

Poradnik dla kobiet w ciąży



- ❖ Bezpłatna opieka zdrowotna dla każdej kobiety w ciąży, podczas porodu i w połogu
- ❖ Opieka lekarza specjalisty w poradni położniczo-ginekologicznej
- ❖ Standard opieki okołoporodowej
- ❖ Program badań prenatalnych
- ❖ Jeden test. Dwa życia. Zrób test na HIV. Dla siebie i swojego dziecka
- ❖ Opieka położnej środowiskowej
- ❖ Leczenie stomatologiczne
- ❖ Koordynowana opieka nad kobietą w ciąży podczas porodu i w połogu (KOC)
- ❖ Poród i opieka w szpitalu
- ❖ Badanie słuchu u noworodków
- ❖ O karmieniu piersią – internetowe szkolenie dla mam

Bezpłatna opieka zdrowotna dla każdej kobiety w ciąży, podczas porodu i w połogu

Każda kobieta, także nieubezpieczona, zamieszkująca na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej i posiadająca obywatelstwo polskie, ma w okresie ciąży, podczas porodu i w połogu zagwarantowaną bezpłatną opiekę zdrowotną.

Dostęp do bezpłatnych świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych dotyczy także dzieci do ukończenia 18. roku życia, posiadających obywatelstwo polskie i miejsce zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, jeśli nie zostały zgłoszone do ubezpieczenia jako członkowie rodziny osoby ubezpieczonej lub nie podlegają obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu. Wszystkie świadczenia opieki zdrowotnej finansowane ze środków publicznych udzielone osobom nieubezpieczonym, ale do nich uprawnionym, opłaca NFZ z dotacji pochodzącej z budżetu państwa.

Kobieta w ciąży, podczas porodu i w połogu ma prawo:

- Do poszanowania intymności i godności podczas udzielania świadczeń. Przy wykonywaniu zabiegów może być obecna wyłącznie osoba, która je wykonuje (lekarz, pielęgniarka, położna, laborant). Obecność innych osób podczas badań i zabiegów jest uzależniona od zgody pacjentki.
- Do pełnej informacji o przebiegu ciąży, porodu i połogu, stosowanych procedurach medycznych i ich konsekwencjach. Taką informację, w sposób jasny i przystępny, powinni przekazać pacjentce lekarz lub położna. To pacjentka decyduje o dostępie osób trzecich do informacji o swoim stanie zdrowia. Dokumentacja medyczna nie może być im udostępniona bez jej zgody.
- Do odmowy skorzystania ze świadczenia: poddania się określonej procedurze lub zabiegowi. Zgoda na zabieg albo na zastosowanie metody leczenia lub diagnostyki, która stwarza podwyższone ryzyko dla pacjentki, musi być wyrażona na piśmie.
- Do obecności bliskiej osób podczas udzielania świadczeń. Kobieta ma prawo do obecności podczas udzielania świadczeń medycznych, również w trakcie porodu, bliskiej, wybranej przez siebie osoby.
- Po porodzie, kobieta i dziecko mają prawo do co najmniej dwugodzinnego, nieprzerwanego kontaktu „skóra do skóry”. Kontakt ten może być przerwany w sytuacji wystąpienia zagrożenia życia lub zdrowia matki lub noworodka, odnotowanego w dokumentacji medycznej.
- Kobieta ma prawo do uzyskania wyczerpujących informacji na temat korzyści i metod karmienia piersią.
- Kobieta ciężarna ma prawo do badań prenatalnych, finansowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia, jeśli spełnia wymagania określone w Programie badań prenatalnych.

Świadczenia poza kolejnością

Kobieta w ciąży ma prawo do korzystania poza kolejnością ze świadczeń opieki zdrowotnej oraz z usług farmaceutycznych udzielanych w aptekach.

Korzystanie ze świadczeń opieki zdrowotnej poza kolejnością oznacza, że:

- świadczenia ambulatoryjnej opieki specjalistycznej i świadczenia szpitalne powinny być udzielone tym osobom w dniu zgłoszenia,
- jeżeli udzielenie świadczenia w dniu zgłoszenia nie będzie możliwe, powinno ono zostać zrealizowane w innym terminie, poza kolejnością wynikającą z prowadzonej listy oczekujących,
- w przypadku świadczeń ambulatoryjnej opieki zdrowotnej (AOS), świadczenie powinno zostać udzielone nie później niż w ciągu 7 dni roboczych od dnia zgłoszenia.

Dzieci do 18 r.ż., u których stwierdzono ciężkie i nieodwracalne upośledzenie albo nieuleczalną chorobę zagrażającą życiu, które powstały w prenatalnym okresie rozwoju dziecka lub w czasie porodu, także mają prawo do korzystania poza kolejnością ze świadczeń opieki zdrowotnej oraz z usług farmaceutycznych udzielanych w aptekach.

Korzystanie z uprawnień odbywa się na podstawie zaświadczenia, które wystawia:

- lekarz podstawowej opieki zdrowotnej
- lekarz ubezpieczenia zdrowotnego, który posiada specjalizację II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie:
 - położnictwa i ginekologii, perinatologii lub neonatologii,
 - specjalista w dziedzinie pediatrii.

Powyższe uprawnienia zostały nadane dzięki ustawie o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem” z dniem 1 stycznia 2017.

Opieka lekarza specjalisty w poradni położniczo-ginekologicznej. Standard opieki okołoporodowej

Opieka nad kobietą w ciąży sprawowana w poradni położniczo-ginekologicznej odbywa się zgodnie z przepisami rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 r w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej. Rozporządzenie zawiera również zalecany zakres świadczeń profilaktycznych i działań w zakresie promocji zdrowia oraz badań diagnostycznych i konsultacji medycznych wykonywanych u kobiet w okresie ciąży, wraz z okresami ich przeprowadzania.

Świadczenia profilaktyczne wykonywane przez lekarza lub położną i działania w zakresie promocji zdrowia

Badania diagnostyczne i konsultacje medyczne

DO 10 TYGODNIA CIĄŻY

1. Badanie podmiotowe i przedmiotowe
2. Pomiar ciśnienie tętniczego
3. Badanie gruczołów sutkowych
4. Określenie wzrostu, masy ciała i wskaźnika BMI
5. Ocena ryzyka ciążowego
6. Propagowanie zdrowego stylu życia
7. Przekazanie informacji o możliwości wykonania badań w kierunku chorób uwarunkowanych genetycznie
8. W przypadku opieki sprawowanej przez położną obowiązkowa konsultacja lekarza położnika
9. Zebranie danych dotyczących zdrowego stylu życia i nawyków żywieniowych, w tym spożywania alkoholu i innych używek.

1. Grupa krwi i Rh, o ile ciężarna nie posiada odpowiednio udokumentowanego badania grupy krwi
2. Przeciwciała odpornościowe do antygenów krwinek czerwonych
3. Morfologia krwi
4. Badanie ogólne moczu
5. Badanie cytologiczne, o ile nie było wykonane w ciągu ostatnich 6 miesięcy.
6. Badanie stężenia glukozy we krwi na czczo, ewentualnie OGTT u kobiet z czynnikami ryzyka GDM
7. Badanie VDRL
8. Zalecenie kontroli stomatologicznej
9. Badanie HIV i HCV
10. 10. Badanie w kierunku toksoplazmozy (IgG, IgM), o ile ciężarna nie przedstawi wyniku potwierdzającego występowanie przeciwciał IgG sprzed ciąży
11. Badanie w kierunku różyczki (IgG, IgM), o ile ciężarna nie chorowała lub nie była szczepiona lub w przypadku braku informacji.
12. Oznaczenie TSH

11 – 14 TYDZIEŃ CIĄŻY

1. Badanie podmiotowe i przedmiotowe
2. Pomiar ciśnienia tętniczego krwi
3. Pomiar masy ciała
4. Ocena ryzyka ciążowego
5. Ocena ryzyka i nasilenia objawów depresji
6. Propagowanie zdrowego stylu życia

1. Badanie ultrasonograficzne zgodnie z rekomendacjami Polskiego Towarzystwa Ginekologów i Położników (PTGiP)

15 – 20 TYDZIEŃ CIĄŻY

- | | |
|--------------------------------------|-------------------------|
| 1. Badanie podmiotowe i przedmiotowe | 1. Morfologia krwi |
| 2. Pomiar ciśnienia tętniczego krwi | 2. Badanie ogólne moczu |
| 3. Pomiar masy ciała | |
| 4. Ocena ryzyka ciążowego | |
| 5. Propagowanie zdrowego stylu życia | |

18 – 22 TYDZIEŃ CIĄŻY

1. Badanie ultrasonograficzne zgodnie z rekomendacjami Polskiego Towarzystwa Ginekologów i Położników (PTGiP)

21 – 26 TYDZIEŃ CIĄŻY

1. Rozpoczęcie edukacji przedporodowej

21 – 26 TYDZIEŃ CIĄŻY

- | | |
|---|--|
| 1. Badanie podmiotowe i przedmiotowe | 1. Badanie stężenia glukozy we krwi po doustnym podaniu 75 g glukozy (w24–26 tygodniu ciąży) – trzypunktowe oznaczenie stężenia glukozy: przed podaniem glukozy (na czczo), po 1 i 2 godz. od podania glukozy. |
| 2. Ocena czynności serca płodu | 2. Badanie ogólne moczu. |
| 3. Pomiar ciśnienia tętniczego krwi | 3. Przeciwciała anty-D u kobiet Rh (-) |
| 4. Pomiar masy ciała | 4. U kobiet z ujemnym wynikiem w I trymestrze – badanie w kierunku toksoplazmozy (IgM) |
| 5. Ocena ryzyka ciążowego | |
| 6. Propagowanie zdrowego stylu życia | |
| 7. W przypadku opieki sprawowanej przez położną konsultacja lekarza położnika (24-26 tydzień ciąży) | |

27 – 32 TYDZIEŃ CIĄŻY

- | | |
|--------------------------------------|---|
| 1. Badanie podmiotowe i przedmiotowe | 1. Morfologia krwi |
| 2. Ocena czynności serca płodu | 2. Badanie ogólne moczu |
| 3. Pomiar ciśnienia tętniczego krwi | 3. Przeciwciała anty-D u kobiet Rh (-) |
| 4. Pomiar masy ciała | 4. Badanie ultrasonograficzne zgodnie z rekomendacjami Polskiego Towarzystwa Ginekologów i Położników (PTGiP) |
| 5. Ocena ryzyka ciążowego | 5. W przypadku występowania wskazań – podanie immunoglobuliny anty-D (28-30 tydzień ciąży) |
| 6. Propagowanie zdrowego stylu życia | |

33 – 37 TYDZIEŃ CIĄŻY

- | | |
|--------------------------------------|--|
| 1. Badanie podmiotowe i przedmiotowe | 1. Morfologia krwi |
| 2. Badanie położnicze | 2. Badanie ogólne moczu |
| 3. Ocena wymiarów miednicy | 3. Badanie antygenu HBs |
| 4. Ocena czynności serca płodu | 4. Badanie HIV |
| 5. Pomiar ciśnienia tętniczego krwi | 5. Posiew z pochwy i odbytu w kierunku paciorkowców B-hemolizujących (35–37 tydzień ciąży) |
| 6. Ocena ruchów płodu | 6. Badanie VDRL, HCV w grupie kobiet ze zwiększonym populacyjnym lub |
| 7. Badanie gruczołów sutkowych | |
| 8. Pomiar masy ciała | |
| 9. Ocena ryzyka ciążowego | |

-
- | | |
|---|-----------------------------------|
| 10. Ocena ryzyka i nasilenia objawów depresji | indywidualnym ryzykiem zakażenia. |
| 11. Propagowanie zdrowego stylu życia. | |

38 – 39 TYDZIEŃ CIĄŻY

- | | |
|---|-------------------------|
| 12. Badanie podmiotowe i przedmiotowe | 1. Morfologia krwi |
| 13. Badanie położnicze | 2. Badanie ogólne moczu |
| 14. Ocena ruchów płodu | |
| 15. Ocena czynności serca płodu | |
| 16. Pomiar ciśnienia tętniczego krwi | |
| 17. Pomiar masy ciała | |
| 18. Ocena ryzyka ciążowego | |
| 19. Propagowanie zdrowego stylu życia | |
| 20. W przypadku opieki sprawowanej przez
położną konsultacja lekarza położnika | |

NIEZWŁOCZNIE PO 40 TYGODNIU CIĄŻY

- | | |
|--|--|
| 1. Badanie podmiotowe i przedmiotowe | 1. Badanie KTG |
| 2. Badanie położnicze | 2. Badanie ultrasonograficzne zgodnie z
rekomendacjami PTGiP. |
| 3. Ocena ruchów płodu | |
| 4. Pomiar ciśnienia tętniczego krwi | |
| 5. Pomiar masy ciała | |
| 6. Ocena ryzyka ciążowego | |
| 7. Przy prawidłowym wyniku KTG i USG oraz
przy prawidłowym odczuwaniu ruchów
płodu – kolejne badanie za 7 dni, z
ponownym KTG i USG. W trakcie tej wizyty
należy ustalić datę hospitalizacji, tak aby
poród miał miejsce przed końcem 42.
tygodnia. W przypadku odstępstw od normy
– indywidualizacja postępowania. | |

Pomiędzy 21. a 26. tygodniem ciąży lekarz powinien skierować pacjentkę do położnej środowiskowej (podstawowej opieki zdrowotnej, POZ), która obejmie ją, a następnie jej dziecko, opieką w miejscu pobytu / zamieszkania.

Program badań prenatalnych

Od wielu lat systematycznie wzrasta średni wiek kobiet rodzących. Szacuje się, że rodzące powyżej 35 roku życia stanowią 8 – 10% ogólnej liczby porodów. Powyżej 35 r.ż. statystycznie istotnie wzrasta ryzyko wystąpienia patologii płodu uwarunkowanej aberracją chromosomalną. Wynosi ono 3 – 5%. Część wad wrodzonych, dzięki diagnostyce obrazowej, można rozpoznać we wczesnym okresie ciąży (I i II trymestr ciąży). Każdy przypadek stwierdzonej patologii wymaga weryfikacji za pomocą badań biochemicznych i genetycznych. Określenie ryzyka wystąpienia aberracji chromosomowych i wykrycie wielu wad rozwojowych we wczesnym okresie ciąży pozwala na bezpieczne prowadzenie ciąży i umożliwia podjęcie leczenia już w czasie życia płodowego. Pozwala także rodzicom dziecka przygotować się do natychmiastowego wdrożenia specjalistycznej opieki medycznej po jego urodzeniu. W przypadku ciąży z grupy wysokiego ryzyka diagnostyka prenatalna jest bezwzględny wskazaniem medycznym. Poradnictwo genetyczne wzbogacone współczesnymi możliwościami diagnostyki prenatalnej stanowi podstawowy element profilaktyki wad rozwojowych i innych chorób genetycznych. Program finansowany jest przez NFZ.

Adresowany jest do kobiet w ciąży, spełniających co najmniej jedno z następujących kryteriów:

1. wiek powyżej 35 lat (badanie przysługuje kobiecie począwszy od roku kalendarzowego, w którym kończy 35 lat);
2. wystąpienie w poprzedniej ciąży aberracji chromosomowej płodu lub dziecka;
3. stwierdzenie wystąpienia strukturalnych aberracji chromosomowych u ciężarnej lub u ojca dziecka;
4. stwierdzenie znacznie większego ryzyka urodzenia dziecka dotkniętego chorobą uwarunkowaną monogenowo lub wieloczynnikową;
5. stwierdzenie w czasie ciąży nieprawidłowego wyniku badania USG i/lub badań biochemicznych wskazujących na zwiększone ryzyko aberracji chromosomowej lub wady płodu.

Włączenie do programu wymaga skierowania od lekarza prowadzącego ciążę. Skierowanie powinno zawierać informacje o wskazaniach do objęcia programem, wraz z opisem nieprawidłowości. Do skierowania lekarz dołącza wyniki badań potwierdzających zasadność kierowania do programu.

Pierwsza wizyta wskazana jest w 12 tygodniu ciąży. Zakres świadczenia gwarantowanego obejmuje, w zależności od wskazań lekarza:

- poradnictwo i badania biochemiczne;
- poradnictwo i USG płodu w kierunku diagnostyki wad wrodzonych;
- poradnictwo i badania genetyczne;
- pobranie materiału płodowego do badań genetycznych (amniopunkcja lub biopsja trofoblastu lub kordocenteza).

Świadczenia zdrowotne na poszczególnych etapach realizacji programu:

1. Badania nieinwazyjne w diagnostyce prenatalnej:
 - badania USG płodu;
 - badania biochemiczne (oznaczenia w surowicy krwi); lekarz prowadzący decyduje o wykonaniu określonych testów w zależności od wieku ciąży;
2. wykonanie komputerowej oceny ryzyka choroby płodu na podstawie testów przesiewowych;
3. podjęcie decyzji o włączeniu pacjentki do dalszych etapów postępowania diagnostycznego;
4. porada genetyczna obejmująca m.in. wywiad lekarski z uwzględnieniem wywiadu genetycznego, ocenę i interpretację wyników wykonanych badań oraz decyzję co do dalszego postępowania (w przypadku wskazań medycznych skierowanie na badania inwazyjne po wyrażeniu przez pacjentkę zgody na ich wykonanie);
5. procedury inwazyjne w diagnostyce prenatalnej – pobranie materiału do badań genetycznych w drodze amniopunkcji / biopsji trofoblastu / kordocenteza pod kontrolą USG;
6. badania genetyczne.

W przypadku, kiedy konieczne jest wykonanie dalszej diagnostyki, niemieszczącej się w ramach programu, pacjentka jest kierowana do ośrodka specjalistycznego realizującego odpowiedni rodzaj świadczeń. Celem programu jest umożliwienie wczesnej identyfikacji ryzyka wad (testy biochemiczne) i wczesne rozpoznanie wad płodu (USG).



[Kochanie zdjęcie utworzone przez freepik - pl.freepik.com](https://pl.freepik.com/darmowe-zdjecie-wektory/kochanie)

Badania w kierunku HIV - dla kobiet w ciąży

*Jeden test. Dwa życia.
Zrób test na HIV. Dla siebie i swojego dziecka*

Kobiety stanowią obecnie około 30 proc. Wszystkich zakażonych wirusem HIV. Ryzyko zakażenia obejmuje też ciężarne. Dzięki testom w kierunku HIV, które są standardowym badaniem wykonywanym na zlecenie lekarza ginekologa, zakażenie można wykryć i podjąć leczenie, a dzięki temu nie dopuścić do przeniesienia się wirusa na dziecko. Zastosowanie leków antyretrowirusowych ogranicza do minimum ryzyko zakażenia dziecka wirusem HIV w łonie matki.

Testy w kierunku HIV są zalecane przez Ministra Zdrowia jako badania standardowe w ramach opieki nad kobietą w ciąży, podobnie jak np. morfologia krwi, badanie stężenia glukozy we krwi, badanie cytologiczne, w kierunku toksoplazmozy i różyczki, badanie ultrasonograficzne lub KTG. Testy są świadczeniami gwarantowanymi, bezpłatnymi; lekarz wypisuje na nie skierowanie na obowiązującym druku oraz wskazuje kobiecie miejsce (pracownię, laboratorium), w którym to badanie można wykonać.

Kobieta w ciąży wykonuje dwa testy w kierunku HIV:

- 1 test - do 10 tygodnia ciąży
- 2 test - między 33–37 tygodniem ciąży

Uwaga. Kobieta wykonuje imienne testy w pracowni wskazanej przez lekarza kierującego, a nie w punkcie konsultacyjno-diagnostycznym, przeznaczonym do badań anonimowych, dla wszystkich zainteresowanych.

W Unii Europejskiej badania w kierunku HIV wykonuje średnio 60% kobiet; w niektórych państwach, takich jak Anglia, Holandia czy Francja – nawet 98%.



Ręka zdjęcie utworzone przez jannoon028 - pl.freepik.com

Opieka położnej środowiskowej

Każda kobieta ma prawo, w ramach podstawowej opieki zdrowotnej (POZ), do przysługującej jej opieki położnej środowiskowej. Położna POZ sprawuje kompleksową pielęgnacyjną opiekę położniczą i ginekologiczną nad kobietą oraz neonatologiczną – nad noworodkiem do 2 miesiąca życia.

Każda kobieta ma prawo, w ramach podstawowej opieki zdrowotnej (POZ), do przysługującej jej opieki położnej środowiskowej. Położna POZ sprawuje kompleksową pielęgnacyjną opiekę położniczą i ginekologiczną nad kobietą oraz neonatologiczną – nad noworodkiem do 2 miesiąca życia. Położna środowiskowa prowadzi edukację kobiet w ciąży, w tym kobiet w ciąży wysokiego ryzyka, przygotowuje kobiety do porodu, opracowuje dla nich plan edukacji. Począwszy od 26 tygodnia ciąży aż do rozwiązania sprawuje nad kobietą opiekę w formie wizyt, które odbywają się nie częściej niż 2 razy w tygodniu. Ponadto opiekuje się noworodkiem do ukończenia przez niego 2 miesiąca życia oraz kobietą w okresie połogu – do 42 dnia po porodzie.

Wybór/zmiana położnej środowiskowej

Wyboru/zmiany położnej można dokonać przy okazji wyboru/ zmiany lekarza rodzinnego czy pielęgniarki środowiskowo- rodzinnej. Praktycznie jest złożyć deklaracje POZ do lekarza, położnej i pielęgniarki w jednej przychodni, ale nie jest to wymagane. Kobieta może korzystać z opieki lekarza rodzinnego w jednej przychodni, a położnej w innym miejscu – wybór należy do pacjentki. Położną można zmienić nie częściej niż trzy razy w roku. Wyboru lub zmiany dokonuje się bezpośrednio w przychodni, praktyce położnej. W przypadku czwartej zmiany w danym roku należy wnieść opłatę w wysokości 80 złotych. Opłatę należy uiścić na konto Oddziału Wojewódzkiego NFZ (numer konta podany jest na ostatniej stronie okładki Informatora). Nie liczy się zmiana położnej POZ, jeśli pacjentka dokona jej z powodu przeprowadzki lub zaprzestania udzielania świadczeń opieki zdrowotnej przez wybraną położną POZ, a także z powodu innych przyczyn niezależnych od pacjentki.

Deklaracja dla noworodka

Noworodki do 6 miesiąca życia, jeśli nie mają nadanego numeru PESEL, mogą być zgłaszane na listę położnej POZ (także lekarza i pielęgniarki) na podstawie ubezpieczenia rodzica lub opiekuna prawnego. Po ukończeniu przez dziecko 6 miesiąca życia system informatyczny NFZ, w wyniku dokonanej weryfikacji, zaznaczy deklarację dziecka jako nieaktywną. Po ukończeniu przez dziecko 6 miesiąca życia rodzic / opiekun prawny powinien złożyć ponowną deklarację, podając PESEL dziecka.

Organizacja pracy położnej

Położna realizuje świadczenia od poniedziałku do piątku, w godzinach między 8.00 a 18.00, z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy, zgodnie z harmonogramem pracy. W przypadkach uzasadnionych stanem zdrowia pacjentki świadczenie jest udzielane w dniu zgłoszenia;

w pozostałych przypadkach – w terminach uzgodnionych z pacjentką. Świadczenia realizowane na podstawie zlecenia lekarskiego lub skierowania, wykonywane są zgodnie z zawartymi w nich zaleceniami.

Świadczenia gwarantowane położnej podstawowej opieki zdrowotnej obejmują:

- wizyty realizowane w warunkach ambulatoryjnych w przychodni / praktyce położniczej,
- wizyty w domu pacjentki – jeśli jest to uzasadnione medycznie,
- wizyty profilaktyczne,
- wizyty patronażowe.

Wizyty profilaktyczne położnej środowiskowej. Edukacja przedporodowa

Świadczenia obejmują rozpoznanie problemów zdrowotnych pacjentki, a także zaplanowanie i realizację, zgodnie z posiadanymi kompetencjami, świadczeń z zakresu profilaktyki i promocji zdrowia, w tym prowadzenie edukacji kobiety w ciąży oraz w ciąży wysokiego ryzyka, przygotowującej kobietę do porodu i rodzicielstwa. Podstawą prowadzenia edukacji przedporodowej jest opracowany przez położną POZ i stanowiący integralną część dokumentacji medycznej pacjentki plan edukacji, obejmujący praktyczne i teoretyczne przygotowanie do porodu, połogu, karmienia piersią i rodzicielstwa (także w przypadku świadczeń realizowanych w formie grupowej).

Częstotliwość wizyt

Począwszy od 21 tygodnia ciąży aż do rozwiązania łożna środowiskowa sprawuje opiekę nad kobietą w ciąży w formie wizyt odbywających się:

- od 21 do 31 tygodnia ciąży – 1 raz w tygodniu (do 10 wizyt maksymalnie),
- od 32 tyg. ciąży do porodu – 2 razy w tygodniu (do 16 wizyt maksymalnie).

Wizyty patronażowe

Położna POZ opiekuje się noworodkiem do ukończenia przez niego 2 miesiąca życia oraz kobietą w okresie połogu – do 42 dnia po porodzie. Wizyty odbywają się u noworodka w domu, w obecności opiekunów prawnych lub faktycznych. Pierwsza wizyta patronażowa ma miejsce nie później niż 48 godzin po opuszczeniu szpitala przez matkę i dziecko. NFZ finansuje do 6 wizyt patronażowych u jednego noworodka. W okresie dwóch miesięcy kalendarzowych położna środowiskowa wykonuje od czterech do sześciu wizyt patronażowych, które obejmują:

0–4 doba życia dziecka

- w przypadku porodu fizjologicznego prowadzonego samodzielnie przez położną – badanie przedmiotowe dziecka, z uwzględnieniem oceny stanu ogólnego bezpośrednio po urodzeniu według skali Apgar,
- wprowadzenie postępowania umożliwiającego tworzenie więzi matki z dzieckiem i prawidłowe rozpoczęcie karmienia piersią,
- wykonanie pomiarów masy i długości ciała, obwodu głowy i klatki piersiowej,
- profilaktyka zakażeń przedniego odcinka oka.

1–6 tydzień życia dziecka

- wizyty patronażowe położnej, co najmniej 4, które mają na celu opiekę nad noworodkiem lub niemowlęciem, w tym:
- obserwację i ocenę rozwoju fizycznego w zakresie: adaptacji do środowiska zewnętrznego, stanu skóry i błon śluzowych, pępka, wydaliny, wydzieliny, rozwoju psychoruchowego, funkcjonowania narządów zmysłów,
- ocenę odruchów noworodka, sposobu oraz technik karmienia,
- wykrywanie objawów patologicznych,
- ocenę relacji rodziny z noworodkiem;
- prowadzenie edukacji zdrowotnej i udzielanie porad w zakresie: pielęgnacji noworodka, karmienia piersią, szczepień ochronnych, badań profilaktycznych, opieki medycznej, socjalnej oraz w zakresie laktacji, kontroli płodności, samoopieki;
- promowanie zachowań prozdrowotnych rodziców;
- identyfikowanie czynników ryzyka w rodzinie;
- formułowanie diagnozy i ustalanie hierarchii podejmowanych działań.

Po zakończeniu wizyt patronażowych położna przekazuje opiekę nad niemowlęciem pielęgniarce podstawowej opieki zdrowotnej.

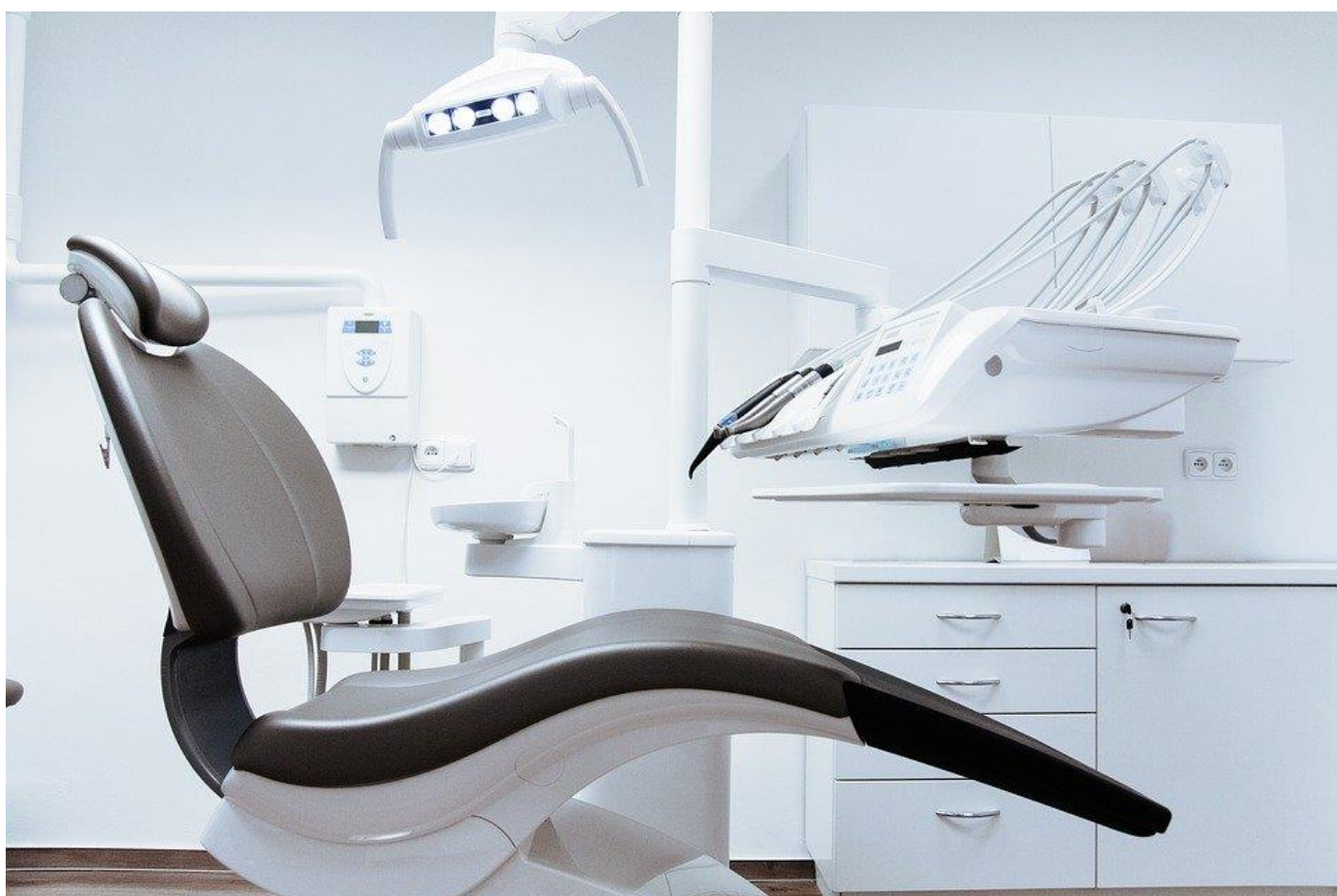
Położna opiekuje się również kobietą po operacji ginekologicznej lub onkologiczno-ginekologicznej.

Pooperacyjna opieka pielęgnacyjna sprawowana jest na podstawie skierowania od lekarza specjalisty, wystawionego w związku z zakończeniem leczenia szpitalnego. Realizowana jest w formie wizyt domowych, które obejmują okres od wypisu pacjentki ze szpitala do całkowitego zagojenia się rany pooperacyjnej. Położna POZ może pobierać również rozmaz cytologiczny, jeśli ma uprawnienia i umowę na ten zakres świadczeń z NFZ. Położna środowiskowa może również samodzielnie prowadzić ciążę fizjologiczną – na podstawie umowy na ten zakres świadczeń z NFZ.

Leczenie stomatologiczne

Kobietom w ciąży i w okresie połogu - do 42 dnia po porodzie, przysługują dodatkowe gwarantowane świadczenia stomatologiczne.

Pacjentka może wybrać placówkę, która udziela świadczeń stomatologicznych na podstawie umowy z NFZ. Wizyta u stomatologa, w tym także specjalisty, nie wymaga skierowania. Bezpłatnie przysługują gwarantowane świadczenia stomatologiczne z użyciem gwarantowanych materiałów stomatologicznych, udzielane przez podmiot posiadający na dany zakres świadczeń umowę z NFZ. Wykaz świadczeń gwarantowanych określa minister zdrowia w drodze rozporządzenia. Gabinety stomatologiczne udzielają świadczeń w ramach umów z NFZ w dni powszednie, zgodnie z harmonogramem pracy. Wykaz niektórych świadczeń gwarantowanych ogólnostomatologicznych, udzielanych w gabinetach stomatologicznych mających umowę z NFZ. Świadczenia przysługują wszystkim pacjentom.



Koordynowana opieka nad kobietą w ciąży podczas porodu i w położu (KOC)

Każda kobieta w ciąży ma prawo wyboru poradni położniczo-ginekologicznej i oddziału położniczego udzielających świadczeń na podstawie umowy z NFZ . Dotyczy to zarówno świadczeń planowych, jak i sytuacji nagłej, i nie wiąże się ze składaniem jakichkolwiek deklaracji.



Pisemnej akceptacji kobiety wymaga korzystanie przez nią z programu KOC – koordynowanej opieki nad kobietą w ciąży, obejmującego specjalistyczne poradnictwo ambulatoryjne, poród i opiekę nad noworodkiem, a w przypadku wskazań medycznych – także hospitalizację do wypisu z oddziału położniczego / neonatologicznego.

Podjęciu przez kobietę decyzji o przystąpieniu do programu KOC powinna towarzyszyć rozmowa o zasadach korzystania ze świadczeń, a o samym programie, jego korzyściach dla ciężarnej i jej dziecka powinna poinformować pacjentkę osoba kompetentna, tj. położna lub lekarz.

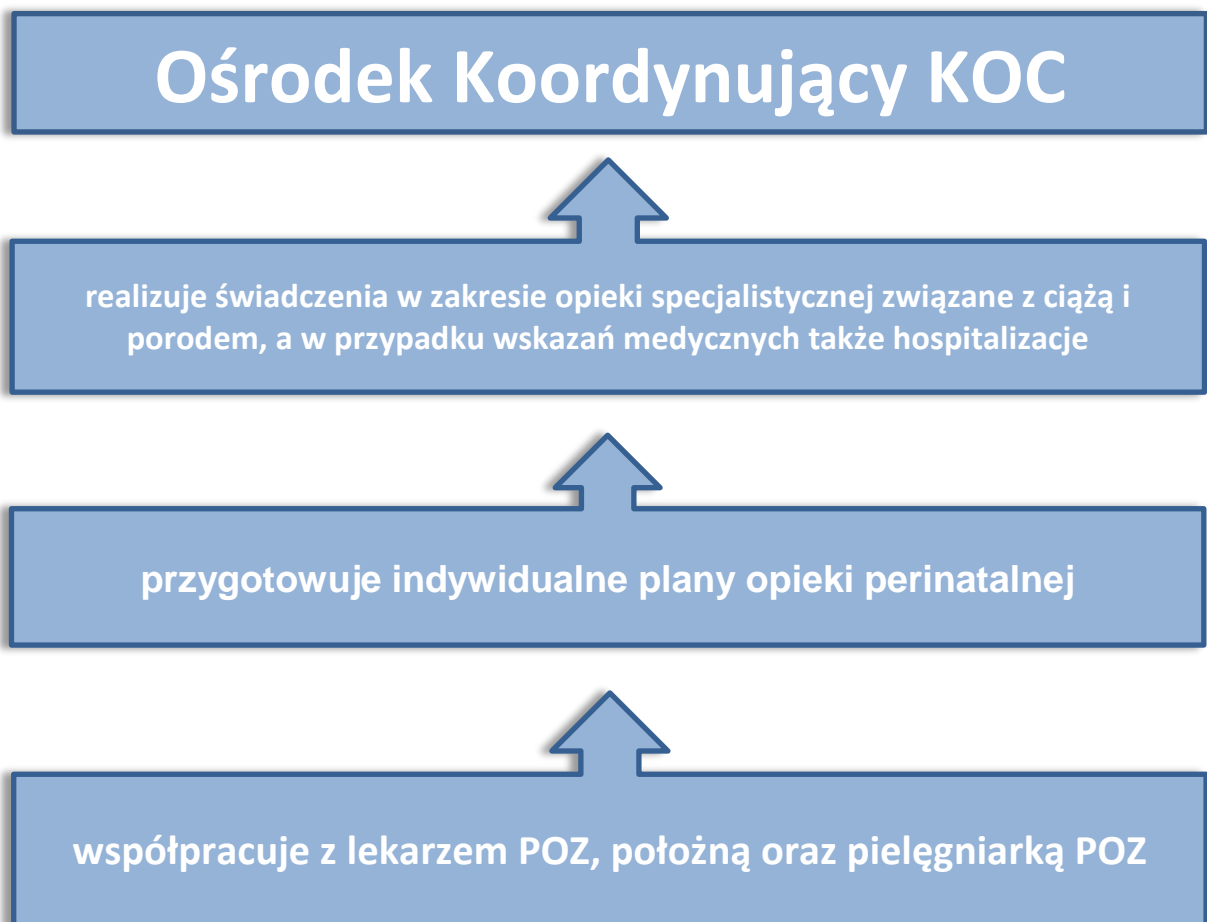
Formularz zawierający deklarację korzystania z programu jest załącznikiem nr 5 do zarządzenia Prezesa NFZ z dnia 22 grudnia 2016 roku. Nosi on tytuł „Informacja dla kobiety objętej koordynowaną opieką na II lub III poziomie opieki perinatalnej”. Na deklaracji podpis składają także lekarz lub położna. „Informacja...” zawiera również wykaz badań diagnostycznych, procedur medycznych, świadczeń profilaktycznych i działań w zakresie promocji zdrowia, wraz z terminami ich wykonania (patrz standard opieki okołoporodowej).

Pacjentka może zrezygnować z opieki koordynowanej. Formularz rezygnacji powinna złożyć w podmiocie realizującym umowę w zakresie KOC III, w którym złożyła deklarację korzystania z programu. Rezygnację może też przyjąć inny podmiot realizujący umowę w zakresie położnictwa i

ginekologii. Rezygnacja z opieki koordynowanej jest odnotowywana w dokumentacji medycznej pacjentki. Fundusz nie finansuje świadczeń ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w poradniach specjalistycznych, udzielonych pacjentkom objętym koordynowaną opieką nad kobietą w ciąży, jeżeli świadczenia te związane są z ciążą, porodem i położeniem, na podstawie zawartej umowy w zakresie położnictwa i ginekologii oraz w innych zakresach, z wyłączeniem stanów nagłych. Każda poradnia ginekologiczno-położnicza ma dostęp do systemu, który umożliwia zweryfikowanie, czy dana pacjentka objęta jest opieką w ramach KOC.

Prowadzenie ciąży przez położną, przedporodowa i poporodowa opieka położnej finansowane są odrębnie w ramach umowy o udzielanie świadczeń gwarantowanych w rodzaju POZ.

Podmioty realizujące KOC współpracują z lekarzem POZ, położną POZ oraz pielęgniarką POZ, na liście których znajduje się kobieta w ciąży. Opiekę nad matką i dzieckiem po wypisie pacjentki z noworodkiem ze szpitala przejmuje położna POZ w ramach własnych zadań, które są odrębnie finansowane w ramach umowy na świadczenia POZ.



Poród i opieka w szpitalu



Pacjentka ma prawo wyboru miejsca porodu; może rodzić w szpitalu albo poza nim. Jednak przed podjęciem decyzji w tej sprawie powinna zostać poinformowana, że poród w szpitalu pozwala szybciej reagować na możliwe komplikacje i powikłania. Osoby prowadzące poród (lekarz lub położna) powinny poinformować kobietę o sposobach radzenia sobie z bólem porodowym – niefarmakologicznych i farmakologicznych, a także pomóc jej w wyborze odpowiedniej metody. Mają także obowiązek zaproponować kobiecie poruszanie się podczas I okresu porodu oraz przyjmowanie takich pozycji (w tym wertykalnych), które będą dla ciężarnej wygodne, przyniosą ulgę oraz umożliwią nadzorowanie stanu płodu. W złagodzeniu odczuwania bólu pomocna jest relaksacja w wodzie.

Ważne! Farmakologiczne metody uśmierzania bólu porodowego nie są obojętne dla zdrowia matki i dziecka, dlatego o ich stosowaniu zawsze decyduje lekarz.

Personel medyczny, który sprawuje nad kobietą opiekę w czasie porodu, ma obowiązek:

- wspólnie z pacjentką omówić plan porodu – w zrozumiały sposób;
- omówić sposoby radzenia sobie z bólem;
- każdorazowo uzyskać zgodę pacjentki na wykonywanie wszelkich zabiegów i badań.

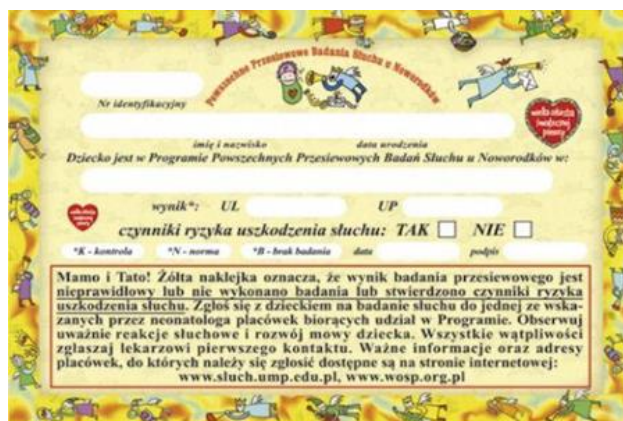
Od 1 lipca 2015 r. każda kobieta może korzystać ze znieczulenia zewnątrzoponowego – o ile nie pojawią się przeciwwskazania medyczne i jest ono dostępne. Ze względu na bezpieczeństwo matki i dziecka decyzję dotyczącą zastosowania znieczulenia zawsze podejmuje lekarz, który ma obowiązek wziąć pod uwagę wszelkie aspekty medyczne. Bezpośrednio po urodzeniu dziecko powinno mieć nieprzerwany kontakt z matką (tzw. skóra do skóry) przez co najmniej dwie godziny

po porodzie. Personel medyczny może przerwać ten kontakt w sytuacji zagrożenia życia lub zdrowia matki albo noworodka. Musi być to odnotowane w dokumentacji medycznej.

Stan zdrowia noworodka jest wstępnie oceniany bezpośrednio po porodzie. Zawsze powinno się to odbywać w obecności matki. Jeżeli nie ma przeciwwskazań zdrowotnych, taka ocena może być przeprowadzona, gdy dziecko leży na brzuchu mamy. W pierwszych 12 godzinach życia dziecka bada je lekarz neonatolog lub pediatra. Takie badanie odbywa się w obecności rodzica – matka lub ojciec dziecka mają prawo w nim uczestniczyć.

Dokumentacja medyczna noworodka, wydawana rodzicom lub opiekunom dziecka, zawiera m.in. dane dotyczące przebiegu ciąży i porodu, a także informacje o wykonanych pomiarach antropometrycznych, szczepieniach, badaniach przesiewowych, czynnościach profilaktycznych, pobycie w szpitalu, wydanych zaleceniach żywieniowych, pielęgnacyjnych oraz niezbędnych konsultacjach specjalistycznych. Rodzice otrzymują także dokumentację wymaganą do zarejestrowania urodzenia dziecka w urzędzie stanu cywilnego.

Badanie słuchu u noworodków



Program Powszechnych Przesiewowych Badań Słuchu u Noworodków, realizowany dzięki Fundacji Wielkiej Orkiestry Świątecznej Pomocy, to największy profilaktyczny program zdrowotny w Polsce. Jego podstawowym celem jest objęcie badaniem każdego nowonarodzonego dziecka pod kątem uszkodzenia słuchu oraz analiza czynników ryzyka predysponujących do wystąpienia uszkodzenia słuchu. Dziecko z prawidłowym wynikiem badania słuchu, otrzymuje niebieski certyfikat, który zostanie wklejony do jego Książeczki Zdrowia. W przypadku NIEPRAWIDŁOWEGO wyniku badania, braku badania bądź wystąpienia czynników ryzyka niedosłuchu, do Książeczki Zdrowia Dziecka zostanie wklejony ŻÓŁTY CERTYFIKAT. W tym przypadku konieczne będzie przeprowadzenie dodatkowych badań w placówce audiologicznej lub laryngologicznej. Jeżeli w wyniku badania kontrolnego okaże się, że słuch dziecka jest prawidłowy, żółty certyfikat zostanie zastąpiony niebieskim. Będzie to oznaczać, że u dziecka nie stwierdzono wady słuchu i zakończenie diagnostyki. Lekarz rodzinny, pod którego opieką znajduje się dziecko, powinien zwrócić uwagę na kolor wklejonego w książeczce certyfikatu. Zlekceważenie badania i nieleczenie wady słuchu wiąże się z poważnymi konsekwencjami. Jedną z nich jest zahamowany lub opóźniony rozwój mowy u dziecka. Najważniejszy w rehabilitacji słuchu jest pierwszy rok życia dziecka. Zaniedbań powstałych w tym okresie z powodu braku aparatowania i stymulacji słuchu, w kolejnych latach nie da się już wyrównać. Im później dziecko z wadą słuchu zostanie objęte rehabilitacją, tym trudniej będzie osiągnąć pełny rozwój mowy. Najnowsze badania dowodzą, że krytyczny dla rozwoju mowy jest okres pierwszych 6 miesięcy życia dziecka. Jeśli otrzyma ono na czas odpowiednią pomoc, ma szansę na harmonijny rozwój, podobny do prawidłowo słyszących rówieśników. W województwie zachodniopomorskim co trzecie niemowlę, u którego zdiagnozowano podejrzenie wady słuchu, nie trafia na badanie kontrolne.

O karmieniu piersią – internetowe szkolenie dla mam



Jak przygotować się do karmienia piersią? Jak prawidłowo karmić? Co czeka karmiącą mamę w pierwszych dniach po porodzie? Co zrobić w przypadku problemów z laktacją? – o tym wszystkim młode mamy mogą się dowiedzieć ze szkolenia e-learningowego o karmieniu piersią, które Narodowy Fundusz Zdrowia uruchomił na swojej stronie internetowej. We współpracy z Centrum Nauki o Laktacji Fundusz przygotował dwa szkolenia elearningowe: dla mam oraz dla personelu medycznego. Dzięki szkoleniu kobiety w ciąży, młode mamy i ich rodziny mają okazję dowiedzieć się wielu ważnych rzeczy na temat karmienia piersią: jak się do niego właściwie przygotować, jak prawidłowo karmić oraz gdzie szukać pomocy w razie ewentualnych trudności. Autorkami scenariusza są: lek. med. Katarzyna Raczek - Pakuła oraz położna Kinga Osuch. **Aby wziąć udział w szkoleniu, wystarczy zarejestrować się na podstronie NFZ: <http://akademia.nfz.gov.pl/>.**

„O karmieniu piersią – dla mam” składa się z 13 części.

1. Decyzje dotyczące żywienia dziecka

- Prawo do opieki przedporodowej.
- Wsparcie w zakresie prawidłowej laktacji.
- To Ty decydujesz.
- Dlaczego karmienie piersią jest najlepszym sposobem żywienia niemowlęcia?
- Skład kobiecego mleka.
- Korzyści z karmienia piersią dla dziecka, zalety karmienia piersią dla mamy.
- Przeciwwskazania do karmienia piersią po stronie dziecka.
- Przeciwwskazania do karmienia piersią po stronie matki.
- Wątpliwości i obawy.

2. Przygotowanie do karmienia piersią w czasie ciąży

- Zmiany zachodzące w piersiach.
- Trudne brodawki.
- Dobór biustonosza i ubrania ułatwiającego karmienie piersią w pierwszych dniach i tygodniach po porodzie.
- Jak zwiększyć szanse na udane karmienie piersią i zmniejszyć ryzyko wystąpienia problemów?
- Wybór odpowiedniego szpitala.

3. Pierwszy kontakt matki z dzieckiem

- Postępowanie z noworodkiem tuż po porodzie.
- Ocena stanu zdrowia dziecka.
- Korzyści z pierwszego kontaktu „skóra do skóry”.
- Gdy mama nie może zająć się dzieckiem.
- Inicjacja i przebieg pierwszego karmienia.
- Po cesarskim cięciu.

4. Dziecko oddzielone od matki

- Dziecko oddzielone od matki.
- Mleko matki – bezcenny lek.
- Odciąganie pierwszej siary.
- Stymulacja laktacji.
- Higiena sprzętu do odciągania.
- Kangurowanie.

5. Pierwsza doba po porodzie

- I doba po porodzie – kiedy nakarmić dziecko kolejny raz?
- Nauka obserwacji dziecka – oznaki głodu.
- Co robić, gdy dziecko nie budzi się do karmienia?
- Dlaczego pierwsze karmienia są takie ważne?
- Wybór dogodnej pozycji do karmienia.
- Nauka przystawiania do piersi.

6. Druga doba po porodzie

- Druga doba po porodzie – zmiany w zachowaniu.
- Pierwsze karmienia – wpływ na ciało mamy.
- Czy mój Maluch je wystarczająco dużo?
- Jak radzić sobie z rosnącą aktywnością dziecka?
- Pokusa smoczka i sztucznego dokarmiania.
- Noworodki, które nie są aktywne.

7. Trzecia i czwarta doba po porodzie

- Nawał pokarmowy.
- Kontynuacja zasady karmienia „na żądanie”, aktywizacja „śpiochów”.
- Rozpoznawanie prawidłowego i efektywnego ssania.
- Skutki nieprawidłowego przystawienia.
- Problemy z nawałem.
- Ręczne odciąganie mleka.
- Zasada popytu i podaży w regulacji laktacji.
- Czy należy odciągać pokarm w trakcie nawału?

8. Okres stabilizacji laktacji (pierwszy miesiąc życia dziecka)

- Wyłącznie karmienie piersią.
- Jak ocenić, czy dziecko się najada – wskaźniki skutecznego karmienia.

- Skutki nieuzasadnionego dokarmiania.
- Kryzysy laktacyjne.
- Odżywianie matki karmiącej.
- Gdzie szukać pomocy w razie wystąpienia problemów z karmieniem?

9. Pierwsze półrocze życia dziecka

- Nadal wyłącznie karmienie piersią.
- Zmiana wyglądu piersi.
- Zmiana rytmu wypróżnień u dziecka.
- Karmienie w czasie choroby mamy.
- Karmienie w przestrzeni publicznej.
- Odciąganie i przechowywanie mleka, gdy mama sama wychodzi z domu.

10. Drugie półrocze życia dziecka

- Dojrzałość dziecka do spożywania pokarmów stałych.
- Wprowadzanie żywności uzupełniającej.
- Rodzaje wprowadzanych potraw.
- Kontynuacja karmienia piersią.
- Jak podawać pokarmy?
- Karmienie piersią a próchnica.

11. Powrót do pracy i prawa matki karmiącej piersią

- Prawna ochrona kobiet karmiących wracających do pracy.
- Trudności związane z okresowym oddzieleniem od dziecka.
- Jak utrzymać laktację na wystarczającym poziomie?
- Odciąganie pokarmu w miejscu pracy.
- Wybór sprzętu do odciągania i przechowywania mleka.

12. Co robić, jeśli masz problemy laktacyjne?

- Trudne brodawki.
- Bolesne lub uszkodzone brodawki.
- Obrzęk, zastój, zapalenie.
- Co robić w trakcie zapalenia?
- Pomoc niemedyczna – wsparcie innych matek.

13. Zakończenie karmienia piersią

- Rekomendacje.
- Karmienie w ciąży i w tandemie.
- Naturalne zakończenie karmienia i wyhamowanie laktacji.
- Wspomaganie procesu wyhamowywania laktacji.

Szkolenie dedykowane jest wszystkim obecnym i przyszłym mamom oraz każdej osobie, która chciałaby wiedzieć, dlaczego karmienie piersią jest tak ważne zarówno dla mamy, jak i dla dziecka.

Poradnik sporządzono na podstawie opracowania Samodzielnej Pracownik Umiejętności Położniczych Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie.