

Anna Jacek

Uniwersytet Rzeszowski

ORCID: 0000-0003-2899-2147

Barbara Zych

Uniwersytet Rzeszowski

ORCID: 0001-8008-6630

**STANDARD WYKONYWANIA ZAWODU POŁOŻNEJ
W STANACH NAGŁYCH W NEONATOLOGII – OCENA
OBOWIĄZUJĄCEGO STANU PRAWNEGO****Wprowadzenie**

Na wstępie należy stwierdzić, że kluczowe dla dalszej jasności i precyzyjności poniższych rozważań jest określenie celu artykułu. Podjęte rozważania pozwoliły na sformułowanie celu opracowania, którym jest przeprowadzenie analizy i oceny standardu wykonywania zawodu położnej w aspekcie zaistnienia „stanu nagłego” w opiece neonatologicznej. Przed przystąpieniem jednak do dalszych wywodów uzasadnione jest w pierwszej kolejności odniesienie się do statusu prawnego zawodu położnej. Analiza treści postanowień ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej pozwala stwierdzić, że położna to osoba, która została zakwalifikowana i pomyślnie ukończyła oficjalnie i formalnie uznawane przez państwa, w którym się odbył, dany cykl kształcenia w zawodzie położnej i uzyskała kwalifikacje wymagane do uzyskania prawa wykonywania zawodu¹. Nie ma wątpliwości, że zawód położnej należy zaklasyfikować do zawodów medycznych. Tu przywołać należy treść art. 2 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej², który precyzuje definicję osoby wykonującej zawód medyczny. Ustawodawca w wymienionym przepisie określił, że osobą wykonującą zawód medyczny jest „osoba uprawniona na podstawie odrębnych przepisów do udzielania świadczeń zdrowotnych oraz osoba legitymująca się nabyciem fachowych

¹ Ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz.U. 2020, poz. 562 ze zm.), dalej: u.z.p.

² Dz.U. 2020, poz. 295 ze zm. (dalej: u.d.l.).

kwalifikacji do udzielania świadczeń zdrowotnych w określonym zakresie lub w określonej dziedzinie medycyny”³. W odniesieniu do powyższego należy zwrócić uwagę na pogląd M. Dercza, który wskazuje, że „pojęcie osoby wykonującej zawód medyczny obejmuje osoby wykonujące zawody, których status jest określony ustawowo, jak i zawody, które nie mają na gruncie obowiązującego prawa takiego uregulowania”⁴. Zawód położnej jest zawodem uregulowanym ustawowo, co pozwala na jednoznaczne zaliczenie go do zawodów medycznych. W literaturze również wskazuje się, że zawód położnej należy zaklasyfikować do wolnych zawodów⁵ oraz zawodów zaufania publicznego⁶.

Dla przejrzystości i jasności dalszych wywodów należy też w tym miejscu wyjaśnić standard wykonywania zawodu położnej. Jest on „zbiorem rekomendacji” ułatwiającym wypełnianie obowiązku ustawowego w postaci konieczności nieustannego aktualizowania wiedzy i doskonalenia praktyki zawodowej. W swoim założeniu sprzyja dobrej praktyce, a opierając się na wiarygodnych dowodach naukowych, stwarza poczucie bezpieczeństwa każdej osobie wykonującej zawód położnej oraz stanowi najskuteczniejszy i najbezpieczniejszy sposób rozwiązywania problemów klinicznych⁷. Nie sposób nie zauważyć, że to w treści art. 11 ust. 1 u.z.p. ujęto przesłanki standardu wykonywania zawodu położnej, wskazując na należytą staranność, normy etyczne, poszanowanie praw pacjenta i jego bezpieczeństwo oraz aktualną wiedzę medyczną. Szczególnego jednak znaczenia nabiera standard wykonywania zawodu położnej w szeroko pojętej opiece medycznej nad noworodkiem świadczonej przez zawody samodzielne (tj. lekarza, pielęgniarkę, położną, fizjoterapeutę), które w szczególności regulują przepisy o wykonywaniu tych zawodów medycznych⁸ oraz dotyczące możliwości uzyskania specjalistycznej wiedzy w ochronie zdrowia⁹. Odnosząc się *stricte* do zawodu położnej, oznacza to, że położna postępuje zgodnie z wymaganymi dla siebie regułami w konkretnej sytuacji, przy czym zobowiązana jest udzielać pomocy, która uzależniona jest od sytuacji klinicznej, posiadanej specjalizacji i umiejętności zawodowych. Z punktu widzenia zapewnienia medycznej opieki neonatologicznej na poziomie

³ Art. 2 ust. 1 pkt 2 u.d.l.

⁴ M. Dercz, komentarz do art. 2 [w:] M. Dercz, T. Rek, *Ustawa o działalności leczniczej. Komentarz*, Warszawa 2019, s. 39.

⁵ M. Sadowska, komentarz do art. 2 [w:] M. Sadowska, W. Lis, *Ustawa o zawodach pielęgniarki i położnej. Komentarz*, Warszawa 2019, s. 34–39.

⁶ A. Fiutak, *Pielęgniarka i położna* [w:] *System Prawa Medycznego*, t. I: *Pojęcie, źródła i zakres prawa medycznego*, red. E. Zielińska, R. Kubiak, L. Kubicki, Warszawa 2018, s. 268.

⁷ M. Boratyńska, *Miejsce standardów lekarskich w systemie prawa medycznego – teoria i praktyka* [w:] *Standard wykonywania zawodów medycznych*, red. A. Górski, E. Sarnacka, M. Grassman, Warszawa 2019, s. 23.

⁸ Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz.U. 2020, poz. 514 ze zm.), dalej: u.z.l.; u.z.p.; ustawa z dnia 25 września 2015 r. o zawodzie fizjoterapeuty (Dz.U. 2019, poz. 952 ze zm.).

⁹ Art. 18 ust 1 u.z.l.; art. 67 ust. 1 u.z.p. oraz art. 35 ust. 1 ustawy o zawodzie fizjoterapeuty.

współczesnych standardów konieczna jest dobra organizacja w skali regionu, dobrze wykształcony i doświadczony personel medyczny, ale i oddziały wyposażone w unikatowy, z reguły drogi sprzęt i szpitale o różnym poziomie działania przez całą dobę¹⁰.

Wybrane przesłanki standardu wykonywania zawodu położnej

Jak wskazano wyżej, jedną z przesłanek standardu wykonywania zawodu położnej jest należyta staranność. Staranność, ostrożność stanowi typ norm właściwy wszystkim dziedzinom ludzkiego działania. Ich celem jest maksymalizacja szans na osiągnięcie pożądaných wyników przy minimalizowaniu ryzyka niekorzystnych następstw ubocznych. Zachowanie należytej staranności jest kluczowym elementem zasad ogólnej ostrożności i stanowi dla pacjenta gwarancję, że podjęte czynności są dla niego bezpieczne¹¹. W zawodzie położnej¹² zasada ta obowiązuje wszystkie klasy czynności tworzone dla potrzeb praktyki¹³. Pomimo braku gotowego katalogu zasad ostrożnego postępowania wskazówek można się doszukać w obowiązujących przepisach prawa i orzecznictwie sądowym w zakresie prawa medycznego. Dodać także należy, że w sytuacji wystąpienia wątpliwości natury medycznej położna ma możliwość zwołania narady¹⁴.

Kryteria określające poziom wymagań w zakresie należytej staranności podlegają gradacji, ale w każdym przypadku muszą one być obiektywne, a poziom wymagań musi wyznaczać stan aktualnej wiedzy medycznej obejmujący nie tylko działania pielęgnacyjne, ale i metody leczenia oraz wyposażenie medyczne warsztatu pracy położnej w placówkach ochrony zdrowia. W pracy położnej należyta staranność będzie się wiązała z posiadanymi uprawnieniami i fachowymi kwalifikacjami, określonymi ramami konkretnej specjalizacji lub kursu¹⁵. Należy podkreślić, że położna w czasie udzielania świadczeń opiekuńczo-pielęgnacyjnych nie powinna wykraczać poza posiadane uprawnienia. Wyłącznym uzasadnionym odstępstwem od tej zasady jest udzielanie pomocy doraźnej przez położną „z należyłą starannością, zgodnie z zasadami etyki zawodowej, poszanowaniem praw pacjenta i dbałością o jego bezpieczeństwo”¹⁶.

¹⁰ *Standardy opieki medycznej nad noworodkiem w Polsce. Zalecenia Polskiego Towarzystwa Neonatologicznego*, Warszawa 2019.

¹¹ D. Karkowska, *Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Komentarz*, Warszawa 2012, s. 101.

¹² Art. 11 ust. 1 u.z.p.

¹³ M. Boratyńska, *Miejsce standardów...*, s. 5.

¹⁴ Art. 25 u.z.p.

¹⁵ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 12 grudnia 2013 r. w sprawie wykazu dziedzin pielęgniarstwa oraz dziedzin mających zastosowanie w ochronie zdrowia, w których może być prowadzona specjalizacja i kursy kwalifikacyjne (Dz.U. 2013, poz. 1562).

¹⁶ Art. 11 ust. 1 u.z.p.

Jak wspomniano wyżej, zawód położnej jest również „zawodem zaufania publicznego”¹⁷, wobec czego podlega on regulacjom prawnym (autoregulacji, regulacji środowiska zawodowego i prawa publicznego), posiada też określone standardy postępowania i kodeks etyki¹⁸, a od położnych świadczących usługi medyczne wymaga się wysokich kompetencji merytorycznych i etycznych gwarantujących prawidłowe wykonywanie czynności zawodowych przy ustawicznym podnoszeniu swoich kwalifikacji¹⁹. Przepisy prawa polskiego określają bardzo dokładnie wymogi wykonywania zawodu położnej. Prawo wykonywania zawodu położnej przyznaje właściwa okręgowa rada pielęgniarek i położnych²⁰ osobie, która ma obywatelstwo polskie lub obywatelstwo państwa członkowskiego Unii Europejskiej, posiada dyplom położnej, pełną zdolność do czynności prawnych, a przy tym stan zdrowia pozwalający na wykonywanie zawodu i wykazuje nienaganną postawę etyczną²¹. W tym miejscu trzeba podkreślić, że pieczę nad prawidłowym wykonywaniem tego zawodu sprawuje samorząd zawodowy (Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych) wyposażony w samodzielność i władzę administracyjną, którą z mocy prawa obejmuje wszystkie pielęgniarki i położne z dniem uzyskania prawa wykonywania zawodu. Zatem przygotowanie do wykonywania zawodu położnej „powinno odpowiadać kryteriom wysokiej jakości i wiarygodności kojarzonej z pojęciem zaufania publicznego”²².

Standard wykonywania zawodu położnej w stanach nagłych w neonatologii

Kluczowe dla dalszych rozważań co do standardu wykonywania zawodu położnej w stanach nagłych w neonatologii jest wyjaśnienie pojęcia *stan nagłego zagrożenia zdrowotnego*. Należy zauważyć, że literalna definicja analizowanego pojęcia została ujęta w treści postanowień art. 3 pkt 8 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym. Zgodnie z nią stan nagły zagrożenia zdrowotnego to „stan polegający na nagłym lub przewidywanym w krótkim czasie pojawieniu się objawów pogarszania zdrowia, którego bezpośrednim następstwem może być poważne uszkodzenie funkcji organizmu lub uszkodzenia ciała lub utrata życia, wymagający podjęcia natychmiastowych medycznych czynności

¹⁷ Art. 17 ust. 1 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej dnia 2 kwietnia 1997 r. (Dz.U. 1997, nr 78, poz. 483 ze zm.).

¹⁸ J. Zajdel, *Meritum. Prawo medyczne*, Warszawa 2016, s. 24.

¹⁹ Art. 61 ust. 1 u.z.p.

²⁰ Art. 41 ust. 1 u.z.p.

²¹ Art. 28 u.z.p.

²² Ż. Skrenty, *Standardy wykonywania zawodu lekarza jako zawodu zaufania publicznego – wybrane zagadnienia* [w:] *Standard wykonywania zawodów medycznych*, red. A. Górski, E. Sarnacka, M. Grassman, Warszawa 2019, s. 56.

ratunkowych i leczenia”²³. W innych aktach prawnych można znaleźć inne bliskoznaczne wyrażenia, tj. *zagrożenie zdrowia lub życia*²⁴, *przypadek niecierpiący zwłoki*²⁵, *bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu*²⁶, które oznaczają stan nagłego zagrożenia zdrowia lub życia²⁷. W związku z powyższym na gruncie ustawowych definicji przez stan nagłego zagrożenia zdrowotnego należy rozumieć stan polegający na nagłym lub przewidywanym w krótkim czasie pojawieniu się objawów pogarszania zdrowia, którego bezpośrednim następstwem może być poważne uszkodzenie funkcji organizmu, uszkodzenie ciała lub utrata życia, wymagające podjęcia natychmiastowych medycznych czynności ratunkowych i leczenia²⁸. Dlatego działanie w stanie nagłym będzie miało „charakter jednorazowy (nawet jeżeli składa się z szeregu czynności), nie zaś charakter ciągłej opieki medycznej z bliżej nieokreślonym terminem jej zakończenia”²⁹. Wśród podmiotów zobowiązanych do udzielenia pomocy wymienia się lekarza, pielęgniarkę, położną³⁰, ratownika medycznego, podmiot leczniczy, świadczeniodawcę i każdego, kto może udzielić pomocy bez narażenia siebie lub innej osoby na niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu³¹.

Przechodząc do analizy standardu wykonywania zawodu położnej w stanach nagłych w neonatologii, należy przywołać art. 7 ust. 1 u.p.p., który precyzuje, że „pacjent ma prawo do natychmiastowego udzielenia świadczeń zdrowotnych ze względu na zagrożenie zdrowia lub życia”. W celu realizacji tego prawa pacjenta położna „podejmuje konieczne działania w sytuacjach nagłych, do czasu przybycia lekarza”³², w tym natychmiastowej reanimacji³³, a jeżeli udzielana pomoc świadczona jest przez lekarza, art. 5 u.z.p. wyznacza położnej „realizację zleceń lekarskich w procesie diagnostyki, leczenia i rehabilitacji”³⁴, dodatkowo precyzuje zakres i charakter udzielania samodzielnej opieki pielęgniarskiej „w określonym zakresie świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych”³⁵. Bezsprzecznie prawem pacjenta – noworodka – jest zachowanie zdrowia i życia, a dopiero w dalszej kolejności ma on inne uprawnienia w procesie

²³ Dz.U. 2020, poz. 882 ze zm.

²⁴ Art. 7 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U. 2020, poz. 849), dalej: u.p.p.

²⁵ Art. 30 u.z.l.

²⁶ Art. 162 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny (Dz.U. 2020, poz. 1444 ze zm.), dalej: k.k.

²⁷ Por. G. Głanowski, *Definicje bezwzględnego obowiązku pomocy medycznej*, „Czasopismo Prawa Karnego i Nauk Penalnych” 2013, nr 1, s. 71–81.

²⁸ *Ibidem*, s. 75.

²⁹ Wyrok SN z dnia 25 lutego 2015 r., sygn. IV CSK 343/14.

³⁰ Art. 12 ust. 1 u.z.p.

³¹ G. Głanowski, *Definicje bezwzględnego obowiązku...*, s. 74.

³² Art. 4 pkt 5 u.z.p.

³³ Art. 5 pkt 7 u.z.p.

³⁴ Art. 4 pkt 4, 5 u.z.p.

³⁵ Art. 4 pkt 4 u.z.p.

diagnostyczno-leczniczym. Oznacza to, że obowiązkiem położnej jest przede wszystkim ratowanie pacjenta, a następnie respektowanie innych jego praw (informowanie o wykonywanych czynnościach, wykonywanie czynności za zgodą pacjenta lub prawnego opiekuna). W innym przypadku informowanie pacjenta opóźniałoby podjęcie medycznych czynności ratunkowych. Wobec powyższego obowiązkiem położnej jest przede wszystkim dokonanie oceny, czy pacjent znalazł się w stanie nagłym, a po uzyskaniu przekonania w tym zakresie podjęcie adekwatnych do tego stanu czynności medycznych bez znaczenia, czy w tym czasie właśnie świadczy pomoc lekarską, opiekę pielęgniarską, czy przypadkowo stała się świadkiem sytuacji wymagającej jej natychmiastowej interwencji³⁶. Należy więc zaznaczyć, że w oddziale neonatologii i oddziale intensywnej opieki neonatologicznej nawet jeżeli lekarz nie będzie specjalistą w zakresie neonatologii lub pediatrii, lekarzem prowadzącym lub dyżurnym, a pielęgniarka i położna specjalistą opieki neonatologicznej, po stwierdzeniu stanu nagłego ma obowiązek podjąć działania zmierzające do wyeliminowania zagrożenia zdrowia lub życia pacjenta³⁷.

Obowiązek ratowania życia pacjenta nie musi być poprzedzony uzyskaniem zgody pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego. Zatem w sytuacji nagłej, co do której przedstawiciel ustawowy nie wyraził wcześniej swojej woli, położna ma obowiązek podjęcia wszystkich uznanych przez siebie za wskazane zabiegów, które mają na celu odwrócenie niebezpieczeństwa dla małoletniego pacjenta.

Katalog czynności wykonywanych samodzielnie przez położną obejmuje wszystkie sfery aktywności zawodowej, tj. czynności diagnozy, terapii, rehabilitacji i profilaktyki zdrowotnej, które może wykonywać bez zlecenia lekarza³⁸. Ustawa oprócz samodzielnego charakteru profesji poszerzyła kompetencje położnej, zakres jej decyzyjności³⁹ i niezależności zawodowej co do wykonywanych czynności zawodowych. Swoboda w korzystaniu z przyjętych w środowisku zawodowym reguł i wytycznych dotyczących udzielania określonego rodzaju świadczeń zdrowotnych⁴⁰ samodzielnie i na zlecenie (pod nadzorem) lekarza dowodzi, że zakres działań, jakie położna może podejmować autonomicznie, jest szeroki i ciągle ulega systematycznemu poszerzaniu na gruncie kolejnych ustaw⁴¹. Należy również podkreślić, że usamodzielnienie zawodu położnej nie stoi w sprzeczności z faktem podporządkowania zawodu w określonym zakresie lekarzowi, który nadal odgrywa wiodącą rolę w procesie leczenia. Zakres czynności wykonywanych samodzielnie

³⁶ Art. 33 ust. 1 u.z.p.

³⁷ Art. 33 ust. 1 u.z.l.

³⁸ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 28 lutego 2017 r. w sprawie rodzaju w sprawie rodzaju i zakresu świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych udzielanych przez pielęgniarkę albo położną samodzielnie bez zlecenia lekarskiego (Dz.U. 2017, poz. 497).

³⁹ Art. 2 u.z.p.

⁴⁰ Art. 5 ust. 1 u.z.p.

⁴¹ K. Bączyk-Rozwadowska, *Samodzielność zawodowa pielęgniarki, położnej i ratownika medycznego*, „Studia Iuridica Toruniensia” 2018, t. XXII, s. 25–47.

przez położną obejmuje udzielanie świadczeń zdrowotnych (w tym czynności ratunkowych) i stosowanie – we wskazanych obszarach – produktów leczniczych (leków) i tzw. środków pomocniczych⁴². Położna ma także prawo samodzielnie orzekać o rodzaju i zakresie świadczeń opiekuńczo-pielęgnacyjnych wykonywanych na rzecz pacjenta niezdolnego do samodzielnej egzystencji i samoopieki⁴³.

Szeroki zakres kompetencji położnej nie uprawnia jej do wykonywania zleceń lekarskich bez wyraźnego polecenia na piśmie umożliwiającego identyfikację lekarza i pacjenta⁴⁴, z wyjątkiem zaistnienia przypadku nagłego, wiążącego się z zagrożeniem życia pacjenta. Położnej przysługuje również prawo do odmowy wykonania zlecenia lekarskiego⁴⁵ oraz wykonania innego świadczenia zdrowotnego niezgodnego z jej sumieniem lub z zakresem posiadanych kwalifikacji, z podaniem niezwłocznie przyczyny odmowy na piśmie przełożonemu lub osobie zlecającej⁴⁶.

Resuscytacja krążeniowo-oddechowa

Reanimacja (ożywienie) po zatrzymaniu krążenia lub oddychania ma na celu uzyskanie powrotu podstawowych czynności życiowych i funkcji mózgu. W związku z tym oznacza uzyskanie pełnego powrotu do zdrowia w wyniku stosowania szeroko pojętego leczenia, w tym także leczenia przyczynowego. Z kolei resuscytacja jest pojęciem węższym i obejmuje doraźne postępowanie wspomagające czynność danego narządu (oddychania lub krążenia) również w sytuacji, gdy nastąpiło osłabienie jego funkcji. A zatem resuscytacja dotyczy postępowania i zabiegów wykonywanych w sytuacjach nagłych, gdy brak czasu nie pozwala na bardziej szczegółową analizę przyczyn wystąpienia sytuacji zagrożenia życia (rycina 1).

Reanimacja natomiast obejmuje postępowanie resuscytacyjne oraz analizę przyczyn zatrzymania krążenia, ich zwalczanie, usuwanie skutków i ewentualnych powikłań podejmowanych zabiegów resuscytacyjnych. Zasadniczym celem reanimacji jest przywrócenie samoistnej akcji serca, oddychania i funkcji układu nerwowego. Oczywiście im bardziej kwalifikowana pomoc jest udzielana, tym bardziej skomplikowany sprzęt jest używany i tym bardziej rozszerzone są cele postępowania⁴⁷, aż do pełnej reanimacji całego ustroju.

⁴² Załączniki nr 2, 3, 4, 5, 6 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 28 lutego 2017 r. w sprawie rodzaju i zakresu świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych udzielanych przez pielęgniarkę albo położną samodzielnie bez zlecenia lekarskiego (Dz.U. 2017, poz. 497).

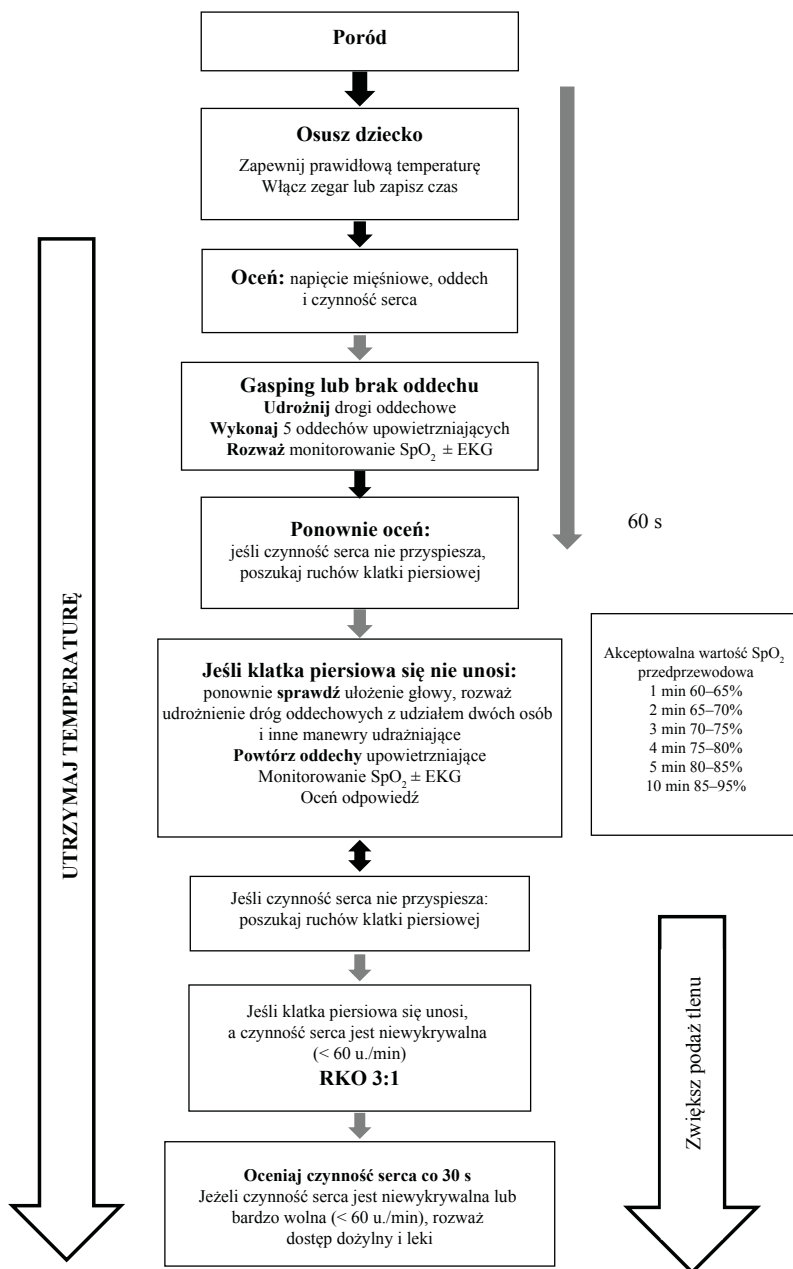
⁴³ Art. 15 ust. 4 u.z.p.

⁴⁴ Pkt II.2 Kodeksu etyki zawodowej pielęgniarki i położnej Rzeczypospolitej Polskiej, <https://nipip.pl/prawo/samorzadowe/krajowy-zjazd-pielgniarek-i-poloznych/kodeks-etyki-zawodowej-pielgniarki-i-poloznej-rzeczypospolitej-polskiej/> (2.02.2021).

⁴⁵ Art. 12 u.z.p.

⁴⁶ *Ibidem*.

⁴⁷ U.z.p.



Rycina 1. Algorytm zabiegów resuscytacyjnych u noworodka⁴⁸

⁴⁸ J. Wylliea, J. Bruinenberg, C.C. Roehr, M. Rüdiger, D. Trevisanuto, B. Urlesberger, *European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2015 Section 7. Resuscitation and support of transition of babies at birth*, „Resuscitation” 2015, no. 95, s. 249–263.

Wskazaniem do podjęcia postępowania reanimacyjnego jest występowanie nagłego zatrzymania krążenia i/lub oddychania, tj. sytuacja, gdy układ krążenia i/lub oddychania nagle jako pierwszy zaprzestaje swojej funkcji w ciągu zjawisk związanych ze śmiercią. W neonatologii, w przeciwieństwie do osób dorosłych, resuscytację po urodzeniu dziecka można z dużym prawdopodobieństwem przewidzieć⁴⁹.

W resuscytacji neonatologicznej istnieją trzy podstawowe sytuacje kliniczne, w których może się okazać konieczne rozważenie decyzji o niepodejmowaniu resuscytacji po urodzeniu dziecka. Należą do nich: skrajne wcześniactwo, potwierdzone prenatalnie wady letalne i mnogie wady wrodzone związane z nieprawidłowym rokowaniem co do przeżycia i możliwością ciężkiego, nieodwracalnego uszkodzenia noworodka⁵⁰.

Noworodek urodzony na granicy przeżycia to tzw. skrajny wcześniak. Według wytycznych z 2010 r. dotyczących noworodków „nie zaleca się podejmowania resuscytacji, jeżeli wiek ciążowy (< 23 tygodnia ciąży), masa urodzeniowa (< 400 g) lub wady wrodzone wskazują na prawie pewne ryzyko zgonu lub nieakceptowanych powikłań w razie przeżycia dziecka”. Rekomendacje światowe nie określają jednolitego stanowiska, od którego tygodnia życia płodowego nie należy podejmować resuscytacji. Granica ta waha się od 22. do 25. tygodnia ciąży⁵¹. Natomiast wszystkie autorytety środowiska medycznego zgadzają się co do tego, że podobnie jak podkreślają ostatnie wytyczne (2015 r.), „resuscytacja prawie zawsze jest wskazana, jeżeli szansa na przeżycie jest duża (> 25 tygodnia ciąży) przy akceptowalnym ryzyku powikłań”⁵². Dodatkowo rekomendacje podkreślają obowiązek indywidualnego podejścia do pacjenta i w podejmowaniu resuscytacji branie pod uwagę jego dojrzałości, szacowanej masy ciała, czynników pogarszających i poprawiających rokowanie przed urodzeniem i w okresie okołoporodowym.

Różnorodne jest także podejście w kwestii roli rodziców w podejmowaniu decyzji o resuscytacji, poczynwszy od wysłuchania ich stanowiska i opinii na ten temat do ostatecznych deklaracji i podpisania zgody. Według wytycznych resuscytacji z 2015 r. u dzieci na tzw. granicy przeżycia przy niepewnym rokowaniu i względnie dużym ryzyku powikłań obciążających dziecko należy uwzględnić opinie rodziców w zakresie podejmowania resuscytacji i ustalić w porozumieniu z nimi plan dalszego postępowania, w tym także przerwania resuscytacji i wsparcia krążeniowo-oddechowego.

Polskie rekomendacje Zespołu ds. Rekomendacji Etycznych w Perinatologii, powstałe na podstawie rozwiązań w różnych krajach europejskich, miały na celu

⁴⁹ E. Adamska, *Strategie resuscytacji* [w:] M. Rutkowska, E. Adamska, M. Reško-Zachara, *Resuscytacja noworodka*, Bielsko-Biała 2016, s. 16–52.

⁵⁰ M. Rutkowska, *Niepodejmowanie resuscytacji, zaprzestanie resuscytacji* [w:] M. Rutkowska, E. Adamska, M. Reško-Zachara *Resuscytacja noworodka*, s. 84–92.

⁵¹ *Ibidem*, s. 84–92.

⁵² *Resuscytacja i wsparcie okresu adaptacyjnego noworodków*, https://www.prc.krakow.pl/wyt2015/7_NLS.pdf (19.03.2021).

ułatwienie podejmowania odpowiedzialnych decyzji etycznych i medycznych. Wobec tego podjęte przez położną działanie musi być dostosowane do indywidualnego przypadku i zgodne z Kodeksem etyki⁵³. Istotne z punktu prowadzonej analizy jest również odniesienie się do wrodzonych wad letalnych rozpoznanych prenatalnie. Do najczęściej zaliczanych wad należą trisomia 13.⁵⁴ i 18.⁵⁵ pary chromosomów. W przypadku potwierdzenia tych wad w okresie płodowym rodzice mają prawo wystąpić z prośbą o terminację ciąży z powodu „znacznego, nieodwracalnego uszkodzenia płodu”. Tu zaznaczyć należy, że rodzice, którzy nie dokonali jej z powodu późno postawionej diagnozy lub osobistych przekonań, mają prawo prosić o niepodjęcie działań resuscytacyjnych przy urodzeniu dziecka. Informacja ta powinna zostać odnotowana w dokumentacji medycznej pacjenta wraz z wynikiem kariotypu. Sytuacja taka znalazła swoje odzwierciedlenie w deklaracji weneckiej (1983 r.) Światowego Stowarzyszenia Medycznego o stanach terminalnych, która wskazuje na sytuację zmniejszenia cierpienia pacjenta i działanie w najlepszym jego interesie. Okoliczności te nie wykluczają ulgi w cierpieniu terminalnie chorego dziecka, a wstrzymanie leczenia nie zwalnia z obowiązku asystowania umierającemu i stosowania koniecznej farmakoterapii dla złagodzenia terminalnej fazy choroby. Deklaracja wskazuje też zasadność powstrzymania się od stosowania nadzwyczajnych środków niedających żadnych korzyści pacjentowi⁵⁶. W tym przypadku niepodjęcie działań resuscytacyjnych wskazuje ograniczanie działania do opieki paliatywnej z zachowaniem godności pacjenta. Dziecko umieszcza się w inkubatorze lub na prośbę rodziców pozostawia na ich rękach, zapewniając mu maksymalny komfort i zabezpieczenie przed utratą ciepła. W przypadku wystąpienia

⁵³ M. Rutkowska (Zespół ds. Rekomendacji Etycznych w Perinatologii), *Rekomendacje dotyczące postępowania z matką oraz noworodkiem urodzonym na granicy możliwości przeżycia z uwzględnieniem aspektów medycznych*, „Perinatol. Neonatol. Ginekol.” 2012, s. 5–13.

⁵⁴ Zespół Patau (trisomia 13. pary chromosomów) to zespół małych (twarzoczaszki, skóry, kończyn i jamy brzusznej) i dużych wad (ośrodkowego układu nerwowego, twarzoczaszki, serca i układu moczowo-płciowego). Rozpoznaje się przed lub po urodzeniu dziecka. Zaawansowany wiek matki stanowi czynnik ryzyka trisomii 13, jednak 20% przypadków zespołu Patau może wynikać z nie zrównoważonej translokacji, rzadko mozaikowości. Rokowanie u pacjentów z zespołem Patau jest złe (przeżycia pacjentów żywo urodzonych wynoszą 7–10 dni, podczas gdy 90% tych dzieci nie przeżywa pierwszego roku). G.M. Williams, R. Brady, *Patau Syndrome*, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK538347/#article-26721.s2> (2.02.2021).

⁵⁵ Zespół Edwardsa (trisomia 18. pary chromosomów) to choroba genetyczna prowadząca do zespołu wad (twarzoczaszki, kończyn, klatki piersiowej, jamy brzusznej, miednicy/stawów biodrowych, narządów płciowych i skóry). Zespół ten jest drugim najczęstszym zespołem trisomii autosomalnej (po trisomii 21), a częstość występowania żywych urodzeń szacowana jest na 1/6000–1/8000. We wczesnym rozwoju zarodka częstość występowania trisomii 18 jest wyższa (1/2500–1/2600). Rozpowszechnienie trisomii 18 wzrasta wraz ze wzrostem wieku matki. Obecność poważnych wad rozwojowych w tym zespole jest powszechna, a najczęstsze są anomalie serca i nerek. Około 50% dzieci z trisomią 18 żyje dłużej niż tydzień, a 5–10% powyżej pierwszego roku życia. A. Cereda, J.C. Carey, *The trisomy 18 syndrome*, „Orphanet J Rare Dis.” 2012, no. 7(81), <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3520824/> (2.02.2021).

⁵⁶ M. Nesterowicz, *Prawo medyczne*, Toruń 2013, s. 374–382.

duszości stosuje się bierną podaż tlenu, a w razie konieczności podejmuje się leczenie przeciwbólowe i sedacyjne.

Trzeba również zwrócić uwagę na mnogie wady wrodzone o niepewnym rokowaniu co do przeżycia i rozwoju. W przypadku mnogich wad wrodzonych rodzice są informowani o możliwościach diagnostycznych, leczniczych i rokowaniu co do przeżycia i rozwoju dziecka. Ważne jest w tej kwestii poznanie stanowiska rodziców w sprawie podjęcia lub niepodejmowania resuscytacji (o ile będzie konieczna) i systemowego leczenia. W celu wypracowania właściwej decyzji konieczna jest współpraca całego zespołu interdyscyplinarnego, ze szczególnym uwzględnieniem wymiany informacji i zastosowaniem zasady konsultacji. Ostateczne stanowisko zespołu medycznego, w tym także szpitalnej komisji etycznej, jest odnotowywane w Karcie konsylium prenatalnego⁵⁷. W przypadku, gdy noworodek nie wymaga resuscytacji po urodzeniu, podejmuje się działania chirurgiczne, a decyzje co do jego dalszego leczenia konsultowane są w oddziale intensywnej terapii noworodka. Natomiast w sytuacji zgonu dziecka rodzicom proponuje się wykonanie badania autopsyjnego potwierdzającego rozpoznanie wady i wizytę w poradni genetycznej celem omówienia możliwości powtórzenia się podobnej wady w przyszłej ciąży wraz z zaplanowaniem jej prowadzenia.

Odnosnie do zgonu dziecka podczas resuscytacji należy zaznaczyć, że rodzice mają prawo do pełnej informacji o sytuacji zdrowotnej swojego dziecka, aby móc w sposób świadomy wyrazić swoje zdanie w zakresie dalszego postępowania medycznego. Porozumienie pomiędzy personelem medycznym i rodzicami ma kluczowe znaczenie dla rodziców, którzy powinni mieć poczucie, że uczyniono wszystko, co możliwe, dla dobra dziecka oraz że nie spoczywa na nich ostateczna odpowiedzialność za podejmowane decyzje. Według wytycznych z 2015 r. w przypadku prowadzenia ciągłych i prawidłowych zabiegów resuscytacyjnych może być uzasadnione ich przerwanie, jeśli u noworodka przez ponad 10 minut nie stwierdza się czynności serca. Wówczas lekarz, podejmując decyzję zaprzestania resuscytacji, powinien rozważyć prawdopodobną etiologię braku czynności serca, wiek ciążowy, potencjalną odwracalność sytuacji i preferencje rodziców. W takiej sytuacji istnieje konieczność wykonania badania autopsyjnego celem wyjaśnienia ewentualnej przyczyny braku odpowiedzi na prowadzoną resuscytację⁵⁸.

Wytyczne resuscytacji krążeniowo-oddechowej u noworodka mają kluczowe znaczenie w sytuacji globalnej pandemii związanej z COVID-19, chociaż do końca nie jest wyjaśnione, czy noworodki są potencjalnie zarażone, gdy u matki podejrzewa się lub potwierdza COVID-19. W tej sytuacji położna powinna być wyposażona w środki ochrony indywidualnej (ograniczającej kontakt z cząstkami wirusa unoszącymi się w powietrzu i przenoszonymi drogą kropelkową)⁵⁹.

⁵⁷ M. Rutkowska (Zespół ds. Rekomendacji Etycznych w Perinatologii), *Rekomendacje dotyczące postępowania...*, s. 5–13.

⁵⁸ M. Rutkowska, *Niepodejmowanie resuscytacji...*, s. 84–92.

⁵⁹ D.P. Edelson, C. Sasson, P.S. Chan, D.L. Atkins, K. Aziz, L.B. Becker, R.A. Berg, S.M. Bradley, S.C. Brooks, A. Cheng, M. Escobedo, G.E. Flores, S. Girotra, A. Hsu, B.D. Kamath-Rayne, H.C. Lee,

Podsumowanie

Należy stwierdzić, że wymagania dotyczące kwalifikacji zawodowych położnej wynikają ze zmieniającego się stanu prawnego. Regulacje prawne obejmują swoim zakresem prawa, obowiązki i kwalifikacje oraz zakres samodzielności zawodowej położnej⁶⁰. Niezbędnym wymogiem wykonywania zawodu położnej jest posiadanie kwalifikacji zawodowych potwierdzonych dokumentem upoważniającym do używania tytułu położnej i prawa wykonywania zawodu. Tak więc położna to osoba o zdefiniowanych kwalifikacjach uwarunkowanych standardem kształcenia⁶¹, potwierdzonych odpowiednimi dokumentami uprawniającymi do udzielania świadczeń pielęgnacyjnych, zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych, rehabilitacyjnych i promocji zdrowia w zakresie opieki nad kobietą, kobietą ciężarną, rodzącą, położnicą i noworodkiem.

O dużej dynamice i potrzebie rozwoju tego zawodu świadczy powołanie przez Ministra Zdrowia zespołu⁶² i podzespołów merytorycznych⁶³ ds. opracowywania zmian w zakresie kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych, a w szczególności wypracowanie ścieżki rozwoju w obszarze praktyki zawodowej, tzw. ścieżki klinicznej w ciągle zmieniającym się systemie opieki zdrowotnej.

Nie należy jednak zapominać, że w pracy położnej podstawą bezpieczeństwa wykonywanych działań, obok staranności, dokładności i sumienności, jest znajomość zagadnień związanych z wykonywaniem zawodu, a w szczególności zakresu obowiązków, odpowiedzialności i uprawnień zawodowych położnej. Wprawdzie w toku nauki i szkolenia zawodowego położna nabywa prawo do wykonywania czynności medycznych – samodzielnie lub na zlecenie lekarza, ale to dopiero wiedza o posiadanych kwalifikacjach, a w dalszej kolejności uprawnienia do wykonywania ściśle określonych czynności stanowią podstawę podejmowanych przez nią decyzji o wykonaniu zadań. Trzeba tutaj zwrócić szczególną uwagę na częstą sytuację związaną z posiadanymi przez położną umiejętnościami manualnymi i technicznymi, które nie zawsze łączą się z uprawnieniami, jakie posiada, a jeżeli zdecyduje się

R.E. Lehotsky, M.E. Mancini, R.M. Merchant, V.M. Nadkarni, A.R. Panchal, M.A.R. Peberdy, T.T. Raymond, B. Walsh, D.S. Wang, C.M. Zelop, A.A. Topjian, *American Heart Association ECC Interim COVID Guidance Authors. Interim Guidance for Basic and Advanced Life Support in Adults, Children, and Neonates with Suspected or Confirmed COVID-19: From the Emergency Cardiovascular Care Committee and Get with the Guidelines-Resuscitation Adult and Pediatric Task Forces of the American Heart Association*, „Circulation” 2020, no. 141(25), s. e933–e943.

⁶⁰ U.z.p.

⁶¹ Rozporządzenie Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 26 lipca 2019 r. w sprawie standardów kształcenia przygotowującego do wykonywania zawodu lekarza, lekarza dentystry, farmaceuty, pielęgniarki, położnej, diagnosty laboratoryjnego, fizjoterapeuty i ratownika medycznego (Dz.U. 2019, poz. 1573 ze zm.).

⁶² Zarządzenie Ministra Zdrowia z dnia 12 lutego 2020 r. w sprawie powołania Podzespołów merytorycznych do spraw opracowania zmian w zakresie kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych (Dz.U. MZ 2020, poz. 10).

⁶³ *Ibidem*.

ona na wykonanie takich czynności, nie posiadając do tego kwalifikacji, przyczyni się do wystąpienia błędu, za który będzie ponosić odpowiedzialność⁶⁴. Dlatego w tym celu powstał standard zawodu położnej, który jest powiązany z kodeksem etyki zawodowej i przepisami u.p.p., a w szczególności informowaniem pacjenta o jego prawach, udzielaniem pacjentowi lub jego przedstawicielowi ustawowemu informacji o stanie zdrowia pacjenta, zachowaniem tajemnicy zawodowej i prowadzeniem dokumentacji medycznej. Zasady normujące moralną stronę postępowania położnej ujęte w ramy kodeksu etyki zawodowej niewątpliwie zobowiązują ją do przestrzegania praw pacjenta i dbania o godność zawodu.

W praktyce zawodowej położnej ustalenie błędu w konkretnej sytuacji będzie wymagało uwzględnienia całokształtu zaistniałych okoliczności w chwili podejmowania czynności leczniczo-diagnostycznych oraz sprecyzowania, czy były one zgodne z wymaganiami aktualnej wiedzy, nauki medycznej i powszechnie przyjętymi zasadami etyki zawodowej. Tylko w tym przypadku świadomość istniejącego ryzyka, uczenie się na błędach i wyciąganie z nich właściwych wniosków będzie doskonalilo umiejętności położnej i zapewniało wykonywanie czynności zgodnie z wytycznymi określonymi w standardach praktyki zawodowej. Ponadto wpłynie to na rozwój osobisty zdolności i nabycie biegłości w rozwiązywaniu problemów, a z punktu widzenia pacjenta – zapewni mu bezpieczeństwo podczas opieki. W praktyce zawodowej położnej zdarza się konieczność podejmowania trudnych decyzji, konfrontowania swoich umiejętności ze złożonymi problemami, a czasami świadome naruszanie prawa w imię dobra pacjenta⁶⁵.

Reasumując, przeprowadzona w niniejszym opracowaniu analiza aktów prawnych i literatury wskazuje wagę odpowiedzialności, przed jaką staje położna, wykonując swoje zadania zawodowe. W tym miejscu należy szczególnie mocno podkreślić, że osoby wybierające zawód położnej muszą mieć świadomość konsekwencji prawnych i moralnych swoich decyzji, gdyż zdrowie i życie pacjenta zależy od rzetelnej i odpowiedzialnej pracy wykonywanej z należytą starannością, aktualną wiedzą medyczną, dostępnymi metodami i środkami oraz według zasad etyki zawodowej tej profesji.

Bibliografia

- Adamska E., *Strategie resuscytacji* [w:] M. Rutkowska, E. Adamska, M. Reško-Zachara, *Resuscytacja noworodka*, Bielsko-Biała 2016.
- Bączyk-Rozwadowska K., *Samodzielność zawodowa pielęgniarki, położnej i ratownika medycznego*, „Studia Iuridica Toruniensia” 2018, t. XXII.

⁶⁴ S. Marczevska, Z. Kopański, *Błąd medyczny związany z wykonywaniem zawodu pielęgniarki*, „Journal of Public Health, Nursing And Medical Rescue” 2012, nr 4, s. 14–21.

⁶⁵ S. Marczevska, Z. Kopański, *Błąd medyczny związany z wykonywaniem zawodu pielęgniarki. Zadośćuczynienie i odszkodowanie za błędy medyczne oraz odpowiedzialność cywilna podmiotów leczniczych w Polsce*, „Studia Oeconomica Posnaniensia” 2015, nr 12, s. 14–21.

- Boratyńska M., *Miejsce standardów lekarskich w systemie prawa medycznego – teoria i praktyka* [w:] *Standard wykonywania zawodów medycznych*, red. A. Górski, E. Sarnacka, M. Grassman, Warszawa 2019.
- Dercz M., Rek T., *Ustawa o działalności leczniczej. Komentarz*, Warszawa 2019.
- Edelson D.P., Sasson C., Chan P.S., Atkins D.L., Aziz K., Becker L.B., Berg R.A., Bradley S.M., Brooks S.C., Cheng A., Escobedo M., Flores G.E., Girotra S., Hsu A., Kamath-Rayne B.D., Lee H.C., Lehotsky R.E., Mancini M.E., Merchant R.M., Nadkarni V.M., Panchal A.R., Peberdy M.A.R., Raymond T.T., Walsh B., Wang D.S., Zelop C.M., Topjian A.A., *American Heart Association ECC Interim COVID Guidance Authors. Interim Guidance for Basic and Advanced Life Support in Adults, Children, and Neonates with Suspected or Confirmed COVID-19: From the Emergency Cardiovascular Care Committee and Get with the Guidelines-Resuscitation Adult and Pediatric Task Forces of the American Heart Association*, „Circulation” 2020, no. 141(25).
- Fiutak A., *Pielęgniarka i położna* [w:] *System Prawa Medycznego*, t. I: *Pojęcie, źródła i zakres prawa medycznego*, red. E. Zielińska, R. Kubiak, L. Kubicki, Warszawa 2018.
- Glanowski G., *Definicje bezwzględnego obowiązku pomocy medycznej*, „Czasopismo Prawa Karnego i Nauk Penalnych” 2013, nr 1.
- Karkowska D., *Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Komentarz*, Warszawa 2012.
- Marchewska S., Kopański Z., *Błąd medyczny związany z wykonywaniem zawodu pielęgniarki*, „Journal of Public Health, Nursing and Medical Rescue” 2012, nr 4.
- Nesterowicz M., *Prawo medyczne*, Toruń 2013.
- Rutkowska M., *Niepodejmowanie resuscytacji, zaprzestanie resuscytacji* [w:] M. Rutkowska, E. Adam-ska, M. Reško-Zachara, *Resuscytacja noworodka*, Bielsko-Biała 2016.
- Rutkowska M. (Zespół ds. Rekomendacji Etycznych w Perinatologii), *Rekomendacje dotyczące postępowania z matką oraz noworodkiem urodzonym na granicy możliwości przeżycia z uwzględnieniem aspektów medycznych*, „Perinatol. Neonatol. Ginekol.” 2012.
- Sadowska M., Lis W., *Ustawa o zawodach pielęgniarki i położnej. Komentarz*, Warszawa 2019.
- Skrenty Ź., *Standardy wykonywania zawodu lekarza jako zawodu zaufania publicznego – wybrane zagadnienia* [w:] *Standard wykonywania zawodów medycznych*, red. A. Górski, E. Sarnacka, M. Grassman, Warszawa 2019.
- Standardy opieki medycznej nad noworodkiem w Polsce. Zalecenia Polskiego Towarzystwa Neonatologicznego*, Warszawa 2019.
- Wieczorek E., *Odpowiedzialność cywilnoprawna względem pacjenta za błąd w sztuce medycznej* [w:] *Choroby XXI wieku – wyzwania w pracy fizjoterapeuty*, red. M. Podgórska, Gdańsk 2017.
- Wylliea J., Bruinenberg J., Roehr C.C., Rüdiger M., Trevisanuto D., Urlesberger B., *European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2015 Section 7. Resuscitation and support of transition of babies at birth*, „Resuscitation” 2015, no. 95.
- Zajdel J., *Meritum. Prawo medyczne*, Warszawa 2016.

Streszczenie

Celem artykułu było przeprowadzenie analizy i oceny standardu wykonywania zawodu położnej w aspekcie zaistnienia „stanu nagłego” w opiece neonatologicznej. Ze względu na formalnoprawny charakter opracowania podstawową metodą badawczą była metoda dogmatyczna. Artykuł zawiera rozważania co do standardu wykonywania zawodu położnej w stanach nagłych w neonatologii w odniesieniu do aktów prawnych oraz wytycznych co do postępowania położnej w opiece neonatologicznej. W podsumowaniu podkreślono znaczenie standardu w pracy położnej, odnosząc się do zdrowia i życia pacjenta, które są jednymi z podstawowych wartości człowieka.

Słowa kluczowe: położna, stan nagły, opieka neonatologiczna, prawo

STANDARD FOR THE PROFESSION OF A MIDWIFE IN NEONATAL EMERGENCY – ASSESSMENT OF THE CURRENT LEGAL STATUS

Summary

The aim of the paper was to analyse and evaluate the standard of practicing the profession of a midwife in terms of emergency in neonatal care. Due to the formal and legal nature of the work, the dogmatic method was the basic research method. The article contains considerations on the standard of performing the profession of midwife in neonatal emergency in relation to legal acts and guidelines for the conduct of a midwife in neonatal care.

Concluding, the importance of the standard in midwife's work was emphasized, referring to the health and life of a patient, which are one of the fundamental human values.

Keywords: midwife, emergency state, neonatal care, law