

Problematika porodní asistence v komunitní péči o ženu a dítě v ČR

Zkráceně přednesla na česko-rakouském workshopu ve Znojmě 10. 4. 2015 Radmila Dorazilová, soukromá porodní asistentka ve Zlíně, vicepresidentka České konfederace porodních asistentek.

Děkuji organizátorům tohoto setkání za pozvání a možnost zde vystoupit - opravdu si toho moc vážím. Toto setkání chápu nejen jako příležitost k výměně zkušeností mezi ČR a Rakouskem. Věřím, že může být rovněž počátkem potřebné, ale chybějící, diskuze mezi lékaři – gynekology a porodními asistentkami v České republice. Ve svém vystoupení budu prezentovat své osobní názory a zkušenosti, shodné se stanovisky profesní organizace porodních asistentek, kterou reprezentuji.

Od roku 1998 jsem se zúčastnila pravděpodobně všech důležitých jednání, mnou uváděné skutečnosti jsou podloženy osobní zkušeností a fakty. Nechci být konfrontační, musíme však začít jasným popisem dnešního stavu a jeho příčin. Není možné posuzovat samostatně péči porodních asistentek, bez souvislostí s péčí lékařskou – úzce spolu souvisí. Zájmy gynekologů a porodních asistentek se mohou částečně křížit, a proto můžeme mít na některé věci různý názor. Měli bychom však umět diskutovat a hledat nejvhodnější řešení v zájmu našich klientek a celého systému zdravotní péče. Prosazování „svého“ z pozice síly nebo pomocí různých mediálních kampaní nemůže vést k nalezení optimálního řešení. Naopak negativně ovlivňuje nejen vzájemné vztahy mezi našimi profesemi, ale také kvalitu, komplexnost, dostupnost a hospodárnost péče a tím škodí našim klientkám, jejich dětem a rodinám.

Motto:

Výňatek z „Mnichovské deklarace“, přijaté v roce 2000 ministry zdravotnictví evropského regionu WHO:

Naléháme na všechny příslušné úřady v evropském regionu, aby zvýšily úsilí k posílení porodní asistence: ... zajištěním podílu porodní asistence při rozhodování na všech úrovních vytváření a implementace zdravotní politiky... zaměřením se na odstraňování překážek, zejména v oblastech personální politiky, otázkách pohlaví, stavu a lékařské dominance ... hledáním příležitostí pro vytváření a podporu programů a služeb komunitní porodní asistence, zaměřené na rodinu ... posilováním rolí porodních asistentek ve veřejném zdravotnictví, v podpoře zdraví a v komunitním rozvoji ...

Stručná rekapitulace dosavadního vývoje v ambulantní péči o ženu a dítě v ČR:

Rozhodujícím faktorem pro práci porodní asistentky je nastavení systému zdravotní péče a podoby sítě zdravotnických zařízení, které se časem zásadně měnily. Původně (do padesátých

let) poskytovali ambulantní péči o ženu a dítě lékař i porodní asistentka samostatně formou vlastní soukromé praxe. Za socialismu se z lékaře i porodní asistentky stali zaměstnanci tehdejších Ústavů národního zdraví, přičemž činnost porodní asistentky byla rozdělena mezi ženskou a dětskou sestru. Ženská sestra pracovala v části úvazku podle pokynů gynekologa v obvodní ordinaci (kde se střídaly 2 i 3 ŽS) a v části úvazku samostatně – především při návštěvní službě nebo při přípravě těhotných žen k porodu. Vývoj v ČR byl rozdílný proti Rakousku a západní Evropě.

Vývoj po společenských změnách a po privatizaci ambulantní péče:

Po roce 1992 došlo k velmi nerovnoměrnému vývoji: Počet žen zůstal stejný, počet porodů a gynekologických operací se mírně snížil. Počet lůžek a délka hospitalizace se snížily přibližně na polovinu. O téměř polovinu se však zvýšil počet vyšetření a lékařů v gynekologických ordinacích. V ordinaci zůstala obvykle 1 (u soukromých) nebo 2 (u nemocničních) „pracovnice“ – ne vždy porodní asistentka. Jen výjimečně vznikla samostatná pracoviště porodních asistentek, návštěvní služba až na výjimky přestala existovat. Přibylo cca 800 pracovních míst gynekologů a ubylo stejné množství pracovních míst porodních asistentek. Došlo zjevně ke zvýšení nákladnosti, ale současně ke zhoršení komplexnosti a dostupnosti ambulantní péče v našem oboru. V porovnání s Mnichovskou deklarací se vývoj v ČR ubíral opačným směrem – výrazně v neprospěch dnes již vysokoškolsky vzdělaných porodních asistentek.

Rok	porodů	gyn.oper.	g.p.lůžek	prům.hosp.	gyn.vyšetř.	Návštěvy		lék.gyn.	por.as.
	v tis.	v tis.	v tis.	ve dnech	lékař.v tis.	PA v tis.	v amb.	celkem	celkem
1992	121	190	11,2	7	7147	cca 300		1854	4771
1993	120	240	10,7	7	7490			1924	4682
1994	107	224	10,3	7	8746		1197	2035	4612
1995	96	223	8,9	6,7	9516		1255	2098	4672
1996	90	217	8,2	6,4	9881		1266	2094	4443
1997	91	212	7,8	6	10235		1323	2118	4317
1998	91	209	7,5	5,7	10202		1303	2134	4205
1999	90	193	7,2	5,5	10136		1373	2143	4235
2000	91	188	6,9	5,5	10464		1405	2154	4322
2001	91	186	6,8	5,4	10657		1432	2208	4472
2002	93	188	6,7	5,1	10983		1473	2263	4540
2003	94	189	6,4	5,2	11081		1501	2292	4350
2004	98	186	6,2	5	11364		1517	2282	3959
2005	102	188	6	4,8	11441		1539	2307	3932
2006	106	191	5,9	4,6	11485		1541	2309	3842
2007	115	194	5,9	4,5	11542		1664	2495	3901
2008	120	188	5,8	4,2	10942		1701	2548	3890
2009	118	188	5,7	4,2	10654		1738	2660	3922
2010	116	183	5,6	4,1	10354		1752	2640	3994
2011	108	176	5,4	3,9	10251		1758	2636	4010
2012	108	182	5,2	3,7	10015		1753	2656	4010
2013	106	175	4,8	3,6	10167	do 10	1786	2687	3926
rozdíl	-12%	-8%	-57%	-49%	42%	-97%		45%	-18%

Proč k tomuto vývoji došlo?

Porodní asistentky (dále jen PA) zaspaly a nebyly připraveny na probíhající změny a možnosti, které se jim otevřely. Naším největším problémem je nedostatek profesního uvědomění, hrdosti a sounáležitosti, nejednotnost a tříštění sil. Již od svého vzniku v roce 1997 se však Česká konfederace porodních asistentek (dále jen ČKPA) snaží tento vývoj změnit. Od roku 2000 je ale zřejmé, že představitelé Sdružení soukromých gynekologů (dále jen SSG) si

nepřejí existenci samostatných pracovišť PA a všemožně jí brání, protože: „... *samostatně pracující porodní asistentky jsou pro soukromé gynekology potenciálně nebezpečné a finančně je ohrožují...*“. Ministerstvem zdravotnictví ČR ani zdravotními pojišťovnami nebyla připravena kritéria pro vytváření sítě smluvních zdravotnických zařízení, ani pro regulaci objemu péče, která by garantovala komplexnost, dostupnost, hospodárnost i spravedlivost. Vzhledem k obecnému ustanovení o indikaci lékaře (platnému od roku 1997) nás úřady i zdravotní pojišťovny neslyší a podléhají „gynekologické lobby“.

Práce v gynekologické ordinaci

V zemích EU, které jsme navštívily, nebylo obvyklé, aby práci v gynekologické ordinaci vykonávala PA. V ČR doznívá praxe z éry socialismu, kdy tuto práci vykonávala „ženská sestra“. Podle vyhlášky MZ ČR je kvalifikace PA vyžadována jen pokud má samostatně zajišťovat vyšetření fyziologicky těhotných žen nebo návštěvní službu u těhotných a šestinedělek s novorozenci. Dle našeho názoru je kvalifikace PA vhodná také ve specializovaných ordinacích pro riziková a patologická těhotenství. Jinak je dostačující kvalifikací zdravotní asistentka či sestra bez osvědčení k samostatné práci bez odborného dohledu. V ČR jde dnes v gynekologické ordinaci většinou o práci administrativního charakteru a v menší míře o nesamostatnou odbornou práci podle pokynů a pod dohledem gynekologa. Obvykle se také jedná o práci s nižším finančním ohodnocením (než v nemocnici nebo u samostatně pracujících PA).

Samostatná pracoviště porodních asistentek

Měla by nabízet zdravotní služby v plném rozsahu péče, ke které vždy byly a jsou PA dle platných předpisů ČR a EU způsobilé, nechceme nic navíc. Pro zajištění komplexnosti a dostupnosti potřebné péče předpokládáme orientační ukazatel: 1 PA na 25 – 35 tisíc obyvatel, to znamená 300 – 400 přepočtených pracovních úvazků PA v ambulantní péči v ČR.

Příprava těhotných žen k porodu, rodičovství a péči o dítě

Příprava by měla zajišťovat edukaci těhotných žen nejen k porodu, ale také k rodičovství a k péči o dítě. Součástí mohou být speciální tělesné, dechové a relaxační cvičení pro těhotné ženy (případně i navazující cvičení pro ženy po porodu) a doplňkové techniky – masáže, aromaterapie, homeopatie... Pro tuto činnost PA nepotřebuje indikaci lékaře, ale spolupráce může být pro oba výhodná – nevidíme však dostatečnou podporu. Tato péče není hrazená ze zdravotního pojištění, ale většina pojišťoven na ni ženám přispívá z fondu prevence. Existuje poměrně široká nabídka, většinou však tuto službu nabízejí PA jako „vedlejší“ činnost při svém zaměstnání, většinou bez registrace poskytovatele zdravotní péče – chybí proto přehled a často i kvalita. Naším cílem je zavést i pro tuto péči určité standardy, stanovující minimum pro

kvalifikaci lektorky a obsahovou náplň kurzů – jejich splnění by bylo podmínkou pro příspěvek zdravotní pojišťovny.

Vyšetření fyziologicky těhotných žen

PA je k této činnosti oprávněna dle českého zákona a vyhlášky, dle směrnice EU i mezinárodní definice, přijaté ICM a FIGO. Do seznamu zdravotních výkonů, hrazených z veřejného pojištění, bylo doplněno vyšetření těhotné ženy PA. Problémem je nejen špatná definice výkonu, ale především obecná „indikace lékaře“, která praktickému využití tohoto výkonu brání a proto ji pokládáme jednoznačně za diskriminační. Nikdy jsme nechtěly tato vyšetření od gynekologů převzít, jde pouze o to, aby si žena mohla zvolit nejen mezi gynekology, ale i mezi gynekologem a PA. Jsme si vědomy toho, že v současné době by české ženy zvolily tato vyšetření u PA jen v malém počtu. Pokud by si PA zvolilo 5% tzn. 5 tisíc těhotných a absolvovaly by každá 8 vyšetření, jednalo by se celkem o 40 tisíc – což je pouze 0,4% z celkového počtu gynekologických vyšetření a nelze proto hovořit o ohrožení gynekologů! Pro PA jde o jediné vyšetření, ke kterému je oprávněna a o jeden ze základů její činnosti. Pro lékaře – gynekologa jde pouze o jednu menší část – navíc mu zůstávají veškerá vyšetření rizikového a patologického těhotenství a také všech gynekologických onemocnění.

Asistence u fyziologického porodu v domácích podmínkách

ČKPA ani já se nechceme vracet k praxi domácích porodů, tyto však nemůžeme úplně vyloučit – pokud si je žena přeje. Podle našeho názoru by měly být stanoveny jasné podmínky pro selekci těhotných žen a potřebné vybavení, včetně návazností na porodnice. Postoj, kdy na jedné straně uznáváme právo ženy zvolit si místo porodu, ale na druhé straně jim odmítáme poskytnout potřebnou péči, pokládáme za velmi neetický. Sama jsem byla přítomna u několika domácích porodů při své stáži v Holandsku i v ČR a z vlastní zkušenosti mohu říct, že „fámy“, které se u nás objevují kolem potřebného vybavení při domácím porodu, jsou odtrženy od reality.

Doprovod ženy při porodu v porodnici

ČKPA i já podporujeme možnost porodu ženy s „její“ vybranou PA v porodnici. Za optimální a lehce realizovatelné pokládám „rakouské“ řešení, kdy PA uzavírá smlouvu či dohodu o práci s nemocnicí, nemocnice za porod přebírá odpovědnost a vykazuje porod zdravotní pojišťovně. PA je však placena přímo ženou, která si ji vybrala. Podmínkou širšího využití v praxi je uznání vedení přirozeného fyziologického porodu PA. Podobné možnosti byly diskutovány již v pracovní skupině MZ ČR, obecně však k tomuto postupu chybí v ČR vůle. Z tohoto důvodu obvykle české PA pouze „doprovází“ své klientky k porodu jako „duly“. Objevují se však již výjimky – např. Nemocnice ve Vyškově, kam jezdí se svými klientkami některé soukromé PA z Brna. Chápu však, že není možné uzákonit povinnost uzavření takové

smlouvy, vždy jde o otázku dobrých vztahů a vzájemné důvěry mezi konkrétní PA a konkrétní porodnicí. Pokud ale chceme minimalizovat počet „domácích“ porodů, měli bychom tuto možnost co nejdříve uvést do obecné praxe.

Návštěvní služba porodní asistentky

V ČR jsou hrazeny z veřejného pojištění obvykle 1 návštěva těhotné ženy před porodem a 3 návštěvy u matky v šestinedělí (+ navíc 1 návštěva novorozence). Tento počet není podmíněn patologickými stavy, chápeme ho jako obvyklý při délce hospitalizace 3 dny po spontánním porodu a 5 dnů po porodu císařským řezem. Při dřívějším propuštění po ambulantním porodu by měl být počet návštěv zvýšen, při delší hospitalizaci naopak snížen. Problémem je nejen špatná definice výkonu, ale především obecná „indikace lékaře“, která praktickému využití tohoto výkonu brání a vzhledem k dosavadním zkušenostem ji pokládáme jednoznačně za diskriminační nejen pro PA ale i pro ženy. Většina českých gynekologů totiž ženy neinformuje a odmítá jim vystavit poukaz na ošetření PA, i když si žena PA najde a o poukaz je požádá – přestože podle zákona o zdravotních službách: ... *Poskytovatel (tzn. ošetřující gynekolog) je povinen zajistit, aby byl pacient seznámen se svými právy ... informován o dalších zdravotních službách, které mohou zlepšit jeho zdravotní stav ... komplexnost, návaznost a koordinovanost poskytovaných zdravotních služeb...*

Proč nefunguje návštěvní služba PA?

Soukromí gynekologové si se zdravotními pojišťovnami nasmlouvali tento výkon, i když často nezaměstnávají PA. Tato je navíc prací v ordinaci vytížena na plný úvazek, návštěvy může vykonat jen ve výjimečných případech „po práci“, ne jako obvyklou a dostupnou službu. Představitelé SSG přesto brání uzavírání smluv zdravotními pojišťovnami se samostatnými PA. Protože sami nejsou schopni tuto péči zajistit a existenci samostatně pracujících PA si nepřejí tvrdí:

– *Soukromé gynekology tato péče finančně ohrožuje.*

Vyžádaná péče, poskytovaná v odb. 921 – PA není pro gynekology zdravotními pojišťovnami regulována (regulace se vztahuje pouze na odb. 222, 801 – 805, 809, 812 – 823 tzn. laboratoře) a finančně je nijak nezatěžuje. Při průměrně 2 návštěvách šestinedělky a 100 tisících porodů jde o 200 tisíc výkonů, což jsou pouhá 2% z celkového počtu gynekologických vyšetření. Navíc nebylo nikdy řečeno, že úhrada návštěv PA by probíhala na úkor úhrady gynekologických vyšetření – oba výkony mají jiný charakter a jsou hrazeny z jiného segmentu péče. Ani zde proto nelze hovořit o ohrožení gynekologů!

– *„ženy nemají o tuto péči zájem...“*

Z dlouhodobé zkušenosti ve Zlíně (ne z ničím nepodložených domněnek) víme, že pokud jsou ženy informovány, 80% jich tuto službu využije

– „*návštěvy PA nejsou potřebné při propuštění domů 3 dny po porodu, ale ani při propuštění několik hodin po ambulantním porodu...*“

Nutných je 20 vyšetření těhotné v gynekologické ordinaci, 3 dny hospitalizace, podle potřeby vyšetření šestinedělky v gynekologické ordinaci, ale návštěvy PA jsou zbytečné – není to divné? V Rakousku má žena po ambulantním porodu možnost až 12 návštěv PA (bez indikace lékaře)!

Zdravotní výchova a poradenství

Navíc může PA poskytovat těhotným ženám a matkám s novorozenci zdravotní poradenství ve své „poradně“. Tato služba ale není hrazena z veřejného zdravotního pojištění.

Závěr:

Pokud vám moje vystoupení poskytlo nové informace a podněty k zamyšlení, jsem spokojena. Současné nedobré vztahy gynekologů a PA v ambulantní péči totiž pokládám za důsledek nepochopení, vyplývajícího z neinformovanosti nebo ze zkreslených informací. To, jak bude v ČR ambulantní péče o ženu a dítě i spolupráce PA s gynekology v budoucnu vypadat, záleží na nás všech.

Zdroj:

Problematika porodní asistence v komunitní péči o ženu a dítě v ČR. Ckpa.cz [online]. 2015 [cit. 9.11.2020]. Dostupné z:
<https://www.ckpa.cz/files/PDF/Problematika%20PA%20%20v%20komunitni%20peci.pdf>