

## Maria Biskupska<sup>1</sup>, Tomasz Jarosław Niewiadomski<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Pracownia Pielęgniarstwa Społecznego, Wydział Nauk o Zdrowiu Katedra Profilaktyki Zdrowotnej Uniwersytetu Medycznego im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu

<sup>2</sup>Zakład Organizacji i Zarządzania, Katedra Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu

# Współpraca położnych podstawowej opieki zdrowotnej z podmiotami świadczącymi opiekę nad kobietami, noworodkami i niemowlętami do drugiego miesiąca życia

Cooperation of primary health care midwives with institutions taking care of women during their life span, newborns and neonates less than two months old

### STRESZCZENIE

**Wstęp.** Koncepcja podstawowej opieki zdrowotnej opierała się na holistycznym pojmowaniu zdrowia, wykraczającym poza wąski, zmedyalizowany model jego ochrony, przejawiający się między innymi w dużej (czasami nadmiernej) specjalizacji służby zdrowia. Uznaje się, że w rozwiązywaniu problemów zdrowotnych jednostek i grup społecznych powinno się stosować szerokie, ogólnospołeczne podejście do tych problemów – mające zapewnić skuteczność i wysoką jakość podstawowej opieki zdrowotnej (POZ). Należy więc stwierdzić, że w zapewnieniu wysokiej i skutecznej jakości POZ niezbędna jest współpraca między różnymi podmiotami świadczącymi opiekę nad kobietami, noworodkami i niemowlętami do 2. miesiąca życia.

**Cel pracy.** Celem przeprowadzonego badania była wstępna ocena współpracy położnej POZ z innymi podmiotami w zakresie świadczenia opieki nad kobietami, noworodkami i niemowlętami do 2. miesiąca życia.

**Materiał i metody.** Badania zostały przeprowadzone w 2006 roku wśród położnych udzielających świadczeń opieki zdrowotnej w Poznaniu w ramach umów z Narodowym Funduszem Zdrowia. Spośród 46 położnych, do których skierowano anonimowe ankiety, dokumentację zwróciło 38 osób, a analizie poddano 29 prawidłowo wypełnionych dokumentów. W przedmiotowej pracy analizie poddano tylko zagadnienie dotyczące współpracy położnej POZ z instytucjami działającymi na rzecz zdrowia kobiet, noworodków i niemowląt.

**Wyniki.** Wyniki badań wskazują, że lekarz POZ, pielęgniarka POZ oraz ginekolog położnik są świadczeniodawcami wskazywanymi jako podmioty, z którymi położne POZ współpracują najczęściej. Jakość współpracy położnych POZ z wyżej wymienionymi podmiotami świadczącymi opiekę nad kobietami, noworodkami i niemowlętami do 2. miesiąca życia jest oceniana najczęściej jako wysoka lub bardzo wysoka.

**Wnioski.** Często wskazywany brak współpracy położnych POZ z pielęgniarką opieki długoterminowej (w przypadku 16 położnych) oraz pielęgniarką w miejscu nauczania i wychowania (w przypadku 11 położnych) wymaga dalszej obserwacji i ponownej oceny.

**Problemy Pielęgniarstwa 2009; 17 (4): 301–305**

**Słowa kluczowe:** położna, POZ, współpraca

### ABSTRACT

**Introduction.** Primary healthcare (PHC) is based on a holistic concept of health that goes beyond the narrow medicalized model characterized by a high (sometimes too high) degree of specialization. It is recognized that the solution of various health problems requires a comprehensive approach. The examination of cooperation between different deliverers of healthcare to women and newborns of up to two months of age is a key step in the overall improvement of PHC.

**Aim of the study.** The goal of this research was to make a preliminary evaluation of the cooperation between PHC midwives with other deliverers of healthcare to women and newborns.

**Results.** Research was carried out in 2006 among midwives working in Poznań, Poland under contract with the National Sickness Fund. Thirty-eight of the 46 midwives who received anonymous surveys returned the forms and 29 correctly filled out forms were analyzed. Only

**Adres do korespondencji:** dr n. med. Maria Biskupska, Pracownia Pielęgniarstwa Społecznego WNoZ, ul. Smoluchowskiego 11, 60-179 Poznań, tel.: (0 61) 861 22 46, faks: (0 61) 861 22 42

these questions concerning cooperation between PHC midwives and institutions acting on the behalf of women, newborns and infants are considered here.

**Conclusions.** Primary healthcare physicians, nurses and gynecologist obstetricians are the healthcare providers indicated as those who PHC midwives most often work with and the quality of cooperation is most often evaluated as very high or high. Often a lack of cooperation between PHC midwives and long term care nurses (16) and school nurses (11) is indicated, which requires further observation and evaluation.

**Nursing Topics 2009; 17 (4): 301–305**

**Key words:** midwife, PHC, cooperation

## Wstęp

Koncepcję podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) sformułowano ponad 30 lat temu. Stanowiła ona zbiór wartości, zasad i przekonań zmierzających do podniesienia poziomu zdrowotności w społeczeństwach znajdujących się w niekorzystnej sytuacji. We wszystkich krajach koncepcja ta miała służyć zapewnieniu bardziej sprawiedliwego dostępu do opieki zdrowotnej i efektywnego dysponowania zasobami [1]; opierała się na holistycznym pojmowaniu zdrowia, wykraczającym poza wąski, zmedykalizowany model jego ochrony, przejawiający się między innymi w dużej (czasami nadmiernej) specjalizacji służby zdrowia. Rozwiązania organizacyjne dotyczące opieki nad kobietą w ciąży, w okresie porodu i w połogu są zdeterminowane czynnikami kulturowymi, prawnymi oraz ekonomicznymi i przyjmują różne formy w różnych krajach. Wydano wiele dokumentów omawiających prawidłową opiekę położniczą i neonatologiczną [2, 3], trwa także dyskusja na temat roli położnej w opiece nad kobietą i dzieckiem w środowisku domowym [4]. W Polsce opieka sprawowana przez położną POZ jest jednym z głównych ogniw podstawowej opieki zdrowotnej.

W ramach koncepcji POZ uznaje się, że w rozwiązywaniu problemów zdrowotnych jednostek i grup społecznych powinno się stosować szerokie, ogólnospołeczne podejście do tych problemów, które wymaga współpracy różnych podmiotów. Takie postępowanie pozwoliłoby na osiągnięcie kilku celów, takich jak: lepsze zdrowie, mniej chorób, większa równość i znaczna poprawa funkcjonowania systemów opieki zdrowotnej, a więc postępowanie takie pozwoliłoby na osiągnięcie poprawy skuteczności POZ i jakości POZ. Oczywiście należy pamiętać o założeniu, iż położna POZ na gruncie dobrego przygotowania zawodowego realizuje samodzielnie kompleksową pielęgnacyjną opiekę położniczo-ginekologiczno-neonatologiczną. Położna POZ jest kwalifikowanym pracownikiem wspomagającym rodzinę w stawieniu czoła pojawiającym się problemom w zakresie zdrowia kobiety, noworodka i niemowlęcia do 2. miesiąca życia. Położna POZ zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 20 października 2005 roku w sprawie zakresu zadań lekarza, pielęgniarki i położnej podstawowej opieki zdrowotnej jest także zobowiązana do współpracy z instytucjami świadczącymi

opiekę nad kobietami, noworodkami i niemowlętami [3]. Położna nie może jednak funkcjonować i skutecznie realizować swoich zadań bez rozwoju i podtrzymywania rozwijanej „sieci współpracy” z innymi profesjonalistami funkcjonującymi w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej i w jej otoczeniu, takimi jak: pielęgniarka POZ, lekarz POZ, ginekolog położnik oraz przedstawiciele instytucji i organizacji spoza systemu ochrony zdrowia (m.in. szkoła, ośrodek pomocy społecznej).

## Cel pracy

Celem przeprowadzonego badania była wstępna ocena współpracy położnej POZ z innymi podmiotami w zakresie świadczenia opieki nad kobietami, noworodkami i niemowlętami do 2. miesiąca życia.

## Materiał i metody

Badania zostały przeprowadzone w 2006 roku wśród położnych udzielających świadczeń opieki zdrowotnej w Poznaniu w ramach umów z Narodowym Funduszem Zdrowia. Metodą badawczą był sondaż diagnostyczny. Spośród 46 położnych, do których skierowano anonimowe ankiety, dokumentację zwróciło 38 osób, a analizie poddano 29 prawidłowo wypełnionych dokumentów. Ankieta zatytułowana „Opieka położnej podstawowej opieki zdrowotnej” została skonstruowana specjalnie do przeprowadzenia omawianych badań. Przy jej przygotowaniu korzystano z zadań położnej POZ określonych w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 20 października 2005 r. w sprawie zakresu zadań lekarza, pielęgniarki i położnej podstawowej opieki zdrowotnej [3]. Ankieta zawierała 124 pytania ułożone w grupy dotyczące formy organizacyjnej udzielania świadczeń opieki zdrowotnej, współpracy położnych POZ z innymi podmiotami świadczącymi opiekę, świadczeń z zakresu profilaktyki i patronaży, diagnostyki, pielęgnacji, leczenia i rehabilitacji. W przedmiotowej pracy poddano analizie tylko zagadnienie dotyczące współpracy położnej POZ z instytucjami działającymi na rzecz zdrowia kobiet, noworodków i niemowląt. Oceniano częstość i jakość współpracy położnej podstawowej opieki zdrowotnej: z lekarzem ginekologiem położnikiem udzielającym świadczeń specjalistycznych, lekarzem POZ, pielęgniarką POZ, pielęgniarką środowiska nauczania i wychowania, pielęgniarką opieki

**Tabela 1.** Częstość współpracy położnej podstawowej opieki zdrowotnej z innymi podmiotami  
**Table 1.** Frequency of cooperation between PHC midwives with other healthcare service providers

Częstość współpracy					
Punktacja	Brak	Bardzo rzadko	Rzadko	Często	Bardzo często
Podmiot	Liczba				
Ginekolog	–	4	7	15	3
Lekarz POZ	–	–	6	7	16
Pielęgniarka POZ	1	1	4	10	13
Pielęgniarka w miejscu nauczania i wychowania	11	11	–	7	–
Pielęgniarka opieki długoterminowej	16	8	4	1	–
Położna poradni K	3	4	7	13	2
Inni świadczeniodawcy	5	6	13	5	–
Przedstawiciele instytucji i organizacji	4	7	13	5	–
Inni	12	3	9	4	1

długoterminowej, położną zatrudnioną w specjalistycznej poradni położniczo-ginekologicznej, innymi świadczeniodawcami zgodnie z potrzebami świadczeniobiorców, przedstawicielami organizacji i instytucjami działającymi na rzecz zdrowia oraz innymi podmiotami. Proszono o wypełnienie kwestionariusza z zastosowaniem skali Likerta, gdzie poszczególnym liczbom przyporządkowano ocenę częstości i jakości współpracy (1–5, gdzie 1 odpowiada najniższą oceną, a 5 — najwyższą).

Wśród 29 położnych POZ objętych badaniami znalazły się: dwie położne pracujące w samodzielnych publicznych zakładach opieki zdrowotnej, szesnaście położnych pracujących w niepublicznych zakładach opieki zdrowotnej, cztery położne udzielające świadczeń opieki zdrowotnej w ramach grupowej praktyki położnych oraz siedem położnych prowadzących indywidualną praktykę położnej. Wielkość populacji objętej opieką przez wszystkie badane położne wynosiła ponad 121 000, średnio jedna położna miała pod opieką populację 4183 kobiet, noworodków i niemowląt do drugiego miesiąca życia (min. 2900, maks. 6000).

## Wyniki

Łączna liczba osób objętych przez położne czynną opieką wynosiła 14–55 w ostatnim miesiącu, średnio 29 osób. Łączna liczba świadczeń położnej POZ wykonywanej na rzecz podopiecznych w skali jednego miesiąca wynosiła: w zakresie profilaktyki i patronaży — 167, w zakresie diagnostyki — 104, w zakresie pielęgnacji — 66, w zakresie leczenia — 43, w zakresie rehabilitacji — 17.

Osiemnaście położnych POZ objętych badaniami wskazało na częstą (15) i bardzo częstą (3) współpracę

z lekarzem ginekologiem. Jakość tej współpracy w 5 przypadkach została oceniona bardzo dobrze. Dwadzieścia trzy położne POZ wskazały na częstą (7) i bardzo częstą (16) współpracę z lekarzem POZ. Jakość tej współpracy w 8 przypadkach została oceniona bardzo dobrze. Dwadzieścia dwie położne POZ wskazały na brak (11) lub bardzo rzadką (11) współpracę z pielęgniarką w miejscu nauczania i wychowania. Żadna położna POZ nie oceniła tej współpracy bardzo dobrze, a 7 położnych POZ oceniło ją jako dobrą. Dwadzieścia cztery położne POZ wskazały na brak (16) lub bardzo rzadką (8) współpracę z pielęgniarką opieki długoterminowej. Żadna położna POZ nie oceniła tej współpracy bardzo dobrze, a 5 położnych POZ oceniło ją jako dobrą (tab. 1, 2).

## Dyskusja

Uprawnienia polskich położnych są szerokie, zgodne z zaleceniami organizacji międzynarodowych [3, 5, 6] i obejmują samodzielną, kompleksową opiekę nad rodziną w miejscu zamieszkania w zakresie promocji zdrowia i profilaktyki chorób, świadczeń diagnostycznych, pielęgnacyjnych, leczniczych i rehabilitacyjnych. Podstawowa opieka zdrowotna to główny element systemu opieki zdrowotnej opartej na praktycznych, naukowo trafnych i akceptowalnych społecznie metodach i praktyce, którą uczyniono powszechnie dostępną dla jednostek i rodzin w społeczności, dzięki ich pełnemu uczestnictwu i na miarę kosztów, jakie społeczności i kraje są w stanie ponosić na każdym etapie ich rozwoju w duchu niezawisłości i samostanowienia. Praca położnej POZ wymaga więc współpracy z innymi podmiotami świadczącymi opiekę nad rodzinami. Badania

**Tabela 2.** Jakość współpracy położnej podstawowej opieki zdrowotnej z innymi podmiotami  
**Table 2.** Quality of cooperation between PHC midwives with other deliverers of healthcare

Jakość współpracy						
Punktacja	Nie dotyczy	Bardzo zła	Zła	Średnia	Dobra	Bardzo dobra
Podmiot	Liczba					
Ginekolog	–	1	1	6	16	5
Lekarz POZ	–	–	–	5	16	8
Pielęgniarka POZ	1	–	–	3	10	15
Pielęgniarka w miejscu nauczania i wychowania	11	–	1	10	7	–
Pielęgniarka opieki długoterminowej	16	1	1	6	5	–
Położna poradni K	3	–	–	5	15	6
Inni świadczeniodawcy	5	–	–	11	12	1
Przedstawiciele instytucji i organizacji	4	1	–	9	15	–
Inni	12	–	–	7	8	2

zostały przeprowadzone w czasie, kiedy polski system opieki zdrowotnej przeszedł głębokie przemiany związane z reformą ochrony zdrowia i wejściem do Unii Europejskiej. Odchodzono wówczas od rejonizacji i przychodni zatrudniających cały zespół specjalistów podstawowej opieki zdrowotnej. Na terenie miasta Poznania większość położnych POZ pracuje samodzielnie, prowadząc indywidualną praktykę położną, grupową praktykę położnych lub niepubliczny zakład opieki zdrowotnej. Nieliczne położne są zatrudnione w samodzielnym publicznym lub niepublicznym zakładzie opieki zdrowotnej. Zadania położnej POZ realizowane w zakresie profilaktyki i patronaży, diagnostyki, pielęgnacji, leczenia oraz rehabilitacji są nieodzowne dla zapewnienia podopiecznym dobrostanu [4, 7]. Dla uzyskania skutecznej i przynoszącej korzyści zdrowotne POZ niezbędna jest jednak współpraca z innymi podmiotami. Przekształcenia i prywatyzacja podstawowej opieki zdrowotnej i pozostałych części systemu opieki zdrowotnej spowodowały usamodzielnienie poszczególnych specjalistów zatrudnionych w POZ, w tym położnych POZ. Wydaje się, że prywatyzacja przyczyniła się także do rozluźnienia związków istniejących dotychczas między nimi oraz wpłynęła negatywnie na współpracę w zakresie świadczenia opieki nad kobietami, noworodkami i niemowlętami do 2. miesiąca życia, wynikającą ze wspólnych celów różnych podmiotów w podstawowej opiece zdrowotnej i jej otoczeniu. I tak na przykład jakość współpracy położnej POZ z lekarzem POZ w 8 przypadkach została oceniona bardzo dobrze, a jakość współpracy z lekarzem ginekologiem tylko w 5. W związku z powyższym, w przyszłości jest wskazane dokonanie oceny współpracy z położnymi

mi POZ w zakresie świadczenia opieki nad kobietami, noworodkami i niemowlętami do 2. miesiąca życia z perspektywy innych podmiotów realizujących wspólne cele w opiece nad kobietami, noworodkami i niemowlętami do 2. miesiąca życia.

### Wnioski

1. Lekarz POZ, pielęgniarka POZ oraz ginekolog położnik są świadczeniodawcami wskazywanymi jako podmioty, z którymi położne POZ najczęściej współpracują.
2. Jakość współpracy położnych POZ z wymienionymi podmiotami świadczącymi opiekę nad kobietami, noworodkami i niemowlętami do 2. miesiąca życia najczęściej jest oceniana jako dobra i bardzo dobra.
3. Często wskazywany brak współpracy położnych POZ z pielęgniarką opieki długoterminowej, pielęgniarką w miejscu nauczania i wychowania, a także z położną poradni K wymaga dalszej obserwacji i ponownej oceny.
4. Istnieje potrzeba oceny współpracy z położnymi POZ w zakresie świadczenia opieki nad kobietami, noworodkami i niemowlętami do 2. miesiąca życia z perspektywy innych podmiotów realizujących wspólne cele w opiece nad kobietami, noworodkami i niemowlętami do 2. miesiąca życia.

### Piśmiennictwo

1. Podstawowa opieka zdrowotna — teraz bardziej niż kiedykolwiek. Streszczenie raportu: World Health Report 2008, [http://www.who.un.org.pl/aktualnosci.php?news=442&wid=10](http://www.who.un.org.pl/aktualnosci.php?news=442&wid=10;); 20.01.2009.

2. Stachowska M., Buczkowska E. Świadczenia opieki zdrowotnej realizowane przez pielęgniarki i położne w podstawowej opiece zdrowotnej. *Piel. Pol.* 2005; 1 (19): 158–170.
3. 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).
4. Biskupska M., Niewiadomski T.J. Patient satisfaction in primary health care delivered by community midwives, W: Wiktor H. (red.). *Wellness and support in good health and sickness*. Wydawnictwo NeuroCentrum, Lublin 2008; 19–25.
5. Biskupska M. Status pielęgniarek i położnych po wejściu Polski do Unii Europejskiej. W: Maksymiuk T., Skrzypczak J. (red.). *Polska polityka zdrowotna a akcesja Rzeczypospolitej do Unii Europejskiej*, Wydawnictwo Naukowe Instytutu Nauk Politycznych i Dziennikarstwa. Poznań 2006; 113–121.
6. Dyrektywa Rady z dn. 21 stycznia 1980 r. dotycząca koordynacji przepisów ustawowych, wykonawczych i administracyjnych odnoszących się do podejmowania i wykonywania działalności przez położne (80/50/EWG).
7. Biskupska M., Niewiadomski T.J., Połocka-Molińska M. Health promotion tasks rendered by community midwives to achieve wellbeing in new mothers. W: Bergier J. (red.). *Wellness as a goal of health promotion and health education*. Wydawnictwo NeuroCentrum, Lublin 2008; 23–29.