



Foto © Evelyn Gomes dos Anjos (evelynangelfotografia@gmail.com).

Evropské standardy pro porodní domy a centra



Úvodní slovo

Vítáme vznik těchto standardů týkajících se filozofie a organizace péče poskytované porodními asistentkami v porodních centrech a domech po celé Evropě.

V současnosti již existuje přesvědčující a rozšiřující se množství důkazů, že kontinuální péče vedená porodními asistentkami je pro zdravé ženy s hladce probíhajícím (nekomplikovaným) těhotenstvím v prostředí s dobře vyškolenými porodními asistentkami a dobrým zdravotním systémem zvláště vhodná. Na základě těchto zjištění jsou zaváděny příslušné postupy v jednotlivých zemích i po celém světě. Zpětná vazba žen také ukazuje, že tam, kde existuje dobře fungující systém předávání do následné péče, přináší péče porodní asistentky mimo nemocniční prostředí pozitivnější zkušenost s těhotenstvím a porodem než je tomu u žen, které využívají u porodu péči nemocniční. Jsou také zaznamenávány lepší výsledky u zdravých žen jakékoliv parity a srovnatelné perinatální výsledky, zejména u druhých a dalších porodů. Tato zjištění se odrážejí také v dokumentech a doporučeních na státních úrovních.

V celosvětovém měřítku je však stále k dispozici příliš málo porodních domů a center vedených porodními asistentkami s potřebnou podporou a finančními zdroji, což možnost poskytování optimální, důsledné, vysoce kvalitní, bezpečné a nákladově efektivní péče o ženy a jejich děti omezuje.

Blahopřejeme Evropské síti porodních domů a center (Midwifery Unit Network – MUNet), že se ujala vypracování těchto standardů za použití inkluzivní spolupracující koproduktivní metody.

Rádi bychom vyzvali profesionální organizace i jednotlivé vedoucí představitele, aby tento nástroj využili v rámci místního zlepšování kvality, a aby převzali iniciativu ke změně porodní péče k lepšímu.

Soo Downe
Profesorka porodní asistence
University of Central Lancashire

Franka Cadée
Prezidentka ICM
International Confederation
of Midwives

Jacky Nizard
Profesor gynekologie a porodnictví
Sorbonne Université, Paris, France
Prezident
European Board and College of
Obstetrics and Gynaecology

Evropské standardy pro porodní domy a centra

Vytvořily Midwifery Unit Network (MUNet) a City, University of London.

Schváleno:

Evropská asociace porodních asistentek (EMA)

Autoři:

Lucia Rocca-Ihenacho
Laura Batinelli
Ellen Thael
Juliet Rayment
Mary Newburn
Christine McCourt

Financováno:

National Institute for Health Research
The Royal College of Midwives
City, University of London

**Tyto standardy přesně odpovídají
doporučení NICE o intrapartální péči
o zdravé ženy a děti. Podporují také
prohlášení 1 ve standardu kvality NICE
pro intrapartální péči.**

**National Institute of Health and Care
Excellence**

říjen 2019

© Copyright City, University of London, 2018–2019.
Published by the Midwifery Unit Network Limited under licence from City, University of London.

© Copyright City, University of London, 2018–2019.
Vydala Midwifery Unit Network Limited v licenci City, University of London
Upravená verze 4,
červenec 2020.

České vydání
© Asociace pro porodní domy a centra, 2021.

ÚVOD ASOCIACE PRO PORODNÍ DOMY A CENTRA K ČESKÉMU VYDÁNÍ

Je nám potěšením a milou povinností Vám předložit
Evropské standardy pro porodní domy a centra.

Od doby, kdy se APODAC stal v roce 2016 součástí Midwifery Unit Network – MUNet (Evropské sítě pro porodní domy a centra), rozvíjíme vzájemnou spolupráci. Bylo nám ctí být přizváni a aktivně se podílet na tvorbě těchto Evropských standardů.

V současné době v České republice postupně vznikají první porodní centra v rámci nemocnic a vznik samostatných porodních domů je dlouhodobě poptáván. Samostatná a kontinuální péče porodních asistentek o ženy během těhotenství, porodu a po porodu získává větší prostor. Je nám ctí se na této změně podílet a velmi vítáme rozšiřování možností porodní péče směrem ke světovému trendu zvyšování respektu k ženám, kvality i bezpečnosti péče.

Jak mohou Standardy v těchto začátcích pomoci?

V momentě, kdy u nás vznikají nové podoby péče, vnímáme jako klíčové, abychom stavěli na pevném a kvalitním základě. Tímto základem bezesporu Evropské standardy pro porodní domy a centra jsou. Rámují péči v porodních domech a centrech, vytváří a doplňují doporučení, která jsou upravována na regionálních úrovních a zasazována do kontextu možností daných zemí. Standardy se nyní překládají do dalších jazyků napříč Evropou. Věříme, že příležitost přivést porodní asistenci k samostatnosti a na světovou úroveň bude v České republice využita. I k tomu může aplikace těchto standardů přispět.

Překlad:

*Marie Rumlenová
Petra Ann Kovaříčková
Natalie Sedlická*

Odborná redigace překladu:

Elizabet Kovačeva

Kontrola obsahu s ohledem na odborný jazykový kontext:

Barbora Březinová

Odborná redigace Přílohy I. :

Markéta Pavlíková

Grafická úprava české verze:

Lucie Andělová

Evropské standardy pro porodní domy a centra jasně vymezují filozofii a typ poskytované péče, způsob fungování porodního centra a porodního domu. Dávají doporučení k personálnímu zastoupení, komunikaci s veřejností, monitorování kvality péče, systému celoživotního vzdělávání a dalším oblastem. Porodní centra i porodní domy jsou specifická způsobem poskytované péče i systémem uspořádání, klasický nemocniční systém zde není aplikovatelný. K orientaci v této situaci slouží standardy, které držíte v rukou. Standardy vznikly díky zapojení mnoha odborníků z celé Evropy, respektují všechny zúčastněné profese, vyzdvihují autonomii ženy a nastavují vzájemnou spolupráci. Evropské standardy považujeme za zásadně důležitý nástroj k nastavení kvalitní péče v porodních domech i centrech.

Martin Nemrava

Předseda správní rady APODAC

Natalie Sedlická

Členka správní rady APODAC

Petra Ann Kovaříčková

Manažerka vzdělávání APODAC

Marie Rumlenová

Koordinátorka vzdělávání APODAC



**ASOCIACE
PRO PORODNÍ DOMY
A CENTRA**

PŘEDMLUVA RADKY WILHELMOVÉ (MUNI)

Porodní asistentka poskytující péči ženě v těhotenství a během porodu se stává nedílnou součástí jejího životního příběhu. Žena nikdy nezapomene na porodní asistentku, která jí byla podporující a moudrou průvodkyní na cestě k mateřství...

Profese porodní báby je stará jako lidstvo samo. Historicky porodní báby, babičky či porodní asistentky u nás poskytovaly samostatně odbornou péči těhotným a rodícím ženám i šestinedělkám a novorozencům v různém, zejména domácím prostředí. Právě prostředí hraje významnou roli pro zachování fyziologie těchto křehkých, hormonálně podmíněných procesů. Pozitivně je může nejlépe podpořit přítomnost známé blízké osoby a přátelský objímající prostor, připomínající ženě její vlastní sociální prostředí, které u ní snižuje míru stresu a navozuje pocity bezpečí a jistoty.

Vycházejí ze své profesní i osobní životní zkušenosti s velkou radostí vítám počin překlada Evropských standardů pro porodní domy a centra. Vidím v něm základní stavební kámen, který umožní existenci porodních domů i center také u nás. Tato varianta dá ženám možnost volby a výběru příjemného a současně bezpečného a profesionálně zajištěného místa porodu a porodním asistentkám v nich pracujícím umožní profesní seberealizaci prostřednictvím poskytování kvalitní, bezpečné a lidsky odborné péče, která má jasná pravidla a opírá se o nejnovější poznatky EBM.

Předložené standardy vycházejí z holistické filozofie poskytování zdravotnické péče v oboru porodní asistence, v jejímž centru stojí žena a dítě s jejich potřebami. Standardy umožní přijímat ženám rozmanitou péči podporující fyziologii těhotenství a porodu, péči povzbuzující aktivní přístup ženy a respektující její autonomii, péči individuálně šitou každé ženě na míru.

Péče poskytovaná ženě a jejímu dítěti v duchu celostního přístupu pak probíhá v atmosféře partnerského vztahu, vzájemného respektu a spolupráce poskytovatele a příjemce péče a umožní prožít si pozitivně transformativní těhotenskou a porodní zkušenost, kterou si zaslouží dostat každá žena.

Všem, kteří se rozhodnou jít touto u nás zcela novou cestou přejí nejenom hodně odvahy, síly a vytrvalosti, ale také lásky a radosti z dobře odvedené práce...

PhDr. Radka Wilhelmová, Ph.D., RM

Masarykova univerzita, Lékařská fakulta, Brno
Katedra porodní asistence a zdravotnických záchranářů

Brno, 2019

OBSAH

Shrnutí	6
Seznam témat a standardů	7
Pozadí vzniku standardů	8
Co je porodní centrum a porodní dům?	9
Jaká je filosofie péče v porodním domě a centru?	10
Proč byly standardy vytvořeny?	10
Komu jsou standardy určeny?	10
Jak lze standardy uplatnit v různých evropských zemích?	11
Co když v kultuře neexistuje koncept porodních domů/center?	11
Kdy budou standardy revidovány?	11
Téma 1 – Bio-psycho-sociální model péče	12
Téma 2 – Rovnost, rozmanitost a sociální začlenění	13
Téma 3 – Práce napříč profesními a fyzickými hranicemi	14
Téma 4 – Průběh péče o ženu	15
Téma 5 – Personální obsazení a pracovní vytížení	16
Téma 6 – Znalosti, dovednosti a vzdělávání	17
Téma 7 – Prostředí a vybavení	19
Téma 8 – Autonomie a důvěryhodnost	21
Téma 9 – Vedení	22
Téma 10 – Klinické řízení	24
Zdroje	28
Příloha 1 – Metody použité při tvorbě Standardů	31
Příloha 2 – Poděkování	34

SHRNUTÍ

Důležitým aspektem zavádění porodní péče založené na důkazech je rozšíření této péče o pracoviště porodní asistence a jejich širší zpřístupnění ženám.

(Renfrew a kol., 2014; Miller a kol., 2016; WHO, 2016).

Síť porodních domů a center (MUNet) a Evropská asociace porodních asistentek (EMA) spolupracují na ovlivňování a zavádění změn v zásadách porodní péče týkající se bezpečnosti a zdraví žen a jejich dětí a dostupnosti porodní péče založené na důkazech.

Jedním z cílů MUNet je propagovat a podporovat zavádění, rozvoj a růst porodních domů a center vedených porodními asistentkami, které poskytují holistickou péči ženám a jejich rodinám po celé Evropě. Předpokládáme, že porodní centra se stanou hlavními poskytovateli péče pro zdravé ženy s fyziologickým těhotenstvím. Pro bezpečné rozšiřování porodních center po celé Evropě jsou nezbytné standardy kvality.

Vytvoření standardů pro porodní domy a centra je prvním společným výsledkem spolupráce mezi MUNet a EMA. Tyto standardy byly vyvinuty tak, aby provedly porodní asistentky, manažery a úředníky v celé Evropě při tvorbě i rozvoji porodních domů a center. Zaměřují se na filozofii péče a organizaci služeb.

Cílem standardů pro porodní domy a centra je zlepšit kvalitu péče pro těhotnou ženu, snížit variabilitu postupů a usnadnit bio-psycho-sociální model péče. Standardy reagují na nedostatek návodných postupů pro zakládání porodních domů a center (jak v rámci nemocnice, tak v prostředí primární péče).

Standardy byly vyvinuty rozsáhlou inkluzivní koprodukční metodou založenou na důkazech. Podrobné informace o metodice naleznete v Příloze 1.

V souhrnu se jednalo o následující kroky:

- 1) V období od ledna 2017 do října 2017 proběhla systematická revize a syntéza kvalitativních důkazů o poskytování kvalitní péče v porodních domech a centrech.
- 2) Byla provedena Delfská studie za použití jasných odborných kritérií, které zahrnovaly dva online průzkumy se 122 pozvanými odborníky a celkovou mírou odpovědí 48 %. První část průzkumu byla zahájena v květnu 2017 a druhá v únoru 2018.
- 3) Vznikly polo-strukturované rozhovory s vedoucími služeb špičkových porodních domů a center vedených porodními asistentkami za účelem rozšíření témat, která nebyla dostatečně zastoupena.
- 4) Výsledky rozhovorů byly začleněny do otázek Delfské studie.
- 5) Proběhlo několik zasedání zúčastněných stran, jejichž cílem bylo projít výchozí body a posléze i návrh Standardů v každé klíčové fázi vývoje. První zasedání zúčastněných stran se konalo v Londýně a druhé na Mezinárodní konferenci porodních asistentek v Torontu v červnu 2017. V prosinci 2017 se v Londýně uskutečnilo třetí setkání zúčastněných stran.
- 6) Recenzní řízení (peer review) byla provedena 12ti interdisciplinárními evropskými zúčastněnými stranami.

Téma 1	Bio-psycho-sociální model péče
Standard 1	Porodní centrum/dům má sepsanou a zveřejněnou filosofii péče, která nastavuje sdílené hodnoty a přesvědčení
Téma 2	Rovnost, rozmanitost a sociální začlenění
Standard 2	Porodní centrum/dům vedený porodními asistentkami má vypracované postupy týkající se respektu, rozmanitosti a začlenění.
Téma 3	Práce napříč profesními a fyzickými hranicemi
Standard 3	Je zde společný písemný závazek k vzájemné úctě a mezioborové spolupráci v rámci všech služeb poskytovaných ženám a dětem
Standard 4	Porodní centrum/dům je propojen/o s vedoucí porodní asistentkou, porodníkem a neonatologem
Standard 5	Zásady a postupy pro přesun jsou zcela jednoznačné
Téma 4	Průběh péče o ženu
Standard 6	Porodní centrum/dům se zavazuje k filozofii poskytování informací co nejdříve a ponechání otevřeného prostoru pro rozhodování
Standard 7	Porodní centrum/dům je střediskem integrovaným do prostředí místní komunity
Standard 8	Porodní centrum/dům nabízí personalizovanou a individualizovanou péči všem ženám
Standard 9	Porodní centrum/dům má jasně definované způsoby předávání péče
Téma 5	Personální obsazení a pracovní vytížení
Standard 10	Základní personální obsazení sestává z hlavního týmu pracovníků centra/domu a vedení centra/domu složeného z porodních asistentek, kteří propagují vysoké standardy, vlastnický pocit odpovědnosti a patřičnou filozofii péče.
Standard 11	Zhodnocení pracovního vytížení by mělo zahrnovat veškeré činnosti v rámci porodního centra/domu, nejen péči během porodu a počet porodů.
Téma 6	Znalosti, dovednosti a vzdělávání
Standard 12	Existuje dohodnutý písemný seznam znalostí a dovedností vyžadovaných od porodní asistentky pro práci v porodním centru/domě
Standard 13	Porodní centrum/dům má plány pro vzdělávání a soustavný profesní rozvoj
Standard 14	Porodní centrum/dům poskytuje prostor pro zaučení a seznámení
Téma 7	Prostředí a vybavení
Standard 15	Porodní centrum/dům nabízí prostředí, které podporuje bio-psycho-sociální model péče a rozvoj vztahů
Standard 16	Porodní centrum/dům nabízí prostředí, které podporuje mobilizaci a aktivní porod
Standard 17	Porodní centrum/dům nabízí prostředí, které chrání a podporuje relaxaci, soukromí a důstojnost
Standard 18	Uspořádání a design porodního centra/domu vyjadřují hodnoty bio-psycho-sociálního modelu péče
Standard 19	Porodní centrum/dům je v komunitě viditelný a přístupný
Téma 8	Autonomie a důvěryhodnost
Standard 20	Porodní centrum/dům má postupy, které jasně uznávají autonomii a důvěryhodnost porodní asistentky
Standard 21	Porodní centrum/dům má postupy, které uznávají autonomii ženy
Téma 9	Vedení
Standard 22	V rámci porodního centra/domu funguje viditelné a konzistentní vedení
Standard 23	Porodní centrum/dům má vysoce kvalitní, transformativní vedení
Standard 24	Existuje multidisciplinární a uživatelská poradní skupina, která stanovuje vizi porodního centra/domu
Téma 10	Klinické řízení
Standard 25	Porodní centrum/dům má pokyny, zásady a doporučené postupy založené na důkazech podléhající pravidelnému přezkoumávání
Standard 26	Porodní centrum/dům má pokyny ohledně kritérií způsobilosti k porodu a volby místa porodu
Standard 27	Porodní centrum/dům se zavazuje ke kontinuálnímu zlepšování
Standard 28	Porodní centrum/dům má propracovaný informační systém
Standard 29	Porodní centrum/dům plánuje svou komunikaci a marketing

POZADÍ VZNIKU STANDARDŮ

Každoročně porodí napříč Evropskou unií více než pět milionů žen. I přes značné zlepšení perinatální péče přetrvávají v členských státech Evropské Unie (EU) nerovnosti v dostupnosti zdravotní péče pro ženy, včetně významné variace v jejím poskytování (EBCOG, 2014), praxi i výsledcích (Macfarlane a kol., 2016). Zvýšení implementace péče založené na důkazech (tj. „evidence-based“) a snížení rozdílů by vedlo ke zlepšení výsledků veřejného zdraví. Je také důležité respektovat lidská práva žen a reagovat na výzkumná zjištění týkající se jejich spokojenosti. Vývojové kroky v porodní péči je v současnosti třeba plánovat v kontextu omezených ekonomických a lidských zdrojů pro rozvoj zdraví (Macfarlane a kol., 2016). Důležitou součástí implementace péče založené na důkazech je i rozšíření pracovišť porodní asistence a zpřístupnění tohoto typu péče více ženám (International Confederation of Midwives, 2011; Renfrew a kol. 2014; WHO a UNFPA, 2014; Miller a kol., 2016; WHO, 2016).

Globální strategické směrnice pro posílení ošetřovatelství a porodní asistence v období 2016-2020 (WHO, 2016) zdůrazňují, že porodní asistentky mohou poskytovat 87 % potřebné základní péče o ženy a novorozence, jsou-li vzdělávány a regulovány podle mezinárodních standardů, a jsou také nákladově nejefektivnějšími poskytovateli zdravotní péče pro těhotné ženy. Evropa má velký počet dobře vzdělaných porodních asistentek, nachází se tedy v dobrém postavení pro další rozvoj poskytování jejich péče v krátkodobém a střednědobém horizontu.

Dokument „Globální strategie pro zdraví žen, dětí a adolescentů“ (Kuruvilla a kol., 2016), který byl zveřejněn v roce 2015, nastavil ambiciózní cíle zlepšení zdraví žen v souladu s cíli trvale udržitelného rozvoje („Sustainable Development Goals“ – SDGs). Ty byly seskupeny v rámci tří témat: 1) Přežití (zamezení předvídatelným úmrtím), 2) Prosperování (podpora zdraví a „wellbeing“ – tj. celkové pohody/spokojenosti), 3) Přeměna (rozšíření podporujících prostředí). Porodní asistentky jsou stěžejním zdrojem pro dosažení všech těchto cílů.

V únoru 2018 vydala Světová zdravotnická organizace (WHO) doporučení ohledně potřeby více holistického přístupu v rámci porodní péče. Hovoří o tom, že kromě poskytování klinicky efektivní porodní péče „je třeba udělat více pro to, aby žena vnímala svou prožitou porodní zkušenost jako bezpečnou a komfortní“ (WHO, 2018).

Tato zpráva shledává, že medikalizace porodu, což je výraz popisující běžné používání lékařských zásahů k nastartování, urychlování, regulování nebo monitorování těhotenství a porodu, zřejmě podlamuje sebevědomí žen a jejich schopnost porodit a potenciálně oslabuje to, co má být „pozitivní zkušeností, která člověku změní život“. Zpráva doporučila nutnost soustředit se na poskytování respektující péče, emocionální podpory, kontinuity vztahů s poskytovateli péče, povzbuzování k pohybu a další opatření k řešení tohoto problému (WHO, 2018). Prohlášení světové organizace The White Ribbon Alliance hovoří o konceptu „respektující perinatální péče“, který nastavuje univerzální práva těhotných a rodičích žen a zdůrazňuje důležitost této respektující péče a autonomie žen (White Ribbon Alliance, 2012). Mnohé z těchto postupů a principů jsou základem hodnot péče v porodních domech a centrech.

Mezinárodní konfederace porodních asistentek (The International Confederation of Midwives – ICM) vytvořila mnoho hodnotných globálních standardů k tématům jako například vzdělávání porodních asistentek, hodnocení kapacity a kompetencí (International Confederation of Midwives, 2013), nicméně doposud neexistovaly žádné specifické standardy pro porodní centra/domy.

1

V anglické terminologii se setkáváme s výrazem „midwifery units“ – „jednotky vedené porodními asistentkami“, který se používá pro oba kontexty – jak samostatně stojícího porodního domu, tak přidruženého porodního centra.

V českém kontextu se začaly hojně vyskytovat a používat termíny „porodní centrum“ (PC) a „porodní dům“ (PD). „Porodní centrum“ případně „Centrum porodní asistence“ jako oddělení uvnitř nemocnice (ať již zcela či částečně oddělené nebo integrované v porodnici) a „porodní dům“ jako komplex stojící samostatně mimo nemocnici, všechny s případnou navazující následnou péčí.

Pro účely našeho překladu a porozumění standardům v místním kontextu používáme tyto termíny PC a PD v místech, kde se nejvíce hodí či dávají co možná nejpráhlednější smysl. V některých případech pak používáme univerzálně pouze termín PC pro oba případy, pokud to odpovídá originálnímu textu nebo zpřehledňuje text. Současně chceme zdůraznit, že PC i PD jsou v podstatě shodná zařízení vedená porodními asistentkami a hlavní podstatný rozdíl je v jejich umístění v nemocnici nebo mimo ní (viz definice dále). – Pozn. APODAC.

CO JE PORODNÍ DŮM A PORODNÍ CENTRUM?

V některých evropských zemích včetně Anglie, Walesu a Skotska mají porodní centra, komunitní praxe a porodní domy vedené porodními asistentkami dlouholetou tradici. Než se nemocniční porod stal běžnou praxí, byla porodní centra v komunitním prostředí vedle porodu doma převládající formou péče.

Navzdory chybějícím důkazům však bylo od sedmdesátých let minulého století ženám v mnohých evropských zemích doporučováno родit v nemocnici a mnoho porodních center bylo zavřeno. Po první revizi intrapartální péče zadal Národní institut pro zdraví a klinickou excelenci (National Institute for Health and Clinical Excellence, 2007) k vypracování rozsáhlou národní kohortní studii určenou k tomu, aby se zaměřila na otázky bezpečnosti a ekonomických výdajů v Anglii (Brocklehurst a kol., 2011).

Tato studie zjistila, že u zdravých žen s nekomplikovaným těhotenstvím je porodní péče započatá v porodním centru (jak v komunitním, tak v nemocničním prostředí), s případným přesunem na porodní oddělení dle potřeby, spojena s menším množstvím intervencí i mateřské morbidity. Výsledky týkající se zdraví novorozenců se nelišily od novorozenců u srovnatelných žen, které obdržely kompletní intrapartální péči na porodním oddělení nemocnice (Brocklehurst a kol., 2011).

NICE revidoval pokyny pro intrapartální péči po zveřejnění podrobnějších důkazů o místech porodu (National Institute for Health and Care Excellence, 2014). Revidovaná doporučení zdůrazňují, že porod je velice bezpečný jak pro ženu, tak pro dítě v případě vícerodiček i prvorodiček, pokud prochází hladce probíhajícím těhotenstvím. NICE doporučuje, aby tyto ženy byly podporovány v plánování porodu v porodním domě nebo v porodním centru, neboť je to „pro ně zejména vhodné, protože

množství zásahů je nižší a výsledky jsou srovnatelné s porodním oddělením nemocnice“ (NICE, 2014).

Také zkušenosti žen týkající se péče byly pozitivnější, když o ně bylo pečováno v prostředích porodního centra (Overgaard, Fenger-Gron a Sandall, 2012; Macfarlane a kol., 2014a, 2014b). Také ekonomické zhodnocení cest komparativní péče u žen bez těhotenských komplikací dospělo k závěru, že porodní centra (jak v komunitě, tak v nemocnici) jsou levnější a nákladově efektivnější než péče na porodním oddělení nemocnice (Schroeder a kol., 2011).

Scarf a kol. (2018) shrnuli, že poskytování péče v prostředí vedeném porodními asistentkami by mělo být rozšířeno a systém by měl podporovat změnu, včetně zavedení školení zaměstnanců a jejich odborného vedení.

Klinická doporučení pro péči o ženy v porodních centrech a integrace těchto porodních center do služeb porodní péče (včetně zahrnutí vládních opatření, postupů pro přesun, a doporučení pro hodnocení a péči v průběhu porodu) se nachází v klinických doporučeních NICE – CG 190 „Intrapartální péče pro zdravé ženy a děti“, které jsou tím také klíčovým zdrojem. Jsou průvodcem pro NHS v Anglii a věříme, že i užitečnou příručkou pro informování o praxi v dalších zemích Evropy.

DEFINICE

Porodní dům a porodní centrum (PD a PC – angl. Midwifery unit – MU) je „místo, které nabízí porodní péči zdravým ženám s hladce probíhajícím těhotenstvím, v němž za tuto péči zodpovídají primárně porodní asistentky (PA)“.
Porodní domy jsou umístěny mimo nemocnici – samostatně stojící (Freestanding).
Porodní centra jsou umístěna u nemocnice – přidružená (Alongside).¹

Přidružené porodní centrum (PC – ang. Alongside Midwifery unit – AMU) – během porodu je ženám k dispozici zdravotnická diagnostika a léčba, dále porodní, neonatální a anesteziologická péče, a to buď v jiné části stejné budovy, nebo v jiné budově v rámci téhož areálu.

To může zahrnovat přístup k intervencím, které mohou být prováděny porodními asistentkami, například elektronický monitor srdeční akce plodu (CTG). Pro přístup k této péči je žena přemístěna na porodní oddělení nemocnice, zpravidla pomocí pojízdného vozíku, židle či postele.

Samostatně stojící porodní dům (PD – ang. Freestanding Midwifery unit – FMU) – služby zdravotnické diagnostiky a léčení a možnost intervencí nejsou součástí stejné budovy nebo areálu. Přístup k nim je možný v rámci integrovaného systému služeb, ale přesun standardně zahrnuje cestu sanitkou nebo autem.

Zdroj (upraveno z): Rowe, R and the Birthplace in England Collaborative group, 2011

JAKÁ JE FILOSOFIE PÉČE V PORODNÍM DOMĚ A CENTRU?

Výzkumníci ukázali, jakým způsobem mohou porodní centra/domy převzít, osvojit si a podporovat bio-psycho-sociální model péče, který se zabývá fyzickými, psychologickými a sociálními potřebami, a který bývá také označován jako sociální model péče (Walsh a Newburn, 2002). Model péče v porodním centru podporuje rovnost mezi ženou a jejími poskytovateli péče, stejně jako tělesnou autonomii a informovaný rozhodovací proces (McCourt a kol., 2012; Overgaard, Fenger-Grøn a Sandall, 2012; Macfarlane a kol., 2014a, 2014b; McCourt a kol., 2014). Služby se přizpůsobují sociálním potřebám žen a rodin, a tak je jejich cílem poskytovat pohodlnou domácí atmosféru spíše než klinické prostředí, které se může zdát neosobním, chladným a děsivým.

Služby, které se snaží dodržovat tuto filosofii péče, kladou důraz na respekt vůči ženám a jejich doprovodu během těhotenství i porodu, jejich posílení a zprostředkování pozitivního přechodu k rodičovství. Pro poskytování těchto služeb je důležité nabízet podpůrné a posilující pracovní prostředí i samotným porodním asistentkám a dalším podpůrným porodnickým pracovníkům tak, aby celý tým přijal za svou pozitivní pracovní morálku, která podporuje učení a kontinuální rozvoj (McCourt a kol., 2011, 2014; Rocca-Ihenacho, Newburn a Byron, 2017).

PROČ BYLY STANDARDY VYTVOŘENY?

Díky přibývajícím důkazům o dobrých výsledcích porodních center/domů, obzvláště pak výsledkům uvedeným ve shrnutí „Birthplace in England Programme“ v 2011, vzrostl zájem rozšířit porodní centra/domy napříč Evropou. V Británii aktualizoval Národní institut pro excelenci ve zdraví (the National Institute of Health and Care Excellence – NICE) své doporučené postupy, v nichž radí zdravotnickým odborníkům, aby poskytovali objektivní informace a zdravým ženám s nekomplikovaným těhotenstvím doporučovali péči v porodních domech či centrech, jelikož je pro ně obzvláště vhodná, a dále je podpořili v jakémkoliv jejich rozhodnutí ohledně prostředí, které si k porodu zvolí (National Institute for Health and Care Excellence, 2014).

Podobná doporučení a změny v postupech se budou také objevovat napříč kontinentální Evropou. Jelikož porodních center neustále přibývá, vzešla na prvním evropském setkání MUNet – Síť porodních domů a center v roce 2016 potřeba praktických doporučení o tom, co jsou porodní domy a porodní centra, jakou péči poskytují a jaké jsou charakteristiky dobře fungujících PC/PD.

Tyto standardy navazují na extenzivní práci Americké Asociace porodních center (American Association of Birth Centres – AABC), která vydala první standardy pro porodní centra v roce 1985. Ve Velké Británii vydala v roce 2009 Královská škola porodní asistence (Royal College of Midwives) Standardy pro porodní centra (Standards for Birth Centres in England), které jsou dodnes jedinými standardy pro porodní centra v Evropě.

KOMU JSOU STANDARDY URČENY?

- Komukoli, kdo zřizuje, provozuje nebo pracuje v porodním centru/domě;
- Zainteresovaným stranám zodpovědným za organizaci státních, regionálních či lokálních zdravotnických služeb a přerozdělování zdrojů;
- Profesionálům poskytujícím podporu porodním centrům/domům, jakými jsou ambulantní služby, porodníci na porodních sálech a manažeři služeb;
- Poskytovatelům péče v porodním centru/domě k samostatnému sebe-hodnocení jimi poskytované péče podle klíčových kritérií kvality a k plánování zlepšování jejich služeb.

JAK LZE STANDARDY UPLATNIT V RŮZNÝCH EVROPSKÝCH ZEMÍCH?

Standardy se soustředí na filosofii péče a organizaci služeb a záměrem je, aby byly používány společně s doporučenými klinickými postupy.

Jsou země, kde je péče o zdravá těhotenství a porody vedená porodními asistentkami zavedena více než v jiných. Některé země zatím neposkytují péči vedenou porodními asistentkami a nemají porodní centra ani porodní domy v rozmezí definice, kterou používá tento dokument, a další mohou být v procesu jejich implementace. Uvědomujeme si, že i přesto, že byla porodní asistence regulována na celoevropské úrovni, existují obrovské rozdíly mezi zavedenými modely péče a klinickou praxí napříč i uvnitř jednotlivých zemí (Macfarlane a kol., 2015). Standardy umožní různým typům služeb samostatně zhodnotit svou práci na úrovni filosofie péče, organizace služeb a přidružených činností, umožní jim posoudit kvalitu poskytování péče, identifikovat cíle a naplánovat jejich implementaci.

CO KDYŽ V DANÉ KULTUŘE NEEEXISTUJE KONCEPT PORODNÍCH DOMŮ/CENTER?

Změna v poskytování služeb často přichází pomalu. Katalyzátorem pro změnu může být mnoho různých faktorů.

Je důležité vzít v úvahu místní podmínky, příležitosti a potřeby. Neexistuje univerzální návod pro všechny. Porodní centra/domy bývají například různě velká, a používají rozdílné modely obsazení pracovníky. Co se týče počtu žen a rodin, kterým porodní centra/domy poskytují péči v rámci Anglie, mluvíme o <100 až cca 2,000 porodech ročně (Walsh a kol., 2018). Přestože některá porodní centra/domy dosud nabízejí jen intrapartální péči (péči při porodu), jiná poskytují široký rámec služeb, například péči o zdraví dětí, pomoc s odvykáním kouření nebo služby podporující duševní zdraví, a to s finančním přispěním z různých zdrojů. Některá porodní centra/domy otevírají komunitně zaměřené porodní asistentky pro ženy během jejich porodu, ale jindy jsou uzavřená.

Doufáme, že tyto standardy budou stimulem k reflexi i k debatě o tom, jak zlepšit poskytování služeb pro ženy a jejich rodiny, a pomohou vytvořit příležitosti pro péči v porodní asistenci. Služby se mohou lišit od standardů podle toho, co dává smysl v daném kontextu. Uvedené standardy nebudou aktuálně dosažitelné nebo celkově relevantní ve všech zemích, doufáme však, že ať již je daná praxe jakákoli, lze v rámci klíčových témat dosáhnout pozitivních změn kdekoliv.

KDY BUDOU STANDARDY REVIDOVÁNY?

S přibývajícímí informacemi, rozvojem praktických zkušeností, rozpracovanými strategickými rámci a celostátními doporučeními předpokládáme, že vznikne potřeba revidovat a aktualizovat standardy a přehodnocovat jejich zaměření. Naším cílem je aktualizace za pět let nebo i dříve, dojde-li k publikaci významných nových zdrojů a tím i k nutnosti dřívější revize. Tímto vyzýváme Vás, čtenáře těchto standardů, abyste zaslali svou zpětnou vazbu a přispěli tak vhledy z vlastní zkušenosti s jejich použitím v praxi.

Dr Rocca-Ihenacho

Centre for Maternal and Child Health Research
School of Health Sciences
City, University of London
1 Myddelton Street
London, EC1R 1UB, UK

Email: Lucia.Rocca-Ihenacho@city.ac.uk

TÉMA 1 – Bio-psycho-sociální model péče

Porodní dům/centrum vedené porodními asistentkami – PC/PD poskytuje péči založenou na bio-psycho-sociálním modelu péče (Jordan a Davis-Floyd 1993; Davis-Floyd, 2001; Bryers a Van Teijlingen, 2010; Renfrew a kol. 2014; Miller a kol. 2016; WHO, 2016). Tento model vnímá porod jako fyziologický proces, který má své vlastní sociokulturní a psychologické rozměry (Walsh a Newburn, 2002). Bere v úvahu důkazy, že tyto rozměry nelze snadno oddělit a že vysoce kvalitní porodní péče by měla zohledňovat všechny tyto rozměry.

Cílem porodních domů a center je posilovat smysl pro autonomii u žen, aktivně podporovat zdravý a celkovou pohodu, stejně jako ochraňovat ženy před poškozením. Tyto pojmy jsou zahrnuty ve dvou klíčových konceptech salutogeneze a bezpečnosti (Downe, 2010; Renfrew a kol. 2014; Kennedy a kol. 2018).

STANDARD 1

Porodní centrum/dům má sepsanou a zveřejněnou filozofii péče, která nastavuje sdílené hodnoty a přesvědčení

PC/PD má písemný dokument filozofie péče, který musí být odsouhlasen všemi zúčastněnými stranami. Je třeba, aby tento dokument byl v souladu s filozofií a hodnotami v širší oblasti porodní péče a obsahoval závazek k tomu, že:

1.1 Usnadňuje fyziologické těhotenství, porod, a péči o dítě

- Podporuje dovednosti a postupy personálu, které usnadňují fyziologické těhotenství, porod, bonding, novorozeneckou péči a přechod k rodičovství;
- Uvádí, že intervence by měly být zváženy a odůvodněny ve vztahu k nejlepším klinickým důkazům a to dle zásady, že potenciální přínosy převažují nad potenciálními škodami.

1.2 Nabízí individuální a podporující péči, která podněcuje tělesnou a duševní pohodu

- Uznává, že porod je klíčová životní událost a změna pro matky, děti, rodiny a doprovázející osoby;
- Podporuje emoční pohodu v těhotenství, při porodu a v prvních dnech mateřství/rodičovství;
- Respektuje lidská a reprodukční práva žen na důstojnost, soukromí a autonomii;
- Vítá doprovázející osoby vybrané ženou;
- Zavazuje se, že zajistí pozitivní začátek péče o dítě, včetně práce s akreditací Baby Friendly (UNICEF, 2017);



Foto © Sarah Ainslie Photography
www.sarahainslie.com

- Podporuje účinné a rychlé předání do péče porodníků, přičemž se stále zaměřuje na pozitivní zkušenosti a personalizovanou podpůrnou péči;
- Jasně uznává, že pochopení důležitosti péče o spokojenost zaměstnanců, napomáhá rozvoji pečujícího chování.

1.3 Podporuje sociální model péče

- Poskytuje holistickou péči zaměřenou na ženy a rodiny, která reaguje na realitu života lidí a podporuje rovný přístup, rovnost a kulturní rozmanitost;
- Nabízí širokou škálu integrovaných služeb a aktivit, například přípravu na aktivní porod, kurzy masáží dětí, podpůrné skupiny pro kojící ženy a podpůrné skupiny pro čerstvé rodiče. Při rozhodování o zřízení těchto aktivit budou upřednostněny účinné způsoby, kterými může PC/PD podpořit pocit pohody a kompetence a posílit ženy při přípravě k porodu. Porodní domy mohou navíc fungovat jako komunitní střediska a poskytovat širší nabídku služeb, které se neomezují pouze na mateřství a zdravotní péči;
- Vítá všechny zájemce o své služby tím, že nabízí informace a podporu týkající se těhotenství, porodu a poporodního období, stejně jako možnosti prohlídky PC/PD;
- Propaguje myšlenku, že všichni poskytovatelé péče v širším systému péče o matku a dítě mohou těžit z povědomí a vzdělávání v sociálním modelu péče vzhledem k tomu, jaký mají vliv na zkušenosti žen a rodin a na celkovou kvalitu péče.

TÉMA 2 – Rovnost, rozmanitost a sociální začlenění

Rovnost, rozmanitost a sociální začlenění jsou klíčovými ukazateli dobré a kvalitní péče o matku a dítě (WHO, 2017).

Pokud jsou ve službách aktivně plánovány způsoby, jak oslovit a zapojit všechny ženy, aby bylo zajištěno, že každá bude mít přístup k takovému modelu péče, který vyhovuje její osobní situaci, může se jednat o velice účinné řešení stávajících nerovností. PC/PD mohou poskytovat prostředí, které podporuje zdravý a ve kterém mohou prospívat marginalizované diskriminované ženy nebo ženy ve zranitelných situacích i jejich děti (Overgaard, Fenger-Grøn a Sandall, 2012).

STANDARD 2

Porodní centrum/dům vedený porodními asistentkami má vypracované postupy týkající se respektu, rozmanitosti a začlenění

- a) Každé PC/PD má analýzu uživatelů služeb podle sociálně-ekonomického statusu a etnicity, porovnává ji s analýzou skladby místních obyvatel a přezkoumává rozsah, v jakém slouží různorodému obyvatelstvu;
- b) Každé PC/PD pravidelně prozkoumává profil potřeb místního obyvatelstva, aby mohlo informovat a přizpůsobit svou nabídku služeb těmto potřebám;
- c) Před otevřením PC/PD a pravidelně po jeho otevření zapojují jeho manažeři a zaměstnanci místní komunitu a vedoucí představitele komunity, aby pochopili zkušenosti a potřeby obyvatelstva;
- d) Cílem PC/PD je maximalizovat přístup k péči se zvláštním zaměřením na dostupnost pro sociálně ohrožené ženy ve zranitelných situacích a zlepšení včasného a vhodného přístupu k péči;
- e) PC/PD má k dispozici jazykovou a komunikační podporu pro osoby, které mají jazykové a/nebo komunikační bariéry, aby bylo zajištěno, že tyto osoby mohou porozumět informacím, aby jim bylo porozuměno zaměstnanci a aby byly plně informovány o péči, toto může zahrnovat kulturní zprostředkování;
- f) Struktura PC/PD respektuje práva nezletilých a spolupracuje s lokálními sítěmi, které podporují sociálně znevýhodněné rodiny a děti.

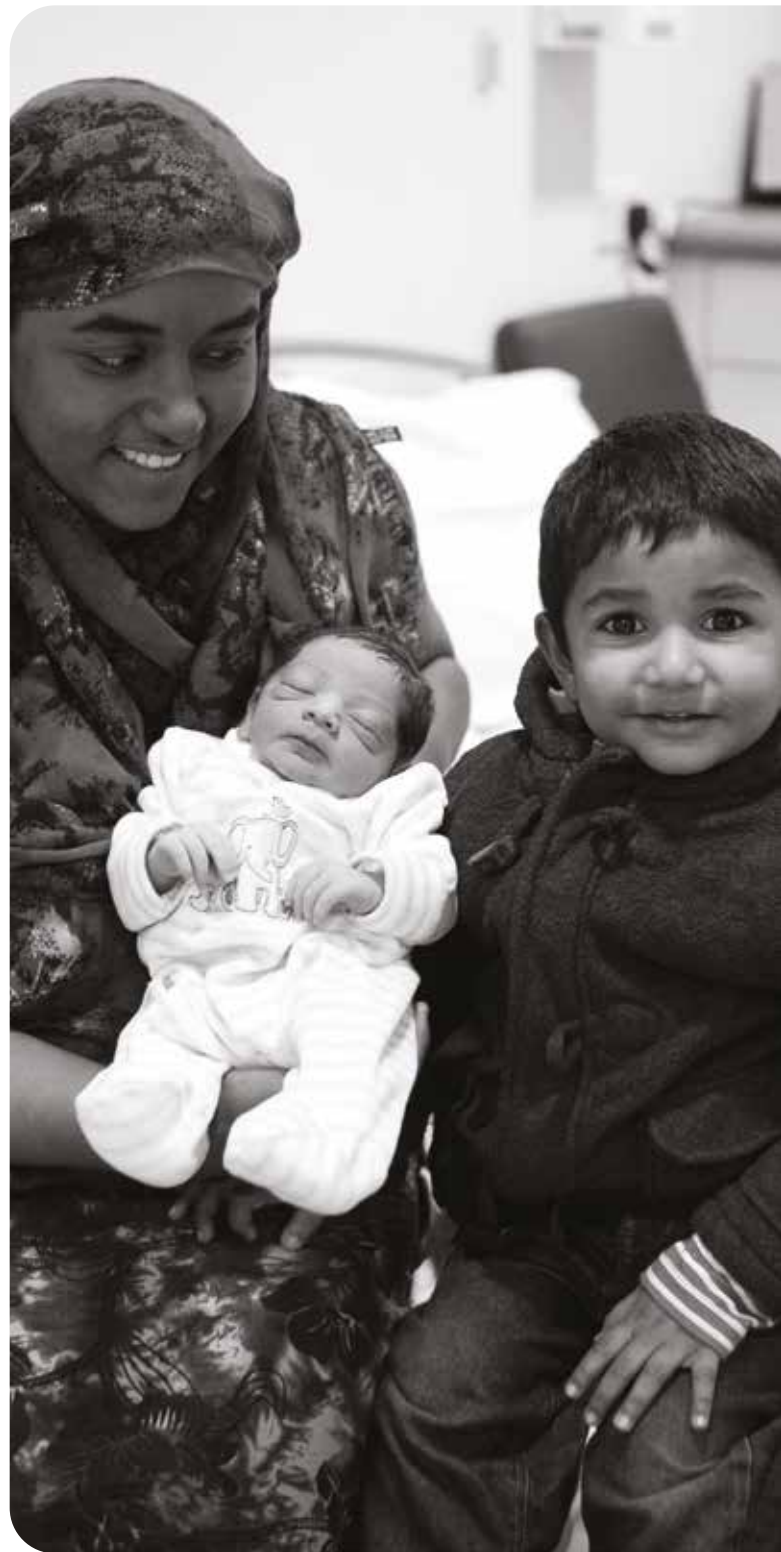


Foto © Sarah Ainslie Photography
www.sarahainslie.com

TÉMA 3 – Práce napříč profesními a fyzickými hranicemi

Důkazy svědčí o tom, že pozitivní meziprofesní vztahy založené na vzájemném respektu a důvěře jsou rozhodující pro dobré klinické výsledky, pozitivní uživatelské zkušenosti a uspokojivý profesionální pracovní život (EBCOG, 2014). Výzkum prováděný na PC ukázal, že vztahy mezi personálem PC a porodními odděleními nemocnic by mohly být pozitivnější; na některých místech se ukazuje kultura „my a oni“, svědčící o konfliktu mezi oběma prostředími (McCourt a kol., 2011; 2014; Rocca-Ihenacho, Newburn a Byrom, 2017).

Důkazy o PC (Kirkham, 2010; McCourt a kol., 2011; Rocca-Ihenacho, Newburn a Byrom, 2017) zdůraznily, že porodní centra, potýkající se s tímto konfliktem, mají často společné rysy jako:

- špatné vedení;
- kultura, kde je porodní oddělení nemocnice považováno za „normu“ a PC je považována za „drahou alternativu“;
- nedostatek interdisciplinární spolupráce, stejně jako problémy v otázce hranic mezi porodnickým oddělením nemocnice a PC.

Geografické hranice mohou také ovlivnit způsob, jakým spolupracují skupiny odborníků a mohou vytvářet překážky pro bezproblémové cesty péče. Pokud však zúčastněné strany spolupracují na identifikaci kulturních nebo geografických překážek a upřednostňují spolupráci s cílem usnadnit plynulé a dobře integrované cesty péče, mají z toho ženy a rodiny prospěch. Patří sem zajištění konzultací s dalšími profesionály pro ženy, které jsou v péči porodní asistentky, a přesun péče na porodní oddělení nemocnice, pokud je to nutné.

Služby porodní péče poskytované ženám a dětem mohou zavést zásady a praxi, které uznávají důležitost pozitivní organizační kultury, spolupráce napříč hranicemi a koprodukcí všech zúčastněných stran (National Institute for Health and Care Excellence, 2014).

STANDARD 3

Je zde společný písemný závazek k vzájemné úctě a mezioborové spolupráci v rámci všech služeb poskytovaných ženám a dětem

Dokument obsahuje prohlášení o:

- Podpoře ve ztotožnění se s principy u poskytovatelů porodní péče;
- Podpoře otevřené a pozitivní multidisciplinární komunikace v rámci porodního oddělení a mezi všemi součástmi systému péče o matku a dítě;
- Spolupořádání setkání ke zhodnocení a plánování vzájemné spolupráce a oslav.

STANDARD 4

Porodní centrum/dům je propojen/o s vedoucí porodní asistentkou, porodníkem a neonatologem

- Vedoucí odborník z každého oboru je konzultován při klíčových organizačních a klinických rozhodnutích;
- Propojení odborníci poskytují podporu PC/PD.

STANDARD 5

Zásady a postupy pro přesun jsou zcela jednoznačné

Zásady a postupy přesunu zahrnují:

- Smlouvy s místními záchrannými službami v případě PD;
- Provozní postupy pro přesun, které podporují integraci služeb a bezproblémové způsoby přesunu žen mezi PC/PD a porodním oddělením nemocnice;
- Společné plánování vizí a strategií v rámci zařízení primární a sekundární péče a případně mezi přidruženými službami sekundární péče.

TÉMA 4 – Průběh péče o ženu

Průběh péče o ženu musí být naplánován tak, aby byl co nejhladší a měl za cíl vytvářet pozitivní zážitky bez ohledu na to, zda žena rodí doma, v samostatném porodním domě, přidruženém porodním centru či na porodním oddělení nemocnice. Důkazy ukazují, že ženy chtějí dostávat spolehlivé informace založené na důkazech o místech porodu a o jejich relevanci pro jejich osobní situaci na počátku těhotenství, s pravidelnými příležitostmi pro respektující diskusi zaměřenou na ženu v průběhu těhotenství (Coxon, Sandall a Fulop, 2013). Výzkum také ukazuje, že pokud je péče dobře koordinovaná a zaměstnanci mají sdílenou filozofii a hodnoty, jsou zkušenosti žen a jejich podporujících osob pozitivnější (Rocca-Ihenacho, Newburn a Byrom, 2017).

Průběh péče o ženu může zahrnovat konzultaci se zkušenějším odborným pracovníkem ohledně její specifické situace a konkrétních možností. Následný plán péče se bude vyvíjet ve spolupráci se ženou a bude brát v úvahu doporučení lékaře založené na důkazech. Tento plán je průběžně přezkoumáván a znovu diskutován během péče o ženu v průběhu těhotenství a porodu.

STANDARD 6

Porodní centrum/dům se zavazuje k filozofii poskytování informací co nejdříve a ponechání otevřeného prostoru pro rozhodování

- Zajišťuje, že informace založené na důkazech o různých možnostech péče a místě porodu jsou k dispozici při zahájení předporodní péče a i nadále;
- Zajišťuje, že ženy a jejich blízké osoby mají stejný přístup k informacím o PC/PD a o možnostech péče bez ohledu na sociokulturní a klinické faktory;
- Všichni členové multidisciplinárního týmu by měli poskytovat zevrubné nezaujaté informace založené na důkazech o místě porodu a možnostech péče, které jsou respektuplné a uznávají autonomii ženy.

STANDARD 7

Porodní centrum/dům je střediskem integrovaným do prostředí místní komunity

- Všechny ženy z dané oblasti mohou získat přístup k většině porodních služeb prostřednictvím konzultačního střediska v PC/PD bez ohledu na to, kde plánují porodit;
- V samostatném porodním domě může být komunitní integrace tvořena společným týmem, který bude pokrývat služby v PD, komunitní služby i služby

pro domácí porody a/nebo bude integrován se samostatnými soukromými porodními asistentkami;

- V porodním centru u nemocnice může být komunitní integrace vytvářena komunitními porodními asistentkami, které mají směny v PC a/nebo v integraci soukromých porodních asistentek, které případně doprovázejí ženy k porodu do porodního centra;
- Všechny ženy a děti využívající PC/PD mají přístup k podpurným prenatálním a postnatálním službám včetně proaktivní podpory ohledně fyzických změn, emočních změn a kojení dětí, stejně jako ke screeningu sluchu, novorozeneckým vyšetřením, lékařským prohlídkám apod.

STANDARD 8

Porodní centrum/dům nabízí personalizovanou a individualizovanou péči všem ženám

- Každé PC/PD má na důkazech založené doporučené postupy, které určí, jaké ženy mohou být v péči porodní asistentky (např. NICE, 2014, RQIA / GAIN (2016) nebo Healy & Gillen (2017 Guidelines);
- Každé PC/PD má možnost nabídnout ženě schůzku nad individuálním plánem péče, na které může žena konzultovat svá přání bez ohledu na složitost těhotenství (včetně tzv. „birth options clinic“ – kliniky, která ženě umožní podrobně konzultovat svá porodní přání a možnosti, např. po předchozím císařském řezu – pozn. překl.);
- Během takové schůzky žena diskutuje o možnostech se zkušeným pracovníkem;
- Je vytvořen personalizovaný plán péče pro každou ženu a přidělen zkušený odborník odpovědný za péči o každou ženu a dítě.

STANDARD 9

Porodní centrum/dům má jasně definované způsoby předávání péče

- Pro indikace k přesunu a pro proces převozu na porodní oddělení nemocnice nebo novorozenecké oddělení (s jasným prohlášením o uznání autonomie ženy);
- Pro místní zdravotní a sociální péči;
- Specifické protokoly pro multidisciplinární a mezioborové předávání péče;
- Předávání do primární péče rodinných lékařů nebo praktických lékařů.

TÉMA 5 – Personální obsazení a pracovní vytížení

Služby porodního centra/domu jsou potřeba 24 hodin denně, sedm dní v týdnu. Toto může být zajištěno pracovníky v rámci porodního centra/domu nebo porodními asistentkami na telefonu. Fungování porodního centra/domu zohlední skutečnost, že spontánní porody se vyskytují nejčastěji v noci a vrcholí mezi 1. a 7. hodinou ranní (Macfarlane a kol., 2018). Během těhotenství a po porodu mají ženy často kontinuální a/nebo urgentní potřebu péče porodní asistentky. Rozsáhlé důkazy ukazují, že model péče s kontinuální poskytovatele dosahuje nejlepších výsledků (Sandall a kol., 2016) a služby by měly zahrnovat maximální možnou míru kontinuity péče v rámci PC u nemocnic i samostatně stojících PD, a to i v případě přesunu do porodnice a v době po porodu. Toto lze zajistit pomocí týmu porodních asistentek pracujících jak v samostatném PD, tak v PC u nemocnice, asistujících u porodů v domácím prostředí a nabízejících péči předporodní, při porodu a poporodní, a to dle potřeb a preferencí každé ženy.

Ne vždy je možné či nezbytně nutné mít skutečně centrum péče nepřetržitě obsazené personálem (24/7), vždy však platí zásada nabízet péči, kdykoliv je to třeba, tedy za každých okolností zajistit péči ženám, nikoli zaplnovat pracoviště. Porodní centrum/dům nabízí jedinečnou příležitost zavést kontinuitu pečovatele a flexibilně sladit péči PA s potřebami a preferencemi žen.

STANDARD 10

Základní personální obsazení sestává z hlavního týmu pracovníků centra/domu a vedení centra/domu složeného z porodních asistentek, kteří propagují vysoké standardy, vlastnický pocit odpovědnosti a patřičnou filozofii péče.

Dostatečné množství personálu zajišťuje:

- Dostupnost služeb 24 hodin denně, 7 dní v týdnu. V některých případech se jedná o PA zajišťující péči v domácím prostředí nebo v porodním centru/domu spíše než základní tým pracující 24/7 v PC (např. komunitních nebo externích PA);
- Péči 1 na 1, neboli „one-to-one care“ /jedna PA na jednu ženu – pozn. překl./ a nepřetržitou přítomnost u porodu;
- Bezpečnou péči o matku a dítě zahrnující jasné postupy pro navýšení personálu k zajištění bezpečného přesunu;
- Porodní asistentky poskytující péči v rámci porodního centra/domu jsou schopné přesunu na porodnické oddělení se ženou na základě jejího přání nebo potřeby;
- Podpora zkušené porodní asistentky („senior midwife“) je vždy k dispozici (osobně, telefonicky nebo v rámci pohotovosti na telefonické zavolání);

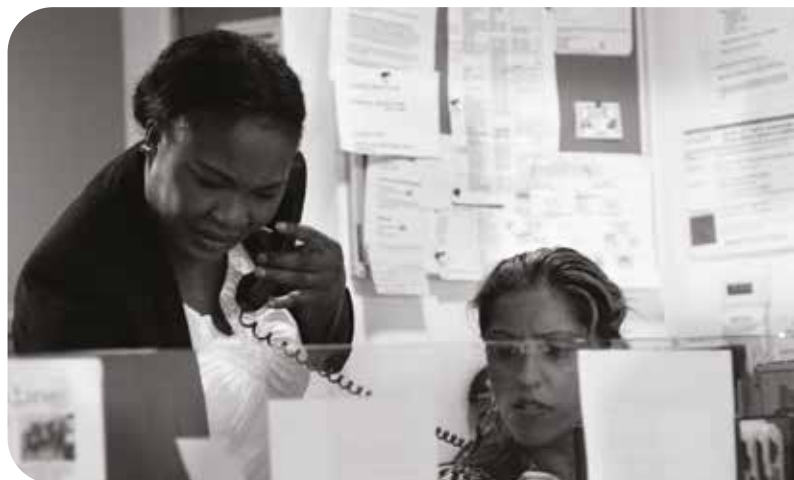


Foto © Sarah Ainslie Photography
www.sarahainslie.com

- Porodní asistentky, které mohou provést požadované vyšetření novorozence a propuštění novorozence;
- Druhá porodní asistentka je k dispozici během druhé doby porodní a je přítomna samotnému porození dítěte;
- Přiměřený počet pomocných zaměstnanců porodní péče jako součást hlavního týmu, který pomáhá porodním asistentkám.

STANDARD 11

Zhodnocení pracovního vytížení by mělo zahrnovat veškeré činnosti v rámci porodního centra/domu, nejen péči během porodu a počet porodů

Péče poskytovaná porodním centrem/domem zahrnuje:

- Zhodnocení porodní asistentkou (v ideálním případě pověřenou porodní asistentkou nebo jejím týmem) telefonicky, doma nebo v rámci porodního centra/domu, pokud to žena požaduje při jakékoliv potřebě v těhotenství a v rámci počáteční fáze porodu;
- Propuštění/odchod z porodního centra/domu;
- Podpora kojení, vyšetření novorozence, screening sluchu apod.;
- Těhotenské a postnatální kontroly;
- Prohlídky porodního centra/domu;
- Těhotenské a poporodní podpůrné skupiny;
- Ostatní skupiny/sezení/aktivity v komunitním prostředí, které vedou a/nebo se jich účastní porodní asistentky.

TÉMA 6 – Znalosti, dovednosti a vzdělávání

Je zásadně důležité, aby porodní asistentky pracující v porodních centrech (PC) u nemocnice i v samostatných porodních domech (PD) poskytovaly bezpečnou, kompetentní a na důkazech založenou péči, která je šitá na míru individuálním potřebám žen a jejich preferencím (International Confederation of Midwives, 2013; National Institute for Health and Care, 2014).

Vzhledem k tomu, že většina praktického vzdělávání porodních asistentek je stále postavena na praxi na porodních sálech, je nezbytné, aby všechny porodní asistentky byly podporovány při rozvoji filozofie, znalostí a dovedností potřebných pro péči o ženy v porodních domech a centrech (PD, PC) (Rocca-Ihenacho, Newburn a Byrom, 2017; Walker a kol., 2018).

Důkazy rovněž poukazují na to, že organizační a týmová kultura může silně ovlivnit, zda je podporováno pozitivní vzdělávací prostředí (Alderwick a kol., 2017). Předchozí výzkum v porodních centrech naznačuje, že fungují dobře, když existuje filozofie sdíleného učení a sdílení osvědčených postupů (učení se od sebe navzájem) a důvěryhodných vztahů v rámci týmu (McCourt a kol., 2011, 2014; Rayment a kol., 2015; Rocca-Ihenacho, Newburn a Byrom, 2017).

STANDARD 12

Existuje dohodnutý písemný seznam znalostí a dovedností vyžadovaných od porodní asistentky pro práci v porodním centru/domě

Porodní centrum/dům má dokument, ve kterém jsou uvedeny znalosti a dovednosti, vyžadované od porodních asistentek zahrnující například následující body:

- a) Komplexní porozumění fyziologii a anatomii ve vztahu k těhotenství, porodu a poporodnímu období;
- b) Schopnost poskytovat respektující péči;
- c) Schopnost řešit složité mezilidské situace;
- d) Komunikační a podpůrné techniky pro podporu fyziologického porodu;
- e) Porozumění a uplatňování praxe založené na důkazech;
- f) Porozumění tomu, jak využít péči založenou na důkazech a doporučené postupy jako vodítka, nikoli jako pravidla péče pro jednotlivé ženy;
- g) Dovednosti reflexe a zhodnocení;
- h) Zhodnocení stavu plodu včetně intermitentní auskultace;
- i) Využití vody při porodu a vedení porodu do vody;
- j) Porodnické kritické stavy v rámci PC/PD (včetně zahájení počáteční péče, eskalace a přesunu);
- k) Resuscitace matky a novorozence;
- l) Předepisování léků (tam kde to je možné) a jejich podání;
- m) IV kanylace;
- n) Šití;
- o) Rozhodovací dovednosti při počátečním zhodnocení, průběžném hodnocení průběhu porodu, a doporučení převozu ženy na porodní sál.



Foto © Rory Flint

STANDARD 13

Porodní centrum/dům má plány pro vzdělávání a soustavný profesní rozvoj

- a) Zaměstnanci PC/PD mají určený čas na školení, teambuilding a týmová setkání;
- b) Interdisciplinární školící dny zahrnují zúčastněné profese: porodní asistentky, pomocné pracovníky, neonatology, záchranáře a lékaře primární péče/ praktické lékaře (některé studijní dny se konají v PC/PD);
- c) Školení zahrnuje znalosti a dovednosti v oblasti personalizované péče, autonomie žen, fyziologického porodu, a to pro celý interdisciplinární tým;
- d) Všichni zaměstnanci jsou průběžně seznamováni s nejnovějšími důkazy a poznatky vědy a dokáží předat tyto informace ženám;
- e) Týmová setkání (alespoň jednou měsíčně) slouží k učení jeden od druhého a udržování sdílené filozofie a vizi porodního domu a centra (PD/PC);
- f) Organizace podporuje dosažení akreditačních rámců, jako je UNICEF Baby Friendly;
- g) Školení (nejméně jednou za rok) by mělo zahrnovat například následující témata:
 - Jak podpořit fyziologický porod;
 - Komunikační dovednosti;
 - Partnerství při rozhodování a autonomie žen;
 - Posouzení dobrého stavu plodu a intermitentní auskultace;
 - Naléhavé stavy v porodnictví a jejich řešení v rámci porodního centra a dovednosti pro přesun;
 - Resuscitace matky a novorozence.

STANDARD 14

Porodní centrum/dům poskytuje prostor pro zaučení a seznámení

- a) Vytváří co nejvíce možností, jak normalitě, fyziologii a péči vedené porodními asistentkami vystavit různé odborníky v porodní péči a studenty tak, aby tato filozofie mohla být v porodních službách rozšiřována s respektem k jedinečnosti okamžiku a soukromí ženy;
- b) Každý nový pracovník je v porodním centru/domě zaučen, aby se osobně seznámil s prostředím, vybavením a personálem;
- c) Seznamovací balíček a/nebo příručka obsahuje hodnoty a dovednosti specifické pro porodní centrum/dům (viz 6.1);
- d) Všichni pracovníci i studenti porodní péče mají průběhu svého studia možnost umístění na praxi v prostředí porodního centra/domu.



Foto © Ellen Thaels, Midwifery Unit Network

TÉMA 7 – Prostředí a vybavení

Prostředí zásadním způsobem determinuje zkušenost příjemce péče (McCourt a kol., 2016). Prostředí porodního centra/domu ovlivňuje a v ideálním případě podporuje zdraví a celkovou pohodu žen, jejich rodin a zaměstnanců využívajících zařízení (Jenkinson, Josey a Kruske, 2013; Hammond, Homer a Foureur, 2017). Je důležité zvážit umístění porodního centra/domu ve vztahu k porodnímu sálu, a zároveň zajistit prostředí podporující zdraví (McCourt a kol., 2016) v rámci centra tak, aby podporovalo zdraví, vytvářelo pozitivní naplňující vztahy a plnilo potřeby rodící ženy, jako například soukromí, prostor k pohybu, klidná atmosféra, a aby zároveň naplňovalo potřeby doprovázejících osob a členů rodiny.

Porodní centrum/dům bude dodržovat specifická bezpečnostní pravidla jednotlivých zemí a předpisy pro bezpečnost ve veřejných infrastrukturách.

STANDARD 15

Porodní centrum/dům nabízí prostředí, které podporuje bio-psycho-sociální model péče a rozvoj vztahů

- a) Filozofie porodního centra/domu by měla být zřejmá v rámci celého prostředí PC/PD skrze všechny vizuální i písemné prostředky, včetně obrázků porodů do vody, kojených dětí, uklidňujících obrázků přírody, dále skrze využití barev, látek, materiálů atd.;
- b) PC/PD zahrnuje sdílené společenské prostory, jako je oblast, kde ženy mohou trávit společný čas, kde klienti a zaměstnanci mohou využívat společné kuchyňské prostory atd.

STANDARD 16

Porodní centrum/dům nabízí prostředí, které podporuje mobilizaci a aktivní porod*

- a) Porodní pokoje v PC/PD mají prostor pro volnou mobilizaci/pohyb ženy během porodu a postel nezaujímá dominantní postavení v místnosti;
- b) Místnost je uspořádána tak, aby usnadňovala/umožňovala pohyb nábytku a vybavení;
- c) Vybavení pokoje vede k podpoře aktivního porodu: matrace, relaxační tvarovatelné pomůcky, sedací pytle, míče atd.;
- d) V každém porodním pokoji je porodní bazének a/nebo velká vana nebo sprcha;
- e) Pokud to lze, ženám je umožněn přístup k venkovní zeleni, aby se během porodu mohly procházet v přírodním prostředí.

*Aktivní porod podporují 3 základní myšlenky:

1. Matka je podporována, aby zaujala instinktivně vzpřímenou pozici.
2. Během porodu jsou stimulovány přirozené hormonální odpovědi.
3. Matka je podporována, aby činila ohledně porodu vlastní rozhodnutí. (www.activebirthcentre.com, staženo v listopadu 2019)

STANDARD 17

Porodní centrum/dům nabízí prostředí, které chrání a podporuje relaxaci, soukromí a důstojnost

- a) Porodní pokoj umožňuje flexibilně regulovat světlo, filtrovat vnější denní světlo, regulovat barvy a přizpůsobit se osobním preferencím rodící ženy;
- b) K dispozici je prostor mezi veřejným prostorem a porodními pokoji, sloužící k ochraně soukromí a zajištění klidné atmosféry. Toho lze dosáhnout architektonickým uzpůsobením místnosti nebo v případě potřeby pomocí nábytku;
- c) Okna v porodních pokojích a konzultačních místnostech musí zajišťovat soukromí, stejně jako vytvoření temnějšího prostředí v případě potřeby.

Vlevo: © Meadow Birth Centre (credited to Worcestershire Acute Hospitals NHS Trust).

Vpravo: © Evelyn Gomes dos Anjos (evelynangelfotografia@gmail.com).





Foto © Lucia Rocca-Ihenacho, Midwifery Unit Network (Barkantine Birth Centre)

STANDARD 18

Uspořádání a design porodního centra/ domu vyjadřují hodnoty bio-psycho-sociálního modelu péče

- a) Umístění porodního centra/domu by mělo být zváženo vzhledem k dostupnosti dalších služeb. Porodní centra by měla být udržována jako samostatné a nezávislé prostory se samostatným vchodem, recepcí, konzultační místností a ostatním zařízením, jako je kuchyň a společenský prostor;
- b) Počet požadovaných porodních místností lze vypočítat na základě odhadu předpokládaného počtu porodů za rok (36 % porodů podle Walsh a kol. (2018), přičemž celková roční kapacita jedné místnosti se pohybuje mezi 100 až 150 porodů (maximálně));
- c) Porodní centrum/dům zahrnuje:
 - konzultační místnosti pro prenatální a postnatální kontroly;
 - úložné prostory z důvodu vyhnutí se skladování klinického vybavení a jiných zásob na viditelných místech a ve společných prostorách;
 - prostorová opatření pro nakládání s domácím odpadem a znečištěným prádlem;
 - dodání zboží a služeb;
 - vybavení pro porodnické krizové stavy a neonatální resuscitaci, které je pravidelně udržované a ideálně skryté z dohledu;
 - nábytek, který usnadňuje čištění a odpovídá standardům pro kontrolu infekcí specifické pro PC/PD;

- dle povahy nabízených služeb také prostor pro prenatální a postnatální skupiny a kurzy (např. kurzy kojení, workshopy aktivního porodu, předporodní příprava), masáž miminek, nácviky apod.

d) Porodní místnost zahrnuje:

- manželskou postel pro odpočinek po porodu, která umožňuje partnerům nebo doprovodu zůstat pohodlně přes noc;
 - vlastní koupelnu;
 - porodní bazén, kde je to možné;
 - pohotovostní a klinické vybavení, které je uloženo mimo a donesené na vyžádání;
 - neonatální resuscitační vybavení v místnosti (není viditelné) nebo přenosné resuscitátory uložené mimo pokoj;
 - přiměřené vybavení, které by mohlo usnadnit šití v případě potřeby (pokud není potřeba, uloženo).
- e) Ženy by měly mít možnost zůstat ve stejné místnosti na porod a v rámci poporodního období, pokud si to přejí;
 - f) PC/PD se řídí hygienickými předpisy pro kontrolu infekcí specifických pro PC/PD.

STANDARD 19

Porodní centrum/dům je v komunitě viditelný a přístupný

- a) PC/PD je snadno viditelné a přístupné veřejnosti prostřednictvím jasného popisného jména a označení, jasné značky označující nejjednodušší způsob přístupu do centra, parkoviště pro zaměstnance a klientky a spojení s veřejnou dopravou;
- b) PC/PD je snadno přístupné a má příslušná zařízení pro usnadnění rychlého přesunu do porodnice / na novorozenecké oddělení v případě potřeby nebo v případě nouze.

TÉMA 8 – Autonomie a důvěryhodnost

Navzdory významným důkazům, že prostředí porodních center/domů vedených porodními asistentkami je spojeno se zlepšujícími se výsledky pro zdravé ženy s nekomplikovaným těhotenstvím a jejich děti, stále narážíme na nedostatek takovýchto pracovišť a jejich nedostatečné využívání. Na úrovni celostátních strategií i v rámci zdravotních služeb porodním asistentkám v mnohých evropských zemích stále chybí dostatečná reprezentace v systému péče, a také patřičné struktury a vybavení, aby jim bylo umožněno praktikovat činnost v rámci jejich profesionální autonomie (International Confederation of Midwives, 2011).

Porodní péče napříč Evropou nebyla vždy konstruována a organizována okolo potřeb žen a jejich práva činit informovaná rozhodnutí (White Ribbon Alliance, 2012). Porodní domy/centra nabízejí prostředí, kde může a měla by být prosazovaná autonomie ženy spolu s autonomií porodních asistentek, které podporují ženy v jejich svobodné volbě.

STANDARD 20

Porodní centrum/dům má postupy, které uznávají autonomii a důvěryhodnost porodní asistentky

Postupy porodního domu/centra zahrnují:

- a) Jasně vyjádření toho, že uznává profesionální rozsah a autonomii praxe porodních asistentek v péči o zdravé matky a novorozence;
- b) Jasně vyjádření týkající se povinnosti a schopnosti poskytovat personalizovanou péči;
- c) Podporující strukturu pro porodní asistentky (a interdisciplinární tým) poskytující rady a péči ženám, které požadují rodit v PC/PD:
 - adekvátní čas pro porodní asistentky a vedoucí PA (senior midwives) potřebný k prodiskutování preferencí a variant péče se ženami;
 - vedoucí porodní asistentka nebo zkušený zaměstnanec na telefonu v případě potřeby klinické a profesionální rady;
 - Systém zaznamenávání rozhovorů se ženou, klinicky relevantních rad a rozhodnutí žen do zdravotnické dokumentace.

STANDARD 21

Porodní centrum/dům má postupy, které jasně uznávají autonomii ženy

Zásady/postupy PC/PD:

- a) Vyhýbá se rigidní dichotomii nízkorizikových/ vysokorizikových žena a prosazuje personalizované zhodnocení a holistickou péči;
- b) Zajistí systém podpory žen, které se rozhodují pro péči v PC, i přes určitý prvek složitosti v rámci těhotenství;
- c) Zahrnuje jasné stanovisko uznávající a povzbuzující autonomii ženy v rozhodovacím procesu;
- d) Zahrnuje opatření k zachycení zpětné vazby od žen a jejich partnerů, včetně pozitivních zkušeností, stížností, průběhu přesunů a toho, jak je tato skutečnost ovlivnila, i doporučení pro případ, kdy se situace vyvíjí špatně.

TÉMA 9 – Vedení

Významné důkazy propojují kvalitu, bezpečnost a udržitelnost péče o matku a dítě s vysokou kvalitou schopnosti vedení (Alderwick a kol., 2018). Závěry a zjištění z výzkumu PC/PD zdůrazňují, že dobře fungující porodní domy/centra jsou často charakterizována silným, transformativním vedením (McCourt a kol., 2011, 2014). Ve Velké Británii je tento druh vedení často poskytován tzv. „konzultující“ porodní asistentkou a poslední studie o vývoji a zlepšování porodních domů/centrech zjistila, že služby poskytované konzultující PA, je-li ve vedoucí roli PA s dlouholetými zkušenostmi, mají za následek zlepšení výsledků takového centra.

Bez ohledu na nepatrné rozdíly mezi nejlepšími PC/PD, kvalitativní případové studie často popisují následující klíčové atributy:

- Vedení zaměřené na nastavení správné kultury a filozofie péče
- Ztotožnění zaměstnanců s fungováním centra
- Respektování autonomie žen a porodních asistentek
- Aktivní podpora inkluzivních a pozitivních vztahů v rámci služeb porodní péče

V Anglii se role konzultující PA zaměřuje na zahrnutí výše zmíněných atributů k zajištění efektivního transformativního vedení v porodní péči a v porodních centrech/domech.

Úloha konzultující porodní asistentky

Úloha konzultující porodní asistentky byla ustanovena v roce 2000 v rámci „Národní zdravotní služby Spojeného království“ (NHS) a na základě oběžníku „Health Service“ (1999). Účelem této role bylo poskytnout lepší výsledky péče pro ženy a kojence tím, že lepší služby a kvalitu, posílí vedení a poskytne novou kariéerní příležitost s cílem zachovat v praxi zkušené porodní asistentky. Role má obsahovat čtyři klíčové prvky:

- funkce odborné praxe;
- vedoucí funkce;
- funkce vzdělávání a rozvoje;
- funkce výzkumu a hodnocení/evaluace.

Jsou to zkušené porodní asistentky s vyšší postgraduální kvalifikací, odbornými klinickými dovednostmi a důvěryhodností, které poskytují profesionální klinické vedení porodním asistentkám a dalším kolegům v rámci celého týmu. Náročným rysem role je přispět k vytváření politiky a strategického plánování služeb a mnoha z nich se povedlo zavést a vytvořit nové služby, jakými jsou porodní centra/domy, praxe samostatných PA pro ženy v sociálně složité situaci, sestavení plánu individuální péče. Konzultující porodní asistentky uplatňují vyšší stupeň osobní, profesionální nezávislosti, kritického úsudku a vytváří rozhodnutí, kde precedens ještě neexistuje. Mnoho z nich se zaměřuje na posílení a implementování klinicky efektivních postupů a podporu žen v informovaném rozhodování o způsobu péče. Pozice konzultující porodní asistentky vyžaduje, aby nejméně 50 % času pracovala přímo s klienty, aby si tak udržovala odbornou způsobilost a odborné znalosti.

Pauline Cooke, konzultující porodní asistentka – Imperial College NHS Trust

STANDARD 22

V rámci porodního centra/domu funguje viditelné a konzistentní vedení

- a) Existuje nepřetržitá přítomnost klinicky odpovědného vedoucího, který je zodpovědný za poskytování podpory méně zkušeným kolegům;
- b) Na provozní úrovni funguje vedoucí porodní asistentka. Tato osoba je zodpovědná za:
 - filozofii PC/PD, personální obsazení, kvalitu a bezpečnost;
 - zajištění vybavení a materiálu;
 - standardy bezpečnosti, řízení a kontroly infekce;
 - a za celkové zajištění hladkého chodu centra;

Je viditelná v porodním centru/domě, zůstává účastna "každodenní" klinické praxe, je schopná prakticky podpořit personál v klinické praxi (techniky "hands on") a sdílet odborné znalosti (včetně plánů nad rámec doporučení, být na telefonu atd.).

- c) Existuje strategická role zodpovědná za rozhodování o zdrojích a postupech, a dále porodní dům/centrum veřejně zastituje a reprezentuje. Tato osoba může být stejná jako b) nebo jiná osoba.

STANDARD 23

Porodní centrum/dům má vysoce kvalitní, transformativní vedení

Vedoucí na všech úrovních by měli splňovat následující požadavky:

- a) Relevantní klinické zkušenosti z práce v porodním centru/domě;
- b) Schopnost formulovat silnou vizi pro porodní centrum/dům;
- c) Ochotu a prokazatelný závazek k vedoucí pozici a udržitelnosti porodního centra/domu;
- d) Znalost – povědomí o příslušných relevantních důkazech a kompetencích;
- e) Pozitivní a inkluzivní styl vedení, přístupnost;
- f) Schopnost postavit se za centrum a tým svých zaměstnanců;
- g) Podporující svobodnou volbu žen;

- h) Profesionální přístup a schopnost jít příkladem v poskytování péče ostatním pracovníkům;
- i) Schopnost vytvořit dobré pracovní vztahy mezi vedoucími pracovníky a mezi skupinami dalších profesionálů;
- j) Sdílené rozhodování s týmem;
- k) Schopnost reagovat včas a klinicky vhodným způsobem na kritické události.

STANDARD 24

Existuje multidisciplinární a uživatelská poradní skupina, která stanovuje vizi porodního centra/domu.

- a) Poradní skupina je složena z uživatelů služeb/klientů, kteří jsou zástupci místní populace, pracovníků porodního centra/domu, ostatních lékařů, záchranářů a dalších úředníků. Cílem této skupiny je umožnit zapojení komunity, usnadnit spolupráci s poskytovateli služeb a podpořit kulturu zodpovědnosti vůči veřejnosti;
- b) Při plánování otevření nového porodního centra/domu musí být zřízena poradní skupina;
- c) Poradní skupina se schází nejméně jednou za čtvrtletí, za účelem informovat a radit ohledně možností rezervace místa porodu a možností transferu, informací poskytovaných nastávajícím rodičům, marketingu, vztahů se souvisejícími službami a specialisty, ohledně vývoje porodního centra/domu a jeho zaměstnanců, zpětné vazby uživatelů služeb atd.

Další aktivity a výstupy mohou zahrnovat: výroční zprávu, multidisciplinární klinická zhodnocení, která zahrnují případy nejlepších osvědčených postupů, auditů přesunů a každoroční den otevřených dveří v rámci místní komunity.

TÉMA 10 – Klinické řízení

Je důležité, aby porodní centrum podporovala pevná struktura klinického řízení. Je potřeba rozvíjet organizační kulturu, která vnáší vlastnický pocit odpovědnosti pracovníků PC/PD a začlenění uživatelů služeb do neustálého zlepšování PC/PD (Ross a Naylor, 2017). Kultura otevřenosti v kontextu porodního centra/domu a v širším rámci služeb pro těhotné a rodící ženy, která identifikuje a v každém případě reflektuje příčiny jakýchkoli negativních výsledků nebo špatných zkušeností, podporuje proces učení a umožní průběžné zlepšování poskytovaných služeb (Jabbal, 2017).

STANDARD 25

Porodní centrum/dům má pokyny, zásady a doporučené postupy založené na důkazech podléhající pravidelnému přezkoumávání

- Pokyny a doporučené postupy společně vypracuje a schválí multidisciplinární tým, zahrnující odborníky porodního oddělení nemocnice a záchrané služby;
- Pokyny pro přesun žen a jejich dětí mezi PC/PD a porodním oddělením nemocnic podporují integraci služeb a způsobů péče;
- Provozní nařízení a doporučené postupy porodního centra/domu jsou každoročně přehodnocovány;
- Existují postupy pro navýšení personálu v případě nedostatku pracovních sil, které uznávají samostatnost personálu PC/PD. Porodní asistentky z porodních sálů mají vlastní systém pohotovosti a personální zajištění, aby se zabránilo „odvádění“ porodních asistentek z PC;
- Existuje písemná strategie řízení rizik a systém auditu dodržování předpisů;
- Doporučené postupy k péči o matku a novorozence a další dokumenty PC/PD jsou založeny na důkazech (evidence-based), včetně použití mezinárodních doporučených postupů tam, kde je to na místě.

STANDARD 26

Porodní centrum/dům má pokyny ohledně kritérií způsobilosti k porodu a volby místa porodu

- Jsou jasně vymezená vstupní kritéria, která by mohla vést k diskuzím mezi ženami, zaměstnanci PC/PD a zaměstnanci porodnice, aby bylo možné vytvořit optimální plán péče a zvolit místo porodu;
- Tam, kde existuje jak samostatně stojící PD, tak v rámci nemocnice přidružené PC, tam písemné doporučené postupy uvádějí, zda existují rozdíly ve vstupních kritériích pro péči v PC/PD.

STANDARD 27

Porodní centrum/dům se zavazuje ke kontinuálnímu zlepšování

PC/PD podporuje neustálé zlepšování služeb skrze:

- Sledovaný postup podávání stížností pro obě strany: zaměstnance i uživatele služeb;
- Rutinní shromažďování a monitorování zpětné vazby poskytovatelů a uživatelů služeb;
- Procesy neustálého zlepšování založeného na výsledcích péče a zkušenostech uživatelů a poskytovatelů služeb;
- Rychlé rozšíření ponaučení ze zhodnocení incidentů;
- Vyhrazený odborný čas pro audit;
- Průběžný audit počtu žen, které si rezervují místo porodu v domě/centru, počtu porodů, výsledků a počtu přesunů;
- Představení výsledků auditu celému oddělení v 6ti měsíčních intervalech.

PC/PD shromažďuje údaje v souladu s tím, co navrhuje národní programy s konkrétním ohledem na zlepšování veřejného zdraví a snižování zdravotních nerovností v oblastech:

- Zvyšování fyziologických porodů;
- Snižování zbytečných intervencí (např. císařských řezů);
- Snižování morbidity u matky a dítěte (včetně zlepšování výsledků tělesného i duševního zdraví);
- Zlepšování včasného přístupu k péči;

- l) Šíření kojení;
- m) Výživy matek, odvykání kouření, užívání návykových látek a alkoholu;
- n) Podpora žen v tíživých životních situacích.

STANDARD 28

Porodní centrum/dům má propracovaný informační systém

PC/PD má informační systém, který je v souladu s evropskými předpisy o ochraně a ukládání dat, a který zajišťuje:

- a) Důsledné uchovávání dokumentace, ukládání dat v souladu s platnými předpisy a podléhající pravidelnému auditu;
- b) Propracované informační systémy a nástroje pro sběr dat umožňující podávání zpráv a audit činností a výsledků;
- c) To, že poskytovatelé primární péče (PC/PD) a sekundární péče (nemocnice) sdílejí společný informační systém;
- d) Elektronický sběr informací o činnostech a výsledcích péče;
- e) Systém hlášení incidentů a transparentní prošetření a řešení případných incidentů;
- f) Elektronické záznamy jsou přístupné napříč zeměpisnými hranicemi a pravidelné statistiky jsou zpřístupněné veřejnosti.

STANDARD 29

Porodní centrum/dům plánuje svou komunikaci a marketing

- a) Propagace a spojení s komunitou prostřednictvím:
 - pravidelných interních informačních bulletinů o činnosti, výsledcích, incidentech, pozitivních příbězích a oslavování úspěchů;
 - pravidelných veřejných informačních bulletinů, které obsahují informace o službách dostupných v PC/PD, nedávných příbězích a zkušenostech.
- b) Informace a vzdělávání pro ženy prostřednictvím:
 - dostupných pravidelných prohlídek centra;
 - využívání sociálních sítí k propagaci PC/PD;
 - prenatální / postnatální vzdělávání a příprava na porod;
- c) Marketing porodního centra/domu prostřednictvím:
 - způsobů, jak usnadnit osobní doporučení služeb – marketing v rámci komunity;
 - příležitostí pro rodiny poznat porodní centrum/dům během těhotenství (například prostřednictvím využití PC/PD jako místa konání skupinových setkání a kurzů a prenatálních konzultací).
- d) Porodní centrum/dům by mělo mít zavedenou marketingovou strategii, která by měla zohlednit čtyři fáze rozhodování: povědomí, zájem, touhu a akci (Priyanka, 2013) – aby bylo zajištěno, že jsou podpořeny místní ženy.
- e) Fundraisingové aktivity zajišťují příležitosti zvyšovat povědomí o PC/PD v komunitě a zapojit komunitu do aktivit porodního centra, zvyšují ztotožnění se s PC/PD mezi příjemci a poskytovateli služeb a vytváří zisk, který může být použit na různé účely jako například oslavy, školení, konference, vybavení apod.

POZNÁMKY:

ZDROJE:

- AABC American Association of Birth Centres (2017) *Birth Center Standards*. [online] Přístupné na: <https://www.birthcenters.org/page/Standards> [Zobrazeno 1. června 2018].
- Ackerman, B., Cooke, P. a Hutcherson, A. (2009) *Standards for Birth Centres in England: A Standards Document*. RCM, London.
- Alderwick, H., Jones, B., Charles, A. a Warburton, W. (2018) *Making the Case for Quality Improvement. The King's Fund*. Available at: <https://www.kingsfund.org.uk/publications/making-case-quality-improvement> (Zobrazeno 1. června 2018).
- Baby Friendly Initiative (2017) *Guide to the Baby Friendly Initiative Standards – Baby Friendly Initiative*. Přístupné na: <https://www.unicef.org.uk/babyfriendly/baby-friendly-resources/guidance-for-health-professionals/implementing-the-baby-friendly-standards/guide-to-the-baby-friendly-initiative-standards/> (Zobrazeno 9. června 2018).
- Brocklehurst, P., Hardy, P., Hollowell, J., Linsell, L., Macfarlane, A., McCourt, C., Marlow, N., Miller, A., Newburn, M., Petrou, S., Puddicombe, D., Redshaw, M., Rowe, R., Sandall, J., Silvertown, L. a Stewart, M. (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(nov23 4), str. d7400-d7400.
- Bryers, H. M. a Van Teijlingen, E. (2010) Risk, theory, social and medical models: a critical analysis of the concept of risk in maternity care. *Midwifery*, 26(5), str. 488-496.
- Coxon, K., Sandall, J. a Fulop, N. (2013) To what extent are women free to choose where to give birth? How discourses of risk, blame and responsibility influence birth place decisions. *Health, Risk & Society*, 16(1), str. 51-67.
- Davis Harte, J., Leap, N., Fenwick, J., Homer, C. a Foureur, M. (2014) Methodological insights from a study using video-ethnography to conduct interdisciplinary research in the study of birth unit design. *International Journal of Multiple Research Approaches*, 8(1), str. 36-48.
- Davis-Floyd, R. (2001) The technocratic, humanistic, and holistic paradigms of childbirth. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 75, str. S5-S23.
- Downe, S. (2010) *Towards salutogenic birth in the 21st century*. Essential midwifery practice: intrapartum care. Hoboken: John Wiley & Sons, Ltd., str. 289-295.
- European Board and College of Obstetrics and Gynaecology (2014) *Standards of Care for Women's Health in Europe*. EBCOG. Přístupné na: <https://www.ebcog.org/single-post/2017/08/21/Standard-of-care-published> (Zobrazeno 1. června 2018).
- Hammond, A., Homer, C. a Foureur, M. (2017) Friendliness, functionality and freedom: design characteristics that support midwifery practice in the hospital setting. *Midwifery*, 50, str. 133-138.
- Healy M, Gillen P. (2016) *Planning birth in and admission to a midwife-led unit: development of a GAIN evidence-based guideline*. *Evidence Based Midwifery* 14(3): str. 82-86.
- GAIN (RQIA, 2016) *Guideline for Admission to Midwife-Led Units in Northern Ireland & Northern Ireland Normal Labour & Birth Care Pathway*. RQIA: Belfast.
- International Confederation of Midwives (2011) *ICM Position Statement. Midwifery: an autonomous profession*. Internationalmidwives.org. Přístupné na: <https://internationalmidwives.org/who-we-are/policy-and-practice/icm-position-statements-general/> (Zobrazeno 1. června 2018).
- International Confederation of Midwives (2013) *ICM Essential Competencies for Basic Midwifery Practice*. Internationalmidwives.org. Přístupné na: <https://internationalmidwives.org/who-we-are/policy-and-practice/icm-position-statements-general/> (Zobrazeno 1. června 2018).
- Jabbal, J. (2017) *Embedding a culture of quality improvement*. The King's Fund. Přístupné na: <https://www.kingsfund.org.uk/publications/embedding-culture-quality-improvement> (Zobrazeno 4. června 2018).
- Jenkinson, B., Josey, N. a Kruske, S. (2013) *BirthSpace: An evidence-based guide to birth environment design*. Queensland: Centre for Mothers & Babies, The University of Queensland.
- Jordan, B. a Davis-Floyd, R. (1993) *Birth in four cultures*. Prospect Heights, Ill.: Waveland Press.
- Kennedy, H. P., Cheyney, M., Dahlen, H. G., Downe, S., Foureur, M. J., Homer, C. S. E., Jefford, E. McFadden, A. Michel-Schuldt, M., Sandall, J., Soltani, H., Vedam, S. a Renfrew, M.J. (2018) Asking different questions: a call to action for research to improve the quality of care for every woman, every child. *Birth*. 2018;1-10.
- Kirkham, M. (2010) *Sustained by joy: the potential of flow experience for midwives and mothers*. In Sustainability, Midwifery and Birth, str. 105-118. Routledge.
- Kuruville, S., Bustreo, F., Kuo, T., Mishra, C.K., Taylor, K., Fogstad, H., Gupta, G.R., Gilmore, K., Temmerman, M., Thomas, J. a Rasanathan, K. (2016) *The Global strategy for women's, children's and adolescents' health (2016-2030): a roadmap based on evidence and country experience*. Bulletin of the World Health Organization, 94(5), str. 398.

- Macfarlane, A.J., Rocca-Ihenacho, L., Turner, L. a Roth, C. (2014a) Survey of women's experiences of care in a new freestanding midwifery unit in an inner city area of London, England – 1: Methods and women's overall ratings of care. *Midwifery*, 30(9), str. 998-1008.
- Macfarlane, A. J., Rocca-Ihenacho, L. a Turner, L. R. (2014b) Survey of women's experiences of care in a new freestanding midwifery unit in an inner city area of London, England: – 2: Specific aspects of care. *Midwifery*, 30(9), str. 1009-1020.
- MacFarlane, A. J., Blondel, B., Mohangoo, A. D., Cuttini, M., Nijhuis, J., Novak, Z., Ólafsdóttir, H. S. a Zeitlin, J. (2016) Wide differences in mode of delivery within Europe: risk-stratified analyses of aggregated routine data from the Euro-Peristat study. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 123(4), str. 559-568.
- McCourt, C., Rance, S., Rayment, J. a Sandall, J. (2011) *Birthplace qualitative organisational case studies: how maternity care systems affect the provision of care in different settings*. Birthplace in England research programme. Final report part 6. London: NIHR Service Delivery and Organisation programme.
- McCourt, C., Rayment, J., Rance, S. a Sandall, J. (2012) Organisational strategies and midwives' readiness to provide care for out of hospital births: An analysis from the Birthplace organisational case studies. *Midwifery* 28(5), str. 636-645.
- McCourt, C., Rayment, J., Rance, S. a Sandall, J. (2014) *An ethnographic organisational study of alongside midwifery units: a follow-on study from the Birthplace in England programme*. Health Services and Delivery Research, 2(7).
- McCourt, C., Rayment, J., Rance, S. a Sandall, J. (2016) Place of birth and concepts of wellbeing: an analysis from two ethnographic studies of midwifery units in England. *Anthropology in Action*, 23(3), str. 17-29.
- Miller, S., Abalos, E., Chamillard, M., Ciapponi, A., Colaci, D., Comandé, D., Diaz, V., Geller, S., Hanson, C., Langer, A., Manuelli, V., Millar, K., Morhason-Bello, I., Castro, C., Pileggi, V., Robinson, N., Skaer, M., Souza, J., Vogel, J. a Althabe, F. (2016) Beyond too little, too late and too much, too soon: a pathway towards evidence-based, respectful maternity care worldwide. *The Lancet*, 388(10056), str. 2176-2192.
- NICE, National Institute for Health and Care Excellence, (2007) *Intrapartum care: care of healthy women and their babies during labour*. NICE Clinical Guideline No. 55. London: NICE; September 2007.
- NICE, National Institute for Health and Care Excellence, (2014) *Intrapartum care for healthy women and babies*, *Clinical guideline* [CG190] Publikováno: prosinec 2014. Naposledy aktualizováno: únor 2017. Přístupné na: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg190> (Zobrazeno: 9. června 2018).
- Overgaard, C., Fenger-Grøn, M. a Sandall, J. (2012a) Freestanding midwifery units versus obstetric units: does the effect of place of birth differ with level of social disadvantage? *BMC Public Health*, 12(1), str. 478.
- Overgaard, C., Fenger-Grøn, M. a Sandall, J. (2012b) The impact of birthplace on women's birth experiences and perceptions of care. *Social Science & Medicine*, 74(7), str. 973-981.
- Rawal, P. (2013) AIDA Marketing communication model: stimulating a purchase decision in the minds of the consumers through a linear progression of steps. *International journal of multidisciplinary research in social & management sciences*, 1(1), str. 37-44.
- Rayment, J., McCourt, C., Rance, S. a Sandall, J. (2015) What makes alongside midwifery-led units work? Lessons from a national research project. *The Practising Midwife*, 18(6).
- Renfrew, M., McFadden, A., Bastos, M., Campbell, J., Channon, A., Cheung, N., Silva, D., Downe, S., Kennedy, H., Malata, A., McCormick, F., Wick, L. a Declercq, E. (2014) Midwifery and quality care: findings from a new evidence-informed framework for maternal and newborn care. *The Lancet*, 384(9948), str. 1129-1145.
- Rocca-Ihenacho, L. (2017) *An ethnographic study of the philosophy, culture and practice in an urban freestanding midwifery unit*. PhD Thesis. City, University of London.
- Rocca-Ihenacho, L., Newburn, M. a Byrom, S. (2017) The Midwifery Unit Network: creating a community of practice to enhance maternity services. *The Practising Midwife* 20(6):24-27.
- Ross S. and Naylor C. (2017) *Quality improvement in mental health*. London: The King's Fund. Přístupné na: www.kingsfund.org.uk/publications/quality-improvement-mental-health (Zobrazeno: 1. června 2018).
- Rowe, R. a Birthplace in England Collaborative Group (2011) *Birthplace terms and definitions: consensus process*. Birthplace in England research programme. Final report part 2: NIHR Service Delivery and Organisation programme. Přístupné na: <https://www.npeu.ox.ac.uk/birthplace> (Zobrazeno: 6. června 2018).

ZDROJE:

- Sandall, J., Soltani, H., Gates, S., Shennan, A. a Devane, D. (2016) *Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women*. Cochrane Database of Systematic Reviews.
- Scarf, V., Rossiter, C., Vedam, S., Dahlen, H., Ellwood, D., Forster, D., Foureur, M., McLachlan, H., Oats, J., Sibbritt, D., Thornton, C. a Homer, C. (2018) Maternal and perinatal outcomes by planned place of birth among women with low-risk pregnancies in high-income countries: a systematic review and meta-analysis. *Midwifery*, 62, str.240-255.
- Schroeder L., Petrou S., Patel N., Hollowell J., Puddicombe D., Redshaw M., a kol. (2011) *Birthplace cost-effectiveness analysis of planned place of birth: individual level analysis. Birthplace in England research programme*. Final report part 5. NIHR Service Delivery and Organisation programme.
- UNFPA, ICM and WHO (2018) *State of the World's Midwifery 2014*. Přístupné na: <https://www.unfpa.org/sowmy> ((Zobrazeno: 1. června 2018).
- Walsh, D. a Newburn, M. (2002) Towards a social model of childbirth. *British Journal of Midwifery*, 10, 9, str. 540–544.
- Walsh, D. (2006a) Birth centres, community and social capital. *MIDIRS Midwifery Digest*, 16(1), str. 7-15.
- Walsh, D. (2006b) 'Nesting' and 'Matrescence' as distinctive features of a free-standing birth centre in the UK. *Midwifery*, 22(3), str. 228-239.
- Walsh, D. (2006c) Subverting the assembly-line: childbirth in a free-standing birth centre. *Social Science & Medicine*, 62(6), str. 1330-1340.
- Walsh, D., Spiby, H., Grigg, C. P., Dodwell, M., McCourt, C., Culley, L., Bishop, S., Wilkinson, J., Coleby, D., Pacanowski, L. a Thornton, J. (2018) Mapping midwifery and obstetric units in England. *Midwifery*, 56, str. 9-16
- White Ribbon Alliance (2012) *Respectful maternity care: the universal rights of childbearing women*. Washington DC: White Ribbon Alliance; October 2011. Přístupné na: http://whiteribbonalliance.org/wpcontent/uploads/2013/10/Final_RMC_Charter.pdf (Zobrazeno: 1. června 2018).
- World Health Organization (2016a) *The global strategic directions for strengthening nursing and midwifery*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- World Health Organization (2016b) *WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- World Health Organization (2018) *WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.

PŘÍLOHA 1 – Metody použité při tvorbě Standardů

Během vytváření těchto standardů jsme shromáždili poznatky ze dvou klíčových zdrojů:

A. Publikovaná vědecká literatura

Vytvořili jsme **shrnutí výzkumů – systematický přehled („systematic review“)** kvalitativní literatury vztahující se k porodním domům a centrům. Publikace byly zahrnuty, pokud se jednalo o „peer-review“ výzkum (recenzní řízení) nebo o nepublikovanou doktorskou závěrečnou práci a pokud obsahovaly kvalitativní literaturu týkající se organizace, vedení a zkušeností s porodními centry/domy v zemích s vysokým příjmem obyvatelstva. Toto shrnutí identifikovalo 24 relevantních článků, jednu zprávu a tři dizertační práce.

Byla provedena „**metasyntéza**“ („celoshrnutí“) literatury, která identifikovala a kódovala témata vyvstávající ze sekcí poznatků ze všech studií (použitím NVivo softwaru). Tímto vznikl seznam 43 témat, z nichž se každé alespoň jednou objevilo v databázi (plný výčet výzkumných metod a výsledků bude prezentován zvlášť).

B. Odborné znalosti

1. Delfská studie

Rozsáhlé množství expertů na porodní domy/centra bylo přizváno, aby se zapojilo do dvou průzkumných šetření. Výzva k jejich nalezení byla rozmístěna v rozsáhlých relevantních fórech a zacílené pozvánky zaslány známým odborníkům a těm, kteří byli doporučeni relevantními odbornými organizacemi. Statut „experta“ byl definován jako: zkušenosti s vytvářením (konzultující PA, manažeři), řízením (vedoucí porodní asistentky, vedoucí týmů, atd.), evaluací (výzkumníci, lektori, atd.) nebo klinickou praxí (alespoň dvouleté zkušenosti) v porodním centru/domě. Byly zahrnuty také porodní asistentky, porodníci a neonatologové, kteří jsou propojeni s porodními centry/domy a další podpůrný personál. Byli také přizváni někteří mezinárodní odborníci, aby přispěli svými vhledy mezinárodních rozměrů. K prvnímu šetření bylo přizváno celkem 120 expertů a k druhému 122.

Delfská studie obsahovala dvě kola, byla zpracovávána online pomocí softwaru Qualtrics.

Prvotní formulář pro studii byl založen na standardech RCM (2009), tedy vycházel z původní znalosti odborníků, která byla použita pro vytvoření těchto standardů. 98 odborníků začalo s vyplňováním dotazníku, 64 respondentů jej dokončilo.

U druhého dotazníku začalo 64, dokončilo 52. Celková návratnost odpovědí byla 48 %.

Účastníci byli v každém případě přizváni k tomu, aby zhodnotili každý standard na škále Lykertova typu od 1 do 5 (od „extrémně důležité“ po „zcela nedůležité“) a aby přidali odpovědi na otevřené otázky nebo navrhli nové Standardy v jakémkoli aspektu dokumentu. Standardy byly poté eliminovány, pokud je 75 % nebo více účastníků označilo na škále mezi 3 a 5 (méně důležité).

Následující analýza a syntéza s dalšími zdroji dat (viz níže), zrevidovaný hrubý dokument pro Standardy, vytvořila formát pro druhé kolo Delfské studie. Na druhém panelu dotazníku se podílelo 64 expertů za použití stejné škály jako při prvním hrubém dotazníku. Nízko ohodnocené standardy byly opět odstraněny použitím stejného kritéria.

2. Setkání zainteresovaných stran („stakeholders“) a fokusových skupin („focus groups“)

Delfská studie byla doplněna třemi setkáními zainteresovaných a zúčastněných stran. První setkání v Londýně 8. června 2017, mělo 28 účastníků. Druhé setkání se uskutečnilo 21. června 2017 v Torontu během ICM mezinárodního triennial kongresu. Zainteresované strany, které se zúčastnily (okolo 50 delegátů konference), vytvořily pracovní skupiny, aby prodiskutovaly existující RCM standardy. V prosinci 2017 byly standardy prezentovány a prodiskutovány během třetího setkání zainteresovaných stran v Londýně. Tato skupina expertů (18 členů) se zaměřovala na klíčová témata vzniklá z revidovaných standardů, které byly nově generovány v prvním kole Delfské studie (ale bylo zjištěno, že byly nedostatečně obsaženy v originálních RCM standardech). Poznámky z těchto diskuzí byly přidány do procesu analýzy a revidovaného hrubého dokumentu.

3. Rozhovory v rámci případových studií s leadery vlajkových porodních center

Po shrnutí literatury, prvním zapojení při setkání zainteresovaných stran a po provedení Delfské studie – zůstala nedostatečně zastoupena tři témata: formování vazeb s komunitou, práce napříč hranicemi a autonomie žen. Abychom získali více vhodného obsahu pro analýzu, udělali jsme tři **rozhovory v rámci vytvoření případových studií** se zaměstnanci vlajkových porodních domů a center Midwifery Unit Network: míst s vysokou kvalitou odbornosti v těchto třech odvětvích. Tento nový obsah byl zkontrolován a přidán k dalšímu zhodnocení pro druhou Delfskou studii (viz sekce analýzy na další straně).

Analýza

Projektový tým poskládal dohromady:

- existující dokument standardů RCM z roku 2009 (po kterém následovala Delfská studie, hlasování kolo 1)
- další návrh Standardů a témat, který byl navržen Delfskou studií v písemných komentářích u otevřených otázek
- klíčová témata vzešlá z diskuze během prvního setkání zainteresovaných stran (v rámci fokusní skupiny – „focus group“)
- 43 témat, která vzešla z metasyntézy
- další obsah, který vznikl z rozhovorů případové studie

Tyto zdroje dat byly syntetizovány systematickým přístupem:

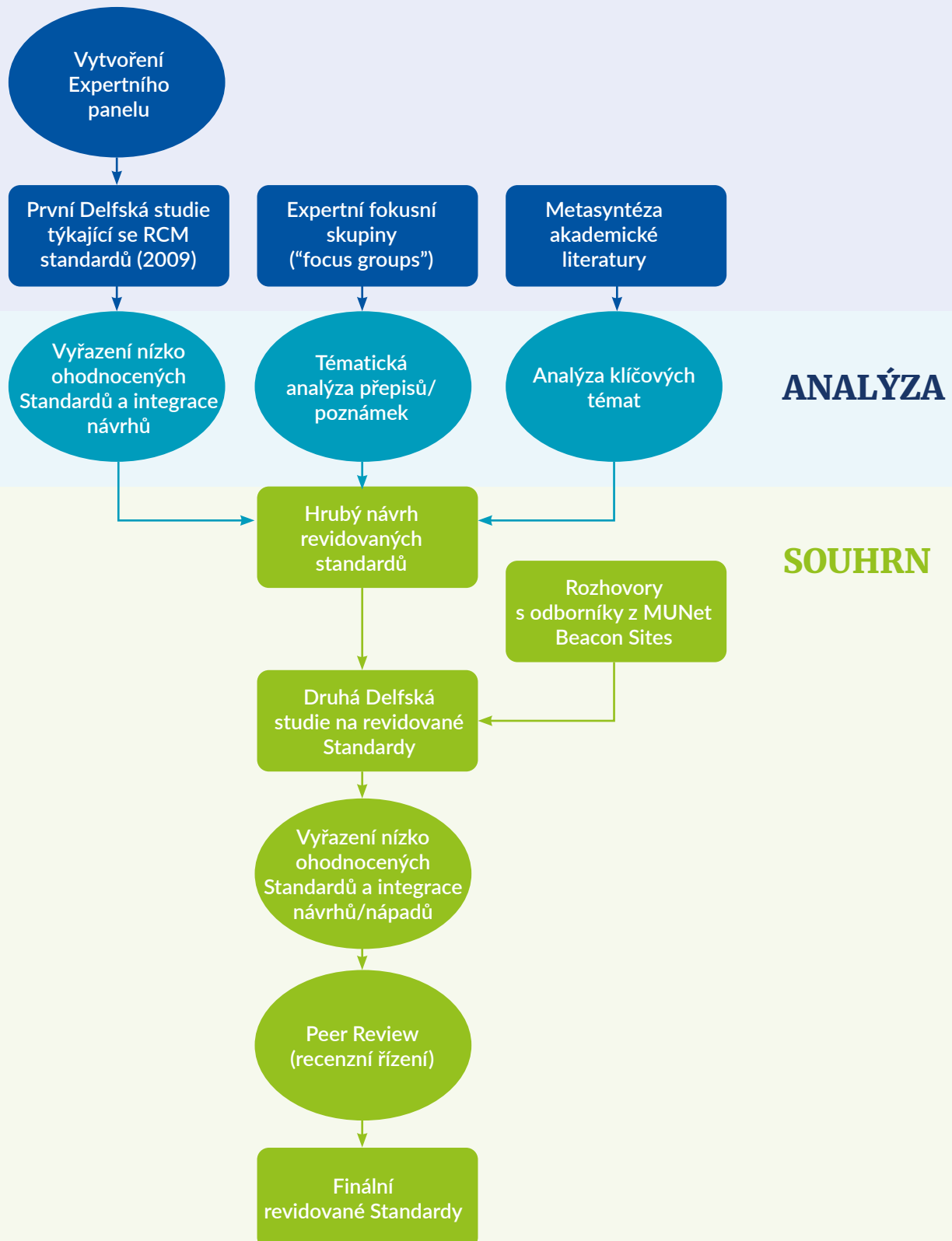
Každá položka (tedy standard či téma) byla napsána na samostatný papír, duplikace byly vymazány a kódy byly poté seskupeny pod vyvstávající zastřešující kategorie. Cílem bylo vygenerovat nejmenší možný počet kategorií, které by byly schopny pokrýt všechny kódy.

Kategorie byly vybrány v následujícím zasedání a finálních 10 poté vytvořilo revidovaná témata pro nové Standardy. Ty byly dále testovány ve druhém kole Delfské studie, za použití třídícího procesu popsaného výše.

Peer Review (Recenzní řízení)

Finální hrubý dokument prošel další fází hodnocení (peer review) dvanácti interdisciplinárními evropskými odbornými hodnotiteli (viz příloha).

Obrázek 1- Proces vzniku Standardů pro porodní domy/centra vedená porodními asistentkami



PŘÍLOHA 2 – Poděkování

Výzkumný tým

Lucia Rocca-Ihenacho	Mary Newburn
Juliet Rayment	Nathalie Leister
Laura Batinelli	Claire Biros
Ellen Thael	Deirdre Munro
Shujana Keraudren	Christine McCourt

Recenzenti (Peer Reviewers)

- 1) **Birte Harlev-Lam**, Clinical Director – Maternity and Children, NHS Improvement, England
- 2) **Catherine Williams**, Maternity Service User Representative, Reading Maternity Voices (MVP) and National Maternity Voices, England
- 3) **Claire de Labrusse**, Associate professor, Midwifery School, School of Health Sciences (HESAV), University of Applied Sciences and Arts Western Switzerland (HES-SO), Switzerland
- 4) **Jessica Read**, Regional Maternity Lead for London, NHS England, England
- 5) **Johanne Dagustun**, Service User Representative, Greater Manchester and Eastern Cheshire, England
- 6) **Laura Iannuzzi**, Lead Midwife-Physiological Pregnancy Pathway and Margherita Birth Centre, Careggi University Hospital, Florence, Italy
- 7) **Maria Booker**, Programmes Director, Birthrights, England
- 8) **Mervi Jokinen**, President, European Midwives Association
- 9) **Pauline Cooke**, Consultant Midwife, Imperial College Healthcare NHS Trust, England
- 10) **Ramon Escuriet**, Divisió d'Innovació i Cartera de Serveis Sanitaris, Àrea d'Atenció Sanitària, Servei Català de la Salut, Spain
- 11) **Sandra Morano**, Professor of Obstetrics, Università degli Studi di Genova Facoltà di Medicina e Chirurgia, Italy
- 12) **Susan Bewley**, Professor of Women's Health, King's College London (academic obstetrician)

Příspěvatelé a příspěvatelky

Abigail Holmes	Helen ED Shallow	Mechthild M. Gross
Alison Searle	Irene Gonzalez Perez	Michele Warnimont
Allison Mascagni	Ivana Arena	Miranda Scanlon
Amanda Mansfield	Jackie Moulla	Natalie Sedlicka
Carmel Bradshaw	Jaki Lambert	Nicoletta Setola
Caroline Homer	Jacky Nizard	Pauline Cooke
Cate Langley	Jane Parker-Wisdom	Pearl Kowlessar-Manoo
Caterina Raniolo	Jane Sandall	Petra Ann Kovaříková
Cath Reeves-Jones	Jennifer Stevens	Phyllis Winters
Catherine Williams	Jessica Read	Rachel Rowe
Cecilia Grigg	Jo Goss	Rachel Scanlan
Chantelle Winstanley	Jo Ryalls	Ramón Escuriet
Christine McCourt	Juan Soria	Rémi Béranger
Christine Saunders	Juliet Rayment	Richard Hallett
Claire Biros	Kate Brintworth	Rineke Schram
Claire de Labrusse	Kay Cassidy	Rosalie Wright
Cristina Alonso	Keith Brainin	Rosie Goode
Dawn Lewis	Kerstin Lelubre	Sandra Morano
Deb Jackson	Kirstie Coxon	Seána Talbot
Debbie Edwards	Laura Batinelli	Sharon Dickinson
Deirdre Munro	Laura Iannuzzi	Sheena Byrom
Denis Walsh	Louise Silverton	Shona Solly
Eilish Crowson	Louise Taylor	Soo Downe
Elaine Frail	Lucia Rocca-Ihenacho	Stan Shaffer
Elizabeth Duff	Lucrezia D'Antuono	Susan Bewley
Elizabeth Margaret	Lynn Bayes	Susan Crowther
Ellen Thael	Maggie Davies	Susan Davies
Emma Spillane	Maria Healy	Susan Stapleton
Fiona Cullinane	Marie Lewis	Tracey Cooper
Francesca Sulli	Marieke Hermus	Vicki Grayson
Francisca Postigo Mota	Martin Nemrava	Wendy Cutchie
Gill Walton	Mary Newburn	
Graciela Etcheverry	Mary Turay-Olusile	

Případové studie (porodní centra Beacon Sites)

Lewisham and Greenwich NHS Trust: Lynn Bayes and Kerstin Lelubre

Sandwell and West Birmingham Hospitals NHS Trust: Kathryn Gutteridge

Lancashire Teaching Hospitals NHS Trust: Joanne Goss a Emma Ashton

Zainteresované organizace

RCM Royal college of midwives (UK)

ICM International Confederation of Midwives

FNOPO Federazione Nazionale degli Ordini della Professione Ostetrica (Itálie)

FAME Federacion de Asociaciones de Matronas de Espana (Španělsko)

APODAC Asociace pro porodní domy a centra, z.s. (Česká republika)

Příspěvatelé z ICM kongresu

Rádi bychom poděkovali všem účastníkům a účastnicím setkání zainteresovaných stran pro Standardy pro porodní domy a centra, které se konalo 21. června 2017 v rámci 31. kongresu ICM v Torontu.

Odborné příspěvní

Nicoletta Setola, PhD je spoluautorkou tématu č. 7 „Prostředí a vybavení“. Působí jako architektka a asistující profesorka na katedře architektury – TESIS Centrum na Univerzitě ve Florencii v Itálii.

Tento dokument prezentuje nezávislý výzkum financovaný National Institute for Health Research (NIHR).

Je zde vyjádřen pohled autorů, nikoli nutně postoje NHS, NIHR či Ministerstva zdravotnictví UK.

© Copyright City, University of London, 2018–2019,
All rights reserved.


České vydání © Asociace pro porodní domy a centra, 2021.
Všechna práva vyhrazena.

 www.midwiferyunitnetwork.org

 @midwiferyunits

 Midwifery Unit Network online community

 www.apodac.org

 Asociace pro porodní domy a centra