

**BIURO**  
**RZECZNIKA PRAW PACJENTA**  
ZESPÓŁ INTERWENCYJNO-PORADNICZY  
UL. MŁYNARSKA 46  
01-171 WARSZAWA

---

**NOTATKA**

---

Do Biura Rzecznika Praw Pacjenta wpływają sygnały kobiet i ich rodzin (za pośrednictwem bezpłatnej infolinii oraz w formie pisemnej), które wskazują na brak wsparcia, zrozumienia oraz empatii od pracowników medycznych podczas udzielania świadczeń zdrowotnych z obszaru ginekologii i położnictwa.

Mając powyższe na uwadze, w związku z dokonaną analizą zgłaszanych do Biura spraw, Rzecznik Praw Pacjenta zwrócił się do: Konsultanta Krajowego w Dziedzinie Psychologii Klinicznej, Konsultanta Krajowego w Dziedzinie Położnictwa i Ginekologii, Konsultanta Krajowego w Dziedzinie Neonatologii, Przewodniczącej Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, Prezesa Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego, Przewodniczącej Mazowieckiego Oddziału Regionalnego Polskiego Towarzystwa Neonatologicznego oraz do 9 Konsultantów Wojewódzkich w Dziedzinie Psychologii Klinicznej (konsultanci z województw: dolnośląskiego, kujawsko-pomorskiego, łódzkiego, małopolskiego, mazowieckiego, podlaskiego, śląskiego, warmińsko-mazurskiego, wielkopolskiego) o opinię, czy na oddziałach ginekologiczno - położniczych powinien istnieć obowiązek zatrudniania psychologów, a co za tym idzie, czy zatrudnienie psychologów powinno stanowić warunek realizacji świadczeń wpisany w Rozporządzenie *Ministra*

Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz. U. z 2013 r., poz. 1520).

Dodatkowo Konsultant Krajowy w Dziedzinie Neonatologii oraz Przewodnicząca Mazowieckiego Towarzystwa Neonatologicznego zostali poproszeni o przedstawienie opinii w kontekście wpływu jaki ma stan psychiczny kobiety będącej w okresie ciąży, porodu i położu na zdrowie płodu i narodzonego dziecka.

Ponadto wszyscy konsultanci oraz prezesi towarzystw zostali poproszeni o określenie wielkości etatów dla zatrudnianych psychologów - w przypadku wskazania takiej potrzeby.

Analiza zebranych materiałów wskazuje, iż zarówno konsultanci jak i przedstawiciele towarzystw widzą zasadność zatrudniania psychologów na oddziałach ginekologiczno – położniczych.

### ***1. Szczegółowa analiza problemu.***

Trzynastu z piętnastu opiniujących ekspertów zdecydowanie opowiedziało się za potrzebą zatrudniania psychologów na ww. oddziałach (szczegółowe argumenty zamieszczone w załączonej tabeli).

Dwóch konsultantów, tzn. Konsultant Krajowy w dziedzinie Ginekologii i Położnictwa oraz Prezes Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego nie widzi takiej potrzeby; w ich ocenie obecna forma (współpraca z konsultantem – psychologiem) jest wystarczająca.

#### ***1a. Potrzeba zatrudniania psychologów na ginekologiczno-położniczych.***

Eksperti, którzy widzą konieczność zatrudniania psychologów uzasadniają swoje stanowiska wskazując następujące argumenty:

- kobiety będące w okresie ciąży, porodu i położu bardzo często znajdują się w sytuacjach, które niewątpliwie obciążają ich psychikę i powodują, iż wymagają one pomocy psychologicznej; są to różnego rodzaju sytuacje stresowe i traumatyczne, do których należą m. in. komplikacje porodowe, patologie ciąży, traumy związane z obumarciem płodu i koniecznością urodzenia martwego dziecka, czy urodzeniem dziecka chorego lub niepełnosprawnego, śmierć dziecka bezpośrednio po porodzie, leczenie onkologiczne,

leczenie choroby przewlekłej, choroba psychiczna, depresja, narodziny przedwczesne, ciąża powstała w wyniku gwałtu, ciąża u matek nieletnich;

- przeżywany przez matkę stres może negatywnie wpływać na rozwój płodu, komplikować przebieg porodu, zaburzać kształtowanie się więzi pomiędzy matką i noworodkiem, jest też łączony z zaburzeniami dalszego rozwoju emocjonalnego oraz psychospołecznego dzieci; ponadto z wniosków zawartych w najnowszych opracowaniach w piśmiennictwie naukowym, wynika, że potomstwo kobiet, które doświadczają silnego lęku i depresji w ciąży narażone jest na wcześniactwo, niską masę urodzeniową lub/i zaburzenia rozwoju poznawczego: zaburzenia pamięci, koncentracji uwagi, zaburzenia zachowania, nadpobudliwość psychoruchową (ADHD); wśród potomstwa matek doświadczających lęku i depresji w ciąży rozpoznaje się także prawie dwukrotnie wyższe ryzyko zachorowania na choroby metaboliczne (cukrzycę), astmę, choroby kardiologiczne;
- - coraz częściej u młodych kobiet pojawia się lęk przed bólem i porodem; pacjentki te próbują często „wymuszać” na lekarzach wykonanie cesarskiego cięcia nie zdając sobie sprawy z tego jak poważna jest to operacja (rola psychologa);
- - hospitalizacje na ww. oddziałach są krótkie i obecnie funkcjonująca forma pomocy (współpraca z konsultantem psychologiem) jest mało skuteczna; psycholodzy mają zbyt mało czasu na przeprowadzenie diagnozy, nie ma miejsca na terapię;
- opieka psychologiczna wobec pacjentki w sytuacji trudnej powinna być dostarczona w odpowiednim czasie (np. w sytuacji po poronieniu, urodzeniu martwego dziecka);
- kierowanie pacjentki po opuszczeniu szpitala do Poradni Zdrowia Psychicznego powoduje, że osoby te są praktycznie pozbawione pomocy;
- dostępność do lekarza psychiatry, czy do psychologa w ramach PZP jest znacznie ograniczona z powodu długiego terminu oczekiwania na wizytę u psychiatry, czy psychologa - w zależności od potrzeb; ponadto aby móc skorzystać z terapii u psychologa pacjentka często w pierwszej kolejności

kierowana jest do lekarza psychiatry, a później do psychologa; taka procedura wydłuża znacznie możliwość skorzystania z pomocy psychologicznej;

- pracownicy medyczni, pomimo coraz większej świadomości, nie mają wystarczającej wiedzy dotyczącej rozpoznawania zaburzeń emocjonalnych i metod terapii, ponadto coraz większa ilość obowiązków administracyjnych sprawia, że lekarze i pielęgniarki mają mniej czasu na rozmowę z pacjentami lub ich rodzinami co może skutkować przeoczeniem pojawiającego się problemu, co może mieć wpływ na dalsze losy pacjentki i jej dziecka;
- istotnym zagadnieniem jest również wczesna diagnoza rodzin, które mogą okazać się niewydolne wychowawczo lub wymagają dodatkowej pomocy w pierwszym okresie życia dziecka, a które nie należą do grup o widocznej patologii rodziny (są to zazwyczaj młodzi, niedoświadczeni rodzice) ;

**Specjaliści, którzy przekazali opinie w przedmiotowej kwestii określili również wielkości etatów dla zatrudnianych psychologów.**

- Konsultanci w większości uzależniają wielkość etatu od ilości łóżek na oddziałach położniczych lub od rodzaju szpitala;
- **Czterech** ekspertów wskazuje na potrzebę utworzenia **etatu** na każdym oddziale ginekologiczno-położniczym w Polsce;
- **sześciu** wskazuje na potrzebę utworzenia **etatu** - na 20, 30, 40 lub 45 łóżek,
- **trzech** opiniujących uważa, że wielkość etatu powinna zależeć od poziomu referencyjności szpitala, wskazując na potrzebę istnienia: **etatu** - w szpitalach o III poziomie referencyjności,  $\frac{1}{2}$  **etatu** - w szpitalach o II poziomie referencyjności, natomiast w szpitalach o I poziomie referencyjności konsultanci proponują **współpracę z konsultantem psychologiem (na obowiązujących zasadach)**.

Dodatkowe istotne propozycje zmian wskazane przez Są nimi m. in.:

- - potrzeba, aby zatrudnieni psycholodzy byli specjalistami psychologii klinicznej, posiadającymi specjalizację z zakresu psychologii klinicznej (nie certyfikaty czy inne zaświadczenia), ponieważ jedynie oni posiadają głębokie, odpowiednie przygotowanie ( 5 lat studiów + 4 lata specjalizacji z licznymi stażami, potwierdzone egzaminem państwowym egzaminem w CEM);

- - sugestia umieszczenia psychologa w bliższych relacjach z lekarzami, uczestniczenie w odprawach lekarskich, obchodach, w czasie omawiania problemów pacjentów dorosłych i leczonych noworodków (ułatwiłoby to szybszą pomoc psychologiczną szczególnie potrzebującym pacjentom); ważna jest też współpraca psychologów z pozostałym personelem, któremu byłoby łatwiej podejmować właściwe decyzje;
- - ponadto psycholog może stanowić ważne źródło wiedzy i wsparcia do szkolenia pozostałego personelu w omawianym zakresie udzielania pomocy psychologicznej pacjentce i jej dziecku;
- pomoc psychologiczna udzielana pacjentce oraz jej rodzinie powinna być dostępna na wszystkich etapach oddziaływań medycznych w celu zmniejszenia ryzyka wystąpienia zdarzeń niepożądanych;
- - przy zatrudnieniu należy barć pod uwagę fakt, iż niezbędnym „warsztatem pracy psychologa” jest oddzielny gabinet; tylko w takich warunkach psycholog kliniczny może przeprowadzić właściwie diagnostykę i terapię, szanując godność i poczucie intymności pacjentki;

***1b. Brak potrzeby zatrudniania psychologów na oddziałach ginekologiczno-położniczych.***

Konsultant Krajowy w dziedzinie Ginekologii i Położnictwa oraz Prezes Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego w przesłanych opiniach wskazują, iż nie widzą zasadności zatrudniania psychologów na oddziałach ginekologiczno-położniczych.

Swoje stanowisko w sprawie eksperci uzasadniają następującymi argumentami:

- aktualnie istnieją procedury umożliwiające udzielanie porad zarówno kobietom ciężarnym jak i po porodzie, które znajdują się w katalogu Narodowego Funduszu Zdrowia (dotychczas obowiązująca współpraca z konsultantem psychologiem), a jakość udzielanej pomocy zależy tylko od dyrektorów placówek;
- oddziały położnicze III poziomu referencyjnego, czyli tam gdzie rodzą się dzieci z wadami wrodzonymi i wcześniaki **zwykle** zatrudniają psychologów, a ponadto w tych oddziałach personel ma we własnych procedurach dobrze opracowane wsparcie psychologiczne;

- - w oddziałach II poziomu referencyjnego (większość oddziałów w szpitalach wojewódzkich) nie rodzą się noworodki poniżej 2000 gramów i dzieci z wadami wrodzonymi;
- - w oddziałach I poziomu referencyjności nie powinny odbywać się porody przedwczesne, ani rodzić się noworodki z wadami wrodzonymi i w żadnym wypadku nie powinno leczyć się chorych onkologicznie; do takich oddziałów mogą takie przypadki trafiać, ale sporadycznie (kilka razy w roku) i jest to zwykle wynik błędu organizacyjnego;
- - Narodowy Fundusz Zdrowia powinien bardziej, niż dotychczas, kontrolować jakość świadczeń psychologicznych udzielanych w związku z ciążą; propozycja uzupełnienia przepisów o brakujące procedury;

## **2. Aspekt społeczny wynikający z analizy problemu.**

Silny stres odczuwany przez kobietę będącą w okresie ciąży, porodu lub połogu nie tylko negatywnie wpływa na rozwój płodu, ale może również komplikować przebieg porodu, zaburzać kształtowanie się więzi pomiędzy matką i noworodkiem, powodować nieprawidłowe

postrzeganie roli przez matkę; jest też łączony z zaburzeniami dalszego rozwoju psychospołecznego dzieci. Ponadto udowodniono wpływ zaburzeń emocjonalnych u matek w etiologii zahamowania wewnątrzmacicznego rozwoju płodu i występowania porodów przedwczesnych. Matki często nie radzą sobie w sytuacjach trudnych i w bezradności sięgają po różnego rodzaju używki takie jak: leki, alkohol i inne substancje uzależniające, których niekorzystne działanie (najpierw na płód, a później na noworodka) może być wielokierunkowe. Zatem zatrudnienie psychologów na oddziałach ginekologiczno-położniczych

miałoby niewątpliwie pozytywny wpływ na zdrowie psychiczne nie tylko pojedynczej jednostki, ale również całej rodziny.

## **3. Rekomendacje.**

W wyniku przeprowadzonej analizy Rzecznik Praw Pacjenta rekomenduje:

- wprowadzenie zmian przepisów w zakresie obowiązku zatrudniania psychologów na oddziałach ginekologiczno - położniczych, a co za tym idzie zatrudnienie psychologów powinno stanowić warunek realizacji świadczeń

wpisany w Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz. U. z 2013 r., poz. 1520).

- - wpis do rozporządzenia obowiązku zatrudniania psychologów na oddziałach ginekologiczno – położniczych:
- określenie wielkości etatu dla zatrudnianych psychologów.