



foto: DEPOSITPHOTOS

# Samodzielność zawodowa położnych a dobry poród

*Wyposażone w dobre umocowania prawne, wiedzę, umiejętności, posiadające wykształcenie na poziomie najczęściej akademickim nie zawsze są dopuszczane do bycia partnerem w prowadzeniu porodu i czynieniu go „dobrym porodem”.*

*Czy są szanse, by to zmienić?*

dr nauk o zdrowiu **DOROTA FRYC**

Samodzielność i niezależność zawodu położnej nie jest ideą nową. Jej źródła należy poszukiwać w odległej przeszłości. Sięganie do historii nie jest też błędem w kontekście rozwoju położnictwa. Trafnie określili to na przełomie XIX i XX wieku redaktor naczelny „Krytyki Lekarskiej” Zygmunt Kramsztyk: *Jeżeli ktoś chce poznać prawdziwie naukę jako jeden z najważniejszych fenomenów życia ludzkiego, musi uczyć się ją pozna-*

*wać w ujęciu historycznym.* Dawne akty prawne dotyczące zawodu położnej zaliczały ją do personelu pomocniczego. Praca w tym zawodzie polegała przede wszystkim na wykonywaniu zleceń lekarskich. Świątek w swoim artykule *Lekarz i pielęgniarka* przypomina instrukcję Ministra Zdrowia z 1958 r., w której to podanie przez pielęgniarkę samodzielnie leku było traktowane jako przekroczenie kompetencji i nielegalne praktykowanie zawodu lekarza. Współczesne położne, budując swój aktualny, profesjonalny wizerunek, powinny umiejętnie odciąć się od takich negatywnych skojarzeń z przeszłości. Dbanie o rozwój zawodu i prestiż profesji zakłada jednocześnie staranie i troskę o swoje podopieczne. Taka dwukierunkowość starań w opiece okołoporodowej skutkuje m.in. „dobrym porodem” – dobrym bez względu na miejsce czy też sposób ukończenia ciąży.

**Aby mówić o samodzielności zawodowej, należy przede wszystkim odnieść się do umocowań praw-**

**nych dotyczących profesji.** Poszczególne akty prawne jasno wskazują na położną jako samodzielnego medycznego specjalistę. W Ustawie o zawodzie pielęgniarki i położnej (Dz.U. z dnia 23 sierpnia 2011 r. z późn. zm.), ustawodawca umieścił zapis nazywający pielęgniarkę i położną osobami samodzielnie wykonującymi zawód medyczny. Dało to podstawy do określenia autonomicznych kompetencji dla obydwu zawodów. Prawodawca tylko w stosunku do zawodów pielęgniarki i położnej przyjął bezpośrednią formułę nazywającą te zawody samodzielnymi zawodami medycznymi. Nie było takiej potrzeby przy określaniu autonomii zawodów lekarza i lekarza dentystry, gdyż oba posiadają swoją kliniczną niezależność wobec innych profesji medycznych. Nestorowicz uważa, że podporządkowanie położnej lekarzowi w zakresie wykonywania zleceń dotyczących procesu leczenia nie stoi w sprzeczności z ustawową samodzielnością przedstawicieli tego zawodu,



## Kursy dokształcające w ramach kształcenia podyplomowego

Już ponad 12 tys. pielęgniarek i położnych ukończyło kursy BD, otrzymując certyfikaty w zakresie:

- Kaniulacja żył obwodowych i terapia płynami infuzyjnymi.
- Ekspozycja zawodowa na patogeny krwiopochodne.

mimo że jest to podległość administracyjna z określonymi konsekwencjami. Jako przykład podaje podporządkowanie lekarza danego oddziału ordynatorowi i konieczność prowadzenia leczenia według ordynatorskiego, ustalonego toku leczenia. Rutka jednak interpretuje więź zawodową lekarza i położnej nie jako podporządkowanie, ale jako więź merytoryczną, partnerską. Karkowska w swoich prawnych rozważaniach na temat relacji zawodowej lekarz-położna w kontekście autonomii zawodu położnej wskazuje na konieczność rozróżnienia pojęcia „zlecenie lekarskie” (odnotowane w dokumentacji medycznej), a „polecenie lekarza”. Tymiński uważa, że jest to podległość wynikająca z zapisów Kodeksu pracy, wyrażająca się przejęciem przez lekarza dyżurnego obowiązków kierownika dyżuru. Tego rodzaju interpretacja znajduje swoje odbicie w regulaminach organizacyjnych poszczególnych placówek ochrony zdrowia oraz w zakresie obowiązków położnej na danym stanowisku pracy. Karkowska przedstawia pogląd, że rozwiązania prezentowane przez ww. autorów stoją w sprzeczności z aktami nadrzędnymi i regulaminy wewnętrzne jednostek ochrony zdrowia nie powinny być formułowane na podstawie takiego rozumienia problemu.

**Art. 2 rozdz. 1 Ustawy o zawodzie pielęgniarki i położnej wywoływał i wywołuje nadal dyskusję i różną interpretację swego zapisu.** Wprowadza on niejasności w zwykłym, codziennym wykonywaniu zawodu i w relacjach interpersonalnych w miejscu pracy. Należy w związku z tym zadać pytania: Czy mamy do czynienia z brakiem zgodności między szeroko rozumianym systemem prawnym a aktami prawnymi dotyczącymi zawodu? Czy zapis jest niejednoznaczny i daje możliwości różnej jego interpretacji? Twierdzące odpowiedzi komplikują w znaczący sposób możliwość autonomicznego praktykowania przez położne w ramach podmiotów leczniczych tak publicz-

nych, jak i niepublicznych. Stan taki wpływa na relację zawodową pomiędzy położną a lekarzem i w efekcie przekłada się na jakość opieki wobec tych, które mają prawo oczekiwać, że poród ich dziecka, będzie „dobrym porodem”.

Szczegółowe elementy wykonywania zawodu położnej są zapisane w drugim rozdziale ww. ustawy. Punkt czwarty tego rozdziału informuje czytelnika, iż wykonywanie tego zawodu polega na udzielaniu świadczeń zdrowotnych, w szczególności na: samodzielnym udzielaniu w określonym zakresie świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych oraz medycznych czynności ratunkowych. Dopiero punkt piąty wskazuje na jeszcze jedną aktywność zawodową, jaką jest wykonywanie zleceń lekarskich w procesie diagnostyki, leczenia i rehabilitacji.

Aktem wykonawczym do Ustawy o zawodzie pielęgniarki i położnej jest m.in. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 7 listopada 2007 r. w sprawie rodzaju i zakresu świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych udzielanych przez pielęgniarkę albo położną samodzielnie bez zlecenia lekarskiego. Osobie czytającej tylko te dwa akty prawne w ogóle nie powinno nasuwać się pytanie, czy aby na pewno położna ma samodzielne kompetencje. Paragraf szósty rozporządzenia precyzyjnie opisuje czynności, do których jest uprawniona położna. W zapisach tych uwzględniono również wykształcenie położnych, od którego uzależniona jest możliwość wykonywania poszczególnych świadczeń medycznych. Załączniki nr 3 i 5 do omawianego rozporządzenia stanowią wykazy leków, które położna może podać samodzielnie bez zlecenia lekarskiego w sytuacjach wymagających interwencji. Leki z powyższych załączników, które nie są dostępne w wolnym obrocie aptecznym, położna prowadząca swoją działalność może nabyć w hurtowniach farmaceutycznych lub poprzez apteki na podstawie Rozporządzenia Mini-

## O „dobrym porodzie” na łamach MPiP dyskutują:

**Położne ze Stowarzyszenia „Dobrze urodzeni”**  
[www.dobrzeurodzeni.pl](http://www.dobrzeurodzeni.pl)

Misją Stowarzyszenia jest wspieranie rodziców pragnących w pełni doświadczać swojego rodzicielstwa, szczególnie w czasie porodu, a także wspieranie niezależnie pracujących położnych.

**Doule ze Stowarzyszenia „Doula w Polsce”**  
[www.doula.org.pl](http://www.doula.org.pl)



Stowarzyszenie powstało, by kształcić i zrzeszać wykwalifikowane doule. Stawiamy sobie za cel promowanie dobrych praktyk i zwyczajów okołoporodowych oraz świadomego i zaangażowanego rodzicielstwa.

**mgr pól. Beata Żółkiewska, wiceprezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych**

Zapraszamy wszystkich, którzy do tej dyskusji chcieliby się przyłączyć. Czekamy pod adresem [mpip@nipip.pl](mailto:mpip@nipip.pl).

stra Zdrowia z dnia 16 grudnia 2002 r. w sprawie wykazu produktów leczniczych, które mogą być doraźnie dostarczane w związku z udzielanym świadczeniem zdrowotnym, wykazu produktów leczniczych wchodzących w skład zestawów przeciwwstrząsowych, ratujących życie (Dz.U. Nr 126, poz. 1381; z 2002 r. Nr 113, poz. 984, Nr 141, poz. 1181 i Nr 152, poz. 1265) oraz na podstawie Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 12 grudnia 2002 r. w sprawie podmiotów uprawnionych do zakupu produktów leczniczych w hurtowni farmaceutycznej.

**Prowadząc dyskusję na temat samodzielności zawodowej położnych i „dobrego porodu”, nie można pominąć takich uregulowań prawnych jak Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 września 2012 r. >>>**

**dr n. o zdrowiu Dorota Fryc** – położna od 1986 roku, pracowała na różnych oddziałach typowych dla położnych. Od 2001 roku prowadzi własną praktykę położniczą w miejscu wezwania, od 2003 roku przyjmuje porody domowe. Doktor nauk o zdrowiu i pracownik Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie, członkini i wiceprezeska Stowarzyszenia „Dobrze Urodzeni”. Zainteresowana szeroko pojętą samodzielnością zawodową położnych i prawem rodziców do niezależnych decyzji dotyczących okresu okołoporodowego i rodzicielstwa w ogóle.



**Kursy są bezpłatne dla użytkowników produktów BD, odbywają się w miejscu pracy, ich programy zostały zatwierdzone przez Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych, zyskały patronat Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych.**

**Nowa oferta kursów już wkrótce – szczegóły w MPiP oraz na [www.bd.com/pl](http://www.bd.com/pl)**



w sprawie standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, położu oraz opieki nad noworodkiem (Dz.U. Nr 112, poz. 654, z późn. zm.) i Standardy postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, położu oraz opieki nad noworodkiem. Drugi z wymienionych aktów prawnych określa szczegółowo zakres możliwości położnej w sprawowaniu opieki nad kobietą w okresie okołoporodowym. Daje polskiemu położnej możliwość prowadzenia fizjologicznej ciąży, porodu, położu i opieki nad zdrowym noworodkiem. Niestety, nie wszystkie świadczenia możliwe do zrealizowania przez położną, wymieniane w tym akcie, są obecnie opłacane ze środków publicznych. Do świadczeń, które mogą być objęte umową pomiędzy NFZ a położną należy edukacja okołoporodowa wobec kobiet ciężarnych od 21. tygodnia ciąży do jej końca i wizyty patronażowe po porodzie. Pozostałe świadczenia, takie jak prowadzenie ciąży, przyjęcie porodu w innym miejscu niż szpital, możliwość wystawiania skierowań do laboratorium czy do specjalistów przez położną są w ramach umowy z NFZ aktualnie niedostępne. Prowadzi to do ogranicze-

**BYĆ MOŻE DOBRYM ROZWIĄZANIEM, KTÓRE SPRAWDZA SIĘ W INNYCH KRAJACH EUROPY ZACHODNIEJ, BYŁOBY WPROWADZENIE JASNEJ LINII PODZIAŁU POMIĘDZY OPIEKĄ W FIZJOLOGICZNEJ CIĄŻY A TĄ SPRAWOWANĄ W PRZYPADKU TOWARZYSZĄCEJ PATOLOGII.**

nia możliwości korzystania ze świadczeń położnych przez ogromną rzeszę kobiet będących w okresie okołoporodowym. Bezsprzecznie czynnikiem ekonomicznym w korzystaniu ze świadczeń medycznych bywa decydującym o wyborze świadczeniodawcy. Czy zatem odwołanie w czasie decyzji na poziomach legislacyjnych i oceny bezpieczeństwa technologii medycznych oraz kwestii dotyczących praktykowania w zawodzie położnej nie jest działaniem mającym znamiona celowego ograniczania możliwości wybranym grupom zawodowym? Działania takie bezpośrednio umniejszałyby prawo wyboru dla środowiska pacjentów-klientów.

**Podobnie tendencyjnym wydaje się pytanie, czy położna może być współautorem „dobrego porodu”.** Może i najczęściej jest. W związku z powyższymi uwarunkowaniami i rozważaniami prawnospołeczno-relacyjnymi położne doświadczają ogromnej frustracji w praktykowaniu swego zawodu. Wyposażone w dobre umocowanie prawne, wiedzę, umiejętności, posiadające wykształcenie na poziomie najczęściej akademickim nie zawsze są dopuszczane do bycia partnerem w prowadzeniu porodu i czynieniu go „dobrym porodem”. To czy poród dla konkretnej kobiety będzie „dobry”, zależy od jej oczekiwań, sytuacji położniczej, ale i możliwości współpracy z całym zespołem terapeutycznym, któ-

rego integralną częścią powinna być położna. „Dobry poród” to również taki, w którym personel medyczny zaangażowany w opiekę mówi jednym głosem i porozumiewa się na poziomie partnerskim, a nie hierarchicznym. Rodząca ma wówczas możliwość konsultacji z każdym członkiem zespołu, w tym z położną. Otrzymuje również kompletną, równoprawną i wzajemnie się uzupełniającą informację od poszczególnych członków zespołu. Niestety, konstrukcja polskiego systemu ochrony zdrowia wciąż jest bardzo zhierarchizowana. Często zdarza się, iż wielogodzinna opieka nad rodzącą i praca położnej są przekreślane jednym autorytarnym zdaniem czy poleceniem bez możliwości merytorycznej wymiany informacji. Sytuację takiej położnej można porównać do „bytu daremnego” – posiadającego ogromne możliwości i niemogącego ich z różnych przyczyn wykorzystywać. Jeżeli więc mówimy o samodzielności, o kompetencjach, o byciu autorem „dobrego porodu”, należałoby założyć, iż nie ma takiej profesji, która mogłaby kontrolować dany zawód, zamiast zdrowo z nim konkurować. Pociąganie do odpowiedzialności i uprawnienia do kontrolowania praktyki położnych powinni mieć jedynie przełożeni: oddziałowe, przełożone, naczelne itd. oraz korporacja zawodowa i wymiar sprawiedliwości.

Być może dobrym rozwiązaniem, które sprawdza się w innych krajach Europy Zachodniej, byłoby wprowadzenie jasnej linii podziału kompetencji pomiędzy opieką w fizjologicznej ciąży a tą sprawowaną w przypadku towarzyszącej patologii. Jasny podział kompetencji pomiędzy różnymi medykami sprawującymi opiekę nad kobietą w okresie okołoporodowym usunąłby nakładanie się na siebie uprawnień i wprowadził inny zakres odpowiedzialności. Czy jest potrzeba leczenia fizjologicznej ciąży i czy położna, rozpoznając patologię, nie odeśle na podstawie obowiązującego prawa kobiety do lekarza? Czy nadrzędną sprawą nie jest „dobry poród” bez względu na to, kto sprawuje opiekę nad kobietą i gdzie on się odbywa? By odpowiedzieć na te pytania, należałoby rozpocząć dyskurs, czym i dla kogo jest pojęcie „dobrego porodu”. Pytanie pozostaje otwarte. □



foto: DEPOSITPHOTOS