



Polskie Towarzystwo Anestezjologii i Intensywnej Terapii

www.anestezjologia.org.pl

NIP: 527-20-97-275, REGON: 001085458,
KONTO BANKOWE: 47 1240 6218 1111 0000 4614 8793,

Adres: ul. Niedźwiedzia 29B, 02-737 Warszawa,

Adres do korespondencji: Oddział Kliniczny Kardiologii i Intensywnej Terapii
Śląskiego Uniwersytetu Medycznego
ul. Curie-Skłodowskiej 9, 41-800 Zabrze
tel. (32) 273 27 31 faks (32) 273 27 31,
e-mail: kardanest@sum.edu.pl

ZARZĄD GŁÓWNY

Prezes

prof.dr hab.med. Piotr Knapik

Prezes poprzedniej kadencji

prof.dr hab.med. Maria Wujtewicz

Prezes Elekt

prof.dr hab.med. Krzysztof Kusza

Sekretarz

dr hab. med. Łukasz Krzych

Skarbnik

dr med. Józef Bojko

Członkowie:

dr med. Małgorzata Mikaszewska-Sokolewicz

prof.dr hab.med. Hanna Misiołek

prof.dr hab.med. Radosław Owczuk

dr hab. med. Mariusz Piechota

PTAiIT/ 134 /2015

Zabrze, 21.09.2015 r

Minister Zdrowia
Marian Zembala

Szanowny Panie Ministrze,

Poniżej przesyłam zgodnie z prośbą w elektronicznej wersji edytowalnej uwagi do projektu *rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie standardu postępowania medycznego w łagodzeniu bólu porodowego*:

Uwagi

do projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia dotyczącego standardu postępowania w łagodzeniu bólu porodowego

Uwagi ogólne

Propozycja projektu stanowi istotny krok w kierunku poprawy jakości świadczeń łagodzenia bólu porodowego w Polsce. Analgezyja regionalna wykonywana podczas porodu jest bowiem na całym świecie „złotym standardem” łagodzenia bólu porodowego, od którego Polska w istotny sposób odstaje (w UE odsetek wykonywanych tego typu znieczuleń podczas porodu sięga 30%, a w Polsce nie przekracza 10%). Jednak nie tylko brak właściwego finansowania tej procedury powoduje taki stan rzeczy.

Niektóre zapisy propozycji projektu i załączony w uzasadnieniu komentarz (tj. ocena skutków regulacji i wskazanie, że rozwiązanie to nie wpłynie na wzrost kosztów finansowania podmiotów leczniczych) mogą świadczyć o zamiarze rozwiązania problemu znieczuleń okołoporodowych przez istniejące już zespoły anestezjologiczne, zabezpieczające całą działalność szpitala. Zarząd Główny Polskiego Towarzystwa Anestezjologii i Intensywnej Terapii stoi na stanowisku, że rozwiązanie takie nie będzie w stanie zapewnić bezpiecznej realizacji analgezji regionalnej porodu na terenie podmiotów prowadzących działalność leczniczą. Proponujemy korektę tego dokumentu, poprzez wprowadzenie przedstawionych poniżej zmian.

Propozycje zmian

Strona 1 Rozporządzenia, paragraf 3

Aktualny zapis: W okresie 7 lat od wejścia w życie niniejszego rozporządzenia....

Proponowana zmiana: W okresie 5 lat od wejścia w życie niniejszego rozporządzenia....

Uzasadnienie: Okres dostosowawczy 7 lat jest zbyt długi i powinien być skrócony o około jedną trzecią. Okres 5 lat wydaje się w zupełności wystarczający dla wykształcenia odpowiedniej kadry.

Strona 2 Rozporządzenia, paragraf 3

Aktualny zapis: ...może wykonać zadania położnej anestezjologicznej pod warunkiem, że legitymuje się udokumentowanym 5-letnim stażem na bloku porodowym.

Proponowana zmiana: ...może wykonać zadania położnej anestezjologicznej pod warunkiem, że legitymuje się udokumentowanym 5-letnim stażem na bloku porodowym i jest w sposób ciągły bezpośrednio nadzorowana przez osoby posiadające przeszkolenie w zakresie analgezji regionalnej porodu (kwalifikacje te zostały wymienione w innych punktach paragrafu 3).

Uzasadnienie: Przynajmniej jedna z pielęgniarek/położnych obecnych na trakcie porodowym gdzie prowadzony jest analgezja regionalnej powinna mieć kwalifikacje wymienione w innych punktach paragrafu 3.

Punkt IV, podpunkt 6

Aktualny zapis: Osoby sprawujące opiekę nad rodzącą odnotowują podejmowane działania mające na celu łagodzenie bólu oraz ocenę stanu rodzącej i płodu w karcie obserwacji przebiegu porodu oraz w przypadku zastosowania analgezji zewnątrzoponowej – w karcie przebiegu znieczulenia.

Proponowana zmiana: Osoby sprawujące opiekę nad rodzącą odnotowują podejmowane działania mające na celu łagodzenie bólu oraz ocenę stanu rodzącej i płodu w karcie obserwacji przebiegu porodu oraz w przypadku zastosowania analgezji regionalnej porodu – w karcie przebiegu analgezji regionalnej porodu.

Uzasadnienie: W odniesieniu do całego dokumentu, zmieniono nazewnictwo „znieczulenie regionalne porodu” na „analgezję regionalną porodu”, zatem do dokumentowania tej procedury należy wprowadzić odrębną kartę przebiegu analgezji regionalnej porodu, do której prowadzenia będą miały uprawnienia również osoby inne niż lekarz anestezjolog.

Punkt VII, podpunkt 5

Aktualny zapis: Analgezję regionalną rozpoczyna się w aktywnej fazie I okresu porodu, przy rozwarciu 3-5 cm ujścia zewnętrznego szyjki macicy.

Proponowana zmiana: Analgezję regionalną rozpoczyna się w aktywnej fazie I okresu porodu, przy rozwarciu co najmniej 1 cm ujścia zewnętrznego szyjki macicy.

Uzasadnienie: Istniejący zapis 3-5 cm odbiera rodzącym z mniejszym rozwarciem szyjki macicy możliwość otrzymania analgezji regionalnej porodu, co jest niezgodne z najnowszym piśmiennictwem.

Punkt VII, podpunkt 7

Aktualny zapis: Przed zastosowaniem analgezji regionalnej rodzica otrzymuje od lekarza położnika informację o jej przebiegu, jej wpływie na przebieg porodu i płód, możliwych powikłaniach i działaniach niepożądanych. Warunkiem zastosowania analgezji regionalnej jest uzyskanie pisemnej zgody rodziców.

Proponowana zmiana: Przed zastosowaniem analgezji regionalnej rodzica otrzymuje od lekarza anestezjologa informację o jej przebiegu, jej wpływie na przebieg porodu i płód, możliwych powikłaniach i działaniach niepożądanych. Warunkiem zastosowania analgezji regionalnej jest uzyskanie pisemnej zgody rodziców.

Uzasadnienie: Informowanie rodziców o przebiegu analgezji regionalnej, jej przebiegu, jej wpływie na przebieg porodu i płód, możliwych powikłaniach i działaniach niepożądanych nie należy do obowiązków lekarza położnika – jest to obowiązek lekarza anestezjologa wykonującego tę procedurę u rodziców. Preferowane powinno być tu uzyskanie świadomej zgody przed rozpoczęciem akcji porodowej.

Punkt VII, podpunkt 7

Aktualny zapis: brak wzmianki o konieczności zapewnienia odrębnego dyżuru na bloku porodowym.

Proponowana zmiana: Realizowanie świadczeń w zakresie analgezji regionalnej porodu wymaga zapewnienia 24-godzinnego dyżuru (stacjonarnego lub pod telefonem) na bloku porodowym lekarza anestezjologa (który spełnia wtedy funkcję lekarza prowadzącego analgezję regionalną porodu), dedykowanego wyłącznie do zabezpieczenia pracy bloku porodowego (w tym znieczuleń do procedur położniczych oraz analgezji regionalnej porodów). Lekarz anestezjolog pełniący dyżur pod telefonem musi być dostępny na sali porodowej w ciągu 30 minut od podjęcia decyzji o potrzebie zastosowania analgezji regionalnej. W przypadku konieczności przeprowadzenia dwóch procedur położniczych równocześnie, o pierwszeństwie wykonania procedury decyduje lekarz położnik w porozumieniu z lekarzem anestezjologiem. W sytuacji, kiedy lekarz anestezjolog nie może kontynuować nadzoru nad pacjentką poddaną analgezji regionalnej porodu, nadzór nad rodzicą przejmuje w pierwszej kolejności inny lekarz anestezjolog (z wyłączeniem lekarza oddziału intensywnej terapii), a jeżeli nie jest on dostępny lub udziela w tym czasie innych świadczeń z zakresu anestezji – nadzór nad pacjentką przejmuje lekarz położnik. Warunkiem niezbędnym do realizacji programu analgezji regionalnej porodu i innych znieczuleń położniczych w szpitalu przez jednego anestezjologa jest bliskość sali porodowej i traktu operacyjnego szpitala, oraz obecność innego anestezjologa na dyżurze stacjonarnym w lokalizacji mogącego w razie potrzeby udzielić świadczenia zdrowotnego innej rodzicą (z wyłączeniem lekarza dyżurnego oddziału intensywnej terapii).

Uzasadnienie: udzielanie świadczeń w zakresie analgezji regionalnej porodu wymaga zapewnienia odrębnego dyżuru anestezjologicznego, zabezpieczającego wyłącznie pion położniczy w szpitalu (zarówno analgezję regionalną porodu jak i znieczulenie do cięć cesarskich oraz innych procedur położniczych). W taki sposób problem ten jest rozwiązywany w krajach, w których analgezja regionalna porodu jest stosowana rutynowo i od wielu lat. Należy z całą mocą podkreślić, że nie ma możliwości bezpiecznego prowadzenia analgezji regionalnej porodu za pomocą tej samej obsady anestezjologicznej, która zabezpiecza anestezjologicznie całą działalność szpitala i nie jest dedykowana wyłącznie do obsługi pionu położniczego w szpitalu. Z drugiej jednak strony nie ma uzasadnienia dla tworzenia odrębnego lekarza dyżurnego wyłącznie dla celów prowadzenia analgezji regionalnej – takie działanie jest przesadne, ekonomicznie nieuzasadnione, a przy tym niemożliwe do praktycznej realizacji.

Punkt VII, podpunkt 14.3

Aktualny zapis: Ocena stanu rodzącej podczas trwania analgezji regionalnej powinna być prowadzona nie rzadziej, niż co 90 minut przez lekarza prowadzącego analgezię zewnątrzoponową porodu i w czasie rzeczywistym poprzez ciągły i bezpośredni nadzór położnej anestezjologicznej lub pielęgniarki anestezjologicznej.

Proponowana zmiana: Ocena stanu rodzącej podczas trwania analgezji regionalnej powinna być prowadzona w czasie rzeczywistym poprzez ciągły i bezpośredni nadzór położnej anestezjologicznej lub pielęgniarki anestezjologicznej.

Uzasadnienie: ZG PTaIT stoi na stanowisku, że realizowanie świadczeń w zakresie analgezji regionalnej porodu wymaga zapewnienia 24 godzinnego dyżuru (stacjonarnego lub pod telefonem) na bloku porodowym lekarza anestezjologa, dedykowanego wyłącznie do zabezpieczenia pracy bloku porodowego (w tym zarówno znieczuleń do procedur położniczych jak i analgezji regionalnej porodów). Wymóg oceny stanu rodzącej co 90 minut, która to ocena miałaby być dokonywana przez lekarza prowadzącego analgezię zewnątrzoponową porodu, wyklucza możliwość angażowania się tego lekarza w jakiegokolwiek inne działania, np. w równoczesne znieczulenie do procedur położniczych.

Punkt VII, podpunkt 15.1

Aktualny zapis: Opieka nad położnicą i noworodkiem po analgezji regionalnej obejmuje: Pozostawanie położnicy i noworodka pod nadzorem położnej i opieką lekarza położnika, lekarza neonatologa lub lekarza pediatri, lekarza prowadzącego analgezię zewnątrzoponową porodu, do chwili ustąpienia ryzyka niewydolności oddechowej.

Proponowana zmiana: Opieka nad położnicą i noworodkiem po analgezji regionalnej obejmuje: Pozostawanie położnicy i noworodka pod nadzorem położnej i opieką lekarza położnika, lekarza neonatologa lub lekarza pediatri, do chwili ustąpienia ryzyka niewydolności oddechowej.

Uzasadnienie: Z zaproponowanego zapisu wynika, iż w przypadku zastosowania opioidów do prowadzenia analgezji regionalnej porodu, nad położnicą musi być później sprawowany nadzór „do czasu ustąpienia ryzyka niewydolności oddechowej”. Utrzymanie takiego enigmatycznego zapisu w przypadku zabezpieczenia przez podmiot leczniczy analgezji regionalnej porodu za pomocą dyżuru pod telefonem oznacza, że lekarz anestezjolog pełniący dyżur pod telefonem obligatoryjnie musiałby pozostać w szpitalu przez bliżej nieokreślony czas celem nadzoru położnicy. Dla takiego postępowania nie ma żadnego logicznego uzasadnienia, ponieważ opioidy stosuje się obecnie rutynowo podczas znieczulenia do cięcia cesarskiego, a przecież dalszy nadzór nad pacjentkami sprawują położne.

Punkt VIII, podpunkt 3

Aktualny zapis: Badanie poprzedzające zastosowanie analgezji regionalnej obejmują liczbę płytek krwi w surowicy krwi (badanie ważne 24 godziny od momentu jego wykonania)

Proponowana zmiana: całkowite wykreślenie tego zapisu.

Uzasadnienie: W punkcie VIII, podpunkt 1 zapisano że do wykonania analgezji zewnątrzoponowej rodząca wymaga „spełnienia kryteriów kwalifikacji do analgezji porodu pod postacią blokady centralnej”. Te kryteria nie obejmują jedynie oceny w skali ASA i oceny liczby płytek krwi. Ponieważ kryteria kwalifikacji do analgezji porodu pod postacią blokady centralnej są anestezjologom doskonale znane, nie ma sensu dalsze uszczegółowienie tego punktu w odniesieniu do jednego wybranego parametru.

Propozycje dotyczące całego dokumentu

W całym dokumencie pojawiają się zapisy o „analgezji zewnątrzoponowej”. Należy je zmienić na zapis „analgezja regionalna porodu”, ponieważ w analgezji regionalnej porodu stosowane są techniki znieczulenia podpajęczynówkowego i połączonego znieczulenia podpajęczynówkowego i zewnątrzoponowego.

W całym dokumencie pojawia się zapis „lekarz prowadzący analgezję zewnątrzoponową porodu”. Należy go zmienić na „lekarz anestezjolog”.

Powyższe uwagi zostały przyjęte podczas 6 zebrania Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Anestezjologii i Intensywnej terapii w dniu 18.09.2015, przez zespół w składzie:

Prof. dr hab.n.med Piotr Knapik, Prezes

Prof. dr hab.n.med Maria Wujtewicz, Prezes Ubiegłej Kadencji

Dr Józef Bojko, Skarbnik

Dr hab.n.med. Łukasz Krzych, Sekretarz

Dr Małgorzata Mikaszewska-Sokolewicz

Prof dr hab.n.med. Hanna Misiołek

Dr hab.n.med. Radosław Owczuk, prof. nadz GUMED