UNIVERZITETNI KLINIČNI CENTER MARIBOR
Klinika za ginekologijo in perinatologijo

MEDICINSKA FAKULTETA UNIVERZE V MARIBORU
Katedra za ginekologijo in porodništvo

ZDRAVNIŠKO DRUŠTVO MARIBOR

OBRAVNAVA ŽENSKE PRED IN PO PORODU DOMA V GINEKOLOŠKI DISPANZERSKI AMBULANTI

Zbornik

UČNA DELAVNICA

**za zdravnike specializante in specialiste ginekologije in porodništva,
specializante in specialiste družinske medicine,
specializante in specialiste urgentne medicine,
zdravnike pripravnike,
medicinske sestre, medicinske sestre babice, reševalce in
zdravstvene administratorje**

Petek, 19. 1. 2018

Medicinska fakulteta Univerze v Mariboru
Maribor, Slovenija

IZDAJATELJ
Klinika za ginekologijo in perinatologijo
Univerzitetni klinični center Maribor

UREDNIKA
Red. prof. dr. Iztok Takač, dr. med., svetnik
Nejc Kozar, dr. med.

ELEKTRONSKO GRADIVO
Zbornik je dostopen v elektronski obliki na:
http://www.ukc-mb.si/

CIP - Kataložni zapis o publikaciji
Univerzitetna knjižnica Maribor

618.4(082)(0.034.2)

OBRAVNAVA ženske pred in po porodu doma v ginekološki dispanzerski ambulanti [Elektronski vir] : zbornik : učna delavnica za zdravnike specializante in specialiste ginekologije in porodništva, specializante in specialiste družinske medicine, specializante in specialiste urgentne medicine, zdravnike pripravnike, medicinske sestre, medicinske sestre babice, reševalce in zdravstvene administratorje, 19. 1. 2018, Medicinska fakulteta Univerze v Mariboru, Maribor, Slovenija / [urednika Iztok Takač, Nejc Kozar] ; [organizatorji] Univerzitetni klinični center Maribor, Klinika za ginekologijo in perinatologijo [in] Medicinska fakulteta Univerze v Mariboru, Katedra za ginekologijo in porodništvo [in] Zdravniško društvo Maribor. - Maribor : Univerzitetni klinični center, Klinika za ginekologijo in perinatologijo, 2018

Način dostopa (URL): http://www.ukc-mb.si/

ISBN 978-961-7039-02-3 (pdf)
1. Takač, Iztok 2. Univerzitetni klinični center (Maribor). Klinika za ginekologijo in perinatologijo 3. Univerza (Maribor). Medicinska fakulteta. Katedra za ginekologijo in porodništvo 4. Zdravniško društvo (Maribor)
COBISS.SI-ID 93998337

UNIVERZITETNI KLINIČNI CENTER MARIBOR
Klinika za ginekologijo in perinatologijo

MEDICINSKA FAKULTETA UNIVERZE V MARIBORU
Katedra za ginekologijo in porodništvo

ZDRAVNIŠKO DRUŠTVO MARIBOR

OBRAVNAVA ŽENSKE PRED IN PO PORODU DOMA V GINEKOLOŠKI DISPANZERSKI AMBULANTI

Zbornik

UČNA DELAVNICA

za zdravnike specializante in specialiste ginekologije in porodništva,
specializante in specialiste družinske medicine,
specializante in specialiste urgentne medicine,
zdravnike pripravnike,
medicinske sestre, medicinske sestre babice, reševalce in
zdravstvene administratorje

Petek, 19. 1. 2018

Medicinska fakulteta Univerze v Mariboru
Maribor, Slovenija

ORGANIZACIJSKI ODBOR
Red. prof. dr. Iztok Takač, dr. med., predsednik
Doc. dr. Faris Mujezinović, dr. med., podpredsednik
Asist. Davorin Dajčman, dr. med.
Leyla AlMahdawi, dr. med.
Barbara Bonča, dr. med.
Andrej Cokan, dr. med.
Nejc Kozar, dr. med.
Nina Lašič, dr. med.
Asist. Tamara Serdinšek, dr. med.
Snezhana Vidanova, dr. med.
Danijela Pušnik, dipl. m. s., mag. zdr. nege
Vesna Krajnc, univ. dipl. ekon.
Romana Grajner, univ. dipl. ekon.
Slavica Keršič, PS
Andreja Šlag, PS
Dragica Polajner, ZA

STROKOVNI ODBOR
Izr. prof. dr. Darja Arko, dr. med., predsednica
Red. prof. dr. Igor But, dr. med., svetnik, podpredsednik
Izr. prof. dr. Milan Reljič, dr. med.
Doc. dr. Maja Pakiž, dr. med.
Prim. Danilo Maurič, dr. med.
Rosemarie Franc, dipl. bab.
Cvetka Podkrižnik, dipl. m. s.
Nadja Lubajnšek, dipl. m. s.

PROGRAM UČNE DELAVNICE

8.30–8.50
Registracija

8.50–9.00
Pozdravne besede
Red. prof. dr. Iztok Takač, dr. med., svetnik

ZDRAVNIŠKA IN BABIŠKA OBRAVNAVA ŽENSKE PRED/PO PORODU DOMA
Moderatorja: Izr. prof. dr. Milan Reljič, dr. med., doc. dr. Vilma Kovač, dr. med.

9.00–9.20
Stališče MZ glede porodov doma
Dr. Robert Medved, dr. med.

9.20–9.40
Stališče ZPMS glede porodov doma
Mag. Gorazd Kavšek, dr. med., mag. Lili Steblovnik, dr. med.

9.40–10.00
Stališče NIJZ - Evidentiranje porodov doma v Perinatalni informacijski sistem RS
Barbara Mihevc Ponikvar, dr. med.

10.00–10.20
Izkušnje babice pri porodih doma
Nina Radin, dipl. bab.

10.20–10.40
Prednosti in tveganja poroda doma: z dokazi podprte izkušnje
Asist. dr. Tanja Premru Sršen, dr. med., doc. dr. Nataša Tul Mandić, dr. med.

10.40–11.00
Krvavitve pri porodu doma
Doc. dr. Faris Mujezinović, dr. med.

Odmor
11.00–11.30

11.30–11.50
Vnetja genitalnega trakta pri porodu doma
Doc. dr. Vida Gavrić Lovrec, dr. med.

11.50–12.10
Novorojenček po porodu doma
Doc. dr. Milena Treiber, dr. med.

12.10–12.30
Dojenje in skrb za dojke po porodu doma
Izr. prof. dr. Darja Arko, dr. med.

12.30–12.50
Citološka analiza in klasifikacija BMV v poporodnem obdobju
Prim. izr. prof. dr. Alenka Repše Fokter, dr. med.

12.50–13.30
Odmor

NEGOVALNI IN ADMINISTRATIVNI VIDIKI OBRAVNAVE ŽENSKE PRED/PO PORODU DOMA
Moderatorja: Doc. dr. Faris Mujezinović, dr. med., doc. dr. Nataša Tul Mandić, dr. med.

13.30–13.50
Anamneza in ginekološki pregled pred/po porodu doma, materinska knjižica
Red. prof. dr. Iztok Takač, dr. med., svetnik, Nejc Kozar, dr. med.

13.50–14.10
Fiziologija poporodnega obdobja
Prim. Danilo Maurič, dr. med., Mojca Kopše Berčič, dr. med.

14.10–14.30
Patologija materničnega vratu v poporodnem obdobju
Prim. Tatjana Kodrič, dr. med.

14.30–14.50
Izkušnje porodničarjev s posledicami porodov doma
Eva Macun, dr. med.

14.50–15.10
Epidemiološki vidik prijave rojstev – definicije, obravnava, prijava v informacijski sistem
Mag. Irena Kirar Fazarinc, dr. med.

15.10–15.30
Porod doma in posledce - predstavitev primera
Tadeja Štrumbelj, dr. med.

15.30–15.50
Urejenost porodov na domu - primeri iz tujine
Asist. Tamara Serdinšek, dr. med., red. prof. dr. Iztok Takač, dr. med., svetnik

15.50–16.20
Odmor

16.20–16.40
Pravila ZZZS pri evidentiranju in obračunavanju zdravstvenih storitev pred in po porodu na domu
Aleksandra Bola Natek, dr. med.

16.40–17.00
Kontracepcija in svetovanje po porodu doma
Doc. dr. Damir Franić, dr. med.

17.00–17.20
Babiška obravnava in nasveti po porodu doma
Rosemarie Franc, dipl. bab.

17.20–17.40
Vloga patronažne medicinske sestre v pred- in poporodnem obdobju ob porodu doma
Romana Likar, dipl. m. s.

17.40–18.00
Izkušnje z referenčno ambulanto v poporodnem obdobju
Veselin Šučur, dr. med.

18.00–18.20
Psihološka podpora v poporodnem obdobju po porodu doma
Arijana Steblovnik, univ. dipl. psih.

18.20–18.40
Porodniški stalež po porodu doma
Renata Završnik Mihič, dr. med., Dušanka Bandelj Klančar, dr. med.

18.40–19.00
MKB klasifikacija, beleženje storitev in posegov po porodu doma
Asist. mag. Mateja Marčec, dr. med.

19.00–20.00
Razprava, zaključki
Red. prof. dr. Iztok Takač, dr. med., svetnik

KAZALO VSEBINE

Stališče MZ glede porodov doma.....11
Dr. Robert Medved, dr. med.

Stališče ZPMS glede porodov doma.....15
Mag. Gorazd Kavšek, dr. med., mag. Lili Steblovnik, dr. med.

Stališče NIJZ - Evidentiranje porodov doma v Perinatalni informacijski sistem RS.....19
Barbara Mihevc Ponikvar, dr. med.

Izkušnje babice pri porodih doma.....23
Nina Radin, dipl. bab.

Prednosti in tveganja poroda doma: z dokazi podprte izkušnje.....27
Asist. dr. Tanja Premru Sršen, dr. med., doc. dr. Nataša Tul Mandić, dr. med.

Krvavitve pri porodu doma.....35
Doc. dr. Faris Mujezinović, dr. med.

Vnetja genitalnega trakta pri porodu doma.....41
Doc. dr. Vida Gavrić Lovrec, dr. med.

Novorojenček po porodu doma.....45
Doc. dr. Milena Treiber, dr. med.

Dojenje in skrb za dojke po porodu doma.....51
Izr. prof. dr. Darja Arko, dr. med.

Citološka analiza in klasifikacija BMV v poporodnem obdobju.....57
Prim. izr. prof. dr. Alenka Repše Fokter, dr. med.

Anamneza in ginekološki pregled pred/po porodu doma, materinska knjižica.....61
Red. prof. dr. Iztok Takač, dr. med., svetnik, Nejc Kozar, dr. med.

Fiziologija poporodnega obdobja.....67
Prim. Danilo Maurič, dr. med., Mojca Kopše Berčič, dr. med.

Patologija maternične vratu v poporodnem obdobju.....71
Prim. Tatjana Kodrič, dr. med.

Izkušnje porodničarjev s posledicami porodov doma.....75
Eva Macun, dr. med.

Epidemiološki vidik prijave rojstev – definicije, obravnava, prijava v informacijski sistem.....79
Mag. Irena Kirar Fazarinc, dr. med.

Urejenost porodov na domu - primeri iz tujine.....85
Asist. Tamara Serdinšek, dr. med., red. prof. dr. Iztok Takač, dr. med., svetnik

Pravila ZZZS pri evidentiranju in obračunavanju zdravstvenih storitev pred in po porodu na domu.....91
Aleksandra Bola Natek, dr. med.

Kontracepcija in svetovanje po porodu doma.....95
Doc. dr. Damir Franić, dr. med.

Babiška obravnava in nasveti po porodu doma.....105
Rosemarie Franc, dipl. bab.

Vloga patronažne medicinske sestre v pred in poporodnem obdobju ob porodu doma.....111
Romana Likar, dipl. m. s.

Izkušnje z referenčno ambulanto v poporodnem obdobju.....119
Veselin Šučur, dr. med.

Psihološka podpora v poporodnem obdobju po porodu doma.....123
Arijana Steblovnik, univ. dipl. psih.

Porodniški stalež po porodu doma.....127
Renata Završnik Mihič, dr. med., Dušanka Bandelj Klančar, dr. med.

MKB klasifikacija, beleženje storitev in posegov po porodu doma.....135
Asist. mag. Mateja Marčec, dr. med.

Stališče MZ glede porodov doma

Dr. Robert Medved, dr. med.

Povzetek

Republika Slovenija je postavila za namene čim bolj enakomerne dostopnosti nosečnic oz. porodnic do zdravstvene storitve poroda javno mrežo porodnišnic, v kateri se vrši štiriindvajset urna neprekinjena zdravstvena oskrba porodnic in novorojenčkov. Zdravniška in babiška stroka sta enotni in odsvetujeta porod na domu, saj je porod na domu manj varen za mater in predvsem za novorojenčka kot porod v porodnišnici. Vendar nekatere porodnice izražajo željo po načrtovanem porodu doma in ker bo kljub strokovnim priporočilom še vedno prihajalo do posameznih porodov doma, je Ministrstvo za zdravje oblikovalo več ukrepov za ureditev področja, ki so opisani v prispevku. Ministrstvo za zdravje ocenjuje, da predstavljajo porodni centri pri porodnišnicah neke vrste kompromis, s katerim se lahko približamo porodnicam, ki si pri porodu želijo več osebnega pristopa, hkrati pa zagotovimo varno oskrbo porodnice in novorojenčka in tudi presežemo pomisleke stroke glede (ne)varnosti poroda doma.

Abstract

The Republic of Slovenia has established public network of maternity hospitals for the purpose of equal access of pregnant woman to the medical service of delivery. This public network is in nonstop operation. Medical and midwife professions are unified in dissuading home delivery, because home delivery is less safe for mother and the newborn as the delivery in maternity hospital. Some pregnant woman still wish to have a planed home delivery and despite professional recommendations there will still happen some home deliveries. For that reason Ministry of Health of Republic of Slovenia has formed some provisions for home delivery regulation. Those provisions are described in the article. Ministry of Health estimates that birth centers by maternity hospitals represent some kind of compromise for pregnant woman who want more personal approach, but at the same time with such birth centers safety care for the pregnant woman and newborns can be assured and professional doubts about home delivery (un)safety can be overcome.

V Sloveniji kot tudi drugod po svetu so se po drugi svetovni vojni zaradi varnosti in osnovnih higienskih meril, ki jih je bilo doma težko zagotoviti, porodi preselili v porodnišnice in tako je ostalo vse do današnjega časa, zato pri nas ni tradicije porodov doma. Poleg tega je Slovenija geografsko zelo razgibana dežela in težko si je predstavljati, da bi porodnice rojevale doma na zelo odmaknjenih in hribovitih predelih države, od kjer bi bil transport v najbližjo ustrezno ustanovo ob morebitnem zapletu predolg.

Država je postavila za namene čim bolj enakomerne dostopnosti nosečnic oz. porodnic do zdravstvene storitve poroda javno mrežo porodnišnic, ki jo sestavlja 14 ginekološko porodniških oddelkov po državi, katerih status je različen:

- 10 ginekološko - porodniških oddelkov deluje v splošnih bolnišnicah in so njihov konstitutivni del,
- dva ginekološko - porodniška oddelka sta samostojni bolnišnici: Bolnišnica za ginekologijo in porodništvo Kranj in Bolnišnica Postojna (Bolnišnica za ženske bolezni in porodništvo),
- dva ginekološko - porodniška oddelka sta sestavna dela Univerzitetnih kliničnih centrov Ljubljana in Maribor.

V vseh štirinajstih ginekološko porodniških oddelkih po državi se vrši štiriindvajset urna neprekinjena zdravstvena oskrba porodnic in novorojenčkov. Na ministrstvu smo mnenja, da je tak sistem porodnišnic učinkovit in da lahko na tak način vsaka porodnica dobi ustrezno in pravočasno oskrbo čim bližje svojemu domu.

Po mnenju stroke je porod v porodnišnici najbolj varna oblika poroda tako za mater kot za novorojenca in Združenje za perinatalno medicino Slovenije pri Slovenskem zdravniškem društvu ter Razširjeni strokovni kolegij za ginekologijo in porodništvo pri Ministrstvu za zdravje porod doma odsvetujeta.

Z namenom ureditve področja je Ministrstvo za zdravje (v nadaljevanju: MZ) že junija 2016 izdalo dva dokumenta, in sicer:

- Navodilo za babice, ki vodijo načrtovane porode na domu (številka dokumenta 160-30/2016/6) in
- Navodilo za porodnišnice o ukrepanju v primeru načrtovanih porodov na domu (številka dokumenta 160-30/2016/5).

Dne 17. 1. 2017 smo imeli na MZ sestanek glede porodov doma. Sestanka smo se udeležili predstavniki RSK za ginekologijo in porodništvo, RSK za zdravstveno nego, Zdravniške zbornice Slovenije, Zbornice – zveze, Združenja za perinatalno medicino Slovenije, Nacionalnega inštituta za javno zdravje, MZ ter predstojnici ginekološko-porodniških oddelkov SB Novo mesto in SB Jesenice. Na sestanku je stroka zavzela stališče, da sta zdravniška in babiška stroka enotni in odsvetujeta porod na domu, saj je porod na domu manj varen za mater in novorojenčka kot porod v porodnišnici.

Vendar nekatere porodnice izražajo željo po načrtovanem porodu doma in ker bo kljub strokovnim priporočilom še vedno prihajalo do posameznih porodov doma, smo se dogovorili, da se v okviru Ministrstva za zdravje formira delovna skupina, ki bo na osnovi strokovnih usmeritev oblikovala predloge za pravno in organizacijsko ureditev poroda na domu.

MZ je v februarju 2017 s sklepom številka C2711-17-653101 oblikovalo delovno skupino za pripravo predloga za pravno in organizacijsko ureditev poroda na domu. V delovno skupino je bilo imenovanih 13 predstavnikov stroke in trije predstavniki MZ.

Delovna skupina se je v svojem mandatu sestala osemkrat in pregledala/pripravila naslednja področja/dokumente:

- dokument Obvestilo nosečnici o načrtovanem porodu doma;
- dokument Strokovne usmeritve za načrtovani porod doma;
- seznam dejavnikov tveganja za zaplete pri porodu, prilagojen po National Institute for Health and Care Excellence, 2017;
- dokument premestitveni list;
- dokument rutinski pregled novorojenčka;
- predlog spremembe Pravilnika o izdaji mnenj za opravljanje zasebne zdravstvene dejavnosti na področju zdravstvene ali babiške nege ter oskrbe in v postopku podelitve koncesije Zbornice- zveze;
- predlog pripomb na 7. člen veljavnega Zakona o matičnem registru (Uradni list RS, št. 11/11 – uradno prečiščeno besedilo) in
- predlog spremembe ZZDej.

Porodnice, ki želijo roditi doma, želijo ob porodu predvsem bolj intimno in domače vzdušje, ki jim ga porodnišnica ne more nuditi. MZ zato namesto porodov doma podpira ustanavljanje babiških porodnih centrov v obstoječih prostorih porodnišnic ali v neposredni bližini porodnišnic, v katerih bi uredili zelo domačno in intimno vzdušje. Prostore bi uredili kot domačo spalnico, ves medicinski inštrumentarij bi prekrili, tako da porodnice sploh ne bi imele občutka, da so v bistvu v porodni sobi. Poleg tako opremljene porodne sobe bi bili še pomožni prostori za moža in družino, ki bi bili urejeni tako, da bi lahko po porodu cela družina ostala s porodnico v apartmaju, kot da so doma. Za delo v takem porodnem centru bi posebej usposobili babice z dolgoletnimi izkušnjami, ki bi porode vodile same, ob prvih znakih zapletov pa klicale porodničarja, ki bi bil le par korakov stran. Ne bi bilo prisotnega nobenega drugega osebja, zlasti pa ne specializantov in ostalega šolajočega se kadra.

V letu 2010 je MZ podprlo uvedbo takšnega babiškega centra pri Bolnišnici Postojna. Želeli bi, da bi se podobni porodni centri oblikovali tudi pri drugih porodnišnicah v Sloveniji, predvsem pri tistih, ki bi za tak način dela izkazale ustrezen interes in imajo kadrovske in prostorske potenciale. Porodni centri pri porodnišnicah bodo tako porodnicam lahko zagotovili domačnost in intimo njihovega lastnega doma, hkrati pa bodo locirani tako blizu porodnišnice, da bo možna vsaka intervencija praktično v enakem času, kot v samem porodnem bloku porodnišnice. Porodni centri pri porodnišnicah tako predstavljajo neke vrste kompromis, s katerim se lahko približamo porodnicam, ki si pri porodu želijo več osebnega pristopa, hkrati pa zagotovimo varno oskrbo porodnice in novorojenčka in tudi presežemo pomisleke stroke glede (ne)varnosti poroda doma.

Stališče ZPMS glede porodov doma

Mag. Gorazd Kavšek, dr. med.
mag. Lili Steblovnik, dr. med.

Izvleček

Večina nosečnic je z medicinsko oskrbo v porodnišnici zadovoljna. Vendar si približno enak delež žensk, ki si želi carski rez na željo, želi načrtovani porod doma. Nedvomno ima vsaka ženska pravico, da se odloči o mestu poroda, vendar je pomembno, da je še pred svojo odločitvijo, ustrezno poučena o koristih in tveganjih poroda na domu.
Združenje za perinatalno medicino pri SZD se torej čuti odgovorno, da opozarja na pasti spremembe sistema zdravstvenega varstva porodnic. Porode na domu odsvetujemo. Zaradi želja nosečnic in tudi trendov v svetu, želimo prilagoditi sistem na način, da bo umrljivost in obolevnost pri načrtovanih porodih na domu najnižja možna.

Abstract

Most pregnant women are satisfied with the medical care they receive at the maternity hospital. However, about the same proportion of women who want a C-section on demand, want a planned home birth. It is indisputable that each woman has the right to decide on the place of delivery, but it is important that she is adequately informed about the benefits and risks of home birth before making the decision.
The Slovenian Association for Perinatal Medicine therefore feels responsibly to draw attention to the traps of changing the healthcare system for pregnant women. We advise against planned home births. Due to the wishes of pregnant women and also global trends, we want to regulate the system in such a way that the mortality and morbidity in planned home births is the lowest possible.

Zgodovinsko gledano so bili nosečnost, porod in zgodnje otroštvo tri najnevarnejša obdobja v življenju človeka. Znanje za nego in zdravje pa so imele ženske, ki so skrbele za porod in otroke in so to znanje prenašale iz roda v rod. V 19. stoletju so zaradi vse pogostejše uporabe anestezije, asepse in penicilina, porode prestavili v porodnišnice. Seveda se je umrljivost mater in novorojenčkov drastično zmanjšala.

V moderni medicini je umrljivost mater ob porodu nesprejemljiva. Z uvedbo metod za nadzor ploda v nosečnosti (predvsem ultrazvok) in med porodom (kardiotokografija) pa je tudi plod postal subjekt, ki se mora na vsak način roditi živ in zdrav. Za nosečnice in porod enako pomembno skrbita tako babica kot zdravnik, oba obeh spolov. Porodi v večini razvitih držav potekajo v porodnišnicah. Zgodovino načrtovanih porodov doma imajo le na Nizozemskem, kjer so obdržali višji odstotek načrtovanih porodov doma in jim prilagodili zdravstveni sistem.

Večina nosečnic je z medicinsko oskrbo v porodnišnici zadovoljna. Vendar si približno enak delež žensk, ki si želi carski rez na željo, želi načrtovani porod doma. Delež žensk, ki si želi poroda doma je majhen (< 1%), vendar v zadnjih letih trend načrtovanega poroda doma narašča povsod po razvitem svetu, razen na Nizozemskem, kjer pada.

Ugotovili so, da je pri načrtovanih porodih doma manj medicinskih intervencij (sprožitev porodov in pospeševanja, manj uporabe analgezije, manj operativnih porodov, tako vaginalnih kot carskih rezov, manj raztrganin tretje in četrte stopnje in okužb). Po drugi strani pa je pri porodih na domu 2 x višja perinatalna umrljivost in 3 x višja pojavnost nevroloških težav pri novorojenčkih1.

Letos aprila je ameriško združenje porodničarjev in ginekologov (American College of Obstetricians and Gynecologists - ACOG) predstavilo nove smernice za porode na domu2. Poudarili so, da je za zmanjšanje perinatalne umrljivosti pri porodih na domu potrebno:

- pazljivo izbrati kandidatke za načrtovani porod doma,
- pri takem porodu mora biti prisotna kvalificirana babica ali porodničar, ki imata nadzor nad kvaliteto dela,
- imeti možnost posveta z najbližjo porodnišnico
- zagotoviti dostopnost učinkovitega transporta.

ACOG se sicer strinja, da ima vsaka ženska pravico, da se odloči o mestu poroda, vendar je pomembno, da je še pred svojo odločitvijo, ustrezno poučena o koristih in tveganjih poroda na domu.

Absolutna kontraindikacija za porod doma pa so nepravilne vstave ploda, večplodna nosečnost in predhodni carski rez.
V Kanadi pa so se na podlagi pri njih opravljene raziskave odločili, da lahko doma rojevajo tudi nosečnice, ki so že imele en carski rez3.
Težave pri postavljanju nacionalnih smernic so zaradi težko izvedljivih raziskav o varnosti porodov na domu. Raziskave niso randomizirane (nosečnice ponavadi ne pristanejo v randomizacijo kraja poroda), so večinoma opazovalne in retrospektivne z majhnim številom porodov na domu, ki se jih nato primerja z velikim številom bolnišničnih porodov, vključeni so nenačrtovani porodi na domu, medtem ko se kot porodi na domu ne štejejo tisti, ki se zaradi zapletov dokončajo v porodnišnici, babice oziroma zdravniki, ki sodelujejo pri porodih na domu, imajo različne izkušnje in znanje, pomanjkljivo je poročanje o zapletih. Glede na različne zdravstvene sisteme in geografske danosti ter možnosti transporta, se priporočila po različnih državah razlikujejo, svoja moramo sprejeti tudi v Sloveniji.

Iz nizozemskega vzora vemo, da je za učinkovit sistem, ki vključuje tudi načrtovanje poroda na domu, potrebno:

- izkušnje (na Nizozemskem imajo unikaten sistem predporodnega in obporodnega varstva, incidenca porodov doma je kljub temu z okrog 35 % (1997-2000) padla na 16 % (2013),
- dobro organiziran in nadzorovan sistem babištva,
- dobro sodelovanje med profesionalnimi skupinami (zdravniki, babice),
- babice pri porodu na domu ne ponujajo nobenih medicinskih intervecij (npr. medicinskega lajšanja bolečin, antibiotične zaščite pri kolonizaciji s streptokokom skupine B, zdravil)
- dober sistem transporta.

Znano je, da je pri porodih doma v 23-37 % pri prvesnicah in v 4-9 % pri mnogorodnicah, potreben transport v porodnišnico. Najpogostejši razlogi so: nenapredovanje poroda, fetalni distres, potreba po analgeziji, visok pritisk, krvavitev in nepravilna vstava ploda.
Transport v Sloveniji pa je zaradi geografske razgibanosti velik problem.

Združenje za perinatalno medicino se torej čuti odgovorno, da opozarja na pasti spremembe sistema zdravstvega varstva porodnic. Porode na domu odsvetujemo. Zaradi želja nosečnic in tudi trendov v svetu, želimo prilagoditi sistem na način, da bo umrljivost in obolevnost pri načrtovanih porodih na domu najnižja možna.

Po vzoru tujih sistemov se trudimo v sodelovanju z Ministrstvom za zdravje Republike Slovenije pripraviti smernice z opozorili o nevarnostih in s poudarkom na pomembnih točkah:

- omogočiti ustrezno izobražene, licencirane ter nadzorovane babice in zdravnike, ki lahko vodijo porode doma,
- sistem nadzora, s sistemom vnašanja podatkov o porodih v državne statistične baze podatkov,
- vključenost v sistem transporta in opozorilo o geografskih omejitvah,
- sodelovanje oziroma povezovanje babic/zdravnikov pri porodu na domu z najbližjo porodnišnico,
- neuporaba zdravil in medicinskih postopkov pri porodu doma.

Prav je, da imajo ženske pravico do odločanja o svoji nosečnosti in porodu ter tudi o načinu ter kraju rojevanja, še vedno pa poudarjamo, da je porod na domu bolj tvegana možnost kot porod v porodnišnici. Zato naj bodo taki porodi prej izjema kot pravilo in naj jih bo čim manj.

LITERATURA

1. Snowden JM, Tilden EL, Snyder J, Quigley B, Caughey AB, Cheng YW. Planned Out-of-Hospital Birth and Birth Outcomes. The New England journal of medicine. 2015; 373(27): 2642-2653.
2. Planned home birth. Committee Opininon. American College of Obstetricians and Gynecologists. Obstet Gynecol 2017; 129: 117-22.
3. Patricia A. Janssen, Lee Saxell, Lesley A. Page, Michael C. Klein, Robert M. Liston, Shoo K. Lee. Outcomes of planned home birth with registered midwife versus planned hospital birth with midwife or physician. CMAJ 2009; 181 (6-7): 377-383.

Stališče NIJZ - Evidentiranje porodov doma v Perinatalni informacijski sistem RS

Barbara Mihevc Ponikvar, dr. med.

Izvleček

Perinatalni informacijski sistem RS je medicinski register porodov in rojstev v Sloveniji, ki ga upravlja Nacionalni inštitut za javno zdravje. Zakonsko podlago predstavlja Zakon o zbirkah podatkov s področja zdravstvenega varstva. Vsebina in način poročanja pa sta opredeljena z Metodološkimi navodili. V Perinatalni informacijski sistem RS se poleg porodov in rojstev v porodnišnicah prijavljajo tudi porodi in rojstva na domu ali na poti v porodnišnico. Prijavo poroda izven porodnišnice je dolžna posredovati oseba, ki je pri porodu nudila strokovno pomoč.

Abstract

National Perinatal Information System of the Republic of Slovenia is a medical birth register managed by National Institute of Public Health. Data are collected according to the Healthcare Databases Act. The content and method of reporting are defined in the Methodological Instructions. In addition to births in maternity wards, the Perinatal Information System of the Republic of Slovenia also includes data on home births and births on the way to a maternity hospital. Professionals attending home births are obliged to report data in such cases.

Uvod

Temeljni vir podatkov za spremljanje predporodnega in obporodnega zdravja ter spremljanje, vrednotenje in načrtovanje programov na perinatološkem področju v Sloveniji je Perinatalni informacijski sistem Republike Slovenije (PIS). PIS je medicinski register porodov in rojstev, v okviru katerega se beležijo podatki o porodnici, poteku nosečnosti, poroda in poporodnega obdobja ter podatki o novorojenčku/ih. Upravljavec PIS je Nacionalni inštitut za javno zdravje (NIJZ), zakonsko podlago za zbiranje podatkov pa predstavljata Zakon o državni statistiki[1] in Zakon o zbirkah podatkov s področja zdravstvenega varstva[2] (ZZPPZ), kjer je PIS opredeljen v Prilogi 1 pod zaporedno številko NIJZ 17. ZZPPZ nalaga vsem izvajalcem zdravstvenega varstva obveznost poročanja podatkov o porodih in rojstvih, ki so opredeljeni v zakonu. Podrobneje je nabor podatkov opredeljen v Metodoloških navodilih, ki jih izdaja NIJZ, kot pooblaščeni izvajalec dejavnosti državne statistike. Za vsak podatek so podani osnovni parametri: ime podatka, zaloga vrednosti in format, morebitna definicija in navodilo[3]. Poročajo se vsi porodi in rojstva v preteklem letu, ki so se zgodili od 1. januarja do 31. decembra[3].

Metodološka navodila PIS so skupaj s Seznamom veljavnih šifrantov in Specifikacijami za preverjanje podatkov vsako leto posredovana vsem bolnišnicam z ginekološko – porodniškim oddelkom in njihovim informacijskim hišam. Prav tako so prosto dostopna na spletni strani NIJZ http://www.nijz.si/sl/podatki/perinatalni-informacijski-sistem.

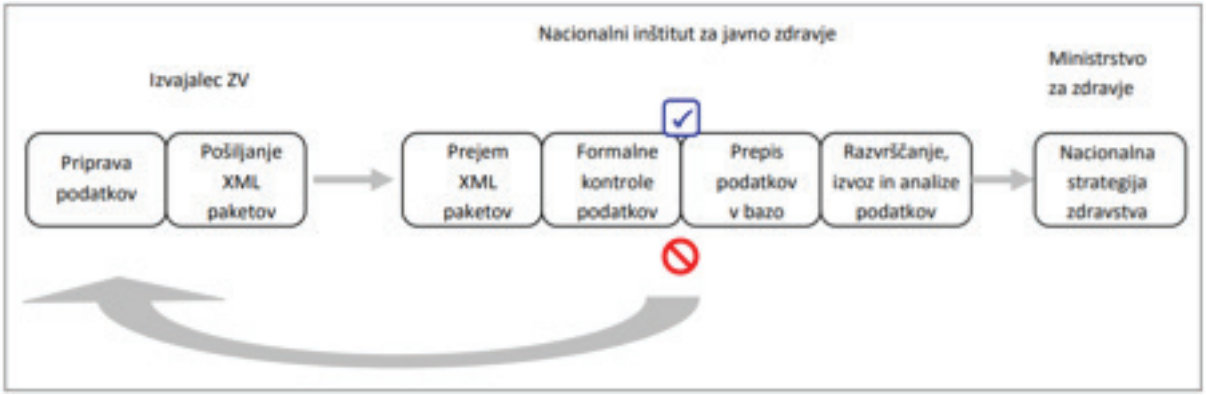
Poročanje podatkov v Perinatalni informacijski sistem

V PIS se poročajo vsi porodi in rojstva v preteklem letu, ki so se zgodili od 1. januarja do 31. decembra. Poročajo se rojstva vseh živorojenih otrok, ne glede na porodno težo oziroma gestacijsko starost, in rojstva mrtvorojenih otrok s porodno težo 500 gramov in več ali gestacijsko starostjo 22 tednov in več. Od začetka leta 2018 sta na pobudo Združenja za perinatalno medicino pri Slovenskem zdravniškem društvu ta dva kriterija enakovredna in se v zbirko vključijo primeri, ki ustrezajo vsaj enemu kriteriju. Pred tem je v skladu s priporočili Svetovne zdravstvene organizacije veljalo, da se merilo dolžine nosečnosti uporablja, kadar podatki o porodni teži niso na voljo[4]. Izjema so prijave mrtvorojenih plodov multiplih nosečnosti. V primeru, da eden izmed dvojčkov (ali trojčkov…) ustreza kriterijem, se poroča tudi njegov par kot rojstvo, ne glede na izpolnjevanje kriterijev[3].

Od leta 2002 je PIS usklajen s statističnim spremljanjem bolnišničnih obravnav. Medsebojno usklajevanje posameznih zbirk podatkov je v skladu z zahtevami ZZPPZ glede zagotavljanja elementov enotnosti zdravstvenega informacijskega sistema in v skladu z zahtevo Ministrstva za zdravje po poenotenju spremljanja bolnišničnih obravnav. Sodobna tehnologija zbiranja podatkov omogoča racionalizacijo zbiranja podatkov v smislu enkratnega vnosa podatkov in pridobivanje izhodnih podatkov za posamezne vrste bolnišničnih obravnav. Preverjanje podatkov se izvaja na ravni bolnišnic in aplikacije e-prenos. Vsa prizadevanja NIJZ težijo k optimizaciji poročevalskih procesov, boljši kvaliteti zbranih podatkov in izpolnjenim poročevalskim obveznostim. V letu 2012 sta bila združena tudi oba sistema spremljanja bolnišničnih obravnav (Informacijski sistem bolnišničnih obravnav za posamezne bolnišnične epizode – BOLOB in Podatkovna zbirka bolnišničnih obravnav istega tipa – SPP), tako da je bilo od 1. januarja 2013 dalje omogočeno poročanje v enoten informacijski sistem spremljanja bolnišničnih obravnav (SBO) preko aplikacije ePrenosi. Zaradi sprememb povezanih z združitvijo sistemov bolnišničnih obravnav, so bile z letom 2013 potrebne tudi spremembe PIS. Spremembe so bile vezane tudi na vpeljavo avstralske modifikacije Mednarodne klasifikacije bolezni (verzija 6) ter Klasifikacije terapevtskih in diagnostičnih postopkov (verzija 6). Ob tem je bil PIS tudi obsežneje vsebinsko prenovljen, pri čemer so bile odpravljene določene pomanjkljivosti in dodane novosti, ki izhajajo iz napredka stroke in posledičnih potreb po novih podatkih[3].

Kontrola podatkov Perinatalnega informacijskega sistema

Aplikacija ePrenosi, preko katere poteka sprejem podatkov PIS, predstavlja sodobno informacijsko podporo za varno in nadzorovano pošiljanje, sprejem in obdelavo podatkov. V postopku sprejema podatkov se izvedejo vgrajene logične kontrole. Aplikacija se nahaja na informacijski infrastrukturi e-Zdravja v omrežju zNet. Za komunikacijo in dostop do aplikacije ter podatkov se uporabljajo spletna digitalna potrdila, s katerimi se preverja upravičenost dostopanja. Pooblaščeno osebo za pošiljanje podatkov mora v zdravstvenem zavodu pooblastiti direktor zavoda[3] (Slika 1).



Slika 1: Sprejem podatkov preko aplikacije ePrenosi

Podatke, ki zadostijo predpisanim kontrolam, vključenim v aplikacijo ePrenosi, nato na NIJZ prevzame skrbnica zbirke PIS, ki izvede še nadaljnje kontrole popolnosti in kakovosti podatkov. Število zapisov o porodih iz posamezne porodnišnice mora ustrezati zadnji porodni številki v preteklem letu. Podatek o zadnji porodni številki preteklega leta se pridobi s telefonskim kontaktom z vsako porodnišnico na prvi delovni dan v novem letu. Sledijo kontrole števila zapisov o novorojenčkih, s poudarkom na kontroli zapisov pri večplodnih nosečnostih, ko mora biti na eno porodno številko zabeleženih ustrezno število otrok. V nadaljevanju se preverja frekvenčna razporeditev in ekstremne vrednosti pri spremenljivkah, ki so potrebne za pripravo ključnih kazalnikov perinatalnega zdravja in zdravstvenega varstva. V sodelovanju s Statističnim uradom RS se v PIS dodajo manjkajoči podatki o EMŠO matere in otroka, uskladijo se podatki o mrtvorojenih otrocih in umrlih dojenčkih, doda se podatek o izobrazbi matere pridobljen iz administrativnih virov in podatek o državi prvega bivališča matere. Iz Baze umrlih, ki jo ravno tako upravlja NIJZ, se v PIS doda podatek o vzroku smrti umrlega dojenčka. Vzrok smrti pri mrtvorojenih otrocih pa se vsebinsko preveri in po potrebi posreduje v dopolnitev porodnišnicam.

Porodi izven porodnišnic

V PIS se v skladu z zakonom poleg porodov in rojstev v porodnišnicah praviloma prijavljajo tudi ostali porodi in rojstva v Sloveniji, to je na domu, na poti v porodnišnico, v eventualnih porodnih centrih in drugo. V primeru poroda na domu ali v drugi zdravstveni ustanovi, je v Metodoloških navodilih zaenkrat navedeno, da če porodnica in novorojenček nista prepeljana v porodnišnico, prijavi porod in rojstvo v PIS oseba, ki je nudila strokovno pomoč in sicer na obrazcih Porodni zapisnik in Novorojenček (Obr. 8,172 in Obr. 8,173). V prihodnje načrtujemo tudi možnost posredovanja podatkov v elektronski obliki.
V zadnjih letih je v Sloveniji okoli 20.000 porodov letno, od tega velika večina (99,8 – 99,9 %) v porodnišnicah (Tabela 1). Vsako leto zabeležimo v PIS nekaj deset porodov izven porodnišnic in sicer na poti v porodnišnico ali doma, s strokovno pomočjo ali brez nje[5]. V večini primerov gre za porode, ki niso načrtovani in je ženska z novorojenčkom kasneje prepeljana v porodnišnico, ki takšen porod in rojstvo tudi prijavi.

Leto	Porod v porodnišnici		Porod doma s strokovno pomočjo		Porod doma brez strokovne pomoči		Porod na poti v porodnišnico		Skupaj	
2002	17313	99,8%	7	,04%	19	,11%	8	,05%	17347	100,0%
2003	16894	99,9%	6	,04%	8	,05%	9	,05%	16917	100,0%
2004	17600	99,8%	8	,05%	12	,07%	9	,05%	17629	100,0%
2005	17918	99,9%	3	,02%	13	,07%	5	,03%	17939	100,0%
2006	18775	99,9%	5	,03%	11	,06%	7	,04%	18798	100,0%
2007	19571	99,9%	2	,01%	9	,05%	3	,02%	19585	100,0%
2008	21525	99,9%	5	,02%	10	,05%	10	,05%	21550	100,0%
2009	21458	99,9%	2	,01%	16	,07%	8	,04%	21484	100,0%
2010	21980	99,9%	1	,00%	9	,04%	13	,06%	22003	100,0%
2011	21537	99,9%	7	,03%	7	,03%	9	,04%	21560	100,0%
2012	21472	99,9%	1	,00%	16	,07%	12	,06%	21501	100,0%
2013	20611	99,9%	7	,03%	8	,04%	9	,04%	20635	100,0%
2014	20581	99,9%	9	,04%	10	,05%	11	,05%	20611	100,0%
2015	19981	99,9%	7	,03%	9	,04%	6	,03%	20003	100,0%
2016	19762	99,8%	15	,08%	19	,10%	10	,05%	19806	100,0%

Tabela 1. Porodi zabeleženi v Perinatalnem informacijskem sistemu, glede na kraj, Slovenija 2002 - 2016

S podatki za leto 2016 smo prvič zabeležili tudi 7 načrtovanih porodov na domu, ki so jih prijavile samostojne babice. Od treh diplomiranih babic, ki so imele v tem letu dovoljenje za samostojno opravljanje babiške dejavnosti, ki ga je izdalo Ministrstvo za zdravje, sta podatke poročali dve. Tretja v letu 2016 naj ne bi imela nobenega poroda, ki bi se končal doma.
Poleg porodov izven porodnišnice, ki so zabeleženi v PIS, je v Centralnem registru prebivalstva vsako leto zabeleženih še nekaj dodatnih porodov izven porodnišnic. V letu 2016 je bilo takšnih med 10 in 20. V teh primerih nimamo podatka, kdo je bil pri porodu prisoten. Lahko gre za babice, ki nimajo dovoljenja za samostojno opravljanje babiške dejavnosti, bodisi iz Slovenije ali tujine ali pa gre za porode brez strokovne pomoči.

LITERATURA

1. Zakon o državni statistiki. Uradni list RS, št. 45/95 in 9/01.
2. Zakon o zbirkah podatkov s področja zdravstvenega varstva. Uradni list RS, št. 65/00 in 47/15.
3. Nacionalni inštitut za javno zdravje. Perinatalni informacijski sistem RS. Definicije in metodološka navodila za sprejem podatkov Perinatalnega informacijskega sistema preko aplikacije ePrenosi, v 1.9. Ljubljana, oktober 2016.
4. Svetovna zdravstvena organizacija. Mednarodna klasifikacija bolezni in sorodnih zdravstvenih problemov za statistične namene, verzija 10.
5. Nacionalni inštitut za javno zdravje. Perinatalni informacijski sistem RS, 2002 – 2016. Obdelava podatkov.

Izkušnje babice pri porodih doma

Nina Radin, dipl. bab.

Izvleček

Slovenija spada med tiste države, kjer se je, s prestavitvijo poroda v porodnišnice, tradicija rojevanja doma povsem prekinila, v zadnjih letih pa se zanimanje za porod doma povečuje. Strokovnost babic, primerno ukrepanje in premestitev v porodnišnico, kadar je to potrebno ter sodelovalni odnos med porodnišnicami in samostojnimi babicami so osnova za večjo varnost in boljše zdravje mater in otrok.

Abstract

Slovenia is one of the countries where the homebirth tradition ended concurrently with the rise of hospital births; however, in the past few years home births are regaining their popularity. The expertise of midwives, appropriate action and transfer to the maternity hospital when needed, and the cooperative relationship between hospital and home birth midwives are the basis for greater safety and better health of mothers and babies.

Uvod

Večino človeške zgodovine, vse do sredine 20. Stoletja, so ženske rojevale v domačem okolju. Slovenija spada med tiste evropske države, kjer je bila, s premikom porodov v porodnišnico, tradicija rojevanja doma praktično povsem prekinjena, ob tem se je uveljavilo splošno prepričanje, da gre za potencialno katastrofalen dogodek, za katerega je najprimernejše, po nekaterih prepričanjih pa celo edino primerno, bolnišnično okolje. Za bolnišnično okolje je značilna visoka stopnja medikalizacije (klistir, britje, pogosti vaginalni pregledi, vstavitev intravenozne kanile, sproženje in pospeševanje poroda, umetno predrtje plodovih ovojev, narekovano pritiskanje, rojevanje v litotomnem položaju, epiziotomija, pritisk na fundus, rutinsko aktivno vodenje 3. porodne dobe, idr.).

Kot odgovor na prekomerno medikalizirano obporodno oskrbo se v zadnjih letih krepi izražanje potrebe po rojevanju kot normalnem, nemedicinskem dogodku in kjer je v središče (ob)porodnega dogajanja postavljena rojevajoča ženska, pri kateri se prepozna in upošteva njene individualne potrebe, želje in odločitve in kjer je število intervencij zmanjšano na minimum. Sočasno se s tem krepi tudi težnja po rojevanju izven bolnišnice. V Sloveniji ob štirinajstih porodnišnicah nimamo avtonomnih babiških centrov, hiš ali samostojnih obbolnišničnih enot. Ženske, ki se odločijo roditi izven porodnišnice, se odločijo za porod doma (PD) ali pri babici v tujini. Točni podatki o številu načrtovanih PD ob prisotnosti strokovne osebe niso na voljo, ocenjujemo lahko, da gre za nekaj 10 porodov, torej nekaj promilov letno. Prisostvujejo jim tako slovenske kot tuje babice.

Razlogi za porod doma

Razlogi za PD so, glede na podatke iz lastne babiške prakse, naslednji: - ko se porod prične, ni potrebno oditi od doma; - znano okolje, ki omogoča večjo mero zasebnosti, intimnosti in udobja: ženska ima na voljo več prostora za gibanje, nemoten dostop do kopalnice (stranišča, tuša, kadi), rodi lahko v tistem delu doma, kjer se takrat najboljše počuti; - znani ljudje: ženska pozna babico, ki je pri porodu, ob njej so brez posebnih dovoljenj in omejitev prisotne osebe po lastni izbiri, vključno s starejšimi otroki; - strah pred bolnišničnim okoljem; - zmanjšanje možnosti za medikalizacijo poroda in intervencije; - nadzor nad okoliščinami v katerih se rojeva; - negativne izkušnje pri predhodnem porodu.

Varnost

V Sloveniji skrb za varnost pri PD sistemsko še ni posebej urejena. V družbi je precej pogosto prisotna misel, da je PD nevaren, ženska, ki se zanj odloči pa, bodisi zelo pogumna, ali pa neodgovorna in sebična (bolj naj bi ji bila pomembna lastna porodna izkušnja, kot pa zdravje otroka) ter neinformirana (pozabila naj bi, kako pogosto so pred stoletjem umirale naše predhodnice in novorojenčki). A tuje študije kažejo, da je PD pri ženski z nizkim tveganjem, ob manj intervencijah, enako varen kot porod v porodnišnici (2, 3, 4, 5, 6), oz. da je tveganje za zaplete povečano za novorojenčke prvorodnic (1).

Sodobni porod doma

PD ne gre enačiti z arhaičnimi predstavami o porodu. PD v sodobnem času vsebuje redno preverjanje vitalnih znakov porodnice in ploda, spremljanje napredovanja poroda in dokumentiranje vseh relevantnih podatkov. Po porodu babica novorojenčka oceni po Apgarjevi, izmeri in stehta, pri ženski pa preveri krvavitev, involucijo maternice, morebitne poškodbe porodne poti, ki jih tudi zašije (pri rupturah perineja III. in IV. stopnje žensko premesti v porodnišnico), pregleda posteljico ter

popkovnico, pomaga pri vzpostavljanju dojenja, preverja vitalne znake otročnice in novorojenčka ter nudi vsaj tri dnevno pa do šest tedensko poporodno babiško oskrbo. V primeru odstopanj od normale babica porodnico ali otročnico z novorojenčkom premesti / napoti v porodnišnico.

Težave za starše pri/po porodu doma

Ženska, ki se odloči za PD je seznanjena tudi z dejstvom, da sistemska neurejenost področja botruje dodatnemu naporu, ki ga morata starša nameniti urejanju in dodatnim potem, kar v neki meri zmoti vstop v starševstvo in skrb za novorojenčka. Ženske oziroma starši se pri PD srečujejo s številnimi teževami, ovirami in predsodki, med njimi prednjačijo pregled novorojenčka in neonatalni presejalni testi, določitev krvne skupine in RhD faktorja novorojenčka, vpis otroka v matični register, predsodki s strani zdravstvenih strokovnjakov v primeru premestitve med ali po PD.

Rezultati porodov doma

V nadaljevanju so prikazani rezultati prakse babice v obdobju od 2014 do avgusta 2017. Metoda: analizirani so bilo vsi načrtovani PD "prve babice" v letih od 2014 do 2017. Osnovna statistika je povzeta iz zdravstvene dokumentacije.

Rezultati: 34 načrtovanih PD (8 primipar, 26 multipar) od katerih jih je 29 (85,3 %) rodilo doma. Poporodna krvavitev >500 ml : 6 (20,7%). Potreba po transfuziji: 0 (0%). APGAR 5 minut po rojstvu <7: 0 (0%). Raztrganine III. ali IV. stopnje: 0 (0%). Epiziotomija: 0 (0%). Premestitev v porodnišnico: tri (8,8 %; 3 primipare) nenujne in dve (5,9 %; 1 primipara, 1 multipara) nujni premestitvi v porodnišnico med porodom ter ena (2,9 %; 1 multipara) poporodna premestitev. Razlogi za medporodno premestitev so bili nenapredovanje poroda, deceleracije in krvavitev. Razlog za poporodno premestitev je bila izguba zavesti brez znakov šoka.

Vsi načrtovani PD so se zaključili vaginalno. Izhodne operacije po premestitvah: 0 (0%). Epiziotomija po premestitvi med porodom: 1 (20%).

Zaključek

PD je lahko varna in izpolnjujoča izkušnja.V Sloveniji potrebujemo kvalitetno in sodobno regulacijo porodov doma ter sodelovalen odnos med porodnišnicami in samostojnimi babicami, saj je to temelj za večjo varnost in boljše zdravje mater in otrok.. Na različnih ravneh (izobraževanje, zakonodaja, klinično delo) si moramo prizadevati za kvalitetno opravljene babiške storitve ne glede na porodno okolje. Hkrati moramo zagotoviti dostopnost do babiških storitev uporabnicam, ki se za porod doma odločijo. Prekomerno in nelegitimno zaostrovanje pogojev za PD slednjih namreč ne bo preprečilo, bo pa zmanjšalo njihovo varnost. Dobrobit žensk, otrok in družin ter spoštovanje pravice do zasebnega življenja, morajo biti naša osnovna zaveza tudi kadar so odločitve nosečnic, porodnic ali otročnic v nasprotju z našimi lastnimi prepričanji ali trenutno uveljavljenim načinom dela.

Literatura

1. Birthplace in England Collaborative Group, 2011. Perinatal and maternal outcomes by planned place of birth for healthy women with low risk pregnancies: the Birthplace in England national prospective cohort study. BMJ, 343, pp. 1-13. Available at: http://www.bmj.com/content/bmj/343/bmj.d7400.full.pdf [15.2.2017].
2. Cheyney, M., Bovbjerg, M., Everson, C., Gordon, W., Hannibal, D. and Vedam, S.,2014. Outcomes of Care for 16,924 Planned Home Births in the United States: The Midwives Alliance of North America Statistics Project, 2004 to 2009. Journal of Midwifery & Women's Health, 59, pp.17–27.
3. de Jonge, A., Geerts, C. C., van der Goes, B. Y., Mol, B.W., Buitendijk, S. E., Nijhuis, J.G., 2015. Perinatal mortality and morbidity up to 28 days after birth among 743 070 low-risk planned home and hospital births: a cohort study based on three merged national perinatal databases. BJOG, 122, pp. 720–728.
4. Halfdansdottir, B., Smarason, A. K., Olafsdottir, O. A., Hildingsson, I., Sveinsdottir, H., 2015. Outcome of Planned Home and Hospital Births among Low-Risk Women in Iceland in 2005–2009: A Retrospective Cohort Study. Birth, 42:1, pp. 16–26.
5. Hutton, E. K., Cappelletti, A., Reitsma, A. H., Simioni, J., Horne, J., McGregor, C., et al., 2016. Outcomes associated with planned place of birth among women with low-risk pregnancies. CMAJ, 188(5), pp. E80–E90.
6. Janssen, P. A., Saxell, L., Page, L. A., Klein, M. C., Liston, R. M.,Lee, S. K., 2009. Outcomes of planned home birth with registered midwife versus planned hospital birth with midwife or physician. CMAJ, 181:6-7, pp. 377-383.

Prednosti in tveganja poroda doma - z dokazi podprte izkušnje

Asist dr. Tanja Premru Sršen, dr. med.

Doc. dr. Nataša Tul Mandić, dr. med.

Izvleček

Večina žensk v razvitem svetu ne razmišlja o mestu poroda, saj je porod v porodnišnici postal kulturna norma. Zaradi sociološko-kulturoloških in ekonomskih razlogov pa je v zadnjih letih v nekaterih razvitih državah opaziti porast načrtovanega poroda doma. Tudi v Sloveniji se povečuje število žensk, ki bi rade rodile doma. Zaporod načrtovani porod doma se odločajo predvsem izobražene ženske, ki so motivirane za fiziološki porod brez medicinskega poseganja in želijo ohraniti avtonomijo. Načrtovani porod doma ženskam z majhnim tveganjem za zaplete z veliko verjetnostjo omogoča spontan porod brez medicinskih intervencij, medtem ko dokazi kažejo na večje tveganje za perinatalno smrt in neonatalno hipoksično-ishemično enecfalopatijo. Primerjava kakovosti obporodne oskrbe med različnimi mesti poroda je zaradi različnih praks in značilnosti žensk otežen, zato predlagajo uporabo optimalnega indeksa, ki upošteva 33 dejavnikov kakovosti. Za poenotenje primerjave različnih mest poroda z različnimi kohortami žensk pa ResQu indeks.

Abstract

Most women in the developed world do not think about the place of giving birth, because giving birth in a maternity hospital has become a cultural norm. In recent years there has been an increase in planned home births in some developed countries due to sociological, cultural, and economic reasons. In Slovenia, the number of women who want to give birth at home is also on the rise. It is mostly educated women, who are motivated to have a physiological childbirth without medical interventions and wish to preserve their autonomy, who decide for a planned home birth. A planned home birth allows for a greater chance of a spontaneous birth without medical interventions to low-risk pregnant women, while the evidence suggests a higher risk of perinatal death and neonatal hypoxic-ischemic encephalopathy. Different practices and characteristics of women makes the comparison of quality of intrapartum and postpartum care among different birth settings challenging, therefore, the use of an Optimality index that takes into account 33 quality factors is proposed. The ResQu index is to be used to unify the comparison of different birth settings with different cohorts of women.

Uvod

Večina žensk v razvitem svetu ne razmišlja o mestu poroda, saj je porod v porodnišnici postal kulturna norma. Zaradi sociološko-kulturoloških in ekonomskih razlogov pa je v zadnjih letih v nekaterih razitih državah kot so Združene države Amerike (ZDA) (porast z 0.56% leta 2004 na 0.89% leta 2012) in Anglija (porast z 1% leta 1991 na 2.3% leta 2012) porod doma zopet postal pri določeni skupini žensk priljubljen, medtem ko je delež porodov doma zaradi ugotovljene večje umrljivosti novorojenčkov v primerjavi z drugimi državami Evropske unije na Nizozemskem pričel upadati (z 30% leta 2004 na 13% leta 2015) (1, 2, 3). Razen na Nizozemskem, kjer je porod doma tradicionalen, so deleži porodov v drugih razvitih državah majhni (Tabela 1). Kljub temu pa v času, ko so maternalna, fetalna in neonatalna umrljivost zaradi možnosti dobrega nadzora in hitrega ukrepanja v okolju porodnišnic, majhne, porod doma predstavlja določeno večje tveganje za preprečljivih smrti.

Tabela 1 Primerjava deležev porodov doma med državami (1).

Država	Leto	Delež (%)
Anglija in Wales	2012	2,3
Švedska	1991-2001	0,1
ZDA (4)	2017	0,9
Japonska	2010	1,1
Finska	2012	0,6
Nizozemska (3)	2017	13
Kanada	2008	1,2
Avstralija	2011	0,4
Nova Zelandija	2011	3,3
Norveška	1991-2007	0,8

Značilnosti žensk, ki se odločajo za načrtovani porod doma

Poznavanje razlik v značilnostih žensk, ki se odločijo za porod doma ali v porodnišnici je pomembna tudi za interpretacijo prednosti in tveganj poroda na enem ali drugem mestu, saj le te lahko vplivajo na potek in izid poroda.
Med 1.835 ženskami v avstralski raziskavi (5) so na izbiro mesta poroda (porodnišnica, porodni center, doma) vplivali zaposlenost, izobrazba, vrsta zavarovanja in izbira protibolečinske terapije. Ženske, ki so rodile doma so bile pogosteje začasno zapolene ali nezaposlene, so imele pogosteje univerzitetno izobrazbo, so bile pogosteje brez privatnega zavarovanja in so pogosteje uporabljale nefarmakološke tehnike za lajšanje porodne bolečine kot so tehnike dihanja, akupunktura/akopresur in hipnoterapija. Ženske, ki so rodile doma, so se o svojih pričakovanjih glede poroda pogosteje lažje pogovarjale z babico kot s porodničarjem in se jim za njihovo varnost med porodom pogosteje ni zdelo pomembno, da bi imele ob sebi porodničarja.

Med 16.294 ženskami, ki so se odločile za načrtovani porod doma v ZDA, so bile v 92% belke, v povprečju stare 30 let, v 92% so imele visoko izobrazbo, v 88% so bile poročene, v 64% so bile samoplačnice (kar ne pomeni, da niso bile zavarovane), samo 8% jih je imelo državno zavarovanje, v 78% so bile multipare, v 8% so rojevale po predhodnem carskem rezu, 67% jih je imelo normalen index telesne mase, 2,8% jih je imelo dodatne bolezni (kronočna arterijska hipertenzija, gestacijska hipertenzija, preeklampsija/eklampsija, gestacijski diabetes) (6).

Med 550 nizko rizičnimi ženskami v nizozemski raziskavi (7) so se za porod v porodnišnici pogosteje odločile starejše, z večjim dohodkom, ki so pogosteje zanosile po IVF postopku in imele več splavov, pogosteje pa so imele tudi depresivne motnje in so bile zaskrbljene za zdravje. Izbiro poroda doma je v večji meri vodila želja po osebni avtonomiji, medtem ko je izbiro poroda v porodnišnici vodila želja bo občutku večje varnosti in nadzora nad tveganji, kar kaže na bolj sprejemljiv odnos teh žensk do porodniških intervencij.
Povzamemo lahko, da so ženske, ki se odločijo za porod doma večinoma izobražene in motivirane za fiziološki porod brez medicinskega poseganja, medtem ko so ženske, ki se odločijo za porod v porodnišnici bolj sprejemjive za medicinske intervencije v korist lastnega zdravja in zdravja otroka. Takšna naravnanost gotovo prispeva k razlikam v izidu poroda.

Prednosti načrtovanega poroda doma

Kot prednost načrtovanega poroda doma navajajo večjo verjetnost za spontan porod brez medicinskih intervencij. Po ameriški raziskavi (6) so ženske, ki so načrtovale porod doma, pogosteje rodile sponatno (94%), manj je bilo epiziotomij (1,4%) in manj raztrganin perineja 3. stopnje (1,2%), manj pogosto so rodile s carskim rezom (5,2%), novorojenčki so manj pogosto ocenjeni po Apgarjevi po petih minutah < 7 (1,5%) in manj pogosto so bili premeščeni na enoto za intenzivno nego in zdravljenje (2,8%), intrapartalna fetalna, zgodnja in pozna neonatalna smrt pa je bila manjša v primerjavi z ameriško nacionalno statistiko. Po šestih tednih je izključno dojilo 86% žensk. Pri tem je potrebno opozoriti, da v izračun fetalne in neonatalne umrljivosti niso upoštevali smrti po premestitvi porodnic v porodnišnico.
V novejši nizozemski raziskavi (8) je bil delež intervencij med porodom pri mnogorodnicah kot sta carski rez in vakuumska ekstrakcija manjši pri načrtovanem porodu doma kot pri porodu v bolnišnici (11% proti 14%; RR=0,76; 0,75-0,78). V drugi nizozemski raziskavi (9) je bilo pri načrtovanem porodu doma pri prvesnicah in mnogorodnicah več spontanih porodov, manj epiziotomij in manjša uporaba oxytocina v tretji porodni dobi. Manj je bilo pospešenih porodov, medtem ko ni bilo razlik glede porodov z nujnim carskim rezom ali vakuumsko ekstracijo ter krvavitev > 1000 ml. O manjšem deležu porodniških intervencij so poročali tudi v angleški raziskavi Birth place national cohort study, med drugim tudi o manjši potrebi po epiduralni analgeziji (10).

Tveganja načrtovanega poroda doma

Glavno tveganje načrtovanega poroda doma je povečano tveganje za celokupno neonatalno smrt v primerjavi z babiškim vodenjem poroda v porodnišnici (3.87 vs 0.32 per 1000; P < .001) (11). Del tega presežka je med drugim posledica nekritičnega upoštevanja dejavnikov tveganja za zaplete kot so prvi porod, porod po 41. tednu nosečnosti in porod v medenični vstavi. Vendar tudi ob neupoštevanju žensk z oemnjenimi dejavniki tveganja, je bila celokupna neonatalna umrljivost v ameriški raziskavi v primetjavi s porodnimi centri, babiškem porodu v porodnišnci in specialističnim porodom večja pri načrtovanem porodu doma (11).

Novejša ameriška raziskava (12) je potrdila izsledke predhodne raziskave. Načrtovan porod izven porodnišnice je predstavljal 2,4-krat večje tveganje za perinatalno smrt v primerjavi z načrtovanim porodom v bolnišnici (3,9 proti 1,8 na 1000 porodov) (12). Razlika v tveganju z upoštevanjem maternalnih karakteristik in zdravstvenih dejavnikov je bila 1,52 smrti na 1000 rojstev več pri načrtovanem porodu doma (12). Glavni razlogi za neonatalno umrljivost pri porodu doma v ameriški populaciji so v 40 % povezani s porodom (13-krat pogosteje kot pri porodu v bolnišnici), v 30% s prirojenimi nepravilnostmi (2,5-krat pogosteje) in v 12% z okužbami (4,5-krat pogosteje) (13). Tudi v nizozemski raziskavi (8) so po združitvi podatkov poroda doma in v bolnišnici ugotovili veliko perinatalno umrljivost tako pri prvorodkah (6,8%) kot mnogorodkah (9,2%), ki so pričele porod z načrtovanim porodom doma.
Načrtovan porod doma predstavlja tudi večje tveganje za hipoksično-ishemično encefalopatijo (HIE). Otroci s HIE so se v primerjavi z otroci brez HIE 21-krat pogosteje rodili po načrtovanem porodu doma (14).

Večje tveganje pri načrtovanem porodu doma lahko predstavaljajo tudi obporodne krvavitve. V ameriški raziskavi je bilo pri načrtovanem porodu doma obporodnih krvavitev > 500 ml 15,5% in večjih od 1000 ml 2,8% (6).

V nizozemski raziskavi (8) so pri ženskah z večjim tveganjem za zaplete, ki so načrtovano rodile doma, opazili povečano tveganje za neoptimalno zdravljenje, medtem ko je bilo pri drugorodnicah v bolnišnicah povečano tveganje za prekomerno uporabo medicinskih intervencij. V angleški raziskavi (10) so imele ženske z večjim tveganjem za zaplete v primerjavi z ženskami z majhnim tveganjem povečano tveganje za sestavljen slab izid poroda pri načrtovanem porodu doma, vendar manjšega od žensk z večjim tveganjem, ki so rodile v porodniški enoti. Pri tem pa je pomemben podatek, da so imele ženske z večjim tveganjem, ki so rodile v porodniški enoti, več dejavnikov tveganja, ki so bili tudi drugače razporejeni (10).
Neupoštevanje dejavnikov tveganja za maternalne in neonatalne zaplete pri odločivi za načrtovani porod doma, ki jih navajajo Ameriško združenje porodničarjev in ginekologov in Nacionalni inštitut za klinično odličnost (dopolnjeno 2017) (4, 15), je lahko eden glavnih razlogov za pomembne zaplete med porodom in po njem (8, 16, 17). Pri tem imajo pomembno vlogo babice, ki sodelujejo pri odločitvi izbire mesta poroda in pri načrtovanem porodu doma, njihovo šolanje, znanje in praktične izkušnje. Licenciranje babic za vodenje poroda doma je tako edini ustrezen način za zmanjševanje maternalnega in neonatalnega tveganja pri načrtovanem porodu doma (17, 18).

Realno tveganje načrtovanega poroda doma je potreba po reševanju zapleta med porodom ali po njem in premestitev v bolnišnico. V štirih nordijskih državah je potrebovalo premestitev v bolnišnico med porodom ali do 72 ur po porodu ena tretina prvorodk in 8% mnogorodk (19). Večina premestitev je bila nenujnih, 3,8% pa je bilo nujnih (19). Reševanje zapletov med načrtovanim porodom doma ali po njem je zaradi potrebne premestitve v bolnišnico odloženo, zato je uspešnost posega odvisna od premestitvenega časa. V nizozemski raziskavi (16) je večina žensk, ki se je odločila za porod doma (76 %) ali babiški porod v bolnišnici (81%) ali v porodnišnici (75%), živela v oddaljenosti 15 minut ali manj od porodnišnice, kar je sprejemljivo za večino nujnih ukrepov. Kljub kratki časovni razdalji je bilo na Nizozemskem tveganje za perintalno smrt pri porodu doma, ki je zahteval poseg, v primerjavi s porodom v bolnišnici, pomembno povečano (RR=1,51; 1,25-1,84) (8). Po angleški raziskavi (10) pa je bil premestitveni čas celo 50 do 60 minut, nekoliko krajši pri nujnih premestitvah in nekoliko daljši pri nenujnih, premestitev pa je bila potrebna v 20% (45% pri prvorodkah in 13% pri mnogorodkah). Najpogostejši razlog za premestitev so bili nenapredovanje poroda, fetalni distres in mekonijska plodovnica (10).

Index optimalnosti in setavljen slab izid poroda

Za boljšo primerljivost kakovosti porodne oskrbe med mesti poroda so Hermus in sodelavci (20) prilagodili index optimalnosti (IO), ki upošteva 33 kazalcev kakovosti optimalne obporodne oskrbe in predstavlja orodje za izmero najboljšega izida z najmanjšim deležem intervencij. V raziskavi, ki je sledila, so imele prvorodke, ki so načrtovale porod doma, manjši IO kot prvesnice, ki so načrtovale porod v bolnišnici (25,8 proti 26; P<0,05), medtem ko pri mnogorodnicah razlik ni bilo (21). Za primerjavo izida poroda so uporabili sestavljen slab izid (ang. CAO; composite adverse outcome), ki je vseboval vsaj enga od kazalnikov kot so maternalna smrt (do 42 dni po porodu), raztrganina perineja tretje ali četrte stopnje, poporodna krvavitev (>1000 ml v 24 urah), fetalna smrt med porodom (plod živ ob prihodu), zgodnja neonatalna smrt (< 7 dni), ocena po Apgarjevi < 7 po petih minutah in sprejem na enoto za intezivno zdravljenje v 48 urah po porodu (21). Pogostnost CAO je bila majhna in se ni pomembno razlikovala med različnimi mesti poroda. V drugi nizozemski raziskavi (22) so ugotovili, da je pri ženskah z majhnim tveganjem za zaplete strošek poroda najmanjši in IO največji pri načrtovanem porodu doma, medtem ko ni bilo razlik med porodom v porodnem centru ali bolnišnici. Strošek poroda doma je bil vključno s premestitvami in potrebnimi posegi cenovno ugodnejši tudi v angleški raziskavi (10). Primerjava načinov poroda in porodniških intervencij med mesti poroda med Anglijo in Nizozemsko je razkrila različne prakse obporodne oskrbe in ugotovila, da bi v Angliji morali razmisliti o strategiji zmanjševanja medicinskih posegov v porodniških enotah, na Nizozemskem pa o strategiji zmanjševanja deleža preprečljivih premestitev, epiziotomij in pospeševanj poroda. Različne prakse vodenja poroda in medicinskega poseganja ter razlike v raziskovanih kohortah pravzaprav onemogočajo enostavno primerjavo kakovosti vodenja poroda glede na mesto poroda. Zato Vedam in sodelavci za primerjavo med posameznimi mesti poroda predlagajo ResQu inedx (23).

Zaključek

Načrtovani porod doma mnogorodnicam z majhnim tveganjem za zaplete med porodom sicer prinaša nekaj prednosti v smislu večje verjetnosti za spontan porod brez medicinskega poseganja, zato pa prinaša veje tveganje za smrt novorojenčka zlasti takrat, ko pride do zapleta, ki zahteva premestitev v porodnišnico in poseg. Tveganja za maternalne in neonatalne zaplete pa se povečajo, če se ne upoštevajo dejavniki tveganja za zaplete med porodom in se ne upošteva vpliv premestitvenega časa na uspešnost reševanja zapletov. Zato so zdravniki in babice dolžni nosečnico ustrezno in stvarno informirati o prednostih in tveganjih načrtovanega poroda doma (24).

LITERATURA

1. Zielinski R, Ackerson K, Low LK. Planned home birth : benefits , risks , and opportunities. Int J Womens Health. 2015;7:361–77.
2. Zeitlin J, Mohangoo A, Delnord M. European Perinatal Health Report [Internet]. 2010 [cited 2017 Dec 17]. Available from: http://www.europeristat.com/images/doc/Peristat 2013 V2.pdf
3. Tuteur A. Dutch homebirth rate continues to plummet; now only 13% [Internet]. 2017 [cited 2017 Dec 15]. Available from: http://www.skepticalob.com/2017/02/dutch-homebirth-rate-continues-to-plummet-now-only-13.html
4. The American College of Obstetricians and Gynecologists. Planned Home Birth. Obstet Gynecol. 2017;129:117–22.

5. Steel A, Adams J, Frawley J, Broom A, Sibbritt D. The characteristics of women who birth at home, in a birth centre or in a hospital labour ward: A study of a nationally-representative sample of 1835 pregnant women. Sex Reprod Healthc. 2015;6:132–7.
6. Cheyney M, Bovbjerg M, Everson C, Gordon W, Hannibal D, Vedam S. Outcomes of care for 16,924 planned home births in the United States: The midwives alliance of North America statistics project, 2004 to 2009. J Midwifery Women's Heal. 2014;59:17–27.
7. van Haaren-ten Haken T, Hendrix M, Nieuwenhuijze M, Budé L, de Vries R, Nijhuis J. Preferred place of birth: Characteristics and motives of low-risk nulliparous women in the Netherlands. Midwifery. 2012;28:609–618.
8. van der Kooy J, Birnie E, Denktas S, Steegers EA., Bonsel GJ. Planned home compared with planned hospital births: mode of delivery and Perinatal mortality rates, an observational study. BMC Pregnancy Childbirth. 2017;17:177.
9. Bolten N, de Jonge A, Zwagerman E, Zwagerman P, Klomp T, Zwart JJ, et al. Effect of planned place of birth on obstetric interventions and maternal outcomes among low-risk women: a cohort study in the Netherlands. BMC Pregnancy Childbirth. 2016;16:329.
10. Hollowell J, Rowe R, Townend J, Knight M, Li Y, Linsell L, et al. The Birthplace in England national prospective cohort study: further analyses to enhance policy and service delivery decision-making for planned place of birth. Heal Serv Deliv Res. 2015;3:1–264.
11. Grünebaum A, McCullough LB, Sapra KJ, Brent RL, Levene MI, Arabin B, et al. Early and total neonatal mortality in relation to birth setting in the United States, 2006-2009. Am J Obstet Gynecol. 2014;211:390.e1-390.e7.
12. Snowden JM, Tilden EL, Snyder J, Quigley B, Caughey AB, Cheng YW. Planned Out-of-Hospital Birth and Birth Outcomes. N Engl J Med. 2015;373:2642–53.
13. Grünebaum A, McCullough LB, Arabin B, Dudenhausen J, Orosz B, Chervenak FA. Underlying causes of neonatal deaths in term singleton pregnancies: Home births versus hospital births in the United States. J Perinat Med. 2017;45:349–57.
14. Wasden SW, Chasen ST, Perlman JM, Illuzzi JL, Chervenak FA, Grunebaum A, et al. Planned home birth and the association with neonatal hypoxic ischemic encephalopathy. J Perinat Med. 2016;0:1055–60.
15. National Institute for Health and Clinical Excellence. Intrapartum apartum care for health healthy y women and babies. Nice [Internet]. 2014;(December):1–58. Available from: https://www.nice.org.uk/guidance/cg55
16. van Haaren-ten Haken TM, Hendrix M, Smits LJ, Nieuwenhuijze MJ, Severens JL, de Vries RG, et al. The influence of preferred place of birth on the course of pregnancy and labor among healthy nulliparous women: a prospective cohort study. BMC Pregnancy Childbirth. 2015;15:33.
17. Grünebaum A, McCullough LB, Brent RL, Arabin B, Levene MI, Chervenak FA. Perinatal risks of planned home births in the United States. Am J Obstet Gynecol. 2015;212:350.e1-350.e6.
18. Grünebaum A, McCullough LB, Arabin B, Brent RL, Levene MI, Chervenak FA. Neonatal mortality of planned home birth in the United States in relation to professional certification of birth attendants. PLoS One. 2016;11:1–7.
19. Blix E, Kumle MH, Ingversen K, Huitfeldt AS, Hegaard HK, Ólafsdóttir ÓA, et al. Transfers to hospital in planned home birth in four Nordic countries - A prospective cohort study. Acta Obstet Gynecol Scand. 2016;95:420–8.
20. Hermus M, Boesveld I, van der Pal-de Bruin K, Wiegers T. Development of the Optimality Index-NL2015, an Instrument to Measure Outcomes of Maternity Care. J Midwifery Women's Heal. 2017;62:580–8.

21. Hermus MAA, Hitzert MF, Boesveld IC, van den Akker-van Marle ME, van Dommelen P, Franx A, et al. Differences in optimality index between planned place of birth in a birth centre and alternative planned places of birth , a nationwide prospective cohort study in the Netherlands, SUBMITTED. BMJ Open. 2017;7:e016958.
22. Hitzert M, Hermus MAA, Scheerhagen M, Boesveld IC, Wiegers TA, van den Akker-van Marle ME, et al. Cost-effectiveness of planned birth in a birth centre compared with alternative planned places of birth: results of the Dutch Birth Centre study. Midwifery. 2017;7:e016960.
23. Vedam S, Rossiter C, Homer CSE, Stoll K, Scarf VL. The ResQu Index: A new instrument to appraise the quality of research on birth place. PLoS One. 2017;12(8):1–19.
24. McCullough LB, Grünebaum A, Arabin B, Brent RL, Levene MI, Chervenak FA. Ethics and professional responsibility: Essential dimensions of planned home birth. Semin Perinatol. 2016;40:222–6.

Krvavitve pri porodu doma

Doc. dr. Faris Mujezinović, dr. med.

Izvleček

Pogostnost porodov doma je po svetu zelo različna in v zadnjem času pridobiva pozornost javnosti. Nekateri zagovorniki porod doma doživljajo kot "protest" proti medikalizaciji poroda. Stroka je do tega pristopa vodenja poroda zaenkrat zadržana, eden od razlogov pa so dvomi o ustrezni oskrbi krvavitev po porodu. V članku je razloženo zakaj je poporodna krvavitev pri človeku bolj nevarna kot pri ostalih živalskih vrstah, kakšne zaščitne mehanizme nosečnica ima voljo in kakšni ukrepi se pogosto izvajajo pri porodu doma oz. nebolnišničnem okolju.

Abstract

Incidence of planned home births varies among different countries. In recent years, they have attracted public attention and some of their advocates have presented it as a "protest" against medicalisation of this natural process in hospitals. At the moment, medical societies have taken a conservative approach towards planned home births. One of the concerns is the question of adequate treatment of postpartum haemorrhage in this setting. This article describes why the postpartum haemorrhage in human is more dangerous then in other animal species, which protective mechanisms are available for the pregnant women and which procedures can be used in a planned home birth settings to prevent and treat postpartum haemorrhage.

Uvod

Nosečnice, ki se odločijo roditi doma, doživljajo to izbiro kot tisto, ki prinaša več prednosti kot porod v bolnišnici. Razlogov je več. Porod doma predstavlja "naravno" obliko poroda, kar za nekatere nosečnice pomeni tesen stik z naravo. Je bolj intimna oblika poroda obenem pa tudi "protest" proti medikalizaciji poroda oz. uporabi zdravil med porodom, ki jih posamezne nosečnice smatrajo le kot moteče dejavnike. Kljub naštetim razlogom pa večina zdravnikov, tako porodničarjev kot reševalcev, zelo skeptično gleda na porod izven bolnišničnih okvirjev in ga doživljajo kot zelo tvegan.
Posebna skrb, ki izstopa med razlogi za zadržanost, so krvavitve po porodu. Da bi razumeli takšno stališče je potrebno spoznati, zakaj so krvavitve po porodu tako posebne oz. se razlikujejo od tistih, ki jih pogosto srečujemo v vsakdanjem življenju. V krvavitve pri porodu prištevamo vse krvavitve iz genitalnega trakta, ki se pojavijo kadarkoli med porodom. Pred rojstvom otroka so pogosto povezane s prezgodnjo ločitvijo posteljice, redkeje pa z rupturo maternice. Po pogostnosti in pomembnosti pa izstopajo krvavitve, ki se pojavljajo po porodu. So precej nepredvidljive in pomenijo izgubo krvi več kot 500 ml. Incidenca v literaturi niha od 1 % do 14 % zaradi različnih definicij ter načina merjenja izgube krvi (1).

Fiziološke spremembe

Zakaj mater tako močno in nenadno zakrvavi po porodu, da je pogosto ogroženo celo njeno življenje, je vprašanje, ki dobi odgovor v poznavanju fizioloških sprememb pri nosečnici takoj po zanositvi in v času poroda.
Ne dolgo nazaj, v nekaterih državah pa celo v sedanjosti, je bil porod doma bolj pravilo kot izjema. Zato se pri nekaterih ustvarilo prepričanje, da pri porodu doma "narava" v zadostni meri poskrbi za varnost porodnice (2, 3). Resničnost teh prepričanj ne moremo ugotoviti v sodobni "medikalizirani" družbi, temveč se moramo obrniti na zgodovinske podatke ali na podatke držav z neobstoječim perinatalnim varstvom kot so na primer afriške države subsaharskega področja, v katerih je "narava" res edina, ki varuje življenja žensk pred zapleti poroda. V teh državah maternalna umrljivost znaša celo 1500/100 000 živorojenih otrok (4). Pri tretjini je vzrok poporodna krvavitev (5). Zakaj je porod posebej pri človeški vrsti tako nevaren? Odgovor najdemo v invazivni naravi človeške posteljice.

Invazivna posteljica

Ko je v prazgodovini človek shodil na dve nogi se je kostna medenica razširila, možgani pa se še posebej v času rojstva povečali (6). Razvoj večjih možganov ploda poveča potrebe po hranilih, ki posteljica zagotovi z globljim vdiranjem v miometrij in spiralne arterije. Z razgraditvijo in remodeliranjem žil se zniža žilni upor ter poveča pretok krvi do endometrija (7–9). Izrazita invazivnost hemohorijske posteljice pri človeku pojasnjuje, zakaj je verjetnost krvavitve pri njeni ločitvi po porodu večja kot pri drugih živalskih vrstah, ki imajo epitelohorijsko ali endoteliohorijsko posteljico z minimialno invazivnostjo v materino sluznico maternice. Zato je poporodna krvavitev pri drugih živalskih vrstah izjemno redka (10–13).

Zaščitni fiziološki mehanizmi, ki ščitijo mater pred izkrvavitvijo

Pretok krvi skozi posteljico je izjemno velik in v teminu znaša 500 ml/min (80 % perfuzije maternice). Kljub temu fiziološke spremembe na začetku nosečnosti vsaj deloma ščitijo nosečnico pred posledicami poporodnih krvavitev. Takoj po zanositvi začne nosečnica zadrževati tekočino in do tretjega trimestra pride do 51 % povečanja prostornine plazme in 21 % zvišanja vrednosti hematokrita glede na prednosečniško obdobje. Zato se količina krvi poveča, zaradi delucije pa se znižajo vrednosti hematokrita (14). Zaradi nastalih rezerv krvavitve, celo tiste hujše stopnje, nosečnica lažje prenese kot nenoseča ženska.

Drugi zaščitni mehanizem je krčenje maternice po porodu, ki je zaradi izgube možnosti vazokonstrikcije spiralnih žil po trofoblastni invaziji, edini način zapiranja krvavečih žil. Krčenje miometrijskega mišičja zmanjša prostornino maternice skupaj z miometrijsko površino na kateri je pritrjena posteljica. Posteljica je rigidna in neelastična struktura, zato pride do njenega luščenja oz. ločevanja od miometrijske stene. Svojo vlogo imajo tudi različni koagulacijski procesi, ki niso popolnoma raziskani. Ugotovljeno je, da preventivna uporaba uterotonikov bistveno zmanjša pogostnost in stopnjo krvavitve.

Klasifikacije poporodne krvavitve

Poporodna krvavitev je dinamični proces pri katerem želimo hitro oceniti trenutno stanje, predvidevati dogodke v prihodnosti in se hitro ter pravilno odzvati z ustreznimi ukrepi. Sodelovanje različnih medicinskih profilov in komunikacija med člani tima je od ključnega pomena za uspešno obvladovanja kritičnih stanj. Te naloge so mogoče, le če so stadiji jasno razmejeni in standardizirani oz. enakega pomena za vse člane tima.

Različne klasifikacije poporodnih krvavitev

Stopnje poporodnih krvavitev lahko opredelimo na osnovi različnih kriterijev. Do 24 ur po porodu poporodno krvavitev označimo kot zgodnjo (primarno), po tem času pa kot pozno (sekundarno). Stopnjo krvavitve lahko ocenjujemo po spremembah serumskih vrednosti v hemoglobinu in hematokritu upoštevajoč spremljajoče dejavnike, ki na njih lahko vplivajo (na primer preeklampsija). Splošno pravilo je, da 10 % padec vrednosti hematokrita po porodu lahko govori za poporodno krvavitev (15, 16). Izrazito pomembna klasifikacija poporodnih krvavitev je glede na vzrok. Poznamo štiri razloga za poporodno krvavitev: atonija maternice, ostanek tkiva v maternici, poškodbe porodne poti in motnje strjevanja (skrajšano: tonus, tkivo, trauma in trombi).
Vsaka razvrstitev ima svoje prednosti in slabosti, idealna pa bi upoštevala izgubo krvi, reakcijo porodnice na to izgubo ter uporabljala zanesljive in ponovljive ocene ne glede na to, kdo jih izvaja.

Slabosti klasifikacij izgube krvi, hematokrita in definicije poroda
Retrospektivna narava večine klasifikacij zmanjšuje njihovo uporabno vrednost na terenu. To pomeni, da sporočajo le kaj se je že zgodilo in ne nujno, kaj se prav dogaja. Zaradi tega nas klasifikacije v netipičnih situacijah lahko zavedejo pri oceni resnosti stanja. Na primer, ženska z 1500 ml izgubo krvi, ki več ne krvavi, je lahko manj ogrožena kot tista z manjšo izgubo, ki pa trenutno še naprej krvavi z vztrajnim slabšanjem stanja. V takšni situaciji je za klinika ta klasifikacija omejene vrednosti. Enako velja za hematokrit. Na spremembe vrednosti hematokrita vpliva čas odvzema krvi in količina že nadomeščenih tekočin. V primeru preeklampsije se pri nosečnici lahko razvije prepartalna hemokoncentracija.

V klinični praksi je spodnja meja WHO definicije poporodne krvavitve (500 ml) redko povezana z hemodinamsko ogroženostjo pacientke in zaradi tega ima majhen klinični pomen. Izgubo več kot 500 ml lahko vzamemo kot točko, ko začnemo intenzivirati nadzor stanja nosečnice, ukrepi se začnejo s spremembami vitalnih funkcij porodnice. Pri zdravi ženski se to zgodi pri izgubi krvi nad 1000 ml. Pri tem pa je problem v nezanesljivosti vizuelne ocene izgube krvi, ki pogosto podcenjuje količino izgubljene krvi, včasih celo za dvakrat (17–19). Zaradi tega že pri manjši izgubi krvi začnemo z ukrepi kot je bimanualna masaža, uterotoniki, pregled spodnjega genitalnega trakta ter priprava za bolj agresivne ukrepe.

Kako ocenjevati izgubo krvi

Povprečna izguba krvi po porodu brez uporabe uterotonikov se giblje med 450 do 500 ml, z uterotoniki pa 200 do 300 ml (20). Izgubo krvi po porodu lahko ocenimo na različne načine. Najpogostejša je vizuelna ocena izgube krvi. Eden od izzivov je, da naša subjektivna ocena pogosto ni zanesljiva in večinoma gre v smer podcenjevanja kot precenjevanja izgube krvi. Raziskave so pokazale, da pri manjših izgubah ocenjevalci precenjujejo stopnjo izgube, medtem ko jo pri večjih izgubah podcenjujejo (21–23). V klinični praksi precenjevanje krvavitve vodi v nepotrebne in včasih drage ukrepe, podcenjevanje pa lahko vodi v omahovanje in zamujanje kritičnih trenutkov delovanja. Objektivni načini spremljanja izgube krvi želijo doseči večjo zanesljivost in natančnost kot jo ima vizuelna ocena. Ustrezno treniranje ocenjevanja izgube krvi v nadzorovanem okolju (laboratorij) vodi v boljšo klinično oceno (oz. večjo izkušenost) (24, 25). Drugi pristop je uporaba objektivnih metod za oceno izgube krvi kot so standardizirani zloženci, plastični zbiralci ali bolj napredna orodja kot so BRASSS-V vrečke. Gre za podolgovate vrečke, pritrjene na pas nosečnice s podaljškom, ki visi med nogami nosečnice (Excellent Fixable Drapes, Madurai, Tamil Nadu, India) (26).

Standardni ukrepi

Pri poporodnih krvavitvah je ključen pravočasen začetek ukrepanja. Zamujene priložnosti se ne vidijo takoj, ker so nosečnice mlade ženske, ki dolgo kompenzirajo velike izgube krvi, nato pa se jim stanje hitro poslabša in padejo v šok. To pomeni, da smo pri zanašanju na klinične znake šoka pri nosečnicah praviloma prepozni z zdravljenjem, ki takrat niti ni več tako učinkovito. Takoj ko se krvavitev začne, začnemo s koraki s katerimi odkrijemo vzrok in mesto krvavitve ter ugotovimo stanje pacientke. Pregledamo zunanje spolovilo, presredek, nožnico in maternični vrat. Iščemo raztrganine, praske ali odrgnine. Najdemo krvaveča mesta in opredelimo položaj žil iz katerih izteka kri.

S kompresijo krvavečega mesta, uporabo kirurških inštrumentov in nastavitvijo hemostatskih šivov ustavimo krvavitev. Če je krvavitev močna oz. se ni ustavila, preverimo, ali se je v votlini maternice zadržal ostanek posteljice. Če je, je potrebna abrazija oz. čiščenje maternice. V takšnih primerih lahko pomaga tudi zunanja masaža maternice pri kateri s prsti leve ali desne roke primemo fundus maternice in s pritiskom poskušamo iztisnuti strdke in ostanke posteljice. Če smo uspešni, vidimo kako strdki in tkivo gre ven iz nožnice pri tem pa se maternica skrči in zmanjša.

Pri izgubi več kot 500 ml začnemo z nadomeščanjem tekočin. S tem ne le da nadomeščamo kri v obtoku matere, ampak tudi preprečujemo periferno ishemijo in acidozo z ustrezno oksigenacijo tkiv.

Če standardne metode ne pomagajo, je potrebno krvavitev oskrbeti s kirurškimi pristopi. Zato je potrebno urediti ustrezen transport v bolnišnico. Koliko bo transport hiter je odvisno od odaljenosti doma od bolnišnice, zastojev v prometu in hitrosti prihoda reševalcev. Velja pravilo, da naj bi transport trajal največ 30 min, pri tem pa je potrebno upoštevati tudi prihod reševalcev. Bolnišnična praksa kaže, da je včasih tudi ta časovni interval predolg za ukrepanje.

Specifičnosti poroda doma

Porodi doma so lahko planirani ali naključni. Naključni so bolj nevarni in povezani z slabšimi perinatalnimi rezultati in perinatalno umrljivostjo (27). Pogostnost planiranih porodov doma se giblje od manj kot 1 % v ZDA do tretine vseh porodov na Nizozemskem (28–29).
Pri porodu doma je potrebna še večja spretnost in znanja kot v bolnišnici, ker se propusti težje kompenzirajo kot v bolnišničnem okolju. Zaradi tega je potrebno, da babica ima dovolj izkušenj in da lahko samostojno opravlja svoje delo. Pomembno je, da zgodaj odkriva zaplete in pravočasno ukrepa. Porod doma naj bi bil po evropskih podatkih pri nizkorizičnih nosečnicah dovolj varan, zaradi tega je potrebno da babica zanesljivo oceni, katera nosečnica izpolnjuje kriterije za porod doma, katera pa ne. O velikega pomena je tudi razpoložívost transporta, ki bi omogočil, da v primeru zapletov nosečnico čim prej transportiramo v bolnišnico.

V bolnišničnem okolju preventivna aplikacija uterotonikov za 60 % zmanjšuje pogostnost poporodnih krvavitev, za porode doma pa nimamo zadostno veliko število podatkov (30). Zato bi bila pri porodu doma zaželjena uporaba oksitocina. Druga izbira bi bil misoprostol. Prednosti misoprostola so, da je poceni, se lahko uporablja oralno ter za relativno dolgo obdobje shranjuje na sobni temperaturi. Pomembno se je zavedati, da se misoprostol pri porodonih krvavitvah lahko uporablja samo pri atoniji maternice. Pri drugih vzrokih poporodne krvavitve ni učinkovit (31).

LITERATURA

1. Schorn MN. Measurement of blood loss: Review of the literature. J Midwifery Women's Health. 2010; 55: 20–7.
2. Hogan MC, Foreman KJ, Naghavi M. Maternal mortality for 181 countries, 1980–2008: a systematic analysis of progress towards Millennium Development Goal 5. Lancet 2010; 375: 1609–23.
3. Ronsmans C, Graham WJ. Maternal mortality: who, when, where, and why. Lancet 2006; 368: 1189–200.
4. Hogan MC, Foreman KJ, Naghavi M, et al. Maternal mortality for 181 countries, 1980–2008: a systematic analysis of progress towards Millennium Development Goal 5. Lancet 2010; 375: 1609–23.
5. Khan KS, Wojdyla D, Say L, Gulmezoglu AM, Van Look PF. WHO analysis of causes of maternal death: A systematic review. Lancet 2006; 367: 1066–74.
6. Rosenberg K, Trevathan W. Birth, obstetrics and human evolution. Br J Obstet Gynaecol 2002; 109: 1199–206.
7. Rosenberg K. The evolution of modern human childbirth. Yearbook Physical Anthropol 1992; 35: 89–124.
8. Rosenberg K, Trevathan W. Bipedalism and human birth:the obstetrical dilemma revisited. Evol Anthropol 1996; 4: 161–8.
9. Kaufmann P, Black S, Huppertz B. Endovascular trophoblast invasion: implications for the pathogenesis of intrauterine growth retardation and preeclampsia. Biol Reprod 2003; 69: 1–7.

10. Luckett WP. Cladistic relationships among primate higher categories: evidence of the fetal membranes and placenta. Folia Primatol (Basel) 1976; 25: 245–76
11. Blankenship TN, Enders AC. Modification of uterine vasculature during pregnancy in macaques. Microsc Res Tech 2003; 60: 390–401.
12. Ramsey EM, Houston ML, Harris JW. Interactions of the trophoblast and maternal tissues in three closely related primate species. Am J Obstet Gynecol 1976; 124: 647–52.
13. Enders AC, Lantz KC, Schlafke S. Preference of invasive cytotrophoblast for maternal vessels in early implantation in the macaque. Acta Anatomica (Basel) 1996; 155: 145–62.
14. Whittaker PG, Macphail S, Lind T. Serial hematologic changes and pregnancy outcome. Obstet Gynecol 1996; 88: 33–9.
15. Walsh CA, Manias T, Brockelsby J. Relationship between haemoglobin change and estimated blood loss after delivery. Br J Obstet Gynaecol 2007; 114: 1447–8.
16. American College of Obstetricians and Gynecologists. Postpartum hemorrhage. ACOG Practice Bulletin No. 76. Obstet Gynecol 2006; 108: 1039–47.
17. Patel A, Goudar SS, Geller SE, et al. Drape estimation vs. visual assessment for estimating postpartum hemorrhage. Int J Gynaecol Obstet 2006; 93: 220–4.
18. Prasertcharoensuk W, Swadpanich U, Lumbiganon P. Accuracy of the blood loss estimation in the third stage of labor. Int J Gynecol Obstet 2000; 71: 69–70.
19. Carroli G, Cuesta C, Abalos E, Gulmezoglu AM. Epidemiology of postpartum hemorrhage: a systematic review. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol 2008; 22: 999–1012.
20. Sloan NL Durocher J, Aldrich T, Blum J, Winikoff B. What measured blood loss tells us about postpartum bleeding: a systematic review. Br J Obstet Gynaecol 2010; 117: 788–800.
21. Yoong W, Karavolos S, Damodaram M. Observer accuracy and reproducibility of visual estimation of blood loss in obstetrics: how accurate and consistent are health-care professionals? Arch Gynecol Obstet 2010; 281: 207–13.
22. Toledo P, McCarthy RJ, Hewlett BJ, Fitzgerald PC, Wong CA. The accuracy of blood loss estimation after simulated vaginal delivery. Anesth Analg 2007; 105: 1736–40.
23. Dildy GA 3rd, Paine AR, George NC, Velasco C. Estimating blood loss: can teaching significantly improve visual estimation? Obstet Gynecol 2004; 104: 601–6.
24. Chua S, Ho LM, Vanaja K, Nordstrom L, Roy AC, Arulkumaran S. Validation of a laboratory method of measuring postpartum blood loss. Gynecol Obstet Invest 1998; 46: 31–3.
25. Duthie SJ, Ven D, Yung GL, Guang DZ, Chan SY, Ma HK. Discrepancy between laboratory determination and visual estimation of blood loss during normal delivery. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 1991; 38: 119–24.
26. Patel A, Goudar SS, Geller SE. Drape estimation vs. visual assessment for estimating postpartum hemorrhage. Int J Gynaecol Obstet 2006; 93: 220–4.
27. Sheiner E, Hershkovitz R, Shoham-vardi I, Erez O, Hadar A, Mazor M. A retrospective study of unplanned out-of-hospital deliveries. Arch Gynecol Obstet 2004; 269: 85–8.
28. Johnson KC, Daviss BA. Outcomes of planned home births with certified professional midwives: large prospective study in North America. Br Med J 2005; 330: 1416.
29. Anthony S, Buitendijk SE, Offerhaus PM, Dommelen P, Pal-de Bruin KM. Maternal factors and the probability of a planned home birth. Br J Obstet Gynaecol 2005; 112: 748–53.
30. Begley CM, Gyte GM, Devane D, McGuire W, Weeks A. Active versus expectant management for women in the third stage of labour. Cochrane Database Syst Rev. 2015; (3): CD007412.
31. Fortney JA. Home use of misoprostol to prevent PPH. Editor's Comment. Int J Gynaecol Obstet 2010; 108: 268.

Vnetja genitalnega trakta pri porodu doma

Doc. dr. Vida Gavrić Lovrec, dr. med.

Izvleček

Poporodne okužbe genitalnega trakta pomembno prispevajo k maternalni obolevnosti in smrtnosti. Med poporodne okužbe genitalnega trakta spadajo endometritis in njegovi zapleti ter okužbe porodnih ran. Povzročitelj poporodnih okužb so praviloma endogene bakterije, zato se okužba lahko razvije tudi po porodu doma, kljub skrbni selekciji porodnic in strokovnem vodenju poroda. Za uspešno zdravljenje je pomembno bolezen pravočasno prepoznati in ustrezno ukrepati.

Abstract

Puerperal genital tract infections affect maternal morbidity and mortality. Puerperal genital tract infections are endometritis and its complications and perineal wound infections. Infection is usually caused by endogenous bacteria, so it can occur also after homebirth, despite careful patient selection and professional assistance. Early recognition and prompt treatment are required for successful recovery.

Uvod

Načrtovan porod na domu oziroma v okolju, ki si ga porodnica izbere sama, je že nekaj let tema številnih razprav. Porod doma daje porodnicam občutek nadzora nad porodom in okolico ter je povezan z občutkom sreče in dobrega počutja, čeprav ženske pogosto naletijo na nerazumevanje strokovnih delavcev in tudi svojih bližnjih (1). Nekatere raziskave kažejo, da so prednosti poroda na domu tudi nižji delež maternalne obolevnosti kot so poporodna krvavitev, raztrganine presredka, zadržana posteljica ali endometritis ter nižji delež posegov kot so epiziotomija, instrumantalni vaginalni porod in carski rez (2). Pri odločitvi za porod doma je zelo pomembna skrbna selekcija porodnic.
Med evropskimi državami se za porod doma najpogosteje odločajo na Nizozemskem, vendar delež upada, saj je znašal 30 % pred 15 leti in 13 % v letu 2015.

Že nekaj tisoč let je znano, da porodnice ogroža vročica, ki je lahko smrtna. O njej je pisal že Hipokrat, zapise pa so našli tudi v hindujskih tekstih, nastalih že 1500 let pr. n. št.. Od 17. stoletja dalje so v evropskih mestih ustanavljali porodnišnice, v katerih je ob izbruhih porodne vročice (prvi zabeležen izbruh epidemije v Hôtel Dieu v Parizu leta 1646) umrla ena od štirih ali petih žensk, ki so v njih rodile. V 19. stoletju so spoznali, da je vzrok za porodno vročico okužba, ki jo lahko prenaša tudi zdravstveno osebje spoznanje, ki ni bilo sprejeto brez upora, kakor tudi ne predlog o umivanju rok kot načinu preprečevanja okužb. Semmelweisu je z umivanjem rok z raztopino kalcijevega hipoklorita pred delom na oddelku, ki ga je vodil, in kasneje pred vsakim vaginalnim pregledom, leta 1847 uspelo zmanjšati umrljivost porodnic v samo treh mesecih iz 18 % na 3 % (3).
Podatkov o pogostnosti poporodnih okužb genitalnega trakta po strokovno vodenem porodu doma je v literaturi malo, kažejo pa na manjšo pogostnost le-teh v primerjavi s porodi v porodnišnici (4).

Vrste poporodnih okužb

Poporodne okužbe genitalnega trakta so okužbe, ki nastanejo po porodu, carskem rezu ali v povezavi z dojenjem. Najpogostejša poporodna okužba je endometritis, ki lahko napreduje v endomiometritis in/ali parametritis. Med ostale okužbe genitalnega trakta po porodu pa spadajo še okužba rane po porodu, okužba presredka, vnetje sečil in pelvični septični flebitis (5). Okužbe vplivajo na poporodno okrevanje, zvečajo tveganje za hospitalizacijo ter vplivajo na ustvarjanje stika med materjo in otrokom (6). Vodijo lahko v nastanek resnih zapletov, vključno s sepso, peritonitisom ali nastankom abscesov, lahko pa tudi vplivajo na kasnejšo plodnost (5).

Povzročitelji poporodnih okužb

Pri porodu doma se sicer izognemo možnosti bolnišnične okužbe, vendar je potrebno vedeti, da so v večini primerov za poporodno okužbo odgovorne bakterije, ki se nahajajo v črevesu, nožnici, na presredku ali v maternični vratu, zato lahko vsaj nekatere okužb pričakujemo tudi pri porodu doma.
Okužba je običajno polimikrobna. Bakterije, ki jih običajno izolirajo pri poporodnih okužbah genitalnega trakta, so aerobni gram pozitivni koki (streptokoki skupin A, B, C in D, enterokoki, stafilokoki), gram negativne bakterije (E. coli, Klebsiela, Proteus sp.) in Gardnerela vaginalis; anaerobni povzročitelji so peptostreptokoki, klostridiji in fusobakterije. Med ostale povzročitelje spadajo še Mycoplasma, Chlamydia trachomatis in gonokok (6, 7).

Dejavniki tveganja za poporodne okužbe

Tveganje za poporodno okužbo je večje pri operativnem dokončanju nosečnosti oz. poroda, pri prolongiranem razpoku plodovih ovojev, uporabi notranjega fetalnega monitoringa, številnih vaginalnih pregledih med porodom, ročnem luščenju posteljice, pa tudi ob slabokrvnosti in nizkem socialno-ekonomskim statusom. Večja verjetnost za poporodno okužbo genitalnega trakta je tudi pri bolnicah s sladkorno boleznijo, podhranjenih in tistih s prekomerno telesno težo, sladkorno boleznijo in predobstoječim vnetjem v medenici in nožnici (5-8).

Simptomi in znaki poporodnih okužb genitalnega trakta

Endometritis je pogostejši po carskem rezu kot po vaginalnem porodu (po 1-3 % vaginalnih porodov in 27 % carskih rezov (9). Tipično ga spremlja povišana temperatura, običajno med 38 in 39° C, običajno bolečine v spodnjem delu trebuha, boleča bimanualna palpacija, lahko tudi izcedek neprijetnega vonja. Prisotna je levkocitoza. Poteka lahko v blagi ali hudi obliki. Razvije se v nekaj dneh, lahko pa v nekaj tednih po porodu. Zapleti endometritisa so sepsa, absces, nekrotizitajoči fasciitis in septični pelvični tromboflebitis.
Sepsa je generaliziran sistemski vnetni odgovor na bakterijsko okužbo. Simptomi in znaki so nespecifični: povišana temperatura, mrzlica, bolečine v mišicah, ob napredovali bolezni lahko nastane hipotermija, tahikardija, tahipneja, hipotenzija in znaki disfunkcije notranjih organov zaradi hipoperfuzije tkiv (8). Bolnice s septičnim pelvičnim tromboflebitisom se navadno dobro odzovejo na antibiotično zdravljenje endometritisa, vztraja pa povišana temperatura (7).

Nekrotozirajoči fasciitis je redek, vendar lahko usoden zaplet rane v nožnici ali na presredku, pri katerem gre za okužbo globoko ležečih mehkih tkiv, ki se širi v zadnjico, stegno in trebušno steno. Ponavadi se razvije v 3 do 5 dneh po porodu (7).
Poporodna okužba rane na presredku se pokaže kot lokalna bolečina, ki se lahko projecira v kolk, oteklina, pordelost, včasih tudi izcedek. Porodnica je lahko subfebrilna. Ob že znanih dejavnikih tveganja za nastanek tega zapleta je le-to večje pri večjih laceracijah in komprimitirani kontinuiteti kože, slabi operativni tehniki in neustreznem šivalnem materialu (5). Pri kliničnem pregledu iščemo znake za absces in hematom.

Diagnostika poporodnih okužb genitalnega trakta

Diagnozo poporodnega vnetja genitalnega trakta postavimo na osnovi anamneze in izvida kliničnega pregleda. Z dodatnimi preiskavami (krvna slika, elektroliti, analiza urina, hemokultura, bakteriološki brisi, laktat, koagulogram) želimo razjasniti resnost in razširjenost bolezni ter izolirati njenega povzročitelja njenega povzročitelja. Z ultrazvočno preiskavo odkrijemo zaostale dele posteljice in abscese, CT in MR prideta v poštev pri sumu na septični pelvični tromboflebitis.

Zdravljenje poporodnih okužb genitalnega trakta

Blago obliko endometritisa po vaginalnem porodu lahko zdravimo ambulantno s peroralnimi širokospektralnimi antibiotiki. Pri hujših oblikah je potrebna hospitalizacija in intravenozno antibiotično zdravljenje. Priporočena je kombinacija gentamicina in klindamicina (9). Več kot 90 % bolnic se odzove na ustrezno antibiotično zdravljenje v 48 do 72 urah, v nasprotnem primeru iščemo vzroke za neuspešno zdravljenje (absces, inficiran hematom, septični pelvični tromboflebitis) (7).

Pri okužbi episiotomijske rane ali kirurško oskrbljene raztrganine presredka je prav tako potrebna hospitalizacija zaradi drenaže in odstranitve šivov, nege in intravenozne antibiotične terapije. Nekrotizirajoči fasciitis zahteva zdravljenje s širokospektralnim antibiotikom in široko kirurško odstanitev obolelega tkiva (7).

Zaključek

Nosečnice, ki se odločajo za porod doma, morajo biti seznanjene s tveganji in prednostmi takega poroda (10). Ustrezna izbira porodnic za porod doma, poznavanje dejavnikov tveganja za poporodne okužbe genitalnega trakta in strokovno vodenje poroda lahko zmanjšajo pogostnost teh okužb. Zgodnje prepoznavanje okužbe je pomembno za uspešno zdravljenje, zato mora biti porodnica seznanjena z možnostjo okužbe, s simptomi in znaki, na katere mora biti pozorna, v zgodnjem poporodnem obdobju pa ustrezen strokovni nadzor olajša okrevanje.

LITERATURA

1. Jouhki MR, Souminen T, Asted-Kurki P. Giving birth on our own terms-women's experience of childbirth at home. Midwifery 2017; 53: 35-40.
2. Zielinski R, Ackerson K, Kane Low L. Planned home birth: benefits, risks, andopportunities. Int J WomensHealth 2015; 7: 361-77.
3. De Costa CM. »The contagiousness of childbedfever«: a short history of puerperal sepsis and its treatment. MJA 2002; 2: 668-71.
4. Janssen PA, Saxell L, Page LA, Klein MC, Liston RM, Lee SK. Outcomes of planned home birth with registered midwife versus planned hospital birth with midwife or physician. CMAJ 2009; 15: 377-383.
5. Maharaj D. Puerperal pyrexia: a review. Part II. Obstet Gynecol Surv 2007; 400-6.
6. Krasnitz DB. Puerperal Infections of the Genital Tract: A Clinical Review. J Midwifery Womens Health 2013; 58: 632-42.
7. Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Hauth SC, Rouse DJ, Sponge CY. Williams Obstetrics. New York, Chicago, San Francisco, Lisbon, London, Madrid, MexicoCity, Milan, New Delhi, San Juan, Seoul, Singapore, Sidney, Toronto: McGraw Hill Medical; 2010.
8. Arulkumaran N. Puerperal sepsis. Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology 2013; 27: 893-902.
9. Mackeen AD, Packard RE, Ota E, Speer L. Antibiotic regimens for postpartum endometritis (Review). Cochrane Database of Systematic Reviews 2015, Issue 2. Art. No.: CD001067.
10. The American College of Obstetricians and Gynecologists. Committee opinion. Number 697, April 2017.

Novorojenček po porodu doma

Doc. dr. Milena Treiber, dr. med.

Izvleček

Večina planiranih porodov doma poteka pod nadzorom babice. O podrobnostih poroda doma se mora babica predhodno dogovoriti s porodnico in njenim partnerjem, tudi o planu v primeru urgence. Naloga babice je, da hkrati oskrbi porodnico in novorojenčka. V primeru potrebne reanimacije novorojenčka je treba slediti standardnemu algoritmu, ne glede na rojstvo zunaj porodne sobe. Prikazan je pregled standardne oskrbe zdravega novorojenčka po rojstvu, vključno s preventivnim dajanjem zdravil in predvidenim presejalnim testiranjem novorojenčkov za odkrivanje bolezni v predklinični fazi. Ta priporočila veljajo za vse novorojene otroke v Sloveniji, ne glede na kraj rojstva.

Abstract

The majority of planned home births are performed under the supervision of the midwife. All details of home birth should be discussed in advance with the woman giving birth and her partner, including backup arrangements in case of an emergency. The midwife's duty is to provide care to both mother and the baby. Resuscitation of the newborn follows the standard algorithm, regardless of the fact that the birth took place outside the delivery room. An overview of the standard care of a healthy newborn infant after birth is presented, including prophylactic eye care, vitamin-K administration and the newborn general sreening program, which should be performed after birth to prevent serious disorders. These recommendations apply to all newborns in Slovenia, regardless of place of birth.

Uvod

Planirani porod doma je bila doslej zelo redka praksa v Sloveniji. V večini evropskih držav se lahko porodnica sama odloči o mestu poroda, tudi za porod doma, slednje velja samo za terminske nosečnosti z nizkim tveganjem. V Angliji, kjer je porod doma dobro reguliran s strani državnih strokovnih teles, se je v zadnjih letih njihovo število precej povečalo, medtem ko je na Nizozemskem že opazen upad števila porodov doma, predvsem zaradi možnosti epiduralne analgezije in večje varnosti v bolnišničnem okolju.1,2 EUROSTAT poroča, da Slovenija od leta 2012 dosega zavidljive rezultate glede neonatalne umrljivosti (NMR) in se po zadnjih dostopnih podatkih za leto 2014 in 2015 z NMR 1,3 ‰ in 0,8 ‰ uvršča na prvo mesto pred skandinavskimi državami (Finsko (1,3 ‰), Norveško (1,5 ‰), Estonijo (1,5 ‰) , Švedsko (1,7 ‰) in Češko (1,5 ‰).3 Temu cilju bodo težko sledile babice ob vodenju poroda na domu z nalogo, da primerno oskrbijo hkrati mamo in novorojenčka po porodu. Doslej v Sloveniji posebna priporočila glede oskrbe novorojenčka po porodu doma še niso bila sprejeta. Vsekakor je nujno potrebno poznavanje normalne fizioligije prilagajanja novorojenčka po porodu in tudi prepoznavanje patoloških stanj pri prehodu na zunajmaternično življenje. Babica mora biti vešča reanimacije novorojenčka, v skladu z veljavnimi evropskimi in slovenskimi priporočili, za kar potrebuje tudi ustrezno opremo.4

Oskrba novorojenčka po porodu

Večina novorojenčkov zadiha ali zajoče v 90 sekundah po rojstvu, nekateri potrebujejo nekaj pomoči po porodu, v smislu reanimacije in stabilizacije novorojenčka (6 - 8% jih potrebuje ventilacijo po maski, manj kot 0,5 % pa tudi masažo srca in zdravila). Običajna oskrba nerizičnega novorojenčka vključuje:

1. Aspiracija tekočine iz zgornjih dihal in ust se ne izvaja več zaradi nevarnosti refleksne bradikardije, kajti pljučna tekočina se hitro po vdoru zraka v pljuča resorbira sama, po edogeni poti. Samo v primeru mekonijske plodovnice pri ohlapnem novorojenčku, ali drugih znakih obstrukcije v dihalih (mukus, kri), je potrebna aspiracija pod kontrolo laringoskopa.
2. Takojšnja ocena stanja novorojenčka in odložena prekinitev popkovnice vsaj za 1 minuto pri tistih, ki ne potrebujejo reanimacije. S tem se doseže hitrejša kardiocirkulatorna stabilizacija novorojenčka in zmanjša možnost anemije ter izboljša zaloge železa za prve mesece po rojstvu. Že v času odložene prekinitve popkovnice je potrebno otroka osušiti in pokriti s toplo pleničko, tudi v času, ko se ga položi mami na trebuh.
3. Obvezno ohranjati novorojenčka toplega! Hipotermija poveča potrebo po kisiku, razvije se metabolna acidoza, ki skupaj s hipoksijo in hipotermijo zmanjša sintezo surfaktanta. Hipotermija po rojstvu je tesno povezana z višjo umrljivostjo in obolevnostjo novorojenčkov vseh gestacijskih starosti.5 Optimalna telesna temperatura mora biti med 36,5 in 37,5° C. Novorojenček izgublja toploto na različne načine, zato je izgubo toplote potrebno preprečiti s preprostimi ukrepi: a) zaprimo okna in vrata; b) vzdržujemo temperaturo okolja med 23-25° C; c) osušimo novorojenčka in ga zavijemo v ogrete plenice (pazi tudi na pregretje), kapico na glavo; d) položimo otroka mami na kožo (skin-to-skin) in ga pokrijemo, alternativno tudi oblečemo; e) možna uporaba polietilenske vračke tudi pri donošenih novorojenčkih, sicer obvezna pri bolj nezrelih nedonošenčkih; f) za reanimacijo uporabi najtoplejši prostor in stoječi grelec za gretje površine; g) vnaprej je treba pripraviti ravno, trdno površino za možnost reanimacije, jo očistiti in pokriti.
4. Uporabi uro (minute, sekunde), potrebna za ustrezno dokumentiranje časovnega poteka

dogajanja.

5. Začetna ocena novorojenčka po 1. minuti, že pred prekinitvijo popkovnice. Ves čas je potrebno ohranjati otrokovo toploto in oceniti stanje v sledečem vrstnem redu: barvo, tonus, dihanje, srčno frekvenco. Ocena dihanja in srčne akcije sta vodilo za morebitne reanimacijske ukrepe, samo barva pa ne. Ob 1. minuti regularno zadiha že 75 % vseh novorojenčkov. Gasping vdihi so znak, da je bil novorojenček že v terminalni apneji in potrebuje pomoč. Srčno frekvenco je treba preveriti s stetoskopom ali pulznim oksimetrom, samo palpacija prekordija ali opazovanje pulzacij popkovnice ni dovolj zanesljivo
6. Interpretacija

A) Novorojenček, ki je v začetku cianotičen, vendar diha regularno, s srčno akcijo >100/minuto in dobrim tonusom, ne potrebuje nobenih intervencij in lahko biva skupaj z mamico. Opazujemo izboljšanje barve.

B) Novorojenček, ki ne diha zadostno, ima bradikardno srčno akcijo, je bledo-cianotične barve in brez tonusa, potrebuje reanimacijske ukrepe, zato ga najprej osušimo, pokrijemo in položimo na pripravljeno ogrevano površino.

Reanimacija novorojenčka po porodu doma mora slediti naslednjim načelom, ki so v skladu z veljavnimi smernicami,4 zato mora imeti babica obvezno opravljen tečaj reanimacije novorojenčka:

- pokliči pomoč;
- osuši in toplo zavij novorojenčka;
- oceni;
- poskrbi za nevtralni položaj otroka, ki omogoči sprostitev dihalne poti, možnost ventilacije s pozitivnim tlakom s pomočjo samonapihljivega balona in ustrezno masko;
- odpri dihalno pot z inflacijskimi vpihi z zrakom (1 vpih traja 2-3sek), 5-krat zaporedoma in ponovno oceni dviganje prsnega koša;
- srčna masaža v primeru, da ni odziva v dvigu srčne frekvence kljub učinkovitim ventilacijskim vpihom (15 vpihov v 30 sek), ki jih spremlja dviganje prsnega koša; razmerje masaža : vpihi je 3 : 1; možnost dovajanja kisika in uporaba pulznega oksimetra;
- nadaljuj dokler ne pride pomoč (običajno ekipa nujne medicinske pomoči na terenu);
- novorojenček, ki potrebuje reanimacijo po rojstvu, po primarni stabilizaciji v vsakem primeru terja premestitev v bolnišnico.

Prvi klinični pregled po rojstvu mora biti usmerjen v odkrivanje znakov kardio-pulmonalnega distresa, prirojenih anomalij in porodnih poškodb. Natančnejši pregled otroka s strani pediatra sledi kasneje.

Urgentna stanja pri novorojenčku, ki terjajo takojšnji transport v bolnišnico: bruhanje žolčne vsebine; zlatenica v starosti < 24 ur; centralna cianoza; velika, napeta ali vbočena velika mečava; subgalealna krvavitev; obojestransko neprehodni nosnici; dihalna stiska ali apnoične atake; šibki ali odsotni periferni pulzi in/ali izmerjena patološka pulzna oksimetrija; organomegalija; gastroshiza/omfalokela; odsotnost diureze ali odvajanja mekonija v 24 urah po rojstvu; nejasno spolovilo, obojestransko nespuščeni testisi ali torzija testisov; motnje zavesti in/ali možganski krči.6

Preventivni program oskrbe novorojenčka se v Sloveniji izvaja na osnovi Pravilnika za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni, ki določa obvezne preventivne zdravstvene ukrepe in cepljenja (Uradni list RS, št. 19/98 s spremembami in dopolnitvami), nazadnje usklajen

na Neonatalni sekciji Združenja za pediatrijo Slovenskega zdravniškega društva (april 2016) in vključuje poleg celostnega kliničnega pregleda s strani pediatra še:

A) Preventivno dajanje zdravil

1. Prevencija hemoragične bolezni novorojenčka (HBN): v prvih urah po rojstvu prejme novorojenček 1mg vitamina-K v mišico. HBN nastane zaradi pomanjkanja faktorjev strejevanja krvi povezanih s K-vitaminom (II,VII,IX,X), kar je posledica slabega prenosa K-vitamina preko posteljice, nezadostne endogene tvorbe v čevesju novorojenca, in kasneje nizke vsebnosti v maminem mleku.7 Peroralna profilaksa je manj učinkovita.8 V nekaterih primerih starši aplikacijo tudi odklonijo.9
2. Preventivno dajanje 1% srebrovega nitrata v obliki kapljic za oči v 1.uri po rojstvu lahko prepreči gnojno vnetje oči. Poleg gonokokne znižuje tudi možnost klamidijske infekcije, ki je danes pogostejša. Profilaksa s srebrovim nitratom ima manjšo prednost pred profilakso z erytromycinom.10,11
3. Novorojenci, katerih matere so nosilke HbsAg prejmejo pasivno zaščito s specifičnimi imunoglobulini Hepatect iv v 12 urah po rojstvu in 1. dozo cepiva Engerix 0.5 ml im.
4. Cepljenje proti tuberkulozi (BCG) se opravi v skladu z republiškim programom imunoprofilakse samo v rizični skupini.

B) Presejalna testiranja

- **Odvzem krvi v okviru programa zgodnjega odkrivanja motenj v delovanju ščitnice in presnovne bolezni fenilketonurije.** Z zgodnjim zdravljenjem obeh bolezni lahko preprečimo okvare v razvoju otroka. Kri se odvzame 48-72 ur po rojstvu. Če je rezultat pozitiven, je potrebno test ponoviti za potrditev diagnoze. Starši so obveščeni pisno samo v primeru pozitivnega izvida!
- **Test sluha (TEOAE)** se izvaja z meritvijo zvočnega sevanja notranjega ušesa. Zgodnje odkrivanje motenj sluha omogoči zgodnjo obravnavo in s tem optimalnejši razvoj otroka.
- **Meritev nasičenosti krvi s kisikom** s pulznim oksimetrom na okončinah za zgodnje odkrivanje prirojenih srčnih napak. Meritev se opravi v starosti vsaj 24 ur.
- Presvetlitev očesnih medijev za zgodnje odkrivanje prirojene sive mrene. S pravočasno obravnavo lahko ohranimo otrokov vid.
- **Ultrazvočni pregled kolkov** za ugotavljanje pravilnosti razvoja kolkov, ki učinkovito zmanjšuje potrebo po kirurškem zdravljenju razvojnih displazij kolka (RDK). Samo s kliničnim pregledom namreč ne zaznamo vseh RDK, ki jih najdemo z UZ presejanjem. Ob upoštevanju klinične slike in rizičnih dejavnikov odkrijemo le 30-40% RDK.12

Mamo je potrebno priučiti nege, rokovanja z otrokom in dojenja ali hranjenja po steklenički. Poudarjati velja pomen in prednost dojenja ter s strokovnim pristopom omogočiti njegovo uspešno vzpostavitev. Starše moramo opozoriti na morebitne znake bolezni in običajne probleme pri novorojenčku kot so: opazovanje zlatenice, vnetje popka in zgodnje znake bolezni, ki se kažejo z vročino, razdražljivostjo, neodzivnostjo, bruhanjem ali slabše pitjem.
Presejalna testiranja in cepljenje se lahko opravi tudi v pristojni neonatalni ambulanti, z ustrezno napotnico.

LITERATURA

1. Brocklehurst P, Hardy P, Hollowell J, et all. Birthplace in England Collaborative Group. Perinatal and maternal outcomes by planned place of birth for healthy women with low risk pregnancies: The Birthplace in England atonalisti prospective cohort study. Brit Med J 2011;343:d7400.
2. Van der Kooy J, Birnie E, Denktas S, Steegers EAP, Bonsel GJ. Planned home compared with planned hospital births: mode of delivery and Perinatal mortality rates, an observational study. BMC Pregnancy Childbirth 2017 Jun 8;17(1):177. doi: 10.1186/s12884-017-1348-y.
3. Eurostat. Neonatal mortality rates by country of occurrence. Dostopno na: http//appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/print.do/. Zadnja posodobitev 25.4.2017. Datum pristopa: 6.7.2017.
4. Wyllie J, Bruinenberg J, Roehr CC, Rudiger M, Trevisanuto D, Urlesberger B. European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2015. Resuscitation and support of transition of babies at birth. Resuscitation 2015;7:249-63.
5. Mullany LC, Katz J, Khatry SK, et al. Risk of mortality associated with neonatal hypothermia. Arch Pediatr Adolesc Med 2010;164:650-6.
6. Queensland Clinical Guideline: Routine newborn assessment. MN09.4-V3-R14. Queensland Health. 2014. Available from: http://www.health.qld.gov.au/qcg/.
7. Lippi G, Fanchini M. Vitamin K in neonates: facts and myths. Blood Trasfus 2011; 9(1): 4-9.
8. Witt M, Kvist N, Jorgensen MH, et al. Prophylactic dosing of vitamin K to prevent bleeding. Pediatrics.2016;137(5):e20154222.
9. Marcewicz LH, Clayton J, Maenner M, OdomE, Okoroh E, Christensen D, et all. Parental refusal of vitamin K and Neonatal Preventive Services: A Need for Surveillance. Matern Child Health J 2017;21:1079–1084.
10. Darling EK, McDonald H. A meta-analysis of efficasy of ocular prophylactic agents used for the prevention of gonoccocal and chlamydial ohthalmia neonatorum. J Midwifery Womens Health 2010; 55(4):319-27.
11. Workowski KA, Bolan GA, Ccenters for Disease Control and Prevention. Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2015. MMWR Recomm Rep 2015;64:1.
12. Slovenske smernice in novi protokol ultrazvočnih pregledov otroškega kolka. 5.ultrazvočni tečaj otroškega kolka z mednarodno udeležbo - Zbornik izbranih poglavij. UKC Maribor, 2011.

Dojenje in skrb za dojke po porodu doma

Izr. prof. dr. Darja Arko, dr. med.

Izvleček

Dojenje je definirano kot hranjenje otroka z ženskim mlekom in ima številne prednosti za otroka in mamo. Kontraindikacije za dojenje so redke. Ne glede na način poroda in ne glede na to, ali ženske rodijo v bolnišnici, ali doma, je pomembno, da so seznanjene z osnovnimi principi dojenja in osnovami skrbi za dojke, ki zmanjšajo možnost morebitnih zapletov. Najpogostejše težave ženske med dojenjem so razpokane bradavice, zamašen mlečni vod in vnetje. Ne smemo pozabiti tudi na možnost raka dojk med dojenjem. Pomembno je, da opisana stanja prepoznamo in vemo, kdaj je potrebna čim prejšnja zdravniška pomoč in kakšna je.

Abstract

Breastfeeding is defined as feeding of babies with milk from woman's breast and has many advantages for baby and mother. Contraindications are rare. Despite of mode of delivery and weather women gave birth at hospital or at home, is important that she knows about the basic principles of breastfeeding and breast care which can reduce possible complications. The most common problems during breastfeeding are nipple injury, plugged milk duct and breast infection. We must also think on breast cancer. It is important to recognise these conditions to provide adequate medical care if necessary.

Uvod

Več let so potekale razprav o prednostih in slabostih dojenja. V 50-ih in 60-ih letih prejšnjega stoletja je v razvitih državah delež dojenja zelo upadel, uveljavile so se različne vrste pripravljene hrane za dojenčke. V 70-ih letih pa so ponovno začeli ugotavljati, da ima žensko mleko številne sestavine, ki jih drugi pripravki ali mleka ne vsebujejo, predvsem snovi, ki vplivajo na imunski sistem otroka. Zlasti v prvih šestih mesecih življenja priporočajo izključno dojenje, kar pomeni, da otrok dobiva samo žensko mleko brez druge hrane ali pijače.

Razvoj dojk v nosečnosti in laktacija

Razvoj dojk se začne v puberteti, vendar se žlezno tkivo dojk dokončno razvije do te mere, da je sposobno tvoriti mleko, šele v času nosečnosti. V procesu razvoja dojk v nosečnosti so vpleteni številni hormoni: estrogen, progesteron, humani placentarni laktogen, horionski gonadotropin, prolaktin1. Do poroda, kljub dokončno razvitim dojkam, do laktacije ne pride zaradi antagonističnega delovanja hormonov posteljice. Ko se po porodu posteljica izloči, se laktacija postopno vzpostavi. Ključna za vzdrževanje dojenja sta hormona prolaktin in oksitocin. Izločanje prolaktina se sproži ob otrokovem sesanju, govorimo o prolaktinskem refleksu. Bolj pogosto in močnejše kot je sesanje, večja je količina prolaktina. Prolaktin, ki ga izloča adenohipofiza omogoči, da se dojka nekaj ur po dojenju ponovno napolni z mlekom. Drugi za dojenje pomemben refleks je oksitocinski refleks. Izločanje oksitocina ob sesanju povzroči, da se mioepitelne celice skrčijo in na ta način iztisnejo mleko v mlečne vode. Na oksitocinski refleks, poleg sesanja, vplivajo tudi drugi sprožilni dejavniki kot so otrokov jok, misel na dojenje ipd.2.

Sestava ženskega mleka

Žensko mleko sestavljajo maščobe, ogljikovi hidrati, proteini, vitamini, minerali in številne bioaktivne snovi, ki ščitijo pred okužbami in so pomembne za razvoj imunskega sistema. Mleko se po sestavi spreminja, ločimo kolostrum, predmleko in zadnje mleko. Kolostrum je prva tekočina, ki priteče iz dojk takoj po porodu in je prisoten nekaj dni. Količina je majhna, vsebinsko bogata z imunološkimi faktorji, predvsem IgA, laktoferinom, levkociti, proteini. Vsebuje visoke vrednosti natrija, kloridov in magnezija, ter nižje vrednosti kalcija in kalija kot mleko, ki nastane kasneje3. Predmleko je tisto, ki se pojavi na začetku vsake epizode dojenja in je po sestavi delno podobno kolostrumu (minerali, proteini) in delno zadnjemu mleku, ki sledi v nadaljevanju dojenja. Zadnje mleko vsebuje več maščobe in ima višjo hranilno vrednost.

Pogostnost dojenja in prednosti dojenja

Začetek dojenja priporočajo prvo uro po porodu. Prve tedne življenja otrok pije pogosto na 1 do 3 ure, sesanje traja od 10 do 15 min. na vsaki dojki, količine so majhne. Količina mleka narašča v prvih tednih, nato pa je od enega do šest mesecev približno enaka in znaša ob polnem dojenju okoli 800 ml na dan. Izključno dojenje priporočajo šest mesecev. Po podatkih v literaturi je delež polno dojenih otrok v prvih šestih mesecih v svetu 37 %, delež je večji v slabo in srednje razvitih državah4. Po podatkih WHO je bil v Evropi v letih 2006 do 2012 delež izključno dojenih otrok v prvih šestih mesecih ocenjen na 25 %. Najnovejši podatki 21 evropskih držav kažejo, da je ta delež bistveno nižji, samo okoli 13 %. Delež izključnega dojenja je bistveno višji v prvih mesecih, nato pa med četrtim in šestim mesecem naglo upade5. Podatki za Slovenijo so iz leta 2009, ko je takratni Inštitut za varovanje zdravje opravil pilotno raziskavo HRAST v kateri so spremljali delež dojenja Slovenk. Podatki raziskave kažejo, da je v porodnišnici začelo dojenje 99,4 % mamic. V tretjem

mesecu je dojilo 78,4 % mamic (izključno je dojilo 48,5 %), v šestem mesecu pa 61,5 % (izključno je dojilo le še 0,6 %)6.
Prednosti dojenja za otroka so predvsem v tem, da je mleko sestavljeno optimalno za rast in razvoj, dojeni otroci imajo manj črevesnih obolenj, manj alergij, manj sladkorne bolezni in debelosti. Ob dojenju se otrok umiri, sesanje pa stimulira razvoj govora.
Prednosti za mamo so, da mleka ni potrebno posebej pripravljati, ženska izgublja odvečno maščobo (okoli 400 do 500 kcal na dan), po porodu se maternica bolje krči, daljša je amenoreja. Daljše, predvsem izključno dojenje, manjša tudi tveganje za nekatere rake, kot so rak dojk, rak jajčnikov in rak maternične sluznice7-9.

Skrb za dojke med dojenjem

V času dojenja je potrebna posebna skrb za dojke. Priporočamo samo umivanje z vodo, brez mil, uporaba bombažnih modrcov ustrezne velikosti, redno dojenje in praznjenje dojk ter redni samopregledi dojk. Po dojenju se priporoča, da ženska bradavico namaže z mlekom in počaka, da se to posuši.

Težave med dojenjem

Med dojenjem se lahko pojavijo težave z bradavicami, ki so lahko boleče in razpokane. Boleče in trde so lahko dojke v celoti, lahko se zamaši kateri od mlečnih vodov, lahko nastane vnetje (mastitis).

Boleče, razpokane bradavice nastanejo zaradi napačno prisesanega otroka, pri ugreznjenih bradavicah, pri uporabi pretesnih modrcov iz sintetičnih materialov ali pri uporabi agresivnih mil in krem. Težave preprečimo ali odstranimo z rednim dojenjem (da otrok ni preveč lačen), z menjavo položajev med dojenjem, z mazanjem bradavice z mlekom po zaključenem dojenju in z mazanjem bradavice z lanolinskimi mazili.

Boleče, trde dojke so pogoste po porodu, predvsem prvi teden, dokler se mehanizem laktacije in dojenja povsem ne vzpostavi. Zaradi otekline dojke se splošči bradavica, kar otežuje dojenje. Pomembno je, da se v takem primeru dojka povsem sprazni, sicer se lahko zmanjša nastajanje mleka. Poleg dovolj pogostega dojenja, je potrebno dojke prazniti s črpanjem mleka, če otrok dojke ne sprazni v celoti. Nekaj minut pred dojenjem svetujemo tople obkladke, med samimi epizodami pa hladne obkladke, ki naj si jih ženska položi na dojko za 15 do 20 min. Nekateri priporočajo tudi obkladke z zeljnimi listi. Po podatkih v literaturi, naj bi imele ženske, ki so uporabljale zeljne liste pri bolečih dojkah in vnetju dojk manjšo oteklino, vendar rezultati niso bili statistično značilni10.
Zamašen mlečni vod nastane kadar se del dojke ne izprazni v celoti. Klinično se kaže kot občutljiva, boleča zatrdlina v dojki. Vzrok je lahko slabo sesanje ali neustrezna, pretesna oblačila. Tudi v tem primeru je ključno redno, dovolj pogosto dojenje in, kadar je potrebno, črpanje mleka ter topli obkladek pred dojenjem.

Vnetje dojk ali mastitis se pojavi pri 2 do 19 % vseh doječih žensk, pri večini v prvih štirih tednih po porodu11-13. Pri 10 do 20 % žensk se mastitis v času dojenja ponovi12. Mastitis se pogosteje pojavi, kadar se dojka med dojenjem ne izprazni v celoti, pri poškodbah kože ali bradavic in pri uporabi ozkih in sintetičnih oblačil. Daleč najpogostejši povzročitelj je bakterija Staphylococcus aureus. Bolezen se lokalno kaže kot rdeča, otekla in boleča dojka. Ob tem je prisotna povišana telesna temperatura (več kot 38°C), splošno slabše počutje, lahko tudi mrzlica. Diagnozo postavimo na podlagi klinične slike. Zdravimo z antibiotiki per os. Zdravilo izbora je amoksicilin s klavulonsko

kislino. V primeru alergije na penicilinske preparate damo klindamicin. Od ostalih antibiotikov lahko uporabimo tudi cefalosporine in eritromicin. Mastitis in antibiotična terapija nista razlog za prekinitev dojenja. Če je otrokovo sesanje boleče, kar vsaj v prvih dneh mastitisa večinoma je, priporočamo črpanje mleka.

Zaplet mastitisa je absces, ki nastane pri 0,4 do 11 % doječih žensk14. Pogosteje se pojavi pri ženskah s prekomerno težo in pri kadilkah. Dolga leta je bil klasičen način zdravljenja abscesov kirurška incizija in drenaža. Tovrstno zdravljenje je povezano z daljšim okrevanjem, težavami pri dojenju, slabšim kozmetičnim izgledom in možnostjo nastanka mlečne fistule. Novejši pristop zdravljenja abscesov je punkcija s tanko iglo, po možnosti pod kontrolo ultrazvoka, in vstavitev drenaže. V kolikor so punkcije neuspešne, je metoda izbora še vedno incizija14.

Rak dojk med dojenjem

Rak dojk, ki ga odkrijemo v času nosečnosti ali eno leto po porodu imenujemo z nosečnostjo povezan rak dojk ali gestacijski rak dojk. Pojavlja se pri 1 na 3000 nosečih žensk, v povprečni starosti 32 do 38 let. Samo 6,5 % vseh tovrstnih rakov prizadene ženske mlajše od 40 let, vendar lahko glede na to, da se starost žensk, ki rojevajo, viša, pričakujemo porast z nosečnostjo povezanih rakov dojk15. Zaradi tega je ženske potrebno opozoriti na redno samopregledovanje dojk tudi med dojenjem. Vsaka zatrdlina v dojki, ki persistira, ne glede na dojenje, zahteva ustrezno diagnostično obdelavo.

Kontraindikacije za dojenje

Kontraindikacije za dojenje so redke, razlog je lahko na strani otroka ali mame. Dojeni ne smejo biti otroci, ki imajo galaktozemijo. Fenilketonurija je relativna kontraindikacija, otroci so lahko dojeni delno. S strani mame so kontraindikacije nekatere bolezni (aktivna tuberkuloza, herpes na dojki), zdravila (citostatiki, antitiroidna zdravila) in radioizotopi za diagnostiko ali zdravljenje16. V razvitem svetu se ženskam, ki so HIV pozitivne dojenje odsvetuje, v nerazvitem svetu HIV pozitivno stanje ne velja za kontraindikacijo, glede na dejstvo, da je problem podhranjenosti otrok večji in da v prvih šestih mesecih niso dokazali več prenosov virusa na otroka, kot pri HIV pozitivnih ženskah, ki otrok niso dojile.

Zaključek

Ženske je potrebno seznaniti z osnovnimi informacijami o dojenju in možnih zapletih že v času nosečnosti. Tiste, ki rodijo v bolnišnicah, lahko številne koristne in praktične nasvete dobijo neposredno po porodu, drugim, ki rodijo doma, lahko pomagajo patronažne sestre in tudi izbrani ginekologi h katerim pridejo v primeru težav. Predvsem je nujno pravočasno prepoznati resne zaplete dojenja, kot sta mastitis in absces. Nikakor pa ne gre pozabiti tudi na možnost raka dojk v času dojenja.

LITERATURA

1. Lamote I, Meyer E, Massart-Leen A, Burvenich C. Sex steroids and growth factors in the regulation of mammary gland proliferation, differentiation, and involution. Steroids 2004; 69: 145-59.
2. Arnšek AD. Laktacija in dojenje. V: Takač I, Geršak K ur. Ginekologija in perinatologija 2016; 632-7.
3. Ballard O, Morrow al. human milk composition: nutrients and bioactive factors. Pediatr Clin North Am 2013; 60: 49–74.
4. Victora CG, Bahl R, Barros AJD, Franca GVA, Horton S, Krasevec J et al. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. Lancet; 2016: 387: 475-90.
5. WHO European Region has lowest global breastfeeding rates, WHO, Europe. [citirano 2017 Dec 20]. Na voljo na: http://www.euro.who.int/en/health-topics/Life-stages/maternal-and-newborn-health/news/news/2015/08/who-european-region-has-lowest-global-breastfeeding-rates.
6. Drglin Z, Fajdiga Turk V. Od polnega dojenja prek uvajanja mešane prehrane do prilagojene družinske prehrane. Ljubljana [citirano 2017 Dec 20]. Na voljo na: http://www.nijz.si/sl/od-polnega-dojenja-prek-uvajanja-mesane-prehrane-do-prilagojene-druzinske-prehrane
7. Zhou Y, Chen J, Li Q, Huang W, Lan H, Jiang H. Association between breastfeeding and breast cancer risk: evidence from a meta-analysis. Breastfeed Med 2015; 10: 175-82.
8. Li DP, Du C, Zhang ZM, Li GX, Yu ZF, Wang X et al. Breastfeeding and ovarian cancer risk: a systematic review and meta-analysis of 40 epidemiological studies. Asian Pac J Cancer Prev 2014; 15: 4829-37.
9. Jordan SR, Na R, Johnatty SE, Wise LA, Adami HO, Brinton LA, Chen C et al. Breastfeeding and endometrial cancer risk: an analysis from the epidemiology of endometrial cancer consortium. Obstet Gynecol 2017; 129: 1059-67.
10. Nikodem VC, Danziger D, Gebka N, Gulmezoglu AM, Hofmeyr GJ. Do cabbage leaves prevent breast engorgement? A randomized, controlled study. Birth 1993; 20: 61–4.
11. Committee on Health Care for Underserved Women, American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG Committee Opinion No. 361: Breastfeeding: maternal and infant aspects. Obstet Gynecol 2007; 109: 479-80.
12. Scott JA, Robertson M, Fitzpatrick J, Knight C, Mulholland S. Occurrence of lactation mastitis and medical management: a prospective cohort study in Glasgow. Int Breastfeed J 2008; 3: 21. Op: nisem pozabila citirati druge števile, ampak preprosto ne obstaja (poglej na splet)
13. Zarshenas M, Zhao Y, Poorarian S, Binns CW, Scott JA. Incidence and risk factors of mastitis in Shiraz, Iran: results of a cohort study. Breastfeed Med 2017; 12: 290-6.
14. Dener C, Inan A. Breast abscesses in lactating women. World J Surg 2003; 27: 130–133.
15. Keyset EA, Staat BC, Fausett MB, Shield AD. Pregnancy-associated breast cancer. Rev Obstet Gynecol 2012; 5: 94-9.
16. American Academy of Pediatrics. Policy Statement: Breastfeeding and the use of human milk. Pediatrics 2015: 115: 496-506.

Citološka analiza in klasifikacija BMV v poporodnem obdobju

Prim. izr. prof. dr. Alenka Repše Fokter, dr. med.

Izvleček

Citološka analiza brisov materničnega vratu v poporodnem obdobju je zahtevna. V prispevku so predstavljene citomorfološke značilnosti poporodnih brisov, vzroki za težave pri ocenjevanju in možnosti uporabe dodatnih metod, ki so nam lahko v pomoč pri doseganju optimalnih rezultatov.

Abstract

Cytological analysis of cervical smears in the postpartum period is challenging. The article outlines the main cytomorphological characteristics of postpartum smears, the causes of problems in analysing them and the possibility of using ancillary methods, which can help us achieve optimal results.

Uvod

Od uvedbe presejalnega programa ZORA leta 2003 ima v Sloveniji vsaka ženska med 20. in 64. letom starosti vsake tri leta možnost ginekološkega pregleda in odvzema brisa materničnega vratu (BMV). Tako lahko redni preventivni pregled BMV sovpada z ginekološkim pregledom porodnice, ki je običajno 6 tednov po porodu. Po drugi strani pa na prvem ginekološkem pregledu po porodu ginekolog odvzame kontrolni BMV, če je bil predhodni patološki. Ocena BMV in obravnava pacientk poteka v skladu z nacionalnimi in evropskimi smernicami in navodili (1, 2, 3).

V poporodnem obdobju je epitel mateničnega vratu zaradi hormonskih sprememb atrofičen. Stanjšan epitel ne nudi več učinkovite zaščite, zato pogosteje prihaja do vnetja in krvavitev. Poporodna atrofija je še posebno izrazita v obdobju laktacije in običajno traja vse dokler se ne vzpostavi normalni menstruacijski ciklus.

V poporodnih BMV so zajete pretežno parabazalne celice, ki leže posamično in v skupinah, med katerimi pogosto ni jasnih mej. Običajno vsebujejo veliko glikogena v citoplazmi in jih lahko zamenjamo s koilociti. Atrofične celice so bolj občutljive, jedra so pogosto povečana, a niso hiperkromna. Zaradi večje fragilnosti atrofičnih celic je v poporodnih BMV tudi veliko golih jeder, ki jih je brez prisotnosti citoplazme težko zanesljivo interpretirati.

Patološki izvid BMV v poporodnem obdobju

Ocenjevanje atrofičnih BMV je v vsakem, tudi poporodnem obdobju zelo zahtevno. Patološke spremembe na atrofičnih celicah niso tako izrazite kot na zrelih, kjer so razlike med normalno in diskariotično celico bolj očitne. Tudi »zdrave« parabazalne celice imajo namreč razmeroma veliko jedro v primerjavi s citoplazmo (»high nuclear/cytoplasmic ratio«), povečana jedra in celični pleomorfizem. Kadar pa so te spremembe izrazite in so prisotne še kakšne druge nepravilnosti (nepravilna jedrna membrana, hiperkromna jedra, gola povečana jedra…), bomo BMV ocenili kot patološki. Kadar je bolnica že imela patološki BMV in ocenjujemo kontrolnega, nam bo ponovni pregled prvotnega in primerjava med obema BMV v pomoč.
Najpogostejša kategorija med patološkimi BMV so atipične ploščate celice (APC), ki jih nadalje delimo v APC, neopredeljene (APC-N) in APC, ni mogoče izključiti ploščatocelične intraepitelijske lezije visoke stopnje (APC-VS), razmerje med njimi pa je približno 9 proti 1 (4). Pri tem je potrebno vedeti, da imamo citologi običajno diagnostične težave pri ocenjevanju patoloških sprememb nizke stopnje, predvsem pri atipičnih ploščatih celicah, neopredeljenih (APC-N), kjer je tudi reproducibilnost najnižja. Ocenjevanje patoloških sprememb visoke stopnje je težko, kadar je diskariotičnih celic malo ali pa je prisotna izrazita poporodna atipična atrofija. V takih primerih je lahko v pomoč dvojno imunocitokemično barvanje na p16/Ki67 (CINtec plus). Pri pozitivni reakciji je namreč tveganje za PIL-VS povečano, kar smo dokazali tudi z našo študijo. Imunocitokemično reakcijo na p16/Ki67 smo izvedli na 169 BMV tistih žensk, ki so imele citološko diagnozo APC-VS. Občutljivost metode je bila 95%, specifičnost 72%, verjetnost PIL-VS na histološkem izvidu pa se je iz 57% povečala na 82% (5). Ocenjevanje sprememb na žleznih celicah je zahtevno v vseh življenjskih obdobjih ne glede na to, ali je bris atrofičen ali ne. Nedavna švedska študija je pokazala, da je tveganje za nastanek raka materničnega vratu pomembno povečano še dolgo vrsto let po citološki oceni atipične žlezne celice (6).

Po porodu pride pogosto do regresije displastičnih sprememb, ki jo nekateri pripisujejo porodni travmi ali spremembam v imunskem statusu po porodu. Izsledki meta-analize 8 objavljenih študij je pokazala, da pride pri okoli 15% PIL-NS do progresije, okoli 35% sprememb nizke stopnje

perzistira, pri 50% sprememb pa pride do regresije (7). Po drugi strani pa se je potrebno zavedati, da je regresija lahko samo prehodna (7). Do ponovitve ali celo poslabšanja bolezni lahko pride tudi več let pozneje, zato so ginekološki pregledi in odvzemi BMV za citološko preiskavo pomembni v vsakem življenjskem obdobju.

LITERATURA

1. Uršič-Vrščaj M. Postopki za odkrivanje in obravnavo žensk s predrakavimi spremembami materničnega vratu. Ljubljana: Onkološki inštitut Ljubljana; 2011.
2. Pogačnik A, Stojan Fležar M, Repše-Fokter A, Snoj V, Kirbiš Srebotnik I, et.al. Navodila za citološke izvide brisov materničnega vratu – klasifikacija po Bethesdi. Ljubljana: Onkološki inštitut Ljubljana; 2011.
3. Wiener HG, Klinkhamer P, Schenck U, Bulten J, Bergeron C, Herbert A. Laboratory guidelines and quality assurance practices for cytology. European guidelines for quality assurance in cervical cancer screening. 2nd ed. Office for Official Publications of the European Communities. Luxembourg (Grand-Duchy of Luxembourg); 2008:153-170.
4. Nayar R, Wilbur DC. The Bethesda System for Reporting Cervical Cytology Definitions, Criteria, and Explanatory Notes. 3rd ed. Switzerland: Springer International Publishing; 2015:103–34.
5. Šekoranja Daja, Repše Fokter Alenka. Triaging Atypical Squamous Cells—Cannot ExcludeHigh-Grade Squamous Intraepithelial Lesion With p16/Ki67 Dual Stain. J Low Genit Tract Dis 2017;21: 108–111.
6. Wang J, Andrae B, Sundström K, Ström P, Ploner A, Elfström KM, Arnheim-Dahlström L, Dillner J, Sparén P. Risk of invasive cervical cancer after atypical sqglandular cells in cervical screening: nationwide cohort study. BMJ 2016;325:i276.
7. Kaplan KJ, Dainty LA, Dolinsky B, e t al. Prognosis and Recurrence Risk for Patients for Cervical Squamous Intraepithelial Lesions Diagnosed During Pregnancy. Cancer (Cancer Cytopathol) 2004; 102: 228-232.

Anamneza in ginekološki pregled pred in po porodu doma, materinska knjižica

Red. prof. dr. Iztok Takač, dr. med., svetnik

Nejc Kozar, dr. med.

Izvleček

Poporodni pregled v ginekološki dispanzerski ambulanti del skrbi za zdravje otročnice in novorojenčka. V večini držav priporočajo prvi poporodni pregled 4 – 6 tednov po porodu, vendar kljub temu ne obstaja soglasje glede jasnih smernic o vsebini in načinu pregleda. V poporodnem poteku je nujno obravnavati zaplete v nosečnosti in med porodom, ki bi utegnili plivati na pacientko v prihodnosti oziroma ob morebitni prihodnji nosečnosti. Potrebno je prav tako s pregledom oceniti stanje ter tako zagotoviti normalen potek poporodnega obdobja. Med pogoste težave, na katere lahko naledimo so teave s čiščo, involucijo maternice, težave s celjenjem rupture perineja ali epiziotomijske rane ter seveda poporodno depresijo, ki predstavlja pomemben vzrok obolevnosti žensk v poporodnem obdobju.

Abstract

Postpartum follow-up in gynecological outpatient clinic is an important part of ensuring the best care for mother and newborn. Most of the countries recommend first postpartum visit 4-6 weeks after delivery, even thoug no consensus exists on the type of postpartum follow-up. In this period we have to consider complications that arose during pregnancy or delivery and could present an increased risk for future pregnancies or health in general. During the follow-up visit clinical examination is indicated to ensure normal puerperium. Among frequent findings there are abnormalities related to lochia, involution of uterus, issues with perineal tear or episiotomy healing and postpartum depression that presents an important cause of morbidity in postpartum period.

Uvod

Poporodni pregled v ginekološki dispanzerski ambulanti je pomemben del skrbi za zdravje otročnice in novorojenčka. V večini držav priporočajo prvi poporodni pregled 4 – 6 tednov po porodu, vendar kljub temu ne obstaja soglasje glede jasnih smernic o vsebini in načinu pregleda. Prav tako se pomembno razlikuje delež žensk, ki se pregleda udeležijo. V ZDA ugotavljajo, da je delež sorazmeren z izobrazbo žensk, manj izobražene se redkeje udeležujejo preventivnih pregledov. Sočasno ugotavljajo tudi to, da približno 66% žensk, ki se niso udeleževale pregledov v prenatalnem obdobju, ne bo prišlo na preglede kasneje. (1)

Anamneza

Ob kontrolnem pregledu po porodu preverimo potek poroda in posebnosti, kar je opisano v materinski knjižici. Vsa medicinska stanja, ki bi lahko potencialno vplivala na potek naslednje nosečnosti, je potrebno ustrezno nasloviti in glede na to načrtovati naslednje obiske in ukrepe v ambulanti. Kot primer, pri pacientki ki je imela nosečnostno sladkorno bolezen, opravimo nadaljnja testiranja za izključitev sladkorne bolezni tipa 2.
Pacientko ciljano povprašamo še o morebitnih bolečinah, krvavitvi iz nožnice in izcedku.

Za doječe matere je pomembna spodbuda s strani ginekologa in obravnava morebitnih težav z dojenjem. Dokazano je, da aktivna podpora ginekologa v tem obdobju bistveno izboljša delež doječih žensk v kasnejših obdobjih. (2) Pri ženskah, ki ne želijo ali ne morejo polno dojiti, je potrebno spodbujati vsaj delno dojenje, s katerim prav tako dosežemo pomemben pozitiven vpliv na zdravje otroka.

Ob kontrolnem pregledu v puerperiju je potrebno nasloviti kontracepcijo. Ob tem se je potrebno s pacientko pogovoriti o načrtih za prihodnje nosečnosti. Kratki intervali med dvema nosečnostima (manj kot 6 mesecev) ali predolgi (več kot 60 mesecev) so povezani s povečano možnostjo zapletov. Optimalni interval je med 18 in 59 meseci med dvema nosečnostima, kjer je potrebno seveda upoštevati tudi starost ženske in morebitno prisotnost prezgodnje menopavze v družinski anamnezi.

Ginekološki pregled

Ginekološki pregled v puerperiju je sestavljen iz:

- Splošne preiskave, preiskave dojk in trebuha

Ob pregledu še posebno pozornost namenimo stanjem, ki so lahko posledica nosečnosti in poporodnega obdobja, kot so na primer ob pregled dojk morebitne fisure, nepravilne strukture, zatrdline, spremembe kože...), ob palpaciji abdomna smo pozorni na morebitno diastazo abdominalnih mišic in kile.

- Preiskave zunanjega spolovila

Pri zunanjem spolovilu in perineju ocenimo celjenje rane, v primeru da je ob porodu šlo za rupture ali epiziotomijo, ter izključimo morebitne fistule, pri nožnici smo še posebej pozorni na statiko ginekoloških organov.

- Preiskave v zrcalih

Ob preiskavi v zrcalih smo pozorni na maternični vrat, morebiten izcedek, vnetje in čiščo.

- Notranje ginekološke preiskave ter bimanualne vagino-abdominalne preiskave

Pozorni smo na obliko, strukturo in velikost maternice, da potrdimo primerno krčenje, ter seveda na adnekse, kjer ocenimo velikost, strukturo ter morebitne mase

- Bimanualne rekto-abdominalne preiskave
- Rekto-vaginalne preiskave

Čišča (lohija)

Čišča pomeni luščenje decidue in krvi. Bazalni del decidue ostane po ločitvi posteljice. Decidua se razdeli v dva sloja, površinskega, ki se izloči in globokega, ki regenerira nov endometrij, ki prekrije celotno maternično votlino do 16. dne po porodu. Čišča vsebuje serozni eksudat, eritrocije, levkocite, deciduo, epitelijske celice in bakterije. Delimo jo v:

- Lochia rubra – rdeča čišča, traja prve tri dni po porodu.
- Lochia fusca – rjava čišča, traja drugo polovico prvega tedna.
- Lochia flava – rumena čišča, traja do konca drugega tedna
- Lochia alba – bela čišča, je vodena, serozna, traja do konca 3. tedna.

Skupna količina čišče po porodu znaša 200 do 500 ml, ki se izloči v povprečno enem mesecu.(3) Pri 15 odstotkih pacientk traja čišča tudi 6 do 8 tednov, torej do prvega pregleda v poporodnem obdobju. (4) Čišča ni povezana z laktacijo ali uporabo bodisi kombinirane ali samo progesteronske kontracepcije, vendar so opažali podaljšano čiščo pri ženskah z motnjami strjevanja krvi. (5)

Involucija maternice

Takoj po porodu posteljice pride do kontrakcije oziroma involucije maternice. Retrakcija miometrija je edinstvena značilnost maternicnih mišic, ki omogoča, da ostanejo skrčene po več zaporednih krčenjih. Kontrakcija miometrija povzroči tudi konstrikcijo miometrijskega žilja in s tem preprečuje prekomerne krvavitve neposredno po porodu.

Maternični svod se pomakne do popka približno 24 ur po porodu, med pubično simfizo in popek teden po porodu, nato dva tedna po porodu naj ne bi več bil tipen. Maternica doseže normalno velikost približno 6 – 8 tednov po porodu, kar običajno sovpada s prvim ginekološkim pregledom po porodu. (6)

Zapleti po epiziotomiji

Običajni zapleti po epiziotomiji vključujejo nenamerno podaljšanje reza v perinej ali v sfinktre, okužbe, dehiscence ter poporodne bolečine. Hematomi se sicer lahko pojavijo po epiziotomiji, vendar gre za redek zaplet.

Ob ginekološkem pregledu po porodu je potrebno pregledati epiziotomijsko rano ter izključiti morebitne zaplete.

Uporaba epiziotomije ob prvem porodu lahko pomeni povečane možnosti za večje rupture ob prihodnjih porodih.

Poporodna depresija

Kljub dejstvu, da je rojstvo otroka običajno vesel dogodek, mnoge ženske po porodu razvijejo simptome depresije. (7) Pacientke lahko kažejo blage znake otožnosti in blage simptome depresije, ki se običajno spontano razrešijo, ali pa resnejše znake. Poporodno depresijo je potrebno resno zaznavati in zdraviti, saj lahko spregledana vodi v resne posledice za mamo in novorojenca.

Poimenovanje poporodna depresija velja v obdobju 12 mesecev po porodu, vendar ni enotnega konsenza o samem trajanju in definiciji tega obdobja.(8,9)
Ocena pogostosti poporodne depresije ni jasna in se tako močno razlikuje med različnimi raziskavami. Rezultati v Evropi kažejo na prevalenco okoli 9%, pri čemer so v raziskavi upoštevali tudi pacientke z blagimi znaki depresije. (10)

Pri približno petini žensk so bili začetni znaki depresije prisotni že pred začetkom same nosečnosti, pri 38% pacientk se je depresija začela tekom nosečnosti vendar pred porodom, medtem ko se pri 42% pacientk depresija začne šele po porodu. (11) V primerih začetka depresije po porodu se običajno ta začne v prvi nekaj mesecih.

Pomembna je pravočasna prepoznava znakov. Med te sodijo:

- Depresivno počutje večino dneva, skoraj vsaj dan
- Zmanjšan interes pri večini vsakodnevnih aktivnosti
- Nenamerna izguba telesne teže ali pridobivanje le-te
- Nespečnost ali pomembno povečana količina spanja
- Psihomotorična vzdraženost večino časa
- Utrujenost in izguba energije večino dni
- Občutek manjvrednosti ali krivde
- Izguba zmožnosti koncentracije
- Ponavljajoče se misli o smrti

Pri odkrivanju poporodne depresije nam je v pomoč Edinburški vprašalnik, ki je sestavljen iz 10 vprašanj, kjer je potrebno izbrati najustreznejši odgovor. Odgovori so točkovani od 0 do 3 glede na stopnjo simptomov. Skupno število točk se uporabi za postavitev diagnoze in mora znašati vaj 10 točk.

V materinski knjižici je ob rubriki poporodnega pregleda še Vprašalnik s SZO/EURO lestvico dobrega počutja, ki ga ženska izpolni v 20., 32-34. tednu nosečnosti, 3. dan po porodu in 6 tednov ob porodu, torej pred pregledom v ginekološki ambulanti. Odgovori vprašalnika se točkujejo, v kolikor bi bila vsota točk manj kot 7, je pacientko smiselno napotiti v obravnavo h kliničnemu psihologu.

Literatura

1. Mansbach IK, Palti H, Pevsner B, et al. Advice from the obstetrician and other sources: do they affect women's breast-feeding practices? A study among different Jewish groups in Jerusalem. Soc Sci Med 1984; 19: 157.
2. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Postpartum care visits--11 states and New York City, 2004. MMWR Morb Mortal Wkly Rep 2007; 56: 1312.
3. Sherman D, Lurie S, Frenkel E, et al. Characteristics of normal lochia. Am J Perinatol 1999; 16: 399.
4. Oppenheimer LW, Sherriff EA, Goodman JD, et al. The duration of lochia. Br J Obstet Gynaecol 1986; 93: 754.
5. Chi C, Bapir M, Lee CA, Kadir RA. Puerperal loss (lochia) in women with or without inherited bleeding disorders. Am J Obstet Gynecol 2010; 203: 56.e1.
6. Negishi H, Kishida T, Yamada H, et al. Changes in uterine size after vaginal delivery and cesarean section determined by vaginal sonography in the puerperium. Arch Gynecol Obstet 1999; 263: 13.
7. Howard LM, Molyneaux E, Dennis CL, et al. Non-psychotic mental disorders in the perinatal period. Lancet 2014; 384: 1775.
8. Committee on Obstetric Practice. The American College of Obstetricians and Gynecologists Committee Opinion no. 630. Screening for perinatal depression. Obstet Gynecol 2015; 125: 1268.
9. Austin MP, Marcé Society Position Statement Advisory Committee. Marcé International Society position statement on psychosocial assessment and depression screening in perinatal women. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol 2014; 28: 179.
10. O'Hara MW, Wisner KL. Perinatal mental illness: definition, description and aetiology. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol 2014; 28: 3.
11. Fisher SD, Wisner KL, Clark CT, et al. Factors associated with onset timing, symptoms, and severity of depression identified in the postpartum period. J Affect Disord 2016; 203: 111.

Fiziologija poporodnega obdobja

Prim. Danilo Maurič, dr. med.

Mojca Kopše Berčič, dr. med.

Izvleček

Puerperij imenujemo poporodno obdobje, ki se začne po rojstvu posteljice in traja do šest tednov po porodu (»četrto trimesečje«). Po rojstvu posteljice pride do naglega upada estrogena in progesterona v krvi matere, kar sproži številne anatomske in fiziološke spremembe v telesu matere. Postopoma se vzpostavi stanje kot je bilo pred nosečnostjo, najprej na rodilih (involucija), na drugih delih telesa pa lahko regresivni procesi trajajo več mesecev do enega leta. V tem času se dogajajo tudi progresivni procesi kot sta vzpostavitev laktacije in materinskega instinkta.

Abstract

Puerperium is the postpartum period which strats after the birth of the placenta and lasts 6 weeks after childbirth. After expulsion of the placenta, levels of estrogen and progesterone decline fairly rapidly in the mother's blood, which leads to numerous anatomic and physiologic changes in the mother's body. The mother's body gradually reaches nonpregnant state, the quickest change is involution of the maternal reproductive organs, while in other parts of the body changes last several months to one year. During this period progresive changes also occur as they are lactation and maternal instinct.

Uvod

Puerperij je obdobje, ko se v telesu matere dogajajo številne spremembe, katerih končni cilj je vzpostaviti v telesu matere takšno anatomsko, fiziološko, metabolično in hormonsko stanje, kot je bilo pred zanositvijo, hkrati pa se dogajajo spremembe, ki omogočajo laktacijo in spremembe, ki vplivajo na psiho matere in v njej prebudijo materinski instinkt in ljubezen do otroka (družine). Najhitreje se vzpostavi predzanositveno stanje na rodilih in sečilih, nekatere spremembe pa potrebujejo več kot šest tednov, tudi nekaj mesecev do enega leta.

Involucija uterusa

Involucija uterusa se začne takoj po rojstvu posteljice in traja do šest tednov. Teža uterusa se iz 1000 gramov zmanjša na 50-60 gramov zaradi kontrakcij gladkih mišic in avtolize hipertrofiranega in hiperplaziranega tkiva uterusa. Fundus uterusa se spušča vsakih 24 ur za 1-2 cm in ga dva tedna po porodu ne moremo več tipati preko trebuha. Kadar poteka involucija uterusa, kljub dojenju matere, prepočasi in nepopolno (subinvolucija), moramo pomisliti na ostanke placentarnih fragmentov in/ali infekcijo v maternični votlini (1).

Poporodna čišča (lochia)

Poporodna čišča ali lochia je normalen izcedek iz maternice, ki v času puerperija spreminja barvo in količino. Takoj po rojstvu posteljice je čišča krvava (lochia cruenta) in vsebuje kri, manjše koagule, deciduo, verniks, lanugo, mekonij in plodove ovoje, tretji in četrti dan po porodu je čišča krvavkasta (lochia rubra) in vsebuje kri, leukocite in bakterije. Peti do deseti dan po porodu je čišča rumeno-rjava (lochia flava), enajsti do enaindvajseti dan po porodu pa postane sluzasto serozna in bledo rumenkasta (lochia alba) in takšen izcedek lahko traja tudi do šest tednov po porodu (2).

Maternični vrat in nožnica

Po porodu je maternični vrat ali cerviks brezobličen, ohlapen, edematozen in široko odprt. Teden dni po porodu je cervikalni kanal prehoden za prst, blagi edem cerviksa pa lahko traja še tri do štiri mesece po porodu. Notranje maternično ustje se zapre kot pred nosečnostjo, zunanje ustje pa ostane permanentno spremenjeno (prečno razavo) (1). Nožnica je takoj po porodu edematozna, razširjena, prečna nagubanost (rugae) je skoraj izginila, vidne so manjše laceracije v steni nožnice, himen je dokončno raztrgan (karunkule). Potrebnih je tri do štiri tedne, da se znova pojavijo prečne gube, šest do deset tednov pa je potrebnih, da doseže nožnica približno tako velikost in obliko, kot pred nosečnostjo (3)

Ovulacija in menstruacija

Pri ženskah, ki ne dojijo lahko pride do prve ovulacije že 27 dni po porodu, v povprečju pa se to zgodi po 70-75 dneh, menstruacija pa se pojavi po 49-63 dneh po porodu (2). Po šestih mesecih je amenoroičnih okoli 70% doječih mater, vendar lahko pride do ovulacije še pred koncem laktacijske amenoreje, zato je smiselno svetovati primerno poporodni kontracepcijo tudi doječim materam (4,5). Pri nedoječih materah ostaja povišan nivo prolaktina dva do tri tedne po porodu, pri doječih materah pa je nivo prolaktina povišan do šest tednov po porodu in zato jajčniki ne reagirajo na stimulacijo FSH (5). Prva poporodna menstrualna krvavitev je običajno močnejša in se po treh ali štirih ciklusih normalizira.

Zmanjšanje povečanega volumna krvi

Ob terminu poroda je volumen krvi nosečnice povečan za 30-45% in kljub izgubi krvi pri vaginalnem porodu (približno 500 ml) je lahko minutni volumen srca povečan 48 ur po porodu zaradi: vrnitve krvi v centralno cirkulacijo iz uteroplacentarne enote, vse manjšega pritiska maternice na velike žile in prehoda ekstracelularne tekočine nazaj v žile. Nasprotno pa povečana diureza in povečano znojenje matere, postopno zmanjšuje povečan volumna krvi in zmanjšuje minutni volumen srca, ki se normalizira v 6 do 12 tednih po porodu (3).

Trombembolični zapleti

Nosečnost je hiperkoagulabilno stanje, ki lahko vodi v trombembolične zaplete. Še posebej nevarno pa je obdobje prvih 48 ur po porodu, zaradi še bolj pospešenega strjevanja krvi, poškodb žil pri porodu in staze zaradi ležanja (Virchowova triada). Tveganje za trombembolijo je zato po carskem rezu še višje kot po vaginalnem porodu. Pljučna embolija je v razvitih državah eden od najpogostejših vzrokov maternalne umrljivosti. Koagulabilnost krvi se postopoma normalizira v 6 tednih po porodu (4).

Sečila

Takoj po porodu je lahko mikcija otežena zaradi bolečine, edema in spremenjenega tonusa sečnega mehurja. To lahko vodi do zastoja urina in hiperdilatacije sečnega mehurja, ki s svojo velikostjo ovira krčenje maternice, zato je potrebna kateterizacija. Prve dneve po porodu je diureza močno povečana (do 3 litre na dan), kar skupaj z diaforezo odstranjuje odvečno tekočino iz telesa. Tonus sečnega mehurja se ob doslednem praznjenju izboljša 5-7 dni po porodu. Votla sistema ledvic in sečevoda lahko ostanejo dilatirani še nekaj mesecev po porodu, zato je v tem času povečana nevarnost okužbe sečil (6). Približno 30% žensk ima 8 tednov po porodu težave z urinsko inkontinenco, 12 tednov po porodu pa je takšnih žensk še okoli 15% (7).

Ščitnica

V prvih štirih tednih po porodu se vrednosti T3 in T4 znižajo na normalo, volumen ščitnice pa se vrne v normalno velikost 12 tednov po porodu. Poporodni tiroiditis se pojavi pri 2-17% vseh žensk po porodu in lahko povzroči tako hiper kot hipotiroidizem. Simptome hipotiroidizma lahko zamenjamo s simptomi poporodne depresije. V 70-95% se delovanje ščitnice izboljša, vendar se bo pri polovici teh žensk po naslednjem porodu tiroiditis ponovil (4).

Laktacija in dojenje

Po porodu ostane prolaktin glavni laktogeni hormon in njegova koncentracija je v času dojenja odvisna od jakosti, trajanja in frekvence sesanja. Prve dneve po porodu se iz dojk izloča kolostrum, temu sledi prehodno mleko in tretji teden po porodu se začne izločati zrelo žensko mleko. Poleg endokrinih žlez imajo močan vpliv na mehanizem laktacije in dojenja še sesanje otroka in materina pozitivna čustva. Negativni psihični faktorji lahko pri materi zavrejo oksitocinski refleks praznjenja dojke, ki je potreben, da se mleko iztisne iz alveolov v mlečne vode. Pri ženskah, katere ne dojijo, se vzpostavi začasna laktacija, ki začne po tretjem dnevu pueperija počasi usihati (5).

Zaključek

Nagli upad nivoja estrogena in progesterona po rojstvu posteljice, je glavni sprožilni dejavnik za številne anatomske in fiziološke spremembe v puerperiju. Ocena čišče in višine fundusa maternice sta bistvena za nadzor normalnih involutivnih procesov. Zastoj urina lahko povzroči okužbo urinarnega trakta in poporodno krvavitev. Čeprav se poporodno obdobje zaključi 6 tednov po porodu, pa je potrebno tudi več mesecev do enega leta, da telo matere doseže stanje, kot je bilo pred zanositvijo.

Literatura

1. Resnik R. The puerperium. In R. Creasy, R. Resnik, & J. Iams (Eds.), Maternal-fetal medicine: Principles and practice (5th ed.). Philadephia: Sounders; 2004.
2. Bowes W, Katz V. Postpartum care. In S. Gabbe, J. NNiebyl, & J. Simpson (Eds), Obstetrics: Normal and problem pregnancies (4th ed.) New York: Churchill Livingstone; 2002.
3. Blackburn ST. Maternal, fetal and neonatal physiology: A clinical perspective (3rd ed.). St. Louis: Saunders; 2007.
4. Lučovnik M, Novak Ž. Puerperij. In: Izbrana poglavja iz ginekološke in perinatološke propedevtike. Medicinski razgledi, Ljubljana, 2012:141-47.
5. Lawrence R. The breast and the physiology of lactation. In R. Creasy, R. Resnik, & J. Iams (Eds.), Maternal-fetal medicine: Principles and practice (5th ed.). Philadephia: Saunders; 2004.
6. Cunningham F, Leveno K, Bloom S, Hauth J, Gilstrap L, Wenstrom K. Williams obstetrics (22nd ed.). New York: McGraw-Hill; 2005.
7. Katz VL. Postpartum care. In S.G. Gabbe, J.R. Niebyl, J.L. Simpson (Eds.), Obstetric: Normal and problem pregnancies (5th ed., pp. 566-585). Philadelphia: Churchill Livingstone; 2007.

Patologija materničnega vratu v poporodnem obdobju

Prim. Tatjana Kodrič, dr. med.

Izvleček

Patološke spremembe materničnega vratu v poporodnem obdobju delimo na benigne asimptomatske laceracije ter specifična in nespecifična vnetja (cervicitis). Prekanceroze (ploščate intraepitelne lezije – PIL), ki so bile diagnosticirane pred nosečnostjo in spremljane v času nosečnosti, v poporodnem obdobju spremljamo s citološkim brisom materničnega vratu, testom HPV, kolposkopijo in ciljano biopsijo v skladu s smernicami za odkrivanje in zdravljenje prekanceroz.

Abstract

Pathological changes in the cervix during the post-natal period are classified into benign asymptomatic lacerations and specific and non-specific inflammations (cervicitis). During the post-natal period, we monitor precanceroses (squamous intraepithelial lesions – SIL), diagnosed before pregnancy and monitored throughout pregnancy, by means of a cytological cervical smear, HPV testing, colposcopy and targeted biopsy in accordance with the Guidelines for comprehensive treatment of patients with precancerous cervical lesions.

V poporodnem obdobju – puerperiju, so anatomske spremembe na maternici povezane s fiziološkimi procesi. V obdobju involucije se velikost in teža maternice zmanjšata, spremembe so izrazite tudi na materničnem vratu.

Fiziološke spremembe materničnega vratu v nosečnosti in po porodu

Maternični vrat (MV) je v nosečnosti pod vplivom steroidnih hormonov. Fibromuskularna stroma hipertrofira, epitel je hiperplastičen z decidualizacijo epitela. Na evertiranem endocervikalnem epitelu nastane nezrela metaplazija. Po porodu se velikost MV postopoma zmanjša. Blag edem je prisoten še tri do štiri mesece po porodu. Na zunanjem ustju so vidne laceracije, asimptomatske poškodbe sluznice in muskulature. Maternično ustje, ki je bilo pred porodom jamičasto, je po porodu brazgotinasto prečno razavo. Transformacijska zona (TZ) se premakne na ektocerviks z izrazito metaplazijo epitela.1

Vnetja materničnega vratu – cervicitis

Vnetja MV diagnosticiramo izjemoma. Klinična slika ni značilna. Prisoten je obilen, lepljiv, sluzavo krvavkast ali gnojav izcedek. Vnetne spremembe so opazne tudi v nožnici ali na zunanjem spolovilu in so običajno povezane s povzročitelji spolno prenosljivih okužb (SPO). Klamidijsko vnetje dokažemo z mikrobiološko preiskavo v brisu cerviksa, tj. z dokazovanjem elementarnih telesc z metodo DIF (direktna imunoflorescenca). Virusna vnetja z virusom HSV tip 1 in 2 (herpes simplex virus), ki povzroča ulceracije na epitelu MV, lahko dokažemo s citološko preiskavo in mikrobiološko preiskavo. Okužba z virusom HPV (humani papiloma virus) je klinično vidna kot belkasta, ploščata, hiperkeratotična lezija ali eksofitična multifokalna lezija. Okužba z visokorizičnimi onkogenimi tipi HPV je ključen dejavnik tveganja za pojav prekanceroznih sprememb MV. Terapija vnetnih sprememb je simptomatska.

Predrakave spremembe materničnega vratu

Odkrivanje predrakavih sprememb MV in preprečevanje nastanka raka materničnega vratu (RMV) z organiziranim presejalnim programom ZORA2 na primarnem nivoju izvajamo od leta 2003 v okviru preventivnih programov varovanja reproduktivnega zdravja žensk. Patološke spremembe na ploščatem epitelu PIL (ploščata intraepitelna lezija) in žleznem epitelu CGIN (cervikalna glandularna intraepitelna neoplazija) obravnavamo v skladu s priporočili glede na stopnjo patoloških sprememb. Smernice za celostno obravnavo žensk s predrakavimi spremembami materničnega vratu3 za namene izključitve invazivnega raka kolposkopijo v času nosečnosti priporočajo v začetku nosečnosti, tj. v 24. in 36. tednu, ter svetujejo odložitev zdravljenja v poporodno obdobje3, 4, 5. PIL lahko v času nosečnosti regredira, izjemoma progredira v karcinom. Po porodu je obvezen ponovni odvzem brisa MV, kolposkopska preiskava in ponovna biopsija v primeru patološke kolposkopske slike,6 ne glede na histološko potrjeno stopnjo PIL pred porodom. Priporočen je tudi test HPV, ki omogoča boljše prepoznavanje žensk z večjim tveganjem za RMV. Zdravljenje PIL je odvisno od rezultatov preiskav. PIL-NS (CIN 1, koilocitoza) lahko spremljamo, v kolikor pa je le-ta prisotna več kot 2 leti, operativno zdravimo. PIL-VS (CIN 2, CIN 3) pa zdravimo z ekscizijsko metodo.

Zaključek

Ob poporodnem pregledu odvzem brisa materničnega vratu opravimo v skladu s programom ZORA. Pri patoloških brisih upoštevamo smernice. Pri PIL-VS obvezno ponovimo bris MV. in kolposkopsko preiskavo ter ciljano biopsijo, in izberemo način zdravljenja oziroma spremljanja

prekanceroz.

Literatura

1. Ferenzy A, Wright T.C Anatomy and Histology of the cervix; v Blaustein's Pathology of the Female Genital Tract 4th ed., Springer-Verlag 1994: 185-202
2. Strokovna priporočila za vabljenje za ginekologa že opredeljenih žensk v fazi zagona DP ZORA. Register ZORA,Ljubljana: Onkološki inštitut, 2003
3. Uršič-Vrščaj M, Možina A, Kobal B, Takač I, Deisinger D, Zore A. Smernice za celostno obravnavo žensk s predrakavimi spremembami materničnega vratu. Posodobitev 2011. Ljubljana, Onkološki inštitut, Ljubljana 2011
4. Kodrič T .Kolposkopija v nosečnosti; v Smrkolj Š. Obnovitveni kolposkopski tečaj. Združenje za ginekološko onkologijo in cervikalno patologijo SZD Onkološki inštitut Ljubljana; 2013: 58-61
5. Salobir Gajsek U .Kolposkopija v nosečnosti, v Smrkolj Š. Obnovitveni kolposkopski tečaj (2016, Maribor). Združenje za ginekološko onkologijo in cervikalno patologijo SZD Onkološki inštitut Ljubljana, 2016: 121-125
6. Smrkolj Š. Citološke in biopsijske tehnike in kolposkopija v ginekologiji Med razgl. 2011, 50 (2): 45-54

Izkušnje porodničarjev s posledicami porodov doma

Eva Macun, dr. med.

Izvleček

S povečanjem števila porodov doma smo se porodničarji soočili tudi z zapleti le teh. Zapleti so lahko povezani s samimi porodom, lahko pa so tudi posledica pravne in organizacijske neurejenosti poroda doma v Sloveniji. Z ureditvijo lahko nekatere posledice in zaplete zmanjšamo.

Abstract

With rising number of home births in Slovenia obstetricians were faced with complications of them. They are consequences of birth process itself but also consequence of lack of formal and legal organization of home birth. With regulating home birth, we can lower the incidence of them.

Izhodišča

V zadnjih letih smo zaznali povečanje števila porodov domu s strokovno pomočjo in tudi porodov doma brez strokovne pomoči. Nekateri porodi so potekali brez zaznanih zdravstvenih težav; porodničarji pa smo se soočili tudi s primeri zdravstvenih, administrativnih in pravnih zapletov. V letu 2016 je Ministrstvo za zdravje poslalo porodnišnicam Navodila o ukrepanju v primeru načrtovanih porodov doma ravno zaradi zaznanega povečanja in prijavljanja zapletov v zvezi s temi porodi. Na Novakovih dnevih leta 2016 je Združenje za perinatalno medicino organiziralo za javnost odprto predavanje profesor Chervenaka na temo poroda doma. Predavanju je sledila dolga in burna razprava med zdravstvenimi strokovnjaki in zainteresirano laično javnostjo. Porodničarji smo zavzeli stališče, ki ga podpira tudi Razširjeni strokovni kolegij za ginekologijo in porodništvo, da porod doma odsvetujemo, ker ne more biti nikoli enako varen kot porod v porodnišnici. Ministrstvo za zdravje je v letu 2017 ustanovilo delovno skupino za pripravo predloga za pravno in organizacijsko ureditev poroda na domu. Delovna skupina bo z delom zaključila v začetku leta 2018.

Izkušnje

Zapleti, ki smo jih zaznali porodničarji v zvezi s porodom doma:

1) Ob grozečih zapletih ali že nastalih zapletih poroda doma je potreben transport v najbližjo porodnišnico, kjer porodničarji niso predhodno obveščeni, da porod poteka, prav tako niso seznanjeni s potekom nosečnosti oziroma z nosečnico/porodnico niti z babico, ki pomaga pri porodu doma.

2) Ne vemo natančno, kdo izvaja strokovno porodno pomoč pri porodih doma. Z delom babic, ki sodelujejo pri porodih doma nismo seznanjeni. Po izkušnjah so lahko tudi babice iz tujine ali babice brez dovoljenja za samostojno opravljanje dejavnosti.

3) Nekaterih novorojenčkov, rojenih doma, starši zaradi različnih razlogov ne pripeljejo na preventivni pregled (vključno s presejalnimi testi) k pediatru; kar pomeni tveganje za ne dovolj zgodnje prepoznavanje zdravstvenih težav pri otroku.

4) Pri porodih doma ni dogovorjene poti za sporočanje rojstva otroka patronažni medicinski sestri, ki naj bi sicer obiskovala otročnice z novorojenčki.

5) Neprimeren odnos nekaterih zdravstvenih strokovnjakov in vodstev ustanov ter nekaterih medijev do porodnice in njenih spremljevalcev, ko je le-ta zaradi zapletov prepeljana v bolnišnico; kar lahko posledično vpliva na pozno/zapoznelo odločanje za iskanje zdravstvene pomoči v prihodnosti.

6) Nimamo statistične evidence porodov doma, ne moremo spremljati in analizirati podatkov o teh porodih.

7) Zaradi nedorečenosti sistema in šibkega sodelovanja je pričakovati povečano število porodov brez strokovne pomoči ali z neustrezno pomočjo, kar bi lahko imelo negativne posledice za zdravje in življenja porodnic in dojenčkov.

8) Nedorečena pot za administrativno prijavo otroka na matičnem uradu. Po sedanjih navodilih

mora izjavo o rojstvu podpisati zdravnik, ker pa ni bil navzoč ob porodu, je taka ureditev zgolj formalnost in ne ustreza dejanskemu stanju, kar zdravstvene strokovnjake postavlja v neustrezen položaj.
Za starše nedorečenost poti prijave otroka predstavlja izvedbeni problem, kar je zelo neugodno v času, ko imajo novorojenčka.
Pri načrtovanih porodih doma kot tudi pri nenačrtovanih porodih zunaj bolnišnice brez navzočnosti zdravnika se moramo vprašati, kakšne so njegove dolžnosti ter odgovornosti ter kaj z naknadnim podpisom zdravnik na izjavi o rojstvu pravzaprav potrjuje.

Primeri iz prakse v Splošni bolnišnici Jesenice

1. Porod doma 2009, 2. porod, ginekolog obveščen o načrtu poroda doma z babico iz tujine. Izdaja potrdila o rojstvu otroka znani osebi. Težava zakonodaja vpisa v matični register.
2. Porod 2009 v najeti hiši, 1. porod, načrtovani porod brez strokovne pomoči – neasistiran porod. Zelo malo obiskov pri izbranem ginekologu. Težave z izdajo potrdila o rojstvu za vpis v matični register. Izdaja potrdila na podlagi video dokumntacije. Smrt otroka po 7 mesecih. Sum kaznivega dejanja malomarnega dela v službi za ginekologa. Sum ovržen.
3. Porod doma 2010, 2. porod, porod z babico iz tujine, zaplet – huda poporodna krvavitev, transport v porodnišnico, transfuzija, vpletanje medijev s strani vodstva, problem varovanja osebnih podatkov, neprimerno ravnanje osebja.
4. Porod doma 2011, 1. porod, z babico iz tujine, porodnica je tujka iz države, kjer je porod doma omogočen in urejen (Španija). Zapleti pri vpisu otroka v matični register. Otrok pripeljan na pregled brez dokumentov. Ponovno rodila doma 2015.
5. Porod doma 2011, 3. porod z babico iz tujine. Otrok pripeljan na preventivni pregled, neprimeren odnos osebja ustanove do otročnice
6. Porod doma 2015, 1. porod, transport v porodnišnico zaradi nenapredovanja poroda, spremljevalka babica – prijateljica, porodničar ni bil obveščen, pri pregledu stanja ugotovljen asinklitizem, izmučenost porodnice, mekonijska plodovnica, SRM več kot 24 ur, narejen urgentni carski rez s težko ekstrakcijo otroka. Prijava OND (opozorilnega nevarnega dogodka) na Ministrstvo za zdravje, interni strokovni nadzor in pogovor z dotično babico, ki je do dogodka nekritična.
7. Porod doma 2016, 1. porod, transport v porodnišnico zaradi nenapredovanja poroda, spremljevalka babica z dovoljenjem za samostojno delo, porodničar vnaprej obveščen. Stimulacija poroda s Syntocinonom, vaginalni porod.

Primer dobre prakse sodelovanja ustanove s samostojnimi babicami

Veliko žensk si po vzoru iz tujine želi možnost izbire babice, ki jih bo spremljala tekom nosečnosti, med porodom in v poporodnem obdobju.. Večina porodnišnic v Sloveniji nima urejene možnosti te storitve. Samostojne babice, ki sodelujejo pri porodih doma pa nimajo možnosti sodelovanja pri porodih v ustanovah. S tem je omejeno njihovo strokovno izobraževanje in napredek. V Splošni bolnici Jesenice smo vzpostavili možnost sodelovanja s temi babicami in omogočili porod z izbrano babico. Babice se udeležijo obveznega izobraževanja, ki vključuje delo v porodni sobi, na matičnem oddelku in tudi po nekaterih drugih oddelkih bolnice. Po opravljenem kroženju sledi interno preverjanje znanja iz različnih področij. Zaposlene so po podjemni pogodbi, njihovo storitev plača porodnica. Na tak način se mnogo nosečnic odloči za porod v porodnišnici namesto poroda doma.

Zaključek

Skozi naštete primere se izražajo zapleti in težave s katerimi se srečujemo porodničarji v zvezi s porodi doma. Dokument, ki se pripravlja na Ministrstvu za zdravje bo veliko teh težav rešil. Vsi zdravstveni strokovnjaki, ki delujemo na področju oskrbe nosečnic, porodnic in otročnic ter njihovih novorojenčkov se moramo truditi, da bi ustvarili znotraj trenutnega zdravstvenega sistema pogoje, da se bo velika večina porodnic odločala za porod v ustanovah in bo čim manj porodov doma.

Literatura

1.http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/zdravstveno_varstvo/24062016/Navodilo_za_porodnisnice_o_ukrepanju_v_primeru_nacrtovanih_porodov_na_domu.pdf
2. NOVAKOVI dnevi (17 ; 2016 ; Postojna) Carski rez ; Pojasnilna dolžnost in pravni problemi v perinatologiji in neonatologiji : zbornik / 17. Novakovi dnevi [tudi] Strokovni sestanek ZPMS, Postojna, 3.-4. junij 2016 ; [uredniki Tanja Premru Sršen, Faris Mujezinović, Gorazd Kavšek]. - Ljubljana : Združenje za perinatalno medicino SZD, 2016. - 300 str. COBISS.SI-ID 284849152
3. Zakon o matičnem registru (Uradni list RS, št. 11/11 – uradno prečiščeno besedilo)

Epidemiološki vidik prijave rojstev – definicije, obravnava, prijava v informacijski sistem

Mag. Irena Kirar Fazarinc, dr. med.

Izvleček

Beleženje rojstev in porodov je ključen element vitalne statistike, ki je pomembna za celotno družbo, različna strokovna znanstvena področja, na področju zdravstva pa predstavlja ključen element kot tudi orodje za organizacijo zdravstvenega varstva kot tudi spremljanja kakovosti in vrste strokovnih postopkov na področju varovanja in izvajanja reproduktivnega zdravstvenega varstva. Na tem področju je potrebno upoštevati mednarodna pravila in sprejete definicije, kot tudi spoštovati številne predpise, ki usmerjajo in posegajo na področje registracije vitalnih dogodkov na državni ravni. Poročanje o teh dogodkih je tudi dolžnost države v različnim mednarodnim organizacijam. Zbiranje podatkov o porodih in rojstvih se je tekom desetletij spreminjala, odvisno od zahtev družbe kot tudi medicinske stroke ter povezano z razvojem medicinskih tehnik omogočanja oploditev z biomedicinsko pomočjo, rojevanja ter zmožnostim omogočanja preživetja novorojencev. V prispevku je prikazan pregled področja vključno s temeljnimi definicijami kot tudi opisom pomena beleženja prijave rojstev in porodov.

Abstract

Registration of births and labours is a key element of vital statistics, which is very important for the whole society, various professional scientific boards and researchers. It is extremley important for health care authoroties and health care professionals as a key tool for organizing health care system and for monitoring the quality and type of performannce of health care inside maternity units and for the reprodutctive health care at the natioanl and regional level.

It is urgently need to follow international rules and accepted definitions as well as to comply with a number of regulations that guide and intend to address vital events at the national and international state level.

Reporting on these events is also duty of the state in various international organizations. Collection of data ond births and labours has changed over the course of time decades, depending on the requirements of the society as well as the medical profession, and is realted to the development of medical techniques from enabling IVF to abilitiy to better survival of preterm born neonates. The article presents an overview of the field, including some basic definitions, as well as a description of the importance of registering births.

Uvod

Beleženje rojstev in smrti sta najstarejša podatka na področju t.i. vitalne statistike ali vitalnih dogodkov, ki jih beležijo v družbi že stoletja. Včasih so te podatke beležili v župniščih in v cerkvenih okoljih, kjer še danes tisti, ki se ljubiteljsko ukvarjamo z zbiranjem informacij od družinskih deblih lahko seznanimo z naborom podatkov o tem, da se je rodil otrok, ki je bil potomec določenih oseb in v kakšnih socialnih okoliščinah se je otrok rodil in v kakšnih socialnih okoliščinah se je nahajala njegova družina ali starši. Pomen registracije rojstev je torej široko družbeno pomemben pa tudi potreben ter je skozi stoletja na svoji pomembnosti in veljavi le še pridobival. V začetku 20. Stoletja je v okviru zagrebške MF strokovnjak s področja socialne medicine in epidemiologa dr. Andrije Štamparja razvil koncepte sodobne preventivne medicine, ki veljajo za številne vede na poljih medicine, predvsem pa so se že takrat razvili zametki organizirane skrbi za zdravje matere in otrok, oz. druge ogrožene skupine prebivalstva, kar je povzročilo, da je npr. Slovenija že leta 1026 dobila prve dispanzerje za zdravstveno varstvo nosečnic in majhnih otrok. V Ljubljani pa so že leta 1939 zgradili inštitut, ki je skrbel za preventivno zdravstveno varstvo šolarjev in študentov (ZD za študente danes).

Registracija rojstev je ključen dejavnik v okviru koncepta preventivne skrbi za nadzor nad vitalnimi dogodki v družbi, skrbjo in organiziranostjo zdravstvenega varstva žensk, nosečnic in novorojenčkov kot tudi strokovnosti dela na tem področju zdravstvenega varstva. Zagotavlja vpogled v zdravstveno stanje žensk, posredno slika odnos družbe do skrbi za najbolj ranljive skupine prebivalstva kot tudi odraža stopnjo in razvitost organizirane skrbi za zdravstveno varstvo žensk in otrok. Kazalniki zdravja in zdravstvenega stanja, ki jih današnji sistem registracije omogoča ponuja možnost, da ob beleženju verodostojnih in preverjenih podatkov ima tako družba kot stroka neposreden vpogled na kakšen način izboljšati zdravstveno varstvo ter s tem preživetje ter kako preprečiti, da se zdravje ženk, njihovih otrok pa tudi njihovih družin trajno ne okvari v nosečnosti ali ob porodu.

Pravne podlage, ki zagotavljajo beleženje rojstev

V vseh državah je registracija rojstev urejena z zakonskimi podlagami, le te opredelijo na kakšen način, kdo in komu je dolžan poročati o vitalnem dogodku., kot je porod, smrt ali fetalna smrt. V zakonu so opredeljeni odgovorne osebe, ki so zadolžene za spremljanje in poročanje kot tudi drugi nameni teh evidenc. Tako v Je v Republiki Sloveniji kar nekaj zakonov, ki neposredno ali posredno obravnavajo registracijo rojstev (Zakon o državni statistiki, Zakon o zbirkah podatkov s področja zdravstvenega varstva, Zakon o matičnih knjigah, Zakon o CRP, Zakon o varstvu osebnih podatkov, in še drugi akti). Materialni, podzakonski akti podrobneje urejajo način prijave ter sam postopek in sistem delovanja kot tudi uporabe podatkov. Sem sodijo poleg neposrednih pravil tudi nekatera druga pravila s področja zdravstva, ki se navezujejo na pravice (Pravila obveznega zdravstvenega zavarovanja, odredbe Ministrstva za zdravje, Zakon o socialnem skrbstvu, itd.). Seveda so ti predpisi usklajeni tudi v mednarodno spoštovanje predpisov, ki vsebinsko pokrivajo omenjeno področje registracije rojstev ali pa poročanje o rojstvih, naslanja pa se tudi na nekatere deklaracije, ki so visoko v pravni hierarhiji tiste, ki nalaga državam sveta, da še posebej skrbijo za zdravje žensk, nosečnic in seveda majhnih otrok. Zagotovo je pravno najvišje položena Deklaracija CEDAW v okviru OZN.

Definicije in pojmi porod, živorojenost, mrtvorojenost ter kriteriji za registracijo rojstva oz.poroda

Definicije so mednarodne, vsaj na zahodnem delu sveta, so sprejete tiste, ki so jih strokovnjaki dogovorili v sklopu velikih mednarodnih organizacij kot so Svetovna zdravstvena organizacija ali druge ugledne sorodne organizacije, ki so mednarodno zadolžene za dogovor glede opredelitve pojmov in definicij na področjih družbenega , socialnega ali zdravstvenega področja.

Najpogosteje se strokovnjaki različnih strok s področja epidemiologije, klinične medicine, etike in filozofije, sociologije in antropologije ukvarjajo predvsem z naslednjimi pojmi:

Živorojenost – kadar je produkt zanositve v celoti iztisnjen ali izvlečen iz porodnice, ne glede na trajanje nosečnosti, če po taki ločitvi diha ali kaže druge znake življenje – bitje srca, utripanje popkovnice ali premikanje skeletnih mišic, ne glede na to, ali je popkovnica prerezana ali ne in ali je posteljica odluščena ali še pritrjena.

Fetalna smrt (mrtvorojenost, smrt plodu) – je smrt, ki nastopi, preden je produkt zanositve v celoti iztisnjen ali izvlečen iz porodnice, ne glede na trajanje nosečnosti; znak smrti je odsotnost, da po taki ločitvi plod ne diha in ne kaže nikakršnih drugih znakov življenja, kot so bitje srca, utripanje popkovnice ali jasno premikanje hotenega (skeletnega) mišičja.

Porodna teža je prva stehtana teža plodu ali novorojenčka, stehtana po rojstvu. pri živorojenih je prva porodna teža stehtana v prvi uri življenja; nizka porodna teža je teža manj kot 2500 gramov;zelo nizka porodna teža je manj kot 1500 gramov;skrajno nizka porodna teža je manj kot 1000 gramov.

Zmotno je prepričanje, da je zgolj medicinska stroka tista, ki je poklicana opredeljevati te pojme, je pa seveda ključna.

Znotraj mednarodnih definicij so potrebne pa tudi bolj medicinsko opredeljene definicije in pojmi, ki jih postavljajo strokovnjaki s področja medicine, vendar tudi te opredelitve so v veliki meri odvisne od sociološkega, filozofskega, ekonomskega pa antropološkega vidika stopnje razvoja določene družbe.

Porod pred rokom pomeni porod prej kot v 37 dopolnjenih tednih (manj kot 259 dni) nosečnosti. Porod ob roku pomeni porod v času od 37. dopolnjenega tedna do manj kot 42 dopolnjenih tednov (259 do 293 dni) nosečnosti.

Porod prek roka pomeni porod po 42 dopolnjenih tednih nosečnosti ali več (294 dni ali več) nosečnosti.

Perinatalno obdobje se prične z dopolnjenimi 22 tedni nosečnosti (154 dni in več) nosečnosti -takrat je povprečna porodna teža 500 gramov in več – in se konča s sedmimi dopolnjenimi dnevi po rojstvu.

Neonatalno obdobje (obdobje novorojenčka) se prične z rojstvom in konča 28 dopolnjenimi dnevi po rojstvu. Neonatalne smrti (smrti živorojenih v prvih 28 dopolnjenih dneh po rojstvu) delimo v zgodnje (umrljivost v prvih sedmih dnevih življenja) in kasne (umrljivost po sedmih dnevih življenja, vendar pred dopolnjenim 28 dnem življenja). Će nastopi smrt nastopi v prvem dnevu življenja (dan 0), jo zapišemo v enotah dopolnjenih ur in minut dneva. Če nastopi v drugem dnevu

življenja (dan 1), v tretjem (dan 2) in tako dalje do 27. dneva življenja, starost ob smrti zapišemo v dnevih.

Fetalno obdobje je obdobje od dneva 0 do dopolnjenega 22. tedna nosečnosti oziroma začetka 23 tedna nosečnosti ali do teže ploda 500 gramov (vključno s težo 499 gramov) ali dolžine ploda merjeno od temena do pet 24,99 cm).

Verodostojnost podatkov

Verodostojnost podatkov je bila v preteklostih izjemno spoštovana, zahteve po preverjenih podatkih so bile visoke, mnogo postopkov se je nanašalo zgolj na preverjanje in zagotavljanje ćim višje stopnje kredibilnosti evidentiranih podatkov. Razlogi za takšno skrb so povsem razumljivi – če ima družba, država ali pa stroka natančne podatke, potem ima v rokah močno orodje, s katerim lahko učinkovito upravlja razvoj, vire ipd.

Poročevalska disciplina (stopnja popolnosti zajema podatka, ki je vsebinsko skladen z definicijo in zajema visoko kakovost na vseh procesih evidentiranja, beleženja, prenosa, analiz in poročanja o registriranih podatkih)in s tem verodostojnost poročanih podatkov ter iz njih izračunanih statistika pa variira od države do države. V praksi je zelo malo držav na svetu, ki ima verodostojno statistiko. Delež verodostojnosti se spreminja glede na posamezno področje poročanja - na področju poročanja o številu mrtvorojenih na primer je nihanje in nerealnost podatkov že zelo velika,, za nekatere države pa je znano, da nimajo popolnega poročanja niti za živorojene, razlogi pa so različni; verodostojno statistiko imajo države z registrskim načinom poročanja, če seveda za zbirke skrbijo v skladu s pravili epidemiološke stroke in seveda nadzor nad njimi je neodvisen od zajemanja in neposrednih vplivov. V majhnih državah je neodvisnost izjemno težko zagotoviti, še zlasti, če vlada nezaupanje oziroma strah pred zlorabami.

Poročanje o živorojenih in mrtvorojenih je v različnih državah različno tudi iz vsebinskih in strokovnih razlogov, potrebno je preveriti lokalno specifične definicije, metodologijo evidentiranja podatkov in poznati vire poročanja, preden uporabimo statistične podatke za primerjavo (kriterij objektivnosti in verodostojnosti). Slednje velja predvsem na področju evidentiranju primerov glede na porodno težo, zlasti za tiste s skrajno nizko porodno težo ali prezgodnja rojstva.

Še bolj raznoliki in včasih popolnoma zavajajoči so podatki o maternalni umrljivosti (zgodnja, kasna, zelo kasna, reproduktivna izguba). Te kazalnike je dejansko sposobna izračunati le par držav na svetu. V RS smo leta 1999 ekipa, ki je takrat skrbela za ta področja epidemiološkega spremljanja, prejeli priznanje za zbirki s področje registracije rojstev in fetalnih smrti iz rok Alan Gutmacher inštituta (ZDA) . Ta čast je takrat pripadala le 12 državam v globalnem svetu.

Leta 2000 smo pričeli skupaj z Ministrstvom za notranje zadeve in Centralnim registrom prebivalstva projekt Dodelitev EMŠO vsem novorojencem v porodnišnicah, ki je neposredno povezala porodniške oddelke z matično službo upravnih enot V RS, ki so zadolžene za civilno evidentiranje vitalnih dogodkov, velja za vse porode in rojstva, ki se dogodijo na porodniških oddelkih oziroma je bila ob porodu oz. rojstvu prisotna strokovna usposobljena zdravstvena oseba, ki ima dovoljenje za opravljanje dejavnosti. Rojstva s strokovno pomočjo zunaj porodniških oddelkov (veljavna odredba MZ od 2016), lahko poteka v skladu z navodili Ministrstva za zdravje, kot tudi za porod na domu brez strokovne pomoči. Dejstvo je, da ginekologi v ginekoloških ambulantah nimajo pristojnosti prijavljati rojstev oz. porodov v smislu registracijskih postopkov, pač pa so v primeru porodov brez strokovne pomoči, k čemer štejemo vsak porod ali rojstvo, kjer ni bil prisoten zdravstveni

delavec, ki lahko iz narave svojega poklica, ki je umeščen v seznam poklicev na tem področju ter je zaposlen na področju zdravstvene dejavnosti v RS oz. ima veljavno dovoljenje za opravljanje te dejavnosti na področju RS, ki je bilo izdano s strani Ministrstva za zdravje z veljavnostjo, kot izhaja iz tega dovoljenja. Za prijavo tovrstnih porodov in rojstev so odgovorni starši oz. osebe, ki so bile ob porodu priče , v roku 30 dni pristojni službi upravne enote področja, kjer se oseba nahaja ali kjer se je porod dogodil. V vseh neobičajnih primerih se registracija odvija s pomočjo drugih služb in inštitucij, ki se ukvarjajo z vitalnimi dogodki posredno ali neposredno (patronažno ZV, ginekološki ali pediatrični dispanzerji, ambulante družinske medicine, urgentne zdravstvene enote, Nacionalni inštitut za javno zdravje, centri za socialno delo).

V praksi ginekološke ambulante na populacijske nivoju to pomeni, da odmrtje ploda po 22. tednu nosečnosti ni v domeni prijave ginekologa, kakor tudi vnaprej znani porodi na domu niso v domeni prijave osebnih izbranih ginekologov. Ginekolog je dolžan prijaviti porod le, če je bil prisoten pri njem. V vseh naštetih primerih je potrebno izpolniti porodni zapisnik kot tudi list novorojenca s podatki, kot so pač znani za dotični primer. Ginekolog lahko izda zgolj potrdilo, da je bila ženska noseča, ne more pa izdati potrdila, da je ženska rodila, če ob porodu ni bil prisoten.

Perinatalni informacijski sistem RS

V RS je bila registracija rojstev urejena že v avstro ogrski državi, kasneje pa tudi v Kraljevini Jugoslaviji, po drugi svetovni vojni pa se je v zgodnjih petdesetih letih uvedla Prijava poroda, ki je bila enotna za območje celotne združenja republik bivše skupne države. Da je bila registracija skrbno nadzorovana in ti podatki mnogokrat uporabljeni za različne namene, dokazujejo številne publikacije, članki, magistrske in tudi doktorske naloge iz tega vsebinskega področja tako na področju medicinskih kot tudi družboslovnih znanost. Konec osemdesetih letih je skupina strokovnjakov pričela razvijati računalniško zbirko podatkov, ki je bila v zgodnjih devetdesetih letih prenesena na Inštitut za varovanje zdravja. Tam smo razvili v sodelovanju z Ginekološko kliniko kot tudi drugimi strokami sodobno zasnovano informacijsko zbirko.

V informacijski sistem beležimo vse epidemiološke, klinične podatke o nosečnosti, poteku poroda, rojstvu, zdravstvenem stanju porodnice in novorojenčka do 3 ur po porodu in to za novorojence nad 500 gramov teže , tehtano v prvi uri po ločitvi iz telesa nosečnice, oz. so ocenjeni po klinični oceni ginekologa na dopolnjeni 22 teden nosečnosti (začetek 23. teden nosečnosti). PISRS je nadomestil Prijavo poroda, sredi devetdesetih let prejšnjega stoletja. Takrat se je pričel tudi proces vključevanja te zbirke podatkov v epidemiološko zahtevnejše zbirke, za katere skrbijo na NIJZ. Podatki, ki so se v različnih časovnih obdobjih zbirali za to epidemiološko področje so se vedno sproti in temeljito analizirali ter ugotovitve objavljale v publikacijah kot Analize s področja, predporodnega, obporodnega in poporodnega zdravstvenega varstva so se v RS opravljale od leta 1928, intenzivneje po 2. svetovni vojni (oddelek za proučevanja zdravja žensk in otrok se je ustanovil 1926 na Higienskem zavodu KSHS, in ki je bil ukinjen po mojem odhodu leta 2003 z NIJZ).

Mnogo spremenljivk, ki jih sistem zbira, seveda za nacionalni nivo niso nujno potrebne, zato je zbirka z vidika nacionalnih potreb preobsežna. NIJZ, tako da je v zadnjih letih opustil sicer dobro in tudi mednarodno priznano prakso, ki smo jo uvedli v začetku devetdesetih let, da sproti objavlja ter poroča o rezultatih dela na tem strokovnem in epidemiološkem področju. Do takrat smo z rednim statističnim analiziranjem vseh zabeleženih podatkov seznanjali vse vpletene v obliki publikacij za vsako posamezno poročevalsko leto posebej. Na žalost je danes do podatkov izjemno zapleteno dostopati, saj so na voljo le na pisni zahtevek in seveda s plačilom teh storitev, kar seveda poraja temeljni dvom – beleženje je brezplačno in v njem sodelujemo številni vpleteni, podatke, ki

smo jih vpleteni pomagali zbirati pa za povratne informacije, ki so nujne za izboljšanje kakovosti dela na različnih področjih pa moramo plačati. Vsekakor nov izziv za mlajše rodove.

Urejenost porodov na domu - primeri iz tujine

Asist. Tamara Serdinšek, dr. med.

red. prof. dr. Iztok Takač, dr. med., svetnik

Izvleček

Porod na domu pri nas še ni zakonsko opredeljen, poznamo pa več primerov urejenosti porodov na domu iz drugih držav, ki so svoj sistem porodov na domu razvijale in izpopolnjevale skozi čas. Kljub temu pa se moramo zavedati, da vsak sistem ni nujno prenosljiv v naše okolje in da je potrebno sistem perinatalne oskrbe narediti čim bolj varen tako za nosečnico kot tudi za plod.

Abstract

Although there is no legal position regarding home birth in our country yet, there are several examples of home birth regulations from other countries, which developed and improved their home birth system through the years. Despite this, we have to be aware of the fact that not every system is necessary transferable into our surroundings and that the perinatal care system has to be as safe as possible for both pregnant woman and her foetus.

Podatki o razširjenosti porodov na domu se v svetu zelo razlikujejo. Na Nizozemskem kot državi z najvišjim številom porodov na domu jih beležijo 20–30 %, pri čemer odstotek v zadnjih letih upada in je leta 2016 znašal 13,1 % (1–4). V ZDA se doma rodi 0,6–1,0 % vseh otrok, od tega četrtina nenačrtovano oziroma brez spremljevalca in le četrtina s prisotnostjo licencirane babice, število porodov izven porodnišnice pa v zadnjih letih narašča (5–8). V Nemčiji je leta 2014 približno 1,3 % vseh porodov potekalo izven porodnišnice, torej v samostojnih babiških enotah ali na domu, v Avstriji je ta odstotek primerljiv (9, 10). V Veliki Britaniji se v domačem okolju zgodi 2–3 % vseh porodov, v Kanadi pa 1,6 % (6, 11, 12). Po podatkih Statističnega urada Republike Slovenije se je pri nas leta 2010 0,1 % otrok rodilo izven zdravstvene ustanove, vendar so v to številko vključeni tako načrtovani kot nenačrtovani porodi, t. j. porodi, ki so se zgodili v reševalnem vozilu, doma ipd. (13).

Sam porod na domu pri nas ni zakonsko opredeljen, poznamo pa več primerov urejenosti porodov na domu iz tujine. Najbolj znan takšen primer je Nizozemska, kjer je sistem maternalne oskrbe organiziran na primarnem, sekundarnem in terciarnem nivoju. Na primarnem nivoju za nosečnice in porodnice z nizkim tveganjem za zaplete skrbijo samostojne babice in splošni zdravniki, vendar slednji v le 0,5 % porodov. Sekundarni nivo predstavljajo porodničarji in babice v splošnih bolnišnicah, terciarni pa v kliničnih centrih. Nizozemske babice na primarnem nivoju so v svojem delovanju in odločitvah avtonomne ter žensko spremljajo tekom nosečnosti, poroda in poporodnega obdobja. V primeru zapletov babica nosečnico ali porodnico napoti na nadaljnjo obravnavo h ginekologu oziroma porodničarju, pri čemer se opirajo na Porodniško-babiški priročnik. Gre za dokument, ki je v uporabi že od leta 1959 in zajema seznam predobstoječih, nosečniških in perinatalnih stanj, na podlagi katerih se pri nosečnici ali porodnici opravi ocena tveganja za zaplete in jo po potrebi napoti na višji nivo oskrbe. Leta 2015 je bilo na Nizozemskem 532 babiških praks na primarnem nivoju, pri čemer je večina babic delala v skupinskih praksah po 2–3 babice. Kar 96 % žensk je tekom nosečnosti, poroda ali poporodnega obdobja bilo deležnih babiške oskrbe na primarnem nivoju. Stopnja napotitev na višji nivo oskrbe tekom nosečnosti je leta 2016 znašala 35,8 %, med porodom pa 22,4 %. Istega leta je le dobrih 29 % aktivnih babic delalo v porodnišnicah (4).

Naslednji primer predstavljajo babiški porodi na domu v kanadski provinci Britanska Kolumbija, kjer je babištvo postalo avtonomen poklic leta 1995, do izraza pa je prišlo leta 1998 v okviru dve leti trajajočega projekta, imenovanega Home Birth Demostration Project. Namen projekta je bil opredeliti zmožnost varne in strokovne oskrbe nosečnic ter porodnic na domu v skladu s standardi Združenja babic Britanske Kolumbije (ang. College of Midwives of British Columbia) ter dokumentirati izkušnje sodelujočih v njem. Tako je Britanska Kolumbija za Ontariem postala druga kanadska provinca z zakonsko urejenimi porodi na domu (14). Glede na podatke iz zadnjih let je 11 % porodov v Britanski Kolumbiji babiških, od tega približno 20 % na domu (15). V sklopu projekta so pripravili številne klinične protokole in smernice glede indikacij za načrtovan porod na domu, informiranega pristanka, indikacij za konzultacijo ali napotitev nosečnice oziroma porodnice k zdravniku, prisotnosti drugega pomočnika pri porodu in glede zahtevane opreme ter pripomočkov za porod na domu (14). Primer njihovih takrat pripravljenih indikacij za načrtovan porod na domu se nahaja v tabeli 1, se pa te indikacije nekoliko razlikujejo od trenutno veljavnih. Ameriško združenje porodničarjev in ginekologov (ang. American College of Obstetricians and Gynecologists – ACOG) na primer v svojih priporočilih med drugim odsvetuje poskus načrtovanega poroda na domu po carskem rezu in poudarja pomen varnega ter pravočasnega intrapartalnega prevoza v porodnišnico, ki je sicer potreben pri 23–37 % prvorodnic in 4–9 % mnogorodnic.

Tabela 1: Indikacije za porod na domu, opredeljene v sklopu Home Birth Demonstration Project (14).

Indikacije za porod na domu, opredeljene v sklopu Home Birth Demonstration Project leta 1998.
1. Nosečnica se je informirano odločila za načrtovan porod na domu. 2. Enoplodna nosečnost. 3. Glavična vstava. 4. Gestacijska starost med dopolnjenim 37. in 42. tednom. 5. Odsotnost pomembnih predobstoječih obolenj (na primer srčne ali ledvične bolezni, *diabetes mellitus* tip 1). 6. Odsotnost preeklampsije ali eklampsije. 7. Odsotnost simptomatske abrupcije posteljice. 8. Odsotnost predležeče posteljice ob začetku poroda. 9. Odsotnost goste mekonijske plodovnice. 10. Odsotnost aktivnega genitalnega herpesa. 11. Odsotnost kateregakoli drugega stanja, ki se pojavi med porodom in dosega kriterije za napotitev na nadaljnjo zdravniško oskrbo.

Tudi porod na domu se lahko financira iz javnih ali zasebnih sredstev, pri čemer programe financiranja babiškega poroda na domu iz javnih sredstev za nosečnice z nizkim tveganjem za zaplete omogočajo le nekatere porodnišnice. V skladu z zakonodajo potrebujejo samostojne babice ustrezno zavarovanje poklicne odgovornosti, medtem ko so babice, zaposlene v prej omenjenih bolnišničnih programih babiških porodov na domu, zavarovane preko delodajalca. Zaradi težav s sklenitvijo zavarovanja poklicne odgovornosti so se pri avstralskih porodih na domu pojavile tudi neregistrirane babice (obporodne spremljevalke, dule, laične babice), kar je sprožilo aktivno iskanje rešitev za ustrezno registracijo in zavarovanje samostojnih babic (17). Sicer pa same strokovne kompetence babic opredeljujejo standardi NMBA, ki med drugim zajemajo tudi podrobnosti glede veščin, znanj in profesionalnega odnosa, ki se pričakuje od babic, ki delajo v sklopu različnih babiških praks. Ti standardni predstavljajo minimalne kompetence, ki jih mora v postopku registracije izkazati vsaka babica (18).

Vidimo lahko, da je večina držav, v katerih je babiški porod na domu zakonsko urejen, svoj sistem razvijala in izpopolnjevala skozi čas. Kljub različnim primerom iz tujine pa se moramo zavedati, da vsak sistem ni nujno prenosljiv v naše okolje in da je potrebno sistem perinatalne oskrbe ustrezno prilagoditi obstoječi državni zakonodaji ter zdravstvenemu sistemu in ga narediti čim bolj varnega tako za nosečnico kot tudi za plod.

Literatura

1 Olsen O, Clausen JA. Planned hospital birth versus planned home birth. Cochrane Database of Systematic Reviews 2012; 9.

2 de Jonge A, van der Goes BY, Ravelli AC, Amelink-Verburg MP, Mol BW, Nijhuis JG,

Bennebroek Gravenhorst J, Buitendijk SE. Perinatal mortality and morbidity in a nationwide cohort of 529,688 low-risk planned home and hospital births. BJOG 2009; 116: 1177–84.

3 van der Kooy J, Poeran J, de Graaf JP, Birnie E, Denktaşş S, Steegers EA, Bonsel GJ. Planned home compared with planned hospital births in the Netherlands: intrapartum and early neonatal death in low-risk pregnancies. Obstet Gynecol 2011; 118: 1037–46.

4 Kweekel L (ed). Midwifery in the Netherlands. Royal Dutch Association of Midwives; 2017. Dosegljivo 21. 9. 2017 s spletne strani: http://www.europeanmidwives.com/upload/filemanager/content-galleries/members-map/knov.pdf.

5 Boucher D, Bennett C, McFarlin B, Freeze R. Staying home to give birth: why women in the United States choose home birth. J Midwifery Womens Health 2009 54:119–26.

6 The American College of Gynecologists and Obstetricians, Committee Opinion No. 476. Planned home birth. Obstet Gynecol 2011;117:425-8. Dosegljivo 3. 10. 2015 s spletne strani: http://www.acog.org/-/media/Committee-Opinions/Committee-on-Obstetric-Practice/co476.pdf?dmc=1&ts=20151123T1814241720.

7 Royal College of Obstetricians and Gynaecologists/Royal College of Midwives Joint statement No. 2. Home births. Dosegljivo 3. 10. 2015 s spletne strani: http://www.rsfq.qc.ca/pdf/recherches/UK_Homebirth_Statement.pdf.

8 Cheng YW, Snowden JM, King TL, Caughey AB. Selected perinatal outcomes associated with planned home births in the United States. Am J Obstet Gynecol 2013; 209: 325.e1–8.

9 Loytved, C. Qualitätsbericht 2014. Außerklinische Geburtshilfe in Deutschland. Gesellschaft für Qualität in der außerklinischen Geburtshilfe e.V. Dosegljivo 8. 2. 2016 s spletne strani: http://www.quag.de/downloads/QUAG_bericht2014.pdf.

10 Schmölzer GM, Resch B, Schwindt C. Standards zur Versorgung von reifen Neugeborenen in Österreich. Mindestanforderungen an die technische Ausstattung und die Ausbildung des versorgenden Personals – Konsensuspapier der ÖGKJ. Monatsschr Kinderheilkd 2011;1–7.

11 Birthplace in England Collaborative Group. Perinatal and maternal outcomes by planned place of birth for healthy women with low risk pregnancies: the Birthplace in England national prospective cohort study. BMJ 2011; 343: d7400.

12 Hutton EK, Reitsma AH, Kaufman K. Outcomes associated with planned home and planned hospital births in low-risk women attended by midwives in Ontario, Canada, 2003-2006: a retrospective cohort study. Birth. 2009; 36: 180–9.

13 Razpotnik B. Svetovni dan prebivalstva 2012. Statistični urad Republike Slovenije. Dosegljivo 5. 10. 2015 s spletne strani:
http://www.stat.si/StatWeb/glavnanavigacija/podatki/prikazistaronovico?IdNovice=4835.

14 Janssen PA, Lee SK, Ryan ER, Saxell L. An evaluation of process and protocols for planned home birth attended by regulated midwives in British Columbia. J Midwifery Womens Health 2003; 48: 138–45.

15 Janssen PA, Mitton C, Aghajanian J. Costs of planned home vs. hospital birth in British Columbia attended by registered midwives and physicians. PLoS One 2015; 10: e0133524.

16 Committee Opinion No 697. Planned home birth. The American College of Obstetricians and Gynecologists; 2017. Dosegljivo 16. 10. 2017 s spletne strani: https://www.acog.org/-/media/Committee-Opinions/Committee-on-Obstetric-Practice/co697.pdf?dmc=1&ts=20170506T1034060833.

17 McWhirter R. Regulation of unregistered birth workers in Australia: Homebirth and public safety. Women Birth 2017; S1871-5192(16)30257–8.

18 National competency standards for the midwife. Nursing and Midwifery Board of Australia; 2006. Dosegljivo 17. 10. 2017 s spletne strani: http://www.nursingmidwiferyboard.gov.au/Codes-Guidelines-Statements/Professional-standards.aspx.

Pravila ZZZS pri evidentiranju in obračunavanju zdravstvenih storitev pred in po porodu na domu

Aleksandra Bola Natek, dr. med.

Izvleček

Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS) določa obseg in vsebino pravice do zdravstvenega varstva iz javnih sredstev, kot mu jih določa zakon. V Pravilih OZZ so navedene pravice, ki sodijo v obseg obveznega zdravstvenega zavarovanja. Del obveznega zdravstvenega zavarovanja so tiste pravice, za katere osebni ali drug zdravnik ugotovita, da so utemeljene in opravljene v skladu s standardi (4).
Pravna podlaga za urejanje pogodbenih odnosov med ZZZS in izvajalci zdravstvenih storitev je opredeljena v Zakonu o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju. Določeno je, da se vsa izhodišča za pogodbena razmerja med ZZZS in izvajalci določijo v Splošnem dogovoru (6).
Obvezno zdravstveno zavarovanje obsega tudi pravice v zvezi z zdravstvenim varstvom žensk med nosečnostjo, porodom in v poporodnem obdobju v skladu z Zakonom o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (8) in Pravilnikom za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni (5).
Zdravstvena storitev in nega v zvezi s porodom sodijo na podlagi Pravil OZZ med pravice do bolnišničnega zdravljenja (4).
Obračunavanje zdravstvenih storitev v dispanzerju za ženske, mora biti skladno s seznamom storitev za dejavnost ginekologije na primarni ravni (7).

Abstract

Health insurance institute of Slovenia (HIIS) determinates the content and the rights to health care from public funds, as defined by the law. In the rules of compulsatory health insurance are those rights, which fall within the scope of the compulsatory health insurance. Part of compulsatory health insurance are those rights, for which the personal or other physian determinates that they are justified and made in accordance with the standards (4).
Law basis for regulating contractual relations between the HIIS and providers of health care services is defined in the law of health care and health insurance. It is specified that all starting points for contractual relations between the HIIS and providers laid down in the general agreement (6).
Obligatory health insurance also covers the rights in relation to health care of women during pregnancy, childbirth and in the postpartum period in accordance with law on health care and health insurance (8) and the rules for the implementation of preventive health protection at the primary level (5).
Health services and care in connection with childbirth fall under the rules of the compulsory health insurance between the rights to hospital treatment (4).
Accounting of health services in an outpatient clinic for women, should be in accordance with the list of services for the acivity of gynecology at the primary level (7).

Pravice iz obveznega zdravstvenega zavarovanja

Zdravstveno zavarovanje zagotavlja ustrezno zdravstveno in socialno varnost v času bolezni ali poškodbe, saj pokriva stroške za tveganja v primerih, ko zbolimo, se poškodujemo ali imamo kakšne druge zdravstvene potrebe. Obvezno zdravstveno zavarovanje (OZZ) izvaja Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (v nadaljevanju Zavod) na podlagi Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (ZZVZZ), ki določa obseg pravic in vrste pravic, podrobneje pa pravice določajo Pravila obveznega zdravstvenega zavarovanja (Pravila OZZ) (9).
V Pravilih OZZ so natančneje opredeljene pravice zavarovanih oseb, za katere osebni ali drug zdravnik ugotovita, da so utemeljene in opravljene v skladu s standardi (4).

Sklepanje pogodb z izvajalci zdravstvenih storitev

Na podlagi določil v ZZVZZ Zavod sklepa pogodbe z zdravstvenimi zavodi in drugimi zavodi ter organizacijami, ki opravljajo zdravstveno dejavnost, in z zasebnimi zdravstvenimi delavci.
V pogodbi se določijo cene programov oziroma storitev, način obračunavanja in plačevanja ter nadzor nad uresničevanjem pogodbe, kakor tudi druge medsebojne pravice in obveznosti pogodbenih strank (8).
Vsa izhodišča za pogodbena razmerja med ZZZS in izvajalci se določijo v Splošnem dogovoru, kjer se partnerji vsako leto dogovorijo o programu storitev OZZ in s tem dogovorijo podlage za sklepanje pogodb z organizacijami, ki opravljajo zdravstveno dejavnost in z zasebnimi zdravstvenimi delavci (8).

Obračunavanje zdravstvenih storitev v zvezi z nosečnostjo, v času poroda in po porodu

ZZVZZ v 23.členu določa, da je z obveznim zdravstvenim zavarovanjem v celoti zagotovljeno plačilo sistematičnih pregledov žensk v zvezi z nosečnostjo in zdravstveno varstvo žensk v zvezi s svetovanjem pri načrtovanju družine, kontracepcijo, nosečnostjo in porodom (8).

Po Pravilih OZZ osebni ginekolog zagotavlja ženski storitve s področja svetovanja o načrtovanju družine, kontracepciji, v zvezi z nosečnostjo, porodom in poporodno dobo, ki se opravljajo v osnovni zdravstveni dejavnosti (4).

Obračunavanje zdravstvenih storitev v dispanzerju za ženske, na dejavnosti Storitve v ginekologiji na primarni ravni (306 007), mora biti skladno s seznamom storitev (Šifrant 15.21) (7).

Po Pravilniku za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni (v nadaljevanju Pravilnik) se v nosečnosti opravljajo preventivni pregledi. V času nosečnosti je treba opraviti deset sistematičnih pregledov in dve ultrazvočni preiskavi ter izvesti individualna svetovanja.

Prvi pregled nosečnice opravi ginekolog v času do 12. tedna nosečnosti. Pri ogroženih nosečnicah se za nadaljnje spremljanje poveže s sekundarnim centrom. Ponovni sistematični preventivni pregledi so okvirno v 24., 28., 35. in 40. tednu nosečnosti in jih mora opraviti izbrani ginekolog. V 20. tednu nosečnosti se opravi ultrazvočni pregled in usmerjen pogovor z nosečnico. Ostalih pet sistematičnih pregledov v 16., 32., 37., 38. in 39. tednu nosečnosti pa opravi diplomirana babica ali za samostojno delo izobražena diplomirana medicinska sestra. Če v ginekološkem timu ni zaposlena diplomirana babica ali za samostojno delo izobražena diplomirana medicinska sestra, opravi tudi te preglede ginekolog.

Prvi sistematični preventivni pregled nosečnice naj bo v času do 12. tedna nosečnosti; če pride na pregled prej, do 8. tedna nosečnosti, je do 12. tedna nosečnosti potrebna samo še ultrazvočna preiskava (5).

Skladno s Pravilnikom se opravljen in evidentiran prvi sistematični pregled nosečnice obračuna s količnikom K1015.
Ponovni preventivni sistematični pregledi nosečnic opravljeni skladno s Pravilnikom in evidentirani v medicinski dokumentaciji, se obračunajo s količnikom K1016.

V primeru, da del pregledov opravi diplomirana babica ali za samostojno delo izobražena diplomirana medicinska sestra, se opravljene in evidentirane storitve obračuna s količnikom K1017, skladno s kratkim in dolgim opisom storitve.

Prva ultrazvočna preiskava se opravi v obdobju med 8. in 12. tednom nosečnosti. Opravljena in evidentirana zdravstvena storitev se obračuna s količnikom K1021.

Druga ultrazvočna preiskava se opravi okrog 20. tedna nosečnosti. Opravljena in evidentirana zdravstvena storitev se obračuna s količnikom K1023.

Pri obremenilni anamnezi oziroma kliničnem izvidu se opravi ultrazvočni pregled v 30. do 32. tednu nosečnosti in je del kurativne obravnave. Obračuna se K1004 in K1023.

Enako velja za ultrazvočno ugotavljanje lege posteljice oziroma vstave ploda, če obstaja klinični sum za nepravilnosti. Obračuna se opravljen in evidentiran kurativni pregled nosečnice s količnikom K1004 in UZ storitev K1022 (7).

Po Pravilniku je predviden tudi pregled po porodu, ki ga ženska opravi 6 tednov po porodu v zdravstvenem varstvu žensk na primarni ravni (5).

Pregled je obvezno združen z individualnim kontracepcijskim svetovanjem. Opravljena in evidentirana zdravstvena storitev se obračuna s količnikom K1005 in K1010. V kolikor je pri pregledu ugotovljen klinični sum na patološko dogajanje in je potrebno opraviti UZ pregled, se opravljene in evidentirane storitve obračunajo s količniki K1006, K1022 in K1010 (7).

Zdravstvene storitve in nega v zvezi s porodom, ki so skladno s Pravili OZZ del bolnišničnega zdravljenja, se obračunajo kot akutna bolnišnična obravnava(ABO) po metodologiji SPP.
Obračunavanje ABO mora biti skladno z splošnimi standardi bolezni, splošnimi standardi za postopke in posebnimi standardi iz poglavja 15 v Standardih kodiranja (1).

V primeru, ko osebni izbrani ginekolog na podlagi medicinske indikacije opravi vodenje poroda v ambulanti ali na terenu (tudi na domu), ga evidentira in obračuna kot obsežno delo. Razlog in opravljeno delo morata biti razvidna iz ginekološke dokumentacije. V medicinski dokumentaciji mora biti kratek opis poteka poroda. Opravljena in evidentirana navedena zdravstvena storitev se obračuna s količnikom K1024 (obsežno delo) (7).

Zaključek

Vse storitve, ki so predpisane z Zakonom (8) in Pravilnikom (5) si izvajalci, ki imajo sklenjeno pogodbo z Zavodom lahko obračunajo, v kolikor so opravljen skladno s kratkim in dolgim opisom storitev, skladno s časovnim in kadrovskim normativom in so evidentirane v medicinski dokumentaciji, ne glede na lokacijo poteka poroda.
Izvajalci zasebniki, ki nimajo sklenjene pogodbe z Zavodom so s svojo dejavnostjo prepuščeni tržnim zakonitostim in si cene svojih storitev določajo sami. Pacienti takšnega izvajalca morajo vse njegove zdravstvene storitve v celoti plačati sami, razen v izjemnih primerih, ko gre za nudenje nujne medicinske pomoči (9).

Literatura:

1. MKB-10-AM, verzija 6 dosegljiva na spletni strani:
http://www.nijz.si/sl/podatki/mkb-10-am-verzija-6
2. Navodilo o beleženju in obračunavanju zdravstvenih storitev in izdanih materialov dosegljivo na spletni strani: http://www.zzzs.si/ZZZS/info/egradiva.nsf/o/BCD1FD05407A8894C1256B67002B5B9D?OpenDocument
3. Navodilo za obračun dosegljivo s spletne strani: http://www.zzzs.si/egradivap/8EEC7041ACD3ACAEC1257EF5003704B7
4. Pravila Obveznega zdravstvenega zavarovanja dosegljiva na spletni strani:
http://www.zzzs.si/zzzs/info/egradiva.nsf/0/5580D0555F5A1FEAC1256CFB003BB45C?OpenDocument
5. Pravilnik za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni dosegljiv na spletni strani:
http://www.pisrs.si/Pis.web/pregledPredpisa?id=NAVO59
6. Splošni dogovor dosegljiv s spletne strani: http://www.zzzs.si/egradivap/827714AA6BBB87D2C1257FD40041FCC2
7. Šifranti dosegljivi s spletne strani: https://partner.zzzs.si/wps/portal/portali/aizv/sifranti/
8. Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju dosegljiv s spletne strani:
http://www.pisrs.si/Pis.web/pregledPredpisa?id=ZAKO213
9. ZZZS dosegljivo na:
http://www.zzzs.si/

Kontracepcija in svetovanje po porodu doma

Doc. dr. Damir Franić, dr. med.

Izvleček

Izhodišča: Želje slovenskih nosečnic po porodu na domu se iz leta v leto povečujejo kar za vse ki so v to vključeni, predstavlja velik izziv. O odločitvi kjer bodo rodile, slovenske nosečnice bi morale pravočasno seznaniti vse ki so tako v vodenje nosečnosti kot tudi vodenje poroda vključeni. Od tega je tudi odvisna uspešnost poporodne kontracepcije kot nepogrešljive metode ohranjanja reproduktivnega zdravja vsake ženske. Odvisno od tega ali mati doji ali ne se odločamo o izbiri kontraceptiven metode. Laktacijska amenoreja (LAM) pri polno doječi materi je vsekakor prva izbira takoj po porodu. V tem času pride v poštev tudi vstavitev intrauterinih vložkov z/ali brez hormona in tudi min-tabletka z gestagenom. Pozneje, po prenehanju dojenja in vzpostavi normalnega ciklusa pride v poštev tudi kombinirana oralna kontracepcija (KOK).

Zaključek . Pomembno je poudariti , da se mora porod na domu skrbno načrtovati in v soglasju z izbranim ginekologom že med časom nosečnosti začeti izvajati svetovanje o poporodni kontracepciji, zlasti ko obstaja nevarnost da se mati po porodu ne bo pravočasno oglasila na poporodni pregled. Vsekakor slovensko porodništvo čakajo veliki izzivi vezano na zakonodajo ki bo zavarovala tako mati kot porodničarja/babico pri odločitvi o porodu na domu.

Abstract

Background. The intention of Slovenian women for delivery at home is increasing year by year, so that will be a great challenge for all including in that process. A decision about the delivery should be discussed in time with those who are engaged with carrying on the pregnancy as well as managing the delivery. Regarding that, the successful of postpartum contraception is directly linked with preservation of good reproductive health of a woman. Concerning ability for breastfeeding, the contraception possibility should be given. Lactational amenorrea in full breastfeeding woman should be the first choice immediately after the delivery. Insertion of intrauterine devices with/or without hormone as well as mini-pill with progestin, should be the option in the same time. Combined hormonal contraception should be the option after the cessation of breastfeeding.

Conclusion. It should be stressed, that delivery at home must be precisely scheduled in agreement with chosen gynecologist at the time of pregnancy in order to plan postpartum contraception counseling, especially in a case of possible absence of postpartum visit. Nevertheless, great challenges are in front of Slovenian obstetrics, due to legislation process, which must take care after mother as well as after gynecologist/midwife, concerning delivery at home.

Uvod

Stopnja perinatalne obolevnosti in umrljivosti uvršča Slovenijo med naboljše države v Evropski uniji (EU). Zato obstaja več razlogov; eden je dobro prenatalno varstvo, kajti Slovenija je ena redkih držav v EU, kjer specialist ginekologije in porodništva dela tudi na primarnem nivoju. Drugi razlog je strokovno nadzorovan in voden porod v vrhunsko opremljenih slovenskih porodnišnicah, ki jih je v Sloveniji kar 14.

Kljub temu se zadnje čase pojavlja želja po porodu na domu kot rezultat medijske, predvsem internetne propagande in reklame, ki prihajajo iz nekaterih evropskih držav v katerih zagovarjajo tudi takšen način vodenja in dokončanja poroda. Kakorkoli, planirani porod na domu je povezan z povečanim tveganjem kadar gre za:

- Potrebo po indukciji poroda
- Porod, ki se mora dokončati operativno (VE, SC)
- Poporodno krvavitev, ki zahteva transfuzijo krvi
- Poporodne poškodbe nožnice in mehke porodne poti

Zaradi tega obstajajo dejavniki, ki jih je potrebno upoštevati, da bi se možnosti za komplikacije zmanjšale in sicer:

- Prisotnost diplomirane med. sestre/babice
- Online možnost pristopa do ginekologa/porodničarja
- Plan nujnega transporta do najbliže porodnišnice

V Sloveniji se približno le 0,1 odstotka otrok rodi izven zdra
vstvenih ustanov. V ta delež so všteti tako načrtovani kot nenačrtovani porodi. Registra načrtovanih porodov na domu v Sloveniji še nimamo. V Avstriji in Nemčiji se doma rodi približno 1,5 odstotkov otrok, na Nizozemskem pa med 20 in 30 odstotkov.
Kar zadeva porodov na domu v EU, na Nizemskem imajo najbolj dodelano zakonodajo ki ureja prava in obveznosti vseh vključenih v ta postopek.

Tabela 1. Prikazuje število porodov, doma, v polikliniki (zasebna praksa/zdravstveni dom) ali v porodnišnici.

Tabela 1: Število porodov na Nizozemskem glede na kraj 1995 – 2002 (%)
Poliklinika

	Poliklinika (babica ali ginekolog)	**Doma** (babica ali ginekolog)	**Klinika** (ginekolog)
1995	11,7	31,6	56,6
1996	11,1	30,3	58,5
1997	10,5	29,6	59,8
1998	10,7	29,1	60,1
1999	10,6	30,8	58,6
2000	10,2	30,3	59,4
2001	10,5	28,9	60,4
2002	11,2	29.4	59,4

V Sloveniji še nimamo dokončno zakonsko urejene porode na domu, nas pa ta izziv v prihodnosti zagotovo še čaka.
Kar pa zadeva svetovanja o kontracepciji, je pomembno, da med lečečim ginekologom in nosečnico obstaja odkrit odnos in dogovor o vodenju poroda tako na domu kot v porodnišnici, kajti samo na ta način se lahko naredi kompleten načrt poporodnega varstva, ki vključuje tudi svetovanje o izbiri in uporabi kontracepcije .

Svetovanje v poporodnem obdobju in odločitev za kontracepcijo

Ne glede na to da 88% žensk ne želi zanositve takoj po porodu, se le-te za zanesljivo kontracepcjo ne odločajo(1). Svetovna zdravstvena organizacija priporoča 24 mesečni premor po porodu(2). Afričke države so države kjer se ženske zaradi številnih razlogov odločajo za porod na domu zato poporodno varstvo izostane in je kontracepcija nezanesljiva. Zato je študija, ki so jo naredili v Ugandi dobar pokazatelj ali prenatalno svetovanje o kontracepciji pomaga pri zanesljivi uporabi kontracepcije po porodu (3). 52% žensk je rodilo doma in 48% v porodnišnici. Kljub temu, ni bilo statistično značilnih razlik v odločanju za kontracepcijo pri tistih, ki so šle skozi "intervencijo" v smislu prenatalnega svetovanja in pri tistih, ki tega svetovanja niso bile deležne. Seveda, pri afriški populaciji je potreba po kontracepciji obratno proporcionalna dostopnosti do sodobne kontracepcije, zato je tudi to razlog da se za kontracepcijo po porodu slabo odločajo (3).
Pri nedoječi materi nastopi plodnost po porodu zelo hitro. Ovulacija se obnovi že 45 dni po porodu, prve ovulacije nastanejo že 3 tedna po porodu. Tako odlašanje kontracepcije za več kot 6 tednov po porodu, postavlja žensko v nevarnost za nezaželjeno nosečnost (4).

Možnosti za kontracepcijo v poporodnem obdobju

- Laktacijska amenoreja (LAM)

LAM je fiziološka, kadar mati po porodu polno doji. Dojenje blokira hipotalamo-hipofizno funkcijo kar prepreči nastanek ovulacije in vzdržuje amenorejo. Zanesljivost je visoka (nad 98%) pod naslednjimi pogoji:

1. Od poroda ni minilo več kot 6 mesecev
2. Ženska še nima menstruacije
3. Presledki med podoji niso daljši od 4 ur podnevi in 6 ur ponoči

Polno intenzivno dojenje ohranja nizke vrednosti progesterone kar pomeni nezmožnosti za LH vrh in nastane ovulacije. Nepopolno dojenje pomeni ciklično sproščanje progesterone in možnosti za nastanek ovulacije. (4,5,6).

- Ostale metode poporodne kontracepcije

Od kontraceptivnih metod so v Sloveniji na voljo: kratkodelujoče metode, dolgodelujoče metode in druge metode kontracepcije, ki so podrobno predstavljene v tabeli 2 .

Tabela 2. Klasifikacija kontraceptivnih metod

Kratkodelujoče metode	Dolgodelujoče metode	Drugo
Oralni kontraceptivi (KOK)	Kontracepcijske injekcije	Pregradne metode (kondom,diafragma, ženski kondom-femidon*,spermicidi
mini tbl z gestagenm	Podkožni vsadki*	Sterilizacija, vazektomija
Vaginalni obroč	Maternični vložek z bakrom	Naravne metode
Kontracepcijski obliž	Intrauterini sistem s hormonom (mirena, jaydess, kyleena)	Prekinjen spolni odnos
		Laktacijska amenorja

* ni na voljo v Sloveniji

Tabeli 3 in 4 prikazujeta režim odmerjanja tako za kratkodelujoče metode kot za dolgodelujče metode kontracepcije

Tabela 3. Režim odmerjanja – kratkodelujoče metode

Kratkodelujoče metode	Režim odmerjanja
Pregradne metode	Ob spolnem odnosu
Oralni kontraceptivi (tabletke)	Dnevno (kombinirane kontracepcijske tabletke ⇨ odvisno od vrste: režim 21/7 / 24+4 / 26+2)
	Dnevno (samo progestogenske tabletke (28 tabletk))
Kontracepcijski obliž	1 x tedensko 3 zaporedne tedne + 1 teden premora
Vaginalni obroč	1 x mesečno za 3 tedne + 1 teden premora

Tabela 4. Režim odmerjanja – dolgodelujoče metode

Dolgodelujoče metode	Režim odmerjanja
Kontracepcijske injekcije	Mesečno / 3 mesece (odvisno od vrste)
Intrauterini sistemi (maternični vložki) s hormonom	3 leta / 5 let (odvisno od vrste)
Bakreni maternični vložki	3-10 let (odvisno od vrste)

V Sloveniji je po zadnjih podatkih Pinterjeve in sod. (8) največja uporaba hormonske kontracepcije in sicer med 25-40%, 11-15% žensk se odloči za MV (v glavnem IUS), 10-15% za kondom in 3,5% za sterilizacijo oziroma vazektomijo.

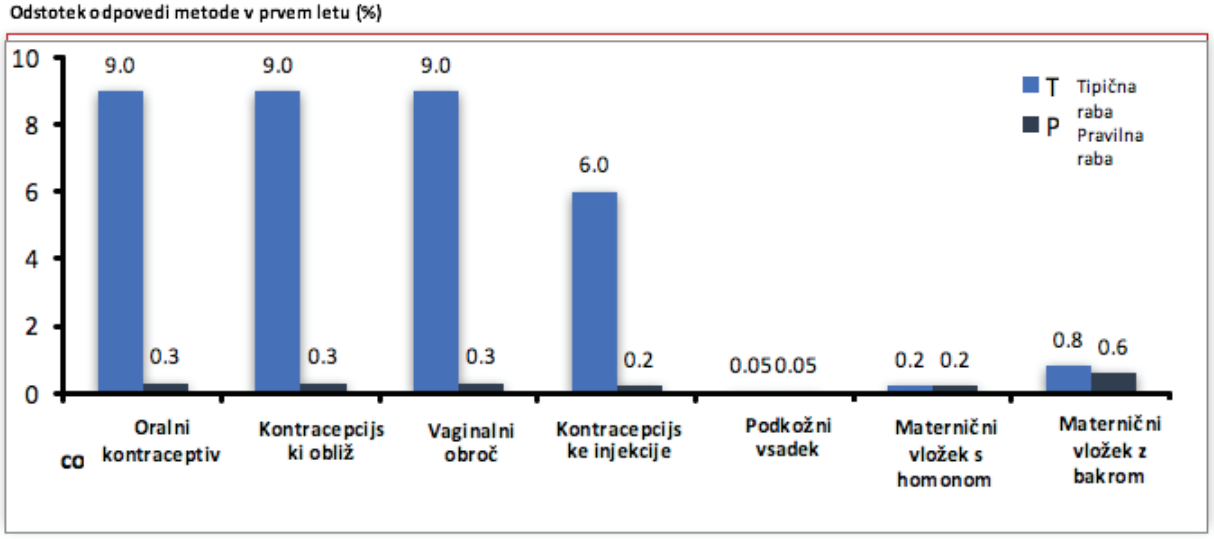
Kar pa zadeva kontracepcije po porodu na domu, je le-ta po metodi izbire in načinu svetovanja podobna, kot po porodu v porodnišnici. Edini pogoj je, da se porodnica 6 tednov po porodu oglasi na poporodni pregled, kjer bo lečeči ginekolog svetoval o možnostih za poporodno kontracepcijo. Tako kratkodelujočo kot doglodelujočo kontracepcijo razvrstimo glede na to ali mati doji ali ne, kar je prikazano v tabeli 5.

Tabela 5. Kontracepcija po porodu

KRATKODELUJOČE METODE	**DOLGODELUJOČE METODE**
A. DOJEČA MATI	• *DOJEČE IN NEDOJEČE MATERE*
1. mini tbl z gestagenom	1. kontracepcijske injekcije
2. pregradne metode	2. intrauterini sistem s hormonom (IUS)
3. laktacijska amenoreja	3. Bakreni maternični vložek
B. NEDOJEČA MATI	
1. KOK	
2. hormonski obliž.	
3. vaginalni obroč	

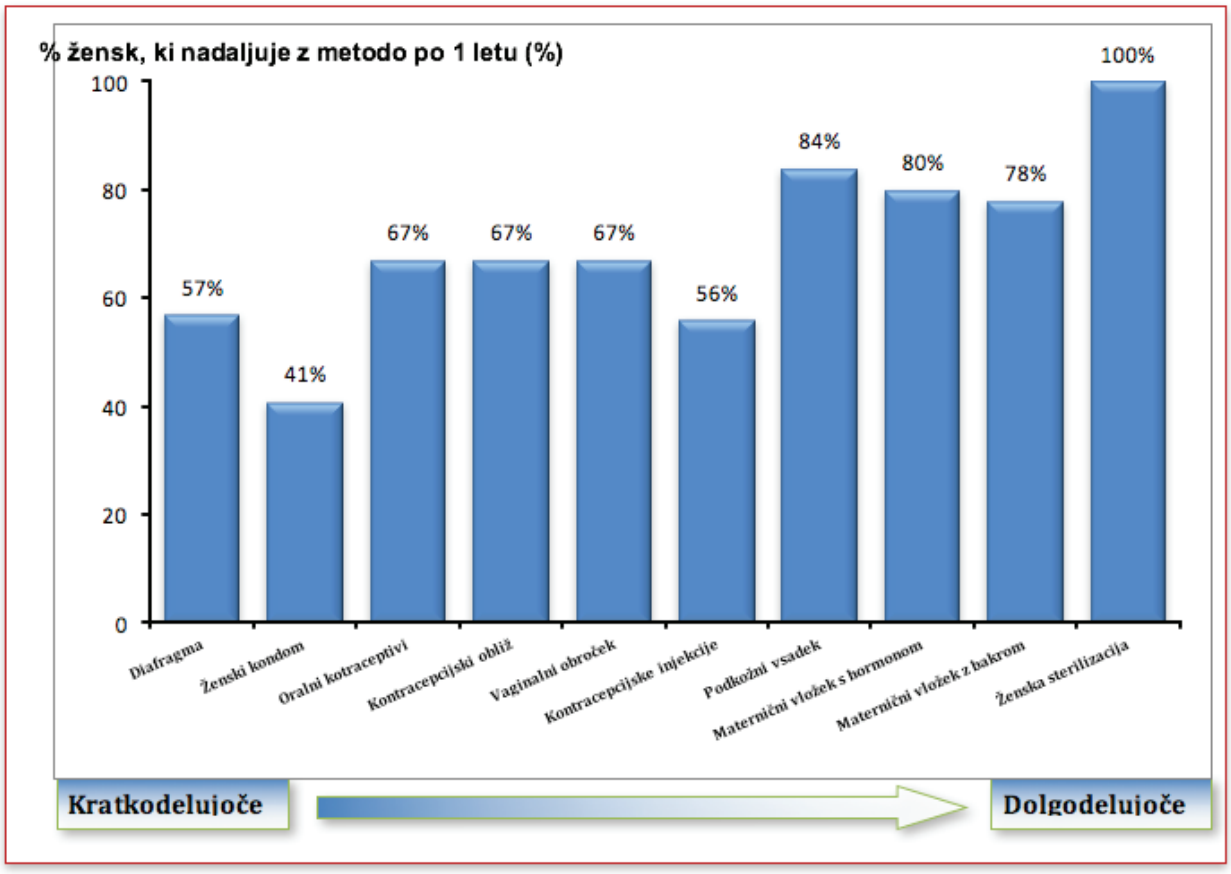
Kljub temu da je KOK možna kontracepcija pri nedoječih materah, se le-ta ne priporoča v prvih 42 dneh po porodu, ker se tveganje za venske trombembolizme (VTE) poveča 22 krat do 84 krat glede na ostale ženske. Poleg tega estrogen v dozah >30 mcg inhibira laktacijo in lahko povzroči prenehanje dojenja (9).
Kar pa zadeva dolgodelujoče kontracepcije v Sloveniji je najbolj priporočljiva vstavitv IUV z bakrom ali pa IUS s hormonom. Vstavitev je lahko takoj po porodu (znotraj 48 ur) in je priporočljiva za multipare oziroma za tiste ženske, ki težko pridejo do ginekologa in/ali živijo v slabših socio-ekonomskih razmerah. IUV se takoj lahko vstavi po odstranitivi posteljice po vaginalnem porodu ali po S.C. Vstavi se ročno ali z pomočjo "ring-forcepsa". NItke se ne režejo, kontrolira se z UZ (10,11,12). Ta metoda takojšnje kontracepcije je učinkovita, kljub temu da je v Sloveniji praktično ne izvajamo. V Sloveniji vstavljamo IUS ali MV ponavadi na prvem poporodnem pregledu ki je 6-8 tednov po porodu. Ta metoda ni možna po porodu na domu, kajti tam je prisotna le babica, redko je prisoten zdravnik ginekolog/porodničar.
Za poporodno kontracepcijo velja enako kot za kontracepcijo nasploh, sodelovanje oz. komplianca ima velik vpliv na zanesljivost kontraceptivne metode. Zanesljivost kratkodelujočih kontraceptivov (KOK, obliž, vaginalni obroč) je odvisna od rednega jemanja. Odstotek neučinkovitosti metode v prvem letu uporabe je pri tipični rabi višji kot pri pravilni rabi (tabela 6). Pri dolgodelujočih metodah opažamo minimalno odvisnost od uporabnice (ni rednega jemanja), zato je odstotek odpovedi metode v prvem letu uporabe pri tipični in pravilni rabi primerljiv (13,14).

Tabela 6. Vpliv sodelovalnosti (compliance?') na zanesljivost



Zato je tudi nadaljnja uporaba izbrane metode kontracepcije po prvem letu uporabe značilno višja pri dolgodeljoči kontracepciji kot pri kratkodelujoči kontracepciji (13).

Tabela 7. Nadaljevanje z metodo po prvem letu uporabe



Iz tabele 7 je razvidno, da je odstotek žensk ki nadaljuje z uporabo kontracepcije po 1. letu uporabe največji pri sterilizaciji, kar je pričakovano ker ta metoda ni reverzibilna in se pacientka sama ne more odločati o prenehanju. Vse ostale metode kontracepcije vljučno z KOK kažejo da približno 67% nadaljuje z to metodo kontracepcije tudi v prihodnje.

Zaključek

Metode in način poporodne kontracepcije ne glede na to, ali je ženska rodila na domu ali v porodnišnici so predvsem odvisne od načrtovanja poroda in prihodu na poporodni pregled. Pomembno je povdariti , da se mora porod na domu skrbno načrtovati in v soglasju z izbranim ginekologom že med časom nosečnosti začeti izvajati svetovanje o poporodni kontracepciji, zlasti ko obstaja nevarnost da se mati po porodu ne bo pravočasno oglasila na poporodni pregled. Vsekakor slovensko porodništvo čakajo veliki izzivi vezano na zakonodajo ki bo zavarovala tako mati kot porodničarja/babico pri odločitvi o porodu na domu.

Literatura

1. Borda MR, Winfrey W, McKaig C. Return to sexual activity and modern family planning use in the extended postpartum period: an analysis of findings from seventeen countries. Afr J Reprod Health. 2010 Dec;14(4 Spec no):72-9. PubMed |Google Scholar
2. Organization WHO. Report of a WHO Technical Consultation on Birth Spacing: Geneva, Switzerland 13-15 June 2006
3. Ayiasi RM, Muhumuza Ch, Bukenya J, Orachi CG. The effect of prenatal counseling on postpartum family planning use among postpartum women in Masindi and Kiryandongo districts, Uganda Pan African Medical Journal 2015;21:138
4. Bouchard T, Fehring RJ, Schneider M. Efficacy of a New Postpartum transition protocol for avoiding pregnancy. J Am Board Fam Med 2012;26:35-44.
5. Dunn K, Bayer LL, Mody SK. Postpartum contraception: An exploratory study of lactation consultants' knowledge and practices. Contraception 2016;94(1):87-92.
6. Moura ERF, Freitas GL, Pinheiro AKB, Machado MMT, Silva RM, Lopes MVO. Lactational amenorrhea: nurses experience and the promotion of this alternative method of contraception Rev Esc Enferm USP 2011; 45(1):39-45
7. Slokan Ž. Ozaveščenost slovneskih srednješolk o oralni kontracepciji. Magistrsko delo. Ljubljana 2015.
8. Pinter B, Korošec S, Srnovršnik T, Ogrinc-Bizjak U. Slovenske smernice za rabo kombinirane hormonske kontracepcije. Zdrav Vestn 2012;81:589-601
9. Centers for Disease control and Prevention. Update to CDC's U.S. Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use, 2010: Revised Recommendations for the Use of Contraceptive Methods During the Postpartum Period MMWR 2011;60(26);878-883.
10. Grimes D, Schulz K, Van Vliet H, Stanwood N. Immediate post-partum insertion of intrauterine devices. Cochrane Database Syst Rev 2003:CD003036.
11. Celen S, Moroy P, Sucak A, Aktulay A, Danisman N. Clinical outcomes of early postplacental insertion of intrauterine contraceptive devices. Contraception 2004; 69: 279-82.
12. Chi IC, Farr G. Postpartum IUD contraception—a review of an international experience. Adv Contracept 1989; 5:127-46.
13. Trussell J. Contraceptive failure in the United States. Contraception 2011;83:397–404.
14. Short M et al. Acceptability of the levonorgestrel releasing-intrauterine system and etonogestrel implant: one-year results of an observational study. Eur J Contracept Reprod Health Care 2012;17(1):79–88.

Babiška obravnava in nasveti po porodu doma

Rosemarie Franc, dipl. bab.

Izvleček

Danes se od nosečnice v Sloveniji pričakuje in je povsem samoumevno, da bo rodila v porodnišnici. Kljub temu pa je zaradi različnih vzrokov zaznati težnje nekaterih žensk po porodu na domu. V Sloveniji je možno roditi tudi doma, a ta možnost sistemsko in zakonsko (še) ni urejena. V letu 2017 je bila na Ministrstvu Republike Slovenije za zdravje ustanovljena skupina za pripravo predloga za pravno in organizacijsko ureditev poroda na domu, kljub temu pa je ostalo še veliko nerazrešenih vprašanj, zlasti glede poporodnega obdobja: kdo je izvajalec babiških obiskov, število poporodnih obiskov in njihova plačljivost, ravnanje s placento, Rh-profilaksa, prvi pregled novorojenčka in neonatalni presejalni testi, prijava rojstva, morebitna premestitev otročnice in novorojenčka v porodnišnico in urejanje dokumentacije. V prispevek je vključenih nekaj predlogov sistemske ureditve poporodnega obdobja iz držav, v katerih je porod na domu pravno urejen, kakor tudi priporočil Svetovne zdravstvene organizacije.

Abstract

Nowadays, a pregnant woman in Slovenia is expected and it is completely obvious that she will give birth in a maternity hospital. Nonetheless, due to various causes, some women's tendencies of childbirth at home can be detected. In Slovenia, it is also possible to give birth at home, but this option is not (yet) regulated systematically and legally. In 2017 a group for the preparation of a proposal for the legal and organizational arrangement of childbirth at home was formed at the Ministry of Health of the Republic of Slovenia, however, there are still many unresolved issues, especially regarding the postnatal period: who is the provider of midwife visits, the number of postnatal visits and their playability, the treatment of placenta, Rh-prophylaxis, the first examination of the newborn and neonatal screening tests, the birth registration, the possible transfer of the neonatal mother and the newborn into the maternity hospital, and editing of the documentation. The article includes some suggestions on the systematic regulation of the postnatal period from the countries where birth at home is regulated, as well as the recommendations of the World Health Organization.

Uvod

Rojevanje zunaj zdravstvenih ustanov je staro kot človeštvo. Vendar je od leta 1950 bolj običajno, da žensko, ko dobi popadke, odpeljejo v porodnišnico. Ker v Ameriki (ZDA) ženske vedno pogosteje rojevajo doma, so ginekologi, porodničarji in zdravniki celo dosegli izdajo odločbe, ki takim porodom ostro nasprotuje. Statističnih podatki v Ameriki kažejo na to, da je od vseh porodov na domu, načrtovanih 87%, nenačrtovanih pa 13%. Prisotnost babice pri porodu na domu je v ZDA 65%, prisotnost zdravnika 5%, prisotnost drugih zdravstvenih delavcev (reševalcev), družinskih članov pa 30%. Ameriški zdravniki sicer podpirajo pravico žensk do odločitve, kako in kje bodo rodile. Svetujejo jim, naj si izberejo pooblaščenega ponudnika zdravstvenih storitev. Ob tem poudarjajo, da je najvarnejši kraj za rojstvo otroka bolnišnica ali porodnišnica v bolnišničnem kompleksu. (9). Stroški poroda doma se v ZDA razlikujejo glede na geografsko lokacijo in glede na način in višino zdravstvenega zavarovanja (3). Presenetljivo je, da se za rojevanje doma ne odločajo več le ženske, ki si finančno ne morejo privoščiti poroda v porodnišnici, kakor tudi ne samo tiste, ki so rade v stiku z naravo. Doma rojeva vse več odvetnic in bančnic. Cara Muhlhahn se že 17 let ukvarja s takšnimi porodi in pravi, da k njej prihaja vse več žensk, ki se običajno ne bi odločile za porod doma. Ob tem poudarja, da se vse več žensk boji roditi v porodnišnici, saj tam nimajo nadzora nad dogajanjem. Za rojevanje doma pa se odločajo tudi zvezdnice. Eden od razlogov je zagotovo želja po zasebnosti. Doma sta, na primer, rodili igralki Meryl Streep in Demi Moore, in to vsaka kar trikrat. Ob takratnem možu in dveh babicah je doma na svet spravila svoja otroka tudi Pamela Anderson. Doma je rodila tudi manekenka Cindy Crawford. (1).

V nekaterih evropskih državah (Anglija, Nizozemska, Italija, Avstrija, Nemčija) imajo porod na domu zakonsko urejen. V Sloveniji se od nosečnice pričakuje in je povsem samoumevno, da bo rodila v porodnišnici. Kljub temu pa je zaradi različnih vzrokov zaznati težnje žensk po porodu na domu. Slovenska stroka poroda na domu ne odobrava. Večina slovenskih zdravnikov se nad porodi na domu zgraža in ne vidi v tem početju nobenega smisla, saj po njihovem mnenju obstajajo porodnišnice zato, da ženske varno in pod strokovnim vodstvom rojevajo. Zato je tovrstno početje toliko bolj tvegano in ženska, ki si želi roditi doma, mora prevzeti nase vso odgovornost in tveganje v primeru zapletov. Dejstvo je, da pri vsakem porodu obstaja določeno tveganje, ker je porod, kljub temu da je to naraven proces, zelo nepredvidljiv dogodek (8). V Sloveniji je sicer možno roditi tudi doma, a ta možnost sistemsko in zakonsko (še) ni urejena. Čeprav od leta 2015 obstaja dokument »Strokovne usmeritve za načrtovan porod na domu«, ki je usklajen z Združenjem za perinatalno medicino in Razširjenim strokovnim kolegijem za ginekologijo in porodništvo, načrtovan porod zakonsko ni urejen, kar lahko privede do težav, zlorab in tragičnih dogodkov. V letu 2016 je bilo na Ministrstvu Republike Slovenije za zdravje ustanovljena skupina za pripravo predloga za pravno in organizacijsko ureditev poroda na domu, kljub temu pa je ostalo še veliko nerazrešenih vprašanj, zlasti glede poporodnega obdobja: kdo je izvajalec babiških obiskov, število poporodnih obiskov in njihova plačljivost, ravnanje s placento, Rh-profilaksa, prvi pregled novorojenčka in neonatalni presejalni testi, prijava rojstva, morebitna premestitev otročnice in novorojenčka v porodnišnico in urejanje dokumentacije. (13).

Zakaj ženske želijo roditi doma?

Najpogostejše navedbe žensk, zakaj so želele roditi doma (3):

- Predhodna negativna ali travmatična izkušnja v porodnišnici;
- Prepričanje, da je porod doma varnejši od poroda v porodnišnici;
- Verjetje in zaupanje v rojevanje kot naraven zdrav proces;
- Želja po zasebnosti;

- Več gibanja, spreminjanje porodnih položajev;
- Uporaba vodne kopeli;
- Odpor do bolnišnice, občutek, da medicinsko osebje v celoti upravlja s potekom poroda, ne prisluhne željam ali odločitvam porodnice; pomanjkanje znanja osebja o vodenju naravnega poroda, porodnice nimajo nadzora nad dogajanjem;
- V porodnišnicah posegajo v naravni proces rojevanja in izvajajo veliko nepotrebnih rutinskih postopkov
- Zmanjšano tveganje za okužbo;
- Zmanjšana možnost carskega reza;
- Možnost sodelovanja družinskih članov pri procesu rojevanja;
- Vzpostavitev boljšega stika med materjo in novorojenčkom, uspešnejši začetek in vzpostavitev dojenja;
- Mirno okrevanje v zavetju svojega doma in v krogu svojih najbližjih, večja domačnost, intima, mir, svoboda;
- Prepovedovanje uživanja hrane in tekočine med porodom v bolnišničnem okolju;

Priporočila WHO za babiški model skrbi po porodu doma

Babica mora biti pri otročnici najmanj dve uri po ločitvi posteljice. V tem času mora poskrbeti za primerno ogret prostor (22-25 C); primerno higieno (skrb za čisto posteljnino, odstranitev umazane posteljnine od poroda); aktivirati svojce v oskrbo otročnice (skrb za ustrezne obroke hrane in pitje tekočine, pomoč pri higienski oskrbi otročnice); mirno sobivanje matere z novorojenčkom. Pred odhodom iz doma otročnice mora preveriti tako stanje otročnice, kakor tudi stanje novorojenčka. Svoja opažanja mora sproti dokumentirati. Pri otročnici mora pogledati: velikost in trdoto maternice; pregled vulve in perinealnega predela – prisotnost hemeroidov, morebitne šive (manjše epiziotomijske rane, manjše rupture presredka prve in druge stopnje); krvavitev iz nožnice (čišča); stanje sečnega mehurja – vzpodbuditi k čimprejšnjemu mokrenju; oceniti morebitno stopnjo bolečine, vrednosti meritev vitalnih funkcij (telesne temperature, krvnega pritiska, pulza), obliko in velikost dojk, stanje prsnih bradavic. Pri poporodni krvavitvi, ki je večja kot 250 ml, lahko na podlagi lastne presoje zmeri nivo hemoglobina v kapilarni krvi. Pri novorojenčku mora babica pred odhodom od doma preveriti: barvo, telesno temperaturo, dihanje, pulz (lahko s pulznim oksimetrom), popek (morebitno krvavitev iz popkovnice), odvajanje in izločanje, iskalni, sesalni in požiralni refleks pri novorojenčku. Pri novorojenčku naj verniksa ne odstranjuje. Opozoriti mora svojce, da je prvih 24 ur po porodu vedno nekdo z otročnico. Pustiti mora kontaktno številko na katero bo otročnici ali svojcem dosegljiva. Prav tako mora opozoriti na opozorilne znake in morebitne dogodke, ki zahtevajo premestitev v porodnišnico. Babica naj bi otročnico obiskala 24 ur po porodu, naslednji obisk naj bi opravila 48 – 72 ur po porodu, na željo otročnice tudi večkrat, zadnji obisk naj bi opravila po zaključku poporodnega obdobja (6 tednov po porodu) (15).

Priporočila in nasveti po porodu doma v Sloveniji

Najbolj znana priporočila,, ki so jih slovenske babice upoštevale in dajale otročnicam po porodu doma so zapisana v edinem slovenskem babiškem učbeniku (7). V njem je navedeno, da je babica obiskovala otročnico prvih devet dni dvakrat na dan. Samo enkrat na dan je smela prihajati k otročnici samo tedaj, kadar je otročnica bila zelo oddaljena od babičinega stanovanja. Babica otročnice ni obiskovala, če je bila klicana k drugemu porodu, če je bila bolna in če ji je pristojni zdravnik iz kakršnegakoli razloga prepovedal oskrbovati otročnico. Babica se je tudi po devetih dneh oskrbe morala zanimati za otročnico in novorojenčka. Svoje delo je morala vestno dokumentirati. Otročnico, ki je rodila v porodnišnici je babica na domu obiskala petkrat. Poudarjen je bil pomen

higiene med obravnavo otročnice in novorojenčka. V tem učbeniku je tudi predlagano, da potrebuje otročnica vsaj prvi teden po porodu popoln telesni in duševni mir. Ni prav, da jo nadlegujejo bližnji in daljni sorodniki in znanci s pogostimi in dolgotrajnimi obiski, številnimi nepotrebnimi vprašanji in razburljivimi vestmi. Soba v kateri je otročnica z novorojenčkom je morala biti zračna in mirna, brez prepiha. Postelja na kateri je ležala otročnica je morala biti dostopna iz treh strani. Ob prihodu v hišo je morala babica otročnico vprašati, kako se počuti, ali ima bolečine, kako je spala, kako je z novorojenčkom. Najprej je bilo potrebno oskrbeti novorojenčka in nato otročnico. Pri oskrbi otročnice je morala babica ob vsakem obisku izmeriti telesno temperaturo in pulz (dvakrat dnevno – dopoldan in popoldan), preveriti velikost, trdoto in občutljivost maternice in pregledati poporodno čiščo ali lohijo (barvo, količino, vonj). Zanimala se je za izločanje in odvajanje otročnice (urinirala naj bi najmanj štirikrat dnevno, odvajala pa najkasneje tretji dan po porodu. Na poporodnem obisku je opazovala dojenje in pomagala otročnici, če je bilo potrebno. Hkrati je bilo potrebno otročnici svetovati o pomenu pravilne prehrane in poporodne telovadbe.

Dokument »Strokovne usmeritve za načrtovan porod na domu«

Dokument (14) vsebuje deset poglavij (uvod, z dokazi podprta babiška praksa, regulacija in zakonodaja v Sloveniji, zdravstveno stanje in dejavniki tveganja za zaplete med porodom, okoljski kriteriji za načrtovan porod doma, osnovna oprema, informiran pristanek, prijava rojstva, vodenje dokumentacije o porodu, premestitev v porodnišnico in vzroki za premestitev).

Dokument Strokovne usmeritve za načrtovan porod na domu je nastal pri Zbornici – Zvezi na pobudo Ministrstva za zdravje. Že večkrat je strokovna javnost v Sloveniji opozorila, da to področje ni urejeno, tako zakonsko kot strokovno, zato se je prva delovna skupina (Prelec, Mivšek, Škodič Zakšek, Franc, Vojnovič) soočila z mnogimi izzivi. Tekom nastajanja pričujočega dokumenta je bila na Ministrstvo za javno upravo podana pobuda za spremembo zakonodaje glede prijave rojstev, na Nacionalni inštitut za javno zdravje so se obrnili za pomoč pri vnosu podatkov o porodih na domu v Nacionalni perinatalni informacijski sistem. Za sodelovanje so zaprosili tudi Združenje za perinatalno medicino pri Slovenskem zdravniškem društvu, saj so za to pomembno področje zdravja žensk in otrok želeli tudi njihovo mnenje (14).

V dokumentu je za obravnavo otročnice in novorojenčka v domačem okolju zapisano, da babica obravnava in skrbi za otročnico in novorojenčka najmanj 72 ur po porodu, na željo ženske lahko tudi do 6 tednov po porodu. Babiška obravnava otročnice in novorojenčka zajema: kontrola vitalnih funkcij (temperatura, pulz, krvni tlak), telesni pregled otročnice (dojke, fundus maternice, čišča, morebitna episiotomijska rana ali manjša ruptura presredka), svetovanje glede nege in pregleda dojk, nadzor nad izločanjem blata in urina, svetovanje glede dnevnega počitka in spanja, svetovanje glede vaj mišic medeničnega dna, napotitev na poporodni ginekološki pregled in napotitev v otroško posvetovalnico. Ob zaključku babiške obravnave ženske in novorojenčka v domačem okolju babica obvesti patronažno službo, ki bo prevzela nadaljnjo obravnavo družine. Babica ob predaji patronažno medicinsko sestro seznani s potekom poroda, poporodnega obdobja, dojenjem, stanjem matere in novorojenčka ter drugimi posebnostmi. Predajo zabeleži v zdravstveno dokumentacijo ali materinsko knjižico (14).

Težave s katerimi se srečujejo slovenske babice po porodu doma v poporodnem obdobju

Prijava novorojenčka

Zakon o matičnem registru (Uradni list RS, št. 11/11 – uradno prečiščeno besedilo) v 7. členu

določa, da mora rojstvo otroka v zdravstvenem zavodu pristojnemu organu prijaviti zavod. Rojstvo otroka izven zdravstvenega zavoda mora pristojnemu organu prijaviti otrokov oče, oziroma oseba, s katero mati živi ali mati, ko je za to zmožna. V primeru, da je prijavitelj otrokov oče ali mati oziroma druga oseba, ki je bila prisotna pri porodu ali je za rojstvo izvedela, mora biti prijavi rojstva priloženo potrdilo zdravnika o rojstvu otroka. Glede na dejstvo, da lahko diplomirane babice v skladu s slovensko zakonodajo na podlagi izdanega dovoljenja za delo samostojno izvajajo porode na domu, je potrebno ustrezno spremeniti tudi tista določila Zakona o matičnem registru, ki se nanašajo na prijavo rojstva otroka. Omenjeno problematiko je že izpostavila Varuhinja človekovih pravic, gospa Vlasta Nussdorfer, ki meni, da se zaradi omenjene zakonske določbe po nepotrebnem otežuje vpis otroka v matični register in s tem onemogoča ureditev otrokovega statusa in koriščenje različnih pravic. Takšna ureditev je v nasprotju s 7. členom Konvencije OZN o otrokovih pravicah, ki določa, da mora biti otrok takoj po rojstvu vpisan v rojstno matično knjigo. Morebitne dvome v resničnost prijavljenih podatkov je mogoče odpraviti tudi na druge načine in ne le s potrdilom zdravnika (14)

Ker zakon dolžnost prijave rojstva otroka v zdravstvenem zavodu nalaga zdravstvenemu zavodu, bi bilo potrebno dolžnost prijave naložiti tudi diplomirani babici, ki je kot izvajalka zdravstvenih storitev izvedla porod na domu. Zbornica – Zveza je v letu 2015 na Ministrstvo za notranje zadeve že naslovila pobudo za spremembo in dopolnitev Zakona o matičnem registru (Uradni list RS, št. 11/11 – uradno prečiščeno besedilo) v delu, ki se nanaša na prijavo rojstva otroka. Obenem je bila na Ministrstvo za zdravje naslovljena prošnja za pojasnilo, ali lahko do ustrezne spremembe zakonskih določb o prijavi rojstva otroka prijavitelj prijavi rojstvo otroka izven zdravstvenega doma, priloži potrdilo diplomirane babice, ki je izvedla porod na domu oziroma ali je potrdilo diplomirane babice, ki je izvedla porod, enakovredno potrdilu zdravnika (14).

Nekateri zdravniki potrdijo, da ženska ni več noseča, a to pomeni, da mora ženska osebno do ginekologa. S potrdilom babice in zdravnika oče na pristojnem Matičnem uradu prijavi rojstvo. Otrokovo ime je potrebno prijaviti najkasneje v tridesetih dneh od rojstva. Matični urad rojstni list pošlje po pošti (nekateri pa ga izdajo že ob prijavi). Na prijavo otroka v matični register je vezana pravica do koriščenja očetovskega dopusta. Ker lahko traja postopek prijave otroka po rojstvu doma več dni, je smiselno v naprej razmisliti, kako bo nova družinica nemoteno skupaj tudi prve dni (npr. koriščenje rednega dopusta, izrednega dopusta ob rojstvu otroka ali nadur) (13).
Po pogovoru z avstrijsko babico Zalo Pušnik, v Avstriji novorojenčka lahko prijavi diplomirana babica.

Pregled novorojenčka in neonatalni presejalni testi

Po veljavni zakonodaji Republike Slovenije naj bi vsak novorojenček. iz strani pediatra bil pogledan v prvih 24 urah po rojstvu. Za prvi pregled novorojenčka in neonatalne presejalne teste se je tako staršem potrebno oglasiti pri izbranem pediatru in v porodnišnici (13). Po telefonskem pogovoru z avstrijsko babico Zalo Pušnik v Avstriji opravi prvi pregled novorojenčka v prvih 24 urah babica, zdravnik – pediater pa pregled opravi kasneje na domu otročnice in sicer v roku 7 dni od rojstva novorojenčka. To je najboljši možen način, saj je v prvih dneh po porodu bistveno, da imata mamica in otrok kar se da nemoteno možnost spoznavanja in navezovanja, vzpostavljanja dojenja in počitka. Babice v Avstriji prav tako novorojenčku (iz pete) odvzamejo kri v okviru programa zgodnjega odkrivanja motenj v delovanju ščitnice in presnovne bolezni fenilketonurije. Z zgodnjim zdravljenjem obeh bolezni se lahko preprečijo okvare v razvoju otroka. Za obe bolezni zgodnja diagnoza brez presejalnih testov ni mogoča. S pošiljanjem testnih lističev in obveščanjem staršev v primeru odstopanj nimajo težav. Za neonatalne presejalne teste mora biti novorojenček star vsaj 48

ur. V Sloveniji babice »pivnikov« v dotični laboratorij Klinike za nuklearno medicino v Ljubljani ne morejo pošiljati.

Rhd negativne otročnice

Največ komplikacij pri porodu doma imajo Rhd negativne porodnice, saj se v praksi izkaže, da naročilnico za krvne preiskave ni vedno enostavno dobiti. Rhd negativni porodnici se po porodu venozno odvzame kri, novorojenčkovo pa iz popkovnice – vse to z namenom, da dobi mama RhD pozitivnega otroka v 72 urah po porodu imunoglobulin anti D (Rhesonativ ali Rhophylac). Naročilnico za preiskave mora izdati zdravnik, zato je smiselno, da ženska pred porodom zdravnika seznani z namero, da bo rodila doma in pridobi naročilnici za krvne preiskave zase (ICT) in novorojenčka (določitev krvne skupine in Rh faktorja). Nekateri zdravniki naročilnice za krvne preiskave ne želijo izdati, v skrajnem primeru to pomeni tudi scenarij, ko je ženska urgentno sprejeta v porodnišnico (13).
V Avstriji je to ustaljena praksa, z izdajo napotnic ni težav (izda jih osebni ginekolog nosečnice), prav tako tudi recept s katerim se lahko v lekarni dobi cepivo, če je potrebno. Imajo pa babice v Avstriji vedno vsaj eno cepivo doma na zalogi v hladilniku, v primeru, da bi nosečnica rodila med vikendom ali prazniki.

Ravnanje s placento

V kliničnem okolju se babice vse bolj soočajo z zahtevo staršev po izročitvi posteljice. Prvič smo se s to izrecno željo v mariborski porodnišnici srečali junija 2010. Za pojasnila smo takrat zaprosili Pravno službo Univerzitetnega kliničnega centra Maribor, ki je podala naslednja pojasnila: Človekovo telo, truplo in deli telesa, so po stvarno pravnem zakoniku izločeni iz definicije stvari, in se v skladu s stvarno pravnim zakonikom ne štejejo za stvar in s stališča morale, javnega reda ali drugih bistvenih javnih interesov ne morejo oziroma ne smejo biti predmet lastninske pravice. Po našem pravu so dopustna določena razpolaganja s telesom ali njegovimi deli in sicer se lahko prepusti za učne namene, se darujejo, se uporabijo za nadaljnje zdravljenje. V tem primeru gre za izvrševanje osebnostne pravice posameznika, da znotraj pravno in moralno- etično dopustnih okvirov odloča o usodi svojih organov ali trupla. Gotovo pa je po našem mnenju nedopustno razpolaganje v tem smislu, da bi organe in dele telesa odnašali domov, saj nas na drugi strani zavezujejo predpisi v zvezi z infekcijami in njihovim obvladovanjem in v povezavi zvezi s tem s predpisi, ki določajo ravnanje z odpadki. Mnenje Komisije za medicinsko etiko pa je, da ni dopustno placente izročiti porodnici, pač pa jo je treba odstraniti s sežigom (4, 6).

V zahodnem svetu so se tradicionalne vezi med človekom in naravo ter moč simboličnih povezav med otrokom in njegovo posteljico skoraj popolnoma zabrisale. K temu je dodatno prispevalo dejstvo, da velika večina žensk rodi v porodnišnicah, kjer se posteljica (tudi po zakonodaji večine držav) smatra za biološki odpadek, za katerega je predpisan način ravnanja. Zato je staršem – navkljub njihovi želji – pogosto onemogočeno, da bi placento odnesli s seboj). Leta 1994 je Velika Britanija prepovedala prakso zbiranja placente v porodnišnicah, potem ko so izvedeli, da je bilo francoskemu podjetju vsako leto prodano 360 ton placent. Uporabljali so jih za kreme v lepotne namene, za zdravljenje opeklin in za izvlečke encimov za zdravljenje redkih genetskih bolezni (10). V Novi Zelandiji, Južni Ameriki, Havajih, Turčiji, v afriških in arabskih kulturah povečini posteljico zakopljejo. V Vietnami in na Kitajskem pa jo s posebnimi postopki posušijo in jo pripravijo za hrano – po njihovem prepričanju veča energijo in vitalnost pri otročnici (11).

V tujini po porodu na domu obstaja več možnosti za ravnanje s placento: lotus porod, placentofagija

– priprava smuthija (sadnega napitka), odtis placente, homeopatija, enkapsulacija, nakit iz posteljice (12).

Ugledna ameriška revija AJOG (American Journal of Obstetrics and Gynecology navaja, da je vedno večji interes iz strani ameriških žensk po postpartalnem zaužitju posteljice (placentofagija), ki jo lahko pojedo surovo, kuhano, praženo, posušeno, kapsulirano. Številna podjetja naj bi ponujala pripravo in predelavo placente za uporabo, čeprav so dokazi za pozitivne učinke človeške placentofagije anekdotični in omejeni na samo prijavljene ankete. Zagovorniki zaužitja placente trdijo, da ima hranjenje s placento določene fizične in psihosocialne koristi za otročnico (poveča tvorbo mleka, preprečuje poporodno depresijo). Avtorji članka so ugotovili, da ni nobenih znanstvenih dokazov o kakršni koli klinični koristi placentofagije med ljudmi. Centri za nadzor in preprečevanje bolezni so tako pozvali zdravstvene organizacije naj razvijejo jasne klinične smernice za izvajanje znanstvenega in strokovnega pristopa k človeški placentofagiji (5).

Plačljivost babiških storitev

V Republiki Sloveniji je iz strani ZZZS pokritih šest preventivnih patronažnih obiskov pri novorojenčku in dojenčku v prvem letu starosti in dva patronažna obiska pri otročnici, ki jih lahko opravi diplomirana medicinska sestra v javni ali zasebni patronažni dejavnosti (2). Storitve in obiske, ki jih opravljajo registrirane diplomirane babice iz strani ZZZS niso plačljive in jih mora v celoti kriti otročnica sama. V prihodnosti bo potrebno zagotovo spremeniti do sedaj veljavno zakonodajo, saj gre za neenakopravno obravnavo žensk po porodu, ki rodijo doma od tistih, ki rodijo v porodnišnici. Nenazadnje gre tudi za razvrednotenje babiškega poklica. V Avstriji zdravstvena zavarovalnica krije 10 poporodnih obiskov v kolikor ženska rodi doma (odvisno katera babica obiskuje otročnico).

Zaključek

Strah in nezaupanje strokovne javnosti v porode na domu je v Sloveniji na nek način razumljiv in pričakovan, saj je Slovenija država, ki je trenutno v samem svetovnem vrhu po odličnih perinatalnih kazalnikih kakovosti. Kljub temu se je potrebno zavedati, da bo obstajal vedno določen majhen delež žensk, ki si bodo želele roditi doma. Zaradi njih je potrebno porod na domu pravno formalno urediti. Zavedati se moramo, da pri ureditvi porodov na domu ne gre za merjenje moči ali poveličevanje poklica babice ali porodništva. V ospredju nam mora biti vedno v žensko in novorojenčka in nenazadnje v družino osredišèena skrb. Škoda in povsem nedopustno je, da hodijo v našo državo tuje babice (ko imamo doma dovolj izobraženih domačih babic), za katere niti ne vemo, če so res babice; z neurejenostjo tega področja pa dopuščamo možnost izogibanja odgovornosti tako žensk kakor tudi babic, pomanjkljive informiranosti žensk, nenadzorovane porode na domu, zlorabe in tragične dogodke.

Literatura

1. Biba leze.si [Intranet]. Porod na domu; 2010. Available from: http://www.bibaleze.si/clanek/nosecnost/foto-roditi-v-zavetju-svojega-doma.html
2. Čampa L. Patronažna zdravstvena nega otročnice iz vidika poporodne otožnosti in depresije [diplomsko delo]. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego; 2014. p.9.
3. Dekker R. What is home birth? Evidence Based Birth. 2012 July. Available from: https://evidencebasedbirth.com/what-is-home-birth/
4. Dietrich A, Pivec G. Vročitev posteljice (placente) porodnici po porodu na njeno željo

oziroma zahtevo. Univerzitetni klinični center Maribor: Kadrovsko – pravna služba. Interni dopis št. 193-PS; 2010.
5. Farr A, Chervenak FA et al. Human placentophagy: a review. AJOG. 2017 Avg [Science Direct Avg 2017]. Available from: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0002937817309638
6. Komisija Republike Slovenije, Ministrstvo za okolje in prostor, Direktorat za okolje, št.I36/02/15; 2015.
7. Lavrič V. Pravilna poporodna doba. In: Porodništvo. Ljubljana: Šola za zdravstvene delavce za ginekološko in porodniško smer; 1966. p.175-90.
8. Likar D. Porod na domu je za ženske, ki verjamejo v modrost svojega telesa. Revija 7 dni. 2011 Feb [Internet]. Available from: http://narava.blog.siol.net/2011/02/11/porod-na-domu-je-za-zenske-ki-verjamejo-v-modrost-svojega-telesa/.
9. MacDorman, M. F., T. J. Mathews, et al. (2012). "Home births in the United States, 1990-2009." NCHS Data Brief, no 84. . U. S. D. o. H. a. H. Services. Hyattsville, MD, National Center for Health Statistics.
10. Popović FM, Kocbek MR. Drevo življenja, ki raste iz placente [Internet], 2017. Available from: http://podsrcem.si/2017/01/drevo-zivljenja-ki-raste-iz-placente/
11. Popović FM. Posteljica – vir življenja ali biološki odpadek? [Internet], 2017. Available from: http://podsrcem.si/2017/01/posteljica-vir-zivljenja-ali-bioloski-odpadek/.
12. Popović FM, Kocbek MR. Sedem načinov, kako 100% izkoristiti placento [Internet}, 2017. Available from: http://podsrcem.si/2017/02/sedem-nacinov-kako-100-izkoristiti-placento/.
13. Radin N. Dokumentacija in postopki po porodu doma [Internet], 2017. Available from:: http://podsrcem.si/2017/06/dokumentacija-postopki-po-porodu-doma/
14. Zbornica Zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije. Strokovne usmeritve za načrtovan porod na domu; 2015 Sept. p.22-3.
15. World Health Organizations, UNFPA, Unicef. Pregnancy, Childbirth, Postpartum and Newborn Care: A guide for essential practice; 2015. p. 82-92.

Vloga patronažne medicinske sestre v pred in poporodnem obdobju ob porodu doma

Romana Likar, dipl. m. s.

Izvleček

Patronažno varstvo definiramo kot posebno obliko zdravstvenega varstva, ki opravlja aktivno zdravstveno socialno varovanje posameznika, družine in skupnosti, med temi pa izpostavlja skupine posameznikov, ki so zaradi bioloških lastnosti, določenih obolenj ali neprilagojenosti na novo okolje ali razmere, še posebej občutljivi za vse škodljive in negativne vplive na njih. Nosečnica, otročnica in novorojenček so zagotovo ene od teh ogroženih skupin. Prikazano je delo s temi vrstami pacientov in vse potrebno povezovanje in usklajevanje z drugimi službami, da tem skupinam zagotovimo kakovostno in kontinuirano patronažno zdravstveno nego. Pri tem je potrebno posebej poudariti, da je patronažna medicinska sestra družinska medicinska sestra.

Abstract

Community health care is defined as a specific form of health care, which performs active social health protection of individuals, families and communities, especially groups of individuals who, because of their biological characteristics, certain illnesses or inability to adapt to a new environment or situation, are especilly vulnerable to harmful and negative influences on them. Pregnant women, mothers and newborns are certainly one of those groups. This article shows work with these kinds of patients and all the skills that are required for connecting and coordinating with other services, so to provide the best quality and continuality of community health care. It is important to emphasize that a community health care nurse is a family based nurse.

Uvod

Zdravstvena nega nosečnice, otročnice in novorojenčka je ena izmed najstarejših oblik patronažne dejavnosti v družinah. Prvotno je bila organizirana kot monovalentna patronažna služba in je delovala v okviru Dispanzerja za žene. Obiske na domu so izvajale babice.

Leta 1971 je bila babiška dejavnost v Zdravstvenem domu Dr. Adolfa Drolca Maribor vključena v delovanje Polivalentne patronažne službe in sicer, kot strokovna enota babiške dejavnosti. Delo na terenu so še vedno izvajale babice in medicinske sestre ginekološko- porodne smeri. V tistem obdobju porodi na domu niso bili redkost, še posebej na oddaljenih terenskih področjih, ker je bila dostopnost do zdravstvene pomoči težja.

Danes pa imamo polivalentno patronažno službo, katere prednost je, da v družino prihaja samo ena patronažna medicinska sestra, ki obravnava vse vrste pacientov in sicer v okolju, kjer le ti živijo. Po izobrazbi so to višje ali diplomirane medicinske sestre, kar nekaj pa jih je že opravilo tudi specializacijo iz patronažne zdravstvene nege.

Na področju zdravstvene nege nosečnice, otročnice in novorojenčka so patronažne medicinske sestre samostojne in zagotavljajo kontinuirano zdravstveno nego. So pa tudi pomemben člen v verigi služb, ki skrbijo za rojstvo zdravega otroka in njegov normalen razvoj v biosocialnem okolju.

Patronažna zdravstvena nega nosečnice

Zdravstveno varstvo nosečnice uvrščamo med prioritetne naloge zdravstva, saj nosečnice spadajo med tiste kategorije prebivalstva, ki zaradi svoje občutljivosti zahtevajo še prav posebno pozornost in zaščito. Čeprav sta nosečnost in porod fiziološko stanje, ni garancije, da bosta v tem procesu mati in otrok ostala zdrava. Ni najpomembnejša samo strokovna pomoč pri porodu, velik pomen ima tudi to, da bo prišla žena roditi v čim boljšem psihičnem in fizičnem stanju. Zato je cilj patronažne zdravstvene nege nosečnice, normalen potek nosečnosti, v smislu krepitve in ohranitve zdravja, ter preprečevanja komplikacij in na koncu rojstvo zdravega otroka.
Pomembno je, da nosečnice vedo, da lahko svojo pravico do patronažnega varstva uveljavljajo na primarni ravni preko patronažne službe svojega lokalnega zdravstvenega doma, zdravstvene postaje ali preko zasebne patronažne dejavnosti na njihovem lokalnem področju. To pravico opredeljujeta 7. in 8. člen zakona o zdravstveni dejavnosti iz leta 1992. (Ur. List št. 9/92)
Patronažna medicinska sestra nosečnico običajno obišče na njenem domu v zadnjem tromesečju nosečnosti in jo obravnava z vidika patronažne zdravstvene nege s poudarkom na zdravstveno vzgojnem delovanju.

Vsebino patronažnega obiska lahko razdelimo na splošne in specifične naloge.

A. Splošne naloge patronažne medicinske sestre so:

- Strokovna priprava na terensko delo (družinski omot z dokumentacijskimi obrazci, pripomočki za nego nosečnice, zdravstveno vzgojna navodila).
- Negovalna anamneza pacientke in njene družine.
- Načrtovanje in izvajanje negovalnih intervencij za pacientko in družino.
- Dokumentiranje in vrednotenje opravljenega dela.

B. Specifične naloge patronažne medicinske sestre pri obravnavi nosečnice

- Svetuje higienski režim v zadnjem tromesečju nosečnosti.
- Motivira ženo za dojenje in jo seznani z prednostmi dojenja.
- Razloži potek poroda in pravilno dihanje.
- Seznani jo z znanilci bližajočega poroda, ter jo opozori na pravočasen odhod v porodnišnico. V kolikor bi nosečnica izrazila željo, da rodi doma, jo patronažna medicinska sestra seznani z možnostmi in seveda z možnimi tveganji ob porodu in poporodnem obdobju.
- Ženo pouči o štetju in beleženju plodovih gibov.
- Svetuje opremo za novorojenčka in primerno ležišče.
- Svetuje pripravo stari, ki jih žena potrebuje v porodnišnici (pribor za osebno nego, potrebno dokumentacijo ter opremo za odpust novorojenčka iz porodnišnice).
- Pogovori se z družinskimi člani o pripravi primernih pogojev za vrnitev žene in novorojenčka iz porodnišnice ter svetuje prisotnost partnerja ali njej drage osebe pri porodu.
- Opravi zdravstveno vzgojno delo v družini v smislu krepitve in ohranitve zdravja ter preprečevanja bolezni.
- Izvaja individualne naloge v družini z nosečnico na podlagi osebnih potreb in problemov varovanke.

Pri patronažnem obisku nosečnice je poudarek na individualnem zdravstveno vzgojnem delu, kajti zdravstvena vzgoja nosečnice je najbolj učinkovita oblika preventive. Sestavne komponente vzgojnega dela so prenašanje znanja in izkušenj ter oblikovanje stališč. Cilj zdravstveno vzgojnega dela je doseči, da nosečnica zavestno skrbi za lastno zdravje, pri zdravstveno vzgojni aktivnosti zavestno sodeluje in prevzema odgovornost za svoje zdravje in zdravje otroka

V Patronažni službi ZD Dr. Adolfa Drolca Maribor nimamo večjih težav s pridobivanjem podatkov o številu nosečnic, saj v ta namen redno, kontinuirano sodelujemo z ustreznimi službami.
Te službe so:

- Dispanzer za žene ZD Dr. Adolfa Drolca Maribor – vse pripadajoče ambulante
- Ginekološki oddelek UKC Maribor – Specialistične ambulante
- Oddelek za perinatologijo UKC Maribor – Dispanzerska ambulanta
- Ginekološke ambulante zasebnikov na področju Maribora
- Zdravstveni domovi v regiji (Ptuj, Lenart, Slov. Bistrica)

To sodelovanje poteka bodisi v obliki osebnega kontakta ali pa preko pošte. Posredujejo nam list NOSEČNICE, to je obrazec DZS 8,82.
Na tem obrazcu so napisani vsi osnovni podatki ter vse morebitne posebnosti v zvezi z stanjem nosečnice, na katere mora biti patronažna medicinska sestra še posebej pozorna ob svojem obisku. V kolikor je potrebno, o svojih opažanjih in ugotovitvah obvesti izbranega ginekologa.

Patronažna zdravstvena nega otročnice in novorojenčka

Otročnico in novorojenčka obišče patronažna medicinska sestra naslednji dan po odpustu iz porodnišnice, tudi ob nedeljah in praznikih ter s tem zagotovi neprekinjeno zdravstveno nego. To je v skladu s pravili obveznega zdravstvenega zavarovanja, ki zahteva zajem novorojenčka v prvih 24 urah po odpustu iz porodnišnice. S tem se zmanjša tudi možnost pojava negotovosti in strahu pri materi, ki mora sama prevzeti vso skrb za nego novorojenčka.
V zadnjem času je to še posebej pomembno, kajti porodnišnice krajšajo ležalne dobe in domov

prihajajo vse mlajši novorojenčki, pogosto stari komaj dva dni. Vsi pa vemo, da je za novorojenčka najbolj občutljivih prvih deset dni življenja.
Naloge pri obravnavi otročnice prav tako lahko razdelimo na splošne in specifične.

A. Splošne naloge pri obravnavi otročnice

- strokovna priprava na terensko delo (družinski omot z dokumentacijskimi obrazci, pripomočki za zdravstveno nego otročnice, zdravstveno vzgojna navodila);
- negovalna anamneza otročnice in njene družine;
- načrtovanje in izvajanje negovalnih intervencij za otročnico in njeno družino;
- dokumentiranje in vrednotenje opravljenega dela

B. Specifične naloge pri obravnavi otročnice

- v izrednih razmerah vodenje poroda na domu (v takšnem primeru se vsekakor poveča število obiskov)
- fizični pregled otročnice (merjenje temperature, pulza, RR, pregled dojk, čišče, višino fundusa uterusa, anogenitalnega predela, šivov, morebitna prisotnost edemov);
- ustrezna nega in higienski režim v poporodnem obdobju;
- pravilna prehrana in pitje ustreznih količin tekočine;
- zdravstveno vzgojno delo z družino in otročnico (motivacija za čim daljše dojenje, nega novorojenčka, tehnika previjanja, seznanitev o otrokovih potrebah po toplini, nežnosti in varnosti, seznanitev z nekaterimi obolenji in njihovo preprečevanje, poučitev o poporodni telovadbi, predvsem o vajah za krepitev mišic medeničnega dna, seznanitev z metodami zaščite pred nezaželeno nosečnostjo, napotitev na poporodni pregled, svetovanje o razporeditvi časa med delom in počitkom, spolnih odnosih, zdravstveno vzgojno delo v družini v smislu ohranitve in krepitve zdravja ter preprečevanje bolezni….)
- izvajanje nalog v družini z otročnico na podlagi osebnih potreb in izraženih problemov pacientke in njene družine

Tudi naloge pri obravnavi novorojenčka razdelimo na splošne in specifične:

A. Splošne naloge pri obravnavi novorojenčka

- strokovna priprava na terensko delo (družinski omot z dokumentacijskimi obrazci, pripomočki za nego novorojenčka, pisna zdravstveno vzgojna navodila);
- anamneza novorojenčka in njegove družine
- načrtovanje i izvajanje negovalnih intervencij za novorojenčka in njegovo družino
- dokumentiranje in vrednotenje opravljenega dela;

B. Specifične naloge pri obravnavi novorojenčka

- fizični pregled novorojenčka (glava, fontanela, beločnice, ustna votlina, ustnice, koža, prsni kot, spolovilo, roke, noge, prsti, nohti, izločki);
- nega novorojenčka (umivanje, oblačenje, previjanje);
- nega popkovne rane;
- pomoč pri dojenju;
- ureditev ležišča;

- zdravstveno vzgojno delo z družino (učenje nege novorojenčka, tehnika povijanja, dojenje, hranjenje z dodatki, dodajanje tekočine, primerno ležišče, ustrezna lega novorojenčka, primerna temperatura prostora, zračenje, sprehodi, obisk v posvetovalnici za otroke, seznanitev z nekaterimi simptomi obolenj, seznanitev o novorojenčkovih potrebah po toplini, nežnosti, varnosti, pestovanju, pravilnem rokovanju-handling metoda, počitku in spanju, psihičnem razvoju, jemanju predpisanih vitaminov in mineralov);
- kopanje novorojenčka na zadnjem obisku
- izvajanje nalog v družini z novorojenčkom na podlagi individualnih potreb in problemov

Da lahko zagotovimo otročnici in novorojenčku neprekinjeno zdravstveno nego so potrebne številne koordinacije z ustreznimi službami.

Te službe so:

- **UKC Maribor - oddelek za perinatologijo**

Na Oddelku za perinatologijo UKC Maribor se dnevno oglasi patronažna medicinska sestra - odgovorna za patronažno zdravstveno nego nosečnice, otročnice in novorojenčka in se individualno pogovori z vsako za odpust predvideno otročnico, ter jo seznani z obiskom patronažne medicinske sestre na domu takoj naslednji dan. Matere pogosto izražajo skrb in strah, kako bo doma, ko bodo morale same prevzeti skrb za novorojenčka. Zato je zelo pomembno da jo pomirimo, da ve, da ne bo ostala sama in bo ob njej nekdo, ki ji bo nudil pomoč in oporo ter bo redno prihajal k njej domov.
Patronažna medicinska sestra odgovarja tudi na vprašanja in morebitne nejasnosti.

Na oddelku se pogovori tudi z oddelčno medicinsko sestro za morebitne posebnosti pri zdravstveni negi otročnic, ki odhajajo domov. V zadnjem času opažamo, da se povečuje število otročnic, ki prejemajo antikoagulantno terapijo, kar je verjetno povezano z večjim številom porodov, ki se končajo z carskim rezom. Aplikacija te terapije se nadaljuje tudi doma in jo pogosto izvajajo patronažne medicinske sestre.
Ker so tudi otročnice, ki so rodile s carskim rezom odpuščene v domačo oskrbo bistveno hitreje kot nekoč, običajno že četrti dan, patronažna medicinska sestra odstrani šive ali sponke doma.
V pisni obliki dobimo izpolnjen obrazec 8,72 DZS, to je prijava poroda ter poročilo o zaščiti matere in otroka v poporodni dobi.

- **UKC Maribor - oddelek za otroške bolezni**

Odgovorna patronažna medicinska sestra se dnevno oglasi tudi na Otroškem oddelku UKC Maribor, na odseku za intenzivno nego in terapijo, kjer osebno prevzame vse odpuščene novorojenčke, ki so bili na oddelek premeščeni iz porodnišnice takoj po porodu in še niso bili doma, prav tako pa tudi tiste novorojenčke, ki so že bili doma in so bili v bolnišnico sprejeti kasneje. Tam se seznani z morebitnimi posebnimi potrebami po zdravstveni negi za posameznega novorojenčka in jih nato naslednji dan posreduje patronažni medicinski sestri na določenem terenskem območju.
Na oddelek pa sporoči tudi informacije iz domačega okolja, ki so lahko v pomoč pri obravnavi in zdravljenju novorojenčka v bolnišnici.

- **UKC Maribor - neonatalna ambulanta**

Omeniti moram tudi dobro sodelovanje z Neonatalno ambulanto na Oddelku za perinatologijo

UKC Maribor, kjer imajo patronažne medicinske sestre na terenu možnost preko telefona dobiti kakršen koli nasvet v zvezi s težavami pri novorojenčku, ki se pojavijo ob obisku na domu. Prav tako lahko po predhodnem dogovoru tja napotijo novorojenčke na pregled.

- ZD Maribor - dispanzer za otroke
- Patronažne medicinske sestre s koncesijo
- Ostali zdravstveni zavodi

Število obiskov na domu

Nosečnica ima po predpisih obveznega zdravstvenega zavarovanja pravico do enega obiska patronažne medicinske sestre in sicer v zadnjem tromesečju nosečnosti.

Otročnica ima pravico do dveh obiskov patronažne medicinske sestre, kadar pa gre za slabovidno, slepo ali invalidno mater, pa je upravičena še do dveh dodatnih obiskov. V primeru, da je zaradi njenega zdravstvenega stanja potrebnih več obiskov patronažne medicinske sestre, pa mora osebni ginekolog izdati ustrezni delovni nalog.

Novorojenček in dojenček do enega leta starosti pa imata skupaj pravico do šest obiskov patronažne medicinske sestre. Novorojenček je upravičen do treh obiskov, kajti ostali trije so namenjeni dojenčku do enega leta.

Dokumentiranje

Poleg že omenjenih obrazcev, to je list nosečnice in prijava poroda ter poročilo o zaščiti matere in otroka v poporodni dobi, zajema dokumentacija tudi list novorojenčka, list otročnice, načrt patronažne zdravstvene nege, funkcionalno zdravstveno stanje pacienta, vse to pa je vloženo v družinski omot.

Zaključek

Patronažna medicinska sestra ima s svojim delom zelo velik vpliv na zdravje in življenje ljudi, s tem pa hkrati prevzema tudi zelo veliko odgovornost. Je družinska medicinska sestra, ki vstopa v družino ob njihovih najbolj srečnih dogodkih, med katere največkrat sodi rojstvo otroka in pa tudi takrat, ko jim je zelo težko, ko se življenje zaključuje. V vsakem trenutku pa se mora zavedati, da je v družini samo gost

Za Slovenijo lahko rečemo, da sodi med tiste dežele, kjer se je s prestavitvijo poroda v porodnišnice, tradicija rojevanja doma povsem prekinila. V zadnjem času pa opažamo, da se zanimanje za porod doma zopet nekoliko povečuje. Na podlagi tega, so se na Ministrstvu za zdravje odločili, da pripravijo enotna navodila za enotno ukrepanje v primerih načrtovanih porodov na domu. Porod na domu je bolj rizičen kot v porodnišnici, je pa dejstvo, da zakonodaja ne prepoveduje poroda na domu.

Pomembno je, da se za porod na domu odloči ženska sama, avtonomno, odgovorno, premišljeno in brez prisile. Seznanjena mora biti z možnimi tveganji pri porodu v vseh porodnih dobah ter v poporodnem obdobju.

V letu 2015 sta bili na Ministrstvu za zdravje izdani dve dovoljenji za opravljanje zdravstvene dejavnosti na področju babiške nege v prostorih na domu pacienta in ena odločba o vpisu v register zasebnih zdravstvenih delavcev. Slednja je bila izdana babici na našem terenskem področju, vendar

pa v naši službi nismo bili obveščeni, da bi dejansko izvajala porode na domu in tudi stika z nami ni vzpostavila.
Ob analizi našega dela smo ugotovili, da sta bila v letu 2016 na našem terenskem področju le dva poroda doma, brez strokovne pomoči, obe otročnici z novorojenčkoma sta bili prepeljani v porodnišnico in po odpustu smo izvajali patronažno zdravstveno nego otročnice in novorojenčka. Pred tem tri leta sploh nismo imeli primerov, ko bi žene rodile doma. Zavedamo se, da se bo trend rojstev doma povečal tudi na našem terenskem področju, kar pa bo nedvomno zahtevalo povečano število patronažnih obiskov pri otročnicah z novorojenčki in seveda tudi dodatno usposobljen kader.

Literatura

1. Evidenca reguliranih poklicev, 2006. Uradni list Republike Slovenije št. 50
2. Kolaborativni center SZO za primarno zdravstveno nego. Proces zdravstvene nege z
3. dokumentiranjem. Maribor; 1995.
4. Likar R. Analiza patronažne zdravstvene nege nosečnice, otročnice in novorojenčka za obdobje 1998-2003. Diplomsko delo. Maribor: Visoka zdravstvena šola, 2005
5. Navodila za porodnišnice o ukrepanju v primerih načrtovanih porodov na domu. Ministrstvo za zdravje, Direktorat za zdravstveno varstvo, Ljubljana: št. 160-30/2016/5.
6. Navodila za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva. Uradni list Republike Slovenije, Ljubljana: št. 19, 1253-1278 /98.
7. Patronažna zdravstvena nega nosečnice, novorojenca in otročnice s poudarkom na enotnih strokovnih smernicah. Postojna: Zbornica zdravstvene nege- Sekcija patronažnih medicinskih sester, 2002.
8. Zakon o zdravstveni dejavnosti. Uradni list Republike Slovenije, Ljubljana: št. 9/92

Izkušnje z referenčno ambulanto v poporodnem obdobju

Veselin Šučur, dr. med.

Izvleček

IZHODIŠČA: Preveliko število vpisanih žensk (glavarina) je osnovni razlog pomanjkanja časa oz. obremenitve ginekologov pri obravnavi žensk v ginekološki dispanzerski ambulanti.
CILJI: Želeli smo ugotoviti, ali bi vključitev diplomirane babice (DB) in/ ali diplomirane medicinske sestre (DMS) v obravnavo „ne-tveganih" nosečnic in otročnic v primeru previsokih glavarin, lahko razbremenila delo ginekologa.
METODE: V obravnavo smo vključili 32 otročnic (skupno število pregledov je bilo več kot 100 nosečniških pregledov), ki so prišle na redni poporodni pregled v ginekološko ambulanto v obdobju treh mesecev. Obravnavane so pri diplomirani medicinski sestri (DMS) in nato pri zdravniku po smernicah protokola za uvajanje referenčnih ambulant v ginekologiji in porodništvu.
REZULTATI: Ugotavljamo večje zadovoljstvo otročnic in nosečnic zaradi poglobljene obravnave pri DMS. Po drugi strani pa smo odkrili prav tako večje zadovoljstvo DMS, zaradi bolj strokovnega in kreativnega dela. Zadovoljni smo zlasti zaradi možnosti boljšega odkrivanja poporodnih depresij z uporabo Edinburškega vprašalnika. Kljub temu pa smo opazili le delno razbremenitev ginekologov pri delu.
ZAKLJUČEK: Ob poskusu razbremenitve ginekologov pri obravnavi žensk v ginekološki dispanzerski ambulanti z vključitvijo diplomirane babice (DB) in/ ali diplomirane medicinske sestre (DMS) v obravnavo „ne-tveganih" nosečnic in otročnic, se je izkazalo, da bi s tem bila razbremenitev ginekologa le delna.

Abstract

BACKGROUNDS: Too many of female patients per gynaecologist is the main reason for lack of time and overwork among gynaecologists for treating women in gynaecologic clinic.
OBJECTIVES: We wanted to discover, if inclusion of midwife (MW) and/or graduate nurse (GN) in the treatment of non-risk pregnant women and neonatal mothers could, in case of too many female patients per gynaecologist, could relieve work of gynaecologist.
METHODS: We included 32 neonatal mothers that came to regular postnatal examinations (total number of all examinations was more than 100 pregnant woman) in gynaecologic clinic in period of three months. They were firstly treated by GN and then by gynaecologist, following directions from protocol for reference gynaecologic clinics.
RESULTS: We have found satisfaction among neonatal mothers due to in-depth treatment with GN. On the other hand, we also found great satisfaction among GN, especially because of their more productive and creative work. We are particularly pleased with improved probability of detecting post-natal depression with Edinburgh questionnaire. But there was only partial relieve of gynaecologists in treating women in gynaecologic clinic.
CONCLUSION: Our findings showed that inclusion of midwife (MW) and/or graduate nurse (GN) in the treatment of non-risk pregnant women and neonatal mothers, only partially relieve gynaecologists in treating women in gynaecologic clinic.

Preveliko število vpisanih žensk (glavarina) je osnovni razlog pomanjkanja časa oz. prevelikih obremenitev ginekologov pri obravnavi žensk v ginekološki dispanzerski ambulanti. Vključitev diplomirane babice (DB) in/ ali diplomirane medicinske sestre (DMS) v obravnavo „ne-tveganih" nosečnic in otročnic, bi ob previsokih glavarinah lahko vsaj delno razbremenila ginekologa.

Zakonodaja

Direktiva EU 2005/36/ES v 42. členu od svojih držav članic pričakuje, da zagotovijo, da babice opravljajo med ostalim: »nego matere in spremljanje njenega napredka v poporodnem obdobju ter dajanje vseh potrebnih nasvetov o negi otroka….. …(alinea 11)1«.

Žal slovenska zakonodaja ne omenja sodelovanje DB) ali za samostojno delo izobražene DMS v poporodnem obdobju na ambulantni (primarni) ravni. V navodilu o spremembah in dopolnitvah navodila za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni (Uradni list Republike Slovenije :št. 33 / 12. 4. 2002 / Stran 3123)2 je navedeno: »..ostalih pet sistematičnih pregledov v 16., 32., 37., 38. in 39. tednu nosečnosti pa opravi diplomirana babica ali za samostojno delo izobražena diplomirana medicinska sestra «. Pri nas torej ni kompetenc za DB ali DMS za poporodno obdobje, kar pa ni v skladu z Evropsko direktivo 2005/36/ES. Po slovenski zakonodaji in organizaciji službe poporodno obdobje pripada patronažnim sestram , ki so redko babice in se razen z novorojenčki ukvarjajo tudi s preostalim polivalentnim delom (npr. prevezi na domu, oskrba starejših občanov s težavami, kronični bolniki, invalidne osebe). Prav tako bi bilo prav omeniti trenutno željo diplomiranih babic v Sloveniji, ki bi rade v prakso vpeljale „BABIŠKI POROD". Slednji bi naj bil tudi finančno ovrednoten skozi pogodbo med ZZZS in samostojno diplomirano babico. „BABIŠKI POROD" je porod v varnih pogojih brez navzočnosti porodničarja, po možnosti s strani „znane" babice, ki je delno vodila nosečnost v sodelovanju s ginekologom. Zajema tudi poporodno obdobje in sicer 6 tednov po porodu. Tukaj je odprto še vprašanje »varnih pogojev«, torej ali je to porod doma ali samo v dobro opremljeni zdravstveni ustanovi (javni ali morda celo zasebni). Seveda je treba omeniti še želje žensk, ki si želijo izbrati način rojevanja (porodni načrt) s čim manj bolečim porodom pri „znani" babici in/ali porodničarju. „Znana" babica bi tako bila tista babica, ki bi sodelovala pri vodenju nosečnosti, vodenju poroda – ob porodni oskrbi in oskrbi v poporodnem obdobju (namesto patronažne sestre).

Delo v referenčni ambulanti

V ginekološko-dispanzerski ambulanti v JZ ZD Ptuj imamo opredeljenih čez 6000 žensk. Zaradi velikega števila pacientk prihaja do pomanjkanja časa za preventivo, slabše kvalitete dela, večje možnosti napake – da se kaj spregleda, slabše kurativne obravnave ter daljših čakalnih dob za preventivne preglede (približno 60-90 dni). Za kurativne preglede čakalnih dob ni!
Zato sem v JZ ZD Ptuj poskusil na praktičen način rešiti problem prevelike obremenitve ginekologa, ki ima čez 2500 glavarinskih količnikov z nosečnicami. Reševanja sem se lotil skupaj s poskusnim uvajanjem referenčne ambulante v ginekologiji in porodništvu na primarni ravni, in sicer na področju vodenja »ne-tveganih« nosečnic po slovenski zakonodaji in delnega vodenja otročnic po porodu v skladu z direktivo EU 2005/36/ES. Pri tem sem upošteval tudi delovni protokol, ki ga je pripravila skupina ginekologov, imenovana pri Zdravniški Zbornici za obravnavo na RSK-u za ginekologijo in porodništvo. V tem protokolu je opredeljena tudi vloga DB po porodu.
DMS, ki je posebej izobražena za delo s nosečnicami in otročnicami, po pisnem pooblastilu ginekologa za obravnavo »ne-tvegane » nosečnice in otročnice opravi pregled v posebnem prostoru na Dispanzerju („soba za meritve"). Nosečnice so naročene v posebni knjigi čakajočih nosečnic/ otročnic za preglede pri DMS na uro.

Poporodni pregled pri DMS zajema naslednje:

- anamneza o porodu in zgodnjem poporodnem obdobju,
- meritev RR,
- meritev telesne teže oziroma ITM (BMI),
- pogovor o dojenju,
- presejanje za poporodno depresijo (Edinburški vprašalnik)3!
- socialna kvaliteta življenja otročnice.
- pogovor o kontracepciji (dojenje in KC, načini KC).

Poporodni pregled pri zdravniku:

- anamneza o porodu v primeru težav,
- ginekološki pregled (evidenčni bris materničnega vratu),
- predpisovanje kontracepcije (če otročnica želi KC),
- pogovor o poporodni depresiji (če je edinburški vprašalnik > 10 točk),

Rezultati

Po uvedbi takega načina dela smo od 01.08.2017 do 30.10.2017 opravili čez 100 nosečniških pregledov. V tem času smo obravnavali tudi 32 otročnic. Rezultati ankete kažejo, da so tako otročnice kot nosečnice bolj zadovoljne z obravnavo pri DMS, saj jim posveti več časa (15-20min, včasih celo več kot pol ure) in jim lahko v tem času poglobljeno svetuje o porodu, dojenju, kontracepciji in ostalih težavah. Po drugi strani pa so tudi DMS bolj zadovoljne zaradi manjše časovne stiske in bolj kreativnega ter odgovornega dela. Izpostavljajo pa problem odsotnosti in nadomeščanja, ko jih zaradi upravičenih razlogov ni na delovnem mestu (bolniške, dopusti). Tudi ginekolog ugotavlja večje zadovoljstvo med nosečnicami in otročnicami zaradi možnosti poglobljene obravnave in svetovanja pri DMS.. Ginekolog prav tako opozarja na prednost boljšega odkrivanja poporodne depresije oz. poporodne otožnosti – zlasti z uporabo Edinburškega vprašalnika. Ob tem pa ginekolog izpostavi tudi problem: neobstoj mreže za pomoč in zdravljenje duševnih motenj, kot sta npr. poporodna depresija in poporodna otožnost.

Zaključek

Ginekolog ugotavlja, da ga pri delu, vključitev DMS v obravnavo „ne-tveganih“ nosečnic in otročnic, ne razbremeni v zadostni meri. Sicer je dejstvo, da se skrajša čakalna doba za preventivne preglede na manj kot 60 dni (ob več kot 6000 žensk in cca 250 nosečnic/leto), a ob tem žal še vedno zmanjkuje časa za kvalitetno obravnavo nosečnic in žensk s težavami .

Predlogi in dileme

Potrebno je zmanjšati število vpisanih žensk pri ginekologu na največ 4000 žensk oz. do 1.500 glavarinskih količnikov, ter zmanjšati realizacijo polnega programa storitev s 29.000 na 27.000 Šele takrat bi delo DB /DMS z »ne-tveganimi« nosečnicami in otročnicami v okviru Referenčne ambulante za ginekologijo in porodništvo bilo smiselno.
Prav tako je nujno potreben Pilotni projekt referenčnih ambulant v ginekologiji in porodništvu5 zaradi različnih mnenj znotraj same stroke. Pri izvedbi projekta bi bilo potrebno vzporedno uvesti tudi kazalnike kakovosti dela v ginekoloških ambulantah. Seveda pa obstaja tudi veliko dilem. Ali v poporodnem obdobju omogočiti diplomiranim babicam terensko delo na področju njihovih

kompetenc (EU direktiva in želje DB ter žensk) namesto trenutne patronažne službe; kakšna bo ob tem reakcija patronažnih sester; imamo sploh dovolj DB za terensko delo; bo dovolj patronažnih sester v starajoči se družbi?

Literatura

1. Direktiva EU 2005/36/ES ; Uradni List EU 30.09.2005. stran 45-46/255. v svojem 42. členu-točka (i)-alinea.
2. Navodilo o spremembah in dopolnitvah navodila za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni . Uradni list RS :št. 33 / 12. 4. 2002 / str. 3123.
3. Koprivnik P, Plemenitaš A, Zakaj tudi v Sloveniji ne izvajamo presejanja na porodno depresijo? Edinburški vprašalnik - EPDS (Edinburgh postnatal depression scale). Zdrav Vestn 2009; 78: 261-4.
4. Standardna obravnava nosečnice v perinatalnem varstvu - delovno gradivo za RSK za ginekologijo in porodništvo 2013-2016.
5. Franić D, Maurič D; Referenčne ambulante v ginekologiji – »hic rhodos, hic salta!«. Revija Issis (avgust-september 2016 ; str 23-25).

Psihološka podpora v poporodnem obdobju po porodu doma

Arijana Steblovnik, univ. dipl. psih.

Izvleček

Perinatalna psihologija je usmerjena v skrb za dobro počutje nosečnice, kakor tudi partnerja in s tem tudi v dobrobit otroka. Presejanje za najpogostejše psihične motnje v perinatalnem obdobju, ustrezna diagnostika in zdravljenje le-teh v nosečnosti so temeljnega pomena za izboljšanje duševnega zdravja žensk, njihovih otrok in družin.

Abstract

Perinatal psychology is focusing on mental health of the woman, as well as her partners', and in the well-being of the baby. Screening for the most common mental disorders in the perinatal period, adequate diagnosis and treatment are of highest importance for improving the mental health of women, their children and families.

Uvod

Nosečnost, porod in vstopanje v vlogo materinstva je za večino žensk obdobje večje biološke, socialne in psihološke ranljivosti. Večina nosečnic se v tem obdobju počuti dobro in nosečnost, porod ter poporodno obdobje običajno potekata brez težav. Vendar se ob fizioloških in psiholoških spremembah, ki se pojavijo med nosečnostjo ženske začnejo zavedati tudi zahtevne vloge materinstva in je to za nekatere ženske čas doživljanja čustvenih stisk.1

Psihološki vidik poporodnega obdobja

Rojstvo otroka označuje pomemben prehod v razvoju družine. S prihodom novorojenčka v družino se spremeni dinamika, potrebe in vloge vseh družinskih članov.2 Starša morata te spremembe sprejeti in se nanje tudi prilagoditi. Otrok je s svojimi potrebami večino časa na prvem mestu, ob tem lahko starši zaradi psihične in fizične obremenjenosti, velikokrat doživljajo občutke prezrtosti, preobremenjenosti in razočaranja.3 Družina, zlasti partner je pomemben vir podpore ženski za olajšanje razvojnih sprememb in prispeva k ugodnejšem psihološkem prilagajanju, kadar je stopnja stresa in ranljivosti tako visoka, kot na prehodu v starševstvo.4 Ob dejstvu, da je partner pomemben vir podpore, pa ne gre pozabiti, da se tudi očetje v nosečnosti in v poporodnem obdobju soočajo z edinstvenimi stresorji, ki lahko negativno vplivajo na očetovo duševno zdravje in tako lahko povzroča distres, tesnobo in povečano tveganje za depresijo .5

V razvitih kulturah je rojevanje v porodnišnici »kulturna norma«, čeprav se v zadnjem času subtilno povečuje odločitev žensk za rojevanje v domačem okolju. Pri ženskah, ki izberejo porod na domu je prepoznati bolj izraženo potrebo po osebni kontroli in si želijo večjo zasebnost, ter se počutijo bolj udobno v sproščenem domačem okolju. Z otroki in partnerji se počutijo varne in imajo več intimnosti, domače okolje jim omogoča več čustvene in fizične spontanost. Tudi mnoge ženske izbirajo porod doma, ker so morda imel v bolnišnici slabe izkušnje v preteklosti ali ker si lahko izberejo babico, ki bo z njo in se tako počutijo varnejše. Prav tako so izrazile večje zadovoljstvo z možnostjo prvega stika med materjo in otrokom takoj po porodu.6

Prvi stik med materjo in otrokom takoj po porodu je temelj za razvoj čustvenega navezovanja med njima. Čustvena navezanost med materjo in otrokom v zgodnjem otroštvu je izrednega pomena. John Bowbly, ki je pisal o teoriji navezanosti, pravi, da je odnos med primarnim skrbnikom oziroma materjo in otrokom temelj vseh nadaljnjih odnosov in se bo kazal na vseh ravneh otrokovega življenja. Če bo otrok v odnosu začutil pripadnost in povezanost s svojim skrbnikom, bo s tem razvijal pozitivno samopodobo, se kasneje spoštoval, zaupal svetu, ljudem, navezoval stike, prepoznal varne/nevarne situacije, se nanje primerno odzival.7 Stik koža-koža oziroma kenguru metodo takoj po porodu spodbuja zgodnje navezovanje, starši pridobivajo zaupanje vase, da znajo skrbeti za svojega otroka, pridobivajo zaupanje, da je za njihovega otroka dobro poskrbljeno ter občutek, da imajo stvari pod nadzorom. Tudi dojenje v prvi uri po porodu je povezano s uspešnostjo kasnejšega dojenja in pozitivno vpliva na otrokov čustveni, socialni in kognitivni razvoj.1

Duševne motnje v poporodnem obdobju

Predporodne in poporodne duševne motnje, ki se pojavljajo v tem obdobju lahko razvrstimo: depresija pred ali po porodu, poporodna psihoza, poporodna posttravmatska motnja, predporodna in po porodna anksioznost in poporodna obsesivno kompulzivna motnja.8

Kljub psihičnem stresu, ki ga ženska doživlja v tem obdobju, pa vendarle vsaka ne razvije duševne

motnje v perinatalnem obdobju. Dejavniki tveganja za nastanek duševne motnje vključujejo socialno-ekonomski status, socialno podporo, osebnostni stil, osebno in družinsko anamnezo depresije.9 Biološke spremembe, kot so spremembe, v delovanju nevrotransmitorjev, spolnih in endokrinih hormonov, imunskem sistemu in spanju, ki se dogajajo v času nosečnosti in dojenja, lahko prispevajo k nastanku ali poslabšanju že obstoječe psihične bolezni ali motnje v obporodnem obdobju. Raziskave o dedovanju in genetiki kažejo, da imajo nekatere ženske predispozicijo za razvoj psihopatologije v perinatalnem obdobju.10

Sodobna klasifikacija duševnih motenj (DSM V) v nosečnosti in v poporodnem obdobju pa se v poimenovanju nekaterih kriterijev razlikuje in sicer je zamenjan kriterija »s poporodnim nastopom« za depresijo in bipolarne motnje za kriterij »perinatalnim oziroma nastopom v času nosečnosti/pred porodom in po porodu.8 Torej danes ne govorimo več o poporodni depresiji, pač pa o obporodni depresiji, saj se v več kot polovici primerov depresija začne že med nosečnostjo in zavzema najpogostejše mesto med duševnimi motnjami v poporodnem obdobju.11

V izogib stranskim učinkom psihofarmakoterapije na otroka je psihoterapija pogost izbor zdravljenja. Še vedno so deljena mnenja glede vplivov stranskih učinkov na plod in dojenčka, čeprav prevladuje stališče, da ima obporodna depresija toliko dolgoročnih škodljivih učinkov na plod in kasneje na otrokov razvoj, da je zdravljenje z antidepresivi manj škodljivo.9 Večina smernic priporoča psihoterapijo za zdravljenje blage do zmerne depresije. Medosebna in vedenjsko kognitivna terapija sta dokazano učinkoviti pri obravnavi depresije in anksioznosti.11

Za pravočasno prepoznavanje žensk s tveganjem za obporodno depresijo je smiselna uporaba presejalnih testov v nosečnosti in šest tednov po porodu.1 V svetu se je za presejanje najbolj uveljavil Edinburški vprašalnik, ki je bil razvit, da bi ga lahko uporabljali zdravstveni delavci v osnovnem zdravstvu za odkrivanje obporodne depresije. Z njim določamo intenziteto depresivnega razpoloženja. Za postavitev diagnoze pa je potreben klinični pregled. Sestavljen je iz desetih enostavnih vprašanj, ki se nanašajo na čustva, razpoloženje, spanje, strah ter obremenjevanje s stvarmi in samomorilne misli. Njegova uporaba je zelo enostavna, izpolnjevanje hitro. Za vrednotenje rezultata ni potrebno posebno strokovno predznanje, kar močno olajša vsakdanjo rabo. Glede na izkazano intenziteto depresivnega razpoloženja, pa se žensko napoti v ustrezno obravnavo.12

V času nosečnosti in poporodnega obdobja je priložnosti za terapevtsko pomoč in preventivo delovanje. Obdobje pomoči družini, ki je v stresu zaradi prilagajanja na novo situacijo, je pogosto zelo učinkovito in običajno kratkotrajno.1

Zaključek

Dobro poznavanje bioloških, čustvenih in psihosocialnih sprememb v obporodnem obdobju predstavlja temelj za prepoznavo in oceno prilagoditvenih in čustvenih stisk oziroma motenj tega obdobja. Naloga perinatalne psihologije ni usmerjena le v dobro počutje nosečnice, pač pa v oba starša in s tem tudi v dobro počutje ploda in kasneje otroka.13

Za obravnavo duševnih motenj je nujen multidisciplinarni pristop, prav tako je pomembno široko psihoterapevtsko znanje za ustrezno in prilagojeno obravnavo psihičnih motenj v času nosečnosti in dojenja. Presejanje za najpogostejše psihične motnje v perinatalnem obdobju, ustrezna diagnostika in zdravljenje le-teh v nosečnosti so temeljnega pomena za izboljšanje duševnega zdravja žensk, njihovih otrok in družin . Neprepoznane in neobravnavane psihične motnje imajo škodljiv učinek

na nosečnico in plod, zato je pravočasna in strokovna pomoč znotraj zdravstvenega sistema ključnega pomena.

Literatura

1. Barnes D L. The Psychological Gestation of Motherhood. In: Barnes D L (ed.). Women's Reproductive Mental Health Across the Lifespan. Springer international Publishing Switzerland; 2014: p. 75-90.
2. Velikonja Globevnik V. Psihosomatski vidiki nosečnosti in poroda. V: Takač I, Grešak K (ur.). Ginekologija in perinatologija. Maribor: Medicinska fakulteta; 2016: p. 474-483.
3. Pori A. Prihod novorojenčka v družino. V: Velikonja V, Grgurevič J, Žemva B (ur.). Izkustvena družinska terapija. Ljubljana: Quatro; 1995. p. 53-59.
4. Romero AM, Munoz de Rodriges L, Ruiz de Cardenas CH. Coping and adaption process during puerperuim. Colombia medica 2012; 43: 168-175.
5. Philpott LF. Stress in fathers in the perinathal period: A Systematic review. Midwifery 2017: 55: p.113-127
6. Walker J. Planned home birth. Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology, 2017: 43: 76-86.
7. Zupančič M. Socialni razvoj dojenčka in malčka. V: Marjanovič Umek M, Zupančič M (ur.). Razvojna psihologija. Ljubljana: Filozofska fakulteta; 2004: str. 255-277.
8. Kores B. Poporodna depresija in psihoza. V Takač I. (ur.). Obravnava ženske v poporodnem obdobju v ginekološki dispanzerski ambulanti. Maribor: UKC; 2017: 48-51.
9. Misri S, Abizadeh J, Nirwan S. Depression During Pregnancy and the Postpartum Period. In: The Oxford handbook of perinatal psychology. Oxford; New York: 2016 Oxford University Press, pp. 111–131.
10. Vigod S, Steiner M.Biomarkers of Perinatal Psychopatology. In: The Oxford handbook of perinatal psychology. Oxford; New York: 2016 Oxford University Press, p. 252–267.
11. Velikonja Globevnik V. Psihološka obravnava nosečnic z duševno motnjo. V: Bregar B, Loncnar D. Celostna zdravstvena obravnava ženske s težavami na področju duševnega zdravja v rodnem obdobju. Idrija: Zbornica zdravstvene in babiške nege; 2017: 10-15
12. Koprivnik P, Plemenitaš A. Zakaj tudi v Sloveniji ne izvajanja presajanja na poporodno depresijo? Zdravniški vestnik: 2009; 78: 261–4.
13. Miller LJ. Psychological, Behavioral, and Cognitive Changes during Pregnancy and the Postpartum. . In: The Oxford handbook of perinatal psychology. Oxford; New York: 2016 Oxford University Press, p. 7-25.

Porodniški stalež po porodu doma

Renata Završnik Mihič, dr. med.

Dušanka Bandelj Klančar, dr. med.

Izvleček

V članku opisujemo pravico do porodniškega dopusta v Sloveniji. Porodniški dopust se deli na več delov in je lahko pravica enega ali obeh staršev ter tudi oseb, ki otroka dejansko negujejo in zanj skrbijo. Porodniški dopust ima pravno podlago v Zakonu o starševskem varstvu in družinskih prejemkih (ZSDP 1). Dotaknemo se tudi dilem pri porodu na domu glede prijave poroda in vpisa otroka v matični register, ob tem vloge osebnega zdravnika, izbranega ginekologa in babice, ki je porod na domu vodila. Pravna podlaga tega vprašanja je v Zakonu o matičnem registru. Na kratko opišemo tudi porodniški dopust po svetu.

Abstract

The article describes the right to maternity leave in Slovenia. Maternity leave is divided into several parts and can be the right of one or both parents, as well as those who actually care for the child. Maternity leave has the legal basis in the Parental Protection and Family Benefits Act (ZSDP 1). We also discuss the dilemmas at home at birth regarding the birth registration and the registration of the child in the register of parents, with the role of a personal doctor, a chosen gynecologist and midwife at home. The legal basis for this issue is in the Home Registry Act. We also briefly describe maternity leave around the world.

Uvod

Porodniški dopust je pravica nosečnice in kasneje mamice. Ta se v času porodniškega dopusta pripravi na porod in rojstvo otroka ter je z otrokom oziroma otroki doma, jih neguje in varuje 12 koledarskih mesecev.
Definicija porodniškega dopusta je, da je ta pravica do odsotnosti z dela zaradi poroda oziroma nege in varstva otroka tiste osebe, ki otroka dejansko neguje in varuje. Trajanje posamezne vrste dopusta je določeno v koledarskih dnevih (Uradni list RS, 2006)

Vrste dopusta

Porodniški dopust se deli na tri dele:

- materinski dopust
- očetovski dopust
- starševski dopust (Uradni list RS, 2006).

Če zavarovanka ali zavarovanec izpolnjujta v Zakonu o starševskem varstvu in družinskih prejemkih (ZSDP-1) pogoje, potem jima pripada nadomestilo:

1. V času materinskega dopusta – pravica do materinskega nadomestila.
2. V času očetovskega dopusta – pravica do očetovskega nadomestila.
3. V času starševskega dopusta – pravica do starševskega nadomestilo (Uradni list RS, 2006).

Materinski dopust (md)

Materinski dopust je vezan na predviden datum poroda (PDP). Trajanje materinskega dopusta je 105 dni, kar pomeni 28 dni pred PDP in 77 dni po PDP ter je obvezen za nosečnico in kasneje mamico (Uradni list RS, 2006).

Materinski dopust je namenjen pripravi na porod, negi in varstvu otroka po porodu, zaščiti maminega zdravja ob rojstvu otroka in po njem. MD traja 105 dni. Nosečnica, bodoča mamica mora dopust nastopiti 28 dni pred predvidenim datumom poroda, ki ga določi njen izbrani ginekolog. Mamica ne more neizrabljenega dela MD pred rojstvom otroka izrabiti po rojstvu otroka. Izjema je prezgodnji porod, če nosečnica na dan poroda še ni nastopila porodniškega dopusta, potem ga nastopi z dnem rojstva otroka (Uradni list RS, 2006).

MD pod določenimi pogoji lahko uveljavlja tudi oče otroka, druga oseba ali eden od starih staršev otroka.

Oče uveljavlja pravico do materinskega dopusta, če mati otroka:

- umre
- zapusti otroka ali
- če je po mnenju pristojnega zdravnika trajno oziroma začasno nesposobna za nego in varstvo otroka (Uradni list RS, 2006).

V primeru, če je mamica mlajša od 18 let, lahko z njenim soglasjem oče otroka uveljavlja MD ali eden od starih staršev. MD v tem primeru traja 77 dni, ker je skrajšan za najmanj 28 dni, ki jih mora

mamica izkoristiti pred porodom oziroma je MD dolg le toliko, kolikor je dojenček star, ko oče ali eden od starih staršev nastopi MD.

Pri uveljavljanju pravice do MD je treba biti pozoren na določene pogoje:

- Največ 60 dni pred predvidenim datumom poroda (PDP) se je treba oglasiti na centru za socialno delo (CSD).
- Najkasneje 30 dni pred nastopom MD je treba obvestiti delodajalca.
- V primeru prezgodnjega poroda, preden se je obvestil delodajalec, je to treba storiti v treh dneh po rojstvu otroka, to lahko naredi tudi tretja oseba, sorodnik ali zdravstvena služba, če zdravstveno stanje nosečnice – porodnice tega ne dopušča.
- Če bo MD izkoristil oče otroka ali eden od starih staršev, mora le-ta obvestiti delodajalca najkasneje v roku treh dni od nastopa MD, in sicer tudi razlog za izrabo MD.
- Če nosečnica sklepa delovno razmerje, mora 58 dni ali manj pred PDP, o nastopu MD obvestiti delodajalca ali ob sklenitvi delovnega razmerja (Uradni list RS, 2006).

Očetovski dopust (od)

Očetovski dopust traja 50 dni, 25 koledarskih dni OD je plačanih, za preostalih 25 dni OD država zagotavlja plačilo prispevkov za socialno varnost od minimalne plače.
Očetovski dopust je namenjen očetu otroka, da bi že v najnežnejši dobi otroka sodeloval pri negi in varstvu otroka (Ministrstvo za delo, 2015).

Pravico do očetovskega dopusta ima oče otroka in se ne more prenesti, razen pod določenimi pogoji. Če oče otroka OD ne izrabi, potem lahko pod enakimi pogoji OD izrabijo:

- Druga oseba in materin zakonec, materin zunajzakonski partner ter partner ali partnerka registrirane istospolne partnerske skupnosti, ki dejansko neguje in varuje otroka.
- Zakonec, zunajzakonski partner ali partner registrirane istospolne partnerske skupnosti osebe, ki koristi materinski dopust (Ministrstvo za delo, 2015).

Pogoji za uveljavljanje pravice do OD so:

- En dan pred nastopom OD se je treba oglasiti na CSD z vlogo. Oče se mora zglasiti na istem CSD, kjer je že mama predhodno podala vlogo za MD. OD pa se lahko uveljavlja komaj po rojstvu otroka.
- 30 dni pred PDP oziroma pred nastopom OD pa je potrebno obvestiti delodajalca (Ministrstvo za delo, 2015).

V letu 2017 je oče torej upravičen do 50 koledarskih dni očetovskega dopusta. 25 koledarskih dni očetovskega dopusta je plačanega, saj zanje država zagotavlja očetovsko nadomestilo. Za ostalih 25 koledarskih dni pa država zagotavlja plačilo prispevkov za socialno varnost od minimalne plače.
Prvih 15 koledarskih dni (oziroma 11 delovnih dni) dopusta mora oče izrabiti do šestega meseca otrokove starosti. Dodatnih 10 koledarskih dni plačanega OD, to je pet delovnih dni, mora oče izrabiti v strnjenem nizu po koncu starševskega dopusta ali najkasneje do konca prvega razreda osnovne šole otroka. Preostalih 25 koledarskih dni oziroma 17 delovnih dni oče lahko izrabi do tretjega leta starosti otroka.

Pod posebnimi oziroma novimi pogoji lahko očetje otrok uveljavljajo pravico do OD v CSD, če

njihovi otroci, še niso dopolnili treh let, saj se je v letu 2016 podaljšal OD za dodatne dneve.
Očetovski dopust se uveljavlja na centru za socialno delo z vlogo. Center prizna pravico do očetovskega dopusta z odločbo. V vlogi za 10 dodatnih plačanih dni v strnjenem nizu OD pa še ni potrebno navesti datumov izrabe. Po izrabi oče sporoči datume na center za socialno delo zaradi izplačila nadomestila (Ministrstvo za delo, 2015).

Starševski dopust (sd)

Starševski dopust traja 260 dni. Mami pripada obveznih 30 dni in 100 prenosljivih dni, očetu pa 130 prenosljivih dni, in sicer po želji.
Starševski dopust je namenjen nadaljnji negi in varstvu otroka takoj po poteku materinskega dopusta. Pravico do SD ima eden od staršev, oba starša, pod določenimi pogoji pa tudi druga oseba oziroma eden od starih staršev otroka.
Vsak od staršev ima pravico do starševskega dopusta v trajanju 130 dni, pri čemer lahko mati na očeta prenese 100 dni starševskega dopusta, 30 dni pa je neprenosljivih. Oče lahko prenese na mater 130 dni starševskega dopusta. Eden od staršev ga izrabi neposredno po izteku materinskega dopusta.
Kadar za tega otroka nihče ni upravičen do materinskega dopusta, se prizna pravica do starševskega dopusta neposredno po poteku 77 dni starosti otroka.

Pravica posvojiteljev do starševskega dopusta

Posvojitelj otroka ali oseba, ki ji je otroka zaupan v vzgojo in varstvo, ima pravico do SD do zaključka prvega razreda osnovne šole otroka. Nastopi ga 15 dni po namestitvi otroka v družino.
Pravice do starševskega dopusta nima oseba, ki posvoji otroka svojega zakonca ali zunajzakonskega partnerja.

Podaljšanje starševskega dopusta

Starševski dopust se lahko podaljša:

- Ob rojstvu ali posvojitvi dvojčkov se SD podaljša za dodatnih 90 dni.
- Ob rojstvu ali posvojitvi več hkrati živorojenih otrok se SD podaljša za vsakega nadaljnjega otroka za dodatnih 90 dni.
- Ob rojstvu nedonošenčka se starševski dopust podaljša za toliko dni, kot je bila nosečnost krajša od 260 dni.
- Ob rojstvu otroka, ki potrebuje posebno nego in varstvo, se starševski dopust podaljša za dodatnih 90 dni, na osnovi pristojne zdravniške komisije, pravica se lahko uveljavlja do 18. meseca otrokove starosti.
- Če starša ob rojstvu varujeta in vzgajata najmanj dva otroka do končanega prvega razreda osnovne šole, potem se SD podaljša za 30 dni, za tri otroke 60 dni, za štiri ali več otrok za 90 dni (Ministrstvo za delo, 2015).

Zgoraj naštete pravice se seštevajo.
Starševski dopust lahko koristita oba starša za istega otroka, lahko le eden od staršev. Koristita ga lahko v strnjenem nizu, v obliki polne ali delne odsotnosti z dela. Trajanje SD se ne podaljša pri koriščenju SD v obliki delne odsotnosti iz dela.
Starša se o izrabi SD dogovorita pisno najpozneje 30 dni pred potekom MD, vlogo predložita CSD, če se starša o tem ne moreta dogovoriti, o tem odloči CSD in pri tem upošteva koristi otroka.

Del SD, največ 75 dni, lahko starša preneseta in izrabita najkasneje do končanega prvega razreda osnovne šole.

Pravico do SD ima tudi druga oseba, ki dejansko neguje in varuje otroka. Dolžina SD je zmanjšana za toliko dni, za kolikor dni sta jih mama ali oče za otroka že izrabila.
Pravico do SD ima lahko v soglasju z mamo in očetom otroka tudi eden od starih staršev otroka, če je mamica otroka mladoletna, ima status vajenke, dijakinje, študentke, je enako dolg, vendar skrajšan za toliko dni, kot sta jih mama ali oče otroka že izrabila. SD se lahko koristi le v strnjenem nizu v obliki polne odsotnosti z dela.
Pravice do starševskega dopusta nima oseba, ki posvoji otroka svojega zakonca ali zunajzakonski partner (Ministrstvo za delo, 2015).
Porod na domu, prijava rojstva in vpis v matični register

Pri porodih na domu velja trenutna pravna podlaga, ki ima osnovo v Zakonu o matičnem registru pri rojstvu na domu.

Zakon in členi, ki opisujejo prijavo rojstva in vpis v matično knjigo, so naslednji:

Zakon o matičnem registru o tem govori v 7. in 8. členu

7. člen – Prijava rojstva

Rojstvo otroka v zdravstvenem zavodu mora pristojnemu organu prijaviti zavod.
Rojstvo otroka izven zdravstvenega zavoda mora pristojnemu organu prijaviti otrokov oče oziroma oseba, s katero mati živi, ali mati sama, ko je za to zmožna.
Kadar osebe iz prejšnjega odstavka rojstva ne morejo prijaviti, lahko rojstvo prijavi tudi druga oseba, ki je bila prisotna pri porodu ali je za rojstvo izvedela.
V primeru, da je prijavitelj oseba iz drugega in tretjega odstavka, mora biti prijavi rojstva priloženo potrdilo zdravnika o rojstvu otroka (Ministrstvo za notranje zadeve, 2011).

8. člen – Rok za prijavo rojstva

Rojstvo otroka se mora prijaviti v petnajstih dneh od dneva rojstva.
Rojstvo mrtvorojenega otroka se mora prijaviti v roku 24 ur.
Če rojstva mrtvorojenega otroka ni mogoče prijaviti v roku iz prejšnjega odstavka, ker pristojni organ nima uradnih ur, se mora rojstvo prijaviti prvi delovni dan po poteku roka. (Ministrstvo za notranje zadeve, 2011).

Novosti in dileme glede potrdila zdravnika ter babiškega poročila o rojstvu otroka na domu

Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije je dala pobudo za spremembe in dopolnitev Zakona o matičnem registru v 7. členu, glede na dejstvo, da je ob porodu na domu dejansko prisotna babica in bi lahko babica izdala uradni dokument, za katerega bi jamčila in bi nadomestil zahtevano potrdilo zdravnika o rojstvu otroka. Babice menijo, da je potrdilo, ki ga izdajo ob porodu na domu, pri katerem so bile prisotne, zagotovilo za največjo stopnjo resničnosti podatkov in bi imel večjo težo kot potrdilo zdravnika, ki ob porodu ni sodeloval.
Zakon o matičnem registru, Uradni list RS št. 11/ 2011 ZMatR-UPB2, v 7. členu določa, da mora rojstvo otroka v zdravstvenem zavodu pristojnemu organu, prijaviti zavod. Rojstvo otroka izven zdravstvenega zavoda pa mora pristojnemu organu prijaviti otrokov oče oziroma oseba, s katero

mati živi, ali mati, ko je to zmožna. Rojstvo otroka na domu lahko prijavijo tudi druge osebe, ki so bile pri porodu prisotne ali so za rojstvo izvedele. V primeru rojstva na domu pa mora prijavitelj rojstva, prijavi priložiti tudi potrdilo zdravnika o rojstvu otroka.
Vsebina Potrdila z Zakonom ni predpisana, edini pogoj je, da iz vsebine Potrdila izhaja, da je oseba, katere podatki so navedeni na Potrdilu pred kratkim res rodila in bila noseča. Potrdilo izda osebni ginekolog in služi identifikaciji matere oziroma potrditvi, da je določena oseba rodila ter da ni več noseča, zdravniku ni treba navajati podatkov otroka. S tem Potrdilom je potrjena identiteta matere. Ostale podatke o rojstvu otroka poda oseba, ki je bila ob porodu dejansko prisotna.
Za vpis otroka v matično knjigo glede na določbe četrtega odstavka 7. člena Zakona o matičnem registru mora prijavitelj rojstva, to pa so lahko oče otroka, babica, ki je porod vodila, ali sama mama, predložiti Potrdilo osebnega zdravnika ali izbranega ginekologa, da nosečnica ni več noseča in prijaviti rojstvo otroka, kateremu je prisostvoval/a in navesti datum rojstva, uro rojstva, kraj rojstva in vitaliteto.
Sprememba Zakona o matičnem registru trenutno ni predvidena in je v pristojnosti Ministrstva za notranje zadeve (Ministrstvo za notranje zadeve, 2011).

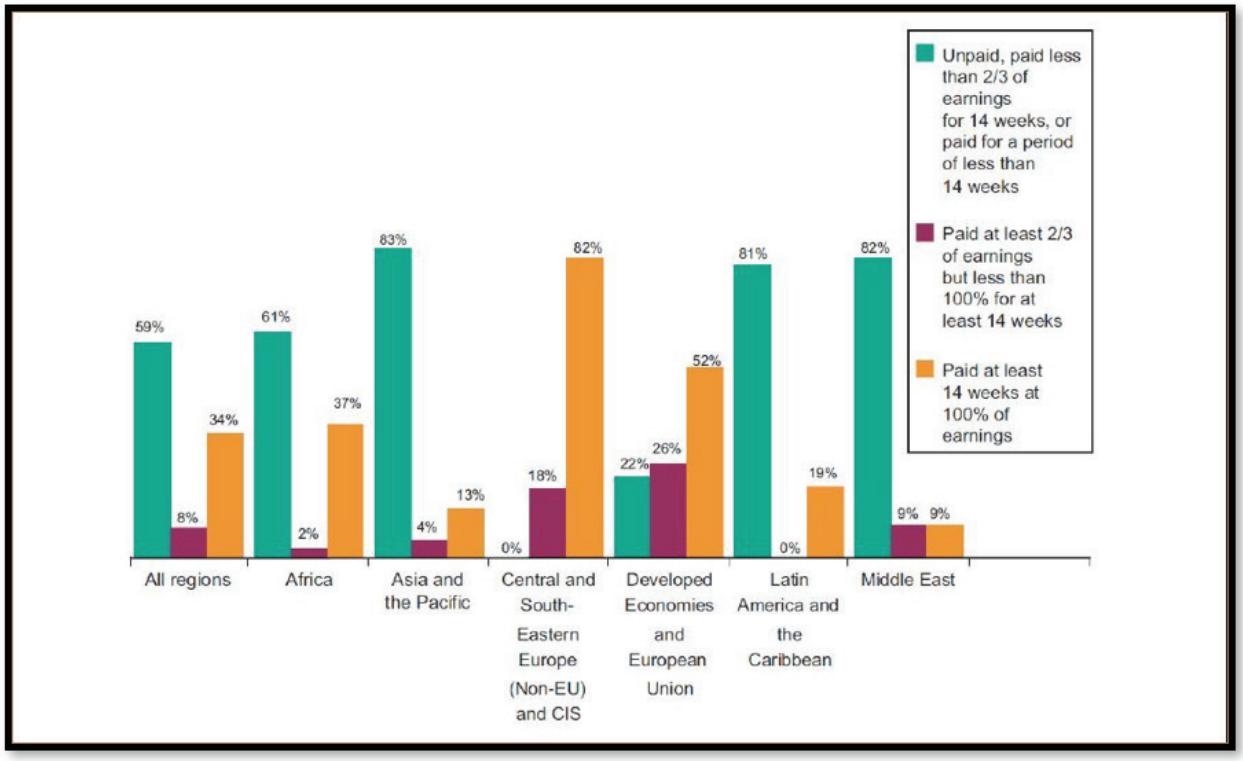
Posebnosti porodniškega dopusta

Če mama rodi mrtvega otroka, potem ima pravico do porodniškega dopusta še 42 dni od dneva poroda.
Če otrok umre v času porodniškega dopusta, ima mama pravico do porodniškega dopusta v obsegu, kot ga je od dneva smrti že izrabila, vendar najmanj 42 dni od rojstva otroka, po smrti pa največ še 10 dni porodniškega dopusta.
Ča pa mama otroka zapusti ob rojstvu ali po rojstvu otroka, ima pravico do porodniškega dopusta 42 dni od rojstva otroka, če pa je 42 dni že izrabila in otroka zapusti, potem nima več pravice do porodniškega dopusta (18. člen ZSDP-NPB7) (Ministrstvo za delo, 2015).

Porodniški dopust v drugih državah

Mednarodna organizacija za delo (ILO), ki sodi pod okrilje Organizacije združenih narodov ugotavlja, da 51 % držav po svetu zagotavlja porodniški dopust v dolžini najmanj 14 tednov, kar je tudi standard OZN. (183. konvencija). 20 % držav po svetu zagotavlja 18 tednov in več dolg porodniški dopust, v tretjini držav se morajo mamice vrniti na delovno mesto po 12–13 tedenski odsotnosti, v 14 % držav pa že po manj kot 12 tedenski odsotnosti. V skoraj vseh državah, natančno 178, zaposlene mame dobijo za odsotnost nadomestilo v višini med 75 do 100 odstotki svoje povprečne plače, 54 držav pa plača tudi očetovski dopust (P. Jerič, 2013).

Slika 1: Razmerje med plačanim, delno plačanim in neplačanim starševskim dopustom po regijah.



Zaključek

V državi Sloveniji imamo ugodno urejen porodniški dopust glede na ostale države v Evropi in po svetu. Spadamo med države, kjer smejo biti mame celo leto ob otroku. Imamo urejen tudi očetovski dopust. Materinski in starševski dopust je plačan in delovno mesto po zaključku dopusta čaka, kar prinaša seveda določeno materialno in socialno varnost mame in celotne družine, seveda pa bi glede na nizko nataliteto, lahko bil dopust tudi daljši in finančno še ugodnejši.

Literatura

1. Ministrstvo za delo, s. i. (2015). Zakon o spremembah in dopolnitvah Zakona o starševskem varstvu in družinskih prejemkih – ZSDP-1A (Uradni list RS, št. 90/15 z dne 27. 11. 2015). Uradni list RS, št. 90/15 z dne 27. 11. 2015.
2. Ministrstvo za notranje zadeve (2011). Zakon o matičnem registru – uradno prečiščeno besedilo – ZMatR- UPB2. Uradni list RS, št. 11/11 z dne 21. 2. 2011.
3. P. Jerič, A. (10. november 2013). www.rtvslo.si/svet/porodniska-po-svetu-americanke-brez-nje-svedinje-doma-vec-kot-leto/321845. Pridobljeno iz Prvi interaktivni multimedijski portal,MMC RTV Slovenija.
4. Uradni list RS, š. 1. (2006). Zakon o starševskem varstvu in družinskih prejemkih (ZSDP-NPB7). Uradni list, 17.člen ZSDP.

MKB klasifikacija, beleženje storitev in posegov po porodu doma

Asist. mag. Mateja Marčec, dr. med.

Izvleček

Namen uvrščanja bolezni v sklope in kodiranje bolezenskih stanj in posegov so osnovni pogoj za našo analizo dela. Njen primarni namen ni zaračunavanje storitve temveč epidemiološko vrednotenje zdravstvenega zdravstva. Delo zdravnika je opredelitev pravilnih diagnoz in beleženje vseh storitev in posegov, ki jih opravi pri bolniku. Za statistično analizo pa le te pretvorimo v kode. V Sloveniji uporabljamo v Avstraliji razvito klasifikacijo bolezni in sorodnih zdravstvenih problemov, ki temelji na predhodnih verzijah klasifikacije bolezni Svetovne zdravstvene organizacije (SZO) in prav tako v Avstraliji razvito klasifikacijo za terapevtske in diagnostične postopke. Klasifikacije naj bi zajele vsa bolezenska stanja in oblike zdravljenja in diagnostike.

Abstract

The purpose of classification of diseases into blocks and coding of health interventions is a basic condition for our analysis of the work. Its primary purpose is not to charge a service but an epidemiological evaluation of health care. By definition, it is work of a doctor to set and note correct diagnosis and the recording of all services and interventions performed on the patient. For statistical analysis, however, these are converted into codes. In Slovenia, we use in Australia developed classification of diseases and related health problems, based on earlier versions of the World Health Organization (WHO) classification, and also in Australia developed classification for therapeutic and diagnostic procedures. Classifications should cover all diseases and health states and forms of treatment and diagnostic procedures.

Uvod

V Sloveniji uporabljamo od januarja 2013 deseto revizijo Mednarodne klasifikacije bolezni in sorodnih zdravstvenih problemov za statistične namene (MKB-10-AM) (naslov izvirnika The International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, Tenth Revision, Australian Modification (ICD-10-AM) – Tabular list of diseases. Commonwealth of Australia 2008, Sixth Edition). Razvil jo je Nacionalni center za klasifikacijo v zdravstvu (NCCH) v sodelovanju odbora za standarde kodiranja ter skupine za klinično klasifikacijo in kodiranje. NCCH je bil ustanovljen januarja 1997 iz dveh centrov – Nacionalnega centra za kodiranje in Nacionalnega referenčnega centra za klasifikacijo v zdravstvu in ga sestavljata dva centra s sedežema v Sydneyu in Brisbanu v Avstraliji. MKB-10-AM temelji na najnovejših dognanjih kliničnih strokovnjakov, patologov, epidemiologov in statistikov iz javnega in zasebnega sektorja. NCCH usklajuje že od šeste revizije svoje periodične verzije s Svetovno zdravstveno organizacijo (SZO). Deseta revizija je začela nastajati leta 1983, sprejeta pa je bila leta 1989. Avstralsko modifikacijo je svetovalni odbor avstralskih ministrov potrdil leta 1998 in je od takrat postala avstralski standard za kodiranje obolevnosti v zdravstvenih storitvah skupaj z Avstralsko klasifikacijo zdravstvenih posegov (naslov izvirnika The Australian Classificaton of Health Interventions (ACHI). Tabular list of interventions. Commonwealth of Australia 2008, Sixth Edition) in Avstralskih standardov kodiranja (naslov izvirnika Australian Codding Standards for ICD-10-AM and ACHI. Commonwealth of Australia 2008, Sixth Edition). NCCH je zadolžen za razvoj, uvedbo in vzdrževanje MKB-10-AM. ICD-10-AM in ACHI sta klasifikacijska sistema, razvita kot že rečeno v Avstraliji, temeljita pa na MKB-10 SZO. Slovenski prevod MKB-10-AM, verzija 6 in Klasifikacija terapevtskih in diagnostičnih postopkov (KTDP, verzija 6) se v Sloveniji uporabljata od 1. januarja 2013 (1, 2). V Sloveniji je Nacionalni inštitut za javno zdravje (NIJZ) (bivši Inštitut za varovanje zdravja (IVZ)) dobil zaupane avtorske pravice za izdajo slovenske verzije. Uporabljamo pa še Standarde kodiranja – avstralska različica s slovenskimi dopolnitvami, ki predstavljajo izvleček iz knjig ACS za MKB-10-AM in ACHI s slovenskimi navodili in vsebujejo tudi podrobnejša navodila kodiranja Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS) (3). Posebej še ZZZS obdobno izdaja Navodilo za obračun, vprašanja in odgovori, kjer so zajeta vprašanja in odgovori na beleženje storitev za obračun v ambulantah in bolnišnicah (4).

Mednarodna klasifikacija bolezni (MKB)

MKB je sistem kategorij, v katerega uvrščamo bolezenske entitete v skladu z izbranimi merili. Uporabimo razvrščanje po različnih oseh, glede na namen uporabe. Klasifikacija bolezni mora zajeti celoten spekter bolezenskih stanj, za katero os oziroma kako globoko ali natančno bomo kodirali, pa je odvisno od tega, za kakšen namen bomo uporabljali podatke. Osnovni cilj je razvrščanje v skupine po sistemu, ki najbolj ustreza splošnim epidemiološkim ciljem in vrednotenju zdravstvenega varstva. Zdravniške kode so bile prvotno zasnovane za dostop do informacij iz zdravniških evidenc, za raziskave, izobraževanje in administracijo, dandanes pa tudi za lažje plačevanje zdravstvenih storitev, določitev vzorcev uporabe in oceno primernosti stroškov zdravstvenega varstva. Kodiranje zagotavlja tudi podlago za epidemiološke študije in raziskave kakovosti zdravstvenega sistema. MBK-10-AM obsega tri knjige. V prvi je pregledni seznam bolezni (klasifikacija) in sorodnih zdravstvenih problemov na ravni treh, štirih ali petih kategorij. Poleg seznama vključuje še dve prilogi, Morfologijo neoplazem in Posebni seznam za prikaz umrljivosti in obolevnosti. Druga knjiga zajema navodila za izpolnjevanje potrdil o vzroku smrti in pravilno uporabo prve knjige. Tretja knjiga vsebuje indeks bolezni. Zajema diagnostične izraze, ki niso navedeni v preglednem seznamu, jih pa trenutno uporabljamo v klinični praksi (1). Indeksi bolezni in postopkov še niso v uporabi v Sloveniji (3).

Bolezni in stanja so razvrščena v poglavja, ta pa so razdeljena na sezname trimestnih kategorij. Večini bolezni in stanj lahko za natančnejšo opredelitev podelimo še četrto mesto oz. kodo, pri nekaterih pa se opis razčleni celo na peto kodo. Prvo mesto v kodi je črka, ki pomeni poglavje, nato sledita dve številki. Če uporabimo štiri ali petmestno koda, sta naslednji dve številki zapisani za piko. Primer petmestnega zapisa je O24.42 – Nosečnostna sladkorna bolezen, zdravljena z insulinom (1). Vedno kodiranje ni enostavno in ob uporabi originalne knjige bomo naleteli na najrazličnejše simbole, opombe, sklice, večkratne diagnoze ali multiplo kodiranje, ki nas praviloma pripeljejo do izbire pravilne kode oz. kod, včasih celo opomnijo na diferencialno diagnostiko. Zato vsaj v začetku kodiranja priporočam, da uporabljajte izvirnik. Ko se boste seznanili s pomenom kod, pa bo za vsakodnevno kodiranje zadostoval povzetek najpogostejših kod, ki jih uporabljate.
Prvi oz. osnovni pogoj za začetek kodiranja je opredelitev glavne diagnoze in nato še eventualnih dodatnih, spremljajočih diagnoz. Glavna diagnoza je tista, za katero po končani študiji popisa bolezni (končni analizi dokumentacije) menimo, da je bila v največji meri vzrok za obravnavo pacienta. Pri analizi upoštevamo podatke, pridobljene iz anamneze, ocene mentalnega statusa, posveta s specialistom, fizičnega pregleda, diagnostičnega testa in postopkov, kirurških postopkov, patoloških ali radioloških pregledov. Končna glavna diagnoza se lahko razlikuje od glavne diagnoze, podeljene ob začetni obravnavi ali sprejemu pacienta. Če je ne moremo postaviti, izberemo za glavno diagnozo glavno simptom, nenormalni izvid ali težavo. Dodatna diagnozo je bolezen ali stanje, ki je že obstajalo ob sprejemu v bolnišnico oz. na začetku nove obravnave ali pa je nastalo med bolnišnično obravnavo. Dodatno diagnozo pa beležimo le v primeru, če je pomembno vplivala na zdravljenje pacienta in/ali se je zaradi nje zapletlo zdravljenje. Sem spadajo tudi diagnoze, zaradi katerih se je spremenil začetek zdravljenja, potek zdravljena, diagnostični postopki ali pa je bila potrebna zahtevnejša zdravstvena nega ali dodatno spremljanje (3, 5).

Klasifikacija terapevtskih in diagnostičnih postopkov (KTDP)

Klasifikacija terapevtskih in diagnostičnih postopkov zajema postopke in posege, ki se izvajajo v javnih in zasebnih bolnišnicah, zdravstvenih domovih in ambulantah. Vključenih so zdravstveni posegi, ki se izvajajo v operacijskih sobah in izven njih. Klasifikacija temelji na Commonwealthovem programu Medicarovega seznama storitev (Medicare Benefits Schedule MBS)). Struktura klasifikacije postopkov temelji na anatomiji in ne na kirurgiji. Poglavja zaradi analogije sledijo naslovom poglavij v MKB-10. KTDP, verzija 2, je v Sloveniji v uporabi od leta 2004. Verzija 2 je vsebovala je seznam v slovenščino prevedenih nazivov kod. Verzija 6 je v Sloveniji v uporabi od januarja 2013. Obsega slovenski prevod tabelaričnega seznama postopkov, razlago in drobno besedilo. Tako kot MKB se tudi KTDP uporablja za podlago za epidemiološke študije in raziskave kakovosti zdravstvenega varstva. Tudi ti podatki se uporabljajo za lažje plačevanje zdravstvenih storitev (2). Beležimo postopke, ki so bili opravljeni za zdravljenje glavne ali dodatne bolezni ali stanja. Vrstni red se določi po pomembnosti terapevtskega ali diagnostičnega postopka. Kirurške postopke beležimo in kodiramo pred nekirurškimi. Določanje zaporedja postopkov ne vpliva na razporeditev po skupinah primerljivih primerov (3). KTDP je strukturirana okrog glavne osi, ki predstavlja anatomsko mesto (prva raven). Druga raven oz. os je vrsta postopka. Postopki si sledijo od najmanj invazivnega do najbolj, npr. pregled, aplikacija, vstavitev, odstranitev, incizija, destrukcija, ekscizija, redukcija, popravilo, rekonstrukcija, revizija, reoperacija in drugi posegi. Tretja raven oz. os sklopov ali blokov je strukturirana glede na specializacijo in je namenjena za pomoč koderjem pri iskanju kod po nazivih in jih ne podeljujemo pri kodiranju. Nekatera poglavja odstopajo od splošnega formata. Sem spada tudi poglavje obporodnih postopkov. Glavna os se nanaša na nosečnost, na primer, predporodni postopki, postopki med porodom, porod itd. Druga os se nanaša na vrsto postopka. Posegi in postopki so zapisani v obliki sedmih številk, zadnji dve sta ločeni s pomišljajem (2).

Standardi kodiranja – avstralska različica 6, slovenske dopolnitve

Dokument Standardi kodiranja – avstralska različica, slovenske dopolnitve obsegajo avstralske nacionalne standarde, ki jih je razvil NCCH in ki zagotavljajo smernice za uporabo kod MKB-10-AM in KTDP ter vključujejo slovenske dopolnitve. Slovenske dopolnitve so posebej označene in vsebujejo podrobnejša navodila kodiranja ZZZS. V bistvu je dokument pomoč pri kodiranju in vsebuje poleg razlag o pravilnem kodiranju, ki so delno zabeležena tudi v temeljih knjigah MKB-10-AM in KTDP, še veliko število primerov (3). Pri ambulantnem delu za beleženje diagnoz prav tako uporabljamo MKB-10-AM. Za beleženje storitev na primarni ravni pa so skupine postopkov in posegov pretvorjene v količnike. Na primer iz KTDP je vstavitev materničnega vložka zapisana kot 35503-00, v ambulantnem delu pa kot K1022 in spada v skupino posegov III, za katere je dodeljenega 3,9 količnika. Seznam posegov s količniki objavlja ZZZS (6).

Beleženje storitev in posegov po porodu doma

Osnovno pravilo za beleženje storitev in posegov je, da beležimo to, kar opravimo. Pri porodih na domu torej beležimo le storitve, ki jih opravimo, če ali ko se porodnica oglasi v zdravstveni ustanovi. Če ženska rodi pred sprejemom v bolnišnico in med sprejemom ni bil izveden noben operativni postopek, povezan s porodom, in pri materi ni nobenih zapletov v poporodnem obdobju, vpišemo kodo Z39.0_ – Oskrba in pregled takoj po porodu. Možnosti so naslednje:

- Z39.0 Oskrba in pregled takoj po porodu
- Z39.00 Poporodna oskrba in pregled, neopredeljeno
- Z39.01 Poporodna oskrba po porodu v porodnišnici
- Z39.02 Poporodna oskrba po načrtovanem porodu zunaj porodnišnice
- Z39.03 Poporodna oskrba po nenačrtovanem porodu zunaj porodnišnice
- Z39.1 Oskrba in pregled doječe matere.

Iz MKB klasifikacije lahko, kot je razvidno zgoraj, opredelimo, ali je šlo za načrtovani ali nenačrtovani porod zunaj porodnišnice.

Če pa pride pred sprejemom do zapleta, se kot glavna diagnoza kodira zaplet in ne kategorija Z39.0_, se pa ta koda vpiše kot dodatna diagnoza. Če je rodila doma in je prišlo do raztrganin porodne poti, ki smo jih šivali, podelimo šifro raztrganine in postopka. Odrgnin in raztrganin, ki jih ne šivamo, ne kodiramo. Primer:

- O70.0 Poškodba presredka 1. stopnje
- 90481-00 Šivanje rupture presredka 1. in 2. stopnje.

Med kompetencami diplomiranih babic je tudi izvajanje epiziotomije med normalnim porodom (7). Kodiranje šivanja epiziotomije je enako, ne glede na to, ali je bila epiziotomija opravljena in zašita po produ v porodnišnici ali doma. Primer:

- O34.7 Brazgotinast, nerazteglјiv presredek
- 90472-00 Epiziotomija

Pri šivanju epiziotomije, razširjene z raztrganino, pa je ob kodi za šivanje epiziotomije potrebna še dodatna koda za šivanje raztrganine, saj je v takšnih primerih raztrganina navadno še hujša in pogosto potrebuje po porodu porodnica še dodatno nego.

Primer:

- O34.7 Brazgotinast, nerazteglјiv presredek
- 90472-00 Epiziotomija
- O70.3 Poškodba presredka 3. in 4. stopnje
- 16573-00 Šivanje raztrganin perineja 3. in 4. stopnje

V primerih, ko se je presredek začel med porodom trgati in smo opravili epiziotomijo za preprečitev hujših poškodb, pa je potrebna le ena koda za MKB diagnozo in postopek (034.7 + 90472-00), kot pri primarno opravljeni epiziotomiji.

Če je bolnica premeščena v bolnišnico po porodu, da bi spremljala bolnega otroka, in je deležna običajne poporodne oskrbe, vpišemo ustrezno kodo iz Z39._. Običajno je to koda za oskrbo doječe matere Z39.1.

Poporodno obdobje traja 42 dni po rojstvu. Vsi sprejemi ali obravnave zaradi težav z laktacijo pa se še do 12 mesecev po rojstvu kodirajo znotraj poglavja 15 - Nosečnost, porod in poporodno obdobje, kasneje pa izven tega poglavja. Na primer mastitis pri materi, ki se pojavi 18 mesecev od poroda kodiramo z N61 - Vnetja dojke, do 12 mesecev pa z ustrezno O91._ kodo, Vnetja dojke, povezane s porodom (3).

Po porodu na domu se bomo, če ne bo zapletov, po navadi srečali s pacientko šele na prvem pregledu po porodu v dispanzerski ginekološki ambulanti. Samo beleženje je enako kot porodu v porodnišnici. Beležimo Z39.2 - Rutinsko poporodno spremljanje in storitev K1005 - Preventivni ginekološki pregled, če ne odkrijemo patologije in K1006 - Preventivni ginekološki pregled z odkrito patologijo, če odkrijemo bolezensko stanje. Beležimo tudi vse druge pridružene storitve, če smo jih opravili, npr. odvzem brisa na malignosti iz preventivnega namena (K1012), kontracepcijsko svetovanje (K1010) ipd. (6).

Primeri pravilnega beleženja (iz Standardov kodiranja)
Pacientka je sprejeta v porodnišnico s poporodnim endometritisom sedem dni po porodu. Vzročni organizem je skupina A β-hemolitični streptokok piogenes. Kodiramo:

- O85 Poporodna sepsa (glavna diagnoza)
- N71.9 Vnetna bolezen maternice, neopredeljena (koda mesta vnetja)
- B95.0 Streptokok, skupina A, kot vzrok bolezni, uvrščenih drugje (koda povzročitelja)
- Z39.01 Poporodna oskrba po porodu v porodnišnici.

Pacientka je sprejeta s poporodno pljučno embolijo, pred enim tednom je rodila v drugi porodnišnici. Kodiramo:

- O88.2 Porodna embolija s krvnimi strdki (glavna diagnoza)
- Z39.02 Poporodna oskrba po načrtovanem porodu zunaj porodnišnice.

Če pa se je zgodil poporodni zaplet v isti hospitalizaciji, pa se Z39.0 ne vpiše.

Spontani porod v medenični vstavi enojčka s poporodno pljučno embolijo (v isti hospitalizaciji) kodiramo:

- O32.1 Oskrba matere pri medenični vstavi (glavna diagnoza)

- O88.2 Porodna embolija s krvnimi strdki (prva dodatna, ne glavna diagnoza!)
- Z37.0 Živorojen enojček (druga dodatna diagnoza).

Zaključek

Za objektivno analizo našega vsakdanjega dela, ne le finančnega ampak tudi strokovnega, je potrebno dosledno beleženje podeljenih diagnoz in opravljenih posegov in storitev. Pogosto nam je to ne bodi ga treba delo ob koncu obravnave bolnika, a zavedati se moremo, da je analiza le toliko natančna, koliko so natančni zbrani podatki. Podatke lahko beležimo seveda na najrazličnejše načine in oblike. Za dolgoročno sedenje, primerjavo in računalniško obdelavo pa je najbolj primerno kodiranje. Za mednarodno primerjavo so najboljše mednarodno sprejete klasifikacije in Slovenija uporablja mednarodno sprejeto klasifikacijo MKB-10-AM in KTDP. Klasifikacije so žive in se glede na razvoj medicine temu primerno spreminjajo in posodabljajo, vpliv na kvaliteto in razvoj klasifikacije pa imamo prav vsi uporabniki. Po porodu na domu se, če je le ta potekal brez zapletov, s pacientko srečamo na rednem preventivnem poporodnem pregledu v dispanzerski ginekološki ambulanti. Obravnava in beleženje storitev je v tem primeru enaka, kot če bi rodila v porodnišnici. Ko pa v primeru zapletov poišče po porodu doma zdravstveno oskrbo, nam MKB-10-AM omogoča ločevanje med načrtovanim in nenačrtovanim porodom zunaj porodnišnice.

Literatura

1. Mednarodna klasifikacija bolezni in sorodnih zdravstvenih problemov za statistične namene, avstralska modifikacija. Pregledni seznam bolezni. Šesta izdaja. Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije, Ljubljana.
2. Klasifikacija terapevtskih in diagnostičnih postopkov, avstralska modifikacija, verzija 6. Tabelarični seznam postopkov. Nacionalni inštitut za javno zdravje, Ljubljana.
3. Standardi kodiranja – avstralska različica 6, slovenske dopolnitve, verzija 7. Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije, Nacionalni inštitut za javno zdravje in Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije. Veljavnost od 1. januarja 2018.
4. Navodila za obračun, vprašanja in odgovori, št. 2/2017. Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije. [cited 2017 Nov 6] Dosegljivo na:
http://www.zzzs.si/ZZZS/info/egradiva.nsf/NAVZAEZTS?OpenView&count=1000 .
5. SPP skupine primerljivih primerov. Vprašanja in odgovori o sistemu razvrščanja bolnišničnih obravnav (SPP) in financiranju bolnišnic. Inštitut za varovanje zdravja RS, marec 2008.
6. Navodila ZZZS (spletna povezava) Sklep o načrtovanju, beleženju in obračunavanju zdravstvenih storitev. Ljubljana, 18. oktober 2017. .[cited 2017 Dec 9] Dosegljivo na:
http://www.zzzs.si/ZZZS/info/egradiva.nsf/Search?SearchView&Query=Sklep%20o%20na%u010Drtovanju%2C%20bele%u017Eenju%20in%20obra%u010Dunavanju*&SearchOrder=0&Count=1000&SearchWV=FALSE&SearchFuzzy=FALSE
7. Direktiva Evropskega parlamenta in sveta 2005/36/ES z dne 7. septembra 2005 o priznavanju poklicnih kvalifikacij. Uradni list Evropske unije, L255/123.[cited 2017 Dec 9] Dosegljivo na:
http://www.ccbe.eu/fileadmin/speciality_distribution/public/documents/Directives/2005-36-EC/SL_CELEX_32005L0036_SL_TXT.pdf

Publikacije 1, 2 in 3 so dostopne tudi na spletni strani http://eknjiga.ezdrav.si/.

SPONZORJI SREČANJA

ALTAMEDICS D.O.O.

BAYER D.O.O.

GEDEON RICHTER D.O.O.

LEK FARMACEVTSKA DRUŽBA D. D.

MEDIAS INTERNATIONAL D.O.O.

MEDINOVA D.O.O.

MEDIS D.O.O.

MEDICINSKA FAKULTETA UNIVERZE V MARIBORU

NU GEN D.O.O.

UNIVERZITETNI KLINIČNI CENTER MARIBOR