Narzędzie do oceny jakości opieki ambulatoryjnej nad matką i noworodkiem w trakcie ciąży i w połogu

**ADAPTACJA DO POLSKIEGO KONTEKSTU****Podziękowania**

Prezentowany dokument pt. „Narzędzie do oceny jakości opieki ambulatoryjnej nad matką i noworodkiem w trakcie ciąży i w połogu – adaptacja do polskiego kontekstu” jest efektem prac prowadzonych w ramach dwuletniej umowy o współpracy pomiędzy Ministerstwem Zdrowia Rzeczpospolitej Polskiej a Biurem Regionalnym Światowej Organizacji Zdrowia dla Europy na lata 2014-2015. Powstał w oparciu o „Narzędzie do oceny jakości opieki ambulatoryjnej nad matką i noworodkiem w trakcie ciąży i w połogu” opracowane przez Biuro Regionalne WHO dla Europy we współpracy z międzynarodowymi ekspertami, wśród których należy wymienić przede wszystkim następujące osoby: Alberta Bacci, Lisa Avery, Stelian Hodorogea, Giorgio Tamburlini, Oleg Shvabskiy, Naila Tashbulatova. Istotną rolę w tworzeniu narzędzia odegrały zespoły skupiające krajowych ekspertów z Kirgistanu, Turkmenistanu i Armenii, które testowały je w praktyce w ramach projektu pilotażowego. Ponadto, wiedzą merytoryczną służyły wybrane zespoły z Biura Regionalnego WHO. Szczere podziękowania kierujemy pod adresem zespołów ds. zdrowia dzieci i młodzieży, żywienia, aktywności fizycznej i otyłości, kontroli zużycia tytoniu i technologii medycznych, oraz programów farmaceutycznych.

Podczas adaptacji narzędzia do polskiego kontekstu wskazówek merytorycznych udzielili: dr Gunta Lazdane, kierownik programu, zespół ds. zdrowia seksualnego i reprodukcyjnego; WHO EURO; oraz dr Gianfranco Gori i dr Dalia Jeckaite. Szczególne podziękowania kierujemy pod adresem pani Dagmary Korbasińskiej, dyrektor Departamentu Matki i Dziecka w Ministerstwie Zdrowia, dr Pauliny Miśkiewicz, dyrektor Biura WHO w Polsce, oraz pani Aleksandry Kononiuk, stażystki w Biurze WHO w Polsce, w uznaniu ich nieocenionego wsparcia.

**Wyrazy kluczowe**

KARMIENIE PIERSIĄ

ZDROWIE NIEMOWLĄT

ZDROWIE MATKI

OPIEKA POPORODOWA

OPIEKA OKOŁOPORODOWA

PODSTAWOWA OPIEKA ZDROWOTNA

JAKOŚĆ OPIEKI ZDROWOTNEJ

Ewentualne zapytania dotyczące publikacji Biura Regionalne WHO dla Europy należy kierować pod adresem:

Publications

WHO Regional Office for Europe UN City, Marmorvej 51

DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark

Można również wypełnić internetowy formularz wniosku o wydanie dokumentacji, informacji, udzielenie zgody na cytowania lub tłumaczenia, dostępny na stronie Biura Regionalnego ([http://www.euro.who.int/pubrequest).](http://www.euro.who.int/pubrequest%29)

**© World Health Organization 2013**

Wszelkie prawa zastrzeżone. Biuro Regionalne Światowej Organizacji Zdrowia dla Europy akceptuje wnioski o zgodę na kopiowanie i tłumaczenie publikacji własnych, w całości lub w części. Użyte w niniejszym dokumencie sformułowania i sposób prezentacji materiału nie są wyrazem stanowiska Światowej Organizacji Zdrowia co do sytuacji prawnej jakiegokolwiek państwa, terytorium, miasta, obszaru bądź ich władz, ani co do wytyczenia ich granic. Linie przerywane na mapach oznaczają orientacyjne linie graniczne, które mogą pozostawać przedmiotem sporu.

Odniesienia do konkretnych firm lub produktów nie oznaczają, że wspomniane firmy lub produkty są przez Światową Organizację Zdrowia popierane bądź rekomendowane z grona innych firm i produktów o podobnym charakterze, których nazwy nie zostały wymienione. O ile nie doszło do omyłki lub przeoczenia, nazwy produktów zastrzeżonych wyróżniono poprzez zapis wielką literą.
Światowa Organizacja Zdrowia podjęła wszelkie możliwe środki ostrożności w celu zweryfikowania informacji zawartych w niniejszej publikacji. Jednak publikowany materiał jest rozpowszechniany bez żadnych gwarancji, bezpośrednich ani dorozumianych. Odpowiedzialność za interpretację i wykorzystanie prezentowanego materiału ponosi czytelnik. Światowa Organizacja Zdrowia w żadnym razie nie ponosi odpowiedzialności za ewentualne szkody wynikające z wykorzystania prezentowanego materiału. Poglądów wyrażonych przez autorów, redaktorów lub zespoły ekspertów nie należy utożsamiać z decyzjami ani polityką Światowej Organizacji Zdrowia.

**Spis treści**

[NARZĘDZIE DO OCENY JAKOŚCI OPIEKI AMBULATORYJNEJ NAD MATKĄ I NOWORODKIEM W TRAKCIE CIĄŻY I W POŁOGU 1](#_Toc432862387)

[Wstęp 6](#_Toc432862388)

[1. Dlaczego jakość opieki w trakcie ciąży i w połogu jest tak istotna 6](#_Toc432862389)

[2. Metodologia prac nad narzędziami do oceny jakości opieki 10](#_Toc432862390)

[3. Główne działania realizowane podczas korzystania z narzędzia 11](#_Toc432862391)

[Wskaźniki (WHO EURO, 2013) 17](#_Toc432862392)

[1. Zaplecze medyczne placówki 18](#_Toc432862393)

[**1.1 Dostępność danych statystycznych i prowadzenie dokumentacji** 18](#_Toc432862394)

[**1.2 Dostępność i wykorzystanie leków w ambulatoryjnej opiece przed- i po-porodowej** 21](#_Toc432862395)

[**1.3 Wyposażenie i zaopatrzenie placówki opieki przed- i po-porodowej** 23](#_Toc432862396)

[**1.4 Podstawowa infrastruktura** 26](#_Toc432862397)

[2. Rutynowa opieka przed- i po-porodowa 28](#_Toc432862398)

[**2.1 Świadczenie i organizacja opieki przed- i po-porodowej** 28](#_Toc432862399)

[**2.2 Zachowanie prywatności i poufności w opiece przed- i po-porodowej** 29](#_Toc432862400)

[**2.3 Informacja i komunikacja w opiece przed- i po-porodowej** 30](#_Toc432862401)

[**2.4 Pierwsza wizyta w czasie ciąży** 32](#_Toc432862402)

[**2.5 Kolejne rutynowe wizyty kontrolne w czasie ciąży, kontrola pod kątem wybranych chorób zakaźnych i niezakaźnych** 37](#_Toc432862403)

[**2.6 Diagnostyka i postępowanie w przypadku wybranych chorób niezakaźnych** 39](#_Toc432862404)

[**2.7 Poradnictwo przedporodowe** 47](#_Toc432862405)

[**2.8 Rutynowa opieka poporodowa nad matką** 53](#_Toc432862406)

[**2.9 Opieka nad noworodkiem** 57](#_Toc432862407)

[**2.10 Ocena karmienia piersią i postępowanie w przypadku często występujących problemów i powikłań towarzyszących karmieniu piersią** 59](#_Toc432862408)

[**2.11 Opieka nad matką i noworodkiem prowadzona przez położną środowiskową** 62](#_Toc432862409)

[3. Szybka diagnostyka, postępowanie i system skierowań w przypadku często spotykanych powikłań w przebiegu ciąży i w połogu 63](#_Toc432862410)

[**3.1 Diagnostyka i postępowanie w przypadku nadciśnienia indukowanego ciążą, stanu przed-rzucawkowego i rzucawki** 64](#_Toc432862411)

[**3.2 Diagnostyka i postępowanie w przypadku krwawienia z dróg rodnych w czasie ciąży** 65](#_Toc432862412)

[**3.3 Diagnostyka i postępowanie w przypadku zagrażającego porodu przedwczesnego, porodu przedwczesnego i przedwczesnego pęknięcia błon płodowych** 66](#_Toc432862413)

[**3.4 Diagnostyka i postępowanie w przypadku odmiedniczkowego zapalenia nerek** 67](#_Toc432862414)

[**3.5 Postępowanie w przypadku wtórnego krwotoku poporodowego** 68](#_Toc432862415)

[**3.6 Postępowanie w przypadku poronienia niekompletnego i poronienia septycznego** 70](#_Toc432862416)

[**3.7 Postępowanie w przypadku zakażenia wewnątrzmacicznego/błony śluzowej macicy** 70](#_Toc432862417)

[4. Szybka diagnostyka, postępowanie i system skierowań w przypadku powikłań u noworodka 72](#_Toc432862418)

[**4.1 Diagnostyka i postępowanie w przypadku wystąpienia zaburzeń oddychania** 72](#_Toc432862419)

[**4.2 Diagnostyka i postępowanie w przypadku drgawek** 73](#_Toc432862420)

[**4.3 Diagnostyka i postępowanie w przypadku zapalenia kikuta pępowiny** 74](#_Toc432862421)

[**4.4 Diagnostyka i postępowanie w przypadku biegunki** 75](#_Toc432862422)

[**4.5 Diagnostyka i postępowanie w przypadku żółtaczki** 76](#_Toc432862423)

[5. Ogólne środki ostrożności i czystość 77](#_Toc432862424)

[6. Wytyczne i audyty 80](#_Toc432862425)

[7. System referencyjności opieki zdrowotnej; przekierowywanie pacjentek do opieki stacjonarnej 83](#_Toc432862426)

[Zbiorcza ocena punktowa 86](#_Toc432862427)

[Literatura 87](#_Toc432862428)

[Załączniki: 88](#_Toc432862429)

[A1 Wywiady z przedstawicielami służby zdrowia 88](#_Toc432862430)

[ZAŁĄCZNIK A Wywiad z przedstawicielami służby zdrowia 89](#_Toc432862431)

[ZAŁĄCZNIK B Wywiad z kobietami w ciąży i po porodzie 94](#_Toc432862432)

[ZAŁĄCZNIK С Test umiejętności klinicznych 106](#_Toc432862433)

**Akronimy i skróty**

AIDS – zespół nabytego niedoboru odporności (ang. *acquired immunodeficiency syndrome*)

AFV – objętość płynu owodniowego (ang. *amniotic fluid volume*)

ALAT – aminotransferaza alaninowa

ALS – zaawansowane zabiegi resuscytacyjne (ang. *Advanced Life Support*)

ARV – terapia antyretrowirusowa

CMV – cytomegalowirus

DPN - doustny płyn nawadniający

DBP – ciśnienie rozkurczowe (ang. *diastolic blood pressure*)

DHS – Badanie Ankietowe dot. Demografii i Zdrowia (ang. *Demographic and Health Survey*)

GBS – paciorkowce grupy B

HB, HGB – hemoglobina

Hbd – tydzień życia płodowego

HBsAg – marker zakażenia wirusem zapalenia wątroby typu B

HIV – zakażenie ludzkim wirusem niedoboru odporności(ang.*Human Immunodeficiency Virus*)

IMPAC – zintegrowane ramy postępowania podczas ciąży i porodu (ang. *Integrated Management of Pregnancy and Childbirth*)

IMCI – zintegrowane ramy postępowania w przypadku chorób wieku dziecięcego (ang. *Integrated Management of Childhood Illness*)

JSI/USAID – Agencja Stanów Zjednoczonych ds. Rozwoju Międzynarodowego (ang. John Snow Incorporate /United States Agency for International Development)

LAM – metoda laktacyjnego braku miesiączki (ang*. lactational amenorrhea method*)

MZ – Ministerstwo Zdrowia

NICE –Narodowy Instytut Zdrowia i Doskonałości Klinicznej (ang. *National Institute for Health and Clinical Excellence*)

OM – ostatnia miesiączka

POZ – podstawowa opieka zdrowotna

PP – poród przedwczesny

RR – ciśnienie tętnicze

SBP – ciśnienie skurczowe (ang. *systolic blood pressure*)

USG – ultrasonografia

WHO – Światowa Organizacja Zdrowia (ang. *World Health Organization*)

# Wstęp

**„Narzędzie do oceny jakości opieki ambulatoryjnej nad matką i noworodkiem w trakcie ciąży i w połogu” (WHO EURO, 2013)**

## Dlaczego jakość opieki w trakcie ciąży i w połogu jest tak istotna

*„Jakość opieki nad matką i dzieckiem ma kluczowe znaczenie dla wyniku ciąży; a prosta zmiana w tym zakresie może w praktyce ocalić wiele istnień”* (1).

Pogląd, że matka i dziecko należą do grup pacjentów wymagających szczególnej opieki był fundamentalnym założeniem ruchu promującego podstawową opiekę zdrowotną, który narodził się w Ałma-Acie w 1978 roku. Wraz z narodzinami tego ruchu troska o zdrowie matki i dziecka stała się w POZ osią świadczeń zdrowotnych, które powinny być zintegrowane, wszechstronne, i obejmować wszystkie grupy społeczne. Aby realizować podstawowe cele opieki zdrowotnej, opieka nad kobietami i noworodkami powinna być poparta programami zdrowia reprodukcyjnego (takimi jak planowanie rodziny) oraz silnie powiązana z innymi kluczowymi elementami podstawowej opieki zdrowotnej (szczepienia, kwestie środowiskowe, odżywianie, higiena, nagłe wypadki i przeżywalność dzieci), a także z profilaktyką i leczeniem gruźlicy, malarii (na obszarach endemicznego występowania), chorób przenoszonych drogą płciową i zakażeń HIV. Wszystkie wymienione świadczenia mogą być realizowane efektywnie i skutecznie, gdy za punkt wyjścia przyjmiemy świadczenia zdrowotne dla matki i noworodka (2).

Chcąc zapewnić powszechny dostęp do opieki zdrowotnej trzeba zadbać o to, aby systemy ochrony zdrowia reagowały na wyzwania wynikające ze zmian na świecie, a także z rosnących oczekiwań co do poprawy wyników. Wymaga to dość radykalnego przekierowania i przeformułowania modelu funkcjonowania systemów ochrony zdrowia w dzisiejszym społeczeństwie: reformy te wpisują się w program odnowy podstawowej opieki zdrowotnej (POZ). Wysoka jakość opieki nie jest możliwa bez odpowiedniej organizacji świadczeń, z wielodyscyplinarnymi zespołami pracującymi blisko klienta i odpowiedzianymi za określoną populację, współpracującymi z opieką społeczną i innymi interesariuszami, wreszcie, koordynującymi działania na styku szpitali, specjalistów i organizacji społecznych. Jak wyraźnie wynika z prowadzonych przez Biuro Regionalne WHO dla Europy prac na szczeblu krajowym oraz z analizy obecnych trendów w dziedzinie zdrowia ciężarnych i noworodków, podniesienie jakości opieki ma ogromne znaczenie dla dalszej poprawy stanu zdrowia matki i dziecka (3-4).

Zgodnie z wytycznymi brytyjskiego Narodowego Instytutu Zdrowia i Doskonałości Klinicznej (NICE), ciąża to normalny proces fizjologiczny, w związku z czym ewentualne proponowane interwencje powinny nieść ze sobą zbadane korzyści i uzyskać akceptację ciężarnej (...w centrum opieki położniczej powinna się znajdować kobieta, a szczególny nacisk należy położyć na zapewnienie wyboru, łatwego dostępu oraz ciągłości opieki. Opieka podczas ciąży powinna stwarzać kobiecie warunki do podejmowania świadomych decyzji, zgodnie z jej potrzebami, po wyczerpującym omówieniu tematu z zaangażowanym przedstawicielem personelu medycznego (5).

Organizacja i poszczególne elementy składowe opieki w okresie ciąży i po porodzie zostały w ostatnich latach szczegółowo zbadane i omówione, jak wskazano w wiodącym dokumencie WHO (6): mamy obecnie mocne dowody pokazujące, jakie czynniki przyczyniają się do zmniejszenia umieralności matek, a jakie nie, wiemy też więcej na temat roli opieki przedporodowej. Jak się okazuje, wiele elementów opieki przedporodowej, takie jak rutynowe monitorowania przyrostu masy ciała czy pomiary wzrostu, nie ma żadnego wpływu na zmniejszenie ryzyka poważnych powikłań i zgonów matek. Skuteczność podejścia zorientowanego na ryzyko, polegającego na identyfikowaniu kobiet najbardziej narażonych na poważne powikłania, okazała się ograniczona: większość kobiet, u których doszło do powikłań zagrażających życiu nie miała żadnych widocznych czynników ryzyka; podczas gdy kobiety, które uznano za szczególnie zagrożone na ogół rodziły bez żadnych komplikacji. Z kolei inne interwencje stosowane w trakcie ciąży, takie jak wykrywanie i leczenie niedokrwistości czy też postępowanie w przypadku chorób przenoszonych drogą płciową, skutkują co prawda poprawą stanu zdrowia, ale niekoniecznie zapewniają porównywalną poprawę w zakresie ryzyka umieralności matek. Jak z tego wynika, nie należy oczekiwać, że interwencje stosowane w ramach opieki przedporodowej same z siebie znacząco wpłyną na wskaźniki umieralności matek. Obecnie panuje szeroka zgoda co do tego, że celem interwencji podejmowanych w ramach opieki przedporodowej jest przede wszystkim poprawa stanu zdrowia matki, co stanowi zarówno cel sam w sobie, jak i jest konieczne dla poprawy stanu zdrowia i przeżycia noworodka. Na fali lepszego zrozumienia tematu programy zdrowotne zostały przeformułowane w taki sposób, aby zapewnić kobietom dostęp do opieki w krytycznym okresie samego porodu – kiedy to występuje najwięcej zgonów – w połączeniu ze skierowaniem na ścieżkę odpowiedniego postępowania w przypadku nagłych wypadków położniczych. Podsumowując, w programach bezpiecznego macierzyństwa priorytetem jest konieczność zapewnienia wykwalifikowanej opieki podczas porodu, w tym nagłej pomocy położniczej, a nie troska o to, aby wszystkie kobiety korzystały z opieki w trakcie ciąży (6).

Niemniej jednak niektóre elementy opieki przedporodowej niosą ze sobą pewne korzyści. Korzyści te mogą być największe w krajach rozwijających się, które charakteryzują się wysokimi wskaźnikami zachorowalności i umieralności kobiet w wieku reprodukcyjnym. Okres przedporodowy to z pewnością dobry moment na to, aby objąć kobiety ciężarne szeregiem interwencji, które mogą mieć kluczowe znaczenie dla ich zdrowia i dobrostanu, a także dla zdrowia i dobrostanu ich dzieci. Na przykład, jeżeli okres przedporodowy zostanie wykorzystany do przekazania kobietom i rodzinom informacji na temat objawów sygnalizujących potencjalne powikłania ciążowe oraz na temat ryzyka związanego z porodem, w rezultacie kobieta może faktycznie urodzić pod opieką wykwalifikowanego personelu medycznego. Okres przedporodowy może być okazją do przekazania informacji na temat rozłożenia kolejnych porodów w czasie i planowania rodziny, co uznaje się za ważny czynnik przyczyniający się do poprawy wskaźnika przeżycia niemowląt.

W wyniku lepszej znajomości zagadnień związanych ze wzrostem i rozwojem płodu oraz ich związku ze zdrowiem matki z większą uwagą podchodzi się do potencjału opieki przedporodowej z punktu widzenia interwencji korzystnie wpływających zarówno na stan zdrowia matki, jak i noworodka.

Szczepionka przeciwko tężcowi podana w okresie ciąży może uratować życie i matce, i dziecku. Profilaktyka i leczenie gruźlicy i malarii wśród kobiet w ciąży, postępowanie w przypadku anemii w trakcie ciąży, a także leczenie chorób przenoszonych drogą płciową może w znaczący i pozytywny sposób wpłynąć na stan płodu i poprawić stan zdrowia matki. Niekorzystne zjawiska, takie jak niska waga urodzeniowa, można ograniczyć poprzez szereg interwencji nakierowanych na dietę kobiet ciężarnych oraz zapobieganie infekcjom podczas ciąży. W ostatnim czasie odnotowano także wzrost zainteresowania dostępem do świadczeń opieki przedporodowej i ich wykorzystaniem jako punktu wyjścia do profilaktyki i leczenia w związku z HIV, szczególnie z perspektywy zapobiegania przenoszeniu HIV z matki na dziecko (6).

Większość programów opieki przedporodowej w krajach o niskich dochodach wzoruje się na programach stosowanych w krajach o wysokich dochodach, zasadniczo bez adaptacji do lokalnych uwarunkowań. W ostatnich latach założenia leżące u podstaw wielu elementów składających się na pojęcie opieki przedporodowej są często kwestionowane. Okazuje się, że tylko nieliczne elementy standardowego reżimu opieki w trakcie ciąży zostały naukowo przebadane pod kątem ich skuteczności (6).

W 2001 roku WHO opublikowała wnioski z randomizowanych kontrolowanych badań nad nowym modelem opieki przedporodowej (8) i dokonała systematycznego przeglądu innych randomizowanych badań nad skutecznością różnych modeli opieki w trakcie ciąży. W rezultacie uzgodniono, które z głównych elementów opieki przedporodowej zwiększają prawdopodobieństwo poprawy efektów zdrowotnych u matki i/lub płodu oraz noworodka. Trzeba przy tym zaznaczyć, że mówimy tu o efektach dotyczących stanu zdrowia matki i/lub płodu oraz noworodka bądź też o przeżyciu płodu oraz noworodka, a nie o efektach związanych z przeżyciem matki. W opracowanym przez WHO nowym modelu opieki przedporodowej kobiety ciężarne podzielono na dwie grupy: osoby wymagające najprawdopodobniej tylko rutynowej opieki przedporodowej (około 75% populacji kobiet ciężarnych), oraz osoby ze schorzeniami lub czynnikami ryzyka, wymagające szczególnej opieki (25% populacji kobiet ciężarnych). Dla pierwszej z tych grup zaleca się standardowy program opieki przewidujący cztery wizyty w czasie ciąży (z dodatkowymi wizytami, jeśli pojawią się nowe okoliczności i potrzeba szczególnej opieki).

Wytyczne WHO podają również szczegółowe informacje co do terminów i przebiegu wizyt w zależności od wieku ciążowego. Jak zapisano w wytycznych: „należy wykonywać jedynie te badania i zabiegi, które mają natychmiastowy cel i udowodnioną przydatność”. Badania te obejmują pomiar ciśnienia tętniczego, analizę moczu pod kątem obecności bakterii oraz białka, a także badanie krwi w celu wykrycia kiły i ciężkiej niedokrwistości. Rutynowy pomiar wagi i wzrostu uznaje się za nieobowiązkowy. Jednak w większości przypadków oparte na dowodach planowanie optymalnej liczby, terminu i przebiegu wizyt podczas ciąży nie jest jeszcze normą.

W praktyce łatwiej jest mierzyć i interpretować wskaźniki dotyczące korzystania z opieki niż te dotyczące dostępności. Dane na temat korzystania z opieki przedporodowej są szeroko dostępne w wynikach badań gospodarstw domowych. Jednak wskaźniki dotyczące korzystania z opieki przedporodowej nie zawierają informacji na temat rodzaju ani jakości udzielanych świadczeń. Chociaż istnieje szeroka zgoda co do tego, na czym powinny polegać świadczenia przedporodowe i jaka powinna być ich jakość, generalnie uznaje się, że świadczenia realizowane obecnie w ramach opieki przedporodowej w wielu częściach świata nie spełniają norm zalecanych przez WHO. Pewne informacje na temat przebiegu opieki są obecnie dostępne dzięki programowi demograficznych i zdrowotnych badań ankietowych (*Demographic and Health Surveys*/DHS), zawierających pytania dotyczące interwencji przedporodowych takich jak kontrola wagi i wzrostu, pomiar ciśnienia tętniczego, oraz badania krwi i moczu. Jednak z reguły dostępne dane nie zawierają informacji na temat konkretnych interwencji ani jakości opieki.

Trwają badania i dyskusje nad grafikiem i przebiegiem opieki. Niedawno zaktualizowany systematyczny przegląd Cochrane pt. „Porównanie alternatywnych i standardowych pakietów opieki przedporodowej w ciąży niskiego ryzyka" (9), przy użyciu nowych metod oraz dodatkowych danych badawczych, wskazuje na statystycznie istotny wzrost umieralności okołoporodowej związany z pakietami opieki przedporodowej, które są zorientowane na cel i zakładają mniejszą liczbę wizyt w przychodni. W świetle tego sprawozdania w dniach 9-10 listopada 2010 roku WHO zwołała konsultacje merytoryczne, aby omówić konsekwencje tych ustaleń. Konsultacje zakończyły się następującymi wnioskami: w krajach o średnich i niskich dochodach model opieki przedporodowej zorientowany na cel i zakładający mniejszą liczbę wizyt wiązał się z 15% wzrostem ryzyka umieralności okołoporodowej w porównaniu do standardowego modelu opieki przedporodowej. Przyczyny podwyższonego ryzyka nie są jeszcze znane. Być może zawartość pakietu opieki przedporodowej trzeba przed wdrożeniem dostosować do potrzeb każdego kraju, z uwzględnieniem występujących na danym obszarze istotnych uwarunkowań i zagrożeń dla zdrowia (9). Ponadto, WHO przypomina, że ​​wdrożenie kompleksowego pakietu interwencyjnego, którego przykładem jest opieka przedporodowa, powinno być monitorowane i kontrolowane pod względem jakości opieki, tj. opartych na dowodach praktyk jakie mają być realizowane w ramach programu, a także stanu zdrowia matki i dziecka, ze szczególnym uwzględnieniem martwych urodzeń. WHO zamierza opracować zaktualizowane, oparte na dowodach wytyczne opieki przedporodowej, które będą uwzględniać wyżej wspomniane ustalenia i inne przeglądy systematyczne interwencji stosowanych w czasie ciąży w ramach opieki przedporodowej, które mogą być skuteczne w poprawie wyników okołoporodowych. Praca nad zaktualizowanymi, opartymi na dowodach zaleceniami powinna zostać ukończona w 2013 roku (9).

Przechodząc do okresu po porodzie, WHO przygotowała praktyczny przewodnik pt. „Opieka poporodowa nad matką i noworodkiem”, który daje wszechstronny obraz potrzeb matki i noworodka w momencie o decydującym znaczeniu dla dalszego życia i zdrowia obojga. Punktem wyjścia są poglądy samych kobiet co do ich potrzeb w tym okresie. W przewodniku omawiane są najważniejsze wyzwania stojące przed matką i noworodkiem, zagadnienia związane z odżywianiem i karmieniem piersią, czasem, jaki powinien upłynąć między kolejnymi porodami, szczepieniami oraz HIV/AIDS, a w konkluzji przedstawiono kluczowe elementy opieki i świadczeń realizowanych w okresie poporodowym. Przewodnik wieńczy zestaw zaleceń dotyczących tego niezwykle istotnego, ale jednocześnie zbyt słabo zbadanego okresu w życiu kobiety i jej nowo narodzonego dziecka, a także klasyfikacja praktyk najczęściej stosowanych w okresie poporodowym w podziale na cztery kategorie, takie jak: praktyki przydatne, praktyki szkodliwe, praktyki niepoparte adekwatnymi dowodami, praktyki często stosowane w niewłaściwy sposób (10).

Szczegółowe informacje na temat komponentów opieki na szczeblu POZ przedstawiono w dokumencie zatytułowanym: „Opieka w okresie ciąży, porodu i po porodzie, opieka nad noworodkiem: praktyczny przewodnik”, będącym częścią wytycznych WHO na temat zintegrowanego postępowania w przypadku ciąży i porodu (ang. *Integrated Management of Pregnancy and Childbirth*/IMPAC), 2009 (11) oraz zintegrowanego postępowania w przypadku chorób wieku dziecięcego (ang. *Integrated Management of Childhood Illness*/IMCI), 2008 (12).

Dodatkowe wytyczne w sprawie poszczególnych komponentów, korzyści, potencjalnych efektów, wymagań wobec systemu ochrony zdrowia, jakie muszą być spełnione, aby umożliwić realizację każdej z wymienionych interwencji, zasad, realizacji świadczeń, wskaźników oraz zaopatrzenia i materiałów potrzebnych na każdym poziomie systemu ochrony zdrowia zostały opublikowane przez WHO w 2010 roku w ramach opracowania pt. „Pakiety interwencji w zakresie planowania rodziny, bezpiecznej aborcji, zdrowia matki, noworodka i dziecka” (ang. *WHO Packages of interventions for Family Planning, Safe Abortion Care, Maternal, Newborn and Child Health*) (13), zawierającego następujące elementy:

**Opieka w trakcie ciąży Komponenty:**

* Niezbędna opieka w zakresie profilaktyki chorób i promocji zdrowia w okresie ciąży, w tym zapobieganie przeniesieniu zakażenia HIV z matki na dziecko (transmisja wertykalna zakażenia HIV);
* Postepowanie w przypadku powikłań ciążowych.

**Korzyści:**

* Poprawa praktyk pro-zdrowotnych;
* Zapobieganie tężcowi, kile i niedokrwistości;
* Szersze stosowanie profilaktyki transmisji wertykalnej zakażenia HIV;
* Możliwość zapobiegania malarii.

**Opieka poporodowa nad matką**

**Komponenty:**

* Niezbędna opieka w zakresie profilaktyki chorób i promocji zdrowia w okresie połogu (24 godziny do 6 tygodni);
* Wczesne rozpoznanie i odpowiednie postępowanie w przypadku powikłań;
* Planowanie rodziny/zachowanie odpowiedniego dystansu czasowego między kolejnymi porodami;
* Opieka i poradnictwo dla matek zakażonych HIV;
* Wsparcie w zakresie karmienia piersią.

**Korzyści:**

* Ograniczenie umieralności i zachorowalności okołoporodowej matek;
* Poprawa stanu zdrowia matki i dziecka poprzez promowanie zachowania dystansu czasowego między kolejnymi porodami.

**Opieka poporodowa nad noworodkiem**

 **Komponenty:**

* Kluczowe interwencje profilaktyczne nakierowane na zdrowego noworodka;
* Wczesne rozpoznanie i odpowiednie postępowanie w przypadku problemów zdrowotnych noworodka, czyli opieka nad noworodkiem przedwcześnie urodzonym lub o niskiej wadze urodzeniowej.

**Korzyści i potencjalne efekty:**

* Utrzymanie w dobrym zdrowiu większości dzieci, które urodziły się zdrowe, a także szybkie wykrywanie powikłań lub problemów oraz wdrożenie odpowiedniego postępowania, prowadzące do zmniejszenia umieralności, zachorowalności i niepełnosprawności;
* Przy powszechnym zastosowaniu: możliwość zmniejszenia umieralności noworodków o ponad połowę, tj. uratowanie do 2 milionów noworodków rocznie;
* Zapewnienie dobrego startu w życie dzięki praktykom i interwencjom zabezpieczającym o istotnym znaczeniu dla zdrowia, wzrostu i rozwoju na kolejnych etapach życia.

Kolejna publikacja WHO (14) zawiera dodatkowe wskazówki merytoryczne w zakresie kompetencji dotyczących podstaw zdrowia seksualnego i reprodukcyjnego, jakie powinny być wykorzystywane w POZ. Omówiono tam postawy, zadania, wiedzę oraz umiejętności personelu medycznego POZ przydatne w celu ochrony i promocji zdrowia seksualnego i reprodukcyjnego w społeczeństwie. Wspomniane kompetencje mogą być dla decydentów, planistów, organizatorów systemu opieki oraz instytucji edukacji i szkolnictwa wyższego punktem wyjścia do poznania i zaspokojenia zarówno potrzeb o charakterze edukacyjno-szkoleniowym, jak i wymagań dotyczących samej realizacji świadczeń przez personel zajmujący się zdrowiem seksualnym i reprodukcyjnym, tak aby opieka w tym zakresie była świadczona w bezpieczny sposób, z zachowaniem wysokiej jakości.

## Metodologia prac nad narzędziami do oceny jakości opieki

Celem nadrzędnym prowadzonych przez WHO prac nad narzędziem do oceny jakości opieki w trakcie ciąży i w okresie poporodowym jest ułatwienie krajowym resortom zdrowia (MZ) oraz kluczowym partnerom i interesariuszom oceny jakości opieki na poziomie pojedynczych placówek w sposób systematyczny i partycypacyjny, identyfikacji obszarów wymagających poprawy, a także opracowania planów działań.

Prezentowane narzędzie powstało jako dopełnienie narzędzia do oceny stacjonarnej opieki ginekologiczno-położniczej i neonatologicznej. Przeznaczone jest przede wszystkim do ogólnokrajowej, wszechstronnej oceny jakości opieki nad matką i noworodkiem (15). Wyniki uzyskane w drodze oceny reprezentatywnej próby świadczeń (zdefiniowanej w zależności od wielkości kraju oraz struktury i dystrybucji usług zdrowotnych) w zakresie opieki przed- i poporodowej umożliwiają generalizację ustaleń na całą sieć ochrony zdrowia. Narzędzie może być również stosowane w pojedynczej placówce dla celów audytu wewnętrznego.

Sam proces oceny, a także wynikające z niego ustalenia oraz plan działań, należy postrzegać jako elementy procesu podnoszenia jakości. Zważywszy na konkretne wskaźniki i punktację do monitorowania jakości opieki, prezentowane narzędzie można zastosować w ramach programów akredytacyjnych i/lub systemów opartych na wynikach. Ponadto, narzędzie jest przydatne w stosowaniu oceny wzajemnej, wspierającego nadzoru i profesjonalnego audytu; pomaga tez wdrażać opracowane przez WHO wytyczne i międzynarodowe standardy praktyki klinicznej.

Praca nad narzędziem jest owocem działań prowadzonych przez Biuro Regionalne WHO dla Europy w zakresie programu „Bezpieczna ciąża” (ang. *Making Pregnancy Safer*) (1-2); podczas prac wykorzystano doświadczenia w stosowaniu narzędzia pt. „Bezpieczna ciąża: narzędzie do oceny jakości opieki szpitalnej nad matką i noworodkiem” (15) w kilku krajach należących do regionu Europy, a także innych regionów.

**Główne zasady:**

Dzięki zastosowanym zasadom, prezentowane narzędzie:

* Jest zgodne z międzynarodowymi standardami i wytycznymi opartymi na dowodach;
* Pomaga zbierać najważniejsze informacje w rzetelny i uporządkowany sposób;
* Angażuje kadrę zarządzającą w ochronie zdrowia oraz personel medyczny w definiowanie problemów i poszukiwanie rozwiązań;
* Zapewnia funkcjonariuszom MZ i lokalnym menedżerom najważniejsze informacje dotyczące jakości opieki z perspektywy zagadnień problemowych wymagających interwencji na wyższym szczeblu administracyjnym lub programowym;
* Oddaje głos świadczeniobiorcom, tak aby zarządzający oraz personel medyczny mogli wziąć pod uwagę zdanie użytkowników przy definiowaniu i usuwaniu niedociągnięć w zakresie jakości opieki.

Narzędzie służy także wszechstronnej ocenie czterech podstawowych zasad zdefiniowanych w Europejskich Ramach Strategicznych WHO na rzecz bezpiecznej ciąży, takich jak:

* Zgodność z dowodami naukowymi i efektywność kosztowa;
* Rodzina w centrum uwagi, poszanowanie poufności, prywatności, kultury, przekonań i potrzeb emocjonalnych kobiet, rodzin i społeczeństwa;
* Uwzględnienie woli kobiet przy podejmowaniu decyzji o przebiegu opieki;
* Zapewnienie ciągłości opieki od środowiska lokalnego do najwyższych poziomów referencyjnych.

**Literatura: standardy i punkty odniesienia**

Wiodącym źródłem wykorzystywanych w prezentowanym materiale standardów i punktów odniesienia jest pakiet szkoleniowy w zakresie efektywnej opieki okołoporodowej (ang. *Effective Perinatal Care training package*/16), opracowany przez Biuro Regionalne WHO dla Europy oraz agencję JSI/USAID, podręczniki IMPACprzygotowane przez WHO w ramach globalnego programu „Bezpieczna ciąża”, a także inne publikacje (por. literatura). Tam, gdzie wykorzystano inne źródła w celu omówienia elementów nieuwzględnionych w wyżej wymienionych dokumentach, zostało to oznaczone odpowiednim odnośnikiem.

**Zawartość zestawu**

Zestaw jest nakierowany na praktyczną, staranną ocenę wszystkich głównych obszarów mających wpływ na jakości opieki przed- i poporodowej, takich jak: infrastruktura, dostępność leków i zaopatrzenia, personel, organizacja usług, wytyczne, zarządzanie przypadkiem, informacje przekazywane użytkownikom, system skierowań, itp. Zestaw obejmuje ponad 400 elementów.

**Źródła informacji i punktacja**

W skład zestawu wchodzą cztery źródła informacji, tzn.: dane i statystyki, dokumentacja medyczna, obserwacje bezpośrednie, oraz wywiady z personelem i pacjentami/świadczeniobiorcami. Dzięki połączeniu różnych źródeł informacji narzędzie pomaga zidentyfikować konkretne obszary i elementy obniżające jakość opieki.

Każdy element jest oceniany w oparciu o informacje pozyskane z różnych źródeł, a punktacja końcowa ma rozpiętość od 3 do 0:

3 = dobra lub standardowa jakość opieki

2 = potrzebna poprawa, aby osiągnąć standardową jakość opieki (opieka nieoptymalna, ale nie niesie ze sobą istotnych zagrożeń dla zdrowia ani nie narusza podstawowych zasad dobrej opieki)

1 = potrzebna znacząca poprawa, aby osiągnąć standardową jakość opieki (opieka nieoptymalna, występują poważne zagrożenia dla zdrowia)

0 = potrzebna bardzo znaczącej poprawa (opieka całkowicie nieadekwatna i/lub występowanie szkodliwych praktyk stanowiących poważne zagrożenie dla zdrowia matki i/lub noworodka)

## Główne działania realizowane podczas korzystania z narzędzia

**Adaptacja i zastosowanie**

Narzędzie stanowi ogólne ramy, które wymagają dostosowania do sytuacji epidemiologicznej, a przede wszystkim do struktury systemu ochrony zdrowia i jego możliwości na poziomie krajowym. Narzędzie zostało zaprojektowane w taki sposób, aby można je było zastosować w różnych placówkach POZ, takich jak przychodnie czy przyszpitalne oddziały opieki ambulatoryjnej, w tym zarówno te w małych szpitalach powiatowych, jak i te działające pod auspicjami ośrodków III poziomu referencyjnego. Dlatego też na etapie planowania oceny zespół oceniający składający się z krajowych i zagranicznych ekspertów powinien określić, które części narzędzia należy stosować w takim a nie innym otoczeniu, gdyż nie wszystkie diagnostyczne i terapeutyczne technologie medyczne stosowane podczas ciąży i wymienione w prezentowanym zastawie mają zastosowanie w każdych okolicznościach. W takiej sytuacji elementy lub części narzędzia będą oznaczane jako n/d (nie dotyczy). Adaptacja może polegać na usunięciu pojedynczych pozycji i sekcji, wyborze innej normy (na przykład w formie krajowej adaptacji międzynarodowego standardu). Dostosowanie do polskich uwarunkowań zostało w dokumencie oznaczone szarą czcionką.

**Skład zespołu oceniającego**

Chcąc dokonać oceny opieki przed- i poporodowej trzeba dysponować specyficzną wiedzą i doświadczeniem w dyscyplinach takich jak ginekologia/położnictwo, pielęgniarstwo/położnictwo, pediatria/neonatologia; trzeba też posiadać kompetencje do prowadzenia wywiadów ze świadczeniodawcami i członkami personelu. Czynniki te trzeba brać pod uwagę przy doborze składu zespołu oceniającego. Odpowiednią wiedzą i doświadczeniem powinni dysponować zarówno krajowi, jak i zagraniczni członkowie zespołu oceniającego. Jeszcze przed rozpoczęciem pierwszej rundy wizyt eksperci krajowi powinni się zapoznać z narzędziem do oceny i stosowanymi metodami, a także z cytowaną literaturą. Powinni być nadzorowani przez zagranicznych członków zespołu, dopóki w pełni nie opanują narzędzia oraz odpowiednich zasad i umiejętności i nie nabędą doświadczenia niezbędnego do prowadzenia poufnej i wspierającej oceny wzajemnej (ang. *peer-to-peer assessment*).

**Organizacja wizyt w celu dokonania oceny**

Do wszystkich ocenianych placówek należy rozesłać pisemną informację z opisem celu oceny i proponowanym planem spotkań. Każda wizyta rozpoczyna się wprowadzeniem do tematu dla personelu i kadry zarządzającej, z omówieniem celów i metody oceny. W prezentacji należy podkreślić, że ocena jest częścią inicjatywy na rzecz poprawy jakości opieki, a jej celem jest zidentyfikowanie obszarów wymagających poprawy oraz działań potrzebnych na szczeblu lokalnym i na wyższych poziomach, w tym na poziomie resortu. Należy wyjaśnić, że podczas oceny przestrzegane będą zasady poufności, etyki i poszanowania praw pacjenta i personelu. Powinno się również poprosić personel i świadczeniobiorców o współpracę podczas wywiadów poświęconych zwyczajom i praktykom stosowanym w danej placówce, a także zaznaczyć, że osoba oceniająca (osoby oceniające) chciałaby bezpośrednio obserwować praktyki kliniczne oraz przejrzeć dokumentację medyczną i książki zabiegowe z ostatniego i wcześniejszych okresów.

Podczas wizyty analizowane są wszystkie istotne aspekty realizacji świadczeń, w tym te związane z apteką i laboratorium (o ile występują) oraz domowymi wizytami patronażowymi/środowiskowymi u rodzin noworodków. Wizytę można uznać za skończoną, gdy zebrano informacje wystarczające do dokonania oceny wszystkich elementów narzędzia uznanych za mające zastosowanie w danej placówce. Dlatego też czas trwania wizyty będzie się zmieniał w zależności od wielkości placówki i może się wahać od jednego do półtora dnia w jednej placówce służby zdrowia.

Osoby oceniające powinny za pomocą bezpośredniej obserwacji stwierdzić, czy istnieją i są przestrzegane protokoły kliniczne; czy dostępne są leki, sprzęt i zaopatrzenie; i czy faktycznie są one oferowane bezpłatnie, o ile tylko mieszczą się w krajowych pakietach opieki nad matką i dzieckiem. Wreszcie, osoby oceniające powinny zweryfikować rzetelność informacji przekazanych przez personel medyczny co do komunikacji z pacjentem poprzez skontaktowanie się z samymi pacjentami.

**Informacja zwrotna na poziomie placówki i sprawozdawczość na szczeblu krajowym**

Pod koniec procesu oceny w placówce należy zorganizować spotkanie, podczas którego cały personel będzie miał okazję zaangażować się w dyskusję na temat ustaleń i wniosków wynikających z oceny, a także proponowanych działań. Cała ocena ma charakter partycypacyjny, a spotkanie podsumowujące szczególnie: chodzi o to, aby uwrażliwić personel i kadrę zarządzającą na zagadnienia związane z jakością i skoncentrować się na możliwościach poprawy sytuacji.

Dla większości specjalistów idea wywiadów z matkami poświęconych jakości opieki oferowanej pacjentkom i ich dzieciom będzie nowością. Już sam fakt, że poglądy kobiet ciężarnych i matek na temat różnych aspektów opieki są brane pod uwagę sprzyja promowaniu wśród personelu postawy bardziej przyjaznej dla pacjentek i ich rodzin, rozpowszechnianiu podstawowych informacji na temat zdrowia, włączaniu kobiet do procesu decyzyjnego dotyczącego ich własnego zdrowia i budowaniu świadomości przysługujących im praw.

Po przeprowadzeniu oceny należy placówce przekazać pełne sprawozdanie zawierające podsumowanie ustaleń i rekomendacji. Z kolei MZ otrzyma wyczerpujący raport na piśmie, z wyszczególnieniem obszarów wymagających wzmocnienia i priorytetowych działań. Przy pracach nad raportem należy wymienić wszystkie placówki służby zdrowia, aby podziękować personelowi za poświęcony czas i zaangażowanie. Jednak o zaobserwowanych barierach należy pisać ogólnie, bez wskazywania konkretnych placówek.

Zaleca się również, aby rekomendowane działania przedstawiać zgodnie z ramami systemu opieki zdrowotnej opracowanymi przez WHO. W ten sposób uzyskamy jednolite podejście dla wszystkich placówek i osób oceniających.

**Plan działań**

Standardy i narzędzia do oceny są bardzo istotne, ale *per se* nie wystarczą, aby dążenie do poprawy jakości zagościło w placówkach na dobre. Potrzebny jest jeszcze trzeci, kluczowy element: istnienie sił i woli do stymulowania zmian.

Zważywszy, że zaangażowanie kadry zarządzającej i personelu medycznego na poziomie pojedynczej placówki stanowi główny wyznacznik zmian, nieodłączną częścią całego procesu musi być plan działań uwzględniający zadania i obowiązki służbowe poszczególnych członków personelu. W skład prezentowanego zestawu wchodzi propozycja planu działań zdefiniowanego na szczeblu zakładu opieki zdrowotnej.

**Spotkanie podsumowujące i plan działań**

1. Dyskusja na temat najważniejszych ustaleń i wniosków z przeprowadzonej oceny z udziałem ścisłego kierownictwa i personelu zakładu opieki zdrowotnej, wraz z konkretnymi przykładami ilustrującymi przedstawiane tezy.
2. Uwzględnienie opinii kobiet ciężarnych i matek uczestniczących w wywiadach.
3. Czas dla kadry zarządzającej i personelu medycznego na zaprezentowanie własnych uwag na temat dokonanych ustaleń.
4. Dyskusja na temat potencjalnych działań, leżących w gestii lokalnego kierownictwa i personelu, które mogłyby poprawić jakość opieki na obszarach i w aspektach uznanych za najbardziej potrzebujące poprawy.
5. Uszeregowanie działań w kolejności od najbardziej do najmniej priorytetowych, biorąc pod uwagę efekty zdrowotne (zmniejszenie zachorowalności i umieralności) oraz ich wykonalność w praktyce.
6. Przygotowanie planu działań z wykorzystaniem następującego modelu dołączonego na zakończenie zestawu, wyróżniającego potrzebne działania, efekty zdrowotne, oraz aspekty praktyczne (wykonalność) dla obszarów zidentyfikowanych jako najpilniejsze.

**Kolejne kroki**

Dla przykładu opisujemy, w jaki sposób WHO zaplanowała i zrealizowała proces oceny jakości opieki w regionie europejskim:

* Narzędzie oraz metodologia zostały przez WHO zaprezentowane MZ, po czym MZ zwróciło się z prośbą o przeprowadzenie oceny jakości opieki w POZ; zidentyfikowano, zaproszono i zmobilizowano partnerów do wparcia procesu.
* MZ we współpracy z Biurem Regionalnym WHO i Biurem Krajowym WHO wyłoniło zespół krajowych ekspertów spełniających kryteria i mających doświadczenie we wdrażaniu praktyk opartych na dowodach oraz rekomendacji WHO w zakresie opieki nad ciężarną i noworodkiem.
* Zorganizowano spotkanie tak wyłonionego zespołu krajowego celem zapoznania się z narzędziem i zebrania sugestii co do jego zaadaptowania do krajowych uwarunkowań, które zostały następnie omówione z Biurem Regionalnym WHO dla Europy oraz zagranicznymi ekspertami.
* Po dokonaniu przez MZ wyboru placówek do oceny, kierownictwo placówek POZ zostało poinformowane o terminach, tematyce i programie wizyty.
* Do każdej z wyznaczonych placówek wysłano z wyprzedzeniem egzemplarz pierwszej części zestawu do oceny jakości opieki w POZ z prośbą o wypełnienie na podstawie danych za miniony rok.
* Po przybyciu na miejsce zespół oceniający spotkał się z lokalnymi władzami odpowiedzianymi za system ochrony zdrowia.
* Wizyta w placówce rozpoczęła się od ogólnego spotkania z całym zaangażowanym w ocenę personelem; podczas tego spotkania dokonano prezentacji członków zespołu oceniającego oraz przedstawiono zakres i metodologię oceny.
* Optymalny czas trwania wizyty w jednej placówce wynosi od jednego do półtora dnia, wliczając spotkanie podsumowujące z personelem i wypełnienie formularzy.
* Członkowie zespołu oceniającego przeprowadzili ocenę wyznaczonych obszarów wspólnie z personelem placówki POZ i zgodnie z zawartością narzędzia. Zespół ocenił wszystkie wyznaczone aspekty działalności placówki, włącznie z domowymi wizytami patronażowymi; odbył rozmowy z pacjentami i personelem; starannie przeanalizował dane statystyczne, książki zabiegowe i dokumentację medyczną. Razem z kierownictwem i personelem placówki omówiono proces wdrażania praktyk opartych na dowodach, czynników towarzyszących, napotykanych trudności. Dwoje/czworo członków zespołu (prowadzących wywiady) przeprowadziło wywiady z ciężarnymi kobietami i matkami, a także z personelem medycznym, zebrało i usystematyzowało ustalenia.
* Pod koniec procesu oceny w każdej z placówek członkowie zespołu oceniającego spotkali się, aby omówić swoje wnioski, przyznać punktację (1 godzina) i uzgodnić uwagi co do najważniejszych mocnych stron i obszarów do poprawy.
* Pod koniec procesu oceny w każdej z placówek członkowie zespołu oceniającego zaprezentowali swoje ustalenia i najważniejsze rekomendacje kierownictwu i personelowi placówki, biorąc pod uwagę główne obszary (praca położnych i lekarzy ginekologów-położników, neonatologia, a także wywiady z matkami i personelem), po czym nastąpiła wspólna dyskusja.
* Na tej podstawie omówiono i wstępnie uzgodniono listę priorytetowych działań na rzecz poprawy sytuacji na poziomie placówki.
* Po zakończeniu każdej wizyty członkowie zespołu oceniającego spotykają się (jeden dzień), aby zebrać, porównać, omówić i ostatecznie sprecyzować wyniki, tak aby każda z placówek POZ mogła otrzymać narzędzie do oceny w elektronicznym formacie z konkretnymi, szczegółowymi obserwacjami, punktacją i komentarzami, a także pismo towarzyszące zawierające podsumowanie priorytetów dla każdego z obszarów oraz opis uzgodnionych działań.
* Dokumenty te były po każdej wizycie finalizowane przez zespół krajowy, a każdy dokument był przez członków zespołu oceniającego prezentowany i omawiany z personelem każdej z placówek.
* Zespół spotykał się po raz kolejny (pół dnia), aby sporządzić podsumowanie ustaleń i zaleceń będące podstawą pisemnego raportu i przygotować się do spotkania końcowego.
* Ostatniego dnia zorganizowano spotkanie, na którym byli obecni przedstawiciele MZ, głównych interesariuszy, organizacji działających pod egidą ONZ oraz kluczowych partnerskich organizacji rozwojowych. Prezentowano ogólne wyniki i rekomendacje, omawiano priorytetowe działania na szczeblu MZ.

Po okresie, w którym zalecenia były wdrażane (trwającym od jednego roku do dwóch lat) planowana/zalecana jest powtórna ocena z wykorzystaniem tego samego narzędzia i metodologii oraz multi-dyscyplinarnego zespołu oceniającego w celu zidentyfikowania sukcesów i barier oraz zdefiniowania drogi do poprawy jakości.

**Literatura**

1. *Making a difference in countries: Strategic approach to improving maternal and newborn survival and health*. WHO, 2006. <http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/wa3102006ma/en/index.html>
2. *European strategic approach for making pregnancy safer: Improving maternal and perinatal health,*

WHO, 2008

[http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/Life-stages/maternal-and-newborn- health/policy-and-tools/european-strategic-approach-for-making-pregnancy-safer](http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/Life-stages/maternal-and-newborn-health/policy-and-tools/european-strategic-approach-for-making-pregnancy-safer)

1. *WHO Trends in maternal mortality: 1990 to 2008. Estimates developed by WHO, UNICEF, UNFPA and the World Bank.* WHO, 2010. <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/monitoring/9789241500265/en/index.html>
2. *WHO European Health for All Database.*

[http://www.euro.who.int/en/what-we-do/data-and-evidence/databases/european-health-for-all-database- hfa-db2](http://www.euro.who.int/en/what-we-do/data-and-evidence/databases/european-health-for-all-database-hfa-db2)

1. *NICE clinical guideline 62. Antenatal care: routine care for the healthy pregnant woman*, 2008 [www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/CG062NICEguideline.pdf](http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/CG062NICEguideline.pdf)
2. *Antenatal care in developing countries : promises, achievements and missed opportunities: an analysis of trends, levels and differentials, 1990-2001*.WHO 2003

<http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9241590947.pdf>

1. Villar J, Ba'aqeel H, Piaggio G, Lumbiganon P, Miguel BJ, Farnot U et al. *WHO antenatal care randomized trial for the evaluation of a new model of routine antenatal care*. The Lancet 2001; 357:1551-1564.
2. Villar J, Carroli G, Khan-Neelofur D, Piaggio G, Gulmezoglu M. *Patterns of routine antenatal care for low-risk pregnancy.* Cochrane Database of Systematic Reviews 2001; Issue 4. Art. No.: CD000934. DOI: 10.1002/14651858.CD000934.
3. Dowswell T, Carroli G, Duley L, Gates S, Gülmezoglu AM, Khan-Neelofur D, Piaggio GGP. *Alternative versus standard packages of antenatal care for low-risk pregnancy.* Cochrane Database of Systematic Reviews 2010, Issue 10. Art. No.: CD000934; DOI: 10.1002/14651858.CD000934.pub2 [http://apps.who.int/rhl/pregnancy\_childbirth/antenatal\_care/general/cd000934\_mathaim\_com/en/index.](http://apps.who.int/rhl/pregnancy_childbirth/antenatal_care/general/cd000934_mathaim_com/en/index.html) [html](http://apps.who.int/rhl/pregnancy_childbirth/antenatal_care/general/cd000934_mathaim_com/en/index.html)
4. *WHO Post partum care for the mother and the newborn: A practical guide*, 1998 <http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/who_rht_msm_983/en/>
5. *Pregnancy, childbirth, postpartum and newborn care: a guide for essential practice*, WHO IMPAC series, Reprinted with changes 2009 <http://whqlibdoc.who.int/publications/2006/924159084X_eng.pdf>

*WHO/UNICEF IMCI chart standard booklet*, WHO, 2008

1. <http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/IMCI_chartbooklet/en/index.html>
2. *Packages of interventions. Family planning, safe abortion care, maternal, newborn and child health. WHO, 2010* <http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/fch_10_06/en/>
3. *Sexual and reproductive health: core competencies in primary care. WHO, 2011*

<http://www.who.int/reproductivehealth/publications/health_systems/9789241501002/en/>

1. *Making Pregnancy Safer - Assessment tool for the quality of hospital care for mothers and newborn babies, WHO Regional Office for Europe 2009.*

[http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/Life-stages/maternal-and-newborn-](http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/Life-stages/maternal-and-newborn-health/publications2/2009/making-pregnancy-safer-assessment-tool-for-the-quality-of-hospital-care-for-mothers-and-newborn-babies) [health/publications2/2009/making-pregnancy-safer-assessment-tool-for-the-quality-of-hospital-care- for-mothers-and-newborn-babies](http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/Life-stages/maternal-and-newborn-health/publications2/2009/making-pregnancy-safer-assessment-tool-for-the-quality-of-hospital-care-for-mothers-and-newborn-babies)

1. *Effective Perinatal Care training package, WHO Regional Office for Europe:* [http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/Life-stages/maternal-and-newborn- health/policy-and-tools/effective-perinatal-care-training-package-epc](http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/Life-stages/maternal-and-newborn-health/policy-and-tools/effective-perinatal-care-training-package-epc)

# Wskaźniki (WHO EURO, 2013)

|  |  |
| --- | --- |
| **Wybrane wskaźniki dla ambulatoryjnych placówek ochrony zdrowia oferujących opiekę okołoporodową i funkcjonujących jako samodzielne podmioty**  |  |
| Liczba mieszkańców (populacja objęta opieką):* Kobiety
* Noworodki
 |  |
|  |
| Liczba obsługiwanych rejonów |  |
| Średnia liczba kobiet w jednym rejonie |  |
| Odległość do najdalej położonej, zamieszkanej miejscowości  |  |
| Liczba członków personelu medycznego w placówce* Lekarze rodzinni
* Położne
* Pielęgniarki
* Lekarze specjaliści w dziedzinie położnictwa i ginekologii
* Lekarze specjaliści w dziedzinie pediatrii
 |  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| Liczba kobiet w ciąży w ciągu roku  |  |
| Odsetek kobiet w ciąży rozpoczynających korzystanie z opieki przedporodowej przed 12 tyg.  |  |
| Odsetek kobiet w ciąży odbywających 1-3 wizyty przedporodowe |  |
| Odsetek kobiet w ciąży odbywających 4 i więcej wizyt przedporodowych |  |
| Odsetek kobiet z wywołanym poronieniem przed 12 tyg.  |  |
| Odsetek kobiet z wywołanym poronieniem po 12 tyg. i przed 22 tyg.  |  |
| Odsetek kobiet z samoistnym poronieniem po 12 tyg. i przed 22 tyg. |  |
| Odsetek kobiet w ciąży z ciężką niedokrwistością Hb <70 g/l (7g%) |  |
| Odsetek kobiet w ciąży z ciężką niedokrwistością Hb od 70 do 110 g/l (11g%) |  |
| Odsetek kobiet w ciąży przyjmujących kwas foliowy w ramach suplementacji w pierwszym trymestrze ciąży |  |
| Odsetek kobiet w ciąży przyjmujących profilaktycznie żelazo w ramach suplementacji  |  |
| Odsetek kobiet w ciąży, u którycb wykonano badanie USG w 18-22 tyg.  |  |
| Odsetek kobiet w ciąży badanych w kierunku kiły  |  |
| Odsetek kobiet w ciąży z dodatnim wynikiem badania w kierunku kiły |  |
| Odsetek kobiet w ciąży badanych w kierunku HIV |  |
| HIV (%) wśród kobiet w ciąży (lub wśród kobiet w wieku rozrodczym, jeśli tylko ta informacja jest dostępna) |  |
| Odsetek kobiet zaszczepionych na tężec |  |
| Odsetek kobiet w ciąży i po porodzie przeniesionych na wyższy poziom opieki zgodnie z ustalonymi wskazaniami  |  |
| Odsetek kobiet po porodzie mających dostęp do nowoczesnych metod antykoncepcyjnych |  |
| Odsetek noworodków zaszczepionych zgodnie z krajowymi wytycznymi dot. szczepień  |  |
| Odsetek niemowląt karmionych wyłącznie piersią przez pierwsze 6 miesięcy |  |
| **Dodatkowe wskaźniki dla ambulatoryjnych placówek ochrony zdrowia oferujących opiekę okołoporodową i funkcjonujących przy szpitalach lub oddziałach położniczych** |  |
| Liczba porodów w trakcie roku  |  |
| Odsetek cięć cesarskich w trakcie roku  |  |
| Odsetek porodów poza placówkami służby zdrowia |  |
| Odsetek porodów bez wcześniejszej opieki przedporodowej (0 wizyt przed porodem) |  |
| Wskaźnik urodzeń martwych (liczba martwych urodzeń na 1000 noworodków, z uwzględnieniem urodzeń żywych i urodzeń martwych) |  |
| Śmiertelność okołoporodowa (liczba urodzeń martwych oraz wczesnych zgonów noworodków na 1000 urodzeń ogółem) neonatal deaths per 1000 total births) |  |
| Wskaźnik śmiertelności matek (liczba zgonów matek na 100 000 żywych urodzeń) |  |
| Odsetek urodzeń < zakończonym 37 tyg. ciąży |  |
| Odsetek urodzeń przedwczesnych w 22 – 28 tyg. ciąży |  |
| Odsetek urodzeń w 28-34 tyg. ciąży |  |

## 1. Zaplecze medyczne placówki

### **1.1 Dostępność danych statystycznych i prowadzenie dokumentacji**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Kryteria** | **0** | **1** | **2** | **3** | **Uwagi**  |
| Prowadzenie i jakość systemu papierowej dokumentacji medycznej dotyczącej przepływu pacjentek  |  |  |  |  |  |
| Prowadzenie i jakość systemu elektronicznej dokumentacji medycznej dotyczącej przepływu pacjentek |  |  |  |  |
| Dokumentacja medyczna prowadzona tak, by umożliwić sporządzanie statystyk dotyczących wskaźników opieki okołoporodowej i zdrowia dzieci  |  |  |  |  |
| Systematycznie sporządzane i analizowane są statystyki dotyczące opieki okołoporodowej i zdrowia dzieci (np. odsetek kobiet, które odbyły pierwszą wizytę w ramach opieki przedporodowej przed upływem 12 tygodnia, odsetek kobiet w ciąży z co najmniej 4 wizytami w ramach opieki przedporodowej, odsetek kobiet w ciąży z co najmniej 8 wizytami w ramach opieki przedporodowej, częstość występowania wybranych powikłań ciąży, odsetek pacjentek przekazanych na wyższy poziom opieki) |  |  |  |  |
| Dokumentacja prowadzona niezwłocznie po udzieleniu świadczenia (wizycie), czytelnie, opatrzona datami, z podpisami pod każdą wizytą  |  |  |  |  |
| Wszystkie diagnozy i zalecenia są jasno wpisane w dokumentację (wpisy chorób wg nazwy i nr statystycznego choroby) |  |  |  |  |
| Wyniki ocen i badań laboratoryjnych są wpisane w dokumentacji i karcie ciąży  |  |  |  |  |
| Wszystkie zalecone leki i leczenie są wpisane w dokumentacji |  |  |  |  |
| Karty wypisowe hospitalizacji w okresie ciąży i porodu (lub ich kopie) są dołączane do dokumentacji lub informacje z ww. kart wypisowych są wpisywane w dokumentację  |  |  |  |  |
| Ciężarne posiadają swoje własne karty przebiegu ciąży  |  |  |  |  |  |
| Karta zdrowia dziecka ze wszystkimi informacjami nt. okresu ciąży, porodu i okresu noworodkowego jest przekazywana matce w szpitalu położniczym po porodzie i jest (zwyczajowo) wymagana podczas wizyt z dzieckiem u lekarza  |  |  |  |  |  |
| Dokumentacja medyczna jest zabezpieczona przed zniszczeniem, utratą i dostępem osób nieupoważnionych (dokumentacja elektroniczna prowadzona z zachowaniem selektywności dostępu oraz możliwa do przeniesienia na inny nośnik) |  |  |  |  |  |
| Dokumentacja medyczna przechowywana jest tak, by możliwe było przekazanie jej pacjentce lub organom upoważnionym bez żadnej zwłoki  |  |  |  |  |  |
| Dokumentacja elektroniczna sporządzona w sposób pozwalający na prowadzenie dokumentacji w formie pisemnej (wydruki z nr stron, podpisem osoby wprowadzającej wpisy) |  |  |  |  |  |
| Dokumentacja medyczna oznaczona danymi placówki medycznej (np. pieczęć placówki) |  |  |  |  |  |
| Indywidualna dokumentacja medyczna zawiera dane identyfikujące pacjenta (imię i nazwisko) na każdej stronie oraz osobę udzielającą świadczenia zdrowotne pod każdą wizytą  |  |  |  |  |  |
| Strony dokumentacji papierowej lub wydruku komputerowego są numerowane |  |  |  |  |  |
| Wszelkie zgody i upoważnienia dla członków rodziny są opatrzone podpisem pacjenta |  |  |  |  |  |
| Dokumentacja pacjenta niepełnoletniego z dołączoną informacją o danych osobowych rodziców lub opiekuna ustawowego  |  |  |  |  |  |
| W dokumentacji medycznej dokonuje się wpisu o wydaniu skierowań, zaświadczeń, orzeczeń; lub załącza się ich kopie  |  |  |  |  |  |
| Wszelkie skierowania, zaświadczenia zawierają * oznaczenie podmiotu wystawiającego
* dane pacjenta
* datę wystawienia skierowania
* rozpoznanie i wyniki badań diagnostycznych
* o ile jest to możliwe, podpis i pieczątkę osoby wystawiającej
 |  |  |  |  |  |
| Karta przebiegu ciąży zawiera następujące informacje:* o oznaczeniu grupy krwi
* data OM
* przybliżony termin porodu
* wynik pomiaru masy ciała z początku ciąży i na każdej wizycie
* wynik pomiaru RR
* liczbę poprzednich ciąż i porodów, poronień,
* liczbę dzieci żywo lub martwo urodzonych
* wyniki (np. USG)
* wyniki badań (laboratoryjnych i innych, badania ginekologicznego)
* opis badania ginekologicznego
* objawy powikłań ciąży
* adres i numer telefonu placówki zapewniającej opiekę położniczą w nagłych przypadkach

Karta jest prowadzona czytelnie, chronologicznie, zawiera podpis i pieczątkę osoby prowadzącej ciążę |  |  |  |  |  |

### **1.2 Dostępność i wykorzystanie leków w ambulatoryjnej opiece przed- i po-porodowej**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Samodzielne ambulatoryjne placówki ochrony zdrowia oferujące opiekę przed- i po-porodową | Ewentualne braki na przestrzeni ostatnich 3 miesięcy (proszę zaznaczyć, gdy TAK) | Ambulatoryjne placówki ochrony zdrowia oferujące opiekę przed- i po-porodową w ramach innych podmiotów | Ewentualne braki na przestrzeni ostatnich 3 miesięcy (proszę zaznaczyć, gdy TAK) | Pacjent musi sam nabyć w miejscowej aptece |
| **Leki na anafilaksję** |  |  |  |  |  |
| Zestaw przeciwwstrząsowy (zawierający chlorfenaminę, deksametazon i epinefrynę) |  |  |  |  |  |
| **Leki przeciwdrgawkowe** |  |  |  |  |  |
| Diazepam |  |  |  |  |  |
| Siarczan magnezu |  |  |  |  |  |
| **Leki sercowo-naczyniowe**  |  |  |  |  |  |
| Labetalol |  |  |  |  |  |
| Methyldopa |  |  |  |  |  |
| Furosemid |  |  |  |  |  |
| Nifedypina (może być również stosowana jako lek spowalniający akcję porodową) |  |  |  |  |  |
| **Leki przyspieszające lub spowalniające akcję porodową** |  |  |  |  |  |
| Metergina  |  |  |  |  |  |
| Oksytocyna |  |  |  |  |  |
| Nifedypina |  |  |  |  |  |
| **Steroidy przyspieszające dojrzewanie płuc płodu przy porodzie przedwczesnym**  |  |  |  |  |  |
| Betametazon |  |  |  |  |  |
| Deksametazon |  |  |  |  |  |

Czy w aptece lub szafce na leki znajdują się leki przeterminowane? T N

Jeżeli tak, proszę podać nazwy przeterminowanych leków. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Czy w przypadku szczepionek przestrzegane są zasady łańcucha chłodniczego? T N

**1.2.1 Lista leków powszechnie stosowanych w praktyce położniczej pomimo braku udowodnionej skuteczności**

1. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
3. **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**
4. **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

### **1.3 Wyposażenie i zaopatrzenie placówki opieki przed- i po-porodowej**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Samodzielne ambulatoryjne placówki ochrony zdrowia oferujące opiekę przed- i po-porodową | Ambulatoryjne placówki ochrony zdrowia oferujące opiekę przed- i po-porodową w ramach innych podmiotów |
| Pomieszczenie przychodni spełnia wymagania techniczne i sanitarne według obowiązujących rozporządzeń |  |  |
| W przychodni znajduje się poczekalnia z miejscem do przechowywania okryć wierzchnich |  |  |
| Pomieszczenie gabinetu zapewnia komfort badania i intymność (osłonięte miejsce do przebrania się, fotel ginekologiczny osłonięty parawanem) |  |  |
| W gabinecie jest ciepło i czysto |  |  |
| Fotel lub łóżko do badania z czystą pościelą  |  |  |
| Przenośny parawan blisko ginekologicznego stanowiska do badania  |
| Stół do badania noworodków |
| Źródło światła |  |  |
| Źródło ciepła |  |  |
| **Mycie rąk** |  |  |
| Stanowisko do mycia rąk w pomieszczeniu, gdzie wykonywane są badania, wyposażone w:* Dozownik z mydłem w płynie
* Dozownik z płynem do dezynfekcji rąk
* Dozownik z ręcznikami jednorazowymi
* Pojemnik na zużyte ręczniki papierowe
* Instrukcję techniki higieny rąk
 |  |  |
| **Odpady** |  |  |
| Pojemnik zaopatrzony workiem koloru czerwonego na odpady medyczne zakaźne Jednorazowy pojemnik odporny na przekłucie i przecięcie na odpady o ostrych końcach i krawędziach |  |  |
| **Sterylizacja** |  |  |
| Narzędzia jednorazowe lub sterylizator do narzędzi |  |  |
| Pojemnik na szczypce |  |  |
| **Inne wyposażenie** |  |  |
| Zegar ścienny |  |  |
| Latarka z zapasowymi bateriami i żarówką  |  |  |
| Książka zabiegowa |  |  |
| Dokumentacja historii chorób  |  |  |
| Lodówka |  |  |
| **Sprzęt medyczny** |  |  |
| Ciśnieniomierz i stetoskop  |  |  |
| Termometr do pomiaru temperatury ciała  |  |  |
| Fetoskop albo aparat dopplerowski  |  |  |
| Waga noworodkowa |  |  |
| Waga dla dorosłych |  |  |
| **Zaopatrzenie** |  |  |
| Rękawiczki: |  |  |
| * jednorazowe
 |  |  |
| * jałowe
 |  |  |
| Cewnik moczowy |  |  |
| Strzykawki i igły różnej wielkości i grubości  |  |  |
| Wkłucia dożylne  |  |  |
| Wymazówki do pobrania posiewu |  |  |
| Zgłębnik żołądkowy |  |  |
| **Badania** |  |  |
| Zestaw do oznaczania natychmiastowej reaginy plazmowej (RPR)  |  |  |
| Zestaw do badania w kierunku HIV |  |  |
| Paski testowe do wykrywania białkomoczu  |  |  |
| Pojemnik na mocz |  |  |

**1.3.1 Wsparcie laboratoryjne**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Badanie pobierane w placówce | Badanie pobierane poza placówką | Niedostępne | Średni czas oczekiwania | Uwagi |
| Glukoza we krwi |  |  |  |  |  |
| Pełna morfologia krwi |  |  |  |  |  |
| Grupa krwi  |  |  |  |  |  |
| Bilirubina |  |  |  |  |  |
| Odczyn Coombsa |  |  |  |  |  |
| Posiew moczu |  |  |  |  |  |
| Rozmaz krwi |  |  |  |  |  |
| Posiew w kierunku GBS |  |  |  |  |  |
| Transaminazy |  |  |  |  |  |
| Ocena czynności nerek (kreatynina, kwas moczowy, mocznik) |  |  |  |  |  |
| Test na HIV  |  |  |  |  |  |
| Badanie ogólne moczu |  |  |  |  |  |
| Odczyn VDRL  |  |  |  |  |  |
| Jonogram (Na, K, Cl, Mg, Ca) |  |  |  |  |  |
| Żelazo |  |  |  |  |  |
| CRP |  |  |  |  |  |
| Koagulogram |  |  |  |  |  |
| Toxo IgG, IgM |  |  |  |  |  |
| HCV |  |  |  |  |  |
| HBs Ag |  |  |  |  |  |
| Oznaczenie betaHCG |  |  |  |  |  |
| Cytomegalia, różyczka |  |  |  |  |  |
| Oznaczeniehormonów |  |  |  |  |  |
| Badanie cytologiczne |  |  |  |  |  |

Czy niezbędne badania wykonywane w czasie ciąży i w okresie noworodkowym są bezpłatne dla pacjenta? T N

Uwagi

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Czy badania są oficjalnie bezpłatne, lecz oczekuje się wniesienia nieoficjalnych opłat? T N

Uwagi

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

### **1.4 Podstawowa infrastruktura**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **TAKS** | **NIE** | **Uwagi** |
| Czy jest stały dostęp do energii elektrycznej? |  |  |  |
| Czy istnieje zapasowe źródło energii elektrycznej na wypadek awarii zasilania (generator dieslowski)? |  |  |  |
| Czy jest stały dostęp do bieżącej wody? |  |  |  |
| Czy jest stały dostęp do ciepłej wody? |  |  |  |
| Czy placówka ma źródło ciepła? |  |  |  |
| Czy poradnia położnicza jest oddzielona od poradni ogólnej? |  |  |  |
| Czy placówka dysponuje oddzielną, odpowiednio wyposażoną salą do zajęć szkoły rodzenia? |  |  |  |
| Czy placówka dysponuje wystarczającą liczbą odpowiednich, czystych i łatwo dostępnych toalet? |  |  |  |
| Czy personel medyczny ma dostęp do w pełni wyposażonego stanowiska do mycia rąk? |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| O której godzinie rozpoczyna pracę ambulatoryjna poradnia położnicza? | Godz. | \_\_\_\_ |
| O której godzinie kończy pracę ambulatoryjna poradnia położnicza? | Godz. | \_\_\_\_ |

**Mocne strony**

**Słabe strony**

**Dodatkowy komentarz**

**Ocena ogólna wymienionych segmentów**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Ocena ogólna – zaplecze i infrastruktura**  | **Do poprawy** | **Dobre** |
| **Proszę zakreślić** | **0** | **1** | **2** | **3** |

Proszę określić jakość zaplecza i infrastruktury, wybierając jeden z czterech stopni: cyfra 3 oznacza poziom dobry; cyfry od 2 do 0 oznaczają konieczność poprawy (2=wymaga niewielkiej poprawy, 0=istnieje pilna potrzeba wprowadzenia poprawy)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |
|  |
|  |  |  |
|  |

## 2. Rutynowa opieka przed- i po-porodowa

### **2.1 Świadczenie i organizacja opieki przed- i po-porodowej**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Kryteria** | **0** | **1** | **2** | **3** | **Uwagi** |
| **Miejsce i personel świadczący opiekę przedporodową**  |
| Przychodnia (placówka) opieki przed- i po-porodowej jest łatwo dostępna dla wszystkich kobiet  |  |  |  |  |  |
| Opieka przed- i po-porodowa jest wyczulona na potrzeby poszczególnych kobiet i lokalnej społeczności  |  |  |  |  |
| Otoczenie, w jakim świadczona jest opieka przed- i po-porodowa umożliwia kobietom rozmowę na drażliwe tematy takie jak przemoc domowa, wykorzystanie seksualne, choroby psychiczne, zażywanie narkotyków  |  |  |  |  |  |
| Kobietom o niepowikłanej ciąży oferowany jest model opieki oparty na pracy położnej i lekarza pierwszego kontaktu |  |  |  |  |  |
| Położna zatrudniona w placówce uczestniczy w opiece okołoporodowej  |  |  |  |  |
| Gdy osobą sprawującą opiekę nad kobietą w ciąży jest lekarz ginekolog-położnik, kieruje on pacjentkę pod opiekę położnej (między 21-26 Hbd) dla celów edukacji okołoporodowej |  |  |  |  |
| W sytuacji wystąpienia powikłań kobieta jest kierowana pod opiekę lekarza ginekologa-położnika i innych specjalistów  |  |  |  |  |
| Opiekę nad noworodkiem sprawuje pediatra/neonatolog/lekarz rodzinny |  |  |  |  |
| Położna środowiskowa realizuje świadczenia z zakresu opieki po-porodowej nad kobietą i noworodkiem, w tym wizyty domowe  |  |  |  |  |
| Przynajmniej jeden pracownik personelu na ukończony kurs zaawansowanych zabiegów resuscytacyjnych ALS  |  |  |  |  |
| Lekarze wykonujący badania USG w placówce/dla placówki posiadają certyfikaty umiejętności ultrasonograficznych (np. FMF) |  |  |  |  |
| **Ciągłość opieki i skierowania**  |  |
| Opiekę przed- i po-porodową sprawuje niewielki zespół, w obecności którego kobieta czuje się komfortowo  |  |  |  |  |  |
| Zapewniona jest ciągłość opieki przez cały okres przed- i po-porodowy  |  |  |  |  |
| Działa jasny system skierowań, tak aby kobiety w ciąży i po porodzie, które wymagają dodatkowej opieki były w razie wystąpienia problemów leczone przez odpowiedni zespół specjalistów  |  |  |  |  |
| Istnieje możliwość zapisania się na wizytę do konkretnego lekarza lub położnej w terminie wyznaczonym przez danego lekarza/położną |  |  |  |  |
| **Dokumentacja medyczna**  |  |
| Ciężarne posiadają swoje własne karty przebiegu ciąży zawierające następujące informacje:* oznaczenie grupy krwi
* przybliżony termin porodu
* liczbę poprzednich ciąż i porodów, poronień, liczbę dzieci żywo lub martwo urodzonych
* wynik pomiaru RR
* wyniki badań (lab. i innych, np. USG)
* opis wyniku badania ginekologicznego
* oznaki i objawy powikłań ciąży
* indywidualny wykres z kolejnymi pomiarami wysokości dna macicy
* adres i numer telefonu placówki zapewniającej opiekę położniczą w nagłych przypadkach
 |  |  |  |  |  |

### **2.2 Zachowanie prywatności i poufności w opiece przed- i po-porodowej**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Kryteria** | **0** | **1** | **2** | **3** | **Uwagi** |
| Zapewniające intymność miejsce do wykonywania badań i udzielania porad jest zorganizowane i dostępne  |  |  |  |  |  |
| Rozmowy między personelem medycznym a pacjentem (klientem) na drażliwe tematy nie mogą zostać podsłuchane  |  |  |  |  |  |
| Personel pyta kobietę o zgodę zanim zacznie rozmawiać z jej partnerem lub rodziną  |  |  |  |  |
| Informacje poufne dotyczące klientów nie są omawiane ani z innymi członkami personelu, ani na zewnątrz placówki  |  |  |  |  |
| Miejsce badania jest zorganizowane w taki sposób, że w trakcie badania kobieta jest osłonięta przed wzrokiem innych ludzi (parawan, ściana, zasłona)  |  |  |  |  |
| Wszystkie dane są poufne i przechowywane w zamknięciu  |  |  |  |  |
| Książka zabiegowa i karty rejestracyjne są udostępniane jedynie personelowi zajmującemu się pacjentem  |  |  |  |  |

### **2.3 Informacja i komunikacja w opiece przed- i po-porodowej**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Kryteria**  | **0** | **1** | **2** | **3** | **Uwagi** |
| **Podstawowe zasady dotyczące zlecania i rekomendowania terapii****oraz stosowania profilaktyki** |
| Cele i wyniki każdego badania są jasno i wyczerpująco wyjaśniane przez świadczeniodawcę  |  |  |  |  |  |
| Cel każdej terapii jest przedstawiany jasno i wyczerpująco: |  |  |  |  |
| * Kobieta otrzymuje jasne informacje na temat sposobu leczenia i jego zasadności
 |  |  |  |  |
| * Pacjentka dowiaduje się, że terapia nie zaszkodzi jej ani dziecku, a zaniechanie terapii może mieć niebezpieczne skutki. Jest w przystępny sposób informowana, jak regularnie przyjmować lek. Aby wyjaśnić, w jaki sposób lek ma być podawany dziecku należy obserwować pierwszą próbę podania leku przez matkę w przychodni.
 |  |  |  |  |
| * Należy udzielić informacji na temat skutków ubocznych terapii. Wyjaśnić, że nie są one poważne i poinstruować, jak na nie reagować.
 |  |  |  |  |
| * Należy poradzić pacjentce, aby w razie jakichkolwiek problemów lub obaw w związku z lekami ponownie zjawiła się w przychodni.
 |  |  |  |  |
| Rozmowa:  |  |  |  |  |
| * Należy się upewnić, czy kobieta lub jej rodzina nie ma obaw co do zastosowania danej terapii, albo słyszała o niej negatywne opinie
 |  |  |  |  |
| * Należy podkreślić, jak ważne jest wykupienie i zażycie przepisanej ilości leku, doradzając pacjentce, w jaki sposób może wykupić lek.
 |  |  |  |  |
| **Komunikacja z pacjentką i osobą towarzyszącą (rodziną)** |
| Personel medyczny traktuje pacjentkę i osobę towarzyszącą (rodzinę) w sposób pełen poszanowania dla ch godności i prywatności  |  |  |  |  |  |
| Pacjentka i jej rodzina czują się w placówce mile widziani  |  |  |  |  |
| Personel medyczny przez cały czas zachowuje się przyjaźnie i z szacunkiem, powstrzymując się od wyrażania osądu |  |  |  |  |
| Personel medyczny używa prostego i zrozumiałego języka, biorąc pod uwagę wykształcenie oraz kulturowe, religijne i inne potrzeby pacjentki  |  |  |  |  |
| Pacjentka i jej rodzina są zachęcani do zadawania pytań |  |  |  |  |
| Personel pyta pacjentkę, czego chciałaby się dowiedzieć i przekazuje potrzebne informacje |  |  |  |  |
| Personel pomaga pacjentce rozeznać się w możliwych kierunkach działania i podjąć decyzję  |  |  |  |  |
| Przed każdym wykonanym badaniem, zabiegiem i zastosowaniem innych czynności medycznych personel medyczny:* Prosi pacjentkę o wyrażenie zgody;
* Przekazuje pełną informację o wykonywanych procedurach i czynnościach medycznych
 |  |  |  |  |
| Najważniejsze informacje (w tym nt. rutynowych badań laboratoryjnych i terapii) są podsumowywane.  |  |  |  |  |
| Kilkakrotnie pada pytanie, czy pacjentka zrozumiała przekazane informacje  |  |  |  |  |
| **Materiały informacyjne i edukacyjne w formie pisemnej dla pacjentki** |
| Plan opieki w ciąży i po porodzie jest przekazywany pacjentce w formie pisemnej |  |  |  |  |  |
| Plan porodu jest przekazywany pacjentce w formie pisemnej |  |  |  |  |
| Informacje dotyczące prawidłowego postepowania, najczęstszych dolegliwości i sygnałów zagrożenia w ciąży oraz przygotowania do porodu są przekazywane pacjentce w formie pisemnej |  |  |  |  |  |

### **2.4 Pierwsza wizyta w czasie ciąży**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Kryteria**  | **0** | **1** | **2** | **3** | **Uwagi**  |
| Większość kobiet odbywa pierwszą wizytę w ciąży przed 12 Hbd |  |  |  |  |  |
| Przedstawiony plan załączany jest do dokumentacji medycznej.Pacjentka otrzymuje kopię planu. Plan opieki jest modyfikowany w zależności od potrzeb i powikłań ciążowych.  |  |  |  |  |
| Kobieta ma możliwość przedyskutować z lekarzem lub położną rekomendowany plan opieki |  |  |  |  |
| Udzielane są informacje (słownie i na piśmie) na temat diety, stylu życia, dostępnych usług w zakresie opieki w ciąży, świadczeń dla przyszłych matek  |  |  |  |  |  |
| Oferowane są informacje na temat zajęć w szkole rodzenia |  |  |  |  |
| Omawiany jest cel i skuteczność proponowanych w czasie ciąży badań skriningowych (bezobjawowy bakteriomocz, USG w 18-24 Hbd w celu datowania wieku ciąży i wykrycia ewentualnych nieprawidłowości)  |  |  |  |  |
| Wydawana jest pacjentce karta prowadzenia ciąży |  |  |  |  |
| **Ocena czynników ryzyka**  |
| Personel medyczny opiekujący się kobietą w ciąży ma kwalifikacje i umiejętności niezbędne do tego, aby zidentyfikować kobiety potrzebujące dodatkowego wsparcia klinicznego, socjalnego lub psychologicznego w czasie ciąży  |  |  |  |  |  |
| Formalna punktacja ryzyka nie jest wykorzystywana do planowania przebiegu opieki w ciąży  |  |  |  |  |
| Lista (medycznych, społecznych, psychologicznych) czynników ryzyka jest tworzona i wykorzystywana, a personel medyczny zbiera odpowiedni wywiad medyczny, chirurgiczny, dotyczący sytuacji społecznej i poprzednich ciąż  |  |  |  |  |
| Skutecznie identyfikowane są kobiety, które mogą potrzebować dodatkowej opieki i wsparcia  |  |  |  |  |
| Przygotowywany jest plan opieki nad ciężarną wymagającą specjalnej opieki w czasie ciąży |  |  |  |  |
| **Skrining pod kątem schorzeń psychiatrycznych, narkomanii i przemocy domowej**  |
| Personel medyczny zwraca uwagę na oznaki lub objawy przemocy domowej |  |  |  |  |  |
| Kobieta ma możliwość ujawnić występowanie przemocy domowej w otoczeniu, w którym czuje się bezpiecznie  |  |  |  |  |
| Kobieta jest na wczesnym etapie ciąży pytana o ewentualne wcześniejsze schorzenia psychiatryczne |  |  |  |  |
| Kobiety z historią poważnych zaburzeń psychiatrycznych są kierowane do psychiatry celem konsultacji w okresie ciąży  |  |  |  |  |
| Kobieta jest na wczesnym etapie ciąży pytana o spożycie alkoholu  |  |  |  |  |
| Kobieta jest na wczesnym etapie ciąży pytana o zażywanie narkotyków  |  |  |  |  |
| Kobieta jest na wczesnym etapie ciąży pytana o palenie tytoniu |  |  |  |  |
| Kobietę (lub jej partnera) zapytano, czy pali tytoń  |  |  |  |  |
| **Objawy zagrożenia i pomoc medyczna w sytuacjach nagłych** |  |  |  |  |
| Kobiety są w odpowiedni sposób informowane o oznakach i objawach powikłań ciążowych |  |  |  |  |
| Kobiety otrzymują dane kontaktowe instytucji świadczących pomoc medyczną w sytuacjach nagłych |  |  |  |  |
| Kobiety są proszone o powtórzenie przekazanych im wcześniej informacji na temat objawów zagrożenia i nagłej pomocy medycznej  |  |  |  |  |
| W karcie ciąży zapisywane są informacje na temat oznak i objawów zagrożenia oraz nagłej pomocy medycznej, w tym nt. transportu, danych kontaktowych i instytucji, do których należy się kierować w takich sytuacjach  |  |  |  |  |
| **Określanie wieku ciążowego** |  |  |  |  |
|  Pacjentka pytana jest o termin ostatniej miesiączki; na tej podstawie określany jest czas trwania ciąży i przewidywany termin porodu |  |  |  |  |
| Proponowane i wykonywane jest badanie ultrasonograficzne przed ukończeniem 24 Hbd (w 10 do 13 Hbd i 6 dni albo 18-24 Hbd, jeżeli wcześniejsze USG w 10 do 13 Hbd nie mogło być wykonane) celem określenia wieku ciążowego i wykrycia ewentualnych nieprawidłowości płodu.  |  |  |  |  |
| **Badanie przedmiotowe** |  |  |  |  |
| Wykonywane jest badanie ogólne przedmiotowe |  |  |  |  |
| Wykonywane jest badanie we wzierniku i zestawione |  |  |  |  |
| Wykonywane jest badanie palpacyjne gruczołów sutkowych |  |  |  |  |
| **Badania dodatkowe zlecane w czasie 1. wizyty**  |  |  |  |  |
| Grupa krwi i czynnik Rh |  |  |  |  |
| Morfologia krwi  |  |  |  |  |
| Oznaczenie HBsAg |  |  |  |  |
| Oznaczenie przeciwciał anty-HIV |  |  |  |  |
| Oznaczenie przeciwciał przeciwko różyczce |  |  |  |  |
| Badanie w kierunku zakażenia kiłą |  |  |  |  |
| Wykonywany jest pomiar współczynnika BMI (wzrost i masa ciała pacjentki) |  |  |  |  |
| Wykonywany jest pomiar ciśnienia tętniczego (RR) |  |  |  |  |
| Mocz jest badany w kierunku białkomoczu; wykonywany jest posiew w celu wykrycia bakteriomoczu bezobjawowego  |  |  |  |  |
| Jeśli pierwsza wizyta w ciąży ma miejsce po 24 Hbd dokonuje się oceny wysokości dna macicy mierzonej w centymetrach od spojenia łonowego, wynik jest zaznaczany na indywidualnym wykresie  |  |  |  |  |
| Jeśli pierwsza wizyta w ciąży ma miejsce po 24 Hbd osłuchuje się tętno serca płodu |  |  |  |  |
| Badanie cytologiczne |  |  |  |  |
| Ocena stężenia glukozy we krwi na czczo |  |  |  |  |
| Oznaczenie przeciwciał przeciwko toksoplazmozie (IgM, IgG) |  |  |  |  |
| **Dodatkowe konsultacje**  |  |  |  |  |
| Jeśli osobą sprawującą opiekę jest położna, kieruje ona pacjentkę na obowiązkową konsultację do lekarza specjalisty w dziedzinie ginekologii i położnictwa. |  |  |  |  |
| Zaleca się konsultację stomatologiczną |  |  |  |  |
| Zaleca się konsultacje u innych specjalistów w przypadku występowania chorób przewlekłych lub przebytych w przeszłości, mogących mieć wpływ na przebieg obecnej ciąży |  |  |  |  |
| **Profilaktyka** |  |  |  |  |
| Kobiety ciężarne i planujące ciążę są informowane o tym, że suplementacja kwasem foliowym przed zapłodnieniem i do 12 tygodnia ciąży redukuje ryzyko powstawania wad cewy nerwowej u dzieci (bezczaszkowia, rozszczepu rdzenia)  |  |  |  |  |
| Personel medyczny rekomenduje dawkę 0,4mg kwasu foliowego na dobę |  |  |  |  |
| Personel medyczny rekomenduje dawkę 5mg kwasu foliowego na dobę u pacjentek wysokiego ryzyka rozwoju wad cewy nerwowej u płodu (poprzednie dziecko z wadą cewy nerwowej, cukrzyca, padaczka, otyłość) |  |  |  |  |
| U pacjentek na obszarach częstego występowania niedokrwistości rutynowo zalecana jest suplementacja żelaza2 |  |  |  |  |
| Suplementacja żelaza jest proponowana bezpłatnie |  |  |  |  |
| Kobiety są informowane, że „normalna”, zdrowa ciężarna nie powinna rutynowo otrzymywać witaminy D w czasie ciąży (ani innej suplementacji witaminowo-mineralnej)  |  |  |  |  |
| Doustna suplementacja witaminy D w dawce 0,1 mg na dobę jest zalecana zdrowym ciężarnym znajdującym się w grupie ryzyka jej niedoboru (kobiety ciemnoskóre, zakrywające skórę, weganki i kobiety w wieku 19-24 lata)  |  |  |  |  |
| Codzienna mała dawka kwasu acetylosalicylowego rekomendowana jest pacjentkom, u których w przeszłości wystąpił stan przed-rzucawkowy lub rzucawka, celem zapobiegania w/w  |  |  |  |  |
| Suplementacja wapnia (1g na dobę) rekomendowana jest pacjentkom z czynnikami ryzyka jego niedoboru, u których w przeszłości wystąpił stan przed-rzucawkowy lub rzucawka, celem zapobiegania w/w |  |  |  |  |
| Suplementacja jodu |  |  |  |  |

### **2.5 Kolejne rutynowe wizyty kontrolne w czasie ciąży, kontrola pod kątem wybranych chorób zakaźnych i niezakaźnych**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Kryteria**  | **0** | **1** | **2** | **3** | **Uwagi**  |
| Proponowane są co najmniej 4 wizyty w czasie ciąży  |  |  |  |  |  |
| W czasie każdej wizyty personel medyczny:  |  |  |  |  |  |
| * Sprawdza wiek ciążowy
 |  |  |  |  |  |
| * Pyta, gdzie kobieta zamierza rodzić
 |  |  |  |  |  |
| * Pyta o występowanie krwawienia z dróg rodnych, skurczy, odpływania płynu owodniowego od momentu ostatniej wizyty
 |  |  |  |  |  |
| * Pyta o ruchy dziecka
 |  |  |  |  |  |
| Personel medyczny analizuje, omawia i odnotowuje wyniki wszystkich przeprowadzonych badań  |  |  |  |  |  |
| Personel medyczny dokonuje ponownej oceny planu opieki w czasie ciąży i identyfikuje pacjentki wymagające dodatkowej opieki |  |  |  |  |  |
| Personel medyczny informuje o oznakach zagrożenia i objawach powikłań ciążowych, w wypadku których pacjentka powinna zgłosić się do lekarza |  |  |  |  |  |
| Pacjentkom zapewnia się możliwość rozmowy i zadania pytań na temat otrzymanych informacji  |  |  |  |  |  |
| Informacje o oznakach zagrożenia i objawach powikłań ciążowych są przypominane podczas każdej wizyty  |  |  |  |  |  |
| Pacjentka jest informowana o kolejnej wizycie, ustalana jest data tej wizyty  |  |  |  |  |  |
| Wszystkie dane są we właściwy sposób odnotowywane w karcie ciąży |  |  |  |  |  |
| Podawane są ustne informacje na temat szkoły rodzenia  |  |  |  |  |  |
| **Podczas każdej wizyty wykonywane są następujące badania:** |
| * Pomiar ciśnienia tętniczego
 |  |  |  |  |  |
| * Pomiar wysokości dna macicy (po 24 tygodniu ciąży) i odnotowanie wyniku na indywidualnym wykresie, ocena sytuacji
 |  |  |  |  |  |
| * Osłuchiwanie serca płodu
 |  |  |  |  |
| * Kontrola masy ciała w przypadku niskiego współczynnika BMI
 |  |  |  |  |
| * Badanie moczu pod kątem białkomoczu i zakażeń układu moczowego
 |  |  |  |  |
| **Następujące badania nie są rutynowo wykonywane przez personel medyczny:** |  |
| Rutynowe ciążowe badanie miednicy |  |  |  |  |  |
| Powtórny pomiar masy ciała matki, z wyjątkiem pacjentek z niskim BMI |  |  |  |  |
| Pomiar miednicy  |  |  |  |  |
| Wymaz z pochwy przy braku oznak i objawów infekcji pochwy  |  |  |  |  |
| Skrining w kierunku cytomegalii (CMV)  |  |  |  |  |
| Skrining w kierunku toksoplazmozy |  |  |  |  |
| Skrining w kierunku wirusa opryszczki  |  |  |  |  |
| Skrining w kierunku zarazka jaglicy  |  |  |  |  |
| Skrining w kierunku wirusowego zapalenia wątroby typu C  |  |  |  |  |
| Skrining w kierunku bakterii paciorkowca typu B  |  |  |  |  |
| Skrining w kierunku bezobjawowego bakteryjnego zapalenia pochwy  |  |  |  |  |
| Badanie w kierunku ryzyka porodu przedwczesnego poprzez dokonanie pomiarów długości kanału szyjki macicy (USG albo badanie przezpochwowe) lub fibronektynę płodową  |  |  |  |  |
| Formalna kontrola liczby ruchów płodu  |  |  |  |  |
| Ciążowe ECG w celu monitorowania dobrostanu płodu 7 |  |  |  |  |
| Badanie USG po 24 Hbd w celu monitorowania wzrostu lub dobrostanu płodu  |  |  |  |  |
| Badanie tętnicy pępowinowej przy pomocy USG metodą Dopplera w celu monitorowania dobrostanu płodu  |  |  |  |  |
| Badanie tętnicy macicznej przy pomocy USG metodą Dopplera w celu wykrycia ryzyka wystąpienia stanu przed-rzucawkowego |  |  |  |  |
| Badania biochemiczne |  |  |  |  |
| Badanie krzepnięcia krwi |  |  |  |  |
| **Inne badania i porady zlecane na różnych etapach ciąży** |
| Wraz z innymi badaniami krwi w 28 Hbd oznacza jest hemoglobina |  |  |  |  |  |
| Skrining w kierunku cukrzycy ciążowej w 24-28 Hbd, zgodnie z krajowymi wytycznymi (podejście powszechne lub oparte na ryzyku)  |  |  |  |  |
| Skrining w kierunku kiły zlecany dwukrotnie w czasie trwania ciąży  |  |  |  |  |
| Skrining w kierunku HIV zlecany dwukrotnie w czasie trwania ciąży |  |  |  |  |
| Odczyn Coombsa u kobiet Rh-ujemnych |  |  |  |  |
| Skrining w kierunku bezobjawowego bakteryjnego zapalenia pochwy zlecany przed 16 Hbd |  |  |  |  |
| **Opieka w okresie przedporodowym (III trymestr)** |
| Położenie płodu jest ustalane po 36 tygodniu ciąży |  |  |  |  |  |
| W przypadku położenia płodu innego niż podłużne główkowe lub stanu po cięciu cesarskim lub innych czynników ryzyka nieprawidłowego przebiegu porodu pacjentka jest kierowana do szpitala celem ustalenia drogi porodu |  |  |  |  |
| W przypadku stanu po cięciu cesarskim rozważany jest poród drogami natury; w prawidłowy sposób przedstawiane są pacjentce zalety i wady takiego rozwiązania  |  |  |  |  |
| Po 41 Hbd pacjentka jest kierowana do placówki położniczej celem uzyskania opieki po terminie porodu  |  |  |  |  |
| **2.6 Diagnostyka i postępowanie w przypadku wybranych chorób niezakaźnych**  |
| **Skrining i postępowania w przypadku stanu przed-rzucawkowego** |
| Ciśnienie tętnicze mierzone jest na każdej wizycie, z pacjentką w pozycji siedzącej, z użyciem prawidłowej metodologii pomiaru  |  |  |  |  |  |
| Jeśli ciśnienie rozkurczowe wynosi> 90 mm Hg, pomiar jest powtarzany po 1 godzinie odpoczynku  |  |  |  |  |  |
| Jeśli ciśnienie rozkurczowe wynosi> 90 mm Hg podczas dwóch pomiarów, badany jest mocz na obecność białka |  |  |  |  |  |
| Pacjentki ze stanem przed-rzucawkowym (ciśnienie rozkurczowe pomiędzy 90 i 110 mm Hg oraz białkomocz) są kierowane do placówek wyższego poziomu referencyjnego pod opiekę specjalisty  |  |  |  |  |  |
| Pacjentki z ciężkim stanem przed-rzucawkowym (ciśnienie rozkurczowe > 110 mm Hg oraz białkomocz, lub jakiekolwiek nadciśnienie z objawami klinicznymi (silny ból głowy, niewyraźne widzenie lub ból w nadbrzuszu) są kierowane w trybie pilnym do placówek wyższego poziomu referencyjnego, po podaniu siarczanu magnezowego i odpowiedniego leku hipotensyjnego  |  |  |  |  |  |
| Obecnie pacjentkom z nadciśnieniem ciążowym izolowanym nie zaleca się odpoczynku w łóżku ani hospitalizacji  |  |  |  |  |  |
| Leki moczopędne nie są stosowane w zapobieganiu/leczeniu stanu przed-rzucawkowego |  |  |  |  |  |
| Ograniczenie przyjmowania soli i płynów nie jest rekomendowane |  |  |  |  |  |
| Wzrost/ograniczenie spożycia produktów białkowych i/lub kalorii nie jest rekomendowane |  |  |  |  |  |
| W profilaktyce stanu przed-rzucawkowego nie zaleca się suplementacji żelaza, magnezu, cynku ani tranu rybiego  |  |  |  |  |  |
| Personel medyczny informuje pacjentki o objawach i oznakach ciężkiego stanu przed-rzucawkowego, takich jak: ból głowy, zaburzenia widzenia (zamazany albo migający obraz), ból pod żebrami, wymioty, nagły obrzęk twarzy, rąk lub stóp  |  |  |  |  |  |
| **Diagnostyka i postępowanie w przypadku niedokrwistości**  |
| Personel medyczny pyta pacjentkę o oznaki ciężkiej niedokrwistości (zmęczenie, duszność, ból w klatce piersiowej, kołatanie serca, uczucie omdlenia)  |  |  |  |  |  |
| Personel medyczny sprawdza występowanie objawów ciężkiej niedokrwistości (bladość dłoni i spojówek oka, liczba oddechów na minutę) |  |  |  |  |  |
| Jeżeli wystąpiły oznaki i objawy niedokrwistości oznaczana jest hemoglobina zgodnie z lokalnymi wytycznymi i osądem klinicznym  |  |  |  |  |  |
| W przypadku ciężkiej niedokrwistości (HGB<7g/dL i/lub bladość skóry i śluzówek, duszność w spoczynku, bóle w klatce piersiowej, tachykardia) personel medyczny:* Modyfikuje plan porodu tak aby poród odbył się w placówce zapewniającej możliwość przetoczenia krwi;
* Przepisuje podwójną dawkę żelaza (60mg 2 razy dziennie) przez 3 miesiące;
* Podkreśla, jak ważne jest stosowanie leczenia i wyjaśnia, dlaczego trzeba było przepisać żelazo
* Zaleca kontrolę po 2 tygodniach celem sprawdzenia stosowania się do zaleceń, postępów leczenia i poprawy wyników badań
* Jeżeli termin porodu jest bliski, kieruje pacjentkę do szpitala w trybie pilnym
 |  |  |  |  |  |
| W przypadku umiarkowanej niedokrwistości (HGB7-11g/dL) personel medyczny:* Przepisuje podwójną dawkę żelaza (60mg 2 razy dziennie) przez 3 miesiące;
* Podkreśla, jak ważne jest stosowanie leczenia i wyjaśnia, dlaczego trzeba było przepisać żelazo
* Ocenia stan pacjentki ponownie na następnej wizycie; jeśli anemia utrzymuje się, kieruje pacjentkę do szpitala
 |  |  |  |  |  |
| **Profilaktyka porodu przedwczesnego** |
| Pacjentka z wysokim ryzykiem porodu przedwczesnego jest kierowana na konsultację do ośrodków o wyższym stopniu referencyjności  |  |  |  |  |  |
| **Personel medyczny nie wdraża rutynowo** **wymienionych poniżej procedur:** |
| Odpoczynek w łóżku i hospitalizacja nie są rutynowo zalecane kobietom z podwyższonym ryzykiem wystąpienia porodu przedwczesnego |  |  |  |  |  |
| Aktywność seksualna nie jest zakazywana kobietom z podwyższonym ryzykiem wystąpienia porodu przedwczesnego |  |  |  |  |  |
| Profilaktyczne przyjmowanie doustnych betamimetyków/siarczanu magnezu/wapnia nie jest zalecane kobietom z podwyższonym ryzykiem wystąpienia porodu przedwczesnego |  |  |  |  |  |
| Rutynowe ciążowe badanie miednicy nie jest wykonywane celem oceny terminu porodu przedwczesnego |  |  |  |  |  |
| Kobiety z czynnikami ryzyka porodu przedwczesnego nie są poddawane rutynowej hospitalizacji w „krytycznych” okresach ciąży  |  |  |  |  |  |
| **Diagnostyka, zapobieganie i postępowanie w przypadku konfliktu serologicznego**  |  |  |  |  |  |
| Oznaczenie grupy krwi i Rh jest zalecane wszystkim kobietom we wczesnym okresie ciąży  |  |  |  |  |  |
| Skriningowe badanie przeciwciał anty-Rh jest zalecane wszystkim RhD-ujemnym ciężarnym |  |  |  |  |  |
| Rutynowa przedporodowa profilaktyka w postaci podania immunoglobuliny anty-D jest zalecana wszystkim RhD-ujemnym pacjentkom, u których nie stwierdzono przeciwciał  |  |  |  |  |  |
| Wszystkie kobiety ciężarne są badane w kierunku alloprzeciwciał przeciwko atypowym antygenom krwinek czerwonych we wczesnym okresie ciąży oraz powtórnie w 27-28 Hbd niezależnie od statusu Rh |  |  |  |  |  |
| Ciężarne, u których stwierdzono obecność klinicznie istotnych alloprzeciwciał przeciwko atypowym antygenom krwinek czerwonych są kierowane do specjalistycznego ośrodka celem dalszej diagnostyki i ustalenia postępowania w okresie ciąży  |  |  |  |  |  |
| W przypadku ciężarnych Rh-ujemnych przeprowadza się badanie ojca dziecka celem określenia, czy istnieje potrzeba podania profilaktycznego immunoglobuliny anty-D  |  |  |  |  |  |
| **Ciąża po 41 Hbd** |
| Kobiety ciężarne są informowane o podwyższonym ryzyku śmiertelności okołoporodowej po 41 tygodniu ciąży i otrzymują poradę, aby udać się do placówki położniczej, jeżeli poród nie rozpocznie się do 41 Hbd |  |  |  |  |  |
| Sporządzany jest pisemny protokół z postępowania w przypadku ciąży po 41 Hbd |  |  |  |  |  |
| U kobiet ze skądinąd niepowikłaną ciążą zaleca się indukowanie porodu po upływie 41 Hbd  |  |  |  |  |  |
| Wzmożony monitoring przedporodowy w postaci KTG i USG wykonywanych co najmniej dwa razy w tygodniu celem pomiaru maksymalnej ilości płynu owodniowego jest zalecany od 42 Hbd w przypadku kobiet, które nie wyraziły zgody na indukowanie porodu  |  |  |  |  |  |
| Przed formalnym indukowaniem porodu w sytuacji, gdy ciąża przekracza 41 Hbd, zalecany jest masaż szyjki macicy  |  |  |  |  |  |
| **Monitorowanie wzrostu i dobrostanu płodu** |
| Nie zaleca się formalnego liczenia ruchów płodu podczas ciąży  |  |  |  |  |  |
| Kobiety są informowane o konieczności szukania pomocy medycznej w przypadku nagłego osłabienia lub wzmożenia odczuwania ruchów płodu  |  |  |  |  |  |
| Wysokość dna macicy jest mierzona i we właściwy sposób odnotowywana na indywidualnym wykresie  |  |  |  |  |  |
| Badanie wzrostu płodu celem wykrycia nieprawidłowości jest zalecane kobietom ciężarnym w sytuacji, gdy wynik pomiaru wysokości dna macicy odbiega o co najmniej 3 cm od wieku ciążowego wyrażonego w tygodniach, albo gdy nie zwiększa się pomiędzy kolejnymi wizytami  |  |  |  |  |  |
| Testy biochemiczne i hormonalne nie są wykorzystywane do monitorowania dobrostanu płodu w czasie ciąży |  |  |  |  |  |
| **Diagnostyka i postępowanie w przypadku wielowodzia** |
| Przy podejrzeniu wielowodzia zlecane jest wykonanie badania USG  |  |  |  |  |  |
| Wielowodzie rozpoznaje się na podstawie uzgodnionych kryteriów ultrasonograficznych (AFV>24cm, głębokość pojedynczej kieszonki płynu owodniowego >8cm) |  |  |  |  |  |
| Po potwierdzeniu rozpoznania wielowodzia pacjentka kierowana jest do ośrodka II lub III stopnia referencyjności celem konsultacji i leczenia  |  |  |  |  |  |
| **Diagnostyka i postępowanie w przypadku ciąży mnogiej** |
| Zalecane jest badanie ultrasonograficzne w I trymestrze ciąży celem wykrycia ciąży mnogiej  |  |  |  |  |  |
| Personel medyczny udziela pacjentce prawidłowych informacji na temat ryzyka powikłań i problemów matczynych i płodowych związanych z ciążą mnogą (poronienie, obumarcie płodu, poród przedwczesny, nierównomierny wzrost płodów, zespół przetoczenia krwi między płodami, nieprawidłowe przodowanie płodu, poród ze wspomaganiem, cięcie cesarskie, niedokrwistość, krwotok poporodowy, dyskomfort, choroba refluksowa przełyku, etc.)  |  |  |  |  |  |
| Odpoczynek w łóżku, szew szyjkowy, leczenie tokolitykami, oraz jakiekolwiek inne zabiegi mające na celu zapobieganie porodowi przedwczesnemu w ciąży mnogiej nie są rekomendowane  |  |  |  |  |  |
| Badania ultrasonograficzne oceniające rozwój ciąży wykonywane są co 3-4 tygodnie  |  |  |  |  |  |
| Jeśli postawione zostanie rozpoznanie nierównomiernego wzrostu płodów, prowadzący ciążę kieruje pacjentkę do szpitala na konsultację  |  |  |  |  |  |
| Poród ciąży mnogiej jest planowany w ośrodku II lub III stopnia referencyjności  |  |  |  |  |  |
| **Diagnostyka i postępowanie w przypadkach niektórych chorób zakaźnych** |
| **Diagnostyka HIV** |
|  Personel medyczny pyta pacjentkę:* Czy miała wykonywane badanie w kierunku HIV
* Jeżeli tak, jaki jest wynik badania i czy jej partner miał wykonane takie badanie
 |  |  |  |  |  |
| U pacjentek zakażonych HIV personel medyczny:* Upewnia się, że pacjentka jest pod opieką odpowiedniej poradni i otrzymała niezbędne informacje na temat zapobiegania transmisji zakażenia od matki do płodu
* Pyta o zleconą terapię antyretrowirusową (ARV) i upewnia się, że kobieta wie, kiedy ją rozpocząć i jak przyjmować leki
* Pyta o wybór metody karmienia noworodka
* Udziela rad dotyczących wymaganej dodatkowej opieki w ciąży, w czasie porodu i w okresie połogu
* Radzi, jak prawidłowo i konsekwentnie używać prezerwatyw i innych metod antykoncepcji
* Informuje o zaletach włączenia do badań partnera
 |  |  |  |  |  |
| U pacjentek o nieznanym statusie HIV personel medyczny:* Przekazuje kluczowe informacje o zakażeniu HIV
* Informuje kobietę o możliwości wykonania badań i konsultacji celem ustalenia statusu HIV
* Radzi, jak prawidłowo i konsekwentnie używać prezerwatyw;
* Informuje o zaletach włączenia do badań partnera
 |  |  |  |  |  |
| U pacjentek HIV-negatywnych personel medyczny: * Przekazuje kluczowe informacje o zakażeniu HIV;
* Informuje o zaletach włączenia do badań partnera;
* Informuje, jak ważne jest unikanie zakażenia w czasie ciąży poprzez prawidłowe i konsekwentne używanie prezerwatyw
 |  |  |  |  |  |
| **Diagnostyka i leczenie infekcji dróg moczowych** |
| Zakażenia dolnego odcinka dróg moczowych są leczone we właściwy sposób (antybiotykiem przez 5-7 dni: ampicylina, cefalosporyna, nitrofurantoina); nie ma potrzeby hospitalizacji  |  |  |  |  |  |
| Kobiety z odmiedniczkowym zapaleniem nerek są odpowiednio diagnozowane, zalecana jest hospitalizacja i odpowiednia antybiotykoterapia  |  |  |  |  |  |
| **Skrining i postępowanie w przypadku kiły u wszystkich pacjentek** |
| Badanie w kierunku kiły jest wykonywane u wszystkich pacjentek przy pierwszej wizycie w czasie ciąży, a jeśli to możliwe także w III trymestrze  |  |  |  |  |  |
| Kobiety z rozpoznaną kiłą nie są hospitalizowane ani izolowane w czasie ciąży  |  |  |  |  |  |
| Ciężarne z rozpoznaną kiłą są badane i w razie potrzeby leczone także w kierunku innych chorób przenoszonych drogą płciową |  |  |  |  |  |
| Kobiety są zachęcane do tego, by ich partnerzy seksualni także zostali skonsultowani i objęci leczeniem |  |  |  |  |  |
| Doradza się prawidłowe i stałe używanie prezerwatyw celem zapobiegania nowym infekcjom |  |  |  |  |  |
| **Prawidłowe diagnozowanie i leczenie rzeżączki** |
| Jeżeli w populacji często występuje rzeżączka, prowadzone są badania skriningowe |  |  |  |  |  |
| Diagnoza jest oparta na wynikach posiewu z szyjki macicy |  |  |  |  |  |
| Pacjentka otrzymuje odpowiednie leczenie, a jej partner seksualny jest badany i poddawany terapii  |  |  |  |  |  |
| Pacjentki nie są hospitalizowane/izolowane |  |  |  |  |  |
| Zwalczenie infekcji jest sprawdzane powtórnym wymazem i posiewem 6 tyg. po terapii  |  |  |  |  |  |
| **Postępowanie w przypadku innych infekcji u ciężarnych** |
| U kobiet należących do grup ryzyka wykonuje się badania skriningowe w kierunku gruźlicy  |  |  |  |  |  |
| U wszystkich ciężarnych wykonuje się badania skriningowe w kierunku wirusa zapalenia wątroby typu B, gdy dostępna jest specyficzna immunoglobulina i szczepionka  |  |  |  |  |  |
| Pacjentki otrzymują ogólne wytyczne w zakresie profilaktyki listeriozy i toksoplazmozy |  |  |  |  |  |
| Pacjentkom będącym nosicielkami cytomegalowirusa (CMV) nie zaleca się terapii  |  |  |  |  |  |
| Pierwotne zakażenie CMV jest prawidłowo diagnozowane i potwierdzane odnośnymi badaniami |  |  |  |  |  |
| Kobietom z pierwotnym zakażeniem CMV udziela się odpowiedniej konsultacji o potencjalnym ryzyku dla płodu |  |  |  |  |  |
| Pierwotne zakażenie toksoplazmozą jest prawidłowo diagnozowane i potwierdzane odnośnymi badaniami |  |  |  |  |  |
| Kobietom z pierwotnym zakażeniem toksoplazmozą udziela się odpowiedniej konsultacji o potencjalnym ryzyku dla płodu |  |  |  |  |  |
| Kobiety z opryszczką narządów płciowych nie są izolowane ani hospitalizowane |  |  |  |  |  |
| Pacjentkom, u których rozpoznano różyczkę w pierwszych 16 tyg. ciąży proponowane jest przerwanie ciąży  |  |  |  |  |  |
| Kobietom seronegatywnym w zakresie zakażenia wirusem różyczki proponuje się szczepienie przeciwko różyczce po porodzie, poronieniu i/lub przerwaniu ciąży |  |  |  |  |  |
| Pacjentki z różyczką nie są hospitalizowane |  |  |  |  |  |
| W rozpoznawaniu zapalenia pochwy i sromu są stosowane prawidłowe kryteria diagnostyczne 17 |  |  |  |  |  |
| Grzybica pochwy u ciężarnych leczona jest tygodniową terapią z zastosowaniem imidazolu dopochwowo  |  |  |  |  |  |
| W leczeniu grzybicy pochwy u ciężarnych nie zaleca się stosowania leków doustnych |  |  |  |  |  |

### **2.7 Poradnictwo przedporodowe**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Kryteria**  | **0** | **1** | **2** | **3** | **Uwagi**  |
| W czasie ciąży prowadzone jest doradztwo nt. znaczenia i roli wyłącznego karmienia piersią |  |  |  |  |  |
| W III trymestrze ciąży prowadzone jest doradztwo w zakresie planowania rodziny |  |  |  |  |
| **Zagadnienia związane ze stylem życia** |
| *Praca zawodowa w trakcie ciąży* |  |  |  |  |
| Ciężarna jest informowana na temat praw oraz korzyści wynikających z jej stanu |  |  |  |  |
| Prowadzący ciążę ustala, jaki zawód wykonuje pacjentka, aby upewnić się, czy wykonywana praca nie zagraża ciąży |  |  |  |  |
| Kobieta otrzymuje informacje na temat możliwego ryzyka związanego z wykonywaną pracą zawodową |  |  |  |  |
| *Odżywianie* |  |  |  |  |
| Doradza się ciężarnej spożywanie większej ilości zróżnicowanego i zdrowego pożywienia, takiego jak mięso, ryby, oleje, orzechy, nasiona, zboża, rośliny strączkowe, warzywa, ser, mleko  |  |  |  |  |
| Personel medyczny daje przykłady odpowiednich posiłków |  |  |  |  |
| Personel medyczny więcej czasu poświęca na konsultacje dietetyczne u pacjentek z niedowagą lub nadwagą i u nieletnich  |  |  |  |  |
| Poruszany jest temat fałszywych przekonań i mitów na temat tego, co należy jeść w czasie ciąży, mity te są obalane |  |  |  |  |
| Członków rodziny zachęca się, aby dbali o właściwą dietę ciężarnej i pomogli jej unikać ciężkiej pracy fizycznej  |  |  |  |  |
| Kobiety są informowane o chorobach przenoszonych drogą pokarmową i pouczane w kwestii profilaktyki |  |  |  |  |
| Kobiety są właściwie informowane o ryzyku picia alkoholu w ciąży:* ciężarna nie powinna pić alkoholu, ponieważ nie ustalono, jaka ilość alkoholu jest bezpieczna;
* okazjonalne picie dużej ilości alkoholu (definiowane jako wypijanie >5 typowych drinków jednoczasowo) może być szczególnie szkodliwe w ciąży
 |  |  |  |  |
| Kobiety są informowane o ryzyku, jakie niesie ze sobą palenie papierosów w czasie ciąży, w tym palenie bierne (dziecko o małej masie urodzeniowej, poród przedwczesny, oddzielenie łożyska) |  |  |  |  |
| Kobiety i ich partnerzy są zachęcani do zaprzestania palenia papierosów w czasie ciąży; kładzie się nacisk na podkreślanie korzyści zaniechania palenia dla płodu, pacjentki i jej partnera na każdym etapie ciąży |  |  |  |  |
| Kobiety są informowane, że leki powinny być stosowane w czasie ciąży tak rzadko, jak to tylko możliwe i jedynie w tych okolicznościach, kiedy korzyści przewyższają ryzyko |  |  |  |  |
| Kobiety są informowane, że dalekie podróże (samolotem, autobusem, samochodem) są związane ze zwiększonym ryzykiem zakrzepicy żył głębokich; zachęca się je do częstego uruchamiania się w trakcie podróży i stosowania pończoch uciskowych jako profilaktyki w/w powikłania |  |  |  |  |
| Kobiety są informowane o prawidłowym używaniu pasów bezpieczeństwa (pasy trzypunktowe, zapinane nad i pod brzuchem, a nie w poprzek brzucha) |  |  |  |  |
| Kobiety są informowane, że w razie podróży zagranicznej powinny przedyskutować kwestie podróży samolotem, szczepień ochronnych i ubezpieczenia w podróży z położną lub ginekologiem |  |  |  |  |
| Kobiety są informowane, że rozpoczęcie lub kontynuacja umiarkowanych ćwiczeń fizycznych w czasie ciąży nie pociąga za sobą niekorzystnych wyników położniczych |  |  |  |  |
| Kobiety są informowane, że aktywność seksualna nie wydaje się być związana z jakimikolwiek niekorzystnymi wynikami położniczymi  |  |  |  |  |
| Kobiety są informowane o zasadach bezpiecznego seksu, prawidłowego i konsekwentnego używania prezerwatyw  |  |  |  |  |
| **Częste dolegliwości** |
| *Nudności i wymioty na wczesnym etapie ciąży*  |  |  |  |  |
| Kobiety są informowane, że w większości przypadków nudności i wymioty mijają samoistnie w 16-20 tygodniu ciąży i nie są zwykle związane z niekorzystnymi wynikami położniczymi  |  |  |  |  |
| Jeśli pacjentka prosi o wdrożenie leczenia lub rozważa taką ewentualność, poleca się jej metody o udowodnionej skuteczności w redukcji dolegliwości  |  |  |  |  |
| *Zgaga* |  |  |  |  |
| Ciężarne skarżące się na zgagę otrzymują stosowne informacje na temat modyfikacji diety i stylu życia |  |  |  |  |
| Środki zobojętniające są zalecane ciężarnym, u których dolegliwości utrzymują się pomimo modyfikacji diety i stylu życia |  |  |  |  |
| *Zaparcia*  |  |  |  |  |
| Ciężarne skarżące się na zaparcia otrzymują stosowne informacje na temat koniecznych modyfikacji diety, takie jak suplementacja błonnika  |  |  |  |  |
| *Guzki krwawnicze i żylaki* |  |  |  |  |
| Wobec braku dowodów na skuteczność leczenia hemoroidów w ciąży, ciężarnym skarżącym się z ich powodu zaleca się modyfikację diety |  |  |  |  |
| W przypadku utrzymywania się dolegliwości zalecane są standardowe kremy doodbytnicze  |  |  |  |  |
| Kobiety są informowane o tym, że żylaki kończyn dolnych są częstą dolegliwością w ciąży, która nie przynosi poważnych szkód; stosowanie pończoch uciskowych może przynieść ulgę w dolegliwościach, ale nie zapobiega ich pojawianiu się  |  |  |  |  |
| *Upławy* |  |  |  |  |
| Kobiety są informowane o tym, że zwiększenie ilości wydzieliny pochwowej jest częstą fizjologiczną zmianą, jaka pojawia się w ciąży |  |  |  |  |
| Jeśli towarzyszy jej świąd, pieczenie, nieprzyjemna woń lub ból przy oddawaniu moczu, upławy mogą mieć przyczynę infekcyjną i należy rozważyć diagnostykę  |  |  |  |  |
| *Bóle pleców*  |  |  |  |  |
| Kobiety są informowane, że ćwiczenia w wodzie, masaże oraz odpowiednie grupowe lub indywidualne ćwiczenia mogą przynieść ulgę w bólach pleców w czasie ciąży  |  |  |  |  |
| **Plan porodu**  |
| Personel medyczny wspólnie z ciężarną sporządza stosowny plan porodu w formie pisemnej, który załącza się do dokumentacji medycznej, a jego kopię przekazuje pacjentce  |  |  |  |  |  |
| Personel medyczny wyjaśnia w sposób przejrzysty, dlaczego zalecany jest poród w przeznaczonych do tego placówkach służby zdrowia, ze szczególnym naciskiem na następujące kwestie:* W czasie porodu mogą pojawić się powikłania, które są nieprzewidywalne i nagłe;
* Szpitale mają odpowiednie zaplecze, sprzęt, leki i personel, dzięki czemu w razie potrzeby dostępna jest opieka odpowiedniej jakości
 |  |  |  |  |  |
| Personel medyczny omawia przygotowania do porodu, w tym:* Sposób dojazdu do placówki
* Koszt transportu i opieki
* Kto będzie towarzyszyć pacjentce przy porodzie
* Kto zajmie się domem i pozostałymi w domu dziećmi w czasie pobytu pacjentki w placówce
 |  |  |  |  |
| Personel medyczny radzi, jak rozpoznać objawy zbliżającego się porodu |  |  |  |  |  |
| Personel medyczny radzi, kiedy udać się do szpitala |  |  |  |  |  |
| Pacjentka otrzymuje informacje, co zabrać ze sobą do szpitala:* Dokumentację medyczną ciąży trzymaną w domu
* Czyste ubranka dla dziecka
* Podpaski potrzebne po porodzie
* Żywność i wodę dla siebie i osoby towarzyszącej
 |  |  |  |  |

**2.7.1. Zajęcia szkoły rodzenia/edukacja przedporodowa i organizacja wsparcia dla kobiet wymagających specjalnej opieki**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Kryteria** | **0** | **1** | **2** | **3** | **Uwagi** |
| **Zajęcia szkoły rodzenia**  |  |  |  |  |  |
| Kobiety są informowane o możliwości uczestniczenia i zaletach udziału w zajęciach szkoły rodzenia |  |  |  |  |
| Informacje na temat miejsca odbywania się spotkań oraz programu zajęć szkoły rodzenia są umieszczone w widocznym miejscu w placówce oferującej opiekę ambulatoryjną w czasie ciąży  |  |  |  |  |
| W placówce dostępne są materiały informacyjne na temat różnych aspektów edukacji prenatalnej  |  |  |  |  |
| Mężowie/partnerzy ciężarnych są zachęcani do współuczestnictwa w zajęciach szkoły rodzenia  |  |  |  |  |
| Uczestnictwo w zajęciach edukacyjnych jest odnotowywane w dokumentacji placówki |  |  |  |  |
| **Kobiety wymagające specjalnej opieki** |  |  |  |  |  |
| Istnieją jasne rekomendacje i ścieżki co do kierowania kobiet o szczególnych potrzebach na inny poziom opieki lub do grup wsparcia/organizacji oferujących pomoc  |  |  |  |  |  |
| W kontaktach z kobietami wymagającymi specjalnej opieki personel medyczny:* Tworzy przyjazną atmosferę i komunikuje się łagodnym, spokojnym głosem
* Troszczy się o zachowanie poufności i prywatności
* Okazuje szacunek i nie osądza
* Udziela prostych, jasnych odpowiedzi używając zrozumiałych sformułowań
* Przekazuje informacje przydatne kobiecie w określonej sytuacji, które są dla niej pomocne w podejmowaniu decyzji
* Cierpliwie i uważnie słucha
 |  |  |  |  |
| **Opieka nad nastolatką**  |  |  |  |  |
| Personel medyczny zachęca nastoletnią pacjentkę do zadawania pytań i uspokaja ją, że jest gotowy rozmawiać na każdy temat  |  |  |  |  |  |
| Personel medyczny rozumie, że nastolatce trudno jest rozmawiać na tematy związane z seksualnością (strach przed reakcją rodziców, obawa o brak akceptacji ze strony dorosłych, lęk przed napiętnowaniem, itd.) |  |  |  |  |  |
| Personel medyczny życzliwie omawia z nastolatką sytuację i dopytuje się o ewentualne obawy/wątpliwości  |  |  |  |  |  |
| Personel medyczny pomaga pacjentce rozważyć wszystkie możliwości i podjąć najbardziej trafną z punktu widzenia potrzeb nastolatki decyzję:* Doradza jej poród w szpitalu, tłumacząc, dlaczego jest to najlepsza opcja
* Podkreśla wagę zabezpieczania się przez chorobami przenoszonymi drogą płciową oraz HIV/AIDS z punktu widzenia zdrowia matki i dziecka
* Radzi, jak ważne jest planowanie rodziny i zachowanie odpowiednich odstępów między kolejnymi ciążami
 |  |  |  |  |  |
| **Opieka nad kobietą doświadczającą przemocy**  |  |  |  |  |  |
| Personel medyczny zachęca pacjentkę do szczerości i zadaje bezpośrednie pytania, aby ułatwić jej rozmowę |  |  |  |  |  |
| Personel medyczny słucha opowieści kobiety życzliwie, bez obwiniania czy zarzutów  |  |  |  |  |  |
| Personel medyczny pomaga kobiecie ocenić aktualną sytuację: czy obawia się o bezpieczeństwo swoje lub dzieci, pomaga szukać bezpiecznego wyjścia z sytuacji  |  |  |  |  |  |
| Personel medyczny pomaga znaleźć lokalne źródła wsparcia (rodzina, przyjaciele, znajomi, organizacje pozarządowe, schroniska, pomoc społeczna) |  |  |  |  |  |
| Personel medyczny proponuje kolejną wizytę |  |  |  |  |  |
| Wszelkie formy przemocy są identyfikowane, a obawy co do zagrożenia przemocą są we właściwy sposób dokumentowane  |  |  |  |  |  |
| Personel jest przeszkolony w zakresie reagowania na potrzeby kobiet doświadczających przemocy  |  |  |  |  |  |
| Personel medyczny ma świadomość problemu przemocy wobec kobiet i występowania tego zjawiska w lokalnej społeczności  |  |  |  |  |  |
| Plakaty, ulotki i inne informacje potępiające przemoc i informujące o grupach i instytucjach udzielających wsparcia są dostępne w widocznym miejscu w placówce |  |  |  |  |  |
| Kontakt do lokalnych organizacji zajmujących się zwalczaniem przemocy domowej jest dostępny, znany i wykorzystywany |  |  |  |  |  |

### **2.8 Rutynowa opieka poporodowa nad matką**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Kryteria** | **0** | **1** | **2** | **3** | **Uwagi** |
| **Poporodowe badanie matki** |
| Sprawujący opiekę zbiera wywiad i odnotowuje w dokumentacji medycznej następujące fakty:* Data i miejsce porodu;
* Typ porodu;
* Powikłania okołoporodowe;
* Informacje o noworodku;
* Obfitość krwawienia;
* Dolegliwości występujące u pacjentki;
* Samopoczucie pacjentki;
* Występowanie bólu, gorączki lub krwawienia po porodzie;
* Decyzje dotyczące antykoncepcji;
* Problemy z piersiami, metoda karmienia dziecka;
* Rozpoczęcie współżycia.
 |  |  |  |  |  |
| Sprawujący opiekę sprawdza dokumentację medyczną w kierunku:* powikłań ciąży i porodu;
* zastosowanego leczenia;
* HIV
 |  |  |  |  |  |
| Wykonywany jest pomiar ciśnienia tętniczego i temperatury ciała |  |  |  |  |  |
| Wykonywane jest badanie określające wysokość dna macicy, jej kształt i konsystencję, stopień jej obkurczenia |  |  |  |  |  |
| Wykonywane jest badanie okolice sromu i krocza w poszukiwaniu uszkodzeń, obrzęku, nacieku zapalnego, ropy; jeśli poród ukończono cięciem cesarskim badana jest również rana pooperacyjna |  |  |  |  |  |
| Sprawdzana jest podpaska pod kątem krwawienia i odchodów połogowych  |  |  |  |  |  |
| Oceniane są skóra i śluzówki pod kątem objawów niedokrwistości |  |  |  |  |  |
| Wykonywane jest badanie piersi i sutków pod kątem oznak infekcji |  |  |  |  |  |
| Sprawujący opiekę udziela porad na temat pielęgnacji i higieny w okresie połogu, prawidłowego odżywiania i karmienia piersią |  |  |  |  |  |
| Sprawujący opiekę pyta matkę o przebieg karmienia piersią, jego częstotliwość, czas trwania pojedynczego karmienia, dokarmianie / dopajanie dziecka oraz ewentualne problemy i obawy matki związane z karmieniem |  |  |  |  |  |
| W przypadku problemów i trudności w karmieniu piersią świadczeniodawca kieruje matkę do położnej lub poradni laktacyjnej |  |  |  |  |  |
| Sprawujący opiekę podkreśla wagę zachowania odpowiedniej przerwy pomiędzy kolejnymi ciążami oraz zastosowanie metod planowania rodziny |  |  |  |  |  |
| Sprawujący opiekę poucza pacjentkę i jej rodzinę o objawach zagrożenia, w przypadku których należy szukać pomocy lekarskiej  |  |  |  |  |  |
| Sprawujący opiekę pyta pacjentkę i jej partnera, czy palą tytoń. Jeżeli tak, zachęca ich do rzucenia palenia podkreślając, jakie korzyści zdrowotne przyniesie to dziecku i im samym.  |  |  |  |  |  |
| **Niedokrwistość** |
| Oznaczenie stężenia hemoglobiny (HGB) wykonywane jest jeśli pacjentka zgłasza w wywiadzie odbiegające od normy krwawienie lub ma kliniczne objawy niedokrwistości (bladość skóry i spojówek, duszność, ból w klatce, tachykardia) |  |  |  |  |  |
| Jeśli HGB<7g/dL zlecana jest podwójna dawka żelaza (2x60mg doustnie) przez 3 miesiące; po 2 tygodniach zalecana jest kontrola, aby sprawdzić stosowanie się do zaleceń i postęp leczenia |  |  |  |  |
| Jeśli HGB 7-11g/dL zlecana jest podwójna dawka żelaza (2x60mg doustnie) przez 3 miesiące; po 4 tygodniach zalecana jest kontrola, aby sprawdzić stosowanie się do zaleceń i postęp leczenia |  |  |  |  |
| W przypadku głębokiej niedokrwistości wykonywana jest diagnostyka wtórnych przyczyn (zakażenie, resztki po porodzie, nie wykryte wcześniej uszkodzenia mechaniczne narządu rodnego) |  |  |  |  |  |
| W przypadku głębokiej niedokrwistości źle tolerowanej rozważana jest hospitalizacja |  |  |  |  |  |
| **Zakażenie dolnego odcinka dróg moczowych** |  |  |  |  |  |
| U pacjentek zgłaszających trudności w oddawaniu moczu wykonywane jest badanie ogólne moczu, w przypadku nieprawidłowego wyniku badania ogólnego moczu wykonywany jest posiew moczu |  |  |  |  |  |
| Podawany jest odpowiedni antybiotyk doustny |  |  |  |  |  |
| Pacjentkę zachęca się do przyjmowania większej ilości płynów |  |  |  |  |  |
| Wizyta kontrolna za dwa dni |  |  |  |  |  |
| Jeżeli nie ma poprawy, skierowanie do szpitala |  |  |  |  |  |
| **Nietrzymanie moczu** |  |  |  |  |  |
| Przeprowadza się badanie przedmiotowe w kierunku uszkodzeń krocza |  |  |  |  |  |
| Przeprowadza się diagnostykę w kierunku zakażenia układu moczowego; ewentualne zakażenie leczy się antybiotykiem |  |  |  |  |  |
| Zaleca się ćwiczenia mięśni dna miednicy |  |  |  |  |  |
| Jeśli objawy utrzymują się powyżej 1 tyg. pomimo stosowanych zaleceń, pacjentka kierowana jest do szpitala celem dalszej diagnostyki urologicznej |  |  |  |  |  |
| **Depresja poporodowa** |  |  |  |  |  |
| Sprawujący opiekę zadaje pacjentce następujące pytania:* Jakie ma pani ostatnio samopoczucie?
* Czy jest pani przygnębiona?
* Czy cieszą panią rzeczy, które zazwyczaj poprawiały pani nastrój?
* Czy ma pani tyle energii co zawsze, czy może odczuwa pani zmęczenie?
* Czy dobrze pani sypia?
* Czy nie ma pani problemów z koncentracją (np. czytając gazetę albo słuchając ulubionej audycji radiowej)?
 |  |  |  |  |  |
| Jeśli postawione zostaje rozpoznanie depresji poporodowej, prowadzący ciążę udziela wsparcia emocjonalnego i **niezwłocznie kieruje pacjentkę do** **szpitala** |  |  |  |  |  |
| Jeśli postawione zostaje rozpoznanie baby-blues:* prowadzący upewnia kobietę, że zjawisko jest bardzo częste;
* wspiera ją emocjonalnie;
* udziela porad partnerowi i rodzinie, zachęca ich do pomocy i towarzyszenia pacjentce
 |  |  |  |  |  |

**Mocne strony**

**Słabe strony**

**Dodatkowy komentarz**

**Ocena ogólna wymienionych segmentów**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Ocena ogólna – rutynowa opieka okołoporodowa** | **Do poprawy** | **Dobre** |
| **Proszę zakreślić** | **0** | **1** | **2** | **3** |

Proszę określić jakość opieki zdrowotnej w wymienionym zakresie, wybierając jeden z czterech stopni: cyfra 3 oznacza poziom dobry; cyfry od 2 do 0 oznaczają konieczność poprawy (2=wymaga niewielkiej poprawy, 0=istnieje pilna potrzeba wprowadzenia poprawy)

### **2.9 Opieka nad noworodkiem**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Kryteria | 0 | 1 | 2 | 3 | Uwagi |
| **Badanie noworodka**  |
| Personel medyczny zbiera wywiad / informacje o stanie zdrowia matki, wieku dziecka, długości trwania i przebiegu ciąży, pyta o obecne dolegliwości  |  |  |  |  |  |
| Personel medyczny ocenia oddychanie (dziecko musi być spokojne) |  |  |  |  |  |
| Personel medyczny zwraca uwagę na ułożenie dziecka, określa czy napięcie mięśni jest prawidłowe |  |  |  |  |  |
| Personel medyczny przygląda się ruchom dziecka: czy są prawidłowe, aktywne i symetryczne? |  |  |  |  |  |
| Personel medyczny ogląda część przodującą — czy występują obrzmienia i zasinienia?  |  |  |  |  |  |
| Personel medyczny ocenia zabarwienie powłok skórnych na brzuchu pod kątem ich bladości |  |  |  |  |  |
| Personel medyczny ogląda dziecko – czy widoczne są uszkodzenia i urazy? Czy obecne są widoczne wady rozwojowe? |  |  |  |  |  |
| Personel medyczny ocenia zabarwienie powłok skórnych pod kątem żółtaczki |  |  |  |  |  |
| Personel medyczny ocenia zabarwienie i stan powłok skórnych |  |  |  |  |  |
| Personel medyczny ocenia stan kikuta pępowiny |  |  |  |  |  |
| Personel medyczny ocenia stawy biodrowe dziecka pod kątem objawów dysplazji  |  |  |  |  |  |
| Personel medyczny ocenia stan śluzówek jamy ustnej |  |  |  |  |  |
| Personel medyczny waży dziecko |  |  |  |  |  |
| Personel medyczny mierzy długość dziecka  |  |  |  |  |  |
| Personel medyczny wyniki pomiarów nanosi na siatki centylowe |  |  |  |  |  |
| Jeśli dziecko jest przedwcześnie urodzone albo ważny poniżej 2 kg personel medyczny instruuje matkę w zakresie metody kangurowania  |  |  |  |  |  |
| Jeśli dziecko jest przedwcześnie urodzone albo ważny poniżej 2 kg personel sprawdza, czy dziecku podano witaminę K i podaje ją, jeżeli nie zostało to zrobione wcześniej |  |  |  |  |  |
| Ustalenia są zapisywane w dokumentacji poporodowej  |  |  |  |  |  |
| Personel medyczny sprawdza, czy wykonano szczepienie przeciw polio i szczepienie BCG przeciw gruźlicy i wykonuje je, jeżeli nie zostało to zrobione wcześniej  |  |  |  |  |  |
| Personel medyczny podaje matce harmonogram szczepień i termin następnej wizyty. Informuje o szczepieniach zalecanych. |  |  |  |  |  |
| Personel medyczny objaśnia matce, że powinna się natychmiast udać do szpitala jeżeli dziecko wykazuje objawy takie jak: * trudności z oddychaniem
* drgawki
* gorączka albo niska temperatura ciała w dotyku
* krwawienie
* biegunka
* bardzo niska masa ciała
* nie ssie wcale lub ssie rzadziej niż 5 razy w ciągu doby
* zaropiałe oczy
* ropne zmiany skórne
* zażółcona skóra
* znacznie zaczerwieniony lub ropiejący kikut pępowiny
 |  |  |  |  |  |
| Personel medycznykieruje dziecko do szpitala, jeżeli dziecko wykazuje objawy takie jak:* zaburzenia oddychania
* drgawki
* gorączka albo hipotermia
* cechy skazy krwotocznej
* wymioty i/lub biegunka
* za małą masę ciała w stosunku do wieku
* nasilony stan zapalny spojówek
* liczne ropne zmiany skórne
* znacznie zażółcona skóra
* znacznie zaczerwieniony, obrzmiały lub ropiejący kikut pępowiny
* nie ssie wcale lub ssie rzadziej niż 5 razy w ciągu doby
 |  |  |  |  |  |
| W przypadku porodu domowego lub wczesnego wypisu ze szpitala świadczeniodawca:* Dokonuje pomiarów dziecka: waga, długość, obwód głowy i klatki piersiowej
* Wyniki pomiarów nanosi na siatki centylowe lub ocenia je w centylach
* Sprawdza, czy dziecku podano witaminę K i podaje ją, jeżeli nie zostało to zrobione wcześniej.
* Sprawdza, czy wykonano zabieg Credego (zapobieganie rzeżączkowemu zapaleniu spojówek) i wykonuje go, jeżeli nie zostało to zrobione wcześniej.
* Sprawdza, czy wykonano szczepienie przeciw WZW typu B i szczepienie BCG przeciw gruźlicy i wykonuje je, jeżeli nie zostało to zrobione wcześniej.
* Sprawdza, czy zostały pobrane badania przesiewowe i wykonuje je, jeżeli nie zostało to zrobione wcześniej.
* Sprawdza, czy wykonano przesiewowe badanie słuchu, jeżeli nie zostało to zrobione wcześniej kieruje dziecko do odpowiedniej placówki.
 |  |  |  |  |  |

### **2.10 Ocena karmienia piersią i postępowanie w przypadku często występujących problemów i powikłań towarzyszących karmieniu piersią**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Kryteria** | 0 | 1 | 2 | 3 | Uwagi |
| **Ocena karmienia piersią** |
| **Personel medyczny pyta matkę:*** Jak przebiega karmienie piersią?
* Czy dziecko ssało w ciągu ostatniej godziny?
* Czy występują jakieś trudności?
* Czy dziecko wygląda na zadowolone z karmienia?
* Czy matka dokarmia / dopaja dziecko jakimikolwiek innym pokarmem lub płynami?
* Jak znoszą karmienie piersi pacjentki?
* Czy matka ma jakiekolwiek obawy?
* Ile razy w ciągu doby dziecko ssie pierś?
 |  |  |  |  |  |
| **Personel medyczny obserwuje przebieg karmienia piersią.**Jeśli dziecko nie ssało piersi w ciągu ostatniej godziny, osoba sprawująca opiekę prosi matkę o przystawienie dziecka do piersi i obserwuje dziecko w trakcie ssania przez około 5 -10 minut |  |  |  |  |  |
| **W trakcie przystawienia dziecka do piersi świadczeniodawca ocenia:*** Czy dziecko jest prawidłowo przystawione do piersi?
* Czy dziecko jest prawidłowo ułożone?
* Czy dziecko ssie skutecznie?
 |  |  |  |  |  |
| Jeżeli noworodek nie jest prawidłowo przystawiony do piersi lub nie ssie skutecznie – świadczeniodawca koryguje nieprawidłowości. |  |  |  |  |  |
| Jeżeli karmienie piersią odbywa się mniej niż 8 razy w ciągu doby – świadczeniodawca radzi karmić częściej oraz uspokaja matkę, że na pewno matka ma wystarczającą ilość mleka |  |  |  |  |  |
| Jeżeli noworodek otrzymuje inny pokarm i płyny, a laktacja u matki przebiega prawidłowo– świadczeniodawca doradza matce zaprzestać podawania innych pokarmów i płynów |  |  |  |  |  |
| Jeżeli noworodek nie przyjmuje pokarmu, **matka i dziecko zostają w trybie pilnym skierowani do szpitala**  |  |  |  |  |  |
| **Porady dotyczące karmienia piersią**  |
| **Porady obejmują**:* Zapewnienie matki, że potrafi wykarmić piersią swoje malutkie dziecko i że ma wystarczającą ilość mleka.
* Wyjaśnienie, że mleko matki jest najlepszym pokarmem dla dziecka i nie powinno ono otrzymywać innego pokarmu ani płynów.
* Wyjaśnienie, jak zmienia się wygląd mleka: w pierwszych dniach mleko jest gęste i żółte, potem staje się rzadsze i bielsze. Oba są dobre dla dziecka.
* Wyjaśnienie, że karmienie piersią stanie się łatwiejsze, gdy dziecko często będzie pobudzać pierś ssaniem, a także kiedy dziecko będzie już większe
* Zachęcanie do kontaktu skóra do skóry, ponieważ korzystnie wpływa on na przebieg laktacji
 |  |  |  |  |  |
| **Ocena stanu piersi matki w przypadku dolegliwości bólowych sutków lub piersi** |
| Świadczeniodawca pyta kobietę, w jakim stanie są jej piersi |  |  |  |  |  |
| Świadczeniodawca ogląda brodawki sutkowe pod kątem uszkodzeń i ogląda piersi pod kątem:* obrzmienia
* zaczerwienienia

Dotyka delikatnie by znaleźć twardą, bolesną część piersi.Mierzy u matki temperaturę.Obserwuje karmienie piersią, jeżeli nie zostało to jeszcze zrobione |  |  |  |  |  |
| **Jeżeli występuje bolesność piersi lub uszkodzenie brodawki sutkowej**:* Świadczeniodawca zachęca matkę do kontynuowania karmienia piersią
* Uczy ją prawidłowego przystawiania dziecka do piersi, koryguje nieprawidłowości
* Dokonuje ponownej oceny po dwóch karmieniach (albo jednym dniu). Jeśli nie ma poprawy, świadczeniodawca uczy matkę, jak prawidłowo odciągać nadmiar mleka z bolącej piersi i karmić dziecko odciągniętym mlekiem, kontynuując karmienie przy pomocy zdrowej piersi.
 |  |  |  |  |  |
| **Jeżeli występuje obrzęk / stwardnienie piersi:*** Świadczeniodawca zachęca matkę do kontynuowania karmienia piersią
* Uczy ją prawidłowego przystawiania dziecka do piersi, koryguje nieprawidłowości
* Radzi karmić piersią częściej
* Uczy matkę, jak prawidłowo odciągać nadmiar mleka z piersi.
* Dokonuje ponownej oceny po dwóch karmieniach (jednym dniu). Jeśli nie ma poprawy, świadczeniodawca uczy matkę, jak odciągać wystarczającą ilość mleka z bolącej piersi przed przystawieniem dziecka, aby w ten sposób zmniejszyć dyskomfort
 |  |  |  |  |  |
| **W przypadku zapalenia sutka**:* Świadczeniodawca zachęca matkę do kontynuowania karmienia piersią
* Uczy ją prawidłowego przystawiania dziecka do piersi, koryguje nieprawidłowości
* Zleca kloksacylinę przez 10 dni
* Dokonuje ponownej oceny po dwóch dniach. Jeśli nie ma poprawy lub następuje pogorszenie celem wykluczenia ropni
* Jeżeli występuje silny ból, podaje paracetamol
 |  |  |  |  |  |

### **2.11 Opieka nad matką i noworodkiem prowadzona przez położną środowiskową**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Kryteria** | **0** | **1** | **2** | **3** | **Uwagi** |
| W trakcie pierwszych 2 miesięcy życia dziecka położna środowiskowa odbywa od 4 do 6 wizyt patronażowych  |  |  |  |  |  |
| Pierwsza wizyta patronażowa odbywa się w ciągu 48 godzin od zgłoszenia dziecka pod opiekę poradni  |  |  |  |  |  |
| W trakcie wizyt patronażowych położna sprawuje opiekę nad położnicą, w tym: ocenia stan narządu rodnego i zmiany w okresie połogu (obkurczanie macicy, stan krocza, rany pooperacyjne, odchody), bada piersi i ocenia pod kątem laktacji,wykrywa objawy patologiczne  |  |  |  |  |  |
| W trakcie wizyt patronażowych położna sprawuje opiekę nad noworodkiem, w tym: obserwuje i ocenia rozwój fizyczny, adaptację do środowiska zewnętrznego, stan skóry i błon śluzowych, pępka, wydalin, wydzielin, rozwój psychoruchowy, funkcjonowanie narządów zmysłów; ocenia odruchy noworodka, sposób oraz techniki karmienia, wykrywa objawy patologiczne,ocenia relację rodziny z noworodkiem |  |  |  |  |  |
| W trakcie wizyt patronażowych położna prowadzi edukację zdrowotną i udziela porad w zakresie pielęgnacji noworodka, karmienia piersią, szczepień ochronnych, badań profilaktycznych, opieki medycznej i socjalnej, kontroli płodności i antykoncepcji, promuje zachowania prozdrowotne rodziców, identyfikuje czynniki ryzyka w rodzinie  |  |  |  |  |  |
| W przypadku stwierdzonych nieprawidłowości lub zagrożeń położna podejmuje odpowiednie działania |  |  |  |  |  |
| W trakcie wizyt położnej matka ma możliwość wyjaśnienia wszystkich swoich wątpliwości dotyczących przebiegu połogu, rozwoju dziecka i opieki nad nim |  |  |  |  |  |
| Położna prowadzi obowiązkową dokumentację medyczną |  |  |  |  |  |

**Mocne strony**

**Słabe strony**

**Dodatkowy komentarz**

**Ocena ogólna wymienionych segmentów**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Ocena ogólna – opieka nad noworodkiem i karmienie piersią** | **Do poprawy** | **Dobre** |
| **Proszę zakreślić** | **0** | **1** | **2** | **3** |

Proszę określić jakość opieki nad noworodkiem i oceny karmienia piersią, wybierając jeden z czterech stopni: cyfra 3 oznacza poziom dobry; cyfry od 2 do 0 oznaczają konieczność poprawy (2=wymaga niewielkiej poprawy, 0=istnieje pilna potrzeba wprowadzenia poprawy)

## 3. Szybka diagnostyka, postępowanie i system skierowań w przypadku często spotykanych powikłań w przebiegu ciąży i w połogu

### **3.1 Diagnostyka i postępowanie w przypadku nadciśnienia indukowanego ciążą, stanu przed-rzucawkowego i rzucawki**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Kryteria** | **0** | **1** | **2** | **3** | **Uwagi** |
| Ciśnienie tętnicze mierzone jest u każdej pacjentki na wizycie w okresie ciąży i połogu  |  |  |  |  |  |
| Personel medyczny wykorzystuje ujednolicone oprzyrządowanie, metody i warunki pomiaru ciśnienia tętniczego w okresie ciąży i połogu  |  |  |  |  |
| Jeśli ciśnienie rozkurczowe (DBP) >90 mmHg, pomiar jest powtarzany po godzinie odpoczynku  |  |  |  |  |
| Stosowane są szybkie testy paskowe na obecność białka w wydalanym moczu u pacjentek z nadciśnieniem  |  |  |  |  |
| Kobiety ze stanem przed-rzucawkowym (DBP 90-110 mmHg i białkomocz) są kierowane do ośrodka o właściwym stopniu referencyjności celem objęcia opieką specjalistyczną  |  |  |  |  |
| W sytuacji, gdy u pacjentki pojawia się białkomocz jest ona hospitalizowana celem dalszej diagnostyki/obserwacji  |  |  |  |  |
| Stan przed-rzucawkowy i zaawansowany stan przed-rzucawkowy są diagnozowane we właściwy sposób  |  |  |  |  |
| Leki hipotensyjne nie są zlecane, jeżeli ciśnienie tętnicze mieści się w przedziale 90-110 mm Hg |  |  |  |  |
| **Postępowanie w przypadku zaawansowanego stanu przed-rzucawkowego i rzucawki**  |
| Leczenie hipotensyjne jest zawsze wdrażane, gdy ciśnienie skurczowe >160 i/lub ciśnienie rozkurczowe >110 |  |  |  |  |  |
| Zaleca się odpowiednie leczenie w adekwatnych do sytuacji dawkach (doustna alfametyldopa, dożylny lub doustny labetalol, dożylna lub doustna nifedypina) |  |  |  |  |
| Siarczan magnezu jest podawany na czas transportu, aby zapobiec wystąpieniu rzucawki u kobiet z zaawansowanym stanem przed-rzucawkowym, u których wystąpił atak |  |  |  |  |
| Stosowane są odpowiednie mechanizmy lecznicze i profilaktyczne w zakresie podawania siarczanu magnezu  |  |  |  |  |
| Przed podaniem siarczanu magnezu sprawdzane jest oddawanie moczu przez pacjentkę, odruchy oraz częstość oddechów u pacjentki  |  |  |  |  |
| Glukonian wapnia (10%) jest łatwo dostępny w celu odwrócenia skutków działania siarczanu magnezu |  |  |  |  |
| Kobiety z ciężkim stanem przed-rzucawkowym i/lub rzucawką są niezwłocznie kierowane do hospitalizacji do ośrodka o właściwym stopniu referencyjności (II stopnia gdy ciąża>32 tygodni, III stopnia gdy <32 tygodni) po podaniu leków hipotensyjnych zgodnych z odpowiednimi wytycznymi, celem objęcia opieką specjalistyczną; transport karetką ze skierowaniem oraz dokumentacją i w asyście personelu medycznego |  |  |  |  |
| W placówce znajduje się łatwo dostępny i starannie przygotowany pisemny protokół postępowania w przypadku rzucawki  |  |  |  |  |
| W placówce znajduje się łatwo dostępny zestaw ratunkowy do zastosowania w przypadkach związanych z rzucawką, a personel medyczny został odpowiednio przeszkolony w zakresie zastosowania zestawu ratunkowego  |  |  |  |  |
| Jeśli wkłucie dożylne jest dostępne, jest ono wykorzystywane na wypadek pogorszenia stanu zdrowia i konieczności podania leków dożylnych  |  |  |  |  |  |
| Pierwsza dawka steroidów przyspieszających dojrzewanie płuc płodu jest podawana pomiędzy 24-34 Hbd |  |  |  |  |  |
| W wypadku wystąpienia ataku kobieta nie jest unieruchamiana, lecz układana poziomo na lewym boku, z delikatnym podtrzymaniem głowy  |  |  |  |  |  |
| W wypadku wystąpienia ataku nie wkłada się niczego do ust pacjentki  |  |  |  |  |  |

### **3.2 Diagnostyka i postępowanie w przypadku krwawienia z dróg rodnych w czasie ciąży**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Kryteria**  | **0** | **1** | **2** | **3** | **Uwagi**  |
| Nie jest przeprowadzane badanie przezpochwowe |  |  |  |  |  |
| Pacjentka jest pytana, czy krwawienie jest bolesne (oddzielenie się łożyska) czy bezbolesne (przodowanie łożyska) |  |  |  |  |
| Zakładany jest dostęp naczyniowy z igłą o grubości 14-16-18 lub, co jest preferowane, cewnik, jeśli jest dostępny  |  |  |  |  |
| W przypadku obfitego krwawienia niezwłocznie podawane są dożylne krystaloidy (o ile są dostępne):- na początek 1000 ml w ciągu 15-20 minut |  |  |  |  |
| Monitorowane jest ciśnienie tętnicze, tętno i diureza jako kryteria efektywności infuzji płynów |  |  |  |  |
| Kobieta jest natychmiast kierowana do szpitala |  |  |  |  |
| Kobieta jest niezwłocznie transportowana do szpitala w asyście personelu medycznego i ze skierowaniem oraz dokumentacją |  |  |  |  |

### **3.3 Diagnostyka i postępowanie w przypadku zagrażającego porodu przedwczesnego, porodu przedwczesnego i przedwczesnego pęknięcia błon płodowych**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Kryteria**  | **0** | **1** | **2** | **3** | **Uwagi**  |
| **Postępowanie w przypadku zagrażającego porodu przedwczesnego i porodu przedwczesnego**  |
| Zbierany jest szybki wywiad na temat ewentualnych porodów przedwczesnych w przeszłości oraz czynników ryzyka porodu przedwczesnego (palenie tytoniu, sytuacja społeczno-ekonomiczna, wiek, wielokrotne ciąże, pęknięcie błon) |  |  |  |  |  |
| Personel medyczny ustala siłę i częstotliwość skurczów |  |  |  |  |
| Personel medyczny ustala wiek ciążowy |  |  |  |  |
| Jeśli skurcze są silne, a błony płodowe zachowane wykonywane jest badanie przezpochwowe celem ustalenia stopnia zaawansowania porodu (rozwarcie, zgładzenie szyjki, ułożenie płodu)  |  |  |  |  |
| Jeśli odpływa płyn owodniowy szyjka macicy oceniana jest jedynie w jałowym wzierniku |  |  |  |  |
| Wykonywane jest badanie ogólne moczu celem wykluczenia zakażenia dróg moczowych  |  |  |  |  |
| Wykonywane jest wkłucie dożylne, o ile jest dostępne, i rozpoczyna się wlew płynów dożylnych  |  |  |  |  |
| Podawana jest ampicylina celem zapobiegania posocznicy GBS w przypadku paciorkowców z grupy B (po rozpoczęciu porodu przedwczesnego)  |  |  |  |  |
| Podawana jest pierwsza dawka steroidów przyspieszających dojrzewanie płuc płodu |  |  |  |  |
| Na czas transportu podawane są tokolityki (nifedypina) zgodnie z wytycznymi  |  |  |  |  |
| Kobieta jest natychmiast kierowana do szpitala |  |  |  |  |
| Kobieta jest niezwłocznie transportowana do szpitala w asyście personelu medycznego i ze skierowaniem oraz dokumentacją |  |  |  |  |
| **Postępowanie w przypadku przedwczesnego pęknięcia błon płodowych**  |
| Zbierany jest szybki wywiad na temat pęknięcia błon płodowych (czas, barwa płynu, krew) i analizowane są oznaki zapalenia błon płodowych (gorączka, bóle brzucha, nieprzyjemny zapach z pochwy)  |  |  |  |  |
| Na postawie zebranej historii ustala się wiek ciążowy  |  |  |  |  |  |
| Pęknięcie błon płodowych jest potwierdzane przy pomocy jałowego wziernika testem krystalizacji płynu owodniowego lub testem z nitrazyną |  |  |  |  |  |
| Jeżeli pęknięcie błon płodowych nie zostało potwierdzone, badanie przezpochwowe NIE JEST wykonywane |  |  |  |  |  |
| Wykonywane jest wkłucie dożylne, o ile jest dostępne, i rozpoczyna się wlew płynów dożylnych |  |  |  |  |  |
| Podawana jest ampicylina (w trakcie aktywnej fazy porodu) i erytromycyna (gdy nie ma skurczów) celem zapobiegania posocznicy GBS |  |  |  |  |  |
| Podawana jest pierwsza dawka steroidów przyspieszających dojrzewanie płuc płodu |  |  |  |  |  |
| Na czas transportu podawane są tokolityki (nifedypina, indometacin) zgodnie z wytycznymi krajowymi |  |  |  |  |  |
| Kobieta jest natychmiast kierowana do szpitala |  |  |  |  |  |
| Kobieta jest niezwłocznie transportowana do szpitala w asyście personelu medycznego i ze skierowaniem oraz dokumentacją |  |  |  |  |  |

### **3.4 Diagnostyka i postępowanie w przypadku odmiedniczkowego zapalenia nerek**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Kryteria**  | **0** | **1** | **2** | **3** | **Uwagi**  |
|  |  |  |  |  |  |
| **Postępowanie w przypadku odmiedniczkowego zapalenia nerek** |
| Zbierany jest szybki wywiad na temat ewentualnych objawów odmiedniczkowego zapalenia nerek, takich jak: gorączka, ból w okolicy lędźwiowej i pieczenie podczas oddawania moczu  |  |  |  |  |
| Wykonywane jest badanie ogólne moczu i badanie moczu na posiew |  |  |  |  |
| Mierzone jest ciśnienie tętnicze, temperatura ciała i tętno |  |  |  |  |
| Odpowiednie antybiotyki podawane są domięśniowo lub dożylnie zgodnie z wytycznymi krajowymi (ampicylina lub cefazolina)  |  |  |  |  |
| Zakładany jest dostęp naczyniowy z igłą o grubości 16-18 lub, co jest preferowane, cewnik, jeśli jest dostępny, i podane zostają płyny dożylne  |  |  |  |  |
| Podawane są krystaloidy (o ile są dostępne) w wypadku oznak wstrząsu:* na początek 1000 ml w ciągu 15-20 minut
 |  |  |  |  |
| Monitorowane jest ciśnienie tętnicze, tętno i diureza jako kryteria efektywności infuzji płynów |  |  |  |  |
| Kobieta jest natychmiast kierowana do szpitala |  |  |  |  |
| Kobieta jest niezwłocznie transportowana do szpitala w asyście personelu medycznego i ze skierowaniem oraz dokumentacją |  |  |  |  |

### **3.5 Postępowanie w przypadku wtórnego krwotoku poporodowego**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Kryteria**  | **0** | **1** | **2** | **3** | **Uwagi**  |
|  |  |  |  |  |  |
| **Postępowanie w przypadku wtórnego krwotoku poporodowego** |
| Zbierany jest szybki wywiad na temat objawów: termin i miejsce porodu, rodzaj porodu, czas rozpoczęcia krwawienia, intensywność krwawienia, gorączka, tkliwość macicy, nieprzyjemny zapach odchodów połogowych  |  |  |  |  |
| Mierzone jest ciśnienie tętnicze, temperatura ciała i tętno |  |  |  |  |
| Pęcherz moczowy jest opróżniany i cewnikowany |  |  |  |  |
| Macica jest oceniana pod kątem tkliwości lub wiotkości |  |  |  |  |
| Szybko wykonywane jest badanie przezpochwowe, aby upewnić się, że źródłem krwawienia nie są rany  |  |  |  |  |
| Jeśli macica jest tkliwa lub wiotka, podawane są leki wspomagające czynność skurczową macicy oraz antybiotyki (domięśniowo lub dożylnie) zgodnie z wytycznymi krajowymi  |  |  |  |  |
| Jeśli źródłem krwawienia są rany, należy je zaopatrzyć lub zastosować tamponadę dopóki pacjentka nie zostanie przewieziona do odpowiedniej placówki celem opatrzenia ran  |  |  |  |  |
| Zakładany jest dostęp naczyniowy z igłą o grubości 16-18 lub, co jest preferowane, cewnik, jeśli jest dostępny, i podane zostają płyny dożylne  |  |  |  |  |
| Podawane są krystaloidy (o ile są dostępne) w wypadku oznak wstrząsu:* na początek 1000 ml w ciągu 15-20 minut
 |  |  |  |  |
| Monitorowane jest ciśnienie tętnicze, tętno i diureza jako kryteria efektywności infuzji płynów |  |  |  |  |
| Kobieta jest natychmiast kierowana do szpitala |  |  |  |  |
| Kobieta jest niezwłocznie transportowana do szpitala w asyście personelu medycznego i ze skierowaniem oraz dokumentacją |  |  |  |  |

### **3.6 Postępowanie w przypadku poronienia niekompletnego i poronienia septycznego**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Kryteria**  | **0** | **1** | **2** | **3** | **Uwagi**  |
| **Postępowanie w przypadku poronienia niekompletnego i poronienia septycznego** |
| Zbierany jest szybki wywiad na temat poronienia niekompletnego: wiek ciążowy, czas rozpoczęcia krwawienia, intensywność krwawienia, gorączka, nieprzyjemny zapach lub upławy |  |  |  |  |  |
| Mierzone jest ciśnienie tętnicze, temperatura ciała i tętno |  |  |  |  |
| Przy pomocy wziernika wykonywane jest badanie celem sprawdzenia, czy na szyjce macicy pozostały tkanki i czy można je usunąć  |  |  |  |  |
| Pęcherz moczowy jest opróżniany i cewnikowany |  |  |  |  |
| Podawane są leki wspomagające czynność skurczową macicy celem skutecznego wydalenia pozostałości |  |  |  |  |
| Zakładany jest dostęp naczyniowy z igłą o grubości 16-18 lub, co jest preferowane, cewnik, jeśli jest dostępny, i podane zostają płyny dożylne  |  |  |  |  |
| Podawane są krystaloidy (o ile są dostępne) w wypadku oznak wstrząsu:* na początek 1000 ml w ciągu 15-20 minut
 |  |  |  |  |
| Monitorowane jest ciśnienie tętnicze, tętno i diureza jako kryteria efektywności infuzji płynów |  |  |  |  |
| W przypadku poronienia septycznego podawane są antybiotyki (domięśniowo/dożylnie) zgodnie z wytycznymi krajowymi  |  |  |  |  |
| Kobieta jest natychmiast kierowana do szpitala |  |  |  |  |
| Kobieta jest niezwłocznie transportowana do szpitala w asyście personelu medycznego i ze skierowaniem oraz dokumentacją |  |  |  |  |

### **3.7 Postępowanie w przypadku zakażenia wewnątrzmacicznego/błony śluzowej macicy**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Kryteria**  | **0** | **1** | **2** | **3** | **Uwagi**  |
| **Postępowanie w przypadku zakażenia wewnątrzmacicznego** |
| Zbierany jest szybki wywiad na temat historii zakażenia wewnątrzmacicznego: temperatura >38°C, osłabienie, tkliwość jamy brzusznej, nieprzyjemny zapach odchodów połogowych, słabo obkurczona macica, historia ciężkiego krwawienia w pochwy |  |  |  |  |  |
| Mierzone jest ciśnienie tętnicze, temperatura ciała i tętno |  |  |  |  |
| Wykonywane jest badanie macicy przez powłoki brzuszne  |  |  |  |  |
| Wykonywane jest badanie oburęczne/miednicy  |  |  |  |  |
| Podawane są antybiotyki (domięśniowo/dożylnie) zgodnie z wytycznymi krajowymi |  |  |  |  |
| Zakładany jest dostęp naczyniowy z igłą o grubości 16-18 lub, co jest preferowane, cewnik, jeśli jest dostępny, i podane zostają płyny dożylne  |  |  |  |  |
| Podawane są krystaloidy (o ile są dostępne) w wypadku oznak wstrząsu:* na początek 1000 ml w ciągu 15-20 minut
 |  |  |  |  |
| Monitorowane jest ciśnienie tętnicze, tętno i diureza jako kryteria efektywności infuzji płynów |  |  |  |  |
| Kobieta jest natychmiast kierowana do szpitala |  |  |  |  |
| Kobieta jest niezwłocznie transportowana do szpitala w asyście personelu medycznego i ze skierowaniem oraz dokumentacją |  |  |  |  |

**Mocne strony**

**Słabe strony**

**Dodatkowe uwagi**

**Ocena ogólna wymienionych segmentów**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Ocena ogólna – Szybka diagnostyka, postępowanie i system skierowań w przypadku często spotykanych powikłań w** **przebiegu ciąży i w połogu**  | **Do poprawy** | **Dobre** |
| **Proszę zakreślić** | **0** | **1** | **2** | **3** |

Proszę określić jakość wsparcia medycznego dla w/w procesu, wybierając jeden z czterech stopni: cyfra 3 oznacza poziom dobry; cyfry od 2 do 0 oznaczają konieczność poprawy (2=wymaga niewielkiej poprawy, 0=istnieje pilna potrzeba wprowadzenia poprawy)

## Szybka diagnostyka, postępowanie i system skierowań w przypadku powikłań u noworodka

### **4.1 Diagnostyka i postępowanie w przypadku wystąpienia zaburzeń oddychania**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Kryteria**  | **0** | **1** | **2** | **3** | **Uwagi**  |
|  |  |  |  |  |  |
| **Postępowanie w przypadku wystąpienia zaburzeń oddychania** |
| Świadczeniodawca zbiera wywiad / dane osobowe matki i dziecka, informacje o długości trwania i przebiegu ciąży i porodu, pyta o obecne dolegliwości  |  |  |  |  |
| Świadczeniodawca szybko ocenia częstość oddechów, czynność serca, zabarwienie powłok, temperaturę ciała i wagę noworodka  |  |  |  |  |
| Świadczeniodawca dokonuje oceny pod kątem sinicy centralnej (niebiesko zabarwione wargi i język) |  |  |  |  |
| Świadczeniodawca ocenia cechy wysiłku oddechowego (wciąganie przestrzeni międzyżebrowych, stękanie wydechowe) |  |  |  |  |
| Świadczeniodawca ocenia obecność bezdechów (okresy braku oddychania przez >20 sekund) |  |  |  |  |
| Oznaczany jest poziom glukozy we krwi; jeśli jest on niski, wdrażane jest leczenie zgodnie z wytycznymi  |  |  |  |  |
| Świadczeniodawca klasyfikuje zaburzenia oddychania jako poważne, umiarkowane lub łagodne |  |  |  |  |
| W przypadku zaburzeń oddychania zaklasyfikowanych jako poważne lub umiarkowane wdrażane jest następujące postępowanie: - zakładana jest sonda żołądkowa celem dekompresji żołądka- zakładany jest dostęp naczyniowy i podane zostają płyny dożylne oraz antybiotyki, zgodnie z wytycznymi krajowymi i dawkowaniem zależnym od wagi dziecka  |  |  |  |  |
| Kobieta i dziecko są natychmiast kierowani do szpitala |  |  |  |  |
| Kobieta i dziecko są niezwłocznie transportowani do szpitala w asyście personelu medycznego i ze skierowaniem oraz dokumentacją |  |  |  |  |

### **4.2 Diagnostyka i postępowanie w przypadku drgawek**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Kryteria**  | **0** | **1** | **2** | **3** | **Uwagi**  |
|  |  |  |  |  |  |
| **Postępowanie w przypadku drgawek** |
| Świadczeniodawca zbiera wywiad /dane osobowe matki i dziecka, informacje o długości trwania, przebiegu ciąży i porodu/, obecne dolegliwości, rodzaj nieprawidłowych ruchów, wszelkie czynniki wyzwalające, historia szczepień noworodka i matki, zaopatrzenia kikuta pępowiny i wystąpienia żółtaczki niemowlęcej |  |  |  |  |
| Świadczeniodawca szybko ocenia częstość oddechów, czynność serca, zabarwienie powłok, temperaturę ciała i wagę noworodka  |  |  |  |  |
| Oznaczany jest poziom glukozy we krwi; jeśli jest on niski, wdrażane jest leczenie zgodnie z wytycznymi |  |  |  |  |
| Jeżeli w danym momencie drgawek, zakładany jest dostęp naczyniowy i podane zostają płyny dożylne zgodnie z protokołem przewidzianym dla wieku i wagi noworodka |  |  |  |  |
| Jeżeli występują drgawki, podawany jest fenobarbital (dożylnie/domięśniowo) zgodnie z wytycznymi dla wieku i wagi ciała |  |  |  |  |
| NIE PODAJE SIĘ diazepamu jako leku przeciwdrgawkowego  |  |  |  |  |
| Jeżeli jako powód drgawek podejrzewana jest posocznica, podaje się antybiotyki (dożylnie/domięśniowo) zgodnie z wytycznymi dla wieku i wagi ciała |  |  |  |  |
| Kobieta i dziecko są natychmiast kierowani do szpitala |  |  |  |  |
| Kobieta i dziecko są niezwłocznie transportowani do szpitala w asyście personelu medycznego i ze skierowaniem oraz dokumentacją |  |  |  |  |

### **4.3 Diagnostyka i postępowanie w przypadku zapalenia kikuta pępowiny**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Kryteria**  | **0** | **1** | **2** | **3** | **Uwagi**  |
|  |  |  |  |  |  |
| **Postępowanie w przypadku zapalenia kikuta pępowiny** |
| Świadczeniodawca zbiera wywiad /dane osobowe matki i dziecka, informacje o długości trwania, przebiegu ciąży i porodu/, pyta o sposób pielęgnacji okolicy pępka i początek problemów  |  |  |  |  |
| Świadczeniodawca szybko ocenia częstość oddechów, czynność serca, zabarwienie powłok, temperaturę ciała i wagę noworodka |  |  |  |  |
| Świadczeniodawca określa, jak daleko poza kikut pępowiny posunięte jest zaczerwienienie  |  |  |  |  |
| Świadczeniodawca zachęca kobietę do karmienia piersią  |  |  |  |  |
| Zakładane jest wkłucie dożylne i podaje się dożylnie antybiotyki zgodnie z wytycznymi dla wieku i wagi ciała  |  |  |  |  |
| Kobieta i dziecko są natychmiast kierowani do szpitala |  |  |  |  |
| Kobieta i dziecko są niezwłocznie transportowani do szpitala w asyście personelu medycznego i ze skierowaniem oraz dokumentacją |  |  |  |  |

### **4.4 Diagnostyka i postępowanie w przypadku biegunki**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Kryteria**  | **0** | **1** | **2** | **3** | **Uwagi**  |
|  |  |  |  |  |  |
| **Postępowanie w przypadku biegunki** |
| Świadczeniodawca zbiera wywiad /dane osobowe matki i dziecka, informacje o długości trwania, przebiegu ciąży i porodu/; ocenia karmienie: pyta czy dziecko ma prawidłowe łaknienie, czy było karmione/pojone czymkolwiek innym niż mlekiem matki; pyta o obecne dolegliwości, w tym: częstość i wygląd stolców, zawartość krwi lub śluzu, a także o historię karmienia  |  |  |  |  |
| Świadczeniodawca szybko ocenia częstość oddechów, czynność serca, zabarwienie powłok, temperaturę ciała i wagę noworodka |  |  |  |  |
| Świadczeniodawca ocenia objawy odwodnienia, w tym:* Zapadnięte gałki oczne
* Zapadnięte ciemiączko
* Utrata elastyczności skóry
* Suchy język i błony śluzowe
 |  |  |  |  |
| Ocenia objawy posocznicy, w tym:* Brak łaknienia
* Senność/letarg
* Wymioty
* Trudności z oddychaniem
 |  |  |  |  |
| Jeżeli nie ma oznak odwodnienia lub posocznicy i dziecko chętnie ssie pierś, matce doradza się zwiększenie częstotliwości karmień |  |  |  |  |
| Jeżeli dziecko nie ma oznak odwodnienia lub posocznicy, zakładany jest zgłębnik żołądkowy i podawane są DPN zgodnie z wytycznymi dla wieku i wagi ciała  |  |  |  |  |
| Jeżeli dziecko ma oznaki odwodnienia lub posocznicy, postępowanie jest następujące:- zakładane jest wkłucie dożylne i podaje się dożylnie płyny i antybiotyki zgodnie z wytycznymi dla wieku i wagi ciała Kobieta i dziecko są natychmiast kierowani do szpitala Kobieta i dziecko są niezwłocznie transportowani do szpitala w asyście personelu medycznego i ze skierowaniem oraz dokumentacją |  |  |  |  |

### **4.5 Diagnostyka i postępowanie w przypadku żółtaczki**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Kryteria**  | **0** | **1** | **2** | **3** | **Uwagi**  |
| **Diagnostyka i postępowanie w przypadku żółtaczki** |  |
| Świadczeniodawca zbiera wywiad /dane osobowe matki i dziecka, informacje o długości trwania, przebiegu ciąży i porodu, o grupie krwi dziecka i grupie krwi rodziców, wadze urodzeniowej noworodka/. Pyta czy noworodek jest karmiony piersią, czy któreś z wcześniejszych dzieci miało nasiloną żółtaczkę  |  |  |  |  |
| Świadczeniodawca szybko ocenia częstość oddechów, czynność serca, zabarwienie powłok, temperaturę ciała i wagę noworodka |  |  |  |  |
| Świadczeniodawca ocenia nasilenie żółtaczki |  |  |  |  |
| Jeżeli dłonie i stopy są żółte ≥24 godziny: * Noworodek jest natychmiast kierowany do szpitala
* Matka jest zachęcana do karmienia dziecka w drodze do szpitala

Przy trudnościach z karmieniem dziecku podaje się mleko odciągnięte  |  |  |  |  |

**Mocne strony**

**Słabe strony**

**Dodatkowe uwagi**

**Ocena ogólna wymienionych segmentów**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Ocena ogólna – Szybka diagnostyka, postępowanie i system skierowań w przypadku powikłań u noworodka**  | **Do poprawy** | **Dobre** |
| **Proszę zakreślić** | **0** | **1** | **2** | **3** |

Proszę określić jakość wsparcia medycznego dla w/w procesu, wybierając jeden z czterech stopni: cyfra 3 oznacza poziom dobry; cyfry od 2 do 0 oznaczają konieczność poprawy (2=wymaga niewielkiej poprawy, 0=istnieje pilna potrzeba wprowadzenia poprawy)

## 5. Ogólne środki ostrożności i czystość

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Kryteria**  | **0** | **1** | **2** | **3** | **Uwagi**  |
| **Procedura higieny rąk** |
| Stanowiska do mycia rąk są dobrze zorganizowane i wyposażone w:* Dozownik z mydłem w płynie
* Dozownik z płynem do dezynfekcji rąk
* Dozownik z ręcznikami jednorazowymi
* Pojemnik na zużyte ręczniki papierowe
 |  |  |  |  |  |
| W placówce dostępne są pisemne zasady dotyczące higieny rąk i stosowania płynów do dezynfekcji, a opis procedury mycia rąk jest wystawiony nad umywalkami lub w ich pobliżu  |  |  |  |  |
| Personel ma dostęp do pisemnych zasad dotyczących higieny rąk i stosowania płynów do dezynfekcji w związku z różnymi zabiegami medycznymi |  |  |  |  |
| Personel zna i stosuje pisemne zasady dotyczące higieny rąk i stosowania płynów do dezynfekcji w związku z różnymi zabiegami medycznymi |  |  |  |  |
| Personel jest ustawicznie szkolony w zakresie zasad i metod mycia rąk  |  |  |  |  |
| Mycie rąk odbywa się w prawidłowy sposób: • ręce są myte przed bezpośrednim kontaktem z pacjentem i po każdej czynności lub kontakcie, który zanieczyszcza ręce (narażenie na kontakt z krwią lub płynami ustrojowymi, po zdjęciu rękawic, po zmianie zabrudzonej pościeli lub odzieży)• pierścionki, biżuteria, paznokcie są krótkie, a mydło nakłada się na ręce pod ciepłym strumieniem wody• jedna ręka jest pocierana o drugą przez co najmniej 15-30 sekund, zgodnie z instrukcją• ręce są suszone ręcznikiem papierowym, który jest wykorzystywany do zamknięcia dopływu wody• jeżeli personel wykonuje procedury inwazyjne, lakier do paznokci jest zmywany  |  |  |  |  |
| Ręce są myte płynem do dezynfekcji rąk lub szybko dezynfekowane w przypadku:- pacjentów zakażonych lub takich, u których występują pewne czynniki ryzyka (wiek, nowotwór)- narażenia na kontakt z płynami ustrojowymi lub w przypadku inwazyjnych procedur niechirurgicznych (np. założenie obwodowego cewnika żylnego, cewnika moczowego)  |  |  |  |  |
| **Stosowanie rękawiczek** |
| Jednorazowe lub jałowe rękawiczki są używane podczas badania pochwy, przecinania pępowiny, naprawy nacięcia lub rozdarcia krocza, pobierania krwi, penetracji tkanek i błon śluzowych, zakładania sterylnych cewników, zgłębników w jałowych tkankach lub płynach ustrojowych (np. krew) |  |  |  |  |
| Długie jednorazowe lub jałowe rękawiczki są używane podczas ręcznego usuwania łożyska  |  |  |  |  |
| Rękawice są wykorzystywane podczas kontaktu z zabrudzonymiinstrumentami, plamami krwi i płynów ustrojowych i przy usuwaniu brudnych odpadów  |  |  |  |  |
| Para rękawic jest zmieniana na nową przy każdym pacjencie |  |  |  |  |
| Odpowiednie rękawiczki są stale dostępne na stanowisku pracy |  |  |  |  |
| **Procedura bezpiecznego usuwania narzędzi** **o ostrych krawędziach i końcach** |
| Odpowiedni pojemnik odporny na przekłucie jest łatwo dostępny |  |  |  |  |  |
| Wrzuca się wszystkie wykorzystane (jednorazowe) igły, plastikowe strzykawki i ostrza bezpośrednio do odpowiedniego pojemnika, bez zakładania nakładek ochronnych i bez podawania ich innej osobie  |  |  |  |  |
| Pojemnik wypełniony w trzech-czwartych zostaje wypróżniony lub przekazany w celu utylizacji |  |  |  |  |
| Każda igła i strzykawka jest wykorzystywana tylko raz  |  |  |  |  |
| Po podaniu iniekcji lub pobraniu krwi na igły nie zakłada się nakładek ochronnych, nie zgina się ich ani nie łamie |  |  |  |  |
| **Praktyki w zakresie bezpiecznego usuwania odpadów** |
| Odpady medyczne są zbierane, segregowane, przechowywane, oznakowane i transportowane zgodnie z aktualnym rozporządzeniem sposobu postępowania z odpadami medycznymi  |  |  |  |  |  |
| **Sterylizacja i czyszczenie skażonego sprzętu i rękawic** |
| Wszelki sprzęt po kontakcie z nienaruszoną skórą jest odpowiednio czyszczony lub dezynfekowany |  |  |  |  |  |
| Stosowane są aktualnie zalecane środki dezynfekcyjne do usunięcia z powierzchni rozlanej krwi i płynów ustrojowych oraz czyszczenia powierzchni zabrudzonych krwią tacek czy nerek medycznych |  |  |  |  |

**Mocne strony**

**Słabe strony**

**Dodatkowe uwagi**

**Ocena ogólna wymienionych segmentów**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Ocena ogólna – Ogólne środki ostrożności i czystość** | **Do poprawy** | **Dobre** |
| **Proszę zakreślić** | **0** | **1** | **2** | **3** |

Proszę określić jakość wsparcia medycznego dla w/w procesu, wybierając jeden z czterech stopni: cyfra 3 oznacza poziom dobry; cyfry od 2 do 0 oznaczają konieczność poprawy (2=wymaga niewielkiej poprawy, 0=istnieje pilna potrzeba wprowadzenia poprawy)

## 6. Wytyczne i audyty

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Kryteria**  | **0** | **1** | **2** | **3** | **Uwagi**  |
| Co najmniej jeden współczesny podręcznik położnictwa/neonatologii lub pediatrii jest łatwo dostępny w placówce |  |  |  |  |  |
| Co najmniej jeden współczesny podręcznik dla położnych jest łatwo dostępny w placówce  |  |  |  |  |  |
| Krajowe wytyczne dotyczące prowadzenia opieki nad pacjentką w okresie ciąży fizjologicznej, fizjologicznego porodu, połogu oraz opieki nad noworodkiem są dostępne w placówce w formie pisemnej  |  |  |  |  |
| Miejscowe protokoły dotyczące prowadzenia opieki nad pacjentką w ciąży fizjologicznej są dostępne w placówce w formie pisemnej  |  |  |  |  |
| Krajowe wytyczne dotyczące postępowania w przypadku częstych powikłań ciąży/połogu są dostępne w placówce w formie pisemnej (proszę zaznaczyć ☑ dostępne wytyczne):* □ Ciąża mnoga
* □ Nadciśnienie indukowane ciążą/stan przed-rzucawkowy
* □ Cukrzyca ciążowa
* □ Cholestaza ciężarnych
* □ Hipotrofia płodu
* □ Wielowodzie
* □ Małowodzie
* □ Ciąża po terminie porodu
* □ Zakażenia układu moczowego w ciąży
* □ Ciąża u pacjentki z wysokim ryzykiem porodu przedwczesnego
* □ Ciąża u pacjentki z zakażeniem HIV
* □ Połogowe zapalenie piersi
* □ Połogowe zapalenie endometrium
 |  |  |  |  |
| Krajowe wytyczne dotyczące postępowania w nagłych sytuacjach wikłających ciążę/poród/połóg są dostępne w placówce w formie pisemnej (zaznacz ☑ dostępne wytyczne):* □ Krwawienie/krwotok z dróg rodnych
* □ Wstrząs (anafilaktyczny/septyczny)
* □ Nagłe zatrzymanie krążenia
* □ Rzucawka
* □ Poród przedwczesny w toku
 |  |  |  |  |
| Miejscowe protokoły postępowania w nagłych sytuacjach wikłających ciążę/poród/połóg są dostępne w placówce w formie pisemnej |  |  |  |  |
| Miejscowe protokoły postępowania w nagłych sytuacjach wikłających okres noworodkowy są dostępne w placówce w formie pisemnej |  |  |  |  |
| Miejscowe protokoły postępowania w placówce są regularnie poprawiane i aktualizowane, zgodnie z postępem wiedzy medycznej |  |  |  |  |
| Personel medyczny sprawujący bezpośrednio opiekę nad pacjentką/noworodkiem jest ustawicznie szkolony w zakresie w/w protokołów |  |  |  |  |
| Miejscowe protokoły postępowania w placówce są regularnie poprawiane i aktualizowane |  |  |  |  |
| **Praca zespołowa i audyty** |
| Przeprowadza się okresowe zebrania pracowników w celu przedyskutowania kwestii organizacyjnych  |  |  |  |  |  |
| Przeprowadza się okresowe zebrania pracowników w celu przedyskutowania przypadków poważnych powikłań u kobiet w ciąży, po porodzie i noworodków będących pod opieką poradni |  |  |  |  |  |
| Przeprowadza się okresowe zebrania pracowników w celu omówienia i aktualizacji miejscowych protokołów postępowania |  |  |  |  |

**Mocne strony**

**Słabe strony**

**Dodatkowe uwagi**

**Ocena ogólna wymienionych segmentów**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Ocena ogólna – Wytyczne i audyty** | **Do poprawy** | **Dobre** |
| **Proszę zakreślić** | **0** | **1** | **2** | **3** |

Proszę określić jakość wsparcia medycznego dla w/w procesu, wybierając jeden z czterech stopni: cyfra 3 oznacza poziom dobry; cyfry od 2 do 0 oznaczają konieczność poprawy (2=wymaga niewielkiej poprawy, 0=istnieje pilna potrzeba wprowadzenia poprawy)

## 7. System referencyjności opieki zdrowotnej; przekierowywanie pacjentek do opieki stacjonarnej

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Kryteria** | **0** | **1** | **2** | **3** | **Uwagi** |
| **Regionalna organizacja opieki zdrowotnej**  |
| Stworzono regionalny, funkcjonujący system opieki nad kobietą w ciążyW poradni dostępny jest pisemny wykaz szpitali i przychodni trzech stopni referencyjności w danym regionie kraju  |  |  |  |  |  |
| W przypadku decyzji o przekazaniu pacjentki do ośrodka o odpowiednim stopniu referencyjności funkcjonuje krajowy/regionalny schemat, do której placówki należy przekazać pacjentkę |  |  |  |  |
| W placówce wykorzystywane są pisemne rekomendacje dotyczące czynników ryzyka i powikłań, w przypadku których pacjentkę z powikłaniami należy przekazać do ośrodka o II/III stopniu referencyjności |  |  |  |  |
| **Kierowanie na wyższy poziom opieki** |
| Istnieją jasno zdefiniowane kryteria kierowania na wyższy poziom opieki |  |  |  |  |  |
| Pacjentki przekazywane do ośrodka o wyższym poziomie referencyjności otrzymują przed przekazaniem odpowiednie leczenie, zgodnie ze wskazaniami |  |  |  |  |
| Pacjentki przekazywane do ośrodka o wyższym poziomie referencyjności otrzymują stosowną dokumentację medyczną z dotychczasowego przebiegu ciąży i stosowanego leczenia, określającą ich obecny stan i powód przekierowania |  |  |  |  |
| Pacjentkom przekazywanym do ośrodka o wyższym poziomie referencyjności towarzyszy przeszkolony personel medyczny, stosownie do okoliczności |  |  |  |  |
| **Transport do szpitala** |
| W razie potrzeby dostępny jest specjalny pojazd do transportu „in utero” do szpitala położniczego |  |  |  |  |  |
| Transport pacjentki karetką do szpitala, w razie takiej potrzeby, odbywa się niezwłocznie  |  |  |  |  |  |
| Transport noworodka karetką do szpitala, w razie takiej potrzeby, odbywa się niezwłocznie karetką N |  |  |  |  |  |
| Brak transportu do szpitala nie powoduje opóźnienia w skierowaniu  |  |  |  |  |  |
| Koszt transportu nie stanowi bariery dla decyzji o skierowaniu  |  |  |  |  |
| **Poszukiwanie opieki przez pacjentkę**  |
| Kobiety prawidłowo rozpoznają oznaki i objawy wymagające pomocy personelu medycznego |  |  |  |  |  |
| Kobiety otrzymują od personelu POZ odpowiednie informacje i porady na temat tego, gdzie i jak uzyskać skierowanie do szpitala  |  |  |  |  |

**Mocne strony**

**Słabe strony**

**Dodatkowe uwagi**

**Ocena ogólna wymienionych segmentów**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Ocena ogólna – System referencyjności opieki zdrowotnej; przekierowywanie pacjentek** **do opieki stacjonarnej** | **Do poprawy** | **Dobre** |
| **Proszę zakreślić** | **0** | **1** | **2** | **3** |

Proszę określić jakość wsparcia medycznego dla w/w procesu, wybierając jeden z czterech stopni: cyfra 3 oznacza poziom dobry; cyfry od 2 do 0 oznaczają konieczność poprawy (2=wymaga niewielkiej poprawy, 0=istnieje pilna potrzeba wprowadzenia poprawy)

## Zbiorcza ocena punktowa

Tabela z podsumowaniem wyników daje szybki obraz, które obszary wymagają najwięcej uwagi – pomaga wybrać priorytety, zdefiniować działania i poprowadzić dyskusję z personelem placówki podczas spotkania końcowego.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Dobre** | **Do poprawy** |
| **Zbiorcza ocena punktowa** | **3** | **2** | **1** | **0** |
| 1. Zaplecze medyczne placówki  |  |  |  |  |
| 2A. Rutynowa opieka przed- i po-porodowa  |  |  |  |  |
| 2B. Rutynowa opieka poporodowa nad noworodkiem i ocena karmienia piersią  |  |  |  |  |
| 3. Szybka diagnostyka, postępowanie i system skierowań w przypadku często spotykanych powikłań w przebiegu ciąży i w połogu |  |  |  |  |
| 4. Szybka diagnostyka, postępowanie i system skierowań w przypadku powikłań u noworodka |  |  |  |  |
| 5. Ogólne środki ostrożności i czystość |  |  |  |  |
| 6. Wytyczne i audyty  |  |  |  |  |
| 7. System referencyjności opieki zdrowotnej; przekierowywanie pacjentek do opieki stacjonarnej |  |  |  |  |
| Zbiorcza ocena punktowa = łączna punktacja |  |  |  |  |

# Literatura

1. IMPAC Pregnancy, childbirth, postpartum and newborn care: a guide for essential practice. WHO, 2006 <http://www.who.int/making_pregnancy_safer/documents/924159084x/en/>
2. WHO antenatal care randomized trial. Manual for the implementation of the new model. WHO, 2001. WHO/RHR/01.30; <http://whqlibdoc.who.int/hq/2001/WHO_RHR_01.30.pdf>
3. Effective Perinatal Care, WHO, 2010 <http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/Life-stages/maternal-> and-newborn-health/policy-and-tools/effective-perinatal-care-training-package-epc
4. Managing Complications in Pregnancy and Childbirth: A guide for midwives and Doctors; WHO, 2007; <http://www.who.int/reproductive-health/impac/index.html>

Managing newborn problems: a guide for doctors, nurses, and midwives, WHO, 2003 [http://www.who.int/reproductive-health/publications/mnp/index.html](http://www.who.int/reproductive-health/publications/mnp/index.html%20IMPAC)

WHO Recommended Interventions for Improving Maternal and Newborn Health. Integrated management of preg- nancy and childbirth, WHO, 2007 <http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/who_mps_0705/en/>

1. Antenatal care: routine care for the healthy pregnant woman. Clinical Guideline. 2nd edition, National Collaborat- ing Centre for Women’s and Children’s Health. RCOG Press, 2008 <http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/11947/40145/40145.pdf>
2. The investigation and management of small for gestational age fetus. RGOG guideline Nr 31, 2002. <http://www.gestation.net/RCOG%20Small_Gest_Age_Fetus_No31.pdf>
3. Grant A,Valentin L, Elbourne D,Alexander S. Routine formal fetal movement counting and risk of antepartum late death in normally formed singletons. Lancet 1989; 2(8659):345-9.
4. Cholerty LJ., Neilson JP. Hormonal placental function tests for fetal assessment in high risk pregnancies. The Cochrane review, Issue 1, 2004
5. Birth after previous caesarean birth. RGOG green-top guideline Nr 45, 2007; [http://www.rcog.org.uk/files/rcog-](http://www.rcog.org.uk/files/rcog-corp/GTG4511022011.pdf) [corp/GTG4511022011.pdf](http://www.rcog.org.uk/files/rcog-corp/GTG4511022011.pdf)
6. Hypertension in pregnancy: The management of hypertensive disorders during pregnancy. NICE clinical guideline

107. National Institute for Health and Clinical Excellence, 2010 <http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/13098/50418/50418.pdf>

1. Diagnosis, Evaluation, and Management of the Hypertensive Disorders of Pregnancy. SOGC Clinical Practice Guidelines N 206, March 2008. The Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada 2008; 30 (3): supl.1, p.1-58. <http://www.preeclampsia.org/pdf/gui206CPG0803_001.pdf>
2. Palasanthiran P, Starr M, Jones C. Management of Perinatal Infections. Australian Society for Infectious Diseases.

[http://www.asid.net.au/downloads/Management%20of%20Perinatal%20Infections%20ASID%202002%20rev%2020 07.pdf](http://www.asid.net.au/downloads/Management%20of%20Perinatal%20Infections%20ASID%202002%20rev%202007.pdf)

1. Guidelines for the management of sexually transmitted infections. Geneva: WHO, 2003. <http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9241546263.pdf>
2. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). 2010 Guidelines for treatment of sexually transmitted diseas- es. Recommendations and Reports; December 2010 / Vol. 59 / No. RR-12**.** [http://www.cdc.gov/std/treatment/2010/STD-Treatment-2010-RR5912.pdf\](http://www.cdc.gov/std/treatment/2010/STD-Treatment-2010-RR5912.pdf%5C)
3. Integrated Management of Childhood Illness chart booklet**.** WHO UNICEF, 2008 <http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/IMCI_chartbooklet/en/>

# Załączniki:

## A1 Wywiady z przedstawicielami służby zdrowia

W wywiadach należy uwzględnić przedstawicieli wszystkich kategorii personelu służby zdrowia (osoby sprzątające, asystenci pielęgniarza/pielęgniarki, pielęgniarze/pielęgniarki, położne, lekarze). Zależy nam na uzyskaniu od nich szczerych opinii. Jest niezwykle istotne, aby przedstawiciele personelu medycznego znali cele ankiety oraz mieli pewność, że przekazywane informacje będą przechowywane i wykorzystywane na poufnych zasadach. Należy ich zapewnić, że ich imiona/nazwiska/inicjały nie znajdą się ani w żadnym raporcie, ani nie zostaną przekazane przełożonym/kierownictwu placówki.

Proszę pamiętać, aby nie zostawiać formularzy bez nadzoru ani w miejscu, w którym mogłyby zostać przeczytane przez osoby nie będące członkami zespołu.

Należy dołożyć starań, aby przeprowadzić wywiady z dwoma przedstawicielami każdej z wyżej wymienionych kategorii personelu, czyli przy każdej wizycie należy wypełnić co najmniej 6-8 formularzy. Personel może samodzielnie wypełnić formularze, ale nie powinien ich wynosić i zwracać w późniejszym terminie z racji tego, że wizyta i ocena trwają dość krótko.

Podczas wywiadu twarzą w twarz pytania należy zadawać w odpowiednim miejscu.

Uwagi rozmówców należy zapisywać ***słowo w słowo,*** a nie parafrazując czy podsumowując przekazywane refleksje. W ten sposób można lepiej oddać sens i zamysł wypowiedzi. Cytując uwagi rozmówcy proszę je opatrzyć cudzysłowem. Przykład:

***„Mamy duże przerwy w dostawach wody, czasem przez cały dzień nie ma wody w kranie, jak więc mamy myć ręce, aby zapobiegać roznoszeniu infekcji”***

Jeżeli rozmówca odmawia odpowiedzi na dane pytanie, proszę to zanotować i przejść do kolejnego pytania.

## ZAŁĄCZNIK A Wywiad z przedstawicielami służby zdrowia

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  Data |  Imię i nazwisko osoby przeprowadzającej wywiad |  Kraj |
|  Miejscowość |  Powiat |  Województwo |
|  Nazwa placówki opieki zdrowotnej |
|  Numer ankiety  |

|  |  |
| --- | --- |
| Stanowisko ankietowanego pracownika służby zdrowia: |  |
| Obecne obowiązki służbowe i zakres odpowiedzialności |  |
| Jak długo pracuje Pan/i w tej poradni? | Jak długo pracuje Pan/i na obecnym stanowisku? |
| * Najpierw chcielibyśmy poznać Pana/i opinię na temat **jakości opieki przed- i po-porodowej w poradni, w której Pan/i pracuje**
 |
| 1) Czy w budynku/oddziale, w którym mieści się poradnia, jest coś, co ocenia Pan/i dobrze, lub coś, co można by poprawić?  |
| 2) Dla ciężarnych, kobiet w połogu i noworodków  | Dobra(-e) | Zadowa-lająca(-e)  | Czasami niewystar-czająca(-e) | Zazwyczaj niewystarczająca(-e) |
| 2 a) przestrzeń przeznaczona dla pacjentek jest |  |  |  |  |
| 2 b) toalety i pomieszczenia sanitarne są |  |  |  |  |
| 2 c) czystość w pomieszczeniach jest… |  |  |  |  |
| * Teraz chcielibyśmy zapytać o **leki, szczepionki, materiały i personel** w poradni, w której Pan/i pracuje
 |
| 3) Czy Pana/i zdaniem w tej poradni dostępność następujących produktów i usług jest: | Wystar-czająca | Zado-walająca | Czasami niewystar-czająca | Zazwyczaj niewystar-czająca | N/D |
| 3 a) leki |  |  |  |  |  |
| 3 b) płyny dożylne |  |  |  |  |  |
| 3 c) badania laboratoryjne (np. HGB) |  |  |  |  |  |
| 3 d) szczepionki |  |  |  |  |  |
| 4) Czy według Pana/i brakuje jakiegokolwiek innego sprzętu lub materiałów, co utrudnia opiekę nad ciężarnymi/położnicami/noworodkami? |
| Porozmawiajmy teraz o **dyspozycyjności personelu** poradni**:** | Wystarcza-jąca(-o) | Zadowala-jąca(-o) | Czasami niewystar-czająca(-o) | Zazwyczaj niewystar-czająca(-o) |
| 5) Co Pan/i sądzi o liczbie personelu do opieki nad ciężarnymi, matkami i noworodkami? |  |  |  |  |
| 6) Czy sądzi Pan/i, że ilość czasu przeznaczana na pacjentkę/ dziecko jest wystarczająca, aby opiekować się nimi w najlepszy możliwy sposób (zgodnie z otrzymanym przeszkoleniem)? |  |  |  |  |
| 7) Gdy ma Pan/i problem z ciężarną pacjentką, matką lub noworodkiem, czy może Pan/i liczyć na wsparcie, np. bardziej doświadczonego personelu? |  |  |  |  |
| 8) Czy sądzi Pan/i, że w poradni brakuje innego personelu, który byłby pomocny w opiece nad kobietami i noworodkami?  |
| 9) Czy Pana/Pani zdaniem jakość pracy personelu jest generalnie dobra? Jeśli NIE, jakie ma Pan/i sugestie? |
| 10) Jeśli ma Pan/i trudności z otrzymaniem wsparcia, gdy go Pan/i potrzebuje, jaka jest tego przyczyna:...Jest za mało wykwalifikowanych osób, do których można się zwrócić? ⬜...Nie jest Pan/i w stanie skontaktować się z właściwymi osobami? ⬜...Reakcja na Pana/i prośbę jest zbyt wolna? ⬜...Inna przyczyna? Jaka? ⬜ |
| * Co Pan/i sądzi o **kompetencjach personelu** i **organizacji pracy**?
 |
| Kompetencje personelu | Bardzo dobra | Dobra | Czasami niewystar-czająca | Zazwyczaj niewystarczająca |
| 11) Jak ocenia Pan/i własną wiedzę i umiejętności w zakresie położnictwa i neonatologii? |  |  |  |  |
| 11 a) Jeśli ocenia Pan/i swoją wiedzę jako czasami niewystarczającą, to z jakich dziedzin potrzebuje Pan/i dalszego szkolenia? Czy są jakieś dziedziny, z których chciałby/aby Pan/i jeszcze pogłębić swoją wiedzę?  |
| 12) Czy w przychodni, w której Pan/i pracuje, istnieją możliwości dalszego szkolenia zawodowego? Jeśli tak, to jakie? |

|  |
| --- |
| 13) Czy w poradni praktykowana jest stała rotacja pracowników w regularnych odstępach czasu? T / N13 a) Jeśli tak, jak często następuje rotacja? |
| 13 b) Co Pan/i sądzi na ten temat? |
| 14) Czy w poradni odbywają się regularne zebrania personelu medycznego (pielęgniarki/położne/lekarze) pracującego w placówce i/lub oddziale zajmującym się opieką przed- i po-porodową? Proszę wyjaśnić, kto w nich uczestniczy, jaka jest częstotliwość i charakter spotkań.  |
| 15) Czy poradnia otrzymuje regularną informację zwrotną ze szpitali lub oddziałów ginekologiczno-położniczych na temat dalszych losów pacjentek i noworodków będących wcześniej pod opieką poradni? Jak się to odbywa? |
| 16) Czy otrzymuje Pan/i jasne wytyczne co do wykonywanej pracy? Proszę podać szczegóły: |
| * Co Pan/i sądzi o **jakości opieki** nad kobietami w ciąży, po porodzie i noworodkami w tej poradni?
 |
| 17) Jak ocenia Pan/i jakość informacji udzielanych pacjentkom na temat ich stanu w trakcie ciąży, po porodzie i zdrowia dziecka? | Bardzo dobre(-a) | Dobre(-a) | Czasami niewystar-czające(-a) | Zazwyczaj niewystarczające(-a) |
|  |  |  |  |
| 18) Jak ocenia Pan/i ilość czasu poświęcanego przez Pana/Panią na udzielanie pacjentkom, rodzicom i rodzinom informacji i wyjaśnień? |  |  |  |  |
| 19) Jak Pana/i zdaniem pacjentki oceniają opiekę świadczoną w tej poradni? |  |  |  |  |
| 20) Jak ocenia Pan/i organizację przy przekazywaniu pacjentek do placówek o wyższym stopniu referencyjności? Dlaczego? |  |  |  |  |
| 21) Jak ocenia Pan/i możliwości świadczenia opieki w stanach nagłych u ciężarnych, położnic i noworodków? Dlaczego? |  |  |  |  |
| Jak ocenia Pan/i ocenę zwrotną i komunikację: 22 a) ze szpitalami położniczymi i pediatrycznymi, 22 b) z zespołami pogotowia ratunkowego |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| 23) W jaki sposób, według Pana/i, można by poprawić świadomość i wiedzę pacjentek co do ich schorzeń/stanu zdrowia oraz co do stanu zdrowia, rozwoju i (ewentualnych) chorób ich dzieci? |
| 24) Czy przypomina sobie Pan/i przypadek medyczny pacjentki/noworodka, który zakończył się pomyślnie? Tak / Nie24 a) Jeśli tak, to czy był/a Pan/i zadowolony/a ze swojej roli w opiece nad matką/dzieckiem i wykonaną pracą na rzecz pomyślnego rozwoju wypadków? 24 b) Z jakich aspektów wykonanej przez siebie pracy czy swojej roli był/a Pan/i szczególnie zadowolony/a?? |
| 25) Czy pamięta Pan/i swoją niedawną pacjentkę/noworodka, w przypadku których był/a Pan/i niezadowolony/a z rozwoju sytuacji? Tak / Nie25 a) Jeśli tak, to pod jakim względem opieka lub rozwój wypadków miały niepomyślny przebieg i dlaczego? |
|  | Zawsze | Często | Czasami | Rzadko | Nigdy |
| 26) Czy ogólnie jest Pan/i zadowolony/a ze sposobu, w jaki ta poradnia POZ pomaga ciężarnym, położnicom i ich dzieciom? |  |  |  |  |  |
| 27) Czy jest jeszcze coś, o czym Pan/i nie wspomniał/a, co można zmienić, aby poprawić opiekę nad kobietami w ciąży i po porodzie w poradni, w której Pan/i pracuje? |
| 28) Czy kiedykolwiek sugerował/a Pan/i te ulepszenia swoim przełożonym/lekarzom/kadrze zarządzającej, i z jakim skutkiem? |

29) Czy sądzi Pan/i, że większość personelu medycznego jest ogólnie zadowolona ze swojej pracy w tej poradni? Tak / Nie

29 a) Jeśli nie są zadowoleni, to dlaczego?

29 b) Jak ocenia Pan/i warunki pracy w tej poradni?

29 c) Co można poprawić lub zmienić, aby personel poradni był bardziej zadowolony ze swojej pracy?

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Zbiorcza ocena punktowa z wywiadu z pracownikami służby zdrowia - motywacja i kompetencje personelu są:** | **Dobre** | **Do poprawy** |
| **(proszę zakreślić kółkiem)** | **3** | **2** | **1** | **0** |

Proszę określić jakość wsparcia, zaznaczając jedną z czterech cyfr, gdzie: 3 oznacza dobre wsparcie, a wartości od 2 do 0 oznaczają potrzebę poprawy (2 = mała potrzeba poprawy, 0 = pilna potrzeba poprawy).

## ZAŁĄCZNIK B Wywiad z kobietami w ciąży i po porodzie

Celem wywiadu jest dokonanie oceny relacji pomiędzy klientką a świadczeniodawcami; sprawdzenie, czy klientka otrzymała właściwe porady, a także dopytanie, jakie element mogłyby poprawić dobrostan matki i dziecka. Kolejnym celem jest weryfikacja, czy standardowe postępowanie spełnia wymogi określane podczas warsztatów szkoleniowych, oraz ocena efektów szkoleń z punktu widzenia aspektów, które zostały przez świadczeniodawcę wdrożone w całości, częściowo, lub w ogólne nie wdrożone.

Według optymalnego scenariusza, w każdej placówce należy przeprowadzić wywiady z co najmniej trzema kobietami, tzn.:

* dwie kobiety ciężarne (wywiad może się odbyć w szpitalu położniczym, jeżeli kobieta korzystająca z opieki ambulatoryjnej w placówce POZ podlegającej ocenie została hospitalizowana);
* jedna kobieta w połogu.

**Przed rozpoczęciem wywiadu należy wyjaśnić,** żeplacówka została wytypowana przez Ministerstwo Zdrowia w ramach pilotażu mającego na celu poprawę jakości opieki nad matką i dzieckiem. Proszę podkreślić, że celem wywiadu jest zebranie informacji o tym, co można zrobić, aby udoskonalić usługi dla pacjentki i jej dziecka.

Proszę zapytać kobietę, czy zechce odpowiedzieć na kilka pytań na temat swojego stanu zdrowia oraz stanu zdrowia dziecka, a także wypowiedzieć się na temat opieki otrzymanej od świadczeniodawcy. Należy zapewnić rozmówczynię o pełnej anonimowości i poufności.

**Jak przeprowadzić wywiad i wypełnić formularz:**

* Nie należy denerwować rozmówczyni. Proszę pamiętać o zachowaniu pozytywnej postawy (w słowie i zachowaniu).
* Nie należy przeprowadzać wywiadu podczas badań klinicznych, aby nie wpływać na postępowanie i praktyki innych świadczeniodawców.
* Nie należy przeprowadzać wywiadu w obecności innych kobiet, z którymi zamierzamy przeprowadzić wywiad, ani w obecności personelu służby zdrowia (o ile jest to możliwe), aby nie wpływać w ten sposób na treść udzielanych przez rozmówczynię odpowiedzi.
* Formularz odpowiedzi należy trzymać poza zasięgiem wzroku kobiety – w przeciwnym razie wypisane na formularzu możliwości mogą wpływać na treść udzielanych przez rozmówczynię odpowiedzi.
* Podczas rozmowy nie należy się spieszyć, trzeba też się upewnić, że kobieta rozumie zadawane pytania. Proszę zadawać pytania w takiej formie, w jakiej zostały podane na formularzu, parafrazując ich treść własnymi słowami tylko wtedy, gdy rozmówczyni nie zrozumiała oryginalnego pytania.
* Nie należy odczytywać z kartki różnych możliwych opcji odpowiedzi podanych na formularzu. Umieszczono je tam tylko po to, aby ułatwić zadanie osobie prowadzącej wywiad. Należy uważnie słuchać nalegając na precyzję wypowiedzi, a następnie odznaczyć [], gdy podana odpowiedź jest zbieżna z jednym z podanych punktów. Czasem trzeba odznaczyć odpowiedź o podobnym, choć nie identycznym brzmieniu. Jeżeli podana przez kobietę odpowiedź nie pasuje do żadnej z przewidzianych na formularzu możliwości proszę krótko oddać sens wypowiedzi pod nagłówkiem „Inne (jakie?)”
* Wypełniając formularz proszę notować swoje obserwacje do późniejszego omówienia z personelem medycznym w czasie spotkania poświęconego informacji zwrotnej. Proszę też podkreślać lub zakreślać kółkiem wszelkie zagadnienia wymagające komentarza. Takie adnotacje są bardzo przydatne podczas przekazywania informacji zwrotnej.
* Proszę robić notatki podczas wywiadu i streszczać istotne wątki w miejscu na „Uwagi, dyskusja, problemy”. Takie adnotacje są bardzo przydatne podczas przekazywania informacji zwrotnej.
* Proszę notować czytelnie, drukowanymi literami, aby formularz dało się łatwo odczytać.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  Data |  Imię i nazwisko osoby przeprowadzającej wywiad |  Kraj |
|  Miejscowość |  Powiat |  Województwo |
|  Nazwa placówki opieki zdrowotnej |
|  Numer ankiety  |

Jeżeli to możliwe, osobą nadzorującą/przeprowadzającą ten wywiad powinna być położna, pracownik pomocy społecznej lub psycholog.

**KOBIETA W CIĄŻY / MATKA**

|  |  |
| --- | --- |
| Jak daleko od tej przychodni Pani mieszka? |  |
| Ile ma Pani lat? |  |
| Czy niedawno przyjechała Pani do tego kraju? |  |
| Jak dawno temu? |  |
| Czy podczas wizyt w poradni mógł być przy Pani partner lub ktoś z rodziny? |  |
| Czy to pani pierwsza/druga/trzecia ciąża? |  |
| *Jeżeli wywiad jest przeprowadzany z ciężarną* –Czy może Pani określić w przybliżeniu, w którym tygodniu ciąży Pani jest? |  |

**CIĄŻA**

|  |
| --- |
| W którym tygodniu ciąży rozpoczęła Pani opiekę przedporodową? |
| *Jeżeli było to po upływie 12 tyg. ciąży:*Czy poinformowano Panią, w jakim okresie ciąży najlepiej jest rozpocząć opiekę przedporodową? Jeżeli TAK, proszę sprecyzować, kto Panią o tym poinformował i dlaczego nie mogła się Pani zastosować do zalecenia wczesnej opieki w trakcie ciąży?  |
| Kto z personelu medycznego sprawował jak dotąd nad Panią opiekę w trakcie ciąży? |
| Czy miała Pani możliwość wyboru pracownika służby zdrowia, który będzie sprawował nad Panią opiekę w trakcie ciąży? | Tak [ ] | Nie [ ] |
| Jeżeli TAK, proszę sprecyzować, na jakiej podstawie dokonała Pani wyboru. |
| Czy podczas Pani wizyt przedporodowych lekarz/położna wyjaśnili Pani, jaką **dietę** zaleca się stosować podczas ciąży? | Tak [ ] | Nie [ ] |
| Czy podczas Pani wizyt przedporodowych lekarz/położna wyjaśniali Pani, jaką **aktywność fizyczną** zaleca się podczas ciąży? | Tak [ ] | Nie [ ] |
| Czy podczas Pani wizyt przedporodowych lekarz/położna wyjaśniali Pani, jaką **aktywność seksualną** zaleca się podczas ciąży? | Tak [ ] | Nie [ ] |
| Jeśli tak, to czy w takim razie może nam Pani opowiedzieć o diecie, jaką Pani zalecono? |

|  |
| --- |
|  |
| Czy podczas Pani wizyt przedporodowych lekarz/położna wyjaśniali Pani, jakie są zalecane badania podczas ciąży? | Tak [ ] | Nie [ ] |
| Czy podczas Pani wizyt przedporodowych lekarz/położna wyjaśniali Pani, jakie objawy w czasie ciąży wymagają pilnej konsultacji medycznej? | Tak [ ] | Nie [ ] |
| Czy uczestniczyła Pani (lub Pani partner) w zajęciach szkoły rodzenia? | Tak [ ] | Nie [ ] |
| Jeżeli NIE, to z jakiej przyczyny? Proszę sprecyzować |
| Czy ma Pani przy sobie kartę ciąźy? | Tak [ ] | Nie [ ] |
| Jeżeli TAK, czy moglibyśmy ją zobaczyć? |
| Ile razy miała Pani wykonywane badanie przezpochwowe w ramach opieki w trakcie ciąży? |
| Ile razy sprawdzano Pani:-wagę-ciśnienie krwi-wysokość dna macicy? |
| Czy może nam Pani powiedzieć, jakie badania laboratoryjne miała Pani wykonywane w ramach opieki w trakcie ciąży, i jak często? |
| Czy personel pytał Panią o zgodę na przeprowadzenie badań? Jeżeli TAK, proszę podać szczegóły. |
| Czy zalecano Pani przyjmowanie jakichkolwiek witamin lub leków podczas ciąży?Jeżeli TAK, proszę powiedzieć, jakich. |
| Czy proponowano Pani przyjmowanie jakichkolwiek bezpłatnych witamin lub leków podczas ciąży?Jeżeli TAK, proszę powiedzieć, jakich. |
| Czy świadczeniodawcy z placówki POZ, która sprawuje nad Panią opiekę w trakcie ciąży odwiedzili Panią w domu? | Tak [ ] | Nie [ ] |
| Jeżeli TAK, kto to był i jak często? Proszę sprecyzować powody takiej wizyty. |
| Czy podczas wizyt przedporodowych podano Pani jakiekolwiek informacje na temat porodu? | Tak [ ] | Nie [ ] |
| Czy omówiony został plan Pani porodu? | Tak [ ] | Nie [ ] |
| Czy udzielono Pani jakichkolwiek informacji na temat karmienia piersią? | Tak [ ] | Nie [ ] |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Czy udzielono Pani jakichkolwiek informacji na temat planowania rodziny i antykoncepcji po porodzie? | Tak [ ] | Nie [ ] |
| Jak dotąd, ile odbyła Pani wizyt w ramach opieki przedporodowej? Ile razy miała Pani wykonane ciążowe badanie USG? |
| Czy korzystała Pani z usług prywatnej poradni? Jeżeli TAK, dlaczego?Could you tell us approx. how much do you have to pay per visit? |
| Czy musiała Pani **płacić** w tej przychodni:* za wizytę
* za badania laboratoryjne
* za badanie USG
 | Tak [ ]Tak [ ]Tak [ ] | Nie [ ]Nie [ ]Nie [ ] |
| Ile było wizyt u położnej? |
| Czy musiała Pani płacić położnej lub innym pracownikom służby zdrowia? | Tak [ ] | Nie [ ] |
| Czy jest Pani zadowolona z jakości opieki przedporodowej w tej przychodni? | Tak [ ] | Nie [ ] |
| Czy ma Pani jakieś konkretne sugestie co do tego, jak można udoskonalić opiekę przedporodową w tej przychodni? Proszę powiedzieć, jakie. |
| Czy przy wypisie ze szpitala otrzymała Pani jakiekolwiek dokumenty dla placówki podstawowej opieki zdrowotnej? | Tak [ ] | Nie [ ] |
| Czy przy wypisie ze szpitala położniczego otrzymała Pani istotne informacje na temat okresu połogu? | Tak [ ] | Nie [ ] |
| Jeżeli NIE, jakiego rodzaju informacje chciałaby Pani otrzymać? Proszę sprecyzować. |
| Jakie zalecenie odnośnie wizyty w placówce podstawowej opieki zdrowotnej otrzymała Pani od pracowników szpitala położniczego? Proszę sprecyzować. |
| Czy otrzymała Pani świadectwo urodzenia dziecka? | Tak [ ] | Nie [ ] |
| Jeżeli NIE, czy może Pani wyjaśnić, dlaczego, i jakie ma Pani sugestie co do usprawnienia ewidencji narodzin? |
| Czy po wypisie ze szpitala jakikolwiek pracownik służby zdrowia odwiedził Panią w domu? |  |  |
| Jeżeli TAK, czy może Pani sprecyzować, kto to był i kiedy odbyła się wizyta domowa? |
| Jeżeli TAK, jaki był powód wizyty? |
| Czy ma Panie jakieś sugestie co do usprawnienia opieki nad matką i dzieckiem po porodzie? |

**KARMIENIE I OPIEKA NAD DZIECKIEM**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Czy Pani dziecko jest zdrowe? | Tak [ ] | Nie [ ] |
| Jeżeli nie, na czym polega problem zdrowotny Pani dziecka? |
| Poród przedwczesny | Tak [ ] | Nie [ ] |
| Inne (jakie): |
| Jaka była waga urodzeniowa dziecka? gramów |
| Czy dziecko przebywało z Panią w jednym pomieszczeniu przez prawie cały czas Pani pobytu w szpitalu? | Tak [ ] | Nie [ ] |

|  |
| --- |
| Jak Pani karmi dziecko? |
| Karmienie piersią | Tak [ ] | Nie [ ] |
| Mleko matczyne podawane łyżeczką/kubkiem | Tak [ ] | Nie [ ] |
| Mleko matczyne podawane butelką | Tak [ ] | Nie [ ] |
| Mleko matczyne podawane przez zgłębnik | Tak [ ] | Nie [ ] |
| Mleko modyfikowane dla noworodków | Tak [ ] | Nie [ ] |
| Mleko od innej kobiety  | Tak [ ] | Nie [ ] |
| Inne (jakie?) |
| Czy Pani dziecko dostaje wodę/glukozę/inne płyny ? | Tak [ ] | Nie [ ] |
| Czy używa Pani smoczków (nie do butelki)? | Tak [ ] | Nie [ ] |
| **JEŻELI MATKA KARMI PIERSIĄ:** |
| Jak szybko po porodzie po raz pierwszy przystawiła Pani dziecko do piersi? |  godzin |  minut |
| Jak długo udało się Pani wówczas karmić dziecko? |  godzin |  minut |
| Czy pracownicy służby zdrowia udzielili Pani wsparcia lub podali zalecenia dotyczące karmienia piersią? | Tak [ ] | Nie [ ] |
| **Jeżeli TAK, co powiedzieli Pani pracownicy służby zdrowia na temat tego, jak często powinna Pani karmić dziecko:** |
| Karmienie o ustalonych porach | Tak [ ] | Nie [ ] |
| Karmienie na żądanie | Tak [ ] | Nie [ ] |
| Inne (jakie?) |
| Czy zalecono Pani podawanie dziecku wody/glukozy/innych płynów? | Tak [ ] | Nie [ ] |
| **Kto udzielał Pani większości informacji na temat karmienia piersią?** |
| Pracownicy służby zdrowia świadczący opiekę przedporodową (w trakcie ciąży) | [ ] |
| Szkoła rodzenia | [ ] |
| Lekarz położnik na oddziale położniczym | [ ] |
| Położna na oddziale położniczym | [ ] |
| Neonatolog na oddziale położniczym | [ ] |
| Pielęgniarka neonatologiczna na oddziale położniczym | [ ] |
| Inna kobieta leżąca na tym samym oddziale/przyjaciółka | [ ] |
| Matka | [ ] |
| Teściowa | [ ] |
| Pracownik służby zdrowia składający wizytę domową po wypisaniu Pani ze szpitala | [ ] |
| Inne (jakie?) |
| Czy otrzymała Pani praktyczną/fizyczną pomoc przy karmieniu piersią? | Tak [ ] | Nie [ ] |
| **Jak długo planuje Pani karmić piersią?** |
| Mniej niż 2 miesiące | [ ] |
| Od 2 do 6 miesięcy | [ ] |
| Ponad 6 miesięcy | [ ] |
| Ponad rok | [ ] |
| Inne (jakie?) |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Czy dziecko zbadano w Pani obecności? | Tak [ | ] | Nie [ | ] |
| Czy na czas badania pediatrycznego zabrano od Pani dziecko? | Tak [ | ] | Nie [ | ] |
| Czy dziecko było od Pani zabierane na czas kąpieli lub innych procedur? | Tak [ ] | Nie [ ] |
| Jeżeli dziecko było od Pani zabierane, to w jakich sytuacjach? | Tak [ ] | Nie [ ] |
| Czy personel zapewnił Pani wystarczającą pomoc w opiece nad dzieckiem? | Tak [ ] | Nie [ ] |
| Czy mogła Pani wziąć prysznic? | Tak [ ] | Nie [ ] |
| Czy wczoraj jadła Pani świeże owoce/świeże warzywa? | Tak [ ] | Nie [ ] |
| Ile kubków herbaty wczoraj Pani wypiła? |  |  |
| Czy w placówce służby zdrowia było czysto? | Tak [ ] | Nie [ ] |
| Czy musiała Pani płacić za jakiekolwiek usługi? | Tak [ ] | Nie [ ] |
| Proszę sprecyzować |
| **Teraz chciał(a)bym porozmawiać na temat świadczeń, których Pani dzisiaj udzielono** |  |  |
| Nie licząc czekania, ile czasu spędziła Pani dzisiaj z pracownikami służby zdrowia? | minut |  |
| Czy zadała Pani jakieś pytania na temat swojego stanu zdrowia lub stanu zdrowia dziecka w ciągu ostatnich dwóch dni? | Tak [ ] | Nie [ ] |
| Czy personel odpowiadał na Pani pytania w sposób dla Pani zrozumiały? | Tak [ ] | Nie [ ] |
| Czy udzielone odpowiedzi były dla Pani satysfakcjonujące? | Tak [ ] | Nie [ ] |

**SATYSFAKCJA**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Czy pozytywnie ocenia Pani swoje doświadczenia macierzyńskie? | Tak [ ] | Nie [ ] |
| Czy zamierza Pani mieć więcej dzieci? | Tak [ ] | Nie [ ] |
| Czy ma Pani poczucie, że otrzymała Pani ze strony personelu odpowiednie wsparcie? | Tak [ ] | Nie [ ] |
| Czy był moment, w którym bardzo się Pani bała? | Tak [ ] | Nie [ ] |
| Czy personel z szacunkiem podchodził do Pani przekonań religijnych i kulturowych? | Tak [ ] | Nie [ ] |
| Czy ma Pani trudności w zajmowaniu się dzieckiem? | Tak [ ] | Nie [ ] |
| Czy może Pani opisać swoje samopoczucie? |  |  |

**OPIEKA NAD DZIECKIEM W DOMU**

|  |
| --- |
| **Czy może Pani opowiedzieć, w jaki sposób opiekuje się Pani dzieckiem w domu?** |
| Pielęgnacja kikuta pępowiny, aby był suchy i czysty | [ ] |
| Dziecku jest ciepło, ale nie jest przegrzane | [ ] |
| Karmienie na żądanie | [ ] |
| Dziecko układane do spania na plecach | [ ] |
| Dym w pokoju dziecka | [ ] |
| Spanie z dzieckiem, jeżeli matka odczuwa taką potrzebę albo zasypia przy karmieniu |  |
| Spanie z dzieckiem, jeżeli matka lub inna osoba przebywająca w jednym łóżku z dzieckiem bierze tabletki nasenne |  |
| Inne (proszę sprecyzować): |
| Czy **ciasno zawija Pani dziecko w powijakach?**  | Tak [ ] | Nie [ ] |
| **Czy może Pani powiedzieć, w jakich sytuacjach szukałaby Pani pomocy medycznej dla dziecka**? (kobieta powinna sprecyzować) |
| Zaczerwieniony lub zaropiały kikut pępowiny | [ ] |
| Obniżona temperatura ciała lub gorączka | [ ] |
| Drgawki | [ ] |
| Zaburzenia łaknienia/ssania | [ ] |
| Wymioty lub biegunka | [ ] |
| Obniżona aktywność lub znaczny niepokój | [ ] |
| Zaburzenia w oddychaniu (przyspieszony oddech) | [ ] |
| Inne (jakie) |
| Czy wie Pani, gdzie zwrócić się o pomoc medyczną lub poradę dotyczącą dziecka?  | Tak [ ] | Nie [ ] |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Czy może Pani opowiedzieć, w jaki sposób troszczy się Pani o swoje zdrowie w domu?** |  |  |
| Codzienne mycie mydłem (w tym krocza) | Tak [ ] | Nie [ ] |
| Kontrola rany po cesarskim cięciu | Tak [ ] | Nie [ ] |
| Kontrola rany po nacięciu krocza | Tak [ ] | Nie [ ] |
| Sen przez co najmniej 8 godzin i drzemki w ciągu dnia | Tak [ ] | Nie [ ] |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Pomoc partnera lub innych członków rodziny w pracach domowych | Tak [ ] | Nie [ ] |
| Inne (proszę sprecyzować): |

**ANTYKONCEPCJA I REGULACJA URODZEŃ**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Czy przed zajściem w ciążę stosowała Pani antykoncepcję? | Tak [ ] | Nie [ ] |
| Czy miała Pani kiedykolwiek aborcję? | Tak [ ] | Nie [ ] |
| Jeżeli tak, ile razy? |  liczba |
| Ile ma Pani dzieci? |  liczba |
| Czy personel służby zdrowia rozmawiał z Panią na temat antykoncepcji? | Tak [ ] | Nie [ ] |
| Czy personel służby zdrowia wyjaśnił Pani w zrozumiały sposób, jak działają metody antykoncepcyjne? | Tak [ ] | Nie [ ] |
| Czy personel służby zdrowia opisał ewentualne skutki uboczne? | Tak [ ] | Nie [ ] |
| Czy personel służby zdrowia wyjaśnił, co należy robić w przypadku wystąpienia skutków ubocznych? | Tak [ ] | Nie [ ] |
| Czy chciałaby Pani stosować antykoncepcję? | Tak [ ] | Nie [ ] |
| Jeżeli tak, jaką metodę antykoncepcji chciałaby pani stosować? |
| Wkładka wewnątrzmaciczna | [ ] |
| Doustne środki antykoncepcyjne | [ ] |
| Prezerwatywy | [ ] |
| Sterylizacja chirurgiczna kobiety lub mężczyzny  | [ ] |
| Zastrzyki antykoncepcyjne | [ ] |
| Dopochwowe środki plemnikobójcze (kremy, czopki, galaretki) | [ ] |
| Inne barierowe metody dopochwowe (kapturek naszyjkowy, diafragma, gąbka dopochwowa) | [ ] |
| Metoda laktacyjnego braku miesiączki (LAM) | [ ] |
| Metoda rytmu lub termiczna  | [ ] |
| Aborcja | [ ] |
| Inne (jakie) |

**Obserwacja**

Jeśli matka zamierza przystawić dziecko do piersi proszę ją zapytać, czy można poobserwować karmienie. Należy w miarę możliwości zostać aż do końca karmienia i odpowiedzieć na następujące pytania:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Czy brodawki są myte przed karmieniem | Tak [ ] | Nie [ ] |
| Czy dziecko jest mocno zawinięte, w tym ramiona, barki, szyja | Tak [ ] | Nie [ ] |
| Czy matka ma podczas karmienia podparty łokieć | Tak [ ] | Nie [ ] |
| Czy matka karmi w pozycji siedzącej, z podpartymi plecami | Tak [ ] | Nie [ ] |
| Ułożenie dziecka: |
| Nos dziecka naprzeciwko brodawki sutkowej matki | Tak [ ] | Nie [ ] |
| Szyja dziecka prosta albo lekko odchylona do tyłu | Tak [ ] | Nie [ ] |
| Dziecko skierowane ciałem do matki | Tak [ ] | Nie [ ] |
| Dziecko blisko matki | Tak [ ] | Nie [ ] |
| Ciało noworodka podparte na całej długości (nie tylko głowa i szyja) | Tak [ ] | Nie [ ] |
| Przystawienie dziecka do piersi: |
| Podbródek dziecka dotyka piersi | Tak [ ] | Nie [ ] |
| Usta dziecka szeroko otwarte | Tak [ ] | Nie [ ] |
| Dolna warga wywinięta na zewnątrz  | Tak [ ] | Nie [ ] |
| Większa część otoczki brodawki widoczna powyżej ust dziecka niż poniżej | Tak [ ] | Nie [ ] |
| Dlaczego karmienie zostało zakończone? |
| Ponieważ dziecko samo z siebie przestało ssać | [ ] |
| Ponieważ matka zdecydowała, że już wystarczy | [ ] |
| Inne przyczyny zakończenia karmienia: |
| Inne uwagi na temat obserwowanej sesji karmienia piersią: |
|  |
|  |

**Pytania ze strony matki**

Czy chciałaby mnie Pani o coś zapytać? Może ma Pani jakieś uwagi, sugestie albo wątpliwości, które chciałaby Pani omówić z pracownikami służby zdrowia albo ze mną?

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |

 **Dodatkowe komentarze**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Ocena zbiorcza – Wywiady z kobietami w ciąży/po porodzie** | **Dobre** | **Do poprawy** |
| **(proszę zakreślić kółkiem)** | **3** | **2** | **1** | **0** |

Proszę określić jakość wsparcia, zaznaczając jedną z czterech cyfr, gdzie: 3 oznacza dobre wsparcie, a wartości od 2 do 0 oznaczają potrzebę poprawy (2 = mała potrzeba poprawy, 0 = pilna potrzeba poprawy).

## ZAŁĄCZNIK С Test umiejętności klinicznych

|  |  |
| --- | --- |
| **Procedura** | **Czynności** |
| **Pobranie próbki krwi do badania** | 1. Przed rozpoczęciem procedury przygotowywany jest niezbędny sprzęt, w tym:
	* Strzykawki, igły i próbówki do transportu próbek krwi
	* Płyn antyseptyczny, waciki
	* Formularze zlecenia do laboratorium
	* Opaska uciskowa
	* Rękawiczki
 |
| 2. Personel wyjaśnia pacjentce sposób postępowania, pacjentka układa rękę w wygodnej pozycji  |
| 3. Personel wybiera odpowiednie miejsce do wykonania wkłucia  |
| 4. Personel prawidłowo zakłada opaskę uciskową |
| 5. Personel przemywa miejsce wkłucia wacikiem nasączonym płynem antyseptycznym, wkłucie zostaje wykonane przy pomocy sterylnej igły |
| 6. Wykonane zostają czynności zapobiegające infekcji: mycie rąk, użycie rękawiczek; a także środki ostrożności na wypadek ukłucia igłą |
| **Wlew dożylny** | Personel medyczny: |
|  | 1. Decyduje, że niezbędny jest wlew dożylny z powodu utraty płynów ustrojowych wskutek wstrząsu, krwawienia, zakażenia lub odwodnienia |
| 2. Przed rozpoczęciem procedury przygotowywany jest niezbędny sprzęt, w tym:* Przewody sterylne
* Duża (nr 14-16-18) igła lub kaniula
* Odpowiedni płyn
* Taśma klejąc pocięta w paski
* Stojak na kroplówkę albo gwóźdź w ścianie
* Opaska uciskowa
* Szyna z bandażem
* Płyn antyseptyczny, waciki, rękawiczki
 |
| 3. Personel wyjaśnia pacjentce sposób postępowania, pacjentka układa rękę w wygodnej pozycji  |
| 4. Personel wybiera odpowiednie miejsce do wykonania wkłucia  |
| 5. Personel prawidłowo zakłada opaskę uciskową |
| 6. Personel przemywa miejsce wkłucia wacikiem nasączonym płynem antyseptycznym, wkłucie zostaje wykonane przy pomocy sterylnej igły |
| 7. Wykonane zostają czynności zapobiegające infekcji: mycie rąk, użycie rękawiczek; a także środki ostrożności na wypadek ukłucia igłą |
| 8. Personel mocuje igłę w miejscu; unieruchamia staw położony najbliżej miejsca wkłucia  |
| 9. Personel pobiera próbkę krwi do oznaczenie grupy krwi i wykonania próby krzyżowej przed rozpoczęciem wlewu środka osoczo-zastępczego  |
| 10. Personel rejestruje objętość podanego płynu w karcie pacjenta |
| 11. Personel oblicza właściwe tempo podawania płynu  |
| 12. Personel umie się przyznać do własnych ograniczeń: jeżeli położna nie jest wstanie założyć kroplówki w ciągu 10 minut, powinna się zwrócić do bardziej doświadczonej osoby z prośbą o pomoc |
| **Badanie moczu na obecność białka** | Personel: |
| **Przy pomocy pasków testowych** | 1. Wyjmuje jeden pasek testowy z pojemnika i zamyka pojemnik |
| 2. Zanurza koniec paska z polem testowym w próbce moczu w taki sposób, aby pola testowe były całkowicie zanurzone, po czym natychmiast wyjmuje pasek testowy  |
|  | 3. Wyjmując pasek testowy z próbki moczu delikatnie dotyka czubkiem paska do brzegu pojemnika na mocz, aby usunąć nadmiar moczu |
|   | 4. Przytrzymuje pasek poziomo i porównuje pola testowe na pasku do palety kolorów na opakowaniu pasków. Nie kładzie paska bezpośrednio na palecie kolorów, aby jej nie zabrudzić |
| Kolory zmieniają się od żółtego (wynik negatywny) przez żółto-zielony do zielonego i zielono-niebieskiego (wynik pozytywny) |
| **Gotowanie**  | 1. Potrzebne są następujące przyrządy i materiały:
	* Czyste probówki
	* Źródło ciepła (np. palnik Bunsena)
	* Kwas octowy

Następnie personel:  |
| 2. Umieszcza mocz w czystej probówce i podgrzewa górną część probówki tylko do momentu wrzenia  |
| 3. Pozostawia probówkę do wystygnięcia tak, aby można jej było dotknąć. Gęsty osad na dnie probówki wskazuje na obecność białka |
| 1. Dodaje 2-3 krople 2-3% kwasu octowego po zagotowaniu moczu:
	* Jeśli mocz pozostanie mętny, występuje białkomocz
	* Jeśli mocz stanie się przejrzysty, nie występuje białkomocz
	* Jeśli gotowany mocz pozostanie mętny lub zmętnieje po dodaniu kwasu octowego, występuje białkomocz
 |