

OD REDAKCJI



Fot. Radosław Kwiatecki

Szanowne Koleżanki i Koledzy!

Niby okres kanikuly letniej, ale nie do końca. Przepychanka z receptami. Porozumienie ministra z prezesem – prezes porozumienie lekceważy. Jesteśmy z założenia traktowani jak przestępcy. Lekarze protestują, nie odbierają przesyłki z NFZ, nie podpisują nowych umów, podpisują, ale z zastrzeżeniem dotyczącym niewralgicznego punktu. Inni, zastraszeni, odbierają i podpisują. Brakuje skutecznej koordynacji działań. Izby lekarskie nawołują do solidarnego ruchu oporu w stosunku do nie do końca niezasadnej, ale na pewno zbyt rygorystycznej, klauzuli odpowiedzialności za błąd. Media jednoznacznie postawiły lekarzy w opozycji do pacjentów. To na nas ma spaść odpowiedzialność za to, że Narodowy Fundusz Zdrowia robi wszystko, żeby kosztami terapii obciążyć pacjentów. Minister (premier) odwołuje prezesa. Wiele nadziei – przecież konflikt z lekarzami to, jak się wydaje, podstawowa przyczyna zmian personalnych. Nowa pani prezes na pewno jest w dobrych relacjach z Ministerstwem, więc nadzieja rośnie. Ale tu następuje fiasko pertraktacji. Naczelna Izba Lekarska wycofuje się na neutralną pozycję: lekarzu decyduj sam. Sam nie wiem, co mam robić... Przyjąć jednostronne warunki NFZ, odstać osobiście w jeszcze jednej kolejce, po raz kolejny dostarczyć:

1. Prawo wykonywania zawodu lekarza
2. Dokumenty potwierdzające posiadane specjalizacje i ich zakres.
3. Wpis do księgi rejestrowej praktyki zawodowej w Okręgowej Izbie Lekarskiej
4. Numer REGON
5. Wpis do ewidencji podmiotów prowadzących działalność gospodarczą

Pozwoliłem sobie przepisać tę listę, ponieważ są to wymagane dokumenty, które mam dostarczyć już chyba piąty raz w ciągu ostatnich kilku lat. Kolejny absurd, a może raczej uzasadnienie dla wypłacania pensji rzeszy biurokratów, którym muszę udokumentować, że w dalszym ciągu mam prawo wykonywania zawodu i specjalizację z położnictwa i ginekologii.

A może jednak nie podpisywać i wydawać wyłącznie recepty pełnopłatne, wypisywać jedynie leki nierefundowane? Wtedy byłbym najlepszym lekarzem z punktu widzenia Fun-

duszu. Sam nie wiem, co mam teraz zrobić. A izby lekarskie, niestety jak zwykle, pomimo wyjątkowo upalnego w tym roku lipca zostawiły nas po prostu na lodzie.

Niestety, lekarze nie mają szczęścia do regulacji prawnych. A położnicy to już po prostu mają pecha do legislacji: rozporządzeń, zarządzeń czy zaleceń. Rozporządzenie w sprawie opieki prenatalnej i okołoporodowej, w zasadzie groźne dla naszych pacjentek, w moich obserwacjach nie ma żadnego wpływu na sposób prowadzenia ciąży i porodu. Marginalna grupa ciężarnych z wyboru nieobjętych w czasie ciąży opieką położniczą, kilkaset świadomych decyzji o porodzie w warunkach domowych (jestem przekonany, że znacznie więcej rodzących po prostu nie zdąży dojechać do szpitala) to naprawdę nie jest zjawisko godne większej uwagi. *Nota bene* wykrwawienie się i zgon poporodowy 36-letniej australijskiej położnej, Caroline Lovell, animatorki porodów domowych w tym kraju, jest starannie ukrywany przez polskie propagatorki porodu w zaciszu domowym. Zjawisko, któremu tak naprawdę miało służyć to rozporządzenie, jest tak kadłubkowe, że w gruncie rzeczy nie ma o co kopii kruszyć. Nie wydaje mi się, żeby zmieniło ono cokolwiek w naszej pracy na sali porodowej. Zapis, z którego wynika, że będę mógł się na nim opierać, jak już będę po porodzie, niewiele zmienia w naszej praktyce medycznej. Niestety, nie posiadam daru przepowiadania, nie wiem, co będzie za kilka godzin, inaczej zatrudniłbym się w charakterze jasnowidza. Nikogo z nas nie oskarżali na sali sądowej za podłączenie aparatu KTG, najbezpieczniejsze jest niestety zrobienie nie do końca zasadnego cięcia cesarskiego, sądzą nas za to, że nie zrobiliśmy cięcia, że zrobiliśmy je za późno, że nie indukowaliśmy porodu w odpowiednim czasie, że dziecko urodziło się chore. Żadne rozporządzenie nie zmusi mnie do tego, żebym postępował niezgodnie z moją wiedzą i doświadczeniem medycznym, żebym w zgodzie z zaleceniami podejmował ryzyko czy świadomie szkodził rodzącej lub jej dziecku. Wydaje mi się, że tak samo myślą jeśli nie wszyscy, to ogromna większość polskich położniczek ginekologów.

Od kilku lat z niepokojem obserwuję zawirowania dotyczące znieczulenia porodu. Ból porodowy jest dla rodzących kobiet złożonym doznaniem emocjonalno-somatycznym. W pierwszym okresie porodu jest on wywo-

łany skurczami macicy i rozwieraniem się szyjki. W drugim okresie porodu dodatkowo wywołany jest rozciąganiem ścian pochwy i krocza. Odczuwanie bólu porodowego przez rodzące jest ogromnie zróżnicowane. Część kobiet odczuwa ból porodowy jako niezbyt nasilony, dość często jako czynnik pozytywnie mobilizujący, i w związku z tym nie wymagają one analgezji porodu. Jest jednak też grupa kobiet określająca ból porodowy jako silny, część jako ból nie do zniesienia, wymagająca zastosowania różnych metod łagodzenia bólu. Ból u tych pacjentek wywołuje wiele niekorzystnych reakcji fizjologicznych oraz emocjonalnych. Z doznań emocjonalnych dominuje lęk, strach, panika, aż do prób ucieczki. Zachowania te utrudniają lub w skrajnych sytuacjach wręcz uniemożliwiają współpracę rodzącej z personelem sali porodowej. Wszystkie te niekorzystne reakcje mogą prowadzić w konsekwencji do pogorszenia się dobrostanu płodu, objawiającego się zaburzeniami tętna płodu. Ileś lat mojego życia spędziłem na sali porodowej – nie wyobrażam sobie prowadzenia porodu bez możliwości zaferowania rodzącej EFEKTYWNEJ metody łagodzenia dolegliwości bólowych.

Spośród wielu metod łagodzenia bólu porodowego najskuteczniejszą jest zastosowanie techniki analgezji regionalnej zewnątrzoponowej lub podpajęczynówkowej. Jak jednak wynika z obowiązującego od przeszło roku rozporządzenia, każde farmakologiczne łagodzenie bólu czyni poród niefizjologicznym... Dolargan – to już nie jest fizjologia, Entonox – tak samo, ZO – to już chyba ciężka patologia położnicza.

W czerwcu do konsultacji społecznych przekazany został projekt rozporządzenia MZ w sprawie standardu postępowania medycznego w łagodzeniu bólu porodowego. To kolejne rozporządzenie ministra zdrowia dotyczące standardu opieki porodowej. Po pierwsze, nie rozumiem zupełnie założenia – po co regulacje prawne dla podstawowych działań medycznych? Czekam na opracowany na Miodowej standard appendektomii i wyłyżczkowania jamy macicy. Po wtóre, do czegoś, co powinno być standardem, dorabia się ideologię, łącznie z tym, że „Informacja o stosowanym trybie postępowania medycznego w łagodzeniu bólu porodowego jest przekazywana do właściwego miejscowo oddziału NFZ”. Czy to nie jest śmieszne, że rozporządzenie o standardzie postępowania medycznego zaleca opracowanie indywidualnych standardów w poszczególnych szpitalach? W projekcie rozporządzenia bardzo interesujący jest ustęp dotyczący „metod łagodzenia bólu porodowego”. Składa się on z kilku części, z których pierwsza to „Niefarmakologiczne metody łagodzenia bólu”, druga „Farmakologiczne metody łagodzenia bólu, mające udokumentowaną skuteczność kliniczną w łagodzeniu bólu porodowego”. Słusznie, bo w pierwszej wymienione są metody, które na pewno nie mają udokumentowanej skuteczności. Oczekuję zatem na rozporządzenie ministra zdrowia promujące irydologię, homeopatię i urynoterapię.

Jak wynika z projektu rozporządzenia, „Farmakologiczne metody łagodzenia bólu porodowego są wdrażane w przypadku braku oczekiwanej skuteczności zastosowanych metod niefarmakologicznych”. Biorąc pod uwagę fakt, że w wykazie znajduje się dziewięć metod, gdybyśmy chcieli sprawdzić skuteczność „spaceru i kołowania się” i „oddychania torem przeponowym, zsynchronizowanym z przebiegiem fali skurczowej” (nie widziałem jeszcze kobiety, której oddychanie przeponowe zmniejszyłoby dolegliwości bólowe, a synchronizacja, mam nadzieję, nie polega na skojarzeniu jeden skurcz – jeden oddech), „masażu relaksacyjnego”, „przeciwicisku”, „ciepłych lub zimnych okładów”, „fizjoterapii – programów ćwiczeń kinezyterapeutycznych”, „masażu”, „biofeedbacku”, „termoterapii” (czyli na sali porodowej masażysta i specjalista fizjoterapii, a ciepłe i zimne okłady to nie termoterapia), „akupunktury” i „immersji wodnej” – to naprawdę jednego porodu na sprawdzenie tych wszystkich metod o udokumentowanej nieskuteczności po prostu nie starczy.

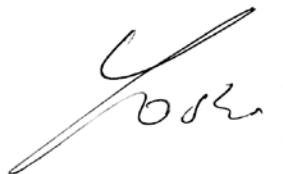
Zastosowanie opioidów, czyli po prostu podanie Dolarganu, jest dopuszczalne jedynie na początku pierwszego okresu porodu (co dalej, nie wiadomo – później wcale mniej nie boli) i co ciekawe wiąże się z koniecznością prowadzenia porodu w pozycji leżącej, częstszym badaniem i ciągłym monitorowaniem KTG – czy tego naprawdę chciały panie z akcji Rodzić po Ludzku?

Najbardziej jednak abstrakcyjne stwierdzenia znajdują się w części dotyczącej analgezji regionalnej. Wymaga ona zapewnienia 24-godzinnej dyżuru na bloku porodowym lekarza anestezjologa, który w tym czasie nie może wykonywać żadnych innych obowiązków. Zatem na oddziałach, na których odbywają się więcej niż dwa porody dziennie, czyli 700 rocznie (czy w ogóle powinny być utrzymywane oddziały, na których odbywa się mniej porodów?) na sali porodowej w trybie 24-godzinny powinny być dostępne dwóch anestezjologów – jeden do cięć, drugi do znieczuleń zewnątrzoponowych. W większości polskich małych szpitali duży problemem jest z tym pierwszym. Jak dyrektorzy szpitali mają opłacić jeszcze jednego anestezjologa i skąd go wziąć, tego rozporządzenie nie reguluje. Proponuję, żeby kolejnym rozporządzeniem nakazać powrócić do Polski wszystkim anestezjologom, którzy za chlebem emigrowali z naszego kraju do Szwecji, Hiszpanii, Wielkiej Brytanii... Co więcej, przy porodzie ma być również specjalna pielęgniarka anestezjologiczna i położna przeszkolona w prowadzeniu porodu w ZO. Prowadzę już kolejną klinikę, w której poród w znieczuleniu zewnątrzoponowym jest po prostu standardem, i nie jestem w stanie pojąć, na czym ma polegać specjalistyczne szkolenie położnych do prowadzenia porodów w znieczuleniu przewodowym – to postępowanie rutynowe, więc chyba powinny się tego nauczyć w trakcie kształcenia przeddyplomowego.

Kolejne punkty tego projektu to niestety kolejne niezręczności medyczne. Ale nasuwa się podstawowe pytanie: czemu to rozporządzenie ma służyć? Chyba głównie możliwości udokumentowania, że zgodnie z prawem nie możemy pacjentce zaproponować znieczulenia przewodowego. Na pewno nie służy ono kobiecie rodzącej.

Ja swoje zastrzeżenia przesłałem do Ministerstwa. Ciekawe, czy PTG miało jakiegokolwiek uwagi do tego rozporządzenia.

Z wyrazami szacunku

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Dębski' with a stylized flourish above it.

Romuald Dębski