

POŁOŻNA PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ W SYSTEMIE OPIEKI ZDROWOTNEJ W POLSCE

MIDWIFE OF PRIMARY HEALTH CARE IN THE HEALTHCARE SYSTEM IN POLAND

Agnieszka Smerdka

Pracownia Historii Zawodów Medycznych, Katedra Nauk Społecznych, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

STRESZCZENIE

Położna podstawowej opieki zdrowotnej w systemie opieki zdrowotnej w Polsce funkcjonuje od wielu lat. Jej kompetencje najczęściej kojarzone są z wizytami patrolowymi u kobiety po porodzie oraz z opieką nad noworodkiem w tym czasie. Jednak zakres obowiązków i uprawnień jest o wiele większy. Po reformie ochrony zdrowia w 1999 r. w Polsce podstawowa opieka zdrowotna miała za zadanie spełniać cele nakreślone przez Światową Organizację Zdrowia dla tego poziomu referencyjności opieki zdrowotnej. Położna podstawowej opieki zdrowotnej (położna POZ) oprócz świadczeń pielęgnacyjnych i diagnostycznych w zakresie swoich kompetencji ma również m.in. edukację kobiety na każdym etapie jej życia i tym samym dostarczanie kobiecie i jej rodzinie wiedzy na temat właściwej samoopieki.

Słowa kluczowe: położna, położna podstawowej opieki zdrowotnej, Światowa Organizacja Zdrowia, samoopieka, edukacja, edukacja prozdrowotna, system opieki zdrowotnej w Polsce.

ABSTRACT

Midwife of primary health care in the healthcare system in Poland has been operating for many years. Her competencies are mainly associated with postpartum visits at women's home and care of a newborn at that time. However, the scope of duties is significantly greater. After the reform of health care system in 1999 in Poland, primary health care was designed to meet the objectives outlined by the World Health Organization for the referral level of health care. The midwife of primary health care (community midwife) besides providing care and diagnostics in her field of competence also educates women at every stage of her life and her family about proper self-care.

Keywords: midwife, midwife of primary health care, World Health Organization, self-care, education, health education, Polish health care system.

Wstęp

W zamierzcztych wiekach opieka zdrowotna w Polsce oparta była na magii, czarach oraz odczynianiu uroków i niejednokrotnie nie miała nic wspólnego z leczeniem. Praktyka medyczna była połączeniem medycyny ludowej, a trudnili się nią znachorzy, zielarze oraz kobiety zapewniające pomoc położniczą [1]. W okresie okołoporodowym kobietom towarzyszyły zawsze osoby bliskie. Przez wiele stuleci pomocą zarówno ciężarnym, jak i młodym matkom służyły kobiety bez przygotowania teoretycznego i praktycznego. W kulturze starostwiańskiej zwane były „babkami”, „babami”, a z czasem „mądrymi kobietami” bądź po prostu „mądrymi” [2–4]. To właśnie one stanowiły pierwowzór akuszerki, a później położnej; również sposób sprawowania opieki w środowisku domowym znacząco upodabnia „babki” i „mądre” do położnej podstawowej opieki zdrowotnej.

Historia i geneza podstawowej opieki zdrowotnej w Polsce

W średniowieczu pomocy medycznej udzielali zakonnicy oraz duchowni. Z czasem możliwość ta została ograniczona, początkowo przez sobór w Clemont (1130 r.), który zabronił duchownym praktyki lekarskiej w zamian za pieniądze. Niecałe 200 lat później sobór luteriański w 1215 r. zakazał osobom duchownym zajmowania się chirurgią. Zmiany te spowodowały, że medycyną zaczęły trudnić się osoby niezwiązane z Kościołem [1].

Pierwsze wzmianki o zorganizowanej opiece medycznej na polskich dworach pochodzą z XIII i XIV wieku, kiedy to polscy królowie, księżęta i magnaci rozpoczęli zatrudnianie medyków dworskich (zwanych wtedy fizykami królewskimi, przybocznymi oraz dwornymi), kształcili się oni początkowo za granicą, a od 1364 r. w Krakowie na Uniwersytecie Jagiellońskim. Do ich zadań należało leczenie członków rodziny królewskiej, dworu, a z czasem również

poddanych. Z biegiem czasu funkcja fizyka nadwornego ewoluowała i powołano urząd fizyków miast królewskich oraz prywatnych, którzy zajmowali się nadzorem sanitarnym miast, zapobieganiem szerezeniu się epidemii oraz udzielaniem bezpłatnych porad medycznych ludziom ubogim. Profesja ta przetrwała do końca XVII wieku i była załącznikiem ogólnodostępnego leczenia otwartego [1].

Pierwsze próby zorganizowania leczenia otwartego w Polsce zostały podjęte w 1774 r., kiedy do życia powołano Komisję nad Szpitalami. Następnie w 1775 r. Sejm Ekstraordynacyjny w Warszawie uchwalił tzw. Konstytucję Szpitalną. Niestety założenia konstytucji nigdy nie zostały zrealizowane w związku z rozbiorem Polski, a system opieki zdrowotnej został dostosowany do systemów panujących w państwach zaborczych [1].

U schyłku XIX wieku w związku z rozwojem przemysłu zaczęto dostrzegać konieczność zapewnienia opieki zdrowotnej pracownikom w nim zatrudnionych. Zapoczątkowało to powstanie pierwszych kas chorych, w Niemczech w 1883 r. oraz w Austrii w 1888 r. [1].

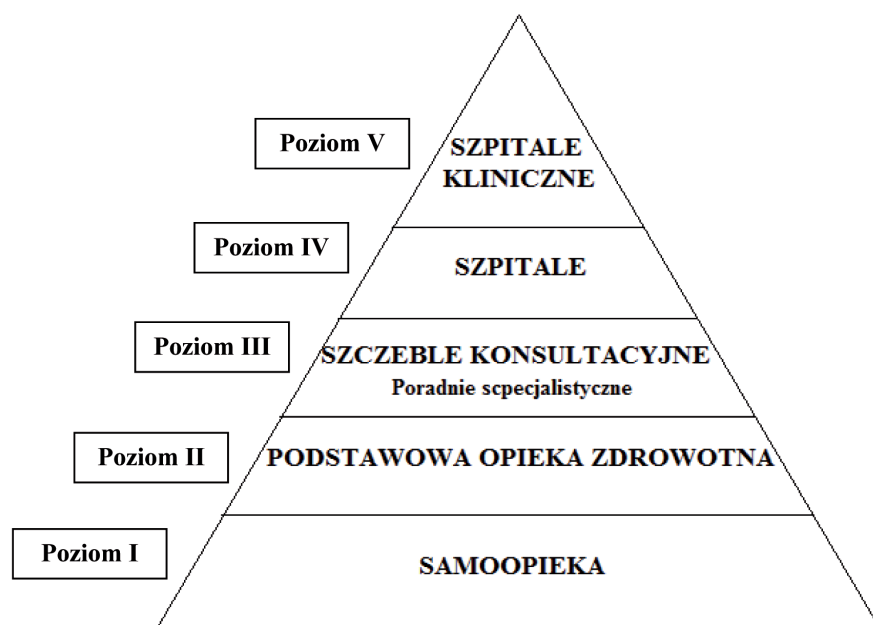
Pierwsza instytucja lekarza domowego powstała w zaborze pruskim; wynagrodzenie tego lekarza było uzależnione od liczby posiadanych pacjentów. W zaborze austriackim natomiast lekarzem leczenia otwartego był lekarz ambulatoryjny. Jego pensja była uzależniona od przyjmowania pacjentów w ambulatorium należącym do kasy chorych. Pomimo tych zabiegów uboga część społeczeństwa nadal nie miała zapewnionego bezpłatnego dostępu do państwowej opieki medycznej i zdana była na pomoc lekarzy społeczników. Za sprawą ich działalności, która nasiliła się szczególnie w okresie rewolucji w latach 1905–1907, wyostroszono pierwsze postulaty i podjęto próby utworzenia powszechnej opieki zdrowotnej dla wszystkich. Mimo tych zabiegów w Polsce okresu międzywojennego około 80% świadczeń ambulatoryjnych było udzielanych przez lekarzy praktykujących prywatnie, którzy niechętnie podejmowali pracę w sektorze publicznym. Za próbę ujednoczenia tego systemu można uważać *Ustawę z dnia 19 maja 1920 roku o obowiązku ubezpieczeniu na wypadek choroby*. Celem tej ustawy było udzielanie świadczeń zdrowotnych ubezpieczonemu przez lekarza mającego podpisaną umowę z kasą chorych [1].

Pierwsze ośrodki zdrowia w Polsce powstały w 1925 roku, dzięki wsparciu Fundacji Rockefellera; były to ośrodki zdrowia: małomiasteczkowo-wiejski w powiecie skierniewickim oraz miejski na Mokotowie w Warszawie. Pierwotnie ośrodki zdrowia po 5 latach miały być przejęte przez władze samorządowe, jednak przekształciły się w swoiste poradnie dla ubogich, które do 1957 r. objęły swoją opieką

medyczną 1,5 miliona obywateli (co stanowiło nieco ponad 4% społeczeństwa) [1].

W wyniku wzmagającego się kryzysu finansowego uchwalono *Ustawę z dnia 28 marca 1933 r. o ubezpieczeniu społecznym* (tzw. ustawę scaleniową). Na jej podstawie obowiązki samorządowych kas chorych przejęły ubezpieczalnie społeczne, które działały w ramach Zakładu Ubezpieczeń Społecznych. Ujednoczenie ubezpieczenia zdrowotnego zostało oparte na funkcji lekarza rodzinnego, jednak nadal leczenie ubezpieczeniowe objęło zaledwie 15% obywateli, głównie w dużych miastach. Sytuacja ta spowodowała uchwalenie *Ustawy z dnia 15 czerwca 1939 r. o publicznej służbie zdrowia* – celem tej ustawy była poprawa opieki medycznej na terenach wiejskich. Od tego momentu miały być powoływane ośrodki zdrowia będące podstawową jednostką leczenia samorządowego (zasięg opieki miał obejmować 2–3 gminy). Co więcej, po raz pierwszy opieka medyczna nie miała mieć tylko charakteru naprawczego, ale również odznaczać się działalnością profilaktyczną. Ustawa ta nie weszła w życie w związku z wybuchem II wojny światowej.

Po zakończeniu działań wojennych w państwie polskim po raz kolejny próbowano zagwarantować systemowo podstawową opiekę zdrowotną dla wszystkich mieszkańców kraju. Na kanwie tych założeń we wrześniu 1945 r. Ministerstwo Zdrowia (opierając się na *Ustawie z dnia 15 czerwca 1939 r. (...)*) przyjęło projekt opierający leczenie otwarte na okręgowych ośrodkach zdrowia. Miały one mieć charakter leczniczy, profilaktyczny oraz pełnić funkcję kontroli sanitarnej. W Polsce rozwijał się ustrój komunistyczny, co doprowadziło do powstania *Ustawy z dnia 28 października 1948 r. o społecznych zakładach służby zdrowia i planowej gospodarce w służbie zdrowia*. Obowiązujący od tego momentu model opieki leczenia otwartego opierał się na funkcjonującym w Związku Radzieckim modelu Siemaszki. Filarem tego modelu były okręgowe ośrodki zdrowia (podzielone na trzy podstawowe przychodnie, takie jak: ogólna, dla matek i dzieci oraz dla dzieci w wieku przedszkolnym i szkolnym). Podstawą tego systemu była rejonizacja, w związku z którą pacjent mógł bez ograniczeń korzystać z bezpłatnej opieki medycznej lekarza rejonowego, do którego został przydzielony na podstawie miejsca zamieszkania. W rejonach miejskich lekarz podstawowej opieki zdrowotnej obejmował 3–5 tysięcy mieszkańców w przychodniach rejonowych. Na wsiach natomiast lekarz z państwowego bądź spółdzielczego ośrodka zdrowia obejmował swoją opieką 3 do 6 tysięcy mieszkańców [1, 5]. System ten przetrwał w Polsce do lat 90. XX wieku, kiedy to rozpoczęła się reforma służby zdrowia.



Rycina 1. Poziomy referencyjne opieki zdrowotnej, zgodnie z kryterium WHO [5]

Koncepcja podstawowej opieki zdrowotnej według założeń Światowej Organizacji Zdrowia (WHO)

Światowa Organizacja Zdrowia (ang. *World Health Organization* – WHO) jest główną organizacją międzynarodową o charakterze prozdrowotnym, wspierającą rozwój nowoczesnej podstawowej opieki zdrowotnej (POZ). Według założeń WHO nowoczesna POZ opiera się na aktywnym uczestnictwie całej społeczności (pojedynczych obywateli) w bezpośrednim działaniu skierowanym na poprawę własnego zdrowia, w myśl zasady samoopieki (z angielskiego *self-care*). Według WHO jest to proces, „...w którym ludzie sami działają na rzecz wzmocnienia swojego zdrowia, zapobiegania chorobom, wykrywania chorób i leczenia na poziomie podstawowym istniejącego systemu ochrony zdrowia” [5]. Głównym celem w unowocześnianiu POZ jest poprawa stanu zdrowia obywateli oraz ich rodzin.

W myśl idei WHO, gdy pacjent nie jest w stanie sam sobie pomóc, powinien zgłosić się do lekarza POZ, który to zadecyduje, czy konieczne jest skierowanie podopiecznego do III stopnia opieki, czyli szpitala, gdyż leczenie wybiega poza kompetencje lekarza [5].

Jak ważna jest podstawowa opieka zdrowotna i jaką powinna spełniać funkcję, po raz pierwszy jasno zostało określone w 1978 r. na konferencji WHO w Ałma-Acie. Przyjęta wtedy została deklaracja zapewniająca, że podstawowa opieka zdrowotna jest niezbędna do zapewnienia zdrowia wszystkim mieszkańcom krajów członkowskich. W konferencji uczestniczyły 134 państwa, 64 organizacje

rządowe i pozarządowe współpracujące z ONZ. Konferencja zakończyła się powstaniem trzech dokumentów o charakterze międzynarodowym (*Deklaracja, Rekomendacje* oraz *Raport Wspólny Dyrektora Generalnego WHO i Dyrektora Zarządzającego UNICEF*). Konferencja przyczyniła się też do opracowania strategii na rzecz poprawy zdrowia ludzkości do końca XX wieku [5].

Kolejnym krokiem do umocnienia POZ w systemach ochrony zdrowia różnych krajów świata było przyjęcie w 1979 r. przez WHO rezolucji WHA 32.30. Była ona kontynuacją dokumentów z Ałma-Aty, a ponadto doprecyzowała założenia strategii „Zdrowie dla wszystkich w roku 2000”. W dokumencie tym za najważniejsze uznano m.in. poprawę opieki nad matką i dzieckiem, planowanie rodziny oraz edukację zdrowotną. Przyjęta później *Karta Ottawska* (1986 r.) również podkreślała znaczenie podstawowej opieki zdrowotnej dla utrzymania zdrowia ludzkości. Na kanwie tych założeń wiele krajów starało się przyjąć ustawy i dokumenty umacniające znaczenie POZ w systemie zdrowotnym [5].

Rekomendacje przyjęte w Ałma-Acie (1978 r.), Bordeaux (1983 r.) oraz Rydze (1988 r.) zakładały reformy POZ zgodnie z ich zapisami; celem tych reform jest zapewnienie ciągłej i interdyscyplinarnej podstawowej opieki, współpracującej i współgrającej z innymi szczeblami opieki zdrowotnej i publicznej. Ponadto zagwarantowują opiekę medyczną na wysokim poziomie jednostkom, rodzinom oraz społecznościom lokalnym. Zadaniem POZ jest zapewnienie działania w obszarze promocji zdrowia oraz prewen-

cji chorób, a nie tylko działalność lecznicza. Wszystkie te elementy miały być powiązane ze społecznością lokalną i pracą w zespole, a zadaniem krajów wprowadzających zmiany było utrzymanie tej opieki na poziomie adekwatnym do możliwości beneficjenta usług, przy równoczesnym utrzymaniu właściwego standardu świadczeń [5].

Kolejna konferencja WHO odbyła się w 1996 r. w Lublinie i dotyczyła reform opieki zdrowotnej w Europie. Efektem tego było opracowanie i przyjęcie *Karty z Lublany* – dokument ten podkreślał dostosowanie świadczeń opieki zdrowotnej do potrzeb społeczności z uwzględnieniem odpowiedzialności jej członków za swój stan zdrowia [5].

Podstawowa opieka zdrowotna w Polsce po 1999 r.

Zmiany polityczno-społeczne w naszym kraju pod koniec XX wieku wpłynęły na system opieki zdrowotnej i wymusiły dostosowanie go do aktualnych potrzeb. Pierwsze reformy podstawowej opieki zdrowotnej przeprowadzono na początku lat 90. XX wieku. W 1991 r. została uchwalona *Ustawa (...) o zakładach opieki zdrowotnej*, która wprowadziła nową jakość w lecznictwie polskim. Akt ten umożliwił świadczenie usług medycznych (w tym również w ramach POZ) zarówno przez publiczne zakłady opieki zdrowotnej (ZOZ), jak i niepubliczne (NZOZ) utworzone przez spółki akcyjne bądź cywilne oraz osoby fizyczne (np. indywidualnie praktykującą położną). Od tego momentu świadczenia miały być kontraktowane przez samorządy terytorialne czy administrację rządową. Docelowym działaniem tej reformy było wprowadzenie kontraktowania

przez zarządzających ubezpieczeniem zdrowotnym – początkowo były to kasy chorych, a obecnie zajmuje się tym Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) [5].

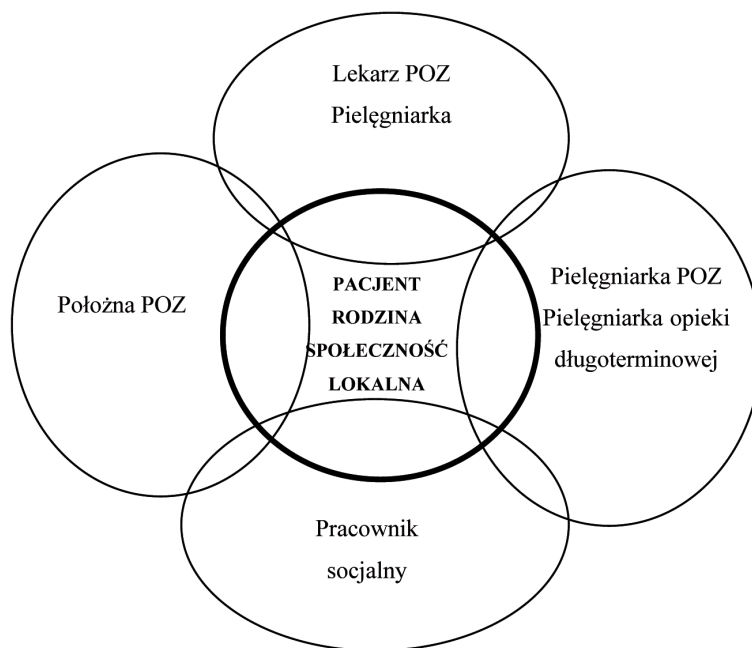
Dnia 27 sierpnia 2004 r. w życie weszła *Ustawa (...) o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych*. Określała ona m.in. zadania władz publicznych w zapewnieniu równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej. Co więcej, ustawa definiuje podstawową opiekę zdrowotną, świąteczną opiekę zdrowotną, świadczenia gwarantowane, świadczenia zdrowotne, świadczenia specjalistyczne, świadczenia zdrowotne rzeczowe, świadczenia towarzyszące. W ustawie możemy też znaleźć definicje położnej POZ, pielęgniarki i lekarza POZ. Według dokumentu świadczenia oferowane przez podstawową opiekę zdrowotną powinny być ukierunkowane na promocję i profilaktykę zdrowia, diagnostykę schorzeń, leczenie, zapobieganie lub ograniczanie niepełnosprawności, usprawnianie oraz pielęgnację [5, 6].

Świadczenia w ramach POZ odbywają się na podstawie złożenia odrębnej deklaracji przez pacjenta – świadczeniobiorcę o chęci przynależności do danego lekarza, pielęgniarki, położnej POZ, którzy świadczą dla niego usługi medyczne, opłacane przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Możliwość udzielania świadczeń w ramach podstawowej opieki zdrowotnej mają tylko te podmioty, które podpisały kontrakt na świadczenie tych usług z NFZ [5].

Status prawny położnej POZ

Zgodnie z *Ustawą z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej* usługi medyczne, w tym usługi

172



Rycina 2. Model zespołu podstawowej opieki zdrowotnej [5]

w ramach POZ, może świadczyć publiczny zakład opieki zdrowotnej (ZOZ), niepubliczny zakład opieki zdrowotnej (NZOZ) utworzony przez spółki bądź osoby fizyczne prowadzące indywidualną praktykę [5].

Aby sprawować opiekę medyczną w ramach pracy położnej POZ, trzeba wykazać się posiadaniem prawa wykonywania zawodu oraz ukończeniem jednego z kursów poszerzających kwalifikacje położnej. Położną podstawowej opieki zdrowotnej jest położna, która ukończyła szkolenie w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego, środowiskowego bądź środowiskowo-rodzinnego lub promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej. Warunkiem przystąpienia do kursu specjalizacyjnego jest posiadanie minimum 2-letniego stażu w zawodzie w przeciągu ostatnich 5 lat oraz aktualnego prawa wykonywania zawodu. Należy też spełnić warunki postępowania kwalifikacyjnego. Ukończenie kursu kwalifikacyjnego z dziedziny pielęgniarstwa rodzinnego, środowiskowego, środowiskowo-rodzinnego, promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej również daje możliwość wykonywania pracy położnej w ramach POZ. Wymogiem rozpoczęcia kształcenia w ramach wspomnianych kursów kwalifikacyjnych jest posiadanie co najmniej 6-miesięcznego stażu pracy w zawodzie oraz aktualnego prawa wykonywania zawodu. Konieczne jest też dopuszczenie przez komisję rekrutacyjną do udziału w kursie. Położna ubiegająca się o pracę w ramach opieki POZ może również uzyskać ją, będąc w trakcie odbywania wspomnianych wcześniej kursów specjalizacyjnego bądź kwalifikacyjnego. *Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych* dopuszcza również możliwość sprawowania opieki położnej POZ przez osoby, które mają tytuł zawodowy magistra położnictwa oraz najmniej 3-letni staż pracy w ośrodku podstawowej opieki zdrowotnej, który świadczył swoje usługi w ramach umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia [6, 7].

Praca położnej POZ może być wykonywana w ramach umowy o pracę, stosunku służbowego, na podstawie umowy cywilnoprawnej bądź w ramach indywidualnej praktyki, indywidualnej specjalistycznej praktyki lub praktyki grupowej. Położna POZ może objąć opieką 6600 podopiecznych wpisanych na listę aktywną (noworodki i niemowlęta do 2. miesiąca życia oraz osoby płci żeńskiej). Za osoby, które złożyły deklarację wyboru do położnej POZ, wypłacana jest stała stawka kawitacyjna. Oprócz tego Narodowy Fundusz Zdrowia wypłaca wynagrodzenie za wykonane czynności diagnostyczno-pielęgnacyjne. Za edukację przedporodową w ramach położnej POZ wypłacana jest kwota 31 zł za jedną wizytę, za wizyty patronażowe u noworodka przysługuje wynagrodzenie w wysokości 26 zł za jednostkową wizytę u danego noworodka bez względu na

płeć, do 2. miesiąca życia, który został zgłoszony do położnej odbywającej wizyty po porodzie [5]. Oprócz płatnych świadczeń opieki w okresie okołoporodowym położna POZ otrzymuje 12 zł za wizytę w ramach opieki ginekologicznej nad pacjentką. Z świadczeń edukacji przegrodowej u położnej POZ kobieta ciężarna ma prawo korzystać, począwszy od 21. tygodnia ciąży aż do jej ukończenia (od 21. tygodnia ciąży do 32. tygodnia raz w tygodniu, od 32. tygodnia do momentu porodu 2 razy w tygodniu) [8].

W przypadku położnych wykonujących pracę w ramach indywidualnej praktyki ustawodawstwo polskie przewiduje odrębne przepisy – dotyczą one pomieszczeń, gdzie wykonywana jest praktyka. Gabinet powinien spełniać wymogi z zakresu instalacji wodociągowej, kanalizacyjnej, grzewczej, wentylacyjnej i elektrycznej, a także powinien mieć wielkość co najmniej 15 m². Obowiązkowe jest zapewnienie osobom niepełnosprawnym dostępu do gabinetu, wydzielenie poczekalni dla pacjentów oraz miejsca do przechowywania odzieży wierzchniej. Ponadto podopieczni odwiedzający położną muszą mieć dostęp do pomieszczenia higieniczno-sanitarnego (wyposażone w ustęp, umywalkę z bieżącą zimną i ciepłą wodą, dozownik do mydła, ręczniki jednorazowe lub suszarkę do rąk) [9]. Położna podstawowej opieki zdrowotnej musi również zapewnić odpowiednie wyposażenie gabinetu w sprzęt medyczny. W skład tego wyposażenia wchodzi m.in.:

- kozetka,
- stolik zabiegowy,
- szafka przeznaczona do przechowywania leków, wyrobów medycznych, środków pomocniczych,
- telefon,
- zestaw do wykonywania iniekcji,
- zestaw do wykonywania opatrunków oraz podstawowy zestaw narzędzi chirurgicznych,
- pakiet do odkażania i dezynfekcji,
- środki ochrony osobistej,
- zestaw przeciwwstrząsowy,
- aparat do pomiaru ciśnienia tętniczego krwi (wraz z kompletem mankietów dla dzieci i dorosłych),
- stetoskop, słuchawka położnicza bądź detektor tętna płodu,
- testy do oznaczania poziomu cukru we krwi,
- glikometr,
- maseczka twarzowa do prowadzenia oddechu zastępczego,
- waga medyczna dla niemowląt,
- waga medyczna ze wzrostomierzem.

Położna środowisko-rodzinna najczęściej świadczy swoje usługi w miejscu zamieszkania pacjenta. Dlatego też musi posiadać neseser wyposażony w odpowiedni sprzęt.

Oprócz m.in. materiałów jednorazowego użytku (takich jak: zestaw do wykonywania iniekcji, zestaw do przetaczania płynów infuzyjnych, zestaw do wykonywania opatrunków, podstawowy zestaw narzędzi chirurgicznych, pakiet ochronny przed zakażeniem) w skład wyposażenia torby położnej wchodzi również: zestaw przeciwwstrząsowy, aparat do mierzenia ciśnienia tętniczego krwi z kompletem mankietów dla dzieci i dorosłych, stetoskop, słuchawka położnicza lub detektor tętna płodu, test do oznaczania poziomu cukru we krwi, pakiet do odkażania i dezynfekcji, zestaw do pielęgnacji noworodka, zestaw do porodu nagłego, glukometr, maseczka do prowadzenia oddechu zastępczego, niezbędny zestaw do wykonywania zabiegów i czynności higieniczno-pielęgnacyjnych, środki ochrony osobistej (takie jak: fartuch, maseczka, rękawice) [10].

Zadania położnej podstawowej opieki zdrowotnej

Położna podstawowej opieki zdrowotnej (położna POZ) ze względu na charakter pracy zobowiązana jest do świadczenia usług zarówno w swoim gabinecie, jak i w miejscu zamieszkania świadczeniobiorcy. Do ogólnych zadań położnej POZ należą planowanie i realizacja kompleksowej opieki w zakresie:

- promocji zdrowia i profilaktyki chorób,
- świadczeń pielęgnacyjnych,
- świadczeń diagnostycznych,
- świadczeń leczniczych,
- świadczeń rehabilitacyjnych [11].

Biorąc pod uwagę cele, jakie ma spełniać podstawowa opieka zdrowotna w systemie ochrony zdrowia, ważną i znaczącą funkcją dla poprawy zdrowia społeczeństwa wydaje się spełniać powierzenie położnej POZ zadań z obszaru promocji zdrowia i profilaktyki chorób. W zakres tych kompetencji wchodzi m.in. edukacja w zakresie prozdrowotnego stylu życia kobiety. Zadania te mogą być realizowane zarówno w okresie przedkonceptyjnym, w czasie ciąży – w ramach edukacji przedporodowej, jak i w okresie połogu, kiedy to położna POZ ma obowiązek minimum 4-krotnie w ciągu 6 tygodni odwiedzić pacjentkę. Dodatkowo do zadań z zakresu promocji zdrowia i profilaktyki chorób zalicza się również: przygotowanie do porodu, ze szczególnym uwzględnieniem porodu rodzinnego, poradnictwo z zakresu higieny odżywiania w okresie połogu, poradnictwo w zakresie pielęgnacji i prawidłowego żywienia noworodka i niemowlęcia do 2. miesiąca życia, poradnictwo laktacyjne oraz promowanie karmienia piersią, edukacja w zakresie szczepień ochronnych. Wymienione zalecenia w zakresie promocji zdrowia powinny być realizowane w czasie wizyt po porodzie w domu pacjentki

oraz już w czasie edukacji przedporodowej. Podjęcie takich działań umożliwia kobiecie właściwą samoopiekę w ramach I poziomu referencyjności podstawowej opieki zdrowotnej [11, 12].

W ramach edukacji prozdrowotnej położna POZ powinna dostarczyć pacjentce wiedzy z zakresu powrotu płodności po porodzie, metod regulacji poczęć, profilaktyki chorób ginekologicznych i patologii ciąży, prowadzenia samoobserwacji oraz podejmowania działań w celu wykrycia i likwidacji czynników niosących ze sobą ryzyko rozwoju nowotworu, sposobów zapobiegania zakażeniem HIV oraz innymi chorobami przenoszonymi drogą płciową [11].

Wszystkie działania podejmowane przez położną POZ i wynikające z przepisów prawa skierowane są nie tylko na kobietę w okresie ciąży i połogu, ale obejmują również pielęgnację i opiekę nad noworodkiem. W zakresie świadczeń diagnostycznych opieka nad noworodkiem do 6. tygodnia życia obejmuje m.in.: przeprowadzenie wywiadu środowisko-rodzinnego, ocenę relacji rodziny z noworodkiem, ocenę rozwoju dziecka do 2. miesiąca życia, obserwację oraz ocenę rozwoju psychomotorycznego noworodka i niemowlęcia, jak również związaną z tym adaptację do środowiska zewnętrznego, wykonywanie i ocenę pomiarów u noworodka, ocenę poziomu bilirubiny za pomocą schematu Kramera. Dodatkowo w ramach świadczeń pielęgnacyjnych osoba zapewniająca opiekę jako położna POZ zobowiązana jest planować, realizować i oceniać opiekę pielęgnacyjną kobiety w okresie ciąży, porodu i połogu, noworodka i niemowlęcia do 2. miesiąca życia, kobiety ze schorzeniami ginekologicznymi [11].

Działania położnej POZ nie ograniczają się jednak tylko do opieki nad matką i dzieckiem. W ramach kontraktu z NFZ położna POZ jest uprawniona również do sprawowania opieki nad kobietą po operacji ginekologicznej lub ginekologiczno-onkologicznej (świadczenia te są realizowane na podstawie skierowania od lekarza oddziału, na którym pacjenta była operowana). Co więcej, należy również wspomnieć o możliwości sprawowania opieki nad kobietą w okresie menopauzy poprzez poradnictwo, naukę samobadania piersi i informację o dostępnych badaniach profilaktycznych [8].

Podstawowa opieka zdrowotna to przede wszystkim wspólne działania kilku grup zawodowych mające na celu poprawę zdrowia społeczeństwa. W zakresie swojej praktyki zawodowej położna POZ współpracuje m.in. z lekarzem ginekologiem/położnikiem udzielającym świadczeń zdrowotnych w zakresie jej kompetencji, lekarzem i pielęgniarką POZ, pielęgniarką POZ środowiska nauczania i wychowania, pielęgniarką opieki długoterminowej, położną

zatrudnioną w specjalistycznej poradni ginekologiczno-położniczej [11].

Podsumowanie

Zawód położnej uznawany jest za jeden z najstarszych zawodów świata, a jego korzenie sięgają początków cywilizacji. Od zarania dziejów położna towarzyszyła kobiecie rodzącej oraz otaczała opieką matki i nowo narodzone dzieci. Najstarsze informacje na temat położnictwa i ginekologii zawiera egipski papirus z Kahun (czas, w jakim został sporządzony, datuje się na 2200–2100 lat p.n.e.) [2]. Położne zatem od zawsze towarzyszyły kobiecie formalnie bądź mniej formalnie. Początkowo ich praca odbywała się wyłącznie w domowym środowisku pacjentki, z czasem jednak praca położnych została przeniesiona do szpitali, a świadczenie usług medycznych w otoczeniu domowym zostało zmarginalizowane do wizyt patronażowych po porodzie. Reforma służby zdrowia i usankcjonowanie zadań podstawowej opieki zdrowotnej spowodowały zwiększenie możliwości działań prozdrowotnych specjalistów z tego sektora opieki zdrowotnej. Zadania położnej POZ zostały dodatkowo rozszerzone m.in. za sprawą *Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 września 2012 r. w sprawie standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, połogu oraz opieki nad noworodkiem*. Według tego aktu prawnego do sprawowania opieki nad kobietą w okresie ciąży fizjologicznej prawo ma również położna. W takiej sytuacji do jej zadań należy głównie opieka edukacyjna, ale również wykrywanie nieprawidłowości ciąży, które wymagają konsultacji z lekarzem ginekologiem [12, 13]. Dodatkowo położna oprócz towarzyszenia kobiecie w okresie macierzyństwa powinna podejmować działania służące zapobieganiu schorzeniom ginekologicznym poprzez edukację i poradnictwo oraz – w przypadku ukończenia odpowiednich kursów i posiadania kwalifikacji – dzięki wykonywaniu badań diagnostycznych (np. pobieranie wymazów cytologicznych w ramach badań skriningowych) [14]. Wszystkie te uprawnienia wydają się umacniać pozycję położnej w systemie podstawowej opieki zdrowotnej i dają możliwość wspierania działań dążących do poprawy zdrowia społeczności.

Oświadczenia

Oświadczenie dotyczące konfliktu interesów
Autor deklaruje brak konfliktu interesów.

Źródła finansowania
Autor deklaruje brak źródeł finansowania.

Piśmiennictwo

1. Węgrzynowicz M. Wprowadzenie w specyfikę zadań podstawowej opieki zdrowotnej. W: Węgrzynowicz M. Rola podstawowej opieki zdrowotnej w systemie ochrony zdrowia. Piła: Tekst; 2009. 9–29.
2. Wrześniewska M, Bąk B. Historia zawodu położnej i kształtowanie się opieki okołoporodowej na świecie i w Polsce. *Studia Med.* 2012;27(3):89–99.
3. Waszyński E. Historia położnictwa i ginekologii w Polsce. Wrocław: Volumed; 2000.
4. Sznajder K, Mazurkiewicz B. Córki Ewy, czyli z historii zawodu położnej. Część 3. *Położ Nauk Prak.* 2012;4:46–50.
5. Kilińska D. Podstawowa opieka zdrowotna w Polsce. W: Kilińska D (red.). *Pielęgniarstwo w podstawowej opiece zdrowotnej*. Tom 1. Lublin: Makmed; 2008. 13–62.
6. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. *Dz.U.* z 2004 r. Nr 210, poz. 2135.
7. Ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej. *Dz.U.* z 2011 r. Nr 174, poz. 1039.
8. Zarządzenie nr 74/2010/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 1 grudnia 2010 r. w sprawie określenia warunków i realizacji umów o udzielanie świadczeń w rodzaju: podstawowa opieka zdrowotna.
9. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 15 marca 2006 r. w sprawie wymagań technicznych i sanitarnych dla pomieszczeń, w których można wykonywać praktykę pielęgniarek i położnych, oraz wymagań, jakim powinny odpowiadać urządzenia i sprzęt medyczny umożliwiający udzielanie świadczeń zdrowotnych. *Dz.U.* z 2006 r. Nr 56, poz. 397.
10. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej. *Dz.U.* z 2013 r. poz. 1248.
11. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 października 2005 r. w sprawie zakresu zadań lekarza, pielęgniarki i położnej podstawowej opieki zdrowotnej. *Dz.U.* z 2005 r. Nr 214, poz. 1816.
12. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 września 2012 r. w sprawie standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, połogu oraz opieki nad noworodkiem. *Dz.U.* z 2012 r. poz. 1100.
13. Iwanowicz-Palus G, Golonka E, Bień A, Stadnicka G. Przygotowanie położnej do realizowania edukacji na temat zdrowego stylu życia kobiet ciężarnych w opinii społeczeństwa (część II). *Probl Piel.* 2012;20(3):289–299.
14. 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. *Dz.U.* z 2007 Nr 210, poz. 1540.

Zaakceptowano do edycji: 2016-06-06
Zaakceptowano do publikacji: 2016-06-14

Adres do korespondencji:

Agnieszka Smerdka
ul. Przemęcka 3A
64-234 Mochy
tel. kom.: 603 273 630
e-mail: agasmerdka@wp.pl