2018 r., oraz takie, które rodziły między marcem 2020 a lutym 2021 r. (w okresie pandemii COVID-19).

3.2. Badanie doświadczeń personelu medycznego szpitali

Celami tego badania były:

- poznanie problemów i wyzwań związanych ze świadczeniem opieki w czasie pandemii,
- opisanie wpływu pandemii na wykonywanie codziennych obowiązków zawodowych, a także na funkcjonowanie poza pracą osób wykonujących zawody medyczne,
- sprawdzenie, w jaki sposób pandemia wpłynęła na relacje personelu medycznego z kobietami.

Badanie personelu przeprowadzono za pomocą ankiety elektronicznej zamieszczonej na stronie: www.rodzicpoludzkupl.

Badanie było realizowane od marca do maja 2021 r. i zostało poprzedzone pilotażem przeprowadzonym w lutym. Zebrano informacje na temat sytuacji personelu w trakcie pandemii COVID-19:

- problemów i wyzwań, z jakimi respondenci spotkali się w pracy w trakcie pandemii,
- skutków dla funkcjonowania placówki i oddziały, w tym konsekwencji dla personelu,

- skutków dla realizacji Standardu,
- dobrych praktyk, rekomendacji, zaniedbań, których doświadczają szpitale.

W badaniu brali udział: położne, lekarze ginekolodzy i neonatolodzy oraz pielęgniarki. W ramach kampanii informującej o badaniu i angażującej personel do wypełnienia ankiety prowadzona była akcja informacyjna w mediach społecznościowych, wysłano maile do szpitali sprawujących opiekę nad kobietami w ciąży i po porodzie oraz do bazy położnych Fundacji (ok. 4 tys. osób). W badaniu udział wzięły 454 osoby, w tym 429 osób mających doświadczenie w pracy w szpitalu podczas sprawowania opieki nad matką i dzieckiem w czasie pierwszego roku pandemii. Spośród tych osób 86% stanowiły położne.

3.3. Badanie doświadczeń decydentów szpitali

Celami badania kierowników placówek były:

- opisanie wpływu ograniczeń związanych z pandemią na funkcjonowanie placówek,
- opisanie wsparcia, które placówki otrzymały w czasie pandemii,
- przedstawienie przez osoby zarządzające placówkami sugerowanych rekomendacji na czas wystąpienia podobnych sytuacji kryzysowych w przyszłości.

Grupę badaną stanowiło 5 osób, w wieku 41–65 lat o stażu pracy na stanowisku dyrektora szpitala od 2 do powyżej 15 lat. 3 osoby miały wykształcenie niemedyczne, 2 osoby – medyczne. Dyrektorzy kierowali placówkami o następującej charakterystyce: szpital jednoprofilowy niecovidowy, szpital wieloprofilowy niecovidowy, szpital wieloprofilowy niecovidowy posiadający oddział intensywnej terapii COVID-19, szpital wieloprofilowy covidowy. Stopnie referencyjności szpitali: od I do III. Liczba porodów rocznie: od 600 do ok. 5 tys. Szpitale znajdowały się w 4 województwach.

W badaniu decydentów wykorzystano metodę wywiadu pogłębionego. Dyspozycje do wywiadu obejmowały 5 zagadnień odnoszących się do organizacji opieki okołoporodowej w trakcie pandemii i dotyczących doświadczeń związanych ze zmianami, jakie pandemia wymusiła w funkcjonowaniu placówek, oraz trudnościami, jakich decydenci doświadczyli w obliczu zarządzania placówką w okresie kryzysu. Wywiady prowadzono on-line i telefonicznie, trwały od 10 do 40 minut. Wywiady przeprowadziły Strażniczki Rodzić po Ludzku – aktywistki lokalne Fundacji. Przed realizacją wywiadów Strażniczki zostały przeszkolone w zakresie sposobu przeprowadzania wywiadu.

3.4. O raporcie

Raport składa się z trzech głównych części prezentujących wyniki badań – opinie i doświadczenia kobiet, personelu medycznego i decydentów.

Różnice między danymi przedstawionymi w „Raporcie z monitoringu oddziałów położniczych. Opieka okołoporodowa w Polsce w świetle doświadczeń kobiet” z 2018 r. a danymi z tego samego okresu (lat 2017 i 2018) przedstawionymi w tym raporcie do porównania wynikają z faktu, że przed analizą danych do poprzedniego raportu Fundacji zastosowano ważenie brzegowe po województwie i miejscu zamieszkania matki. Natomiast porównując wyniki z danymi zebranymi w 2021 r., wykorzystano dane surowe.

Większość danych o charakterze ilościowym przedstawiono na wykresach lub w tabelach w formie procentowej. Na każdej rycinie lub w tabeli znajduje się informacja o podstawie oprocentowania ($n=...$), którą stanowiły wszystkie udzielone odpowiedzi na dane pytanie. Różnice w liczebnościach wskazanych na rycinach i w tabelach wynikają z faktu, że na dane pytanie odpowiedziała tylko część respondentek. Tak działało się w badaniu kobiet. W narzędziu do tego badania obowiązkowe pytania zaznaczono gwiazdką – udzielenie odpowiedzi było warunkiem przejścia do dalszej części ankiety. Część pytań w ankiecie nie była obowiązkowa. To również jeden z powodów różnych liczebności podanych na wykresach.

Znak * w tekście, na rycinie lub w tabeli oznacza, że różnice między danymi są istotne statystycznie na poziomie $p<0,05$.

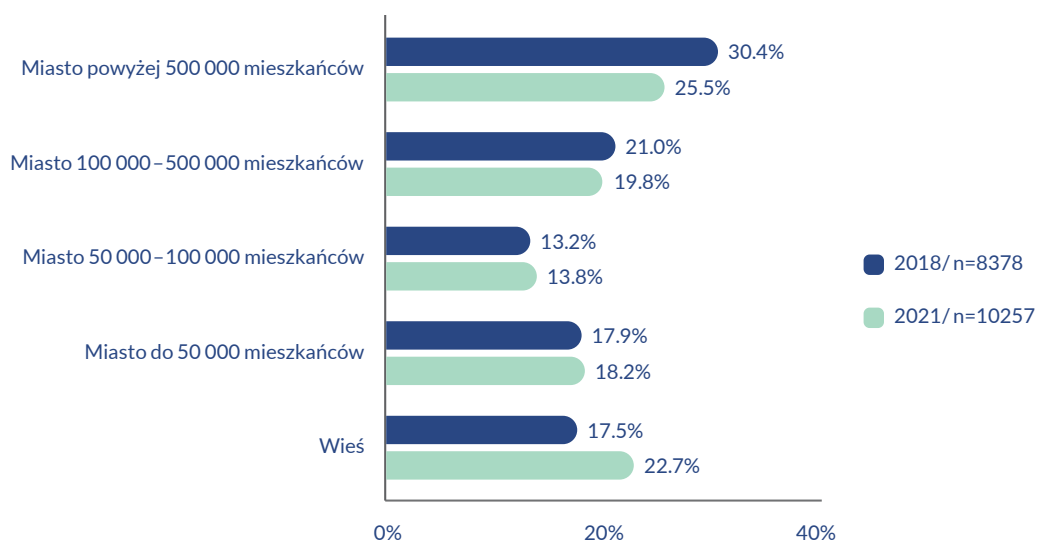
4. Wyniki badania kobiet rodzących w czasie pandemii COVID-19

4.1. Charakterystyka badanych kobiet

Najwięcej badanych było w wieku 26–30 lat (43,7% w 2018 r. i 41,3% w 2021 r.). Drugą pod względem liczebności grupą wiekową były respondentki mające między 31 a 35 lat (35,8% w 2018 r. i 36% w 2021 r.). Co dziesiąta ankietowana miała 25 lat i mniej (10,9% w 2018 r. i 9,6% w 2021 r.). Wśród osób biorących udział w badaniu wzrósł odsetek respondentek, które urodziły dziecko w wieku 36 lub więcej: w 2018 r. wynosił on 9,5%, w 2021 r. 13,1%.

Badane pochodziły z różnych miejscowości (wykres 1). ¼ badanych w 2021 r. (25,5%) mieszkała w jednym z największych miast. ⅓ respondentek (19,8%) pochodziła z miasta powyżej 100 tys. do 500 tys. mieszkańców. W badaniu przeprowadzonym w 2021 r. więcej było ankietowanych ze wsi (22,7% w porównaniu z 17,5% w 2018 r.).

Wykres 1. Wielkość miejsca zamieszkania respondentek

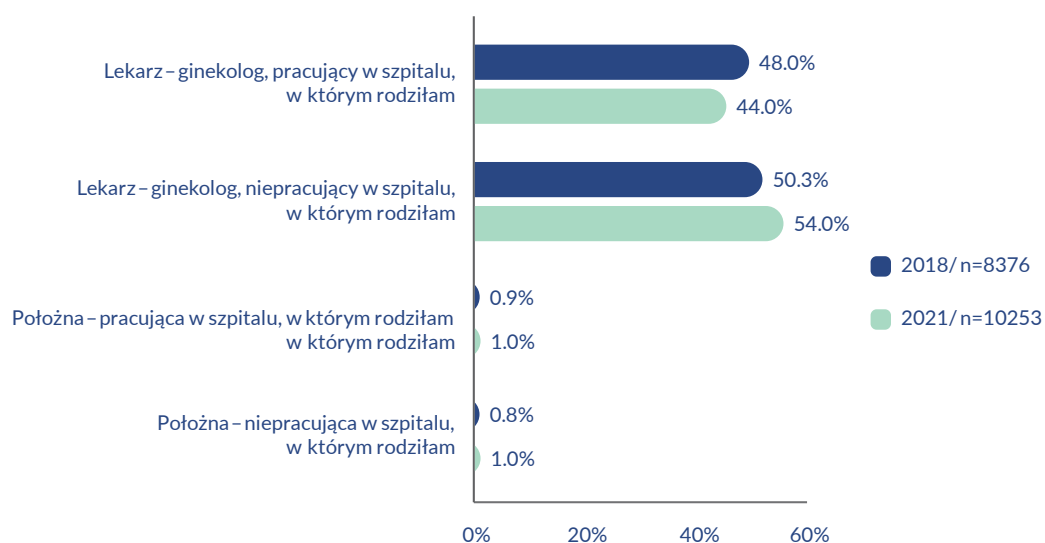


Zdecydowana większość osób, które wzięły udział w naszym badaniu, miała dobrą lub bardzo dobrą sytuację materialną – deklarowało tak 76,6% ankietowanych w 2018 roku i 80% respondentek w 2021 r. Przeciętną sytuację, w opinii badanych, miała mniej więcej 1/5 osób (22,4% w 2018 r. i 18% w 2021 r.). To oznacza, że mniej niż 1% ankietowanych ocenia swój status materialny jako zły lub bardzo zły.

4.2. Opieka w czasie ciąży i rodzaj porodu

Osobą prowadzącą ciążę w ostatnim badaniu nieznacznie częściej niż w 2018 r. był lekarz ginekolog niepracujący w szpitalu, w którym rodziła respondentka (54% vs 50,3%). Niewiele mniej ankietowanych w 2021 r. deklarowało, że ciążę prowadził lekarz ginekolog pracujący w szpitalu, w którym rodziły (44%). Na opiekę położnej w czasie ciąży wciąż decyduje się bardzo niewiele kobiet – w naszym badaniu było to 2%.

Wykres 2. Osoba prowadząca ostatnią ciążę

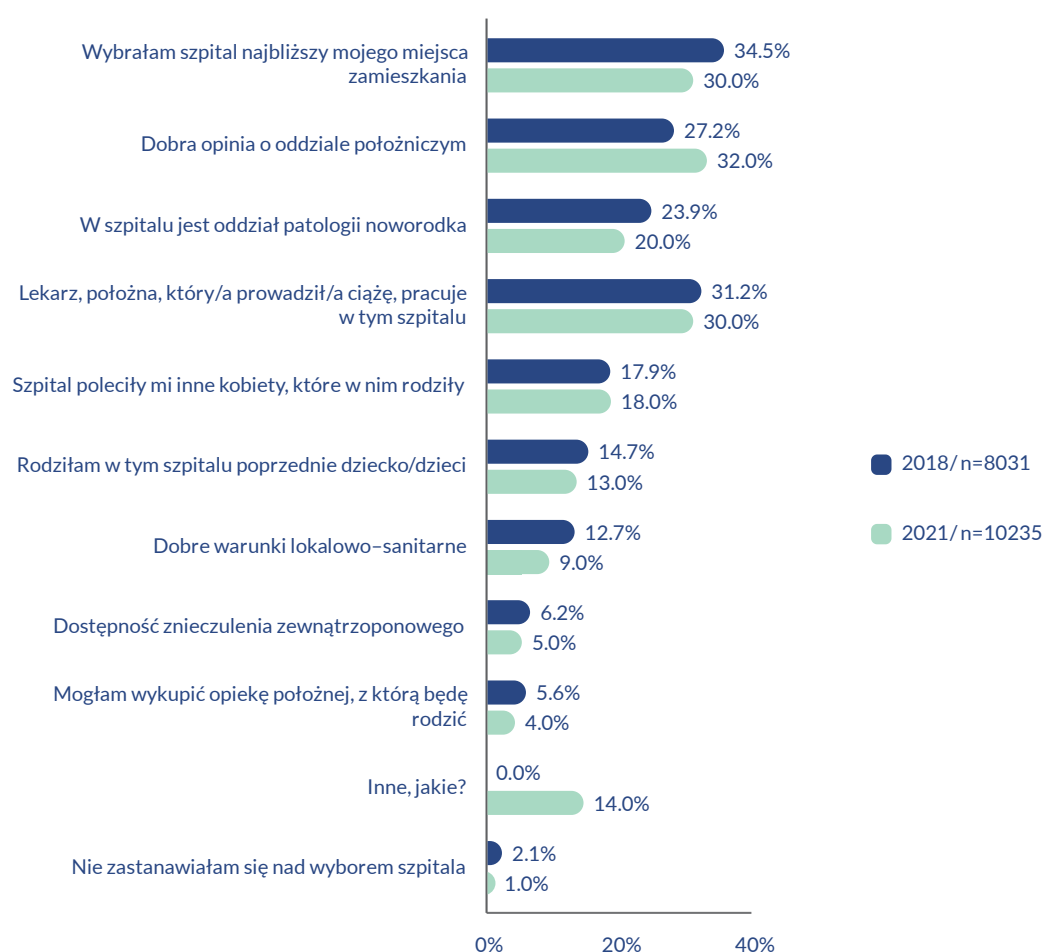


Badane podawały bardzo różne powody wyboru szpitala, w którym zdecydowały się rodzić (wykres 3). W opinii 1/3 kluczowa była dobra opinia o oddziale położniczym (32%), odległość (30%), zatrudnienie w danej placówce lekarza prowadzącego ciążę (30%). Dla 1/5 respondentek najważniejsza była dostępność oddziału patologii noworodka (20%), a także polecenie znajomych kobiet, które wcześniej rodziły w danym szpitalu (18%).

Dla co dziesiątej ankietowanej znaczenie miało wcześniejsze doświadczenie porodu w tym samym miejscu (13%) oraz dobre warunki sanitarne i lokalowe (9%). 10% ankietowanych wskazało, że przy wyborze szpitala decydujący był inny powód. Wśród tych powodów respondentki najczęściej podawały:

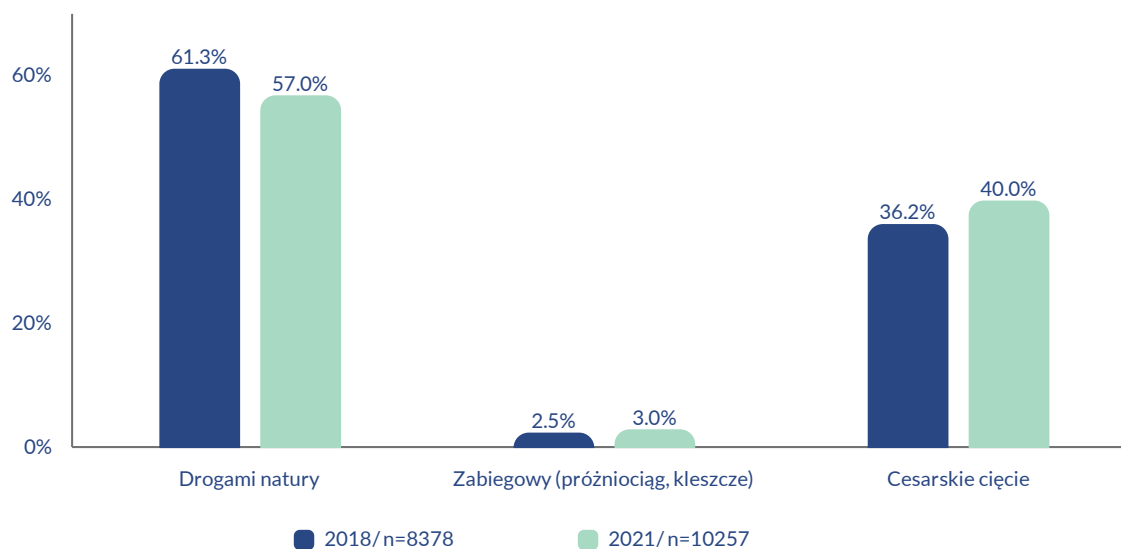
- zamknięcie szpitala, w którym chciały rodzić, z powodu pandemii,
- możliwość porodu rodzinnego w czasie pandemii,
- brak miejsc w szpitalu, w którym kobieta chciała rodzić,
- problemy zdrowotne i konieczność porodu w szpitalu z III stopniem referencyjności,
- dobre doświadczenia podczas pobytu w danym szpitalu na oddziale patologii ciąży.

Wykres 3. Najważniejsze powody wybrania szpitala, w którym odbył się Pani ostatni poród? (respondentki były proszone, by wskazać dwa najważniejsze powody)



Wśród osób, które wzięły udział w badaniu w 2021 r., było nieznacznie mniej kobiet, które rodziły drogami natury (57% vs 61,3% w 2018 r.), i o niecałe 4 punkty procentowe więcej tych, u których dziecko urodziło się poprzez cesarskie cięcie (wykres 4). Nie można jednoznacznie stwierdzić, że wzrost odsetka porodów operacyjnych wiąże się z pandemią, tendencja ta bowiem jest obserwowana od wielu lat.

Wykres 4. Rodzaj porodu

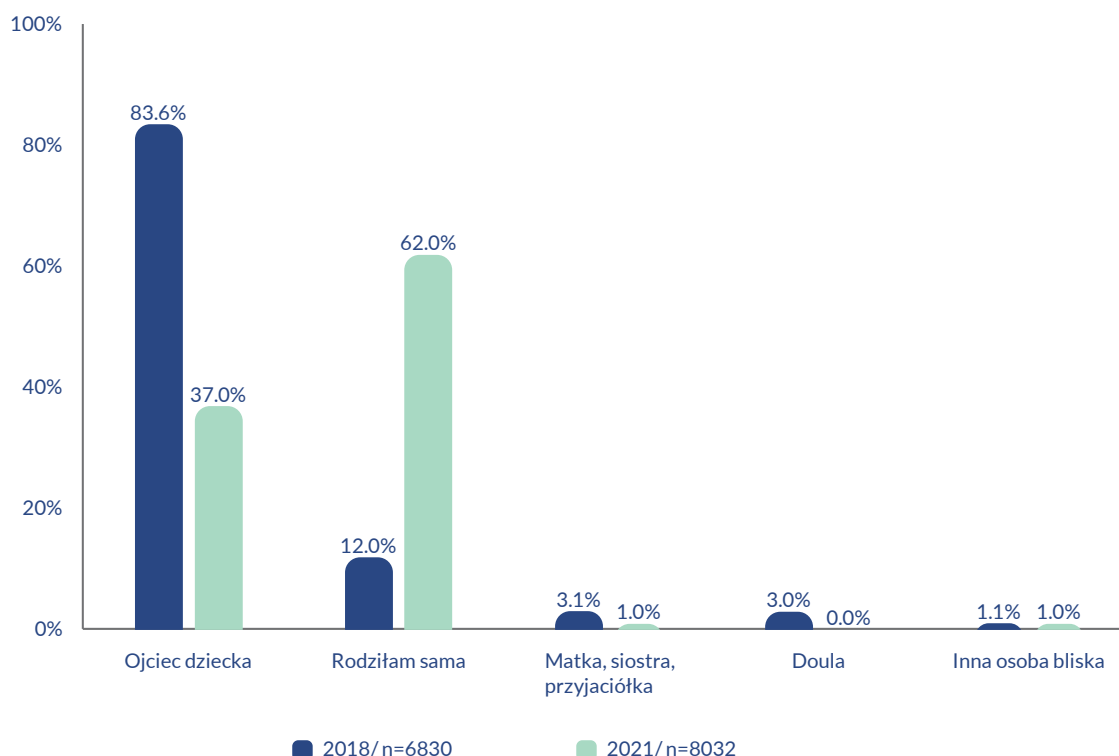


4.3. Doświadczenia podczas porodu drogami natury

4.3.1. Doświadczenia w sali porodowej

Możliwość towarzyszenia kobiecie podczas porodu została w związku z pandemią znacznie ograniczona. Z tego względu kobiety, które wzięły udział w badaniu w czasie pandemii, znacznie częściej odpowiadały, że rodziły same – stało się tak w przypadku $\frac{2}{3}$ badanych (62%) rodzących podczas pandemii. W ostatnim roku ojciec dziecka towarzyszył $\frac{1}{3}$ ankietowanych, natomiast w 2017 i 2018 r. był obecny w ponad 80% porodów (wykres 5). Nie zmienił się natomiast rodzaj sali, w której rodziły badane – zarówno w badaniu z 2018 r., jak i z 2021 r. ponad 80% respondentek rodziło w jednoosobowej sali (odpowiednio 82,6 i 83%).

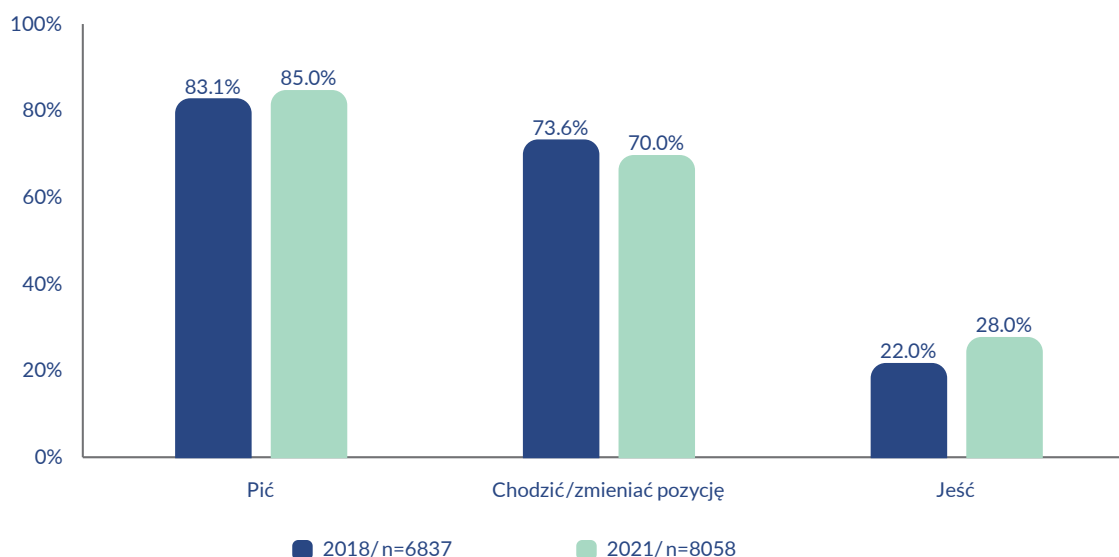
Wykres 5. Osoba towarzysząca w trakcie porodu*



4.3.2. Możliwość picia, jedzenia i poruszania się

Według Standardu Organizacyjnego Opieki Okołoporodowej w czasie fizjologicznego porodu kobieta powinna mieć możliwość spożywania przejrzystych płynów, a osoba sprawująca opiekę powinna zachęcać rodzącą do aktywności fizycznej. Badane w 2021 r. częściej niż w 2018 r. deklarowały, że podczas porodu mogły pić (85% vs 83,1%) i jeść (28% vs 22%). Nieznacznie rzadziej natomiast mogły zmieniać pozycję (70% vs 73,6%). Na możliwość jedzenia i picia podczas porodu wpływa obecność osoby towarzyszącej – wyniki badań pokazują, że kobiety, które rodziły z kimś bliskim, częściej deklarowały, że mogły jeść lub pić, w porównaniu z ankietowanymi, które rodziły same.

Wykres 6. Czy w czasie porodu mogła Pani...* (odpowiedzi osób, które rodziły drogami natury lub poprzez cesarskie cięcie nieplanowane)



Zarówno w 2018, jak i w 2021 r. pić i jeść mogły częściej badane rodzące z osobą towarzyszącą (tabela 1). W badaniu przeprowadzanym w czasie pandemii nie zauważono wzrostu odsetka respondentek deklarujących, że w czasie porodu chodziły (odsetek ten pozostał na wysokim poziomie – ponad $\frac{3}{4}$ ankietowanych).

Tabela 1. Obecność osoby bliskiej przy porodzie a możliwość picia, spożywania posiłków, zmieniania pozycji w 2018 i 2021 r.*

	2018/ n=6837		2021/ n=8058	
	Sama	Z osobą towarzyszącą	Sama	Z osobą towarzyszącą
Pić	64%	86%	81%	91%
Jeść	10%	24%	22%	37%
Chodzić / zmieniać pozycję**	55%	76%	66%	78%

** różnice między 2018 a 2021 r. i odpowiedziami osób, które rodziły z osobą towarzyszącą, nieistotne statystycznie

4.3.3. Interwencje medyczne podczas porodu

Porównanie wyników badań pokazuje, że odsetek kobiet deklarujących, że miały wywołany poród, nie zmienił się, i zarówno w 2018, jak i w 2021 r. wynosił 43%. W 2018 r. częściej wywołany poród miały kobiety rodzące z osobą towarzyszącą niż te, które rodziły same (odpowiednio 44% i 35%). W 2021 r. nie zaobserwowano tej różnicy.

Warto zwrócić uwagę, że w 2021 r. badane częściej deklarowały, że miały podaną kroplówkę ze sztuczną oksytocyną – deklarowało tak 64% ankietowanych w porównaniu z 61% w 2018 r.* Ponadto częściej kroplówkę otrzymywały respondentki, które rodziły z osobą towarzyszącą. Działo się tak zarówno w 2018, jak i w 2021 r. (tabela 2).

Tabela 2. Odsetek badanych, które otrzymały kroplówkę ze sztuczną oksytocyną, w zależności od tego, czy rodziły same, czy z osobą towarzyszącą*

	2018/ n=6868		2021/ n=8062	
	Sama	Z osobą towarzyszącą	Sama	Z osobą towarzyszącą
Podano kroplówkę z oksytocyną	51%	62%	62%	66%

Spośród kobiet, które miały podaną kroplówkę ze sztuczną oksytocyną, ponad połowa badanych otrzymała ją w celu przyspieszenia porodu (55% w 2018 r. i 53% w 2021 r.), a ponad 1/3, aby wywołać poród sztuczną oksytocyną (39% respondentek w 2018 r. i 42% w 2021 r.; różnica ta jest istotna statystycznie). W obu badaniach częściej sztuczna oksytocyna była podawana ankietowanym, które rodziły z osobą towarzyszącą, co szczegółowo przedstawia tabela 3.

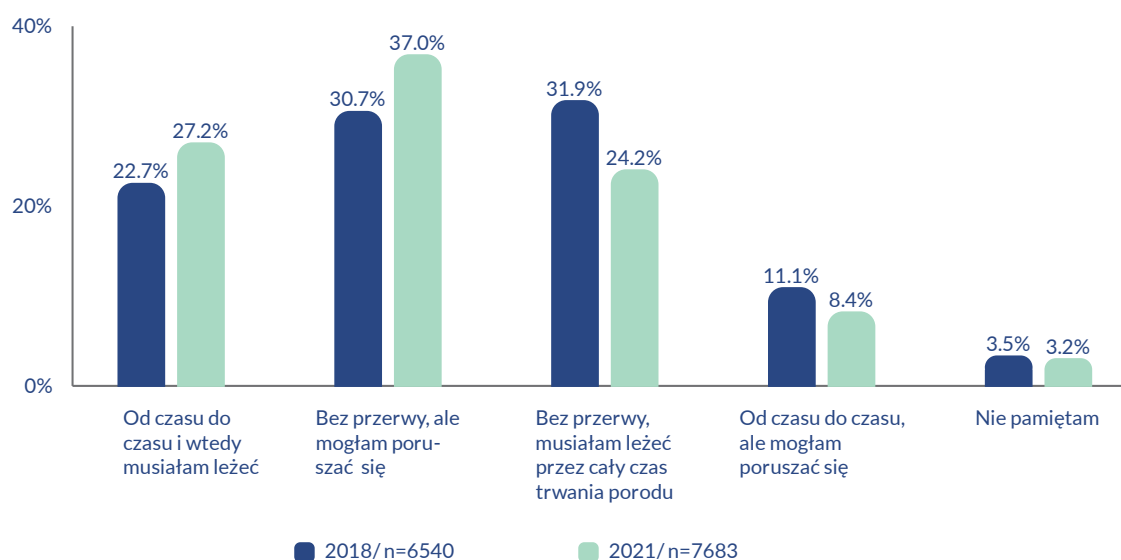
Jednocześnie należy podkreślić, że 2/3 ankietowanych (odpowiednio 62% i 69% w 2018 r. i 2021 r.) deklarowało, że personel pytał o zgodę na podanie kroplówki.

Tabela 3. Odsetek badanych, które otrzymały kroplówkę z oksytocyną w celu wywołania i przyspieszenia porodu, w zależności od tego, czy rodziły same, czy z osobą towarzyszącą*

	2018/ n=4199		2021/ n=5141	
	Sama	Z osobą towarzyszącą	Sama	Z osobą towarzyszącą
Podano kroplówkę z oksytocyną w celu wywołania porodu	44%	39%	43%	40%
Podano kroplówkę z oksytocyną w celu przyspieszenia porodu	47%	56%	51%	57%

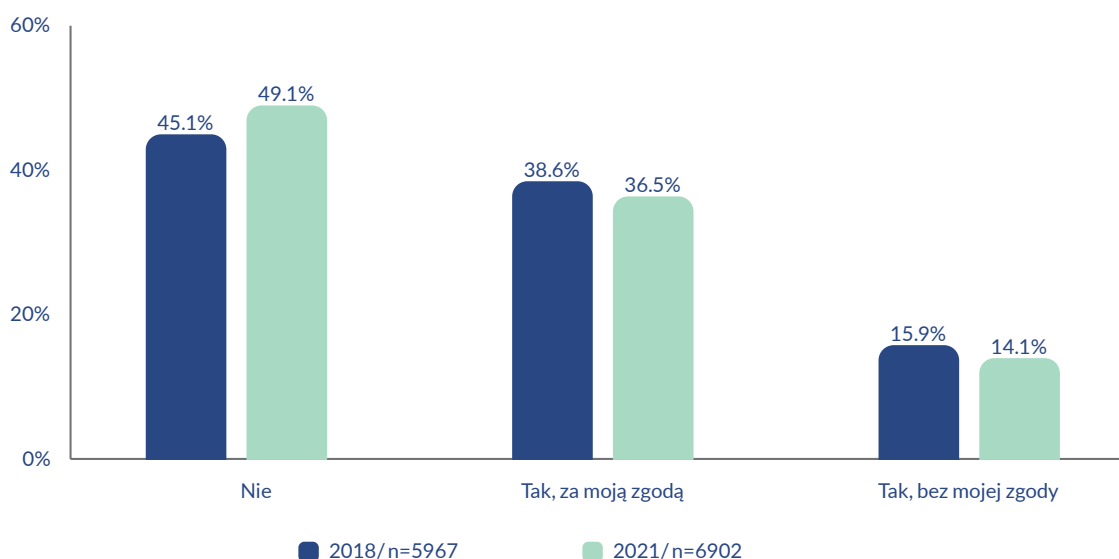
W badaniu realizowanym podczas pandemii wzrósł odsetek kobiet, które deklarowały, że monitorowanie pracy serca dziecka było wykonywane przez cały czas trwania porodu, ale mimo to mogły się poruszać (w 2021 r. wynosił 37% w porównaniu z 30,7% w 2018 r.). ¼ badanych w 2021 r. (24,2%) z powodu monitorowania pracy serca przez cały poród dziecka była unieruchomiona (wykres 7).

Wykres 7. Monitorowanie pracy serca dziecka aparatem KTG w trakcie porodu*
(odpowiedzi osób, które rodziły drogami natury lub miały cesarskie cięcie nieplanowane)



Nacięcie krocza to jedna z interwencji medycznych, która powinna być wykonywana tylko w uzasadnionych medycznie przypadkach. Wśród badanych w 2018 r. 54,5% deklaroowało, że miały nacinane krocz. W 2021 r. odsetek ten jest nieznacznie mniejszy i wynosi 50,6%. Należy zwrócić uwagę, że częściej niż co dziesiąta kobieta nie była pytana o zgodę na wykonanie tej czynności (wykres 8).

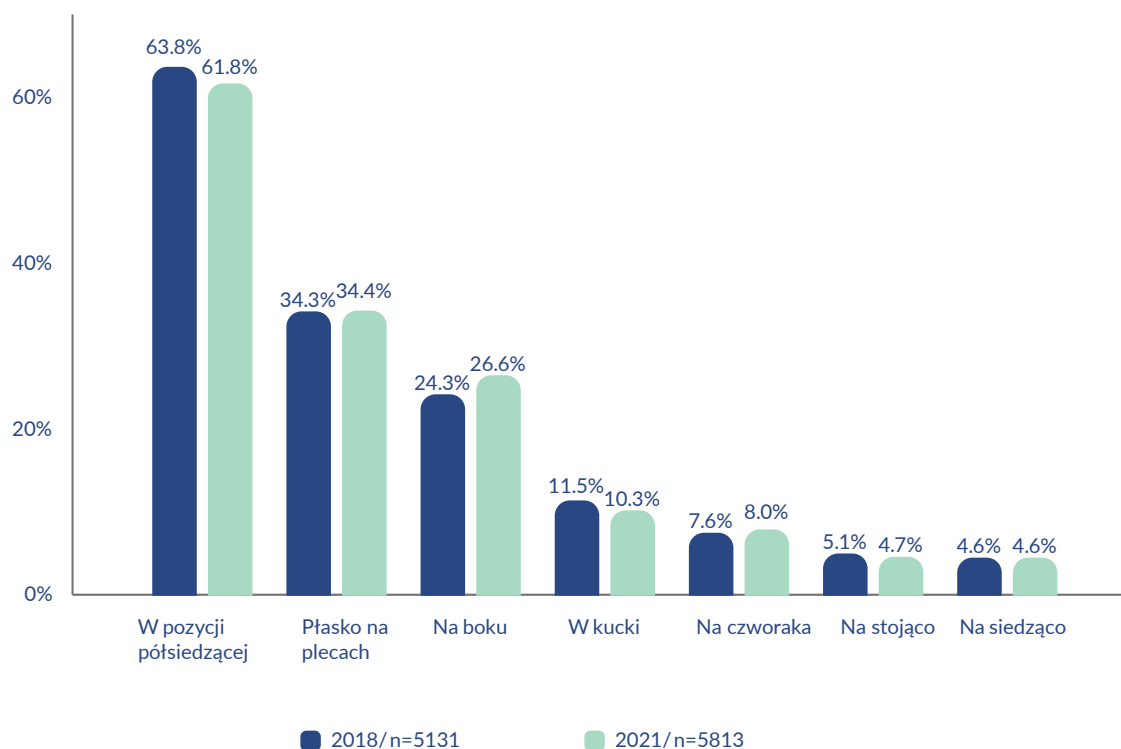
Wykres 8. Nacinanie krocza* (odpowiedzi osób, które rodziły drogami natury)



4.3.4. Możliwość swobodnego przyjmowania pozycji w II okresie porodu

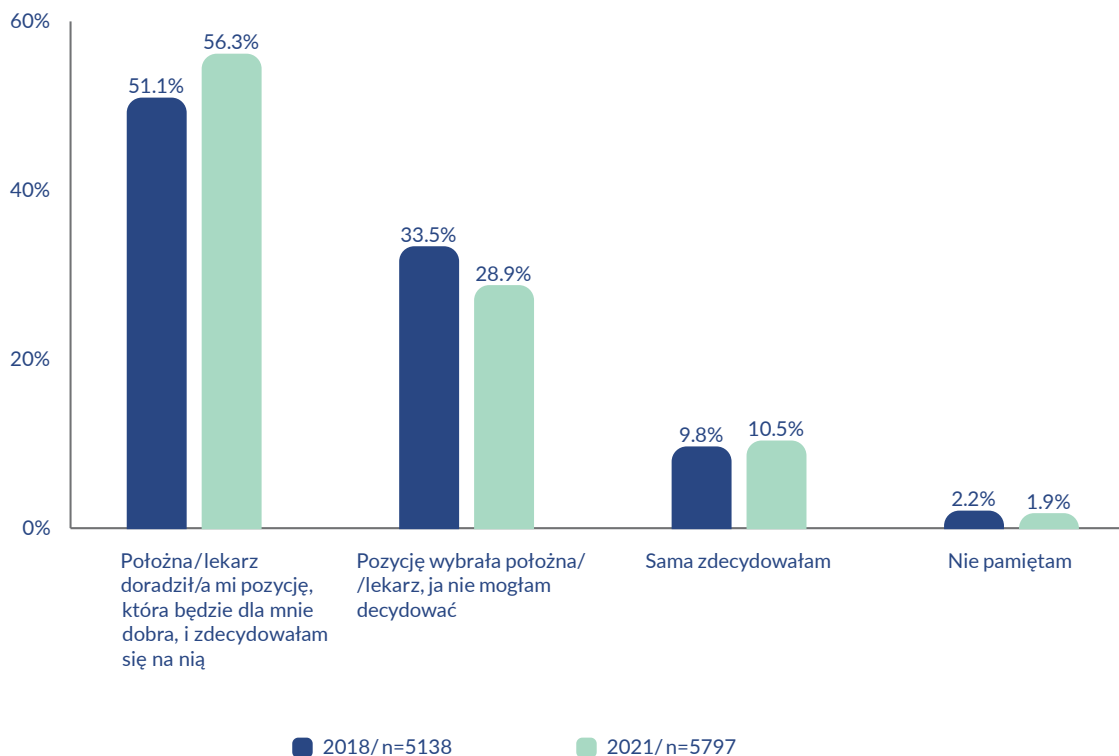
Ważnym elementem opieki nad kobietą podczas fizjologicznego porodu jest stworzenie warunków do rodzenia w pozycji najbardziej dogodnej dla kobiety. Nie zaobserwowano istotnej różnicy między odpowiedziami dotyczącymi tej kwestii w 2018 r. i w 2021 r. Najwięcej badanych rodziło w pozycji półsiedzącej (63,8% w 2018 r. i 61,8% w 2021 r.), ¼ na boku (24,3% w 2018 r. i 26,6% w 2021 r.), co dziesiąta w kucki. Warto jednak zwrócić uwagę, że ⅓ badanych (34,4%) wciąż rodziła, leżąc płasko na plecach (wykres 9).

Wykres 9. Pozycja w czasie II okresu porodu (odpowiedzi kobiet, które rodziły drogami natury, nie miały porodu zabiegowego; dane nie sumują się do 100%, badane mogły zaznaczyć więcej niż jedną odpowiedź)



Dane dotyczące pozycji w II okresie porodu warto zestawić z danymi o tym, kto decydował, w jaki sposób urodzi się dziecko. W 2021 r. kobiet, które deklarowały, że nie mogły wybrać pozycji w II okresie porodu, było mniej niż w poprzednim badaniu (o 4,6 punktu procentowego). Wciąż jednak 28,9% ankietowanych wskazywało, że nie miały możliwości wyboru pozycji. Jednocześnie w porównaniu z 2018 r. wzrósł odsetek ankietowanych, którym położna lub lekarz doradzili pozycję, na jaką się zdecydowały (wzrost o 5,1 punktu procentowego). Na przestrzeni ostatnich trzech lat nie zmieniło się, że co dziesiąta badana sama zdecydowała o pozycji podczas II okresu porodu (wykres 10). Podsumowując powyższe dane, można stwierdzić, że ponad 90% kobiet rodzi w zmedyalizowanych pozycjach: płasko na plecach (34,4%) lub w pozycji półsiedzącej (61,8%), które w wielu sytuacjach wybiera, a nawet narzuca personel.

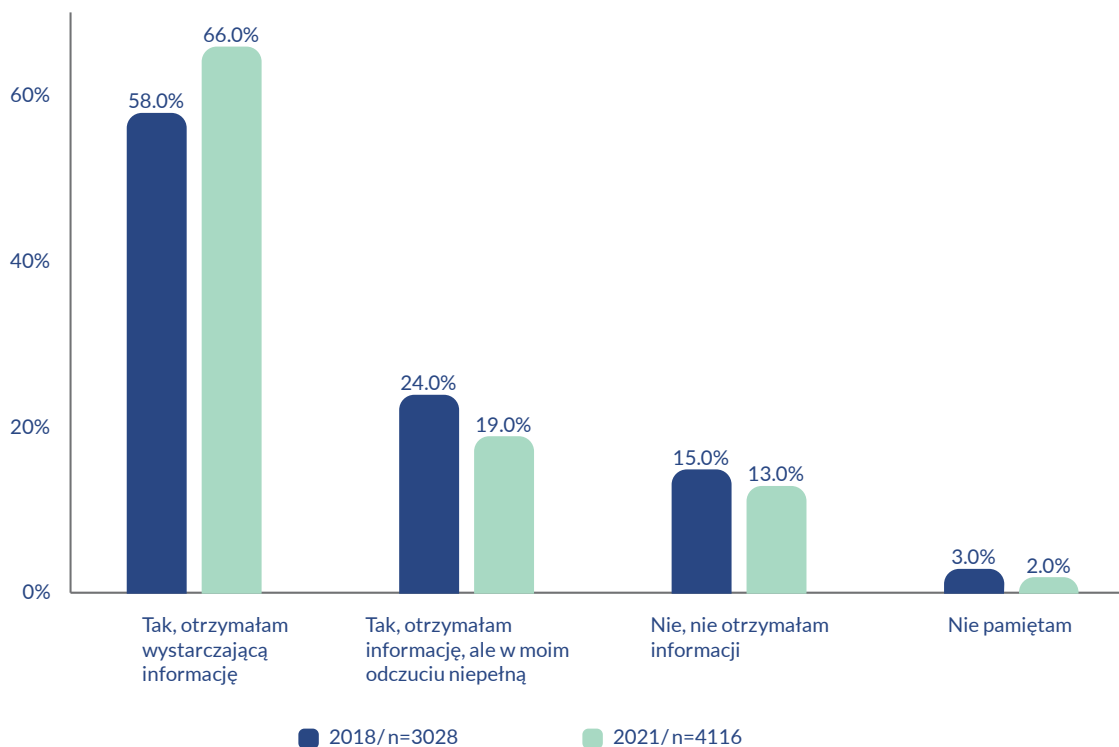
Wykres 10. Osoba podejmująca decyzję o pozycji kobiety w czasie II okresu porodu (odpowiedzi kobiet, które rodziły drogami natury, nie miały porodu zabiegowego; dane nie sumują się do 100%, badane mogły zaznaczyć więcej niż jedną odpowiedź)



4.4. Opieka w czasie cesarskiego cięcia

Analiza opisywanych przez kobiety doświadczeń związanych z porodem poprzez cesarskie cięcie jest bardzo istotna, zwłaszcza biorąc pod uwagę, że z każdym rokiem w ten sposób przychodzi na świat coraz więcej dzieci. W ostatnich trzech latach wzrósł odsetek respondentek, które miały poczucie, że otrzymały niezbędne informacje dotyczące cesarskiego cięcia, jednocześnie zmalała liczba tych, które deklarowały, że w ogóle takich informacji nie otrzymały (wykres 11).

Wykres 11. Opinia badanych kobiet o zakresie informacji dotyczących cesarskiego cięcia, które zostały im przekazane* (odpowiedzi osób, które miały cesarskie cięcie)

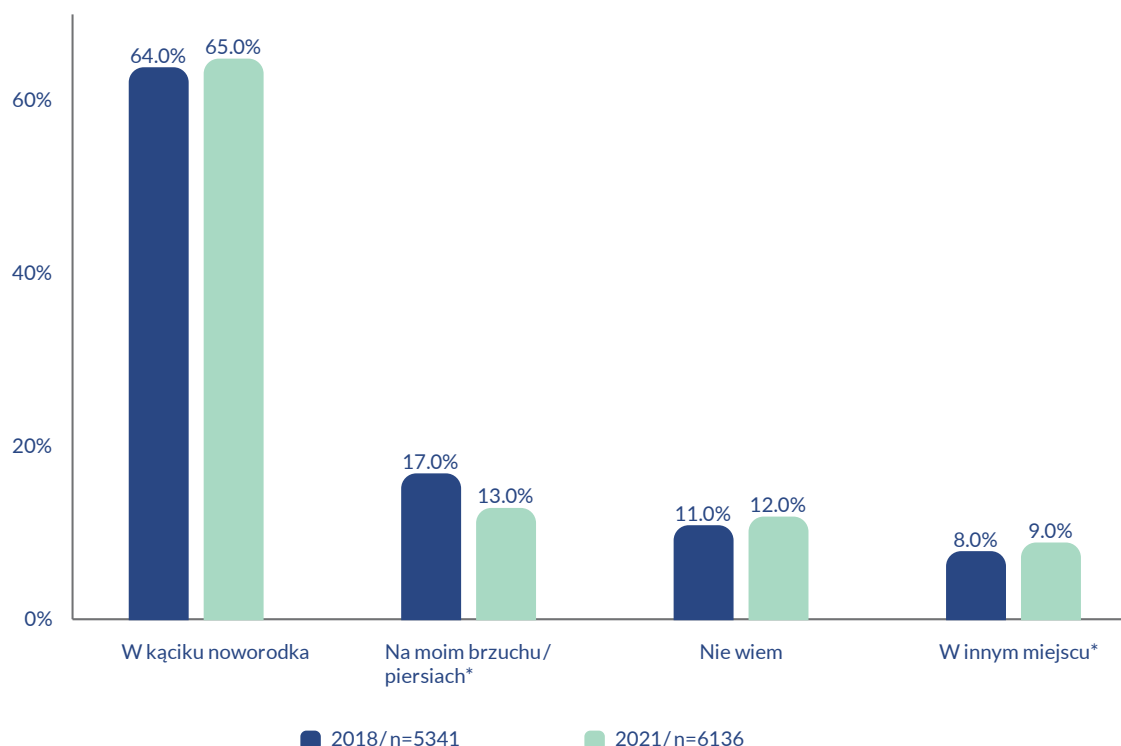


4.5. Opieka nad noworodkiem

Zdecydowana większość respondentek (93%) zarówno w 2018 r., jak i w 2021 r. deklarowała, że zaraz po porodzie miała zapewniony kontakt z noworodkiem skóra do skóry, z czego u blisko połowy (48%) trwał on dwie godziny lub dłużej.

Według $\frac{2}{3}$ badanych ocena dziecka w skali Apgar była wykonywana w kąciku noworodka. Jednocześnie w 2021 r. zmniejszył się odsetek respondentek, które deklarowały, że dziecko zostało ocenione w skali Apgar na ich brzuchu/na piersi (wykres 12).

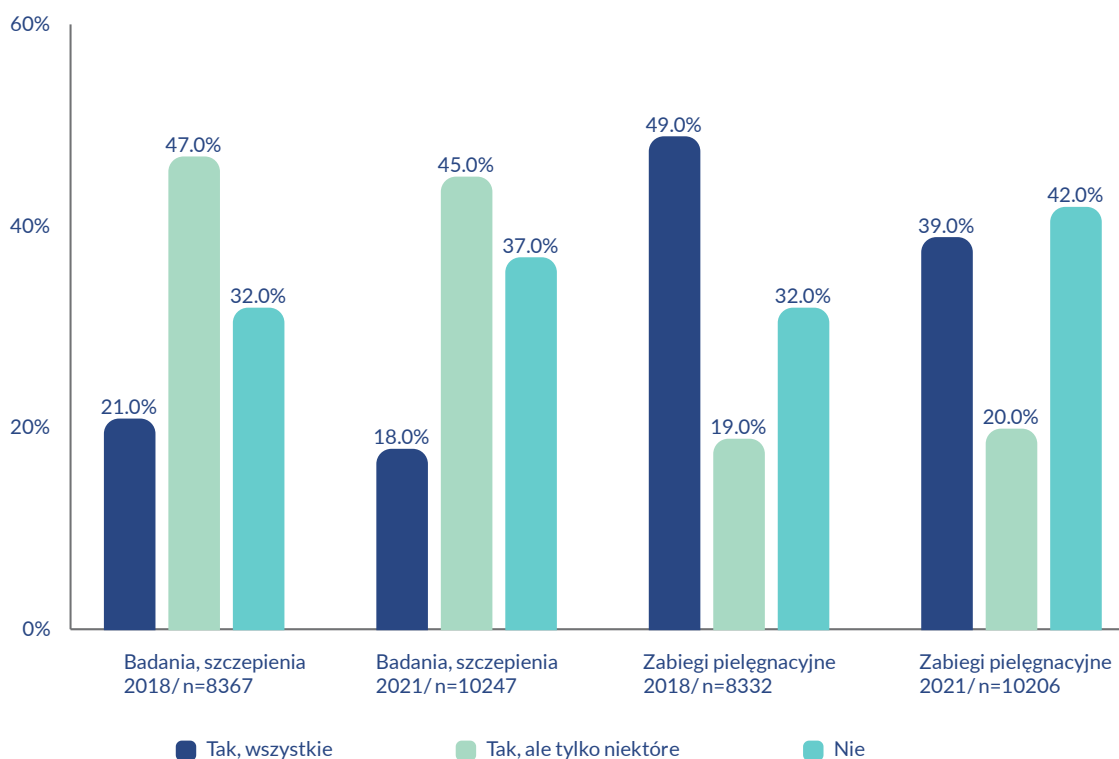
Wykres 12. Miejsce oceny dziecka w skali Apgar (odpowiedzi osób, które urodziły drogami natury lub miały poród zabiegowy)



Ponad 90% ankietowanych deklaroowało, że w czasie pobytu na oddziale położniczym mogło być z dzieckiem bez ograniczeń (94% w 2018 r. i 93% w 2021 r.). Odpowiedzi respondentek wskazują, że w 2021 r. częściej zdarzała się sytuacja, w której zabiegi pielęgnacyjne, badania, szczepienia były wykonywane bez obecności matki (wykres 13). Może to być skutek ograniczeń wprowadzonych w związku z pandemią, które nierzadko miały na celu ograniczenie przemieszczania się kobiet po oddziałach i kontaktu z personelem medycznym.

Wszystkie czynności przy noworodku powinny być wykonywane w obecności matki. Z doświadczeń badanych wynika, że częściej tak się dzieje w przypadku zabiegów pielęgnacyjnych (49% w 2018 r. i 39% w 2021 r.) niż badań lub szczepień (21% w 2018 r. i 18% w 2021 r.).

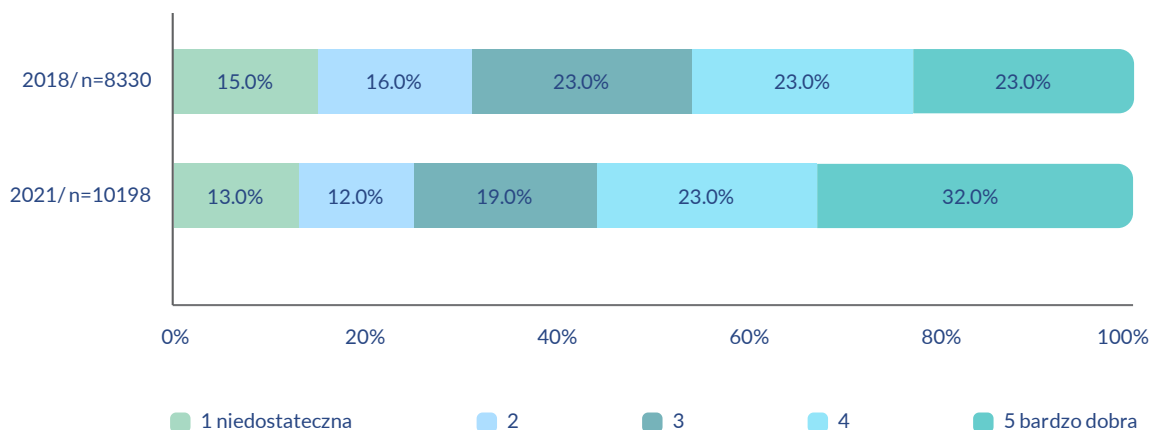
Wykres 13. Czynności pielęgnacyjne, zabiegi, szczepienia, badania wykonywane w obecności matki*



Mimo że w związku z pandemią ograniczano obecność matki przy czynnościach wykonywanych przy dziecku, to jednak w ostatnich trzech latach wzrósł odsetek respondentek, które deklarowały, że personel oddziału położniczego z własnej inicjatywy uczył, jak pielęgnować dziecko (w 2018 r. deklarowało tak 29%, w 2021 r. 32%, różnica jest istotna statystycznie). Wzrósł także odsetek ankietowanych, w których opinii personel z własnej inicjatywy uczył, jak karmić piersią (z 33% w 2018 r. do 39% w 2021 r., różnica jest istotna statystycznie).

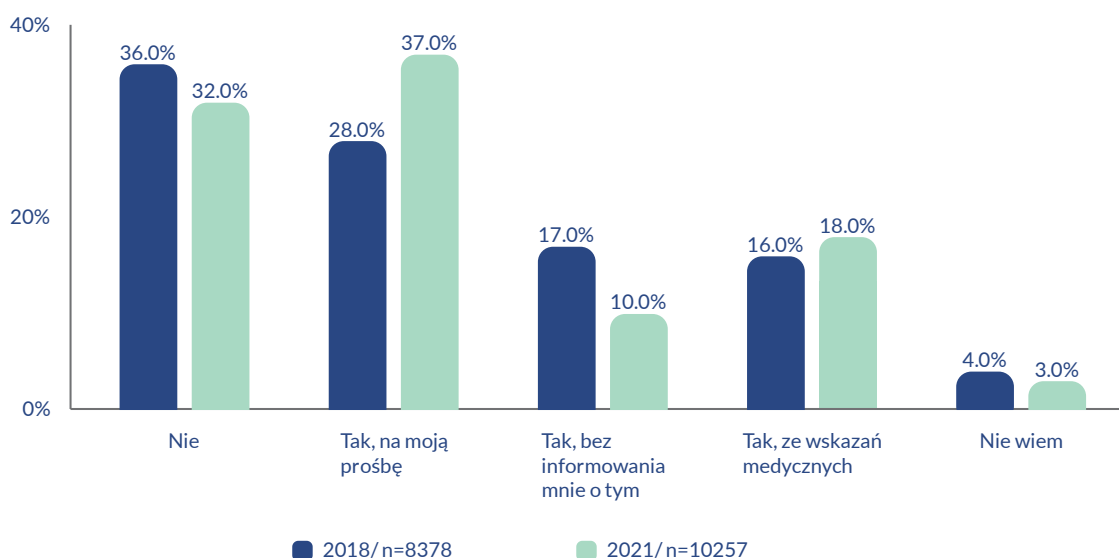
Ogólna ocena wsparcia w zakresie karmienia piersią w ciągu ostatnich trzech lat poprawiła się, wzrósł bowiem odsetek kobiet, które oceniły tę opiekę bardzo dobrze (wzrost o 9 punktów procentowych z 23% w 2018 r. do 32% w 2021 r.). Ponad połowa badanych (55%) ocenia zatem pomoc związaną z karmieniem piersią jako bardzo dobrą lub dobrą. Jednocześnie maleje liczba respondentek dających temu wsparciu najniższe oceny, nadal jednak utrzymuje się na poziomie 25% ankietowanych kobiet, które deklarowały, że pomoc ta jest niewystarczająca (wykres 14).

Wykres 14. Ocena wsparcia w zakresie karmienia piersią*



W badaniu doświadczeń kobiet z czasów pandemii zmniejszył się odsetek respondentek, które deklarowały, że dziecku nie była podawana sztuczna mieszanka. W 2018 r. wynosił on 36% badanych, w 2021 r. 32%. Jednocześnie wyraźnie wzrosła liczba kobiet, które deklarowały, że sztuczną mieszankę podano noworodkowi na prośbę kobiety (wzrost z 28% w 2018 r. do 37% w 2021 r.). Może to wynikać z obecnych w mediach na początku pandemii doniesień, że w związku z koronawirusem bezpieczniej jest nie karmić dzieci piersią. O 7 punktów procentowych obniżył się jednak odsetek badanych deklarujących, że mieszanka była podawana bez ich zgody (wykres 15). Wciąż jednak 10% dzieci podaje się sztuczną mieszankę bez wiedzy i zgody matek.

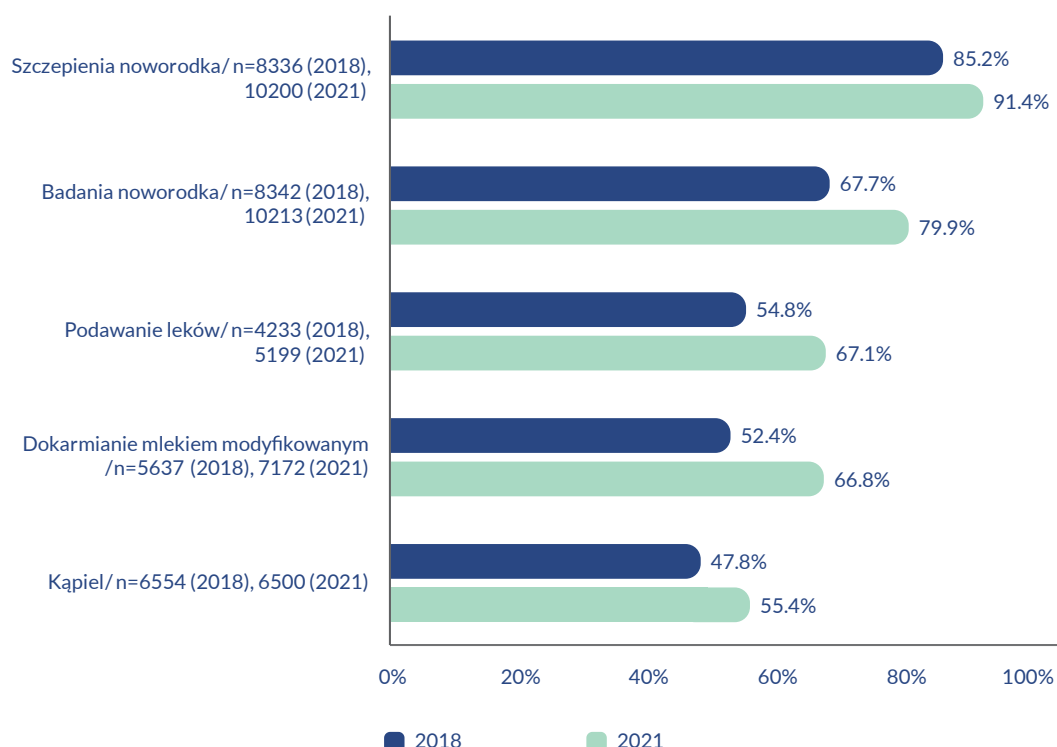
Wykres 15. Podawanie dziecku sztucznej mieszanki



4.6. Pozyskiwanie zgody przez personel na zabiegi i czynności wykonywane w szpitalu

Odpowiedzi respondentek wskazują, że personel medyczny częściej pyta o zgodę na wykonywanie czynności związanych z opieką nad noworodkiem, niż robił to trzy lata temu. 9 na 10 ankietowanych (91,4%) odpowiedziało, że zadano pytanie o zgodę na szczepienie dziecka (wzrost o 6,2 punktu procentowego). O 12,2 punktu procentowego wzrósł odsetek badanych, które deklarowały, że przed badaniami dziecka personel pytał o zgodę (wzrost z 67,7% do 79,9%). ⅓ badanych pytano o to, czy wyrażają zgodę na podanie dziecku leków (67,1%) lub o dokarmianie dziecka mieszanką (66,8%) (wykres 16).

Wykres 16. Pozyskiwanie zgody na czynności w opiece nad dzieckiem* (odpowiedzi „tak” na pytanie, czy personel pytał o zgodę; usunięto odpowiedzi respondentek, które wskazały, że nie było potrzeby wykonywania danej czynności)



4.7. Komunikacja personelu z kobietami

Badane zostały poproszone o ocenę sposobu zachowania i komunikacji personelu medycznego pracującego na sali porodowej, podczas cesarskiego cięcia i w oddziałach położniczych. Analiza wyników wskazuje, że średnia ocena wzrosła, choć nadal nie jest na satysfakcjonującym, wysokim poziomie, biorąc pod uwagę, że w badaniu prosiliśmy o ocenę zachowań, które powinny być podstawą i standardem w opiece nad każdą kobietą. Wzrost średnich ocen jest przedstawiony w tabeli 4. W opinii badanych najlepiej wypadają umiejętności personelu związane z prowadzeniem rozmowy w sposób grzeczny i kulturalny, okazywaniem szacunku, przekazywaniem informacji w sposób zrozumiały, dbaniem o prywatność i intymność, a także przekazywaniem potrzebnych informacji. Respondentki najrzadziej spotykały się z pukaniem do sali na oddziale położniczym. Należy jednak zwrócić uwagę na poprawę w 2021 r. średniej oceny dotyczącej komunikacji w porównaniu z 2018 r.

Tabela 4. Średnia ocena zachowania personelu w sali porodowej, podczas cesarskiego cięcia i na oddziale położniczym wobec kobiet (ocena na skali od 1 do 5, gdzie 1 to ocena niedostateczna, a 5 to bardzo dobra)*

	Sala porodowa		Cesarskie cięcie		Oddział położniczy	
	2018/ n=6869	2021/ n=8103	2018/ n=3033	2021/ n=4121	2018/ n=8378	2021/ n=10257
Grzeczna i kulturalna rozmowa	4,41	4,49	4,42	4,54	4,24	4,38
Okazywanie szacunku	4,41	4,48	4,39	4,52	4,23	4,34
Przekazywanie informacji w sposób zrozumiały	4,26	4,36	4,25	4,42	4,10	4,27
Dbłość o prywatność i intymność	4,21	4,33	4,28	4,42	4,09	4,29
Przekazywanie wszystkich potrzebnych informacji	4,05	4,19	4,11	4,32	3,91	4,13
Pukał przed wejściem do sali	bd	bd	bd	bd	2,19	2,54

Pogłębiając kwestie związane z komunikacją z pacjentkami, dopytałyśmy o to, czy ankietowane miały poczucie poinformowania w kwestiach dotyczących opieki nad nimi i dziećmi. Analiza wyników wskazuje, że w ciągu trzech ostatnich lat średnia ocena poprawiła się we wszystkich badanych obszarach. Można jednak stwierdzić, że w zakresie poinformowania kobiet jest jeszcze wiele do zrobienia, gdyż poinformowanie o stanie zdrowia noworodka czy pacjentki to absolutnie podstawowe kwestie, a średnia ocena badanych w tych aspektach wynosiła odpowiednio 4,23 i 4,01. Pozostałe obszary, które oceniały ankietowane, dotyczą także podstawowego prawa do informacji, a poczucie poinformowania wśród badanych wynosiło średnio poniżej 4 (tabela 5).

Tabela 5. Poczucie poinformowania (średnia ocena na skali od 1 do 5, gdzie 1 to zdecydowanie nie, 5 zdecydowanie tak)

	2018/ n=8377	2021/ n=10257
O stanie zdrowia noworodka	4,11	4,23
O swoim stanie zdrowia	3,84	4,01
O stanie zdrowia dziecka w trakcie porodu	3,80	3,97
O zabiegach wykonywanych przy dziecku	3,69	3,92
O przebiegu porodu	3,69	3,84
W jaki sposób karmić dziecko	3,40	3,62
Kto z personelu sprawuje nad Panią opiekę	2,98	3,29

W ciągu ostatnich trzech lat wzrósł odsetek ankietowanych, które deklarowały, że personel zawsze się przedstawiał (w 2018 r. wynosił on 11%, w 2021 r. 18%). Może to wynikać z faktu, że w czasie pandemii personel często musiał być ubrany w środki ochrony osobistej, w tym maseczki, przez co konieczność przedstawienia się stała się bardziej oczywista. Mimo to ¼ respondentek (24%) wskazała, że personel w ogóle się nie przedstawiał. Ankietowane miały jednak bardzo wiele negatywnych doświadczeń związanych z tym, w jaki sposób personel medyczny się z nimi komunikował. Mimo że osób, które deklarowały, że były źle traktowane podczas pobytu w szpitalu, odnotowano w ostatnim badaniu procentowo mniej niż w 2018 r., to jednak liczba kobiet, które doświadczają przemocy werbalnej, wciąż jest bardzo duża (tabela 6).

Tabela 6. Liczba i odsetek badanych, które doświadczyły przemocy werbalnej podczas pobytu w szpitalu

	2018/ n=8377		2021/ n=10257	
Niestosowne komentarze	2065	25%	2128	21%
Wywyższanie się	1745	21%	1673	16%
Podnoszenie głosu / krzyk	995	12%	1043	10%
Wyśmiewanie	877	10%	877	9%
Używanie niezrozumiałego języka	635	8%	656	6%
Zwracanie się w trzeciej osobie, np. niech się rozbierze	589	7%	655	6%
Obrażanie pacjentki	557	7%	600	6%
Zwracanie się w sposób poufaty	529	6%	503	5%

Choć powyżej opisano stosunkowo niskie średnie ocen dotyczące przestrzegania prawa do informacji (między 3,29 a 4,23), należy zwrócić uwagę, że odsetek badanych, które deklarowały poczucie, że któreś z ich praw zostało złamane podczas pobytu w szpitalu, wynosi 13% i jest o trzy punkty procentowe niższy niż w 2018 r. Zmniejszyła się również grupa kobiet, które nie wiedzą, czy ich prawo zostało złamane – w 2018 r. stanowiły one 23%, a w 2021 r. 19%.

4.8. Doświadczenia kobiet podczas pobytu w szpitalu – nienależyta opieka, nadużycia, przemoc

Badane miały także wiele negatywnych doświadczeń związanych z zachowaniem personelu. Co piąta poczuła się zignorowana, co dziesiąta zawstydzona (tabela 7). O 7 punktów procentowych wzrósł odsetek badanych kobiet, które deklarowały, że nie doświadczyły żadnej z podanych w tabeli emocji (z 64% w 2018 r. do 71% w 2021 r.).

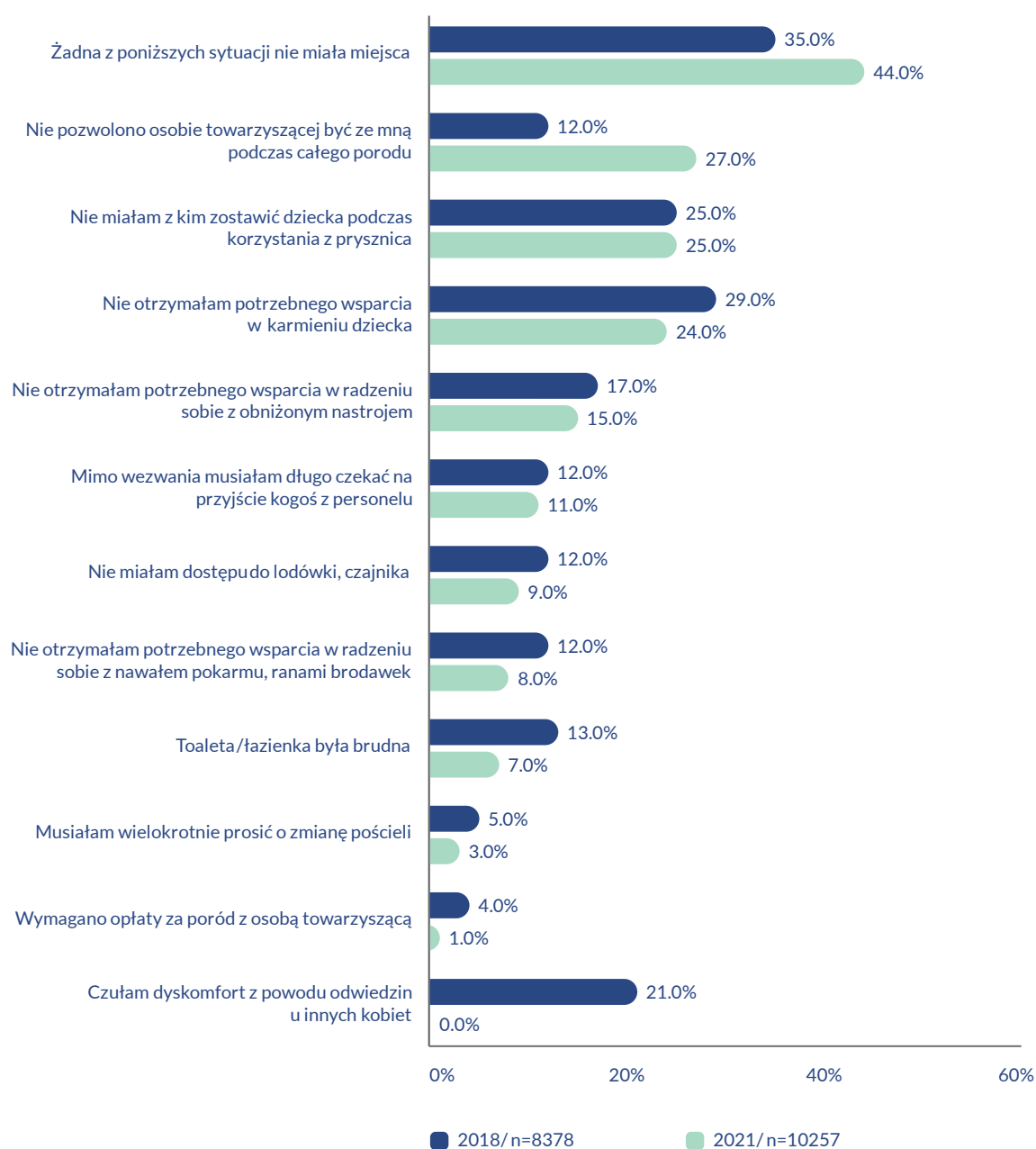
Tabela 7. Odsetek respondentek, które deklarowały, że miały negatywne doświadczenia na skutek zachowania personelu medycznego* (Czy zachowanie personelu lub organizacja opieki spowodowała, że czuła się Pani...)

	2018/ n=8377		2021/ n=10257	
Zignorowana	1797	21%	1903	19%
Zawstydzona	1174	14%	991	10%
Poniżona	779	9%	836	8%

Mimo że ponad połowa badanych oceniła wsparcie w zakresie karmienia piersią dobrze lub bardzo dobrze, to równocześnie ¼ respondentek (24%) wprost zadeklarowała, że nie otrzymały potrzebnego wsparcia w karmieniu dziecka. Podobny odsetek badanych (25%) wskazał, że podczas pobytu w szpitalu miały problem z pozostawieniem dziecka pod opieką, by wziąć prysznic.

Wykres 17 szczegółowo przedstawia doświadczenia respondentek podczas pobytu na oddziale położniczym. Należy zwrócić uwagę, że na przestrzeni ostatnich trzech lat zmalał odsetek ankietowanych, które doświadczyły podanych w pytaniu sytuacji związanych z brakiem wsparcia, brakiem dostępu do niezbędnego sprzętu czy udogodnień.

Wykres 17. Odsetek respondentek, które deklarowały, że w szpitalu zdarzyła się przynajmniej jedna z podanych sytuacji* (dane nie sumują się do 100%, gdyż badane były proszone o zaznaczenie wszystkich sytuacji, które im się zdarzyły)



Po zapytaniu o szczegółowe sytuacje odzwierciedlające sposób traktowania rodzących i położnic okazuje się, że 3% było szantażowanych, 2% podczas parcia na siłę rozkładano nogi. Odsetki mogą wydawać się niewielkie, ale warto przyjrzeć się liczbom, które za nimi się kryją. W ciągu kilku miesięcy realizacji badania, między marcem 2020 a lutym 2021 r., 332 kobiety podczas pobytu w szpitalu były szantażowane, w przypadku 194 stosowano siłę, by rozłożyły nogi w czasie parcia. Ponadto 76 ankietowanym grożono, 42 przywiązywano nogi do łóżka porodowego, 29 było szturchanych, na 17 wymuszano opłaty, a 8 zostało spoliczkowanych.

Konstrukcja ankiety umożliwiała opisanie trudnej sytuacji, która zapadła badanym w pamięć. W odpowiedziach wybrzmiewa poczucie osamotnienia i braku pomocy w opiece nad dzieckiem i przy karmieniu. Często pojawiają się także opisy bólu, którego doświadczyły kobiety w szpitalu, nie tylko bólu porodowego, ale związanego z pionizacją po cesarskim cięciu, szyciem krocza. W ankietach można znaleźć takie odpowiedzi obrazujące ten problem:

Gdy już przestali mi dawać środki przeciwbólowe, okazało się, że ból nadal jest ogromny, aż mówić nie mogłam, i powiedzieli, że nic już mi dać nie mogą. Wiedziałam, że powinnam w miarę szybko zacząć się pionizować, ale przez ten ból nie mogłam się ruszyć. Udało mi się przy pomocy męża usiąść na skraju łóżka i próbowałam wstać. Niestety nie dawałam rady. Weszła położna ze zmiany nocnej (było to ok. 22) i zaczęła szarpać mnie do góry, bym wstała. Ból był ogromny, nie mogłam mówić i krzyczeć. Tylko ją podrapałam [...]

Nieprzyjemne szycie krocza, lekarz nie wierzył, że znieczulenie nie działa.

Dużo kobiet pisało też o tym, że nie otrzymywały informacji, nawet takich zupełnie podstawowych:

Po cesarskim cięciu pod narkozą nikt nie poinformował mnie, co się dzieje z moim dzieckiem. Powiedziano mi, że przyjdzie neonatolog, ale nie przyszedł. Nie dostałam nawet informacji, czy moje dziecko żyje.

W odpowiedziach kobiet pojawiają się słowa, zdania, które padały z ust personelu. Te słowa zapadają w pamięć, zostają potem z kobietą wraz ze wspomnieniem porodu i pobytu w szpitalu. I często nawet jeśli opieka jest dobra, te słowa nie pozwalają zapomnieć o chwilach, które nigdy nie powinny się zdarzyć.

Czego się pani tak drze.

Z nią jest coś nie tak.

Czego ona tak wyje.

Słabo rodzisz.

Czego ryczysz, bekso.

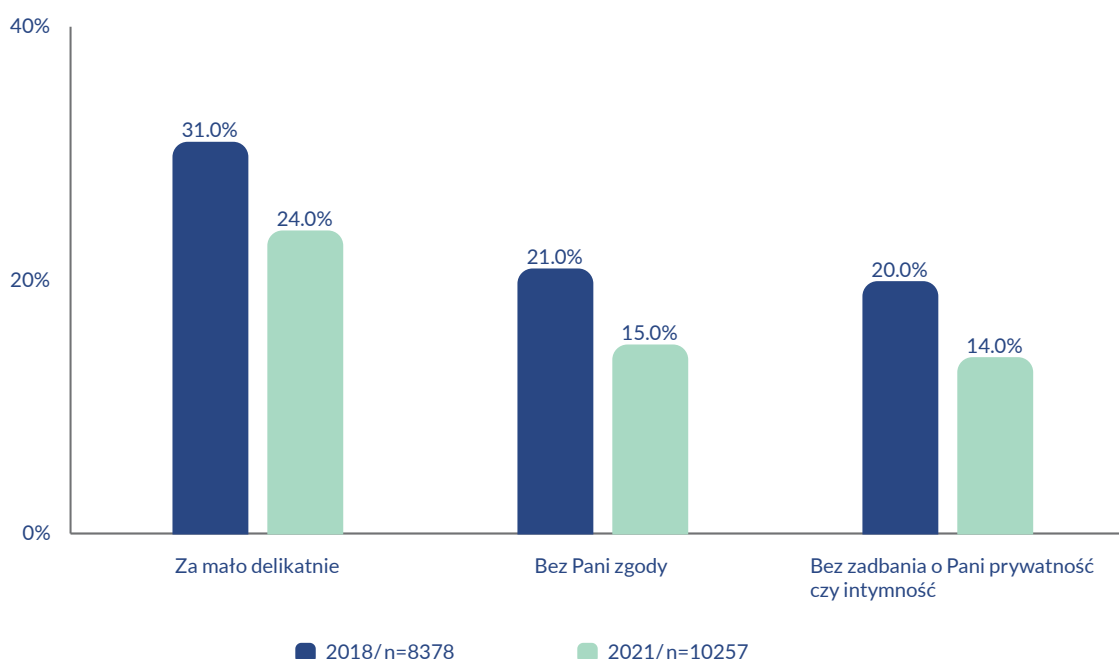
Po co się tak drzesz, przecież dziecko rodzisz i nie krzycz tak, bo mi bębunki w uszach popękają.

Czemu płacze, skoro nawet jeszcze nie zaczęła rodzić.

Nawet z takich małych piersi cieknie mleko.

Pomimo że w ostatnich miesiącach w polskich szpitalach zdarzały się sytuacje trudne do zaakceptowania, to w ostatnich trzech latach zmalał odsetek kobiet, które deklarowały, że w szpitalu jakaś czynność została wykonana za mało delikatnie, bez zgody lub bez dbałości o prywatność i intymność pacjentki (wykres 18). Wciąż jednak działo się tak w przypadku odpowiednio: 24% (brak delikatności), 15% (brak zgody) i 14% respondentek (brak intymności i prywatności). Widać zatem, że personel zwraca coraz większą uwagę na te elementy opieki, cały czas jednak są to obszary, w których należy działać na rzecz zmiany.

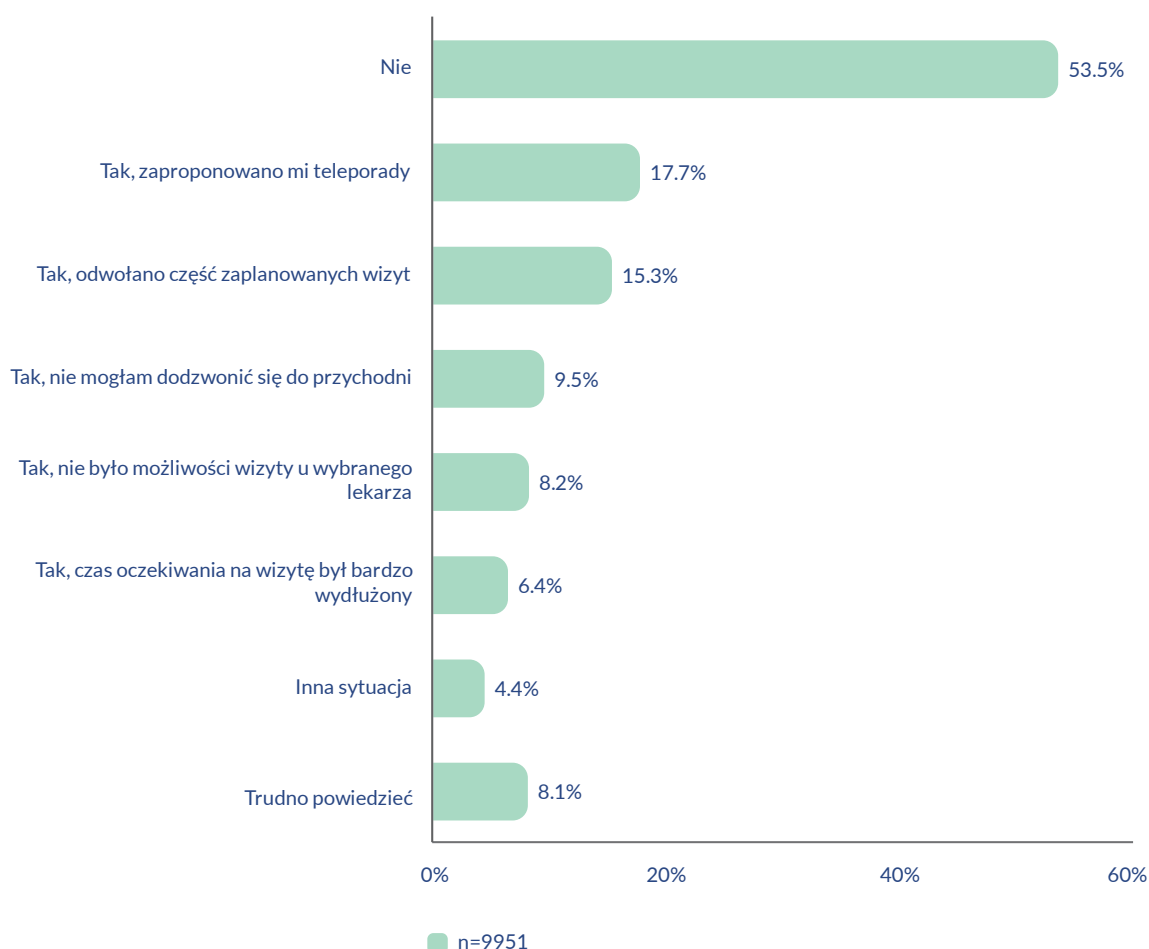
Wykres 18. Odsetek kobiet, które deklarowały, że zdarzyło się, że jakaś czynność została wykonana za mało delikatnie, bez zgody, bez dbałości o prywatność lub intymność*



4.9. Doświadczenia związane z pandemią

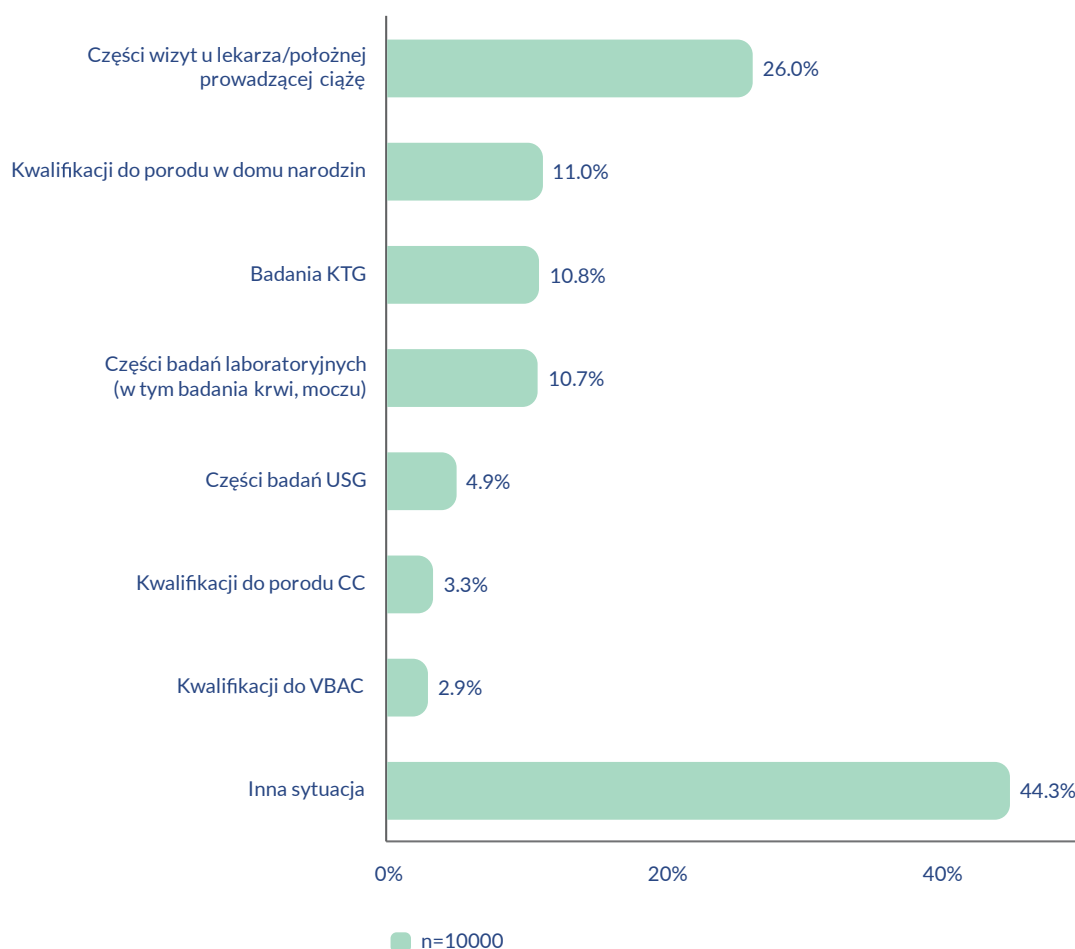
Pandemia wpłynęła na sposób funkcjonowania placówek ochrony zdrowia, ograniczając dostęp do świadczeń, a także zmieniając ich formę. Powstaje pytanie: czy tak też się stało w przypadku opieki nad kobietą ciężarną? Ponad połowa ankietowanych zadeklarowała, że nie doświadczyła ograniczeń w dostępie do świadczeń podczas ciąży. Pozostałe respondenci napotkały różnorodne trudności. Do najpoważniejszych problemów należały: proponowanie teleporady zamiast wizyty w przychodni, odwoływanie części wizyt, utrudnienia w zakresie kontaktu z przychodnią lub zapisania się do określonego lekarza, wydłużenie czasu oczekiwania na wizytę (wykres 19).

Wykres 19. Doświadczenie ograniczenia dostępności świadczeń zdrowotnych w ciąży w związku z pandemią COVID-19



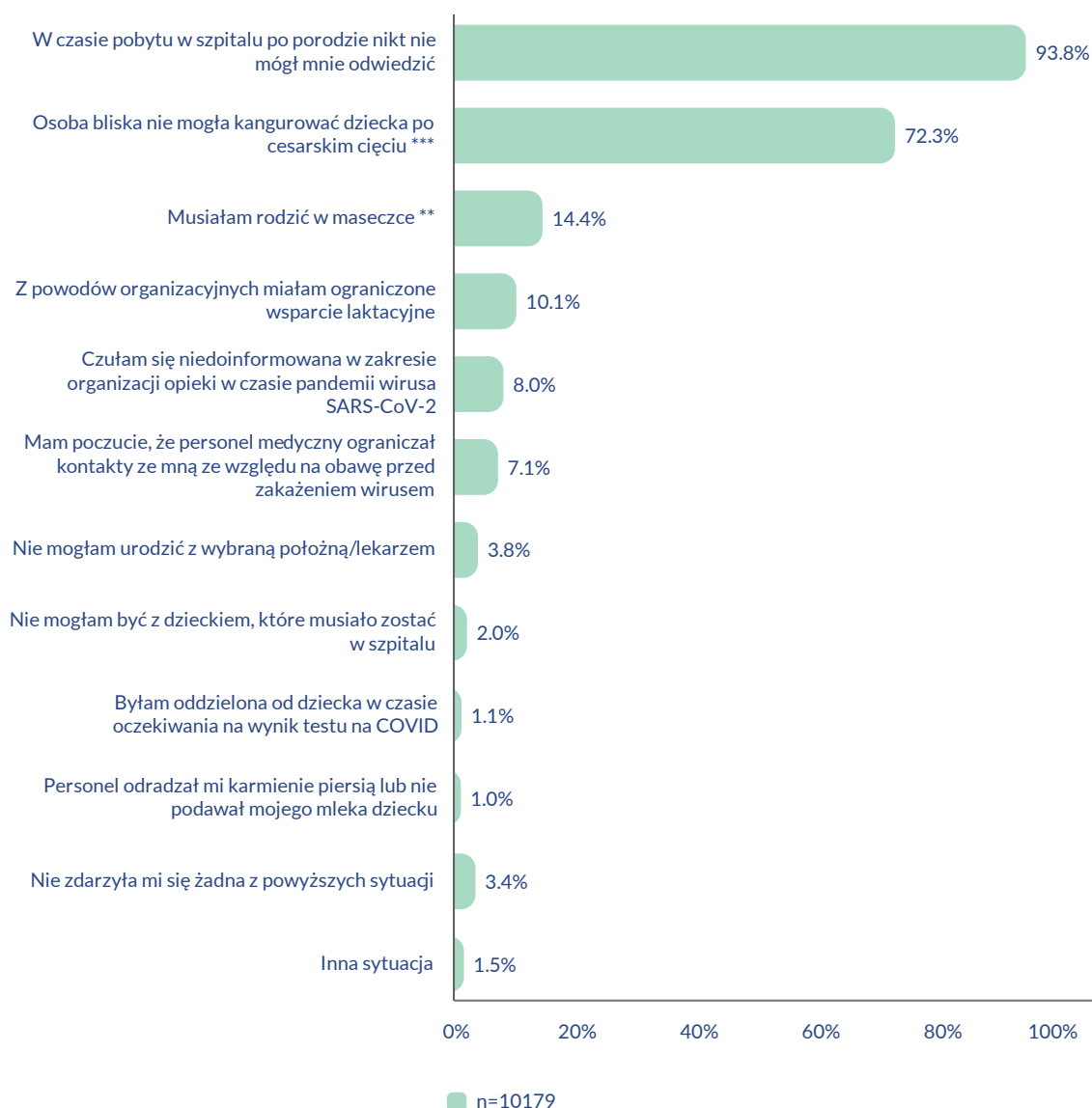
Ograniczenia związane z pandemią spowodowały, że ¼ ankietowanych (26%) zrezygnowała z części wizyt u osoby prowadzącej ciążę, co dziesiąta kobieta – z części badań laboratoryjnych (10,7%), badania KTG (10,8%), kwalifikacji do porodu w domu narodzin (11%). Analizując odpowiedzi na pytanie o to, z czego badana musiała zrezygnować w związku z pandemią, widzimy, że 44,3% ankietowanych wskazało odpowiedź „inna sytuacja”, jednak odpowiedzi wskazują, że większość badanych miała poczucie, że nie musiały z niczego zrezygnować w związku z pandemią.

Wykres 20. Odsetek badanych, które w związku z pandemią COVID-19 musiały zrezygnować z...



Pobyt w szpitalu w czasie pandemii to dla prawie wszystkich badanych pobyt, podczas którego nikt nie mógł ich odwiedzić. Prawie ¼ respondentek, które miały cesarskie cięcie, deklaroowało, że z powodu pandemii osoba bliska nie mogła kangurować dziecka. Dla 14,4% badanych, które rodziły drogami natury, poród w pandemii to poród w maseczce. Badane doświadczyły także innych ograniczeń, które szczegółowo przedstawia wykres 21.

Wykres 21. Doświadczenia związane z porodem i pobytem w szpitalu w czasie pandemii



** odsetek badanych, które rodziły drogami natury

*** odsetek badanych, które miały cesarskie cięcie

4.10. Wyniki badania na tle wyników innych badań

Od 2011 r., czyli wejścia w życie pierwszego aktu prawnego regulującego standardy postępowania oraz procedur medycznych przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, połogu oraz opieki nad noworodkiem, zrealizowano kilka badań, których celem było sprawdzenie, w jakim stopniu przestrzegane jest prawo. W 2016 r. ukazały się dwa raporty na ten temat: raport Najwyższej Izby Kontroli prezentujący wyniki kontroli przeprowadzonej na kilkudziesięciu oddziałach położniczych oraz raport Stowarzyszenia Obywatel Mama, którym objęto wszystkie 27 szpitali i oddziały położnicze w województwie małopolskim. Obydwa dokumenty prezentowały doświadczenie kilku tysięcy kobiet rodzących w latach 2013–2015. W 2017 r. ukazał się raport Fundacji Rodzić po Ludzku, Medyalizacja porodu w Polsce, który prezentował informacje zebrane od szpitali w całej Polsce dotyczące praktyk realizowanych w placówkach oraz statystyk. W 2018 r. ukazał się raport Fundacji Rodzić po Ludzku, Opieka okołoporodowa w Polsce w świetle doświadczeń kobiet, prezentujący wyniki badania z udziałem 8378 kobiet.

W poniższej tabeli przedstawiono dla porównania również dane zawarte w raporcie Fundacji Rodzić po Ludzku z 2006 r. Zestawienie pokazuje, jak wyglądała sytuacja przed wprowadzeniem Standardów oraz jak realizowane jest prawo 10 lat od jego wprowadzenia.

Tabela 8. Porównanie wybranych wskaźników opieki okołoporodowej

	raport FRpL 2021 deklaracje kobiet	raport FRpL 2018 deklaracje kobiet	raport FRpL 2017 deklaracje i dane statystyczne od szpitali	raport NIK 2015–2016 deklaracje kobiet	raport Obywatel Mama 2016 deklaracje kobiet Małopolska	raport FRpL 2006 deklaracje kobiet
Uczestnictwo w edukacji przedporodowej	54%	61%	bd	18% szkoła rodzenia	bd	bd
Przygotowanie planu porodu	47%	40%	bd	25%	31%	bd
Obecność osoby towarzyszącej w trakcie porodu	38%	86%	56%	63%	91%	64%

Tabela 8. c.d. Porównanie wybranych wskaźników opieki okołoporodowej

	raport FRpL 2021 deklaracje kobiet	raport FRpL 2018 deklaracje kobiet	raport FRpL 2017 deklaracje i dane statystyczne od szpitali	raport NIK 2015–2016 deklaracje kobiet	raport Obywatel Mama 2016 deklaracje kobiet Małopolska	raport FRpL 2006 deklaracje kobiet
Wywoływanie porodu	43%	43%	19%	bd	63% miało podaną sztuczną oksytocynę, 31% miało przebitą pęcherz płodowy	50% (łącznie indukcja i przyspieszenie porodu)
Przyspieszanie porodu	64%	61%	25%	bd	63% miało podaną sztuczną oksytocynę	50% (łącznie indukcja i przyspieszenie porodu)
Możliwość picia w czasie porodu	85%	83%	95%	38% zachęcano do picia przejrzystych płynów	82%	bd
Naciskanie brzucha w czasie porodu	15%	15% (w tym prawdopodobny chwyt Kristellera – 2,5%)	bd	27% (w tym prawdopodobny chwyt Kristellera – 11%)	22%	bd
Nacięcie krocza	51%	55%	50%	68%	54%	80%
Kontakt skóra do skóry	93%	93%	84% – zawsze; 14% – prawie zawsze	91%	92%	89%

Tabela 8. c.d. Porównanie wybranych wskaźników opieki okołoporodowej

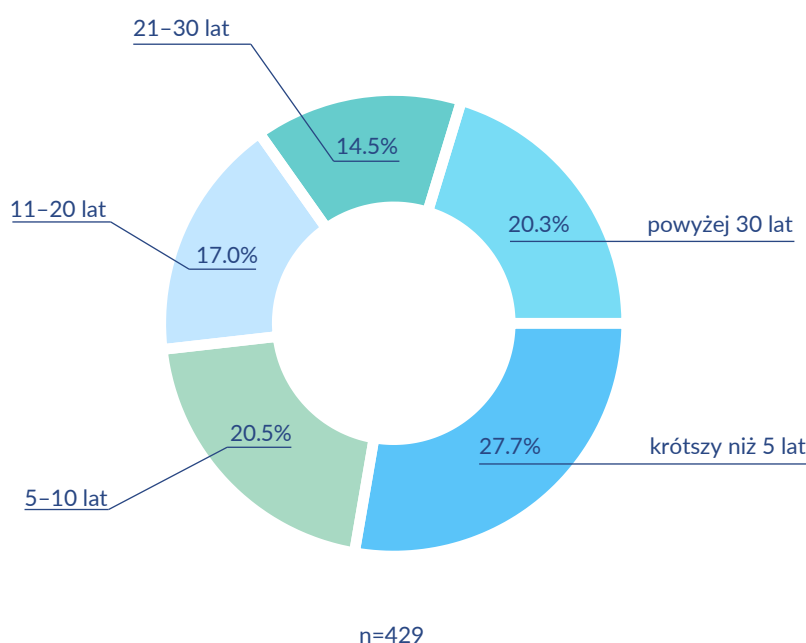
	raport FRpL 2021 deklaracje kobiet	raport FRpL 2018 deklaracje kobiet	raport FRpL 2017 deklaracje i dane statystyczne od szpitali	raport NIK 2015–2016 deklaracje kobiet	raport Obywatel Mama 2016 deklaracje kobiet Małopolska	raport FRpL 2006 deklaracje kobiet
Długość kontaktu skóra do skóry – 2 godziny lub dłużej	48%	38%	48%	11%	17%	bd
Długość kontaktu skóra do skóry – 30 minut do 2 godzin	15%	13%	27%	25%	23%	11% (powyżej 30 minut)
Długość kontaktu skóra do skóry – krócej niż 30 minut	35%	46%	25%	63%	56%	78%

5. Wyniki badania personelu medycznego

5.1. Charakterystyka badanej próby personelu medycznego

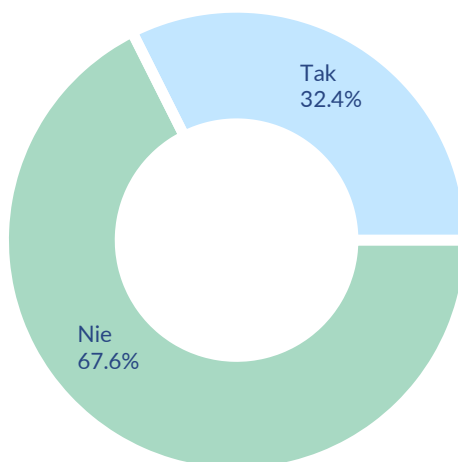
W badanej próbie przeważały położne, które stanowiły 86% ankietowanych, lekarze stanowili 12% respondentów. 94% badanych to kobiety. 85% ankietowanych było zatrudnionych na etacie, 11% na kontrakcie. Staż pracy respondentów był zróżnicowany. Prawie połowa (48,2%) pracowała 10 lat lub krócej, 34,8% miało doświadczenie zawodowe dłuższe niż 20 lat (wykres 22).

Wykres 22. Staż pracy ankietowanych osób z personelu medycznego



Wszystkie osoby, które odpowiedziały na pytania ankiety skierowanej do personelu medycznego, były aktywne zawodowo w czasie pandemii. $\frac{1}{3}$ spośród nich (32,4%) zadeklarowała, że ma doświadczenie pracy w szpitalu covidowym (wykres 23).

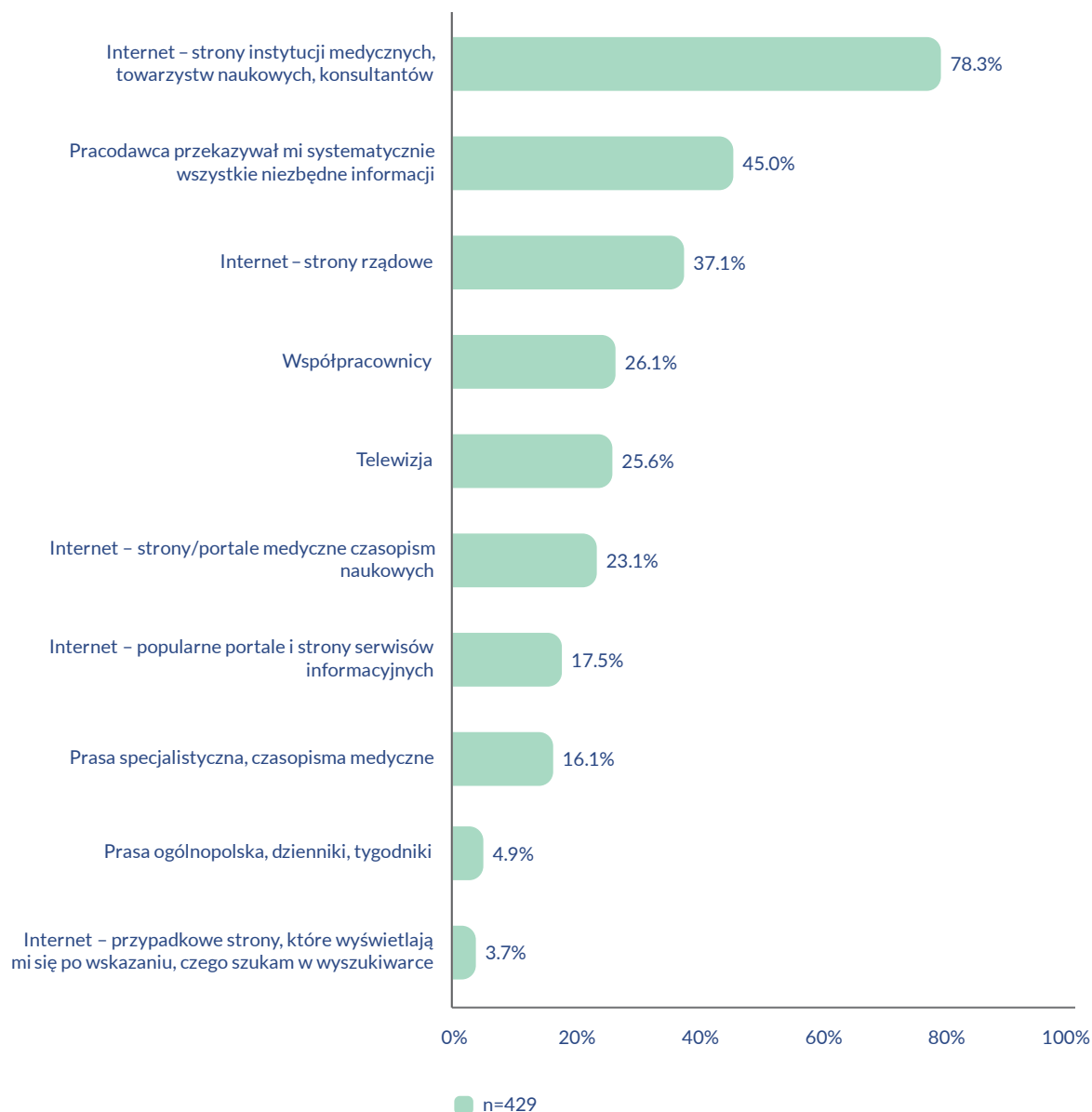
Wykres 23. Czy w czasie pandemii pracował(a) Pan/Pani w szpitalu covidowym?



n=429

Ponad $\frac{3}{4}$ badanych poszukiwało wiedzy na temat pandemii na stronach internetowych instytucji medycznych, towarzystw naukowych, w zaleceniach konsultantów krajowych, a także na stronie Światowej Organizacji Zdrowia. 45% ankietowanych informacje o pandemii otrzymywało regularnie od pracodawcy. Dla ponad $\frac{1}{3}$ respondentów (37,1%) źródłem wiedzy o pandemii były rządowe strony internetowe, komunikaty, newslettery. $\frac{1}{4}$ respondentów informacje o pandemii pozyskiwała od współpracowników (26,1%) i z telewizji (25,6%). Ponad $\frac{1}{5}$ badanych (23,1%) korzystała też z internetowych stron czasopism naukowych. Widać zatem, że badani, poszukując informacji o pandemii, korzystali z wielu różnych źródeł; najczęściej były to materiały przygotowane przez instytucje rządowe lub naukowe.

Wykres 24. Źródła wiedzy o pandemii COVID-19 (dane nie sumują się do 100%, gdyż badani byli poproszeni o wskazanie dwóch głównych źródeł informacji, z których najczęściej korzystali)



5.2. Doświadczenia pracy w czasie pandemii

Pandemia jest czasem, w którym osoby pracujące w ochronie zdrowia często znajdują się w sytuacjach wyjątkowych. Pracujący w zawodach medycznych są bezpośrednio zagrożeni ryzykiem zachorowania. Zmieniają się warunki pracy i liczba dyżurów, a także możliwość wykonywania pracy dodatkowej. To wszystko przekłada się na życie prywatne personelu medycznego. W celu opisanie, w jaki sposób pandemia wpłynęła na codzienne funkcjonowanie badanych, zadałyśmy pytanie o doświadczenia związane z pracą i życiem osobistym od początku pandemii (wykres 25).

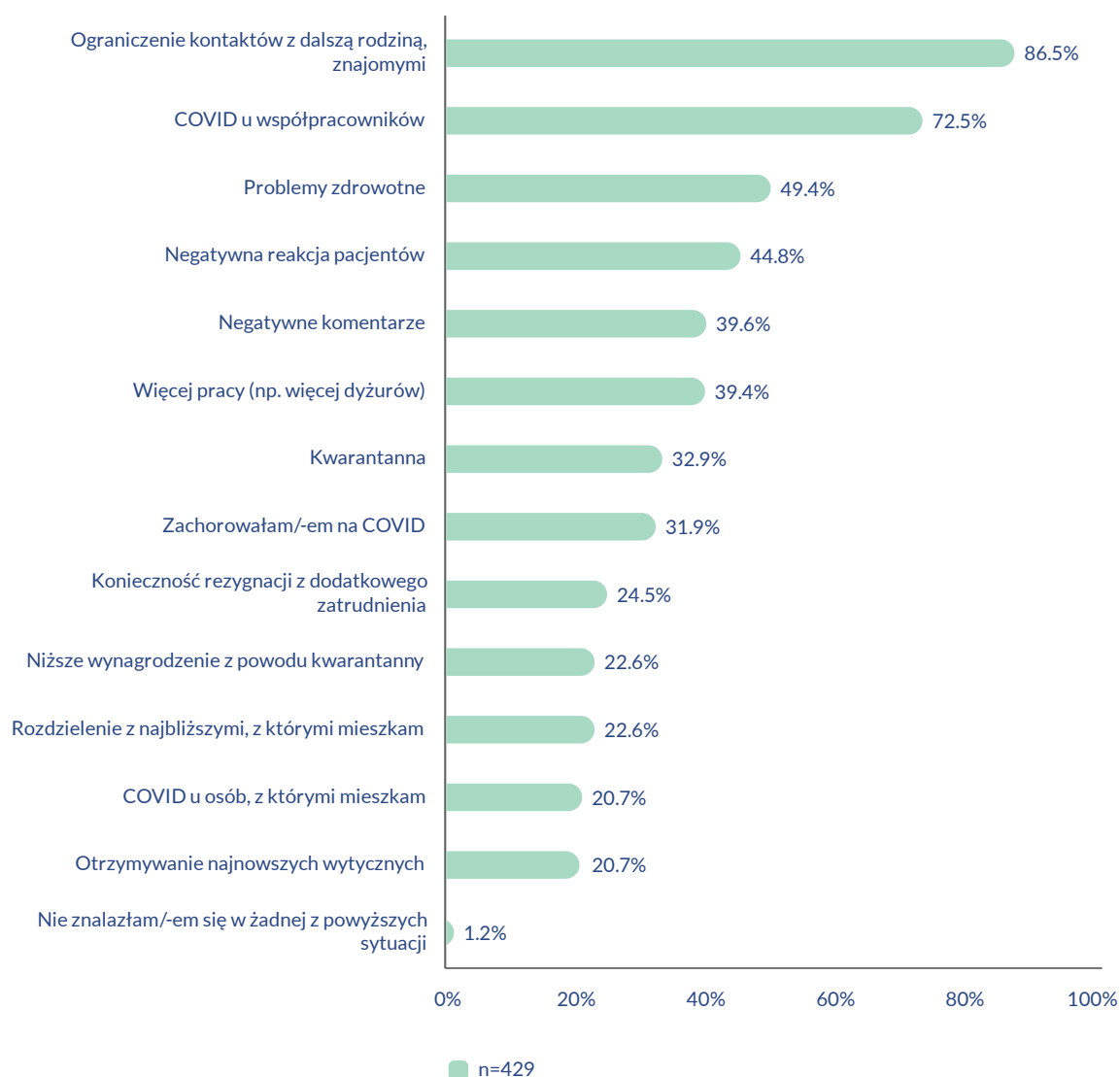
Prawie $\frac{3}{4}$ badanych (72,5%) deklarowało, że na COVID chorowali współpracownicy, COVID został potwierdzony również prawie u $\frac{1}{3}$ ankietowanych (31,9%) oraz u $\frac{1}{5}$ osób, z którymi badani mieszkali (20,7%). Nie tylko COVID okazał się zagrożeniem dla personelu medycznego. Konsekwencją pracy w czasie pandemii są dla prawie połowy ankietowanych (49,4%) problemy zdrowotne spowodowane przemęczeniem.

Aby zmniejszyć ryzyko zakażenia, 86,5% respondentów w trakcie pandemii ograniczyło kontakty z dalszą rodziną, znajomymi, a 22,6% przez jakiś czas nie mieszkało z najbliższą rodziną.

Pandemia jest czasem wytężonej pracy personelu medycznego – 39,4% badanych deklarowało, że od początku pandemii więcej pracuje. Kontakt z osobami zakażonymi sprawił, że 32,9% ankietowanych przebywało na kwarantannie, co w przypadku 22,6% spowodowało zmniejszenie wynagrodzenia. Praca w pandemii dla $\frac{1}{4}$ respondentów (24,5%) wiąże się także z rezygnacją z dodatkowego zatrudnienia, co mogło spowodować ograniczenie dochodów. Sytuacja epidemiczna i związane z nią ograniczenia przyczyniły się do negatywnych reakcji pacjentów – takie spostrzeżenia zadeklarowało 44,8% badanych. Praca w warunkach ciągłego zagrożenia stała się, w doświadczeniu 39,6% ankietowanych, przyczyną negatywnych komentarzy zasłyszanych m.in. w sklepie.

$\frac{1}{5}$ badanych (20,7%) deklarowała, że była na bieżąco informowana o najnowszych wytycznych ministerialnych, towarzystw naukowych czy procedurach panujących w swoim miejscu pracy.

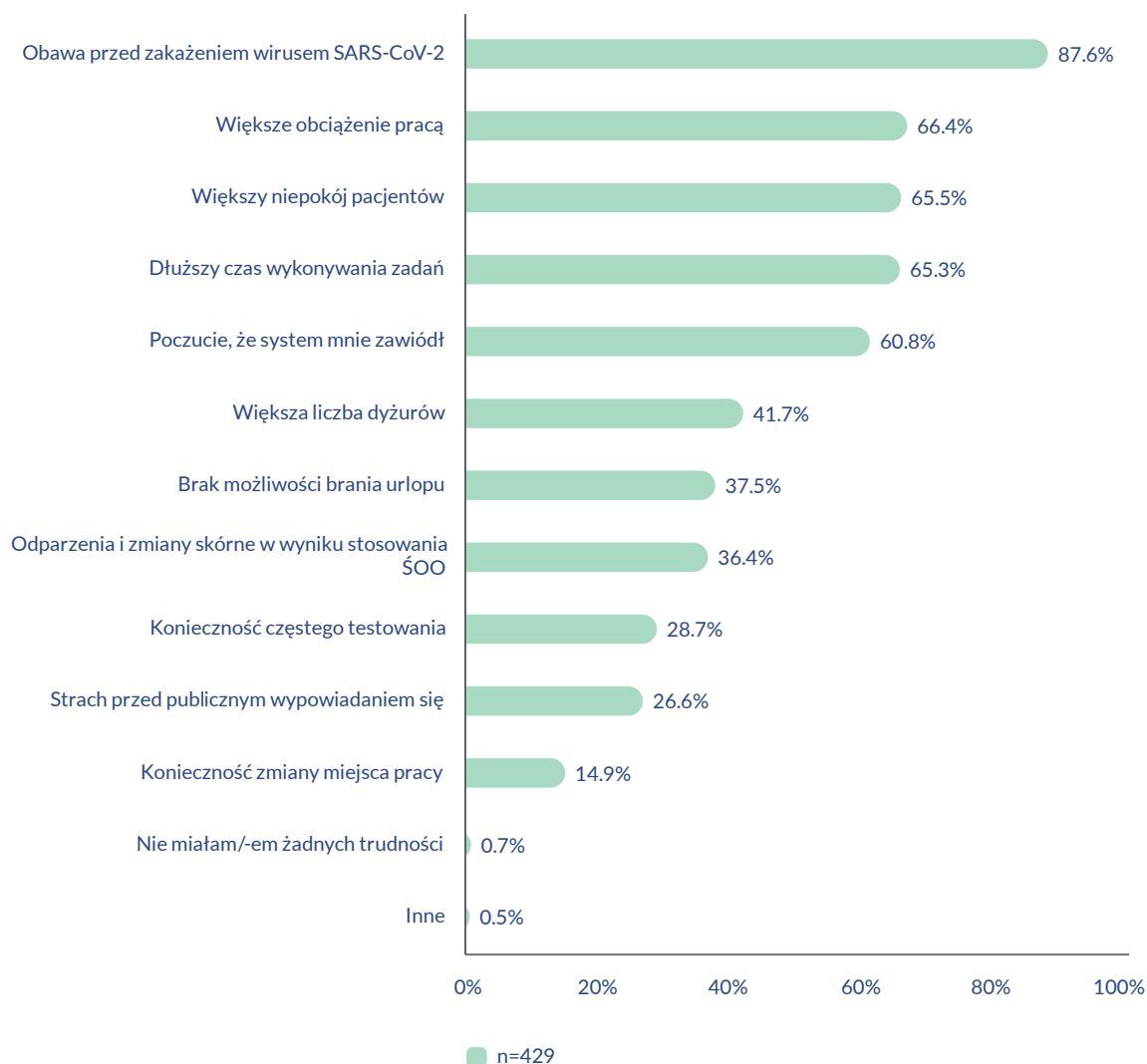
Wykres 25. Odsetek badanych, którzy deklarowali, że doświadczyli podanych sytuacji (dane nie sumują się do 100%, gdyż badani byli proszeni, by wskazać wszystkie sytuacje, w których się znaleźli)



System ochrony zdrowia jest w czasie pandemii wyjątkowo obciążony zarówno pracą, jak i odpowiedzialnością, jednocześnie od jego sprawnego funkcjonowania zależy powodzenie w walce z nią. Pandemia spowodowała, że wykonywanie zawodu medycznego jest zadaniem niezwykle trudnym ze względu na zagrożenie zakażeniem, brak danych dotyczących sposobu leczenia i postępowania terapeutycznego, natężenie pracy. Nie bez znaczenia są także postawy ludzi, w tym pacjentów, wobec pandemii, wirusa, systemu ochrony zdrowia i personelu medycznego. Doniesienia medialne niezwykle spolaryzowały opinie na temat pandemii, co wpływa na zachowania związane ze zdrowiem i postawy wobec personelu. Dążąc do poznania trudności, z którymi musi mierzyć się personel medyczny pracujący w warunkach pandemii, w ankiecie umieściliśmy pytanie dotyczące tych kwestii.

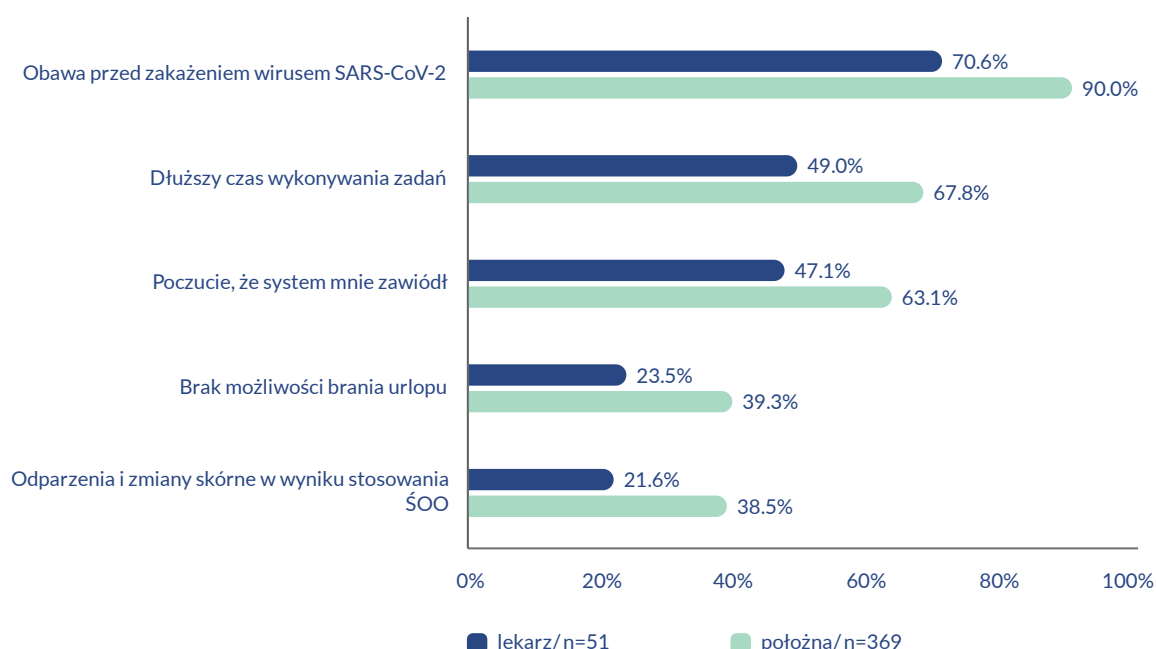
Tylko niecały 1% badanych deklarował, że w związku z pracą w czasie pandemii nie miał żadnych problemów. 87,6% ankieterów obawiało się zakażenia wirusem SARS-CoV-2. Dla ⅓ respondentów praca w czasie pandemii wiązała się z większym obciążeniem obowiązkami (66,4%), podobny odsetek badanych odczuwał większy niepokój pacjentów (65,5%), a w związku ze zwiększoną liczbą procedur zabezpieczających przed zakażeniem wirusem więcej czasu poświęcano na wykonywanie zadań (65,3%) oraz ma poczucie, że system ich zawiódł (60,8%). 4 na 10 badanych (41,7%) od początku pandemii miało więcej dyżurów, a 37,5% nie miało możliwości wykorzystania urlopu. Ponad ⅓ respondentów (36,4%) miało odparzenia i zmiany skórne związane ze stosowaniem środków ochrony osobistej. Ponad ¼ ankieterów (28,7%) za trudność pracy w czasie pandemii uznała konieczność częstego poddawania się testom, a także strach przed publicznym wypowiedaniem się na tematy związane z sytuacją epidemiologiczną (wykres 26).

Wykres 26. Trudności związane z pracą w czasie pandemii (dane nie sumują się do 100%, gdyż badani byli proszeni, by wskazać wszystkie trudności, z którymi się spotkali)



Analiza wyników pokazała, że część trudności znacznie częściej dotyczyła położne niż lekarzy, którzy wzięli udział w badaniu (wykres 27). 9 na 10 położnych deklaroowało, że towarzyszyła im obawa przed zakażeniem wirusem SARS-CoV-2 (obawę tę wyraziło 7 na 10 lekarzy). $\frac{2}{3}$ ankieterowanych położnych potrzebowało więcej czasu na wykonanie zadań w związku z większą liczbą procedur zabezpieczających przed zakażeniem (67,8%) oraz miało poczucie, że system w krytycznej sytuacji pandemii je zawiódł (63,1%). O tych doświadczeniach wspominała niecała połowa badanych lekarzy. Położne częściej niż lekarze nie mogły wziąć urlopu w związku z pracą wykonywaną w czasie pandemii (39,3% vs 23,5%), a także miały częściej odparzenia i zmiany skórne związane ze stosowaniem środków ochrony osobistej (38,5% vs 21,6%).

Wykres 27. Trudności związane z pracą w czasie pandemii, których doświadczali położne i lekarze (dane nie sumują się do 100%, gdyż badani byli proszeni, by wskazać wszystkie trudności, z którymi się spotkali)

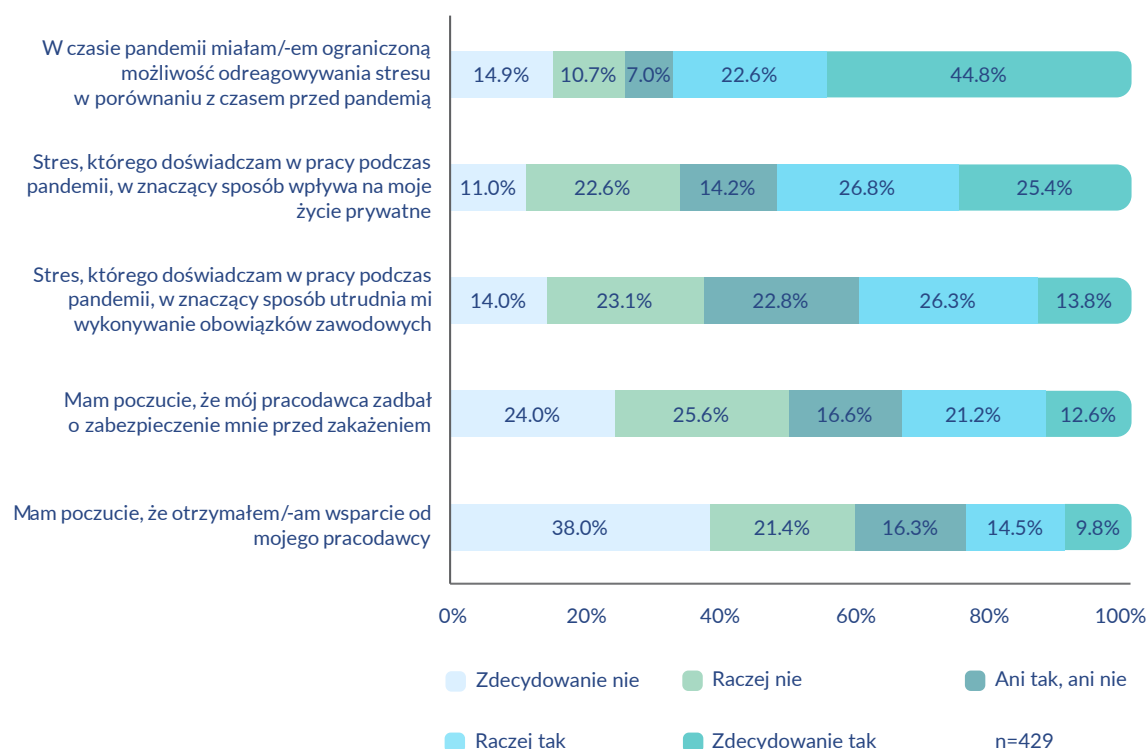


Jak widać, trudności, których doświadczali personel medyczny, miały bardzo różny charakter, a ich konsekwencje mogą być odczuwane długofalowo i mieć wymiar zarówno fizyczny, jak i psychiczny.

Pandemia dotyka każdego. Odczuwamy ją w życiu zawodowym, rodzinnym, osobistym. Dla wielu osób to czas wielkich zmian, wyzwań, część ludzi w tym czasie miała okazję spojrzeć na wiele spraw z innej perspektywy. Refleksje dotyczą zarówno samego doświadczenia pandemii, jak i zmian, które na naszych oczach zachodzą zarówno w najbliższym otoczeniu, jak i globalnie.

Badany personel medyczny zapytałyśmy o przemyślenia dotyczące pracy w czasie pandemii (wykres 28). Okazało się, że pandemia to dla badanych przede wszystkim czas ogromnie stresujący. Ankietowani mieli ograniczoną możliwość odreagowywania stresu – uważa tak ⅓ badanych (67,4%, odpowiedzi „zdecydowanie tak” i „raczej tak”). Jednocześnie ponad połowa ankietowanych (52,2%) deklaruwała, że stres w pracy w znaczący sposób wpływa na ich życie prywatne. Stres utrudnia także wykonywanie obowiązków zawodowych – z takim stwierdzeniem zgodziło się 40,1% ankietowanych położnych i lekarzy. W większym stopniu odczuwały to położne – deklaroowało tak 42,3% ankietowanych wykonujących ten zawód, natomiast odsetek lekarzy zgadzających się z takim stwierdzeniem wyniósł 25,5%. Ponadto wśród badanych położnych było dwukrotnie więcej osób, które deklarowały, że stres w znaczący sposób wpływa na ich życie prywatne – z takim stwierdzeniem zdecydowanie zgodziło się 27,6% ankietowanych położnych i 13,7% lekarzy. Wiąże się to z płcią badanych: wśród położnych tylko jedna osoba była mężczyzną, natomiast wśród ankietowanych lekarzy kobiety stanowiły połowę. Potwierdzają to wyniki w podziale na płeć – okazuje się, że kobiety dwukrotnie częściej niż mężczyźni wspominały o wpływie stresu na życie prywatne (26,2% vs 12%).

Wykres 28. Opinie o pracy w czasie pandemii (badani byli proszeni o ustosunkowanie się do podanych stwierdzeń na skali, gdzie 1 to „zdecydowanie się nie zgadzam”, a 5 „zdecydowanie się zgadzam”)



Jak pokazują dane przedstawione na wykresie 28, badani często odczuwali stres związany z pracą w wyjątkowych warunkach pandemii. Jedynie 1/3 badanych (33,8%) zgodziła się ze stwierdzeniem, że pracodawca zadbał o zabezpieczenie przed zakażeniem, a zaledwie co czwarta osoba (24,3%) miała poczucie, że otrzymała wsparcie od pracodawcy. Warto zwrócić uwagę, że z dwoma powyższymi stwierdzeniami częściej zgadzali się respondenci z najdłuższym stażem pracy (powyżej 30 lat). Istotnie statystycznie różnice można zauważyć między odpowiedziami tej grupy osób a odpowiedziami ankietowanych pracujących 5–10 lat. Szczegóły zostały przedstawione w poniższej tabeli.

Tabela 9. Odsetek osób zgadzających się z podanymi stwierdzeniami w dwóch grupach różniących się stażem pracy (odsetek odpowiedzi „zdecydowanie się zgadzam” i „raczej się zgadzam”)

	Staż pracy	
	5–10 lat	powyżej 30 lat
Mam poczucie, że mój pracodawca zadbał o zabezpieczenie mnie przed zakażeniem	22,7%	50,6%
Mam poczucie, że otrzymałem (-am) wsparcie od mojego pracodawcy	11,4%	41,4%

Konstrukcja ankiety umożliwiała pozostawienie dodatkowego komentarza i opisanie sytuacji, w jakiej znalazła się osoba pracująca w szpitalu w czasie pandemii. W wielu historiach personelu wybrzmiewa, jak trudnym doświadczeniem dla większości osób była praca w czasie pandemii, chaos, brak procedur oraz odpowiednich szkoleń, nieprzygotowanie szpitali do izolowania pacjentów, nietestowanie personelu oraz pacjentów, dodatkowo brak transparentnego przyznawania dodatków covidowych (pisownia oryginalna komentarzy):

Zmiany zachodzące w mojej klinice są niedopuszczalne - Zwiększenie ilości pacjentek przy jednoczesnym zmniejszeniu ilości personelu. Izolatki nie są prawdziwymi izolatkami - brak śluzy, pacjentki wychodząc do łazienki znajdują się na tym samym, ogólnodostępnym korytarzu co inni.

Bardzo trudna sytuacja .Personel poróżniony, niesprawiedliwy podział środków, brak motywacji do pracy, dyskryminacja części personelu, brak zrozumienia i zainteresowania w szczególności małymi, ościennymi oddziałami gdzie rozgrywają się wielkie ludzkie dramaty na oczach bezradnego personelu medycznego!!!

Mam wrażenie ,że moja placówka została przekształcona w szpital zakaźny, aby zarobić na pandemii. Bardzo źle wyposażona w aparaturę medyczną ,lekarze łamiący procedury.

Nie czuję takiej satysfakcji z pracy jak kiedyś, głównie z powodu dużych wymagań ze strony pracodawcy oraz rodziców, przy jednoczesnym braku wsparcia. Kiedy zachorowałam na Covid sugerowano mi, że jestem odpowiedzialna za tą sytuację (do dyspozycji mamy jedynie maseczki chirurgiczne).

Personel chorował, bo pacjenci nie mają wykonywanych testów. By przekazać pacjenta do szpitala covidowego potrzebny jest wynik pcr, wynik testu antygenowe go się nie liczy, ani objawy. Środki jakie daje szpital to maseczki chirurgiczne, więc jak personel ma być zdrowy. Pacjenci myślą tylko o sobie. Mają wybrany szpital do porodu i zrobią wszystko by mimo objawów tam rodzić. To znaczy spotkałam się z pacjentką która wzięła środki przeciwwgorączkowe, by ukryć gorączkę, leki na kaszel, by przejść przez izbę przyjęć. Ludzie mają kontakt z osobami dodatnimi i to ukrywają a sami mają objawy.

Zostajemy odsyłane do pracy na oddziale covid, jesteśmy nieprzygotowane do pracy z pacjentem chirurgicznym, neurologicznym, ortopedycznym itp. Wymagane są od nas umiejętności, które nie są w przekazywane na studiach szkołą nas do pracy w zawodzie położnej. Praca w kombinezon 11h. Ogólnie cyrk.

Niesprawiedliwość i nierówności w wynagrodzeniach za pracę z pacjentami Covid-19. Ryzykowanie swoim prawem wykonywania zawodu w wielu sytuacjach.

Przez ponad 11 mc pracowałam na nielegalu w Izolatorium z pacjentami mającymi Covid-19, i walczyłam o swoje i koleżanek prawa i poczucie bezpieczeństwa koleżanek i pacjentów. Pracodawca po koniec mojej pracy zaczął wdrażać zmiany, ale przez to, że ja wywierałam na nim presję (związki zawodowe są ułożone z dyrekcją) aby w końcu stworzyć normalne warunki pracy i przez to, że miałam umowę zastępstwo rozwiązał ze mną umowę o pracę z miesięcznym okresem wypowiedzenia.

Ogólny chaos informacyjny, brak procedur a gdy się już pojawiły to były łamane przez lekarzy, którzy nie chcieli chodzić na część covidową i zostawiali położną samą sobie, nawet w sytuacji zagrożenia zdrowia i życia pacjentki.

Niewiele szpitali testuje swoich pracowników, szczególnie po kontakcie z dodatnim pacjentem na np. Izbie przyjęć. Jakiegokolwiek L4 z tego powodu jest zwykle negatywnie komentowane, co wzmacnia stres i ryzyko zaniedbania własnego zdrowia na rzecz utrzymania pracy lub w miarę pozytywnych kontaktów z współpracownikami (którzy dostają dotykowe zwykle nie płatne jako nadgodziny dyżury) lub przełożonym

Zwiększony mobbing przez brak różnych kontroli, problemy z obsadą dyżurową przez masowe zachorowania, ograniczanie liczby środków ochrony osobistej do zużycia (np. max 2 kombinezony na 12h dyżur), utrudnianie wypłacanych środków (bo za dużo osób dostanie itp., wybieranie kto dostanie wynagrodzenie), brak kontroli NFZ w szpitalach (mimo pisania do ministra zdrowia że jest izolatorium, minister odpowiadał, że go nie ma ;)

W czasach pandemii częste były sytuacje, w których przełożeni nagminnie wykorzystywali możliwość wydawania poleceń ustnych, dotyczących zakresu wykonywanych czynności i miejsca pracy, bez poparcia pisemnego, powołując się na stan zagrożenia epidemiologicznego, bez możliwości odwołania się personelu od takich decyzji.

W moim szpitalu to jest przedstawienie dla pacjentek, istny cyrk. Nie ma żadnych procedur. Nie testuje się nas. Wszystkie byłyśmy chore. Pół oddziału to część czysta, a pół to zakażona. Są między nimi drzwi. Nigdy nie były zamknięte. Pacjentki z czystej części spacerują sobie na zakażną, bo nawet nie wiedzą, że tam są covidy. Brak laktatora. Rozdzielanie matek z dziećmi. Niestety, byłam świadkiem, że mleko odciągnięte przez matkę covid plus i zaniezione przeze mnie na noworodki zostało wyrzucone, bo dziewczyny tam pracujące nie mają również procedur i boją się zakazić. Jeden doktor wchodzi ubrany w kombinezon, drugi w maskę chirurgiczną i mówi, że przy kontakcie poniżej 15 min nie można się zarazić. Pacjentki do operacji (bez zakażenia) muszą przejechać na blok przez zakażną część oddziału. To jest nie do opisanego.

O wsparciu, które w czasie pandemii jest szczególnie potrzebne personelowi medycznemu, szerzej piszemy poniżej.

5.3. Wsparcie w czasie pandemii

Warunki pracy personelu medycznego zależą w dużej mierze od dwóch czynników: działań pracodawcy oraz działań instytucji państwowych odpowiadających za funkcjonowanie systemu ochrony zdrowia.



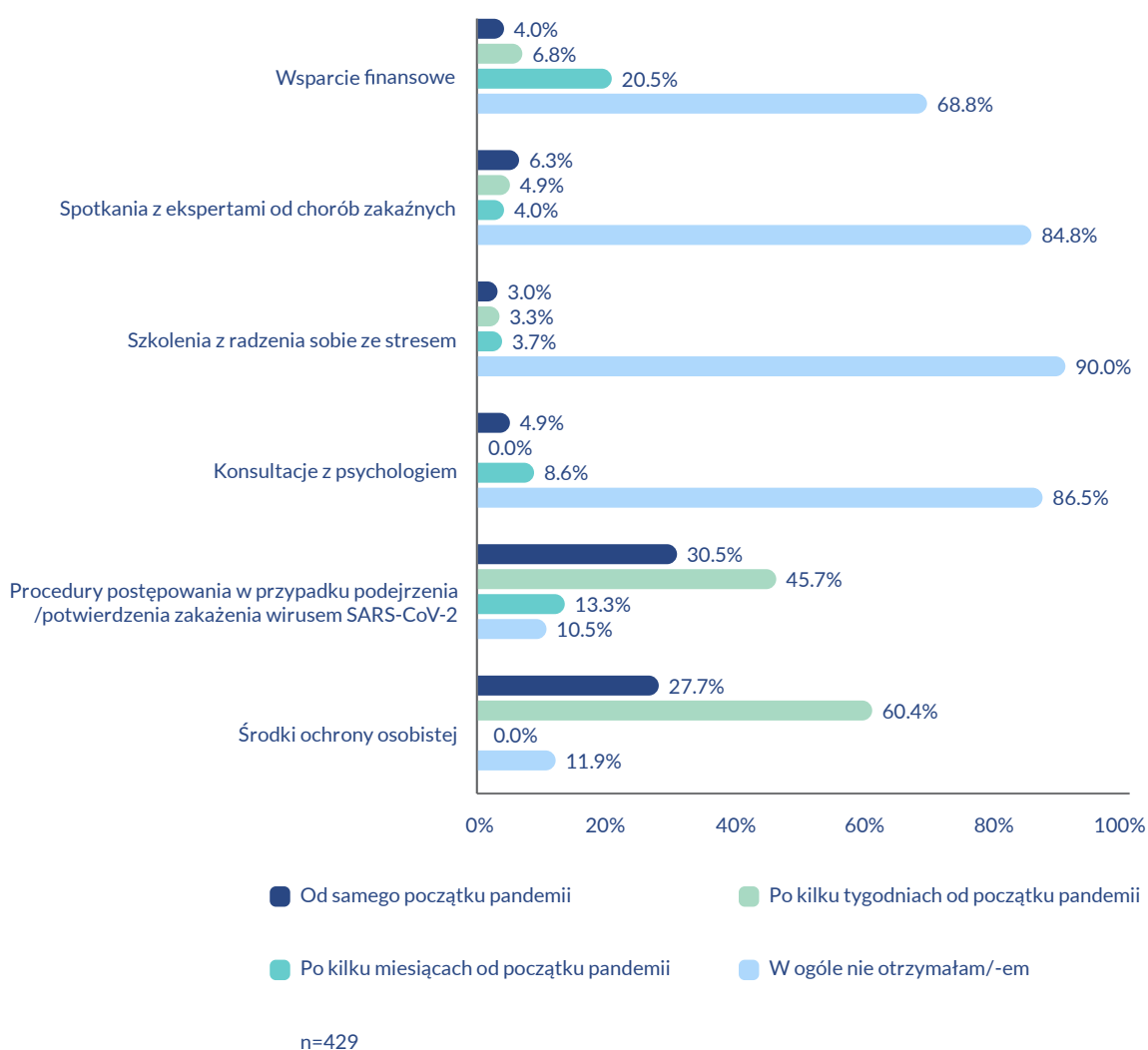
8 na 10 badanych (82,1%) deklarowało, że pracodawca zadbał o procedury postępowania w przypadku podejrzenia lub potwierdzenia zakażenia wirusem SARS-CoV-2 u pacjenta. Warto zwrócić uwagę, że jeśli podejrzenie lub potwierdzenie zakażenia pojawiło się u położnej lub lekarza, to procedury były zapewnione według niewiele ponad połowy badanych (50,6%). Nieco ponad połowa respondentów (53,1%) deklarowała, że miała dostęp do wystarczającej liczby odpowiednich środków ochrony osobistej. Pozostałe rodzaje wsparcia (takie jak szkolenia, jak radzić sobie w sytuacji szczególnej/zagrożenia epidemiologicznego, wsparcie w działaniach organizacyjnych dostosowujących do pracy w pandemii i konsultacje z psychologiem) były dostępne dla mniej niż 1/5 ankietowanych (wykres 29). Badani poproszeni o ocenę wsparcia, które otrzymali od swojego bezpośredniego przełożonego na skali od 1 do 5 (1 oznaczało ocenę niedostateczną, 5 bardzo dobrą), ocenili to wsparcie średnio na 2,68 punktu. Jedynie 1/4 ankietowanych (25,2%) wystawiłaby bezpośredniemu przełożonemu ocenę dobrą lub bardzo dobrą.

Wykres 29. Wsparcie ze strony pracodawcy w podstawowym miejscu pracy badanych (Czy w Pani/Pana podstawowym miejscu pracy w czasie pandemii pracodawca zapewnił personelowi...)



Analiza odpowiedzi na pytanie o wsparcie ze strony instytucji państwowych odpowiedzialnych za funkcjonowanie systemu ochrony zdrowia pokazuje, że 9 na 10 ankietowanych w trakcie pandemii nie miało możliwości, by wziąć udział w szkoleniach dotyczących radzenia sobie ze stresem. Ponad 80% respondentów deklarowało, że nikt nie zapewnił im konsultacji psychologicznych (86,5%) i spotkań z ekspertami od chorób zakaźnych (84,8%). ⅓ ankietowanych (68,8%), mimo ogromnego wysiłku, jaki wiąże się z pracą w czasie pandemii, nie otrzymało żadnego wsparcia finansowego. Należy zwrócić uwagę, że co 10 badany sygnalizował, że w ogóle nie miał zapewnionych środków ochrony osobistej (11,9%), a także że w jego miejscu pracy nie było procedur postępowania w przypadku podejrzenia lub potwierdzenia zakażenia wirusem SARS-CoV-2 (10,5%). Widać, że pierwsze kilka tygodni pandemii było kluczowe dla zorganizowania podstawowych elementów pracy w warunkach zagrożenia epidemiologicznego, takich jak procedury i środki ochrony osobistej (wykres 30).

Wykres 30. Wsparcie ze strony państwa (Ministerstwo, Wojewodowie, NFZ), które otrzymali badani w trakcie trwania pandemii



W ankietach personel opowiadał o braku wsparcia ze strony dyrekcji szpitali, a także decydentów w ochronie zdrowia przy jednoczesnym ogromnym obciążeniu obowiązkami w pracy w czasie pandemii:

Zdumiewające jest, że w tak trudnych czasach brak jest wsparcia kadry kierowniczej. A wprost przeciwnie, robi się wszystko, żeby te czasy były jeszcze trudniejsze, czasami wprost nieznosna.

Moi przełożeni absolutnie nie stanęli na wysokości zadania. Dbali tylko o własne bezpieczeństwo. Każda próba wnioskowania o środki ochrony własnej, procedury, wytyczne kończyły bardzo nieprzyjemnymi rozmowami! Przykre! Bardzo przykre...

Dyrektorzy placówek pomimo trudnej sytuacji w znaczny sposób utrudniali prace personelowi, ograniczali dostęp do środków ochrony osobistej, ograniczali liczbę pracowników na dyżurze, wprowadzając tryb ostrodyżurowy, gdzie planowe cięcia cesarskie, indukcje odbywały się w sposób planowy, mamy połączony trakt porodowy - 4 stanowiska + sala cięć cesarskich (ten sam zespół- na dyżurze 2 położne) co stanowiło zagrożenie dla zdrowia i życia pacjentek i dzieci. Ponadto w dalszym ciągu gdzie zbliża się III fala epidemii dyrekcję szpitala w dalszym ciągu chce zmniejszać obsadę dyżurową.

Dyrekcja 3 razy zmienia swoją interpretację dotyczącą wypłaty dodatków covid, lekarze mają wypłacane 100 procent, położne od 100-1400 zł w opiece nad tymi samymi pacjentami w tej samej klinice, dyskryminacja grup zawodowych innych niż lekarze, o dyskryminacji salowych nie wspomnę, bo im się nic nie należy.

Brak jasnych i czytelnych procedur postępowania. Ograniczony dostęp do środków ochrony osobistej, szczególnie na początku pandemii. Niepotrzebne ograniczenia w dostępie do świadczeń zdrowotnych. Czasami brak zrozumienia i zarzuty ze strony pacjentów o wykorzystywanie pandemii przez personel medyczny do realizowania jakiś własnych finansowych celów. Brak jednoznacznego wsparcia ze strony pracodawcy w kwestii wypłaty dodatku Covidowego - pomimo licznych pism, pracy w ramach izby przyjęć i bezpośredniego kontaktu z pacjentami covid+ dyrektor szpitala nie widzi powodu dla którego miałby wypłacać dodatek.

Wytyczne czy zalecenia często były rozbieżne z rekomendacjami towarzystw naukowych czy innych organizacji. Trudno było zapewnić prawa pacjentów czy prawa pracowników w sytuacji zagrożenia epidemiologicznego, przy niedoborach personelu, braku zabezpieczenia, braku regularnego testowania, przepełnieniu oddziałów szpitalnych, braku wsparcia zarówno merytorycznego jak i psychologicznego...

Jest to sytuacja, na którą nikt nie był przygotowany i która bardzo dosadnie podkreśliła niewydolność przełożonych w niektórych placówkach. Brak organizacji, niejasne przekazy, co chwilę inne zalecenia. Stres i więcej pracy... coraz więcej

Pracowałam w trudnych warunkach. Zachorowałam na covid i nie otrzymałam wsparcia i wynagrodzenia odpowiedniego do zaistniałej sytuacji. Ponadto przebywając na izolacji, otrzymałam 80% wynagrodzenia i do dnia dzisiejszego nie wyrównano mi straty pomimo złożenia prze e mnie podania. Zmarła na covid moja koleżanka z pracy i mam nadal stres związany ze stratą osoby bliskiej.

Brak wsparcia ze strony oddziałowej i ordynatora, każdy lekarz tworzy własne procedury i zalecenia- brak jedności zaleceń, szpital nie zapewnia testów dla rodzących, brak sprzętu jednorazowego- wyliczanie zużytych kombinezonów, maseczek itp.

Jest nas za mało do pracy. Jesteśmy traktowani jak system, a nie jak ludzie, którzy przychodzą do pracy i mają swoje rodziny, mają prawo być chorzy. Pozytywne relacje z niektórymi ludźmi w pracy się poprawiły. Pandemia zweryfikowała znajomości w pracy ;)

Praca jest, była bardzo trudna. Przemęczenie, roszczenia pacjentów. Ciągłe zmieniające się wytyczne i dane dotyczące Covid. Brak wsparcia przełożonej. Wręcz niezrozumienie, że z powodu obowiązków domowych nie można wziąć więcej dyżurów.

Duża część środków ochrony osobistej była zapewniona przez firmy prywatne jako darowizna, natomiast środki ochrony osobistej ufundowane przez rządzących nie posiadały atestów, znaków firmowych ani żadnych informacji mogących zidentyfikować te produkty jako bezpieczne do użytku w szpitalu. Do pacjentów z podejrzeniem zarażenia sars cov do czasu uzyskania wyniku zabraniano nam w placówce stosować kombinezonów ochronnych, zalecając jedynie flizelinowe fartuchy ochronne.

Beznadziejne ręczne sterowanie z za biurka w domu i ogłupienie ludzi to obraz zarządzania kryzysowego. Zastanawiam się kiedy nakażą wcześniakom na respiratorze zakładać maseczki. Postępowanie zarządzających wykazało ignorancję i prostą głupotę. Finansista nie powinien być ministrem zdrowia

Poróżnienie personelu medycznego wypłatą dodatku „covidowego” - jedni 100%, inni kilkadziesiąt % w zależności od ilości godzin spędzonych z pacjentem „covidowym”, inni wcale. W moim zakładzie pracy panuje ogromna niesprawiedliwość co do wypłaty dodatku covid oraz płatnych nadgodzin.

Zostaliśmy rzućni na głęboką wodę - prawie bez przeszkolenia i informacji. Zdani w większości na siebie i swoich kolegów. Mam żal nie tyle do bezpośrednich przełożonych co do dyrekcji i rządzących - twierdzących, że sytuacja jest opanowana bez żadnego pojęcia, jak wygląda praca w szpitalu w tych czasach.

5.4. Opieka nad kobietą i noworodkiem w czasie pandemii

W dyskusji o opiece okołoporodowej w czasie pandemii dużo mówi się o tym, że ze względów epidemiologicznych w wielu placówkach zdecydowano się podjąć działania zwiększające medykację opieki okołoporodowej, tłumacząc to ochroną przed zakażeniem. W przeprowadzonym badaniu sprawdzono, na ile – w opinii badanego personelu – takie działania rzeczywiście miały miejsce (wykres 31). Ponad 1/3 badanych (37,7%) zgadzała się ze stwierdzeniem, że w czasie pandemii częściej rozdziela się dzieci od matek wbrew zaleceniom (odpowiedzi „zdecydowanie się zgadzam”, „raczej się zgadzam”). Dwukrotnie częściej z tym stwierdzeniem zgadzały się osoby z krótkim stażem pracy (poniżej 5 lat, 46,2%) niż osoby ze stażem powyżej 30 lat (20,7%). 34,9% ankietowanych deklaroowało, że częściej wykonywano cesarskie cięcie ze względu na tzw. wskazania epidemiologiczne. Działania mające na celu ograniczenie kontaktu personelu z rodzącą, a tym samym medykalizujące przebieg porodu, gdyż mające na celu przyspieszenie porodu, były w związku z pandemią częściej podejmowane w opinii 27,5% badanych.

Wstępne doniesienia dotyczące zmian w opiece okołoporodowej w czasie pandemii dotyczyły także karmienia piersią, dlatego zapytałyśmy badany personel, czy może zgodzić się ze stwierdzeniem, że od marca 2020 r. rzadziej udzielano kobietom wsparcia w karmieniu piersią wymagającego bezpośredniej pomocy. Z takim stwierdzeniem zgodziło się 27,1% ankietowanych. Warto zwrócić uwagę, że osoby z krótkim stażem (poniżej 5 lat) zdecydowanie nie zgadzały się z tym stwierdzeniem dwukrotnie rzadziej niż badani ze stażem powyżej 30 lat (26,1% vs 54%).

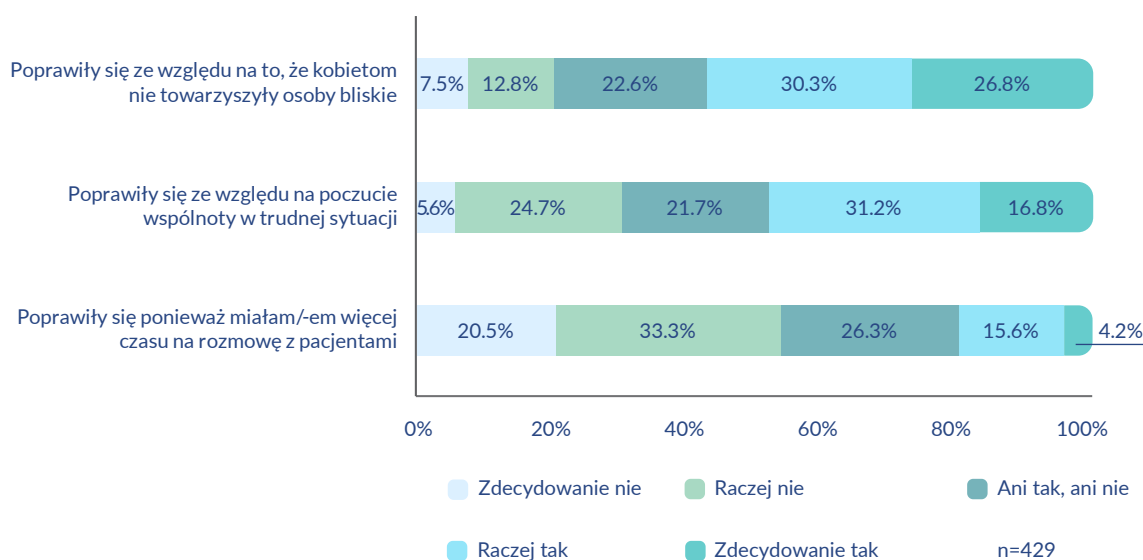
Wykres 31. Opinie o opiece nad kobietą i noworodkiem w czasie pandemii (badani byli proszeni o ustosunkowanie się do podanych stwierdzeń na skali, gdzie 1 to „zdecydowanie się nie zgadzam”, 5 „zdecydowanie się zgadzam”)



W ostatnich dekadach codziennością stały się porody z osobą towarzyszącą, obecność bliskich na salach porodowych i oddziałach położniczych. Pandemia sprawiła, że w wielu placówkach obecność ta została częściowo lub całkowicie ograniczona niemal z dnia na dzień. Potwierdzają to przedstawione powyżej wyniki badania kobiet. Nasuwa się więc pytanie o to, czy i jak w związku z tym zmieniła się opieka okołoporodowa podczas pandemii (wykresy 31 i 32).

Ponad połowa ankietowanych (57,1%) zgodziła się ze stwierdzeniem, że relacje z kobietami poprawiły się ze względu na to, że nie towarzyszyły im bliskie osoby. Jednocześnie prawie połowa (48%) ankietowanych uznała, że relacje poprawiły się ze względu na poczucie wspólnoty w trudnej sytuacji, w której znalazły się zarówno pacjentki, jak i personel. Znacznie częściej uważały tak badane położne (50,1%) niż lekarze (35,3%). Jednocześnie ponad połowa respondentów (53,5%) nie zgodziła się ze stwierdzeniem, że relacje z pacjentkami się poprawiły dzięki większej ilości czasu na rozmowę, co z pewnością wiąże się ze wspomnianym już wyżej większym obciążeniem pracą odczuwanym przez personel medyczny.

Wykres 32. Opinia o relacji z kobietami (co się poprawiło)



Badani dużo częściej zgadzali się ze stwierdzeniami mówiącymi o pogorszeniu się relacji z kobietami (wykres 33). Ponad połowa ankietowanych (57,8%) potwierdziła, że relacje pogorszyły się ze względu na duże obciążenie personelu pracą; prawie połowa (49,9%), że negatywnie na relacje wpłynęły procedury, które ograniczają do minimum czas spędzany z kobietą. W opinii 45,7% respondentów konieczność noszenia środków ochrony osobistej i maseczek utrudniła komunikację z pacjentkami, co wpłynęło na jakość relacji.

Wykres 33. Opinia o relacji z kobietami (co się pogorszyło)



Gdy analizujemy uśrednione wyniki odpowiedzi na pytanie o relacje z kobietami, okazuje się, że na skali od 1 do 5 (gdzie 1 to „zdecydowanie się nie zgadzam”, 5 „zdecydowanie się zgadzam”) najwięcej badanych zgodziło się ze stwierdzeniem, że relacje z kobietami poprawiły się ze względu na to, że kobietom nie towarzyszyły osoby bliskie – z analizy średnich wynika, że to zdanie uzyskało 3,56 punktu; nieznacznie mniej (3,53 punktu) miało stwierdzenie, że relacje się pogorszyły ze względu na duże obciążenie personelu pracą. Szczegółowo średnia ocen odnoszących się do poszczególnych stwierdzeń dotyczących relacji personelu z kobietami została przedstawiona w tabeli 10.

Tabela 10. Zgoda dotycząca poszczególnych stwierdzeń odnoszących się do relacji z pacjentkami – średnia (1 to zdecydowanie się nie zgadzam, 5 zdecydowanie się zgadzam)

Poprawiły się ze względu na to, że kobietom nie towarzyszyły osoby bliskie	3,56
Pogorszyły się ze względu na duże obciążenie pracą personelu	3,53
Poprawiły się ze względu na poczucie wspólnoty w trudnej sytuacji	3,29
Pogorszyły się ze względu na procedury, które ograniczają do minimum czas spędzony z kobietą	3,21
Pogorszyły się ze względu na obawę personelu medycznego przed zakażeniem	3,19
Pogorszyły się ze względu na utrudnioną komunikację związaną z koniecznością noszenia środków ochrony osobistej/maseczek	3,11
Poprawiły się, ponieważ miałam/-em więcej czasu na rozmowę z pacjentami	2,50

Personel w ankietach takimi słowami opisywał opiekę nad kobietami i dziećmi oraz relację z pacjentkami w czasie pandemii:

Moim zdaniem najbardziej bolesne i niezrozumiałe są procedury rozdzielające matkę i dziecko. Zakaz towarzyszenia podczas porodu popierałam, ze względu na noworodki oraz bezpieczeństwo personelu. W moim miejscu pracy personel ani razu nie został profilaktycznie przetestowany. Wszystkie pacjentki mają wykonywane testy a personel zaraża się od siebie nawzajem. Procedury dotyczące zachorowań wśród personelu są traktowane lekceważąco, przez co zaraziłam moją matkę, która ciężko przeszła covid (nie byłam świadoma, że w pracy miałam kontakt z zakażonym lekarzem, nikt mnie o tym nie poinformował). Takie podejście naraża również pacjentki.

Najbardziej stresujące był brak możliwości lub ograniczona możliwość kontaktu z rodziną w przypadku zagrożenia życia dziecka lub porodów ze stratą dziecka.

Pacjentki w czasie pobytu w oddziale chętnie stosują się do zaleceń położnych. Mają większą wiedzę na temat karmienia piersią. Występuje mniej problemów laktacyjnych. Dzięki wstrzymaniu odwiedzin pacjentki są bardziej wypoczęte i chętne do współpracy.

Mimo wszystko chaos informacyjny, albo teraz brak informacji dla kobiet rodzących, jakie placówki i na jakich zasadach przyjmują kobiety z dodatnim testem do porodu. Myślę, że kobiety są teraz bardziej zagubione w tym temacie, niż na początku pandemii.

Porody rodzinne - osoby towarzyszące nagminnie nie przestrzegają zasad, nie noszą maseczek lub noszą je w nieodpowiedni sposób, zwracanie uwagi powoduje konflikty na poziomie położna-osoba towarzysząca.

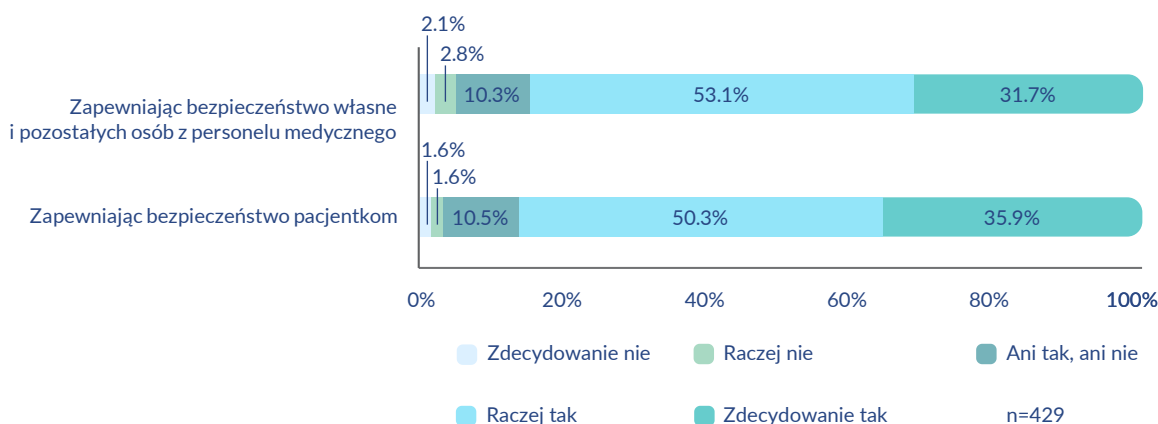
Popieram zakaz odwiedzin na oddziałach patologii ciąży i położnictwa. Pacjentki często mówią, że czują się znacznie mniej skrępowane. Praca nie jest utrudniana przez obecność osób dodatkowych (nie każdy ma poczucie, że nie powinien znajdować się na sali podczas gdy są wykonywane czynności przy innej pacjentce), nie trzeba co chwilę kogoś wypraszać, czekać, aż tabun obrażonych odwiedzających wyjdzie z sali. Praca idzie sprawniej, jest mniej kłótni pacjent-rodzina-personel. Jest znacznie mniej zakażeń bakteryjnych. Jedynie pacjentki, które spędzają dłuższy czas w szpitalach chcą odwiedzin. Jestem za tym, by odwiedziny były możliwe np. przez 1-2 godz. w ciągu dnia i najlepiej w świetlicach/osobnych salach, nie na salach chorych, gdzie jedne chcą odpocząć czy czują się źle, a inne śmieją się w głos z tabunem odwiedzających. Wejście na oddział jedynie dla 1 osoby.

5.5. Opieka okołoporodowa po ponad roku pandemii

Po kilkunastu miesiącach od wybuchu pandemii wszystko wskazuje na to, że stan ten będzie trwał kolejne miesiące. Należy też liczyć się z tym, że w przyszłości mogą pojawić się inne zagrożenia, które spowodują, że stan pandemii będzie ogłaszany ponownie. Dlatego spyaliśmy badany personel, jak postrzega swoją pracę, a także stworzone w tym czasie procedury.

Ponad 80% badanych uznało, że w czasie badania, czyli po ponad roku od początku pandemii, jest w stanie wykonywać obowiązki zawodowe, zapewniając bezpieczeństwo sobie i pozostałym osobom z personelu medycznego (84,8%), a także pacjentkom (86,2%, wykres 34). To bardzo wysoki odsetek, rodzi się jednak pytanie, czy ankietowani, którzy nie zgodzili się z tymi stwierdzeniami, po prostu obawiają się zagrożenia związanego z wirusem i bez względu na sytuację lub wypracowane procedury zawsze deklarowałiby, że bezpieczeństwa nie da się zapewnić, czy jednak w placówkach, w których te osoby pracują, organizacja pracy budzi zastrzeżenia respondentów.

Wykres 34. Czy ma Pani/Pan poczucie, że teraz, po prawie roku trwania pandemii, jest Pani/Pan w stanie wykonywać obowiązki zawodowe/pracować?



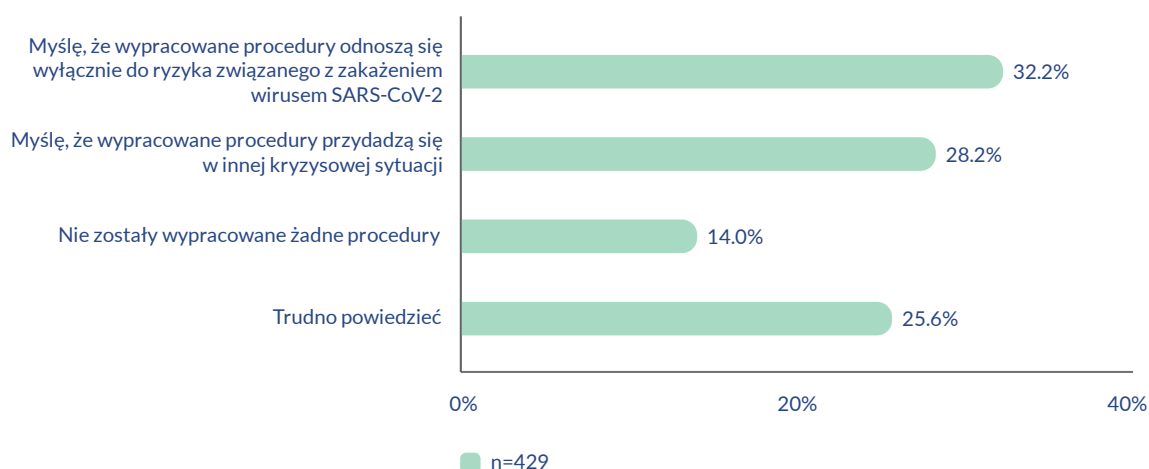
Gdy analizujemy średnie wyniki odpowiedzi na to pytanie, widać, że ankietowani z dłuższym stażem (powyżej 30 lat) częściej niż osoby z najkrótszym stażem (poniżej 5 lat) są w stanie zapewnić bezpieczeństwo zarówno własne, jak i pozostałych osób z personelu i pacjentek (tabela 11).

Tabela 11. Zgoda dotycząca poszczególnych stwierdzeń – średnia (1 to „zdecydowanie się nie zgadzam”, 5 „zdecydowanie się zgadzam”): Czy ma Pani/Pan poczucie, że teraz, po prawie roku trwania pandemii, jest Pani/Pan w stanie wykonywać obowiązki zawodowe/pracować?

	Staż pracy	
	poniżej 5 lat	powyżej 30 lat
Własne i pozostałych osób z personelu medycznego	3,9	4,3
Pacjentek	4,0	4,4

Funkcjonowanie placówek ochrony zdrowia w czasie pandemii wymagało stworzenia procedur i zasad pracy uwzględniających ryzyko wynikające z zagrożenia epidemiologicznego i gwarantujących bezpieczeństwo pracy. W stworzenie tych procedur zostało włożone dużo wysiłku. W związku z tym powstaje pytanie, czy działania przyczyniły się do znalezienia rozwiązań odnoszących się do jednorazowej sytuacji, konkretnej pandemii, czy też mogą być wykorzystane także w przyszłości. Opinia w tej kwestii z pewnością jest uzależniona od roli, jaką sprawuje określona osoba w systemie opieki zdrowotnej. Przeprowadzając badanie, zapytałyśmy o to ankietowany personel (wykres 35). Respondenci nie byli jednomyślni w opinii, czy wypracowane podczas tej pandemii procedury dotyczą wyłącznie ryzyka związanego z wirusem SARS-CoV-2 (32,2%), czy też mogą być przydatne także w innej sytuacji kryzysowej (28,2%). Duża część ankietowanych nie miała jednoznacznej opinii w tej kwestii (25,6%). Co siódma osoba stwierdziła, że nie zostały wypracowane żadne procedury.

Wykres 35. Czy w Pani/Pana opinii procedury wypracowane w czasie pandemii będą pomocne także w innych sytuacjach kryzysowych, które mogą się w przyszłości pojawić?



W komentarzach w ankiecie pojawiły się wypowiedzi rozczarowanych organizacją systemu opieki zdrowotnej osób, które postanowiły zrezygnować z pracy w zawodzie:

Osobiście po pół roku trwania pandemii zdecydowałam się po wielu galach pracy w szpitalu na sali porodowej zrezygnować. Zmieniłam pracę na prywatny gabinet. Nieludzkie jest pracowanie w systemie dobowym nawet po 7 dób z rzędu, zwłaszcza jeśli ma się małe dzieci. Bałagan panujący w szpitalu, niedostateczny przepływ informacji, brak procedur lub zmiana ich w zależności od tego, kto aktualnie z lekarzy nadzorujących ma dyżur. Pracując w takim systemie niestety, osoba nawet z największą empatią i pokładami cierpliwości nie jest w stanie być odpowiednim wsparciem dla rodziny.

Przez 39 lat pracy zawodowej głównie z rodzicami i matkami karmiącymi cieszyłam się, że lubię swoją pracę. Ostatni (40) rok pokazał mi, że jest to najbardziej niewdzięczna i egoistyczna grupa pacjentów i ile by dla nich nie zrobił zawsze będzie za mało, albo źle. Czuję się wypalona zawodowo i mimo, że mam jeszcze energię i zdrowie, zdecydowałam o przejściu na emeryturę.

Pomimo opieki nad Pacjentkami po C.C lub porodzie z dodatnim wynikiem Covid-19 niewypłacone zostały wynagrodzenia, a lekarze, którzy na telefon tylko pytali o stan pacjentki podczas opieki dostają pieniądze. Gdyby nie to, że lubię swój zawód to chętnie bym się przebranżowiła, a mam nadzieję, że młode dziewczyny nie wpadną na pomysł pójścia na położnictwo i bycie służącymi lekarzy za pieniądze, które nie są współmierne do zakresu obowiązków i odpowiedzialności.

Praca na sali porodowej zawsze była wymagająca, mam nadzieję, że za niedługo wszystko wróci do normy. Jestem osobą której przeszkadza prowadzenie porodu w takich warunkach. Jest mi przykro, że system zawodził, że kobiety nie są na tyle silne, aby walczyć z personelem, i że są w ogóle zmuszane do tego, żeby walczyć.

Zniechęciłam się do pracy w szpitalu i zrezygnowałam z niej - w czasie pandemii oczekiwania pacjentek pod względem opieki są bardzo wysokie, czemu nie byłam w stanie sprostać przez zmniejszoną obsadę na dyżurach

Praca w pandemii uświadomiła mi jeszcze bardziej, jak niewydolny jest w każdym aspekcie nasz system ochrony zdrowia

W moje i ocenie położne w większości placówek wpisały się w tym okresie na srebrny, a może i złoty medal. Jedynym rozczarowaniem jest brak poszanowania dla tego zawodu, rozporządzenie widmo, dzięki któremu większość położnych nie otrzymało dodatku za pracę z podejrzanym lub zakażonym covid Gniw złość i frustracje wynagradza w przepiękny sposób. Szczęśliwy drugi człowiek i satysfakcja, że ten pierwszy oddech i nowa karta życia innych rozpoczyna się w moich rękach.

Wiele położnych walczy teraz o dodatki dane przez rząd na pracę podczas pandemii. Dyrektorzy szpitali nie chcą ich dawać, bo uznają że się „nie należy”, mimo że tak jest w ustawie. W wielu szpitalach organizowane są pozwy zbiorowe. W moim włącznie.

Doświadczyłam mobingu i nieszanowania praw pracownika i pacjenta. Z dniem 31.12. 2020 odeszłam z pracy szpitalnej ze względu na olbrzymi poziom stresu, jestem po konsultacji z psychoterapeuta który podejrzewa zespół stresu pourazowego.

Obecna sytuacja epidemiczna jest bardzo trudna i rozwija się dość dynamicznie, co na pewno nie ułatwia naszej pracy. Pomimo wszelkich trudności i dodatkowych zadań, obostrzeń, które obecnie obowiązują, nie możemy zostawić swoich pacjentów, a raczej jeszcze bardziej starać się, by stworzyć im jak najlepsze warunki w szpitalu.

Uważam, że przez cały ten okres nie wyciągnięte zostały żadne wnioski i nie wdrożone żadne mechanizmy i rekonstrukcje zapewniające odpowiednie warunki pracy z Pacjentkami z covid+.

6. Wyniki badania decydentów szpitali

Z dyrektorami/osobami zarządzającymi szpitalami położniczymi w czasie pandemii COVID-19 przeprowadzono wywiady pogłębione, które zostały poddane analizie jakościowej. Na podstawie wywiadów można stworzyć charakterystykę badanego okresu z uwzględnieniem otrzymywanego przez placówki wsparcia.

Tabela 12. Cechy procesu funkcjonowania placówek szpitalnych w trakcie pandemii

Początek pandemii	Pierwsza fala	Druga fala
Cechy procesu		
• Chaos, panika, zaskoczenie • Walka, wyzwanie • Lęk i strach personelu	• Dalsza walka • Ustalanie nowego porządku • Testowanie rozwiązań, zmiany infrastruktury • Poczucie kontroli • Stabilizacja	• Poczucie dobrego przygotowania po stronie placówek • Chaos na poziomie decyzji państwowych

Przykładowe cytaty z wypowiedzi badanych, dotyczące początku pandemii:

Jak w każdej placówce pojawił się strach, pojawiło się zwątpienie, no i kwestia edukacji personelu, dotarcia, rozmów i tak to jakoś przebiegało.

Pierwszy to okres paniki, zaskoczenie, początek epidemii. Porównać to można do czasów, gdy pojawił się wirus HIV.

W początkowym okresie w zasadzie walczyliśmy o to, żeby mieć środki ochrony indywidualnej. A tych brakowało praktycznie wszędzie, dochodziło nawet do sytuacji, że lekarze na karetkach walczyli o to, żeby mieć maseczkę chirurgiczną na jeden dyżur, i jak im się przerwała gumka, to tę gumkę próbowali jakoś scalić.



Przykładowe cytaty z wypowiedzi badanych, dotyczące pierwszej fali:

[...] wydaje się, że w tej chwili do funkcjonowania w rzeczywistości koronawirusowej jesteśmy już całkiem nieźle przygotowani.

Oczywiście później przyszedł trochę normalniejsze czasy, zaczęliśmy walczyć o to, żeby mieć sprzęt do dekontaminacji, czyli odkażania powierzchni, pomieszczeń i powietrza w tych pomieszczeniach. A później już zaczęliśmy walczyć o to, żeby mieć właściwe elementy infrastruktury technicznej, czyli śluzy, izolatki i odpowiedni monitoring wszędzie tam, gdzie pacjent musi przebywać sam, bo jest podejrzenie o to, że jest zakaźny.

Też nie traciliśmy czasu, czyli w okresie, kiedy wydawało się, że pandemia trochę odpuszcza, cały czas inwestowaliśmy w pewne takie środki bezpieczeństwa, i dla pacjentów i dla pracowników.

Przykładowe cytaty z wypowiedzi badanych, dotyczące drugiej fali:

W okresie drugiej fali mieliśmy działania, chaotyczne to mało powiedziane. Już takie na granicy paniki i takiego przerażenia, bo nikt wcześniej nie myślał, że druga fala przyjdzie, zwłaszcza że przyjść nie musiała.

Oczywiście inwestowaliśmy własne środki, ale już druga fala, czyli okres jesienny (nawet wczesnojesienny), spowodowała, że już musieliśmy faktycznie inwestować duże środki. No chociażby w stworzenie oddziału covidowego.

A druga fala, na pewno, w największym stopniu wymusiła na nas takie szybkie działania, szybkie inwestycje, które oczywiście w większości, no może w tej chwili w połowie, zostały pokryte z naszych środków własnych.

Natomiast ewidentnie zabrakło mi myślenia długofalowego. My, już rok temu, przewidywaliśmy, że koronawirus to jest działanie długofalowe.

Tabela 13. Wsparcie placówek szpitalnych w trakcie pandemii

Wsparcie zewnętrzne	
Początek pandemii	Pierwsza i druga fala pandemii
• Początkowy brak wsparcia • Spontaniczne wsparcie od mieszkańców, przedsiębiorców albo w ogóle od ludzi dobrej woli • Wsparcie od WOŚP • Finansowe wsparcie od Samorządów, Urzędu Marszałkowskiego • Rzeczowe wsparcie od samorządu terytorialnego i Agencji Rezerw Materiałowych	• Finansowe wsparcie od samorządów, Urzędu Marszałkowskiego • Rzeczowe wsparcie od samorządu terytorialnego i Agencji Rezerw Materiałowych

W początkach pandemii wsparcie było zazwyczaj określane jako „niewystarczające”.

Przykładowe cytaty z wypowiedzi badanych, dotyczące początku pandemii:

Wsparcie oceniam jako niewystarczające i udzielane na oślep.

W pierwszych miesiącach otrzymaliśmy wsparcie w postaci płynu dezynfekującego. Starczyło to mniej więcej na jeden dzień. To było pierwsze wsparcie. To było po prostu nic.

I ten początek był trudny dosyć, bo trzeba to było zorganizować we własnym zakresie.

Mieliśmy szereg wspierających, którzy, ktoś tam dał aparat do dezynfekcji pomieszczeń, ktoś dał respirator, ludzie organizowali się i to było wspaniałe. Ludzie organizowali się, robili zrzutki. My o tym [...] nic nie wiedzieliśmy, przychodzili z darem i to było to, co było dla nas budujące. Cała ta branża gastronomiczna, gdzieś tam, gdzie przecież lokale były pozamykane, były takie „obiad dla medyka”, prawda. Tworzyły się ruchy oddolne, czyli na przykład „maska dla medyka”, gdzie te maski do nurkowania przerabiali. To był początek epidemii, gdzie my nic w zasadzie, przyłbice zaczęli ludzie produkować, drukować na drukarkach 3D. Tak, że to było naprawdę takie budujące dla nas.

W okresie pierwszej i drugiej fali pandemii wsparcie zaczyna być określane jako widoczne lub odczuwalne.

Przykładowe cytaty z wypowiedzi badanych, dotyczące pierwszej i drugiej fali pandemii:

Co jakiś czas dostajemy dostawy łóżek czy też sprzętu z agencji rezerw materiałowych.

Dostawy sprzętu ochrony osobistej, które były regularne (czasami tylko zdarzały się niskie stany, ale zawsze były uzupełniane na czas).

Mówimy o dostarczaniu środków ochrony indywidualnej. Już nawet nie patrzyliśmy na to, czy te środki spełniają wszystkie atesty, cieszyliśmy się, że coś jest.

Rozmowy prowadzone z dyrektorami pozwoliły również na scharakteryzowanie i sklasyfikowanie głównych trudności, z jakimi borykały się placówki (tabela 14). Przykładowe wypowiedzi:

Część absencji w pracy była spowodowana strachem pracowników o swoje zdrowie, biorąc pod uwagę, że szpital został mianowany zakaźnym jednoimiennym.

Puste hurtownie, ceny idące, szybujące w zasadzie, w górę.

Edukacja personelu [...] z tym żeśmy poradzili sobie [...] we własnym zakresie. Wydawaliśmy osobno komunikaty. Łącznie do chwili obecnej 270 komunikatów regulujących różne kwestie [...]

Często zdarzało się, że konsultanci krajowi wydawali sprzeczne ze sobą, albo może nie do końca spójne wytyczne dotyczące różnych rzeczy.

Także ogromne środki w dostosowanie szpitala zostały zainwestowane. Wydane w ciągu praktycznie roku. Te działania były bardzo spiętrzone i nasilone, w momencie kiedy tworzyliśmy oddział covidowy.

Tabela 14. Trudności i wyzwania, z którymi musiały się zmierzyć dyrekcje placówek

Trudności i wyzwania	
Dla kadry menadżerskiej/personelu	Dla kobiet i ich bliskich
- Początkowy brak dostępności środków ochrony indywidualnej - Braki kadrowe (choroby, kwarantanny, opieka nad dziećmi) - Problem z dostępnością testów i czasem uzyskiwania wyników - Problemy z dostępnością łóżek tzw. covidowych - Niskie morale personelu - Strach personelu o własne zdrowie - Ograniczenie dotychczasowego funkcjonowania szpitala - Konieczność szkolenia personelu - Zapewnienie bezpieczeństwa pacjentom /przerwanie łańcucha covidowego - Wzrost kosztów funkcjonowania placówki - Zapewnienie stałego kontaktu z sanepidem	- Zniesienie porodów rodzinnych - Ograniczenie lub całkowite zniesienie odwiedzin na oddziale położniczym - Zniesienie możliwości towarzyszenia ojca w trakcie cięcia cesarskiego i później - Kobiety zakażone wirusem SARS-CoV-2 miały obligatoryjne cięcie cesarskie bez prawa wyboru - Kobiety zakażone wirusem SARS-CoV-2 zawsze były rozdzielane ze swoim dzieckiem po porodzie - Pacjentki po porodach były wypisywane jak najszybciej, nawet jeśli dziecko musiało zostać hospitalizowane - Konieczność testowania osób towarzyszących - Ograniczona możliwość odwiedzania dziecka i dostarczania mleka

Osoby zarządzające częściej odwoływały się do trudności związanych z personelem medycznym w kontekście niemożności zapewnienia pełnej obsady niż w odniesieniu do kondycji psychicznej czy fizycznej pracowników oraz zapewnienia im w tym zakresie wsparcia. Wynikać to może z konieczności ustalania priorytetów działań i poniekąd odsunięcia potrzeb personelu na drugi plan.

Z opinii dyrektorów wynika, że zmiana w zakresie realizacji Standardu Opieki Okołoporodowej odnosiła się jedynie do kwestii braku możliwości rodzenia z bliską osobą; w jednym przypadku osoba zarządzająca podała, że kobiety zakażone SARS-CoV-2 miały obligatoryjnie

wykonywane cięcie cesarskie bez prawa wyboru (w części covidowej szpitala nie było sali porodowej, tylko operacyjna) oraz były zawsze rozdzielane ze swoim dzieckiem po porodzie. W wypowiedziach dyrektorów nie pojawiały się inne zagadnienia związane z opieką w trakcie porodu i połogu, np. ograniczonego wsparcia w laktacji czy zgodnie z pierwszymi wytycznymi wykonywaniem cięć cesarskich ze względu na podejrzenie COVID.

Staramy się cały czas dbać o wysoki standard opieki, mimo pandemii. Choć wiemy, że w innych szpitalach to wygląda różnie, to w naszym decydujemy, by jak tylko to możliwe, realizowane były w pełni prawa pacjenta i standard organizacyjny opieki okołoporodowej.

Natomiast jeśli chodzi o ten najważniejszy okres, czyli ten okres narodzin, w zasadzie dochowaliśmy wszystkich standardów, łącznie z kangurowaniem przez tatę i tak dalej.

Na pewno w początkowej fazie pandemii te standardy zostały, nie chcę powiedzieć, że obniżone, ale w pewnym sensie tak, może nie w najważniejszych kwestiach, ale pewnie też ważnych, chociażby w zakresie dostępności porodów rodzinnych.

W wypowiedziach dyrektorów szpitali pojawiały się również rekomendacje na przyszłość w związku z zarządzaniem w sytuacjach kryzysowych dla władz lokalnych i ministerstwa. Odnosiły się one przede wszystkim do przemyślanego, ukierunkowanego na jeden cel, wspólnego działania poza politycznymi podziałami. Zachęcały do pracy zespołów interdyscyplinarnych, opartych na opiniach ekspertów i korzystających z wiarygodnych analiz. Przykładem nowego rozwiązania był projekt testowania kobiet na tydzień przed terminem porodu, by kobiety z dodatnim wynikiem testu mogły się wyleczyć do dnia rozwiązania, a kobiety z wynikiem ujemnym z większym spokojem czekać na samoistne rozpoczęcie się porodu.

My musimy wyprzedzać ruchy, dlatego ważny jest cały czas zespół ekspertów, ważni są analitycy, którzy śledzą dane. Musimy wyprzedzać epidemię, a nie cały czas biec za nią dwa kroki z tyłu.

7. Prawne aspekty opieki okołoporodowej podczas pandemii COVID-19

Przepisy wdrożone w związku z zapobieganiem pandemii COVID-19 w znaczny sposób ograniczyły dotychczasowy sposób funkcjonowania szpitali i całego systemu opieki medycznej. Ustawodawca nie zdecydował się na wprowadzenie konkretnych rozwiązań mających równocześnie zapewnić bezpieczeństwo epidemiczne, jak również odpowiednią realizację praw pacjenta określonych w [ustawie o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta](#) oraz [Rozporządzeniu w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej](#). W związku z brakiem jasnych regulacji ustawowych dyrektorzy szpitali, którzy byli odpowiedzialni za zapewnienie odpowiedniego bezpieczeństwa w kierowanych przez nich jednostkach, w swoich działaniach opierali się przede wszystkim na wytycznych krajowych konsultantów, stanowiskach Rzecznika Praw Pacjenta i Ministerstwa Zdrowia czy opiniach Polskiego Towarzystwa Ginekologów i Położników, Polskiego Towarzystwa Neonatologicznego i innych stowarzyszeń zrzeszających lekarzy, lekarki, pielęgniarki, pielęgniarzy, położne i położnych. Zdarzały się sytuacje, w których wytyczne były wydawane przez terytorialne organy administracji państwowej i skierowane do wszystkich szpitali podlegających ich jurysdykcji (przykładowo wytyczne wojewody kujawsko-pomorskiego ograniczające możliwość porodów z osobą bliską w szpitalach tego województwa). Wydawane zalecenia w niektórych przypadkach były sprzeczne, trudno dostępne dla przeciętnego odbiorcy, a przede wszystkim – z prawnego punktu widzenia nie miały mocy wiążącej równej ustawie lub rozporządzeniu.

Ze względu na niską rangę zaleceń oraz fakt (również wielokrotnie podkreślany w treści dokumentów), że dyrektorzy szpitali posiadali dużą samodzielność decyzyjną w zakresie tego, czy i w jaki sposób stosować zapisy, doszło do bezpodstawnego zróżnicowania sytuacji kobiet rodzących w zakresie realizacji ich praw w poszczególnych szpitalach. W niektórych wypadkach kobiety podczas porodu doświadczały skrajnie różnego traktowania nawet w tej samej placówce medycznej, w zależności od personelu medycznego, który sprawował nad nimi opiekę. Dla przykładu: w Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym im. L. Rydygiera w Toruniu kobiety rodzące w tym samym czasie były lub nie były zmuszane do rodzenia w maseczce zasłaniającej nos i usta. Z informacji uzyskanych od dyrekcji szpitala wynikało, iż działa się tak bez wiedzy przełożonych. Po interwencji Fundacji sytuacja się zmieniła i zgodnie z przedstawionym stanowiskiem szpitala wystosowano informację do personelu, iż zobowiązuje się „wszystkich pracowników udzielających świadczeń zdrowotnych rodzącym, o przestrzeganiu zasad zasłaniania nosa i ust w przestrzeni publicznej szpitala/oddziału, obowiązujących wszystkie osoby (również rodzące) przebywające na terenie całego szpitala. Wyjątek stanowi pobyt rodzącej na pojedynczej sali porodowej w I, II, III okresie porodu, gdzie rodząca ma prawo do swobodnego oddychania – bez zasłaniania nosa i ust”.

Wydawane zalecenia trudno było odnaleźć na stronie Ministerstwa Zdrowia. Nie publikowano ich na oficjalnych stronach decydentów, były rozpowszechniane pocztą elektroniczną lub poprzez media społecznościowe. Zalecenia były również napisane technokratycznym językiem, niezrozumiałym dla pacjentek. Prowadziło to do chaosu informacyjnego wśród kobiet, które często nie wiedziały, jakie prawa im przysługują, i nie mogły w sposób w pełni świadomy przygotować się do porodu. Potęgowało to stres i strach. Fundacja Rodzić po Ludzku już od marca 2020 r. apelowała o komunikowanie się z kobietami prostszym i bardziej zrozumiałym językiem oraz o zebranie wszystkich aktualnych zaleceń w jednym, łatwo dostępnym miejscu. Dopiero w grudniu 2020 r. [Ministerstwo Zdrowia](#) zdecydowało się na zebranie, opracowanie i opublikowanie w przystępnej formie informacji na temat przysługujących rodzącym praw w czasie pandemii COVID-19.

Najbardziej problematyczne okazały się kwestie, które były w różny sposób rozstrzygane przez osoby sprawujące opiekę lub przez kadrę zarządzającą. Obawy kobiet i wątpliwości Fundacji budziły przede wszystkim następujące aspekty przebiegu porodu oraz pobytu na oddziale położniczym:

- dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej,
- ograniczenia w dostępności porodów z wybraną osobą towarzyszącą (porodów rodzinnych),
- konieczność zakrywania nosa i ust масечką w trakcie pobytu w szpitalu,
- wymuszanie porodu cesarskim cięciem w przypadku rodzących zakażonych bądź z podejrzeniem zakażenia wirusem SARS-CoV-2,
- kontakt skóra do skóry oraz kangurowanie,
- odwiedziny oraz pobyt rodziców dzieci hospitalizowanych w szpitalu,
- opieka nad kobietami i noworodkami w przypadku zakażenia lub podejrzenia zakażenia COVID-19,
- opieka nad kobietą w szczególnej sytuacji.

7.1. Dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej

W związku z zastąpieniem w znacznej części tradycyjnej formy udzielania świadczeń opieki zdrowotnej teleporadami kobiety w ciąży wielokrotnie zgłaszały do Fundacji Rodzić po Ludzku brak możliwości zrealizowania świadczenia, spotkania się z lekarzem lub wykonania zalecanych badań.

Rekomendowana ścieżka postępowania dla kobiet w ciąży wydana 20 marca 2020 r. przez Polskie Towarzystwo Ginekologów i Położników (PTGiP) zakładała m.in. odstępianie od typowego schematu wizyt kontrolnych oraz większe możliwości w zakresie odbywania wizyt w sposób zdalny. PTGiP zachęcało:

Ograniczmy liczbę wizyt do minimum. Ustalić to należy telefonicznie z placówką położniczą. Nie bójmy się, że jeżeli ciąża przebiega prawidłowo i mija już trzy tygodnie od ostatniej wizyty, że nie będzie badania za tydzień. Po kontakcie wirtualnym z położną lub lekarzem można i trzeba wizytę przełożyć – nic nie powinno się stać.

Dodatkowo:

w obecnej sytuacji minimalizujemy liczbę badań ginekologicznych i ultrasonograficznych metodą dopochwową. Jeżeli już musimy to wykonać, zwracamy dużą uwagę na fakt możliwości rozsiewu wirusa. Standard badania z pewnością musi być zmieniony. Czas badania jak najkrótszy. Pacjentka musi być przygotowana, że będzie to wizyta krótka, z krótkim wyjaśnieniem słownym, a ewentualne szczegóły powinny zostać przekazane drogą mailową. Ponadto, aby zminimalizować kontakt bezpośredni, na wizytę pacjentka powinna zgłosić się bez osób towarzyszących, co wcześniej, w normalnych warunkach, było już pewnym standardem.

W pierwszej kolejności nasze zastrzeżenia wzbudziła forma oraz język cytowanego dokumentu. Sformułowania takie jak „nie bójmy się” lub „nic nie powinno się stać” trudno uznać za budzące zaufanie i konkretne wytyczne oparte na najnowszej wiedzy medycznej. Dokument nie zawiera konkretnej propozycji modyfikacji schematu wizyt w czasie ciąży. Przypomnijmy, że schemat ten został zapisany w rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej i jest powszechnie stosowany z przekonaniem, że wizyty te oraz badania są niezbędne dla bezpieczeństwa. Struktura tego dokumentu jest chaotyczna, porusza on wiele kwestii i miejscami trudno jest określić, kto jest jego adresatem. Niewątpliwie nie bez znaczenia jest fakt, że został on opublikowany w pierwszych, trudnych dniach pandemii, jednak w kolejnych tygodniach i miesiącach (do września 2021 r.) nie doczekaliśmy się żadnej aktualizacji czy usystematyzowania kwestii standardu opieki w czasie ciąży. W konsekwencji cytowanych wyżej zaleceń, jak wynika ze skarg trafiających do Fundacji, partnerzy kobiet w ciąży zostali niemal całkowicie pozbawieni

możliwości uczestniczenia w badaniach (również prenatalnych), pacjentki skarżyły się na brak wykonania u nich standardowej liczby badań USG oraz problemy z wykonywaniem badań laboratoryjnych. Należy podkreślić, że niektóre rekomendacje Towarzystwa są sprzeczne ze Standardem Opieki Okołoporodowej, a w konsekwencji przyczyniły się do nieprzestrzegania Standardu w czasie pandemii. Sytuacja, w której rekomendacje Towarzystwa Ginekologicznego mają większy wpływ na kształtowanie rzeczywistości w zakresie opieki okołoporodowej niż przepisy prawa, jest nie do zaakceptowania i nie powinna się zdarzyć. Pomimo pełnej świadomości poczynionych zaniechań oraz posiadania narzędzi i kompetencji umożliwiających działanie Ministerstwo Zdrowia nie podjęło żadnych kroków w celu uzdrowienia sytuacji.

Problematyczne okazało się również przyjmowanie do porodu pacjentek z podejrzeniem zakażenia lub potwierdzonym zakażeniem wirusem SARS-CoV-2. Ani pacjentki, ani szpitale nie wiedziały, czy w takiej sytuacji rodząca powinna zgłosić się do najbliższego szpitala zakaźnego (które nie zawsze były wyposażone w oddziały położniczo-ginekologiczne), czy na oddział w „białym” szpitalu. Odrębne naruszenia miały miejsce w przypadku fałszywie dodatniego wyniku testu na obecność wirusa SARS-CoV-2. Zdarzało się, że pomimo kolejnych dwu-, trzykrotnie ujemnych wyników pacjentki wciąż były traktowane jako potencjalnie zakażone wirusem SARS-CoV-2 i w konsekwencji przewożone do szpitali zakaźnych. Ze skarg nadchodzących do Fundacji wynika, że kobiety były odsyłane (własnym transportem) lub przewożone do innych szpitali nawet z zaawansowaną akcją porodową. Powodowało to oczywisty wzrost ryzyka powikłań oraz stanowiło zagrożenie dla życia matki i dziecka. Przez pierwszych kilkanaście miesięcy pandemii brakowało także jakichkolwiek wytycznych w zakresie opieki nad kobietami, które przeszły COVID-19 i odbyły izolację w czasie ciąży. Zdarzały się sytuacje, kiedy kobieta po przejściu choroby była w terminie porodu nadal kwalifikowana do opieki w szpitalu zakaźnym ze względu na dodatni wynik ponownego testu PCR (materiał genetyczny wirusa może utrzymywać się w organizmie także po okresie izolacji, jednak osoba taka nie stanowi już źródła transmisji wirusa), kiedy test taki był wykonywany w związku przyjęciem do porodu.

Odrębnym problemem było uzyskanie wsparcia od położnej POZ w trakcie ciąży lub już po urodzeniu dziecka. Zgodnie z dotychczas obowiązującymi przepisami położna POZ powinna odbyć nie mniej niż cztery wizyty patronażowe w miejscu zamieszkania albo pobytu kobiety. [Rekomendacje Konsultantki Krajowej w dziedzinie pielęgniarstwa ginekologicznego i położniczego, Ogólnopolskiego Stowarzyszenia Położnych Rodzinnych oraz Polskiego Towarzystwa Położnych z 1 kwietnia 2020 r.](#) wskazują, że:

W związku ze wzrostem ryzyka zarażenia wirusem SARS-CoV-2 oraz rozwojem epidemii zachorowań na COVID-19 w Polsce, w celu zminimalizowania ryzyka transmisji infekcji COVID-19, poprzez ograniczanie kontaktów z pacjentkami przebywającymi w domach należy zastosować możliwość wykonywania i rozliczania wizyt/porad położnej, realizowanych w ramach umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna, z wykorzystaniem systemów teleinformatycznych

lub innych systemów łączności, o ile czasowe zaniechanie świadczeń wykonywanych osobiście w domu pacjentki nie zagraża pogorszeniem stanu zdrowia podopiecznych. Porady i wizyty z wykorzystaniem systemów teleinformatycznych lub innych systemów łączności, obejmujące opiekę nad kobietą, noworodkiem i niemowlęciem do ukończenia 2. (drugiego) miesiąca życia, realizowane zgodnie z zapotrzebowaniem w nieograniczonej liczbie, w ramach kolejnych wizyt patronażowych mogą w istotny sposób ograniczyć ryzyko rozprzestrzeniania się wirusa SARS-CoV-2, ułatwiać izolację osób, mogących zarażać wirusem innych oraz rozwiewać obawy podopiecznych dotyczące ich sytuacji zdrowotnej.

Jednocześnie w rekomendacjach zastrzeżono, że pierwsza wizyta patronażowa powinna odbyć się w warunkach domowych po uprzednim telefonicznym zebraniu wywiadu epidemiologicznego. Zaleca się jednak, że „czas wizyty powinien być ograniczony do niezbędnego minimum, **nie przekraczający 15 minut**”.

Z informacji zgłaszanych Fundacji przez kobiety wynika, że pomimo tych wytycznych wiele położnych odmawiało realizowania wizyt patronażowych, szczególnie w przypadku pacjentek chorych na COVID-19. Sytuacja stała się jeszcze trudniejsza, kiedy Narodowy Fundusz Zdrowia [odmówił finansowania](#) wizyt patronażowych i spotkań w ramach edukacji przedporodowej odbywających się w formie telekonferencji.

Zalecenia z marca 2020 r. zostały następnie nieznacznie zmienione [w czerwcu 2020 r.](#) Rekomendowano dalsze utrzymanie świadczeń opieki okołoporodowej w systemie teleporad wraz z maksymalnym skróceniem wizyty domowej, jeśli się odbywa.

Przekształcenie części szpitali w szpitale zakaźne w wielu miejscach doprowadziło do dramatycznego zmniejszenia liczby dostępnych miejsc porodowych. Trudne sytuacje zdarzały się w Trójmieście, Wrocławiu, na Podkarpaciu, gdzie w „normalnym” czasie występują trudności z dostępnością miejsc na oddziałach ginekologiczno-położniczych. Pandemia jeszcze bardziej obnażyła również problemy związane z niewystarczającą liczbą personelu medycznego, czego efektem jest zamknięcie bądź zawieszenie w pierwszym półroczu 2021 r. funkcjonowania oddziałów ginekologiczno-położniczych w Kamiennej Górze, Pucku, Gdańsku i Wrocławiu.

7.2. Ograniczenia w dostępności porodów rodzinnych

Jedne z pierwszych zaleceń związanych z możliwością odbywania porodów rodzinnych zostały wydane 13 marca 2020 r. przez prof. K. Czajkowskiego, Konsultanta Krajowego w dziedzinie położnictwa i ginekologii. Dopuszczały one, „że w stanie zagrożenia obecność jednej bliskiej osoby przy porodzie (najczęściej wspólnie zamieszkującej z rodzącą) zwiększy poczucie bezpieczeństwa pacjentki i powinna zostać utrzymana. Tym bardziej, że po kilku dniach i tak będzie przebywała razem z położnicą po wypisaniu jej do domu”. Stanowisko to było zbieżne z niezmiennie obowiązującym stanowiskiem Światowej Organizacji Zdrowia oraz wielu zagranicznych towarzystw naukowych – w poszczególnych krajach europejskich wprowadzano zalecenia wspierające zapewnienie możliwości towarzyszenia w czasie porodu także podczas pandemii, biorąc pod uwagę nie tylko zagrożenie epidemiczne, ale także pozytywny wpływ obecności wybranej osoby towarzyszącej na bezpieczeństwo i jakość doświadczenia porodowego.

Już 19 marca 2020 r. zalecenia dotyczące obecności bliskiej osoby zostały zmienione. W dokumencie tym, podpisanym przez prof. K. Czajkowskiego, prof. M. Wielgosia oraz zaakceptowanym przez prezesa Polskiego Towarzystwa Ginekologów i Położników prof. M. Zimmera, można przeczytać, że „z powodu stanu zagrożenia epidemicznego zawieszeniu 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”. W konsekwencji wydanych zaleceń kobiety w Polsce zostały pozbawione prawa do porodu w obecności osoby bliskiej, co w wielu sytuacjach przyczyniło się do łamania pozostałych postanowień zawartych w Standardzie Opieki Okołoporodowej.

Stanowisko to spotkało się z ogromnym sprzeciwem społecznym. Frustrację pogłębiał fakt, że w wielu sąsiadujących krajach kobiety mogły rodzić ze swoimi bliskimi. Światowa Organizacja Zdrowia zachęcała kraje do wspierania obecności osoby bliskiej podczas porodu. Protesty społeczne i interwencja Fundacji przyniosły oczekiwany skutek. Oburzającym jednak i nie do zaakceptowania zjawiskiem w demokratycznym społeczeństwie jest zmiana zaleceń dotyczących opieki okołoporodowej w trakcie i na podstawie konferencji prasowej Ministerstwa Zdrowia. Zgodnie z nowymi, niepublikowanymi nigdzie zaleceniami ostateczną decyzję o możliwości porodu rodzinnego miał od 29 kwietnia 2020 r. podejmować dyrektor szpitala.

Zalecenia Konsultanta Krajowego w dziedzinie położnictwa i ginekologii oraz Konsultanta Krajowego w dziedzinie perinatologii dotyczące porodów rodzinnych aktualizowane 5 maja 2020 r. dopuszczały możliwość porodów rodzinnych, warunkując ich dostępność między innymi od wykonania testu PCR na 5 dni przed porodem oraz dostępnością jednoosobowej sali porodowej z wyodrębnionym węzłem sanitarnym. W kolejnych dniach w mediach

społecznościowych pojawiały się sprzeczne zalecenia dotyczące konieczności wykonywania testu PCR, które nie były publikowane na oficjalnych stronach, chociaż były podpisane przez konsultantów krajowych, w wielu wypadkach były ściągane ze stron internetowych, co wprowadzało dalszy chaos informacyjny.

Zalecenia te zostały zmienione już kilka dni po opublikowaniu poprzednich, po interwencji Fundacji Rodzić po Ludzku. Od 14 maja 2020 r. test PCR nie był wymagany, by umożliwić towarzyszenie osoby bliskiej w porodzie. Pomimo że [zalecenia konsultantów krajowych](#) w tej kwestii były stosunkowo jasne, ostateczną decyzję podejmował dyrektor szpitala. Na szczególną uwagę zasługuje sytuacja na Podkarpaciu, gdzie odsetek szpitali umożliwiających porody rodzinne był najniższy w całej Polsce, a Rzeszowska Profamilia wznowiła porody rodzinne dopiero 26 maja 2021 r. po interwencji Fundacji Rodzić po Ludzku i Rzecznika Praw Pacjenta.

Należy podkreślić, że jeśli szpital odmówił osobie bliskiej towarzyszenia w porodzie pomimo spełniania wytycznych zawartych w rekomendacjach, [zdaniem Rzecznika Praw Pacjenta](#) doszło do naruszenia praw pacjenta. Również, jak [podkreślał Narodowy Fundusz Zdrowia](#), wykonywanie testów PCR u osób towarzyszących w porodzie nie miało logicznych podstaw, a pierwotne zalecenia konsultantów krajowych nie miały w tym zakresie odpowiedniego uzasadnienia.

Pomimo jasnych wytycznych dotyczących możliwości odbywania porodów rodzinnych przez cały czas pandemii do Fundacji Rodzić po Ludzku każdego tygodnia napływały skargi na działanie szpitali. W wyniku tych skarg podjęto interwencje m.in. w Bielsku-Białej, Lublinie, Koszalinie, Wrocławiu, Krośnie, województwach podkarpackim i kujawsko-pomorskim. Fundacja wystosowała również [stanowisko](#) dotyczące porodów rodzinnych do wszystkich szpitali w Polsce.

W dniu 16 września 2021 r. Ministerstwo Zdrowia wydało [aktualizację zaleceń](#) w sprawie możliwości odbywania porodów rodzinnych w warunkach stanu epidemii COVID-19 w Polsce, wystosowaną do kierowników podmiotów leczniczych posiadających oddziały położniczo-ginekologiczne. W dokumencie czytamy, iż:

w Polsce nie ma arbitralnego zakazu porodów rodzinnych. Ostateczną decyzję o obecności osoby towarzyszącej przy porodzie powinien podjąć kierownik podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych w porozumieniu z ordynatorem oddziału położniczo-ginekologicznego, mając na uwadze lokalne względy organizacyjne, pozwalające na izolację rodzących i osób im towarzyszących od innych pacjentek. Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta w przypadku wystąpienia zagrożenia epidemicznego dopuszcza możliwość ograniczenia praw pacjenta, nie zezwala jednak na całkowite wyłączenie możliwości korzystania z poszczególnych praw. Kierownicy i personel podmiotów leczniczych powinni starać się znaleźć takie rozwiązania, które umożliwią rodzącej korzystanie ze wsparcia osoby bliskiej.

Trudno dziś wyrokować, jakie będzie miało skutki wprowadzenie powyżej zacytowanego stanowiska Ministerstwa Zdrowia: czy spowoduje to większą otwartość na utrzymanie porodów z osobą towarzyszącą w szpitalach, czy na wznowienie ich funkcjonowania w placówkach, w których wciąż są one niedostępne?

7.3. Konieczność zakrywania nosa i ust масечką w trakcie pobytu w szpitalu

Od początku pandemii Fundacja Rodzić po Ludzku stała na stanowisku, że obowiązek zakrywania nosa i ust w przestrzeni publicznej nie dotyczy sali porodowej, której z uwagi na ograniczoną obecność osób trzecich nie można uznać za miejsce publiczne. Ze [stanowiskiem](#) tym zgodzili się krajowi konsultanci oraz Ministerstwo Zdrowia [w piśmie z 28 kwietnia 2020 r.](#)

Chociaż o braku obowiązku noszenia maski w trakcie porodu zostali przez Ministerstwo Zdrowia poinformowani wszyscy ordynatorzy oddziałów ginekologiczno-położniczych, wciąż wiele z nich wymuszało na rodzących noszenie maski w każdej z faz porodu. Z uwagi na wciąż napływające informacje od kobiet, iż były one zmuszane do zasłaniania nosa i ust w czasie porodu na sali porodowej, Fundacja 1 marca 2021 r. wystosowała do wszystkich dyrektorów szpitali i ordynatorów oddziałów położniczo-ginekologicznych stanowisko w tej sprawie, wzywając o zaprzestanie tej praktyki i działanie zgodne z aktualnie obowiązującym Standardem Opieki i zaleceniami Ministerstwa Zdrowia.

Z informacji uzyskanych od kobiet:

Na same skórcze parte zostałam krzykiem położonej zmuszona do założenia масечki.

Rodziłam w styczniu. Musiałam mieć maskę... Pani „pomocna” położna ciągle nakładała mi ją na usta, nawet wtedy kiedy zwymiotowałam, nie otrzymałam woreczka i wszystko poszło na maskę [...]

„Rodziłam w масечке mimo braku covid, było to 24/25.04.2020 r. Pani do mnie, bym wzięła oddech, bo zaraz się uduszę – zassałam масечkę. Dopiero jak ją zerwałam z ust, udało mi się złapać oddech”.

„Rodziłam w styczniu. Maska na twarzy przez cały czas, 1 faza porodu, podczas parcia, także przez dwie godziny po urodzeniu dziecka. [...] Przy parciu maska zsunęła mi się z nosa, położna kazał ją naciągnąć, mieliśmy się «szanować». Test na covid przy przyjęciu był ujemny”.



7.4. Cesarskie cięcie ze względów epidemiologicznych w przypadku rodzących zakażonych bądź z podejrzeniem zakażenia wirusem SARS-CoV-2

Od momentu ogłoszenia stanu pandemii do połowy lipca 2020 r. nie zostały opublikowane na stronie Ministerstwa Zdrowia żadne oficjalne zalecenia dotyczące sposobu porodu przez kobietę zakażoną bądź z podejrzeniem zakażenia wirusem SARS-CoV-2. Jednocześnie w połowie marca 2020 r. w mediach społecznościowych pojawił się [skan zaleceń podpisanych przez Konsultanta krajowego w dziedzinie położnictwa i ginekologii oraz prezesa zarządu Polskiego Towarzystwa Ginekologii i Położników, w których rekomenduje się rozważenie zakończenia porodu cesarskim cięciem u kobiet zakażonych COVID-19 oraz utylizację pokarmu od nich pochodzącego](#). Twórcy zaleceń wskazywali na duże ryzyko zakażenia się dziecka od matki w przypadku porodu siłami natury, zmniejszenie ryzyka okołoporodowego zakażenia wewnątrzmacicznego w przypadku wykonania cesarskiego cięcia oraz mniejsze ryzyko zakażenia personelu szpitala. Zalecenia te nie zostały opatrzone datą, trudno więc określić, od kiedy obowiązywały. Nie zostały one również opublikowane przez Ministerstwo Zdrowia. Publikowanie zaleceń w taki sposób jest przykładem nierozważnego podejmowania decyzji, które miały wpływ na życie i zdrowie wielu rodzących w czasie pandemii. Fakt, że pacjentki o wydanych zaleceniach dowiadywały się poprzez media społecznościowe i nie były w stanie zweryfikować źródła ani daty ich wydania, świadczy o braku szacunku oraz przedmiotowym traktowaniu kobiet w Polsce. W związku z tym w poszczególnych szpitalach wykształciły się różne praktyki dotyczące sposobu zakończenia ciąży, w tym w wielu sytuacjach – uznanie zakażenia bądź podejrzenia zakażenia wirusem SARS-CoV-2 za wskazanie do przeprowadzenia cesarskiego cięcia.

[W piśmie z dnia 27 marca 2020 r.](#) Ministerstwo Zdrowia poinformowało Fundację Rodzić po Ludzku, że „w ocenie polskich ekspertów – na dzień dzisiejszy brak jest wystarczających danych, aby promować porody drogami natury u kobiet zakażonych COVID-19”.

Dopiero 15 lipca 2020 r. Konsultant Krajowy w dziedzinie położnictwa i ginekologii oraz Konsultant Krajowy w dziedzinie perinatologii wydali [zalecenia](#) skierowane do lekarzy położników dotyczące metody ukończenia ciąży i porodu u pacjentek z rozpoznaniem/podejrzeniem COVID-19. Zgodnie z nimi „nie wskazuje się cięcia cesarskiego jako jedynej metody ukończenia ciąży i porodu u pacjentek z rozpoznaniem/podejrzeniem COVID-19, dopuszczając tym samym prowadzenie porodu drogami natury – w zależności od aktualnej sytuacji położniczej, z uwzględnieniem lokalnych warunków organizacyjnych, związanych ze stanem epidemii”.

W związku z tym, że zalecenia wprost wskazywały na konieczność uwzględnienia lokalnych warunków organizacyjnych, zdarzały się sytuacje, w których w szpitalu przekształconym

w szpital zakaźny nie było wyodrębnionej sali porodowej. Dla przykładu: w Szpitalu w Puławach wszystkie porody pacjentek zakażonych lub podejrzanych o zakażenie COVID-19 były rozwiązywane cesarskim cięciem. W szpitalu, w bloku przeznaczonym do opieki nad pacjentami zakażonymi SARS-CoV-2, nie było bowiem ze względów lokalowych sali porodowej, a wyłącznie sala operacyjna. W związku z tym kobiety zostały odgórnie pozbawione prawa do porodu drogami natury. Przykład ten pokazuje, że przekształcenie poszczególnych podmiotów leczniczych w szpital zakaźny nie było poprzedzone dokładną analizą możliwości danej jednostki, w tym wpływu na zdrowie wszystkich leczących się w nim pacjentów.

Chociaż postulat brania pod uwagę warunków organizacyjnych jako jednego z elementów wskazujących na konieczność wykonania cesarskiego cięcia jest absurdalny, część szpitali uznawała zakażenie/podejrzenie zakażeniem COVID-19 za jedyny czynnik warunkujący wykonanie cesarskiego cięcia.

7.5. Kontakt skóra do skóry oraz kangurowanie

Żadne z obowiązujących rekomendacji i wytycznych nie odnosiły się bezpośrednio do możliwości zachowania kontaktu skóra do skóry u matek niezakażonych SARS-CoV-2. Należy zatem uznać, że w tym zakresie nie pojawiły się żadne ograniczenia i w pełni obowiązuje Standard Opieki Okołoporodowej. Jednocześnie zalecenia odnoszące się do opieki okołoporodowej nad kobietami zakażonymi COVID-19 ([w tym te pochodzące z marca 2020 r.](#)) miały znaczny wpływ na sytuację kobiet niezakażonych. Zgodnie z pierwszymi zaleceniami Konsultantki Krajowej w dziedzinie neonatologii „w przypadku kobiet zakażonych koronawirusem lub w okresie diagnozowania w kierunku COVID zalecana jest izolacja dziecka od matki. Należy umożliwić matce odciąganie mleka, by utrzymać laktację”. W konsekwencji tych zaleceń również matki niezakażone były izolowane od dzieci. Należy pamiętać, że wydawane rekomendacje wskazywały generalny i powszechny kierunek opieki i stanowiły wytyczne dla personelu medycznego oraz miały zapobiegać dalszemu rozprzestrzenianiu się pandemii. Jednocześnie nie były one wystarczające, aby zapewnić jednolite standardy opieki w szpitalach oraz wspierać fizjologię porodu.

29 września 2020 r. Ministerstwo Zdrowia wydało [zalecenia dotyczące sposobu postępowania w związku z aktualną sytuacją epidemiologiczną w przypadku noworodków matek zakażonych lub z podejrzeniem COVID-19 \(aktualizacja 12 listopada 2020 r.\)](#), zgodnie z którymi postępowanie z noworodkiem urodzonym przez matkę zakażoną SARS-CoV-2 powinno zależeć przede wszystkim od stanu zdrowia matki i noworodka oraz od decyzji matki. Z informacji uzyskanych przez Fundację wynika jednak, że w wielu szpitalach noworodki były przymusowo izolowane od matek, nie pozwalano zachować kontaktu skóra do skóry.

Z informacji uzyskanych od kobiet:

Rodziłam w kwietniu 2020 na zwykłym oddziale, jak jeszcze nie było porodów rodzinnych (poród drogami natury) i o kontakcie «skóra do skóry» mogłam zapomnieć, mimo że był mi obiecany. Syna położyli mi na klatce dosłownie na kilka sekund, a następnie leżał sobie dobrą godzinę w kąciku z dala ode mnie. Tłumaczyli się tym, że najpierw muszą mnie zszyć... a jak go dostałam, to tylko mi go przystawiły całego owiniętego w bety na 15 min i zabrali do pediatrów. Pępowina była przecięta od razu (nie miałam siły o to walczyć, bo położna wiedziała lepiej). Generalnie mnóstwo punktów z planu porodu nie było uszanowanych mimo zapewnień, że czytają te plany i biorą pod uwagę. [...] Poza tym jednym dyżurem syn był dokarmiany sztucznym mlekiem mimo mojej wyraźnej prośby, że sobie nie życzę. Działo się to podczas higienizacji, po której położne z radością oznajmiały mi, że nakarmiły mi syna [...]

Pandemia COVID-19 w większości placówek uniemożliwiła kangurowanie przez ojców lub inne osoby bliskie dzieciom urodzonym przez cesarskie cięcie. Fundacja Rodzić po Ludzku stała i stoi na stanowisku, że jest to przejaw dyskryminacji dzieci urodzonych w ten sposób. Ministerstwo Zdrowia w [zaleceniach z dnia 16 grudnia 2020 r.](#) dotyczących kangurowania dzieci przez osobę towarzyszącą przy porodzie rozwiązaniem cięciem cesarskim zgodziło się ze stanowiskiem Fundacji i podkreślało, że stan pandemii nie jest przeszkodą dla kangurowania. Pomimo jasnych wytycznych ministerialnych w wielu szpitalach kangurowanie nie było możliwe. Taka sytuacja miała miejsce w większości szpitali w Polsce. W dniu 16 września 2021 r. została wydana [aktualizacja tych zaleceń](#), w której podkreślone zostało, tak samo jak w zakresie zaleceń dotyczących porodów z osobą towarzyszącą, iż

Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta w przypadku wystąpienia zagrożenia epidemicznego dopuszcza wprowadzić możliwość ograniczenia praw pacjenta, nie zezwala jednak na całkowite wyłączenie możliwości korzystania z poszczególnych praw. Kierownicy i personel podmiotów leczniczych powinni starać się znaleźć takie rozwiązania, które umożliwią kangurowanie dziecka przez osobę towarzyszącą przy porodzie rozwiązaniem cięciem cesarskim.

Jaki będzie miało to realny wpływ na realizację prawa do kangurowania, trudno w tym momencie ocenić.

7.6. Opieka nad kobietami i noworodkami w przypadku zakażenia lub podejrzenia zakażenia wirusem SARS-CoV-2

7.6.1. Izolacja kobiet zakażonych wirusem SARS-CoV-2 oraz ich dzieci w trakcie pobytu w szpitalu

Niemal przez pół roku od ogłoszenia stanu pandemii nie wydano żadnych kompleksowych wytycznych ani rekomendacji w zakresie opieki nad noworodkiem przez matkę zakażoną bądź z podejrzeniem zakażenia SARS-CoV-2. Pojawiające się co jakiś czas rekomendacje były fragmentaryczne, odnosiły się jedynie do poszczególnych etapów porodu, brakowało w nich medycznego i logicznego uzasadnienia, nie stanowiły materiału, który mógłby zostać z powodzeniem wykorzystywany przez środowisko medyczne w rozmowach z pacjentkami. Trudno znaleźć uzasadnienie dla braku działań w tym zakresie przez Ministerstwo Zdrowia i podległe mu organy. Fundacja Rodzić po Ludzku od początku pandemii stała na stanowisku, że decyzja w kwestii sprawowania opieki nad noworodkiem urodzonym przez matkę zakażoną bądź z podejrzeniem zakażenia SARS-CoV-2 powinna zależeć jedynie od woli matki. Wszelkie próby odgórnego narzucenia jedynego słusznego postępowania bądź przymusowa izolacja noworodka od rodziców stanowią bezprawną próbę ograniczenia praw rodzicielskich i nie powinny się zdarzać w demokratycznym państwie. Fundacja w swoich interwencjach wielokrotnie podkreślała, że decyzję o ograniczeniu praw rodzicielskich poprzez czasowe pozbawienie prawa do opieki podjąć może tylko sąd.

- [W piśmie skierowanym do Fundacji przez Ministerstwo Zdrowia](#) 27 marca 2020 r. organ wprost wskazuje, że wydane ówczesnie zalecenia podyktowane są przede wszystkim koniecznością zatrzymania transmisji wirusa oraz trudną sytuacją organizacyjną w polskich szpitalach. Ministerstwo wskazywało, że na tym etapie brak jest badań naukowych, których wyniki jednoznacznie określałyby ryzyko kontaktu skóra do skóry, karmienia oraz porodu siłami natury dla nowo narodzonego dziecka.

Dopiero we wrześniu 2020 r. zostały wydane [zalecenia dotyczące sposobu postępowania w związku z aktualną sytuacją epidemiologiczną w przypadku noworodków matek zakażonych lub z podejrzeniem COVID-19](#). Zgodnie z nimi:

Miejscem porodu powinna być wydzielona sala operacyjna lub sala porodowa. Przy dobrym stanie klinicznym dziecka należy wykorzystać możliwość opóźnionego odpepniania niezależnie od potwierdzenia infekcji COVID-19 u matki. [...]

Noworodki urodzone przez matki „podejrzane” lub zakażone SARS-CoV-2 należy bezpośrednio po urodzeniu wykąpać, aby usunąć z ich skóry znajdującego się tam potencjalnie wirusa.

Dalsze postępowanie, w tym zapewnienie kontaktu skóra do skóry, przebywanie noworodka z matką w systemie *rooming-in*, karmienie piersią zgodnie z zaleceniami zależą od:

1. stanu zdrowia matki,
 2. decyzji matki podjętej po udzieleniu informacji o korzyściach i zagrożeniach wynikających zarówno z zachowania kontaktu skóra do skóry i stałego przebywania z dzieckiem – co teoretycznie niesie ze sobą możliwość zakażenia noworodka, nawet jeżeli stosuje się środki prewencyjne (maska, higiena rąk i piersi) lub izolacji w oddzielnym pomieszczeniu z zachowaniem laktacji, co utrudnia powstanie ważnych dla dalszego rozwoju wzajemnych relacji pomiędzy matką a dzieckiem bezpośrednio po urodzeniu,
 3. stanu zdrowia noworodka,
- i dopiero w ostatnim kroku:
4. rodzaju oddziałów, w których hospitalizowana jest matka oraz dziecko, i wynikających z tego możliwości kadrowych oraz dostępności środków ochrony osobistej.

Należy podkreślić, że biorąc pod uwagę fakt, że poród jest wydarzeniem nieprzewidywalnym, który może rozpocząć się w każdym momencie, za nieracjonalną należy uznać konieczność podpisania oświadczenia o sprzeciwieniu się izolacji przed porodem. Zdaniem Fundacji za domyślną należałoby uznać chęć sprawowania ciągłej i nieprzerwanej opieki nad noworodkiem przez matkę, a dopiero podpisanie oświadczenia o poddaniu się izolacji za uzasadniające ograniczenie opieki matki nad dzieckiem.

Z sygnałów otrzymywanych przez Fundację wynika, że wskazane powyżej zalecenia nie tylko nie były przestrzegane w wielu placówkach, ale dochodziło do izolacji dzieci w czasie oczekiwania na wynik testu u matki.

Należy ponadto podkreślić, że zalecenia obejmują również sytuacje wypisu matki zakażonej COVID-19 i jej dziecka do domu. Zgodnie z nimi:

Jeśli u matki potwierdzono zakażenie SARS-CoV-2, a noworodek po uzgodnieniu z matką był od niej izolowany i wykluczono u niego obecność SARS-CoV-2 badaniem w pierwszej dobie życia, możliwy jest wypis do domu pod opiekę osoby bez podejrzenia o COVID-19. Jeżeli noworodek nie był izolowany od matki, należy ponownie wykonać u niego test (może to być test antygenowy) przed wypisem do domu.

Zaleca się, aby noworodek został wypisany do domu, gdzie przebywają osoby nieobjęte izolacją, w przeciwnym razie może wystąpić zagrożenie braku przerwania łańcucha epidemicznego oraz prawdopodobieństwo zakażenia dziecka. Ostateczna decyzja dotycząca wypisania dziecka ze szpitala należy do matki, której uprzednio zostanie udzielona informacja o zagrożeniach wynikających z wypisu noworodka do domu, w którym przebywa osoba poddana izolacji.

Pomimo jasnych zaleceń w tym zakresie do Fundacji napływały informacje zarówno o izolacji dzieci od matek w szpitalu wbrew ich woli, jak i o pozbawianiu matek możliwości wypisania dziecka „na żądanie” do domu, w którym przebywają osoby objęte kwarantanną lub izolacją. W skrajnych przypadkach nie respektowano również pełnomocnictw do odbioru dziecka przez dalszych krewnych noworodka.

Z informacji otrzymanych przez Fundację:

[...] wyszedł wynik pozytywny (nie wiem, jak to możliwe, bo nie miałam żadnych objawów). Zostałam skierowana na Kopernika, bo to jedyny szpital, który przyjmował pacjentki covidowe. CC, bo taka była „konieczność”, oczywiście w maseczce. nie zobaczyłam nawet synka, pierwsze zdjęcie dostałam po dwóch/trzech dniach. Nie mogłam liczyć na żadną pomoc (poza pionizacją). Panie położne kazały mi nawet samej wyjąć sobie wenflon, cytuję „nie będę specjalnie dla pani kombinezonu zakładać”.

Poród oczywiście przez CC. Przez tydzień synka nie widziałam nawet jak miałam obiecaną na chwilę z daleką. Pierwsze zdjęcie dostałam po 12h. Załamanie psychiczne... przysłała pani i dostałam odpowiedź: proszę się ogarnąć, nie pani pierwsza nie ostatnia.

Odnosnie izolacji od dziecka również przy przyjęciu do szpitala zmuszono mnie do podpisania zgody na izolację od dziecka, ponieważ „szpital nie ma warunków”, ze względu na to, że razem z dzieckiem musiałabym być w izolowanej pojedynczej sali (jest to działanie wg mnie nielogiczne i krzywdzące). Poinformowano mnie, że jeżeli uda się, że będzie mniejsze obłożenie sal i będę na sali sama, to przywiozą do mnie dziecko, ale tylko na dzień, na noc zostanie odebrane. Niestety nie było nawet takiej możliwości. Od początku zgłaszałam to, że mimo wszystko chcę być po porodzie razem z dzieckiem. Po cesarskim cięciu dziecko od razu zostało przeniesione na oddział izolacji noworodka. Nie było żadnego kontaktu «skóra do skóry». Z moim synem zobaczyłam się ponownie dopiero w samochodzie, kiedy mąż odbierał nas ze szpitala. Generalnie uważam, że można to traktować jako „porwanie dziecka”.

7.6.2. Karmienie piersią przez matki z podejrzeniem lub z potwierdzoną infekcją COVID-19

Datowane 10 marca [zalecenia Konsultantki Krajowej w dziedzinie neonatologii prof. E. Helwich](#) zawierają zalecenie izolacji noworodka od matki do czasu ustania ryzyka zakażenia, a jednocześnie zalecane jest karmienie dziecka mlekiem matki przez zdrową osobę bliską. Opisano także sposób pozyskania mleka za pomocą laktatora. Zalecenia te uwzględniły również podyktowaną warunkami lokalowymi kolokację matki i dziecka z zastosowaniem środków zapobiegających transmisji wirusa (odległość, kotary itp.) oraz bezpośrednie karmienie piersią z zastosowaniem przez matkę maseczki zakrywającej usta i nos.

W kolejnych zaleceniach wydanych przez konsultantów krajowych w dziedzinach położnictwa i ginekologii oraz perinatologii nie znajdujemy żadnych instrukcji dotyczących karmienia piersią, dokument ten nie został opatrzony datą wydania (Czajkowski i Wielgoś z 19 marca 2020). Natomiast w kolejnych wytycznych (zalecenia z Facebooka) podpisanych przez konsultantów krajowych w czterech dziedzinach związanych z opieką okołoporodową czytamy: „Po porodzie w przypadku kobiet obserwowanych w kierunku zakażenia pokarm powinien podlegać pasteryzacji i zgodnie z obecną wiedzą może być podawany dziecku. W przypadku kobiet z potwierdzonym zakażeniem pokarm powinien być utylizowany”. Chociaż autorzy rekomendacji nie zalecają hamowania laktacji u kobiet zakażonych, to jednak karmienie naturalne według nich może być możliwe dopiero po ustaniu możliwości transmisji infekcji. W wytycznych tych nie ma odniesień do żadnych publikacji źródłowych.

W [zaleceniach](#) opublikowanych 20 marca na stronie internetowej Ministerstwa Zdrowia, wystosowanych między innymi przez Konsultantkę Krajową w dziedzinie neonatologii, znajdujemy ponownie powyższe wytyczne, jednak nie ma już zapisów szczegółowych dotyczących kobiet z podejrzeniem zakażenia oraz o utylizacji pokarmu matek z potwierdzoną infekcją.

Dopiero obowiązujące od września [zalecenia](#) uwzględniające możliwość przebywania dziecka z matką zawierają następujący zapis odnoszący się do karmienia piersią: „zaleca się [...] zachować kontakt dziecka z matką po jego urodzeniu i preferować karmienie piersią”, z zastrzeżeniem, że dotyczy to oddziałów przeznaczonych do opieki tylko nad kobietami zakażonymi oraz że jest uzależnione od stanu zdrowia obojga i od decyzji matki. Wart odnotowania jest fakt, że w tej rekomendacji zwrócono uwagę na możliwy pozytywny wpływ karmienia piersią na zdrowie psychiczne matki. Znajdujemy również odniesienie do stanowisk różnych towarzystw międzynarodowych oraz doświadczeń chińskich, co ukazuje świadomość zróżnicowanego podejścia do wspierania karmienia naturalnego przez matki z potwierdzonym zakażeniem na świecie. Jednak w ujęciu autorów tej rekomendacji karmienie piersią jest postępowaniem wymagającym „uświadomienia o ryzyku i uzyskania

zgody". Pozyskanie pokarmu od matki z potwierdzonym zakażeniem według tych wytycznych wymaga udziału personelu i ścisłego przestrzegania dołączonego do zaleceń protokołu, co mogło wpłynąć na to, jak często pokarm ten był faktycznie przekazywany dzieciom.

W zaleceniach tych znajdujemy również fragmenty poświęcone opiece nad dziećmi przebywającymi w oddziale intensywnej terapii noworodka. Brak wyodrębnienia tych rekomendacji z zaleceń dotyczących opieki nad kobietami z potwierdzoną infekcją COVID-19 mógł się przyczynić do większego chaosu informacyjnego oraz częstszego stosowania praktyk ograniczających kontakt matki czy rodziców z dzieckiem także w przypadku, kiedy nie ma podejrzenia lub potwierdzenia infekcji COVID-19.

Przegląd rekomendacji związanych z karmieniem piersią ukazuje, że wsparcie karmienia piersią przez matki zakażone SARS-CoV-2 było rozpatrywane przede wszystkim w kontekście ryzyka transmisji infekcji COVID-19, a nie w szerszej perspektywie zdrowia matki i dziecka, w której korzyści z karmienia naturalnego zarówno dla jednostek, jak i dla zdrowia publicznego są już dobrze zbadane. Autorzy wytycznych w żaden sposób nie odnoszą się do faktu, że dla powodzenia karmienia piersią niezwykle ważne są pierwsze godziny i dni po porodzie i kontakt matki z dzieckiem, a pozbawienie obojga tego kontaktu może wymagać po zakończeniu izolacji stosownego profesjonalnego wsparcia w karmieniu bezpośrednio piersią oraz że utrzymanie laktacji u kobiety może nie być wystarczające dla udanego karmienia naturalnego w przyszłości. Zalecenia te są również w dużej mierze sprzeczne z zaleceniami Światowej Organizacji Zdrowia oraz wielu zagranicznych towarzystw naukowych, na co [Fundacja zwracała uwagę już wiosną 2020 r.](#)

7.7. Odwiedziny oraz pobyt rodziców dzieci hospitalizowanych w szpitalu

Prawo pacjenta do obecności osoby bliskiej oraz do kontaktu zostało uregulowane w art. 21 oraz art. 33 ust. 1 Ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U. z 2019 r. 1127). Przepisy te umożliwiają ograniczenie tego prawa w przypadku wystąpienia zagrożenia epidemicznego lub ze względu na bezpieczeństwo zdrowotne innych osób. Tak się stało również w trakcie pandemii COVID-19. Wraz z wprowadzeniem stanu epidemii ograniczona została możliwość przebywania osób trzecich (niehospitalizowanych) na oddziałach szpitalnych. 11 marca 2020 r. Główny Inspektor Sanitarny [wydał wytyczne](#) ograniczające możliwość wizyt osób trzecich w szpitalach, nie wprowadzając w tym zakresie żadnych wyjątków.

Ta rekomendacja dotycząca konkretnie odwiedzin wpłynęła bezpośrednio na prawo do obecności osoby bliskiej (rodziców/opiekunów) i do dodatkowej opieki pielęgnacyjnej

hospitalizowanych dzieci. Fundacja stoi na stanowisku, że przejawem realizacji obowiązków wynikających z Konstytucji RP i Konwencji Praw Dziecka w stosunku do dzieci hospitalizowanych jest zapewnienie im ciągłej i nieprzerwanej opieki ich rodziców wraz z możliwością nieograniczonego przebywania rodziców z dziećmi hospitalizowanymi.

W marcu 2020 r. Rzecznik Praw Pacjenta zajął [stanowisko](#) w sprawie pobytu rodziców w szpitalach z hospitalizowanymi dziećmi. Zdaniem RPP

Jakikolwiek kontakt pacjentów z osobami z zewnątrz, także pośredni, może być dla nich bardzo poważnym zagrożeniem. Ograniczenie tego ryzyka do minimum musi być dzisiaj priorytetem. [...] Pracowników szpitali i oddziałów dziecięcych proszę o to, aby w swoich obowiązkach szczególnie nacisk położyli na bieżące i wyczerpujące udzielanie informacji rodzicom o stanie zdrowia i samopoczuciu ich hospitalizowanych dzieci oraz indywidualnie oceniali, czy brak stałej obecności rodzica nie będzie przez dziecko dotkliwie odczuwany. Proszę brać pod uwagę wiek i stopień dojrzałości dziecka. W przypadku pogorszenia się stanu emocjonalnego małego pacjenta rozważmy umożliwienie kontaktu z rodzicem (o ile sytuacja podmiotu leczniczego pozwala na zapewnienie odpowiedniej ochrony przed zakażeniem) albo umożliwmy stałe przebywanie rodzica z dzieckiem na oddziale, bez opuszczenia go przez rodzica aż do zakończenia hospitalizacji małoletniego pacjenta. W przypadku, gdy względy epidemiczne wymagają znacznego ograniczenia kontaktu młodego pacjenta z rodzicem, należy bezwzględnie umożliwić kontakt alternatywny np. telefonicznie lub za pośrednictwem internetu (wideorozmowy), dzięki czemu brak stałej obecności rodzica nie będzie przez dziecko dotkliwie odczuwany.

W przedstawionym stanowisku za nie do pomyślenia należy uznać nie tylko zastąpienie kontaktu osobistego kontaktem telefonicznym z rodzicami, szczególnie w przypadku noworodków. Pozostawienie tak małych dzieci w szpitalu bez opieki rodziców praktycznie całkowicie wyklucza możliwość nawiązania jakiegokolwiek więzi między noworodkiem a rodzicami, tak istotnej szczególnie w pierwszych dniach życia. Rzecznik Praw Pacjenta w swoim stanowisku całkowicie pominął tę kwestię, jak również nie wskazał, w jaki sposób należy zapewnić kontakt rodziców z dzieckiem, gdy chociaż jedna ze stron nie może korzystać z urządzeń komunikowania się na odległość. Jednocześnie przedstawionego stanowiska, chociaż w znaczny sposób wpływało ono na prawa rodziców i ich hospitalizowanych dzieci, nie można uznać za oficjalne rekomendacje czy wytyczne.

W związku z brakiem rekomendacji i wytycznych w zakresie opieki rodziców nad noworodkami przebywającymi w szpitalach Fundacja Rodzic po Ludzku wystosowała [wniosek](#) do Rzecznika Praw Pacjenta i Rzecznika Praw Dziecka. Pomimo obszernego pisma, które Fundacja otrzymała od biura Rzecznika Praw Dziecka, trudno znaleźć uzasadnienie dla pozbawienia noworodków opieki rodziców. W piśmie skierowanym do Fundacji Rzecznik Praw Dziecka pisze:



W obecnym stanie epidemii – zgodnie z art. 2 pkt 22 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi oznaczającą sytuację prawną wprowadzoną na danym obszarze w związku z wystąpieniem epidemii w celu podjęcia określonych w ustawie działań przeciwepidemicznych i zapobiegawczych dla zminimalizowania skutków epidemii i w świetle obowiązujących przepisów prawa ostateczna decyzja dotycząca sposobu organizacji i możliwości przebywania rodziców z hospitalizowanymi dziećmi należy do kierownika podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych albo upoważnionego przez niego lekarza. [...] Obecna sytuacja związana z epidemią wirusa SARS-CoV-2 niewątpliwie jest niezwykle trudna i budzi wiele emocji związanych z obawą o zdrowie i życie najbliższych. Sytuacja ta jest również bardzo trudna dla samych podmiotów leczniczych, które muszą dziś działać w specyficznych warunkach, w sytuacji dużego zagrożenia zdrowotnego zarówno dla pacjentów, jak i personelu. Ze zrozumieniem przyjmuję wszystkie emocje towarzyszące rodzicom, którzy nie chcą być separowani od swoich hospitalizowanych dzieci. Rozumiem także wszelkie obawy dotyczące m.in. komfortu psychicznego dzieci, które przebywają w szpitalach oraz ich najbliższych, zwłaszcza jeśli kontakt między nimi nie może być realizowany na zasadach sprzed wystąpienia pandemii koronawirusa. Zdaję sobie jednak także sprawę z występowania przesłanek, o których mowa w art. 5 ustawy o prawach pacjenta, oraz tego, że do obowiązków kierownika podmiotu leczniczego należy zapewnienie bezpieczeństwa pobytu w szpitalu – co łącznie determinuje podejmowanie przez nich często bardzo trudnych i złożonych decyzji, w których zawsze wymagany jest kompromis.

– pismo Rzecznika Praw Dziecka z dnia 13 maja 2021 r.

Brak wytycznych spowodował, że w wielu przypadkach dyrektorzy szpitali podejmowali decyzje o całkowitym zakazie odwiedzin i opieki nad hospitalizowanymi dziećmi przez ich rodziców. [Petycja](#), przygotowana przez Fundację Rodzic po Ludzku i podpisana przez 112177 osób, a skierowana do Ministerstwa Zdrowia, [została zignorowana przez decydentów](#). Zignorowany został również głos ekspertów wypowiadających się [w mediach](#): psychologów, psychiatrów, neonatologów – informujący o poważnych konsekwencjach dla zdrowia dziecka spowodowanych jego izolacją od rodzica. Za niebezpieczną należy uznać sytuację, w której o tak istotnej dla zdrowia rodziców i ich dzieci kwestii decyduje w praktyce jedna osoba. Nie zostały przeprowadzone niezbędne konsultacje, nie zebrano opinii środowiska medycznego, rodziców oraz pozostałych ekspertów. Jest to przykład uprzedmiotowienia rodziców i ich dzieci w relacjach ze szpitalem i decydentami, pozbawienia ich głosu w tak istotnych dla nich sprawach oraz próba uniknięcia dialogu i dyskusji ze społeczeństwem. Pozbawienie rodziców możliwości sprawowania opieki nad swoimi hospitalizowanymi dziećmi oraz uniemożliwienie noworodkom przebywania w bezpiecznym, znanym im środowisku, którego rodzice są nieodłącznym elementem, można uznać za nieludzkie i okrutne traktowanie. Świadczą o tym również relacje otrzymane od rodziców, którzy doświadczyli długotrwałej separacji.

Zalecenia dotyczące sposobu postępowania w przypadku noworodków matek zakażonych lub z podejrzeniem COVID-19 zostają wydane przez Ministerstwo Zdrowia dopiero 29.09.2020. Dokument ten zawiera rekomendacje dotyczące kontaktu rodziców z dzieckiem przebywającym w oddziale intensywnej terapii noworodka, wskazując, iż

W aktualnym stanie epidemii w Polsce istnieje dalsza konieczność nadzoru personelu oddziału nad odwiedzinami w oddziałach intensywnej terapii i patologii noworodka. Zdajemy sobie sprawę, jak bardzo trudna jest ta sytuacja zarówno dla rodziców, jak i dla dzieci. Dlatego starajmy się znaleźć takie rozwiązania, które nie tylko umożliwią rodzicom uzyskiwanie bieżących informacji o stanie zdrowia maluchów, ale także pozwolą na ograniczone w czasie (np. dwa razy w tygodniu o wyznaczonej godzinie), bezpieczne odwiedziny w oddziale leczącym noworodka. [...]

Powyższe zapisy zostają niezmienione do dzisiaj, powodując w praktyce ograniczenie lub pozbawienie praw rodziców do przebywania ze swoimi dziećmi, które wymagają hospitalizacji.

7.8. Opieka nad kobietami w sytuacjach szczególnych (poronienie, narodziny dziecka martwego lub chorego)

Przez cały czas trwania pandemii nie pojawiły się wytyczne i rekomendacje związane z postępowaniem personelu medycznego w sytuacjach szczególnych. Do sytuacji szczególnych zalicza się rozpoznanie podczas ciąży ciężkiej choroby lub wady dziecka, poronienie, urodzenie dziecka martwego, niezdolnego do życia, chorego lub z wadami wrodzonymi. Pacjentki w sytuacjach szczególnych powinny mieć zapewnione:

- 1. czas pozwalający na oswojenie się z informacją,**
- 2. możliwość szybkiego skorzystania z pomocy psychologicznej,**
- 3. możliwość kontaktu z duchownym jej wyznania,**
- 4. możliwość wsparcia przez bliskie osoby,**
- 5. odseparowanie od kobiet, które oczekują bądź urodziły zdrowe dziecko,**

6. traktowanie z szacunkiem,

7. możliwość pożegnania się ze zmarłym dzieckiem w obecności osób bliskich,

8. opiekę laktacyjną.

W trakcie pandemii, według informacji uzyskanych przez Fundację, większość wymienionych praw nie została zapewniona. Kobiety roniące lub rodzące martwe dzieci nie miały zapewnionego odpowiedniego wsparcia ze strony osób bliskich, gdyż te nie były wpuszczane na teren szpitala. Nie zagwarantowano również możliwości skorzystania z pomocy psychologicznej ani kontaktu z duchownym wyznania kobiety. Fundacja Rodzić po Ludzku wystosowała do wszystkich szpitali w Polsce [wniosek](#) o zapewnienie odpowiedniego wsparcia kobietom w sytuacjach szczególnych. Niestety, pomimo tego, jak istotna jest ta kwestia, nasze działania nie przyniosły oczekiwanych rezultatów.

8. Rekomendacje Fundacji Rodzić po Ludzku

Rekomendacje dla decydentów w ochronie zdrowia

1. Powołanie zespołu interdyscyplinarnego zajmującego się opieką okołoporodową, którego zadaniem będzie wydawanie rekomendacji dla placówek medycznych w sytuacjach kryzysowych. Zespół powinien składać się z przedstawicieli różnych środowisk medycznych, w tym także przedstawicieli strony społecznej. Skład zespołu powinien być jawny, a sprawozdania z posiedzeń dostępne publicznie. Wydawanie rekomendacji dla placówek medycznych powinno być poprzedzone analizą dostępnych badań naukowych i analizą zgłaszanych problemów i wyzwań.
2. Wydawane rekomendacje i zalecenia powinny być oparte także na danych dostarczanych przez placówki medyczne i beneficjentów opieki lub organizacje społeczne reprezentujące środowisko.
3. Wspieranie i inicjowanie programów stałego wsparcia dla personelu medycznego doświadczającego nadmiernego stresu w pracy lub wypalenia zawodowego.
4. Inicjowanie spotkań i paneli decydentów w ochronie zdrowia z dyrektorami placówek medycznych, umożliwiającym konstruktywny dialog i dającym możliwość zaprezentowania problemów, z jakimi borykają się placówki medyczne.
5. Stworzenie systemu monitorowania realizacji Standardów Opieki Okołoporodowej w szpitalach.
6. Regularne analizowanie sytuacji w opiece okołoporodowej poprzez organizowanie paneli i dyskusji ze wszystkimi stronami zaangażowanymi w opiekę nad kobietą.
7. Ustalenie jasnych wytycznych dla szpitali na temat corocznego raportowania postępów we wdrażaniu Standardów Opieki Okołoporodowej.

Rekomendacje dla szpitali

1. Regularne monitorowanie przestrzegania Standardu Organizacyjnego Opieki Okołoporodowej w placówce. Analiza sytuacji oraz opracowywanie planu prac naprawczych, tak by zapisy Standardu dostępne były dla każdej kobiety.
2. Przeprowadzanie cyklicznych szkoleń dla personelu medycznego w zakresie realizacji Standardów Opieki Okołoporodowej, w szczególności poświęconych m.in. pozycjom wertykalnym, karmieniu piersią, ochronie krocza, pierwszemu kontaktowi, komunikacji z kobietą, prawom pacjenta.
3. Zbieranie informacji od kobiet i analizowanie jakości świadczonych usług, ze szczególnym uwzględnieniem kwestii traktowania pacjentek i sposobu komunikacji personelu, respektowania prawa do informacji, intymności oraz wyrażania zgody na zabiegi i czynności.
4. Zaprzestanie praktyk zakłócania pierwszego kontaktu matki z dzieckiem po narodzinach. Ważenie i mierzenie nie powinno być procedurą zakłócającą ten niezwykle ważny moment.
5. Ograniczanie nieuzasadnionych procedur medycznych podczas fizjologicznego porodu – przyspieszanie porodu za pomocą kroplówki z oksytocyną, nacinanie krocza.
6. Stworzenie systemu wsparcia dla personelu medycznego doświadczającego nadmiernego stresu, przeciążenia pracą jako profilaktyki wypalenia zawodowego.

REPORT “The perinatal care during the COVID-19 pandemic in the light of the experiences of women and the medical staff”

Childbirth with Dignity Foundation – November 2021.

Prepared by: Dr Antonina Doroszevska

Scientific editors: Iwona Adamska, Barbara Baranowska, Antonina Doroszevska, Joanna Pietrusiewicz, Maria Godlewska, Dominika Kuźnicka-Błaszowska, Anna Kwiatek-Kucharska

Editors: Iwona Adamska, Joanna Pietrusiewicz

1. The summary of the results

The survey of women

- **The women’s experiences during the COVID-19 pandemic**

More than half of the respondents declared that during pregnancy they experienced no limitations in access to services. The remaining respondents encountered various problems: instead of visiting the clinic, they were offered a telehealth consultation (17%), some visits were cancelled (15%), there were problems with calling the clinic (9%) or signing in with a particular doctor (8%), and the waiting time for an appointment increased significantly (6%).

One in four respondents (26%) opted out of some of the visits with the pregnancy “care provider”, and one in ten respondents opted out of some of the laboratory tests, CTG testing, and qualification for delivery at a Birth Center (11%).

The pandemic significantly reduced the possibility of giving birth with a companion of choice – nearly ⅓ of the respondents (62%) who gave birth during the pandemic gave birth alone, compared to 12% in 2018. Nearly ¾ of the respondents (72%) who had a caesarean section reported that a loved one could not provide kangaroo care to the baby due to the pandemic. For 14.4% of the respondents with the experience of a vaginal delivery, a pandemic childbirth is the childbirth in a mask.

- **The comparison of the perinatal experiences of women who gave birth in 2017 and 2018 with experiences of those who gave birth during the pandemic**

In 2021, the respondents were more likely to declare that they had received an artificial oxytocin drip: 64% of the respondents declared this, compared to 61% in 2018. * In addition, the respondents who gave birth with a companion of choice received the drip more often. This was the case both in 2018 and in 2021.

In 2021, the respondents more often than in 2018 reported that they could drink (85% vs 83.1%) and eat (28% vs 22%) during labor. However, they could change their position slightly less often (70% vs 73.6%).

In the survey conducted during the pandemic the percentage of women who reported that their baby's heart rate was monitored throughout labor but they were still able to move around increased (30.7% in 2018 and 37% in 2021), while fewer women had to lie down all the time because of the continuous monitoring of their baby's heart rate (31.9% in 2018 and 24.2% in 2021).

Among those surveyed in 2018, 54.5% reported having an episiotomy in 2021, the percentage was 50.6%.

In $\frac{1}{3}$ of births the second stage of labor is carried out in a medicalized manner – directed pushing in the flat on the back position. This happened both in 2018 and 2021. At the same time, 28.9% of the respondents indicated that they did not have the opportunity to choose the position – the position was chosen by care provider the birth, and the woman could not decide. Slightly fewer respondents had this experience than in 2018, when the percentage was 33.5%.

$\frac{2}{3}$ of the respondents (65%) declared that the assessment of the baby on the Apgar scale was performed in the newborn care corner and only 13% – on the mother's abdomen, and this was less than in 2018, when the percentage was 17% (the difference is statistically significant). It is puzzling that almost all of the respondents declare that they immediate skin-to-skin, and at the same time, in their opinion, the assessment of the newborn on the Apgar scale took place in the newborn care corner. This may mean that skin-to-skin contact was shortly after birth, or that it was interrupted for the baby assessment, and then the baby was placed back on the mother's abdomen. 12% of women declared that they did not know where the assessment took place, and 9% that it took place in a place other than the mother's abdomen or the newborn care corner.

The responses from the respondents indicate that in 2021 a situation in which nursing procedures (up from 32% in 2018 to 42% in 2021) and examinations and vaccinations (up from 32% in 2018 to 37 % in 2021) were not performed in the presence of the mother was more frequent. At the same time, the percentage of respondents reporting that all activities with the child were performed in their presence decreased.

Activities with the newborn should be performed in the presence of father. Based on respondents' experiences, this is more often the case for nursing procedures (49% in 2018 and 39% in 2021) than for examinations or vaccinations (21% in 2018 and 18% in 2021).

One of the basic patient's rights is the right to consent to certain activities or procedures. About ⅔ of the respondents (62% and 69% in 2018 and 2021, respectively) declared that staff asked for consent to administer an artificial oxytocin drip. Among the respondents, there were 14.1% who had an episiotomy performed without consent. The responses from the respondents indicate that medical staff more often ask a mother for consent to perform neonatal care than they did three years ago. More than 9 in 10 respondents (91.4%) said they were asked a question about consent to vaccinate the baby (up 6.2 percentage points). There was a 12.2 percentage point increase in the percentage of respondents who said that the staff asked for consent before examining their child (up from 67.7% to 79.9%). ⅓ of the respondents were asked whether they consented to giving the child medication (67.1%) or feeding the child with formula.

The overall assessment of breastfeeding support has improved over the past three years as the percentage of women who rated that support very well has increased (an increase of 9 percentage points from 23% in 2018 to 32% in 2021). Although more than half of the respondents rated the support for breastfeeding as good or very good, at the same time ¼ of respondents (24%) explicitly reported that they did not receive the support they needed to breastfeed their baby.

One can get an impression that during the pandemic the staff were more involved in the care of patients – they were more likely to teach how to nurse a child on their own initiative (in 2018, 29% declared this; in 2021, 32% declared this, the difference is statistically significant). The percentage of respondents whose opinion was that the staff taught them how to breastfeed on their own initiative also increased (from 33% in 2018 to 39% in 2021, the difference is statistically significant). This may be due to the staff awareness that because of the restrictions on the presence of relatives in maternity wards, women cannot rely on the support of their relatives and are completely dependent on the staff care.

The respondents rated the staff communication skills well, this includes carrying on a conversation in a polite and cultured manner, showing respect, providing information in an understandable way, and providing all the information the patient needed. The percentage of respondents who said that the staff always introduced themselves has increased over the past three years (11% in 2018, 18% in 2021). This may be due to the fact that during the pandemic, the staff often had to be dressed in personal protective equipment, including masks, which perhaps made the need to introduce themselves more obvious. Despite this, ¼ of the respondents (24%) indicated that the staff did not introduce themselves at all.

Despite the overall good communication rating, one in five respondents (21%) heard an inappropriate comment in hospital, 16% felt that the staff exalted themselves, one in ten

respondents experienced shouting and ridicule from the staff. In absolute numbers, this is information obtained from several hundred women.

The right to information is one of the basic patient's rights. Situations when it is not respected should not happen. Meanwhile, the percentage of answers: "definitely yes" to the question whether the respondent felt informed was, respectively:

- 26% for information about who is her care provider,
- 39% for information on the course of labor and birth,
- 40% for information about procedures performed on the baby,
- 43% for giving information about the woman's health,
- 44% for information about the baby's health during delivery, and 51% for information about the newborn's health.

Based on the data, it can be concluded that the respondents did not always have a good communication experience, and they also recognized that the right to information was not respected in every situation. Despite this, the percentage of respondents who said they felt that any of their rights had been violated is 13%, three percentage points lower than in 2018.

Over the past three years, the percentage of women who reported that an action was performed in the hospital that they felt was not gentle enough, without consent, or without concern for patient privacy and intimacy has decreased. In 2021, however, this was the case for 24% of respondents (lack of gentleness), 15% (lack of consent) and 14% (lack of intimacy and privacy). Thus, it can be seen that the staff are paying increasing attention to these elements of care, but there are still areas where change needs to be worked on.

In 2021, violence and abuse still continue to occur in Polish hospitals. 9% of the respondents giving birth during the pandemic in 2020 and early 2021 experienced ridicule in hospital, 3% were blackmailed, 2% had their legs forcefully spread during pushing. The percentages may seem small, but it is worth looking at the numbers behind them. During several months of the study's implementation, between March 2020 and February 2021, among the women who took part in the survey, as many as 873 were ridiculed, 332 were blackmailed, for 194 force was used to make them spread their legs during pushing. In addition, 76 respondents were threatened, 42 had their legs tied to the birthing bed, 29 were poked, fees were extorted from 17, and 8 were slapped!

The Medical Staff Survey

- **Working conditions during a pandemic**

The first part of the questionnaire included questions comparing working conditions before the pandemic with those during the pandemic. Greater strain was felt by 66.4% of the respondents. Greater patient anxiety was felt by 65.5% of the respondents. A similar percentage of respondents stated that tasks take more time to complete due to the increased number of procedures to protect against virus infection (65.3%). A large group of the respondents feel that the system has failed them (60.8%). 41.7% of the respondents have had more on-call shifts since the beginning of the pandemic and 37.5% have not been able to take leave. 36.4% of the respondents experienced chafing and skin lesions related to the use of personal protective equipment.

According to 40.1% of the respondents, stress makes it difficult to perform professional duties. Midwives felt it to a greater extent – 42.3% of the respondents practicing this profession declared that (while the percentage of physicians agreeing with this statement was 25.5%). Moreover, among the surveyed midwives were twice as many people who declared that stress significantly affects their private life – 27.6% of surveyed midwives and 13.7% of physicians strongly agreed with such a statement.

The respondents had a limited ability to relieve stress – this is believed by ⅓ of the respondents (67.4%, answers “definitely yes” and “rather yes”). At the same time, more than half of the respondents (52.2%) declared that stress at work significantly affected their private life.

Only ⅓ of the respondents (33.8%) agreed with the statement that the employer provided adequate safety measures to protect against infection; an even smaller percentage of respondents – one in four (24.3%) – felt that they had received support from their employer.

- **The consequences of working during a pandemic**

Among the consequences of working during the pandemic the vast majority of respondents pointed to the reduced contact with distant family and friends (86.5%), 22.6% indicated separation from closest family, and 49.4% experienced health problems due to exhaustion.

For 22.6% of the respondents, working during the pandemic was associated with a deterioration in their financial situation due to a reduction in salary because of quarantine, and for ¼ of the respondents (24.5%) it is also associated with giving up additional employment.

- **Relationships with patients /environment**

In the aspect of relationships with patients and the environment, 44.8% of the respondents admitted that they had encountered negative reactions from patients, and 39.6% had heard negative comments in the store or at school.

- **The discrepancies between midwives and physicians**

The analysis of the results showed that some of the problems were much more common among midwives than among physicians who participated in the study. 9 out of 10 midwives declared that they were accompanied by the fear of SARS-CoV-2 infection, this fear was mentioned by 7 out of 10 physicians.

$\frac{2}{3}$ of the midwives surveyed needed more time to complete tasks due to more procedures to protect against infection (67.8%) and felt that the system had failed them in a critical pandemic situation (63.1%). These experiences were mentioned by less than half of the physicians surveyed.

Midwives were more likely than physicians to be unable to take leave due to their work during the pandemic (39.3% vs 23.5%) and to have chafing and skin lesions related to the use of personal protective equipment (38.5% vs 21.6%).

- **The support in the workplace**

The average rating of the support received from the immediate supervisor was 2.68 (on a scale of 1-5, where 1 is inadequate and 5 is very good).

Only $\frac{1}{3}$ of the respondents (33.8%) agreed with the statement that the employer provided adequate safety measures to protect them against infection, an even smaller percentage of respondents – one in four (24.3%) – felt that they received support from their employer.

8 out of 10 respondents (82.1%) declared that the employer provided the procedures for dealing with suspected or confirmed SARS-CoV-2 infection in a patient. It is worth noting that if the suspicion or confirmation of infection occurred in a midwife or physician, the procedures were provided according to half of the respondents (50.6%).

Slightly more than half of the respondents (53.1%) reported that they had access to enough appropriate personal protective equipment.

Other types of support – such as training on how to cope with an epidemiological emergency, support in organizational activities to adapt to working during the pandemic, and consultation with a psychologist – were available to less than $\frac{1}{3}$ of the respondents.

- **The systemic support**

9 out of 10 respondents during the pandemic did not have the opportunity to receive training on stress management methods.

More than 80% of the respondents reported that no one provided them with psychological consultations (86.5%) or meetings with infectious disease experts (84.8%).

$\frac{2}{3}$ of the respondents (68.8%), despite the enormous effort involved in working during the pandemic, received no financial support.

- **Providing care for women**

More than $\frac{1}{3}$ of the respondents (37.7%) agreed with the statement that babies are more likely to be separated from their mothers against recommendations during the pandemic (responses “strongly agree”, “tend to agree”). Those with short tenure (less than 5 years, 46.2%) were twice as likely to agree with this statement as those with more than 30 years of tenure (20.7%).

34.9% of the respondents declared that caesarean sections were performed more often due to the so-called epidemiological indications.

Actions aimed at limiting the staff contact with the woman in labor and thus medicalizing the course of labor, as they were aimed at speeding up delivery, were more likely to be taken in connection with the pandemic according to 27.5% of the respondents.

More than half of the respondents (57.1%) agreed with the statement that relations with women improved due to the fact that they were not accompanied by their relatives. At the same time, almost half (48%) of the respondents stated that the relations had improved due to the sense of community in a difficult situation which both patients and the staff encountered. The surveyed midwives (50.1%) thought so much more often than doctors (35.3%). At the same time, more than half of the respondents (57.8%) confirmed that the relations worsened due to the high workload of the staff, almost half (49.9%) – that the relations were negatively affected by procedures that minimize the time spent with a woman. In the opinion of 45.7% of the respondents, the necessity to wear personal protective equipment especially masks made communication with patients difficult, which influenced the quality of the relationship.

2. Main conclusions

1. The implementation of the Organizational Standard of Perinatal Care during a pandemic

The study, which included 10,257 women giving birth during the first year of the COVID-19 pandemic (March 2020 to February 2021), allows us to conclude that, despite the crisis situation that affected health care, some of the provisions in force since 2019 of the Regulation of the Minister of Health on the organizational standard of perinatal care were respected. In comparison with the data from before the pandemic (Report on the experiences of women in childbirth in 2017-2018), it is clear that year after year the Standard is being implemented in hospitals and maternity wards better and better.

The Regulation of the Minister of Health is an act regulating perinatal care in Poland and has not ceased to be in force during the pandemic. In the situation of physiological pregnancy and physiological delivery, it should be implemented in all medical facilities in Poland, both public and non-public. The situation of a pandemic, which we are aware of, is a crisis situation for which no one was prepared. Adherence to the Standards, that have been in force for 10 years, in a crisis situation required additional effort from hospitals and the medical staff. In places where the regulations were implemented before the pandemic, it was easier for the staff to stick to the habits based on the Standard. Facilities that did not respect the Standard before the pandemic did not respect it during the pandemic. The crisis created an excuse to ignore the law. Based on the results of our survey with more than 10,000 women, we can conclude that in many places the provisions of the Ministerial Regulation after 10 years became the law actually respected even during the deep crisis.

The opportunity for a companion of choice to attend a vaginal birth was one of the best implemented provisions of the Standard, implemented in almost all hospitals even before the pandemic. In the last year, the father of the child accompanied $\frac{1}{3}$ of the respondents, while in 2017 and 2018 he was present at more than 80% of births. During the pandemic, it was this provision that was not respected and this right was most often restricted – more than 60% of women in the first year of the pandemic gave birth alone. In many places, childbirth with a companion of choice during the pandemic involved paying for a COVID-19 test, special protective clothing, or a single birth room. Often, it was not until the Childbirth with Dignity Foundation or women themselves took action so that such fees were waived or birth with companion of choice were restored.

Prior to the pandemic, golden hour support – realization of the right to two hours of an uninterrupted skin-to-skin contact between mother and baby after birth – also improved

every year. The pandemic did not halt this good trend – more than 90% of women had skin-to-skin contact after a vaginal birth during the pandemic as well. According to the data collected by the Foundation on an ongoing basis, in 2021 more than half of women after a vaginal birth had long, two-hour contact with their baby. More and more hospitals are creating conditions and the staff are making efforts to ensure that as many women as possible have the opportunity to be with their baby for two hours after birth.

During the pandemic, a higher percentage of women than a few years ago were allowed to drink and eat during labor (85% and 28%, respectively). It should be concluded that also this provision of the Standard is gradually being implemented in hospitals and was not restricted, despite the fact that one in five parturients during the pandemic had to wear a mask.

During the pandemic, the staff became more involved in the care of women – more often on their own initiative they taught them how to nurse the child (32%), how to breastfeed (39%). This may have been influenced by two factors: both the situation that the women experienced, i.e., lack of support from their relatives in maternity wards, and the increased staff awareness of the importance of assistance during the first days of breastfeeding. The overall assessment of breastfeeding support has improved over the past three years, with more than half of women rating the support as good or very good. At the same time, one in four women during the pandemic did not receive the support they needed to feed their babies, which may have been due to working conditions during the pandemic: many wards were understaffed or there was limited contact with women due to fear of infection. During the pandemic, nursing procedures and child examinations and vaccinations were more often performed without the mother's presence than before the pandemic (42% and 37%, respectively) which may be linked to restrictions on movement around the hospital.

It is evident that some of the provisions of the Standard, such as introducing oneself, discussing the birth plan or placing the baby on the mother's abdomen, became natural for many midwives and physicians, so they were automatically followed during the pandemic. Unfortunately, not all provisions of the Standard have been followed, and this cannot always be explained by the pandemic. In many hospitals, women still cannot exercise their guaranteed right to decide on the course of their labor, their activity during labor is limited, many women have to lie down and cannot independently choose a comfortable position for giving birth. During the pandemic, women were less likely to be able to change position, one in three births during the second stage was conducted in a medicalized manner, and pushing was performed in a flat on the back position under directions of the staff. According to the survey, 30.6% of women did not have a choice of position – the position was chosen by the care provider and the woman could not decide.

The pandemic also increased the medicalization of childbirth, which is confirmed by the declarations of some of the medical personnel participating in the study. As shown by the experience of women, those surveyed during the pandemic more often than in the previous

study had a drip with artificial oxytocin administered (64%), the percentage of women who declared that continuous fetal monitoring was performed throughout labor also increased (61%). Despite a gradual decrease in the rate of episiotomy over the years, during the pandemic more than half of women who gave birth vaginally had an episiotomy (51%).

During the pandemic, the standards were not fully implemented, and some women's rights were violently and sometimes unjustifiably taken away – such was the case with giving births in the presence of a relative, separating mothers from their babies immediately after birth, and limiting support and direct contact with relatives in the postpartum period. Where there were situations of uncertainty, lacking clear legal provisions and guidelines, the staff often restricted women's rights without hesitation, hiding behind the safety of patients and the medical staff, and neglecting the scientifically proven benefits of following the procedures.

2. The impact of the pandemic on the quality of perinatal care

During the pandemic, the medical safety of women and children, as well as the medical staff, became the main priority in perinatal care. However, it is important to emphasize the fact that the study of women's experiences shows that in many places both hospitals and the staff made efforts and cared for the quality of birth and healthcare despite the pandemic and difficult conditions. Thanks to the tremendous work of midwives and doctors, for tens of thousands of women, childbirth even during the pandemic was an important, positive and empowering experience. Unfortunately, at the same time, for some women, both the time of pregnancy and the childbirth itself as well as the hospital stay were difficult or traumatic experiences. This group included women who did not receive care according to the Standard, as well as women who experienced various restrictions related to the pandemic.

The pandemic has affected the quality of care for pregnant women, women in hospitals, and those returning home with their baby and waiting for support from a community midwife. Women identifying childbirth as a negative or traumatic experience are likely to encompass those who were unable to give birth with a companion of choice, and those who were separated from their baby after delivery, unable to see their hospitalized child for weeks, women giving birth in masks, and women forced into caesarean sections. Also, those women who did not have the chance to receive the support of loved ones in early postpartum period, and because of the overload of the medical staff, could not count on their time and attention as well.

During the first year of the pandemic, the quality of perinatal care for pregnant women also deteriorated significantly. Half of them experienced restrictions in access to services during pregnancy – they had medical consultations cancelled (15.3%) or changed to telehealth (17.7%), they had limited contact with health facilities (9.5%), difficult access to the doctor of their choice (8.2%), and increased wait times for appointments (6.4%). One in four women

dropped out of some of their appointments with the obstetrician, one in ten dropped out of some of their lab tests or CTG testing. Additionally, due to the suspension of antenatal classes and cancellation of meetings by community midwives, they were left alone without support and education. This undoubtedly had a negative impact on pregnancy and birth preparation of thousands of women in Poland. An additional stress factor was the feeling of uncertainty accompanying them often for months: where I will give birth, whether I will be infected, with whom I will give birth, whether I will give birth in a mask, whether they will take my baby away after birth.

3. The medical staff during the pandemic – working conditions and experiences of those working with women

The implementation of the Standard, as shown in the survey of women giving birth in the COVID-19 pandemic, has improved in many areas. Ensuring women's medical safety and making efforts to provide the best possible level of perinatal care during the pandemic was done largely at the expense and through the tremendous efforts of the medical staff. They took on an enormous effort to cope with the extra work in a situation of uncertainty, stress, with limited opportunities to de-stress or take time off, with little support from the employers or superiors, but most of all the system.

The extra work in a situation of uncertainty during the pandemic was accompanied by a constant stress. The lack of the opportunity to take leave (according to 37.5% of the female and male medical staff surveyed), lack of systemic support (perceived by 60.8%), working extra hours (41.7%) or increased workload (66.4%) made stress difficult to relieve. One of the main consequences of the pandemic was separation from closest family (22.6%) and friends, health problems (49.4%), and fatigue. In addition, it happened that midwives and doctors experienced verbal abuse from bystanders in the store or school (39.6%), as well as patients (44.8%). For ¼ of the respondents, work during the pandemic was also associated with a deterioration of financial situation due to a reduction in salary because of quarantine (22.6%) or resignation from additional employment (24.5%).

The staff during the pandemic were burdened with additional procedures to protect against virus infection, additional tasks, and on-call duties. At the same time, the pandemic presented many midwives and physicians with chafing and skin lesions following the use of personal protective equipment (PPE), in addition to a tremendous workload. Only half of the survey participants had access to enough appropriate personal protective equipment. Only one in four felt they received support from their employer, a small percentage received support in the form of training or consultation with a psychologist, and nearly 70%, despite the enormous strain of working during the pandemic, did not receive any financial support. Most of the people participating in the survey feel that the system has failed them, has not supported them, has not protected them, has not appreciated them.

During the pandemic, more than half of the staff declared that relationships with the parturients had improved due to the absence of their relatives at their side (57.1%) or thanks to feeling a sense of community in a difficult situation (48%) that was shared by both patients and the staff. For half of the staff relationships deteriorated due to heavy workloads (57.8%) and procedures that minimized time spent with women (49.9%). Having to wear personal protective equipment and masks made it difficult to communicate with patients, which affected the quality of the relationship (45.7%).

The enormous, often heroic efforts of midwives and physicians in order to provide adequate care to women during the pandemic deserve great recognition. Even before the pandemic, the working conditions of the staff in many facilities ensured better implementation and realization of the Standard; in other places, the appropriate conditions were not ensured, and the implementation of the Standard was often the result of the work and efforts of a group of determined people or even a single person. The pandemic has slowed down the positive changes that were already beginning to take place in many areas. Unfortunately, it must be assumed that the system that failed during the pandemic and once again failed to support the medical personnel is not able to guarantee appropriate conditions for the complete implementation of the Standard in every facility.

The shock for the healthcare system caused by the pandemic will influence the decisions of those working in healthcare – some of them will decide to quit or change their jobs, some will decide not to study medicine, and some will choose a different path in life after medical studies. Without ensuring good and decent working conditions and an ongoing support for those who care for women in the perinatal period, it will be very difficult to implement all the provisions of the Standard.

4. Crisis management – how we dealt with the system

The state of pandemic announced in March 2020 has significantly changed the relationship between patients and healthcare professionals. This also applies to pregnant women and those who are preparing for childbirth. First several months have seen chaos and miscommunication.

Policymakers have not developed clear rules and guidelines under which patient rights may be restricted. In fact, Article 5 of the Act on Patient Rights and the Patient Rights Ombudsman is a provision whose interpretation leaves much freedom to hospital directors. At the same time, hospital management are not equipped with the tools that would allow them to make fully informed decisions.

It should be noted that perinatal care during the pandemic was based on guidelines and recommendations issued by national consultants, societies and associations of doctors, nurses and midwives. These guidelines led in many situations to a change in the standard

of care in hospitals, directly violating the provisions of the Standards of Perinatal Care and the Act on Patient Rights, not to mention the Constitution of the Republic of Poland and international agreements to which the Republic of Poland is a party. At the same time, neither the national consultants nor the aforementioned associations and societies are competent to issue binding guidelines and recommendations. However, it should be noted that these entities fulfilled the duties of the Ministry of Health, which should have taken the responsibility for developing guidelines for organization of care that would allow, also in times of the pandemic, for the implementation of the law in force and ensure that decisions about perinatal care will be made on the basis of current medical knowledge, with a view to ensuring the safety of parents and their children.

It is unacceptable to issue ill-considered and unsupported by scientific evidence guidelines and recommendations, to leave the fate of tens of thousands of families in the hands of one person, or not providing the guidelines, for example, on the treatment of women in special situations.

In addition to the fact that official recommendations and guidelines are difficult to find and understand by patients, it is also worth noting that the decision-making process in this area is non-transparent. The public is not aware of the rationale behind individual recommendations; these recommendations are also not consulted with a wider range of specialists and experts, and they lack references to scientific sources. It is a drastic and devoid of logical explanation fact that decisions concerning whether the parents are allowed to stay with their hospitalized children were made by one person, who, in addition, is not a specialist in neonatology, gynecology or obstetrics.

It should be stressed that a situation in which hospitals often do not make their procedures available on their websites, and women pass information to each other by word of mouth should be considered reprehensible. As the examples of hospitals in Krosno, Wroclaw or Subcarpathian Voivodeship show, the official rules in the facilities change from day to day and patients are not informed about them. It should also be noted that the Ministry of Health decided to provide answers to the most common questions about perinatal care in a transparent form only at the end of 2020.

It is also difficult to determine the bodies responsible for the form of perinatal care in certain regions. For example, the voivode (i.e. provincial governor) of Kujawy and Pomerania, having exceeded his powers, made an ill-considered decision to suspend family births (when the woman in labor is accompanied by a person of her choice e.g. her partner) in the province. As a result, long after the voivode withdrew from this practice, some hospitals in the province did not support family births, citing the position of the voivode. On the other hand, in Subcarpathian voivodeship, where the situation in this regard was very serious, neither the voivode, nor the voivodeship marshal felt responsible for the complete withdrawal of family births in the voivodeship.

The hospital directors were not given the tools to explain to their staff the reasons why certain restrictions had been introduced, and the staff members could not therefore convey these motives to the patients. It should be emphasized that although doctors and directors were sometimes left to themselves, this does not excuse instances of violent behavior, lack of empathy or just common sense.

Making such important decisions as restricting access to perinatal care in a non-transparent manner, and without consulting the patients, hospital directors and members of the medical care, should not take place in a democratic state ruled by law. It is clear that the state of the pandemic has forced hospitals to implement certain restrictions, only that many of them have no scientific or logical basis. After a year and a half of the pandemic, we already know that the benefits associated with an increased epidemic safety in hospitals did not outweigh the long-term damage caused by the restrictions. We, as the Childbirth with Dignity Foundation, call for the revision of the recommendations and for the analysis of their impact on society before they are finally implemented.

5. Respecting women's subjectivity and dignity. How did hospitals deal with abuse and violence during the pandemic?

In 2021, violence and abuse against women continues in delivery rooms and maternity wards. Despite an overall good communication rating, one in five women giving birth during the pandemic heard an inappropriate comment in hospital, one in ten experienced shouting and ridicule from the staff, 3% were blackmailed, and 2% had their legs forcefully spread during pushing.

More often than 3 years ago, the staff asked women for consent to perform activities related to the care of the newborn child, for permission to examine and to vaccinate the child. However, not all institutions respected the woman's subjectivity, her right to information and decision-making, and her right to consent to certain actions or procedures. In the pandemic, only 2/3 of the women were asked for consent to administer an artificial oxytocin drip, only half of the respondents were asked whether they consented to feeding the child with formula. Less than half of the women had full knowledge about the course of labor, about procedures performed on the baby, about their own health, about the health of the baby and about who was taking care of them. It can be assumed that the situation of the pandemic and the general chaos in hospitals, and the additional duties of the staff did not give adequate space and time to realize this right to information fully. Unfortunately, these rights were not respected before the pandemic either.

The results of the survey show that the work the Foundation has been doing for years in the area of raising awareness among women, the staff and the general public about the benefits of raising standards in hospitals, in particular the standards of communication with women, is paying off. The percentage of women who have been insulted, yelled at or

treated in a way that embarrassed or humiliated them is decreasing. The overall visible improvement in the implementation of the Standard is influenced by the fact that, compared to 2018, fewer women who were surveyed reported feeling that any of their rights had been violated (13% in 2021 compared to 16% in 2018).

More and more women speak out about what happened to them and write complaints to the directors of the institutions, expressing their disagreement with violations of the law or inappropriate comments. Any woman who has experienced abuse or psychological or verbal violence in the hospital is a reason for the Foundation to intervene. A pandemic or any other crisis situation does not exempt anyone from treating another human being with respect, and in the case of pregnant women, women giving birth, or women in the postpartum period, because of the situation they are in, it is particularly necessary to be treated humanely by people whose task it is to support and care for them.

6. Ten years of the implementation of the Standard

Analyzing the studies of the past 10 years, the results of inspections and monitoring carried out by the Foundation, we observe that the Standard is slowly being implemented. This process was certainly hampered by the pandemic, which posed many new challenges for hospitals and the medical staff. However, as the COVID-19 pandemic study shows, even such a crisis situation did not stop the process of improving the quality of perinatal care in those areas that were included in the Standard and on which the Foundation has also placed particular emphasis in recent years. Despite the pandemic, communication with women, support in breastfeeding, provision of an uninterrupted two-hour skin-to-skin contact, and the right to information and decision-making are improving.

Despite the temporary restrictions during the pandemic of the right to the presence of a companion during childbirth and after delivery in maternity wards – this is one of the provisions of the Standard that was implemented before the pandemic in almost all hospitals and it is to be expected that with the return to normality, companions of choice will return to the birth rooms. This is one of the rights that women will no longer allow to be restricted and will fight for. At the same time as this right becomes more widespread, steps should be taken to ensure that the companion who is present at birth does not cause the medicalization of childbirth, e.g. by educating couples and accompanying persons.

The right to a skin-to-skin contact between the mother and child after birth has been respected for more than 90% of women surveyed for several years by the Foundation. In the majority of facilities, the staff put the baby on the mother's abdomen after birth; this is expected by women and people close to them. Year after year, more and more women declare a two-hour contact with the child after delivery. It remains to be investigated whether it is actually uninterrupted, as the results of the survey indicate that in the case of a significant number of children the Apgar scale assessment is performed

in the newborn's corner (65%), and not on the mother's abdomen. Over the next few years, the Foundation will continue its work to raise awareness of the importance of the skin-to-skin contact for mothers and babies, and to encourage the staff to change their practices so that they no longer measure, weigh or examine babies in the newborn corner immediately after birth.

Even before the pandemic, more and more women were preparing their birth plan, expecting it to be respected by the staff and included in their medical records. As further studies have shown, the birth plan, so criticized earlier, is now accepted as a part of the documentation, helps the staff in their work with the woman. In many facilities, it fulfills its main purpose – getting to know the woman and establishing good contact with her.

Over the past three years, the percentage of women who reported that, in their opinion, some procedures performed in the hospital were not done gently enough, without consent, or without concern for patient privacy and intimacy decreased. The staff pays more attention to these elements of care, but these are still the areas in which action should be taken for change. In one in four women, a procedure is performed not gently enough (24%), in 15% without consent, and in 14% without concern for intimacy or privacy.

Unfortunately, the implementation of regulations giving a woman the right to decide on the course of childbirth, the positions she can adopt, is very slow. The medicalization of childbirth is still at a very high level; the rates, instead of decreasing, are increasing. Medical interventions such as labor induction, accelerated labor or episiotomy are still a common practice. An increasing number of women report that continuous fetal monitoring was done throughout labor. An increasing number of women declare they choose to feed their baby with formula or supplementation with formula takes place on their request.

Unfortunately, the Standard is still not respected by some institutions, and its provisions are often violated by the staff of delivery rooms and maternity wards. The question that remains is why among hospitals with the same level of care (e. g tertiary referral centre) and the same number of deliveries, it is possible to implement the Standard in some while in others it is not. In the last 10 years, the Foundation's appeals to decision-makers to take action and control the exercise of women's rights in maternity care and to draw consequences for institutions which violate the provisions of the Regulation, have not been listened to. Thus, the implementation of the Standard still depends only on the good will of hospital managers and the staff. The hope is that the voice of women demanding respect for their rights, marking them in the birth plan, reporting abuses that occurred during their stay in hospital continues to rise. Another source of our hope is that there already are facilities that show that the Standard is possible to implement, and they are highly rated by the women.

Changing habits or routines takes time, effort and resources. In many facilities, efforts have been made for 10 years to make the Standard a habit for the staff. Special trainings

were conducted to improve the staff competence. The new law, which was in 2011 the Standard of Perinatal Care, in 2021 is already an old law. In the Foundation's opinion, this is sufficient time to implement the procedures and follow them. The transition period for the implementation of the Standard should be considered completed.

There is a great need to raise awareness among women, the staff and the general public about the benefits of raising standards of care in hospitals, in particular the standards for communication with patients. There is also a need to diagnose the barriers to the implementation of specific provisions of the Standard and to take an appropriate action.

3. Assumptions, research goal and methodology

The report was created in order to present in one place the data on perinatal care during the pandemic, collected from both the decision-makers and the medical staff, as well as from the women who gave birth during the COVID-19 pandemic. We believe that every woman has the right to respectful and attentive care, and the situation related to the threat of the pandemic does not exempt anyone from exercising this right, nor should it have an impact on the deterioration of the quality of perinatal care or access to medical services. At the same time, we are aware of the organizational difficulties related to the epidemiological situation, and we are aware of the enormous effort that thousands of midwives, doctors, nurses, and facility managers make every day to provide the best possible care to women and newborns.

The aim of the report is to describe the problems and challenges related to the pandemic, as well as its effects on the functioning of the facilities and maternity wards, including the consequences for the staff and women's experiences. We are also keen to show how patients' rights, as enshrined in the Standards of Perinatal Care are respected and how perinatal care has changed over the past three years. The analysis of the survey results also allows us to draw conclusions about how perinatal care will function in 2021, during the COVID-19 pandemic.

The data presented in this report come from three different studies in which the target groups were women, the medical staff, and the hospital executives.

3.1. A study of the experiences of women giving birth during the COVID-19 pandemic

The main objectives of the women's experience study were:

- to examine how women's rights are respected in perinatal care during the COVID-19 pandemic,
- to learn about the perinatal experiences of women who gave birth in the first year of the pandemic (between March 2020 and February 2021),
- to compare the perinatal experiences of women who gave birth in 2017 and 2018 with those during the pandemic.

The study used an electronic survey available at www.ankieta.rodzicpoludzku.pl. As of 2018, this tool is used for the ongoing monitoring of perinatal care conducted by the Childbirth with Dignity Foundation. Additional questions about women's care and experiences during the pandemic were added to the survey. A campaign to inform about the survey and engage postpartum women to complete the survey took place from December 2020 to February 2021 primarily through the Foundation's social media channels. By promoting the survey in December 2020, it was possible to reach women in smaller towns.

In the analysis of the answers of the women who participated in the 2018 survey, data from 8,378 respondents were included, while the sample size for the 2021 survey is 10,257 women. The sample included those who gave birth between January 1, 2017 and March 20, 2018, and those who gave birth between March 2020 and February 2021 (during the COVID-19 pandemic).

3.2. A study of the experiences of the hospital medical staff

The objectives of the study were:

- to recognize the issues and challenges associated with providing care during the pandemic,
- to describe the impact of the pandemic on the performance of daily professional duties, as well as on the off-the-job functioning of medical professionals,
- to examine how the pandemic has affected the relationships of the medical personnel with women.

The staff survey was conducted using an electronic questionnaire available on the [website](#).

The survey was conducted from March to May 2021 and was preceded by a pilot conducted in February. Information was collected on the situation of the staff during the COVID-19 pandemic, i.e.:

- the problems and challenges that respondents encountered in their work during the pandemic,
- the effects on the functioning of the facility and department, including consequences for the staff,
- the effects on the implementation of the Standard,
- good practices, recommendations, negligence experienced by hospitals.

Midwives, obstetrician-gynecologists, neonatologists, and nurses participated in the survey. As part of the campaign informing about the survey and engaging the staff to complete the survey, an information campaign was conducted in the social media, e-mails were sent to hospitals caring for pregnant, birthing and postpartum women, and to the Foundation's midwife database (about 4,000 people). A total of 454 people participated in the survey, including 429 who had an experience working in a hospital while providing maternal and child care during the first year of the pandemic. Of these individuals, 86% were midwives.

3.3. A study of the experiences of the hospital decision makers

The objectives of the survey of the facility managers were:

- describing the impact of pandemic-related restrictions on facility operations,
- describing the support that facilities received during the pandemic,
- the presentation of the suggested recommendations for similar crisis situations by the managers of the institutions in the future.

The study group consisted of 5 persons, aged 41-65 years with the length of service as a hospital director from 2 to more than 15 years. Three persons had non-medical and two – medical education. The directors were in charge of the institutions with the following characteristics: single-profile non-covid hospital, multi-profile non-covid hospital, multi-profile non-covid hospital with COVID-19 intensive care unit, multi-profile covid hospital. The hospital reference levels: from I to III. The number of deliveries per year: from 600 to about 5,000. The hospitals were located in 4 voivodships.

An in-depth interview method was used to survey decision makers. Dispositions for the interview included 5 issues relating to the organization of perinatal care during the pandemic and concerning the experiences related to the changes that the pandemic forced in the operation of facilities and the difficulties that the decision makers experienced when faced with managing a facility during a crisis. Interviews were conducted online and by phone and lasted from 10 to 40 minutes. The interviews were conducted by the Guardians of Childbirth with Dignity – local activists of the Foundation. Before conducting the interviews, the Guardians were trained on how to conduct an interview.



Fundacja
Rodzić po Ludzku