

nr 5/2020 ISSN 1425-4255



MAGAZYN LEKARZY
KUJAWSKO-POMORSKIEJ OKRĘGOWEJ IZBY LEKARSKIEJ W TORUNIU

Meritum





**KALENDARIUM OKRĘGOWEJ RADY LEKARSKIEJ / PREZYDIUM ORL
KUJAWSKO-POMORSKIEJ OKRĘGOWEJ IZBY LEKARSKIEJ W TORUNIU
WRZESIEŃ 2020**

L.p.	Data	Wydarzenie	Miejsce	Uczestnicy
1.	03.09.2020	Konwent Prezesów Izb Lekarskich	NIL Warszawa	Wojciech Kaatz
2.	04.09.2020	Posiedzenie NRL	NIL Warszawa on-line on-line	Wojciech Kaatz Anita Pacholec Łukasz Wojnowski
3.	07.09.2020	Posiedzenie Komisji Kształcenia KPOIL	siedziba KPOIL w Toruniu	Członkowie Komisji
4.	08.09.2020	Posiedzenie ORL	siedziba KPOIL w Toruniu	Członkowie ORL
		Posiedzenie Komisji Bioetycznej KPOIL	on-line	Członkowie Komisji
		Posiedzenie Komisji ds. Etyki Lekarskiej	siedziba KPOIL w Toruniu	Członkowie Komisji
5.	15.09.2020	Uroczystość rozdania praw wykonywania zawodu lekarzom stażystom	siedziba KPOIL w Toruniu	Sławomir Badurek Piotr Hubert Wojciech Kaatz Jan Kosior Robert Mielcarek
6.	17.09.2020	Spotkanie Zespołu ds. Świadczeń Publicznych NRL z przedstawicielami NFZ (Wicepresem B.Waśko, Dyrektorem L. Szalką i dr Maślińską)	siedziba NFZ Warszawa	Wojciech Kaatz
7.	21.09.2020	Posiedzenie Okręgowej Komisji Rewizyjnej	siedziba KPOIL w Toruniu	Członkowie Komisji
8.	26.09.2020	Posiedzenie Krajowej Komisji Wyborczej	NIL Warszawa	Wojciech Kaatz



dr n. med. Sławomir Badurek
meritum@hipokrates.org

Zabawa w udawanego

Lekarz rodzinny dzwoni do straży – Pali mi się dom, proszę o pomoc! Na to dyżurny strażak – Proszę się nie denerwować, zaraz poinstruuje pana jak gasić. Jestem daleki od generalizowania, ale takie dowcipy nie wzięły się znikąd. Pacjenci coraz częściej skarżą się na utrudniony dostęp do lekarzy, przede wszystkim podstawowej opieki zdrowotnej. W szybkim tempie przybywa też skarg na teleporady, a większość z nich dotyczy braku możliwości dozwonienia się do przychodni.

Problem jest znany w całej Polsce. Również do naszej Izby zaczęły napływać sygnały od lekarzy, że wiele poradni, działających w oparciu o umowę z NFZ, jest praktycznie zamkniętych, a obsługa pacjentów odbywa się wyłącznie w trybie zdalnym. Postanowiliśmy sprawę wyjaśnić u płaćnika. Wystosowaliśmy w sierpniu pismo do bydgoskiego oddziału NFZ z zapytaniem, które poradnie POZ i AOS ograniczają się wyłącznie do teleporad, a które nadal przyjmują pacjentów w klasycznej formie. Przy okazji zasygnalizowaliśmy, że na terenie Torunia i Włocławka nie ma możliwości wykonania wymazu w kierunku COVID-19 osobom niepełnoletnim z objawami sugerującymi zakażenie koronawirusem. W rzeczywistości brzmiało to inaczej, ale pierwsze i zarazem najważniejsze zdanie udzielonej przez

NFZ odpowiedzi, mogłoby ograniczyć się do sokratejskiego „wiem, że nic nie wiem”. Ponieważ powaga instytucji nie pozwalała zbyć pytającego jednym zdaniem, otrzymaliśmy obszerny wykład jak podczas pandemii powinna być zorganizowana opieka medyczna i do czego zobowiązani są wszyscy świadczeniodawcy. Informację o konieczności zapewnienia dostępności lekarza POZ w placówce od poniedziałku do piątku w godzinach od 8.00 do 18.00 podano nawet tłustym drukiem. Odnosząc się do teleporad, poinformowano, że „świadczenia te mogą być udzielane wyłącznie w sytuacji, gdy ocena stanu zdrowia i zakres niezbędnych czynności nie wymaga obecności personelu medycznego”. Podkreślono także, że żadne ograniczenia wiekowe w pobieraniu wymazów nie obowiązują. Krótko mówiąc, jest dobrze, a będzie jeszcze lepiej, bo NFZ planuje dodatkowo zakontraktować nowe punkty pobrań.

Koronawirus nie jest dla Funduszu przeszkodą, by szybko sprawdzić co, jak i gdzie się odbywa, nie wychylając nosa poza siedzibę. Na pierwszy rzut oka może więc dziwić brak zainteresowania płaćnika wywiadywaniem się świadczeniodawców z zawartych umów. Zresztą nie tylko w kujawsko-pomorskim. Rozmawiam ze znajomymi lekarzami, śledzę doniesienia medialne i jakoś nie zauważyłem, by NFZ miał coś przeciwko przekształceniu wielu przychodni w niezdobyte fortece. Poza pacjentami, przyzwyczajonymi do korzystania z POZ kiedy dusza zapragnie, wszystkim innym obecny stan wydaje się pasować. Lekarze rodinni czują się bezpiecznie, mogą

ograniczyć wydatki na środki ochrony osobistej oraz zaoszczędzić pieniądze na badaniach dodatkowych. NFZ woli udawać, że nic się nie dzieje, bo mniejsza zgłaszalność do lekarzy to mniejsze prawdopodobieństwo, że pacjent trafi gdzieś dalej i uszczupli system o środki na kosztowną diagnostykę i leczenie, a płaćnik ma za zadanie przede wszystkim dbać o budżet. Dalekosiężne skutki takiej polityki mało kogo interesują, bo ważne jest tu i teraz oraz to, że „nasi” rządzą. Z punktu widzenia Funduszu, reprezentującego państwo, nie warto też zadzierać z lekarzami POZ. Bo nie daj Boże się zdenerwują i będą domagać się zdecydowanego zwiększenia finansowania świadczeń albo co gorsze nie zechcą podpisać aneksów na przyszły rok, co mogłoby poskutkować spadkiem notowań rządu.

Do zabawy w udawanego przyłączyli się pacjenci. Na SOR nie da się już tak jak przed pandemią wejść o każdej porze dnia i nocy. Można za to zadzwonić po pogotowie. Zwłaszcza, że w przeciwieństwie do przychodni tudzież szpitala, ktoś zawsze odbierze telefon. W ostatnich miesiącach wyraźnie wzrosła liczba nieuzasadnionych wezwań i nic nie wskazuje, by miało się to zmienić. Ministerialne wymogi dla lekarzy POZ, uprawniające do zlecania przez bezpłatnych testów na koronawirusa sprawią z pewnością, że przybędzie pacjentów zgłaszających duszność, kaszel, gorączkę i zaburzenia węchu lub smaku. Nic przy tym nie wskazuje, że zmniejszy się liczba tych, którzy będą przechorowywać zawał lub udar w domu, a także „hodować” nowotwory. Kogo to z pacjentów obchodzi?

KALENDARIUM	2
OD REDAKTORA	
Zabawa w udawanego	3
SŁOWO PREZESA	
Skrajności i podobieństwa	5
PLACÓWKI MEDYCZNE	
Tutaj nie ma psychoterapii	6
NASZ WYWIAD	
Szwecja pozwala wypocząć	8
PRAWO I MEDYCYNĄ	
Kilka uwag o udostępnianiu dokumentacji medycznej po śmierci pacjenta	10
POLITYKA ZDROWOTNA	
Kolejki	12
UCHWAŁY ORL	15
KOMUNIKATY	14, 15, 20
POBOCZA MEDYCYNĄ	
Skąd się wzięły fast foody?	16
KSIĄŻKI NADESLANE	
Historie życiem pisane	18
PRASÓWKA	
Brytyjczycy prymusami w walce z pandemią	19
Narasta problem porzucania seniorów w szpitalach	19
Miażdżąca ocena NIK psychiatrii dziecięcej	21
Będą ustne egzaminy	23
Światowy Dzień Sepsy	25
Koronawirus może być przyczyną sepsy	26
Wirus w budżetach szpitali	26
KALEJDOSKOP NAUKOWY	22
CYTATY	
Być lekarzem doskonałym	23
Z IZBY LEKARSKIEJ	
Witamy nowych lekarzy KPOIL!	24
Z ŻAŁOBNEJ KARTY	27



Meritum

ZESPÓŁ REDAKCYJNY:

dr n. med. Sławomir Badurek
(przewodniczący zespołu redakcyjnego)
mec. Krzysztof Izdebski

KOLEGIUM REDAKCYJNE:

dr n. med. Sławomir Badurek
(redaktor naczelny)
lek. Stanisław Hapyn
(przewodniczący kolegium redakcyjnego)

mec. Krzysztof Izdebski
dr n. med. Andrzej Kunkel
lek. Anita Pacholec

WSPÓŁPRACUJĄ:

mgr Alicja Cichocka-Bielicka
lic. Agnieszka Lis
mgr Anna Zielaskiewicz

Numer zamknięto 25.09.2020 r.
Redakcja zastrzega sobie prawo redagowania tekstów, nie zwraca nadesłanych materiałów, nie odpowiada za treść zamieszczonych ogłoszeń i reklam.

Wydawca: Kujawsko-Pomorska Okręgowa Izba Lekarska w Toruniu,
87-100 Toruń, ul. Danielewskiego 6
tel./fax: 56 655 41 60 i 655 41 61
konto: Bank Polska Kasa Opieki S.A.
I/O Toruń 63124040091111000044843364;
e-mail: meritum@hipokrates.org



www.kpoil.torun.pl

Prosimy o uwagi, na podstawie których będziemy naszą stronę modelować i dopracowywać.

Godziny pracy biura KPOIL w Toruniu

poniedziałek	8.00-17.00
(do godz. 16.00 Dział Finansowy i Dział Praktyk Prywatnych)	
wtorek	8.00-18.00
środa	8.00-16.00
czwartek	8.00-16.00
piątek	8.00-13.00
(do godz. 14.00 Dział Finansowy i Dział Praktyk Prywatnych)	



Okładka –
panorama
Grudziądza.
fot. Sławomir
Badurek

SPRAWY BIEŻĄCE

Redakcja „Meritum” bardzo prosi wszystkich lekarzy o weryfikowanie adresów do kolportażu „Meritum” i „Gazety Lekarskiej” (zmiany adresu, rodziny lekarskie, które nie chcą otrzymywać kilku egzemplarzy pism i tym podobne). Prosimy także o podawanie adresów poczty elektronicznej oraz zmian dotyczących Państwa danych gromadzonych w komputerowym rejestrze lekarzy (adresy e-mail, zmiany nr telefonów, zmiany nazwisk, zmiany miejsc pracy, uzyskanie specjalizacji itp.) e-mail: a.zielaskiewicz@hipokrates.org lub a.lis@hipokrates.org lub tel./fax 56 655 41 60 wewn. 18.

Rzecznik Praw Lekarza naszej Izby –
mec. **Krzysztof Izdebski**
tel. 697 617 763,
e-mail: izdebski77@gmail.com

Pełnomocnik ds. Zdrowia
Lekarzy i Lekarzy Dentystów
naszej Izby
dr **Jolanta Pawlak**
tel. 781 266 546,
e-mail: j.pawlak@hipokrates.org

DIAGNOSTYKA I LECZENIE DLA LEKARZY SENIORÓW

Uprzejmie informujemy, że osobami odpowiedzialnymi za kontakty ułatwiające dostęp do diagnostyki i leczenia dla Lekarzy Seniorów są:

• Toruń i okolice:

– Dr Anna Raczyńska, tel. kom. 503 054 442, pracuje w Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym w Toruniu, Oddział Kardiologii i Intensywnej Terapii Kardiologicznej,

– Dr n. med. Jacek Gessek, pracuje w Specjalistycznym Szpitalu Miejskim w Toruniu, Oddział Kardiologii i Intensywnej Opieki Kardiologicznej, tel. do gabinetu lekarskiego 56 61 00 245,

• Włocławek i okolice

– Dr Piotr Tyrjan, tel. kom. 604 616 377, pracuje w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym we Włocławku, II Oddział Chorób Wewnętrznych, tel. do gabinetu lekarskiego 54 41 29 226,

• **Grudziądz i okolice** – Dr Ewa Różalska, tel. 56 641 43 59, pracuje w Regionalnym Szpitalu Specjalistycznym w Grudziądzu, jest Ordynatorem Oddziału Hematologii i Oddziału Wewnętrznego.

Skład i łamanie: Kartel Press SA
www.kartel.com.pl



Wojciech Kaatz
Prezes KPOIL w Toruniu

Skrajności i podobieństwa

sadzie zabiera głos, informując rzetelnie o realnym zagrożeniu więc oczywiście być musi, że mamy w tym interes.

Grypa czy Covid – oto jest pytanie.

Bez wykonania testów molekularnych w zasadzie niemożliwe jest jednoznaczne rozróżnienie infekcji grypowej od zakażenia Sars-Cov-2. Jednakże, jak podaje prof. Andrzej Fal – internista i alergolog – są pewne różnice w przebiegu infekcji, które mogą pomóc w odróżnieniu nam obu rodzajów choroby. Grypa rozwija się w organizmie zdecydowanie szybciej niż zakażenie koronawirusem – trwa to najczęściej 2-4 dni. W przypadku koronawirusa, od zarażenia wirusem do rozwoju choroby mogą minąć nawet dwa tygodnie. W przebiegu Covid-19 częściej zdarzają się duszności, z kolei katar i ból gardła są bardziej typowe dla grypy. Utrata węchu i smaku w przebiegu Covid-19 różni się od tej, która dotyka chorych na gripę. W przypadku grypy przyczyną tej dolegliwości jest najczęściej katar. U pacjentów Covidowych zaburzenia te są dużo silniejsze aż do kompletnego zaniku smaku i węchu.

Grypa często powoduje bóle kostno-mięśniowe, tzw. „łamanie w kościach”, które trwają zwykle do trzech dni i poprzedzają resztę objawów. W przypadku koronawirusa charakterystyczny jest specyficzny kaszel, wspomniane duszności, zaburzenia smaku i węchu, utrata apetytu (zwłaszcza u dzieci), owrzodzenia na

mocno ukrwionych błonach śluzowych, np. na języku. Raczej nie obserwuje się fazy dolegliwości mięśniowo-kostnych.

Dlatego badanie podmiotowe, szczególnie wywiad z pacjentem wydaje się tak ważny. Dopiero bowiem suma dolegliwości może dać lekarzowi pełny obraz i wskazać lub przybliżyć właściwe rozpoznanie.

Dbajmy o oczy.

Noszenie na co dzień okularów może stanowić ochronę przed wnikaniem wirusa Sars-Cov-2 do organizmu. W świetle prowadzonych badań, specjalista chorób oczu prof. Jerzy Szaflik – kierownik Katedry i Kliniki Okulistyki Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego podnosi, że Sars-Cov-2 może wniknąć do organizmu poprzez oczy, które mają połączenie z nosem kanalikami łzowymi. Zainfekowane łyzy mogą dostać się do nosa. Co ciekawe, badania wskazywały, że wirus może też replikować się w oczach osób zakażonych, konkretnie w komórkach spojówek. Ochrona oczu jest szczególnie ważna w przypadku personelu medycznego stykającego się z chorymi i potencjalnie chorymi. Nośmy zatem okulary ochronne, przyłbice lub gogle. Jedno z przeprowadzonych badań wykazało, że nieświadomie dotykamy twarzy, w tym ust, nosa i oczu ok. 23 razy na godzinę.

Wszystkim nam życzę bezinfekcyjnej Złotej Polskiej Jesieni.

Epidemia koronawirusa doprowadziła w obszarze leczenia do dwóch skrajnych sytuacji. Pierwsza z nich to postawa pacjentów unikających planowego leczenia – zwłaszcza szpitalnego – ze względu na strach przed zakażeniem. Zaniebdania w tej materii już „odbijają się czkawką” w profilaktyce, wczesnym wykrywaniu schorzeń oraz ogólnej zdrowotności obywateli. Druga – to ograniczenie lub wręcz zaniechanie udzielanie świadczeń w niektórych podmiotach leczniczych. W wielu zaś wprowadzono rozwiązanie pośrednie, czyli wizyty stacjonarne zastąpiono teleporadami.

Zmutowany wirus ma się dobrze i pewnie zostanie z nami jakiś czas. Obawą może napawać fakt niewydolności naszego systemu, nieskoordynowane lub niespójne działania, politykierstwo. Swoje „trzy grosze” dorzucają także pseudoautorytety i celebryci. Od zwykłych obywateli często słyszymy głosy, że ta cała pandemia to wymysł i zмова firm farmaceutycznych i pazernych lekarzy, bo tylko środowisko medyczne w za-

Tutaj nie ma spychoterapii

Szpital w Chełmży w pandemii działa na pełnych obrotach – przygotowuje się do jesiennej fali COVID, jest w przededniu otwarcia nowej jednostki, szykuje do kolejnych, ambitnych inwestycji.



Lek. Leszek Pluciński



Dr n. med. Hubert Jużków

Szpital Powiatowy w Chełmży to największy pracodawca w mieście, zatrudniający ponad 300 osób. Przede wszystkim jednak, to ważna placówka ochrony zdrowia dla mieszkańców powiatu toruńskiego, dysponująca ponad 200 łózkami dla pacjentów w pięciu oddziałach: chirurgii ogólnej, chorób wewnętrznych, ginekologii i położnictwa, pediatrii oraz intensywnej terapii, posiadająca w strukturze, w dwóch lokalizacjach Zakład Opiekuńczo-Lecznicy.

Porodówka od lat na podium

Szpital od lat słynie w regionie z wysokiej jakości opieki na oddziale ginekologii i położnictwa (I stopień referencyjności). Z powodzeniem konkuruje o pacjentki z innymi placówkami, w tym z najbliższą porodówką w Toruniu. Głównymi rodzającymi szpital zajmuje drugie

miejsce w województwie (po szpitalu w Chełmnie) pod względem jakości opieki okołoporodowej w ogólnopolskim rankingu Fundacji Rodzić po Ludzku www.gdzierodzic.info. – W czasach, gdy liczba porodów w Polsce rokrocznie spada, u nas rodzi coraz więcej kobiet, obecnie ponad pół tysiąca w roku – zdaniem lek. med. Leszka Plucińskiego, prezesa zarządu Szpitala Powiatowego w Chełmży, to najlepsza recenzja pracy zespołu tego oddziału.

Jednym z wiodących w szpitalu jest oddział chirurgii ogólnej, którego zespół wykonuje ponad 1800 zabiegów rocznie, w tym zabiegi onkologiczne, ortopedyczne, chirurgii estetycznej. Zespół chwali się specjalistami z zakresu zabiegów endoskopowych i laparoskopowych. Jednostka posiada sprzęt oraz specjalistów, którzy wykonują rocznie ponad 1000 kolonoskopii i gastroskopii oraz diagnostykę dróg żółciowych.

Szpitalna rzeczywistość czasów pandemii

Pandemia COVID zmieniła rzeczywistość w placówce. Szpital w Chełmży działa w ścisłym reżimie sanitarnym. Wprowadzono szereg procedur, które mają chronić zarówno pacjentów jak i medyków przed transmisją koronawirusa. Szpital uruchomił m.in. dodatkową, zakaźną izbę przyjęć dla pacjentów z podejrzeniem zakażenia oraz miejsca do izolacji, zarówno dorosłych jak i dzieci.

– W czerwcu przywróciliśmy normalną działalność, obecnie realizujemy od 70-100% wykonan w ramach kontraktu NFZ. Nie spadła liczba porodów, przypadków ostrych czy porad ambulatoryjnych. Pomimo gotowości zespołów wykonujemy mniej planowych zabiegów operacyjnych, przede wszystkim przepuklin i żylaków – to, jak tłumaczy prezes, Leszek Pluciński wynika z obaw pacjentów. – Wielu odkłada pobyt na szpitalnym oddziale.

W Chełmży widać ogólnopolski, niepokojący trend, o którym od dłuższego czasu mówią krajowi konsultanci. – Także w naszym szpitalu zmniejszyła się liczba pacjentów onkologicznych, zgłaszających się na zabiegi. Pacjenci nie zniknęli, jednak z obawy przed koronawirusem nie zgłaszają się. Widać w tym pewną irracjonalność, powinni bać się choroby podstawowej, a nie koronawirusa – przestrzega lekarz.

Trudny dostęp do podstawowej opieki zdrowotnej

Jak słyszymy, przybywa za to pacjentów tzw. infekcyjnych, którzy powinni

być leczeni w ramach podstawowej opieki zdrowotnej, a przez pogorszenie dostępności do placówek POZ finalnie trafiają do izby przyjęć. Prezes Pluciński nie ukrywa, że bardzo liczy, że ogłoszona niedawno przez Ministerstwo Zdrowia strategia walki z jesienną falą COVID-19 uporządkuje sytuację. Według założeń ministerstwa, to na lekarzach podsta-



wowej opieki zdrowotnej ma spocząć obowiązek diagnozowania, kwalifikowania i oddzielania pacjentów z koronawirusem od innych. Na podstawie oceny objawów, lekarz POZ będzie kierował na testy i decydował o dalszej ścieżce leczenia chorego. W gestii lekarzy ma być także nadzór nad kwarantanną i izolacją. – W sezonie letnim radziliśmy sobie, jednak, gdy nadejdzie jesień i pojawi się fala zachorowań infekcyjnych, szpitalne izby przyjęć mogą jej nie wytrzymać – ostrzega prezes Pluciński.

W podobnym tonie wypowiada się szef zespołu do spraw zakażeń szpitalnych, dr n. med. Hubert Jużków, zastęp-

ca ordynatora chirurgii ogólnej szpitala w Chełmży. – *Diagnozowany w ramach teleporady pacjent finalnie trafia do nas. Obserwujemy ostatnio więcej skierowań z chybnym rozpoznaniem – odwołuje się do konkretnych przypadków. – Jeśli pacjent dzwoni do lekarza rodzinnego i opisuje, że bolą i puchną mu nogi, to lekarzowi zapala się lampka, że musi wykonać badanie naczyń w poradni chirurgicznej. Tymczasem okazuje się, że doszło do zaostrzenia niewydolności krążenia, które wymaga korekty leków krążeniowych i leków na odwodnienie, a nie wizyty u chirurga – układa ręce dr Jużków, zapewniając. – U nas nie ma psychoterapii, nikomu nie odmawiamy, jednak droga do prawidłowej diagnozy prowadzi przez gabinet lekarza rodzinnego, a nie teleporadę.*

Szpital gotowy na jesienną falę?

Strategia Ministerstwa Zdrowia zakłada również odejście od koncepcji szpitali jednoimiennych i stworzenie trzech poziomów zabezpieczenia szpitalnego. Poziom I ma dotyczyć wszystkich, ponad 600, placówek będących w sieci szpitali, takich jak placówka w Chełmży, w ramach, których powstaną miejsca (izolatki) umożliwiające przyjęcie pacjenta z podejrzeniem COVID-19 do czasu otrzymania wyniku badania. Szpital w Chełmży takie miejsca już posiada od dawna.

Jej szefostwo liczy przy tym bardzo, że decyzja resortu o nietestowaniu pacjentów na kwarantannie i izolacji skróci do 6-8 godzin czas oczekiwania na wyniki pacjentów z podejrzeniem COVID. – *Bywały dni, że na wynik testu czekałmy nawet dwie doby, co jest sytuacją nie do zaakceptowania, powodującą problemy organizacyjne, a nawet paraliż jednostki. Nie mamy oddzielnego zespołu i personelu do obsługi pacjentów z izolatorium, tworzymy je ad hoc. Czas jest w takim przypadku kluczowy – tłumaczy prezes Pluciński. Przejrzyste procedury antycovidowe, magazyny pełne środków ochrony osobistej, czy odpowiedzialny personel nie rozwiązuje wszystkich problemów, z jakimi zmagają się szpitale, szczególnie powiatowe.*

– *Nierozwiązanym problemem, który COVID jeszcze uwypuklił są olbrzymie braki kadrowe lekarzy i pielęgniarek. Podjęliśmy pewne kroki, staramy się zawierać stypendia, oferując rezydentom dodatkowe finansowanie, ale w rywalizacji o specjalistów z dużymi ośrodkami nie mamy większych szans – jak tłumaczy prezes Leszek Pluciński brakuje przede wszystkim pediatrów, których POZ-ty kuszą spokojniejszą pracą i wyższymi stawkami. Równie ciężko rekrutować jest specjalistów ginekologów. – Praca na oddziałach położniczych jest ciężka, odpowiedzialność jest olbrzymia, a ryzyko roszczeń wysokie. Ginekolodzy wybierają znacznie spokojniejsze i bardziej dochodowe, prywatne praktyki – przyznaje prezes.*

Pandemia inwestycji nie zatrzymała

Pomimo stanu epidemii i licznych wyzwań, jeszcze w tym roku szpital w Chełmży sfinalizuje inwestycję wartą 8 milionów złotych – rozbudowę Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego w sąsiedniej Browinie, gdzie zaoferuje dodatkowe 30 łóżek nowym pacjentom. – *Pod warunkiem, że NFZ zakontraktuje nam dodatkowe miejsca, wciąż czekamy na decyzję – przyznaje prezes.*

Szpital w Chełmży obecnie oferuje miejsce na 70-osobowym szpitalnym ZOL, na które czekać trzeba dwa lata, w kolejce jest 150 osób...

Kolejnym wyzwaniem dla placówki jest rozszerzenie szpitalnej diagnostyki o rezonans magnetyczny, wsparciem dla realizacji tej inwestycji mają być fundusze unijne. Znacznie trudniejsze może okazać się pozyskanie kadr – radiolodzy to jedna z najbardziej deficytowych specjalności lekarskich.

Finalizacja inwestycji i planów to jedno z wielu wyzwań szpitala w Chełmży, największe to przejść suchą stopą przez drugą falę epidemii.

Alicja Cichocka-Bielicka

Zdjęcie doktora Plucińskiego pochodzi ze zbiorów Urzędu Marszałkowskiego, pozostałe autorstwa A. Cichockiej-Bielickiej.

Szwecja pozwala wypocząć



Z dr Moniką Ponikowską,
pracującą w Szwecji
specjalistką
anestezjologii
i intensywnej terapii,
rozmawia
Sławomir Badurek.

Pamiętam panią z mojego szpitala. Staż, potem praca na anestezjologii i nagle gdzieś pani zniknęła...

Po prawie pięciu latach w szpitalu na Bielanach przeniosłam się na rok do Inowrocławia, a od trzech lat jestem tutaj, czyli w centralnym szpitalu w Karlstad w Szwecji.

Dlaczego zdecydowała się pani wyjechać i co sprawiło, że wybór padł akurat na Szwecję?

Główną przyczyną były warunki pracy, przede wszystkim przeładowanie jej ilością. W Polsce, będąc na rezydenturze z anestezjologii, żyłam w wiecznym pędzie i stałym zmęczeniu. Dyżur gonił dyżur. Pomiędzy jednym wyjściem do pracy a drugim starałam się zregenerować siły snem. Często brakowało czasu na porządną posiłek. W pewnym momencie zdałam sobie sprawę, że nie dam rady funkcjonować w ten sposób na dłuższą metę. A Szwecja? Decydu-

jąc się na wyjazd, zrobiłam listę krajów, w których mogłabym pracować. Szwecja była jednym z nich. O tym, że znalazłam się tu, gdzie pracuję, zdecydował splot okoliczności. Był znajomy, który mnie zarekomendował, miałam okazję w niezobowiązujący sposób przyrzeć się pracy na oddziale podczas krótkiego stażu i co najważniejsze zaoferowano mi zatrudnienie.

Czy znała pani język?

Starałam się uczyć szwedzkiego jeszcze w Polsce. Wydawało mi się nawet, że mam efekty. Niestety, okazało się, że o ile jestem w stanie przeczytać tekst i zrozumieć przynajmniej część języka mówionego, moje umiejętności komunikowania się były bardzo słabe. Szczęrze mówiąc pracodawca postawił mi ultimatum – albo przez cztery miesiące porządnie się podszkolę i zdam egzamin na poziomie B2, albo będę musiała szukać pracy gdzie indziej. Dziś wiem, że gdyby nawet noga mi się powinęła, najprawdopodobniej dostałabym kolejną szansę. Ale wtedy nie byłam tego pewna, co okazało się bardzo motywujące.

Jest Pani w Szwecji trzy lata, przed rokiem została specjalistą anestezjologii i intensywnej terapii. Jak odnalazła się pani w nowych warunkach?

Bardzo pomogło mi przeniesienie się tutaj jeszcze na rezydenturze. Coś już potrafiłam, ale mogłam jednocześnie korzystać z atutów, jakie ma w Szwecji każdy rezydent. Mogłam pytać dosłownie o wszystko i w każdej sytuacji liczyć na pomoc doświadczonego specjalisty, czyli mojego opiekuna. To bardzo pomaga w aklimatyzacji. Dlatego jeśli ktoś zastanawia się, czy wyjechać na rezydenturę czy dopiero po egzaminie, zdecydowanie polecam pierwsze rozwiązanie.

Czym różni się szkolenie specjalizacyjne w Szwecji od tego w Polsce?

Pewnie to wielu zaskoczy, ale nie ma egzaminu, bo o tym, czy twoja wiedza i umiejętności są adekwatne do bycia specjalistą, decyduje opiekun specjalizacji. Podobnie jak w Polsce są kursy i staże w klinikach. Obowiązujący w Szwecji system jest przy tym bardzo elastyczny. Przykładowo jeśli czujesz się na siłach i twój opiekun to widzi, możesz zacząć samodzielnie dyżurować. Z drugiej strony jeżeli po kilku dyżurach dojdiesz do wniosku, że jeszcze nie czas na taką samodzielność, nikt nie będzie robił z tego powodu problemów. Tak jak powiedziałam, zawsze kiedy uznasz za stosowne możesz liczyć na wsparcie. Nie ma czegoś takiego, że masz dyżur, na salę operacyjną wjeżdża pacjent z pękniętym tętniakiem aorty i musisz sobie radzić. Tu nie rzuca się nikogo na głęboką wodę, nie mając pewności, czy ten ktoś sobie poradzi.

W krajach anglosaskich bardzo dużą rolę odgrywają wytyczne i standardy. Jak jest w Szwecji?

Bardzo podobnie. Tu każdy szpital, a w jego strukturze poszczególne oddziały, mają wypracowane schematy postępowania. Dla mnie było to w początkowym okresie pracy bardzo zaskakujące. Jednocześnie miałam wątpliwo-

ści, czy nie jest lepiej, by tak jak w Polsce, dać lekarzowi wolną rękę. Przekonałam się jednak, że przyjęty przez Szwedów model bardzo dobrze się sprawdza. Nie tylko ja nie muszę się zastanawiać jak przygotować pacjenta do zabiegu. Informację na temat podanych leków mają też inni specjaliści. Nie oznacza to, że mam związane ręce i zawsze muszę postępować według ściśle określonej formułki. Modyfikacje postępowania są możliwe, ale trzeba uzasadnić powody.

Jak wygląda typowy dzień pracy?

Zaczynamy raportem o 7.30. Omawiamy co działo się z pacjentami, planujemy badania, konsultacje itp. Potem jest czas na badanie pacjenta wraz z zespołem pielęgniarskim. W przeciwieństwie do rozwiązań obowiązujących w Polsce, nie mamy na intensywnej terapii swoich chorych. Ich lekarzami prowadzącymi są nadal ortopedzi, chirurdzy lub kardiologowie. Można powiedzieć, że ich wspomagamy i sami korzystamy z ich wsparcia w postaci konsultacji. Nasze kontakty z innymi specjalistami są zresztą bardzo częste. Ponieważ zlecamy dużo badań radiologicznych, nawet kilka razy w tygodniu mamy kominki z radiologami. Zbieramy się też wspólnie z zakaźnikami, ginekologami, pediatrami. To świetnie się sprawdza w szerokoprofilowym szpitalu. Pracę kończę zazwyczaj po ośmiu godzinach, czyli o 15.30. Wcześniej jest jeszcze jedno zebranie, podczas którego podsumowujemy dzień pracy, omawiamy plany na dyżur i następny dzień.

A praca na sali operacyjnej?

Także wygląda inaczej niż w Polsce. W Szwecji nie ma czegoś takiego jak wyjście lekarza i pielęgniarki na salę operacyjną i przebywanie tam podczas całego zabiegu. Organizatorzy systemu zdają sobie sprawę, że czas anestesjologa jest zbyt cenny, by pozwolić mu na wpatrywanie się przez 2-3 godziny w cyferki na monitorze. Tutaj mam pod opieką kilka sal jednocześnie, z reguły trzy lub cztery. Jestem tam, gdzie moja obecność jest akurat potrzebna, bo dajmy na to pojawiają się problemy z ciśnieniem,

zaburzenia w zapisie ekg lub młodszy lekarz potrzebuje wsparcia. Taki system nie mógłby sprawnie funkcjonować, gdyby nie pielęgniarki anestezjologiczne. W Szwecji nie tylko są one świetnie wyszkolone, ale mają także duże uprawnienia. Na przykład same intubują i prowadzą znieczulenia, oprócz znieczuleń regionalnych. Mówiąc porównawczo, tu pielęgniarka robi mniej więcej to co u nas rezydent. Zdarza się, i nie jest to rzadkość, że pacjent w ogóle nie widzi anestesjologa. Jeśli jest młody i zdrowy, a ryzyko zabiegu nie jest duże, to nie muszę go osobiście badać przed operacją. Do kwalifikacji wystarcza mi analiza dokumentacji medycznej.

Mimo oszczędzającej czas specjalistów organizacji, praca jest jak widzę dużo. Kilka sal operacyjnych pod opieką, raporty, konsylia, kominki. Czy jest czas, by spokojnie wypić kawę?

Oczywiście, że tak. Jest pokój socjalny, nie brakuje ekspresów do kawy, czajników i innego potrzebnego w takich miejscach wyposażenia. Poza tym wspólne spożywanie posiłku w pracy jest tu bardzo dobrze widziane, powiedziałabym – wręcz wskazane. To dobry sposób na codzienną integrację zespołu.

Nie pracuję na sali operacyjnej, ale z opowiadań znajomych wiem, że u nas anestesjolog często jest traktowany przez zabiegowca jak podlegający mu pomocnik.

Tutaj to nie do pomyślenia. Jeśli np. chory z przyczyn obiektywnych wymaga dłuższego niż wcześniej planowane przygotowania do znieczulenia jest to przez operatorów przyjmowane ze zrozumieniem. Nawiasem mówiąc koleżeńskie, partnerskie stosunki w pracy są w Szwecji normą. Nie jest niczym niezwykłym partnerska dyskusja stażysty dyżurującego na przykład na SORze i ordynatora schodzącego z oddziału jako konsultant. Również personel pielęgniarski i pomocniczy uczestniczy w dyskusjach ze specjalistami każdego szczebla. Wszystkie rozmowy są spokoj-

ne, nie zdarza się, żeby ktoś się irytował czy pokrzykiwał.

U nas anestesjolog to ktoś kto prawie w ogóle nie wychodzi z pracy. Ile ma pani dyżurów?

Przed wszystkim tu nie ma czegoś takiego jak całodobowy dyżur, a potem jeszcze praca w kolejnym dniu, bywa znów na dyżurze. Całą dobę trwa dyżur pod telefonem doświadczonego specjalisty, który rozstrzyga trudne sytuacje. Lekarze w szpitalu pełnią dyżury popołudniowe lub nocne, trwające 13 godzin. Co ważne, jak mam tydzień z 2-3 popołudniówkami, przychodzę tylko na nie. Podobnie jest z dyżurami nocnymi. Każdy dyżur jest przeliczany na tzw. godziny kompensacyjne. Dla mnie to dodatkowe dni wolne do odebrania podczas wakacji. W rezultacie w ciągu roku, poza miesięcznym urlopem, mam jeszcze mniej więcej dwa miesiące wolnego. Bardzo to sobie cenię.

Czy nie naruszę tajemnicy, pytając o zarobki?

Absolutnie nie. W Szwecji dane na temat zarobków, nie tylko lekarzy, są jawne. Jako specjalista dostaję na rękę około 40 tysięcy koron wyłącznie z „gołego” etatu, bez dyżurów. Dla mnie to wystarczająca kwota.

We wszystkich krajach Zachodu jest duże zapotrzebowanie na lekarzy, a anestesjologowie należą do najbardziej poszukiwanych specjalistów. Pewnie nie inaczej jest na północnym brzegu Bałtyku?

Zapotrzebowanie na anestesjologów jest bardzo duże. Pandemia jeszcze je zwiększyła. Kiedy było najwięcej zachorowań, pracowaliśmy po 48 godzin w tygodniu. Wiem, że w Polsce to niewiele, ale tu bardzo dużo. Anestesjologom uzbierało się w ten sposób sporo dni wolnych, dlatego teraz w całym kraju są ogromne problemy z ułożeniem grafików. Reguły są jednak regułami. W Szwecji jest czas na pracę, ale nie może go również brakować na wypoczynek. To jeden z najważniejszych wyróżników tutejszego systemu.



mec. Krzysztof Izdebski
Rzecznik Praw Lekarza KPOIL

W ostatnim czasie otrzymywałem wielokrotne sygnały od lekarzy, aby na łamach „Meritum”, napisać szerzej o udostępnianiu dokumentacji medycznej po śmierci pacjenta – w szczególności w kontekście obowiązujących od ok. półtora roku nowych regulacji w tym zakresie.

Sygnalizowałem już w „Meritum” zasadnicze kierunki zmian, które weszły w życie w przedmiocie udostępniania dokumentacji medycznej po śmierci pacjenta, jednak jak, to się ładnie mówi – „na specjalne życzenie Czytelników” postaram się potraktować temat odrobinię szerzej, aby ważne przecież zagadnienie zostało w możliwie precyzyjny sposób zaprezentowane i utrwalone. Ustawą z dnia 6 grudnia 2018 r. o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty oraz niektórych innych ustaw wprowadzono istotne zmiany w zakresie udostępniania dokumentacji medycznej po śmierci pacjenta. Odpowiednie zapisy znajdują się w ustawie z 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Do chwili wprowadzenia omawianej nowelizacji, obowiązywała główna zasada, iż dostęp do dokumentacji medycznej po śmierci pacjenta przysługiwał osobie, która posiadała stosowne upoważnienie od samego pacjenta.

Zgodnie z zapisami, wprowadzonymi ustawą nowelizującą poprzednie przepisy – wprowadza się **domniemanie**

Kilka uwag o udostępnianiu dokumentacji medycznej po śmierci pacjenta

zgody pacjenta na udostępnienie dokumentacji medycznej po jego śmierci każdej osobie, należącej do katalogu osób bliskich – wskazanych w ustawie o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Przypomnijmy, według postanowień powyższej ustawy, do kręgu osób bliskich pacjenta należą: **małżonek, krewny do drugiego stopnia lub powinowaty do drugiego stopnia w linii prostej, przedstawiciel ustawowy, osoba pozostająca we wspólnym pożyciu lub osoba wskazana przez pacjenta.** Domniemanie, o którym mowa powyżej przełamać może sam pacjent, sprzeciwiając się udostępnieniu dokumentacji medycznej po swojej śmierci. Sprzeciw taki, powinien mieć oczywiście swoje odzwierciedlenie w samej dokumentacji.

Zakładając (dla uproszczenia), że pacjent nie wyraził sprzeciwu wobec udostępniania dokumentacji medycznej po swojej śmierci, należy przyjąć, że każda osoba bliska ma prawo zażądać od lekarza/podmiotu leczniczego dokumentacji medycznej zmarłego pacjenta. Działa tutaj jednak zasada: „kto pierwszy, ten lepszy”. Na gruncie obowiązujących regulacji, dokumentację medyczną zmarłego pacjenta udostępnia się bowiem jego osobie bliskiej, **CHYBA, ŻE** inna osoba bliska sprzeciwiła się takiemu udostępnianiu. Istotne znaczenie ma okoliczność, że aby odmówić udostępnienia dokumentacji z uwagi na sprzeciw osoby bliskiej, musimy o tym sprzeciwie wiedzieć – nie możemy go domniemywać. Tutaj właśnie działa zasada: „kto pierwszy, ten lepszy” – można sobie wyobrazić z ła-

twością sytuację, gdzie pierwsza osoba bliska zmarłego pacjenta, która do nas się zgłosi w celu otrzymania dokumentacji medycznej, złoży zastrzeżenie, że sprzeciwia się udostępnianiu tej dokumentacji innym osobom bliskim.

W związku z omawianymi regulacjami, może pojawić się pytanie: „czy na lekarzu ciąży jakieś szczególne obowiązki, związane z weryfikacją tego czy osoba, przedstawiająca się jako osoba bliska zmarłego pacjenta, jest nią w rzeczywistości?”

Odpowiadając na powyższą kwestię, należy przede wszystkim wskazać na mierne możliwości faktycznej weryfikacji prawdomówności zgłaszających się „osób bliskich” zmarłego pacjenta. Ustawa nie nakłada na lekarza konieczności poszerzenia wykonywanych obowiązków o prace natury detektywistycznej. Wskazać jednak w tym miejscu należy na znajdujący się w ustawie o prawach pacjenta zapis, który udostępnia lekarzowi (ale nie tylko lekarzowi, bowiem przepis posługuje się pojęciem: „osoba wykonująca zawód medyczny”) możliwość wystąpienia do sądu (właściwym sądem będzie sąd ostatniego miejsca zwykłego pobytu zmarłego) w przypadku uzasadnionych wątpliwości czy osoba występująca o udostępnienie dokumentacji lub sprzeciwiająca się jej udostępnieniu jest osobą bliską.

Powyższe rozwiązanie zakłada jednak pewną aktywność po stronie lekarza, co może wiązać się z niedogodnością, polegającą chociażby na sformułowaniu odpowiedniego wniosku (żeby było jasne: nie chodzi tutaj o trudność w napisaniu

właściwego pisma, ale bardziej o czas, który musimy poświęcić, aby uczynić zadość komentowanemu zapisowi ustawy). Możemy także działać na zasadzie pisemnego oświadczenia osoby, twierdzącej, że jest osobą bliską pacjenta – oczywiście zakładając, że treść takiego oświadczenia nie będzie w sposób jaskrawy rodzić wątpliwości co do prawdomówności osoby je składającej. W razie złożenia fałszywego oświadczenia, będziemy mogli mówić o odpowiedzialności osoby, która w celu uzyskania określonego dokumentu (w posiadanie którego zgodnie z prawem wejść nie mogła) wprowadziła nas w błąd.

W sytuacji, gdzie okoliczności danego przypadku będą w sposób oczywisty podważać prawdomówność osoby podającej się za osobą bliską zmarłego pacjenta, najlepszym rozwiązaniem (także z punktu ewentualnej odpowiedzialności lekarza) będzie skorzystanie z nowych zapisów ustawy i złożenie wniosku do sądu o weryfikację prawdziwości twierdzenia, tej osoby, że jest osobą bliską zmarłego pacjenta.

Po śmierci pacjenta, dokumentacja medyczna może być także udostępniana osobie upoważnionej przez pacjenta za życia (tak było w poprzednio obowiązującym stanie prawnym) lub osobie, która w chwili zgonu pacjenta była jego przedstawicielem ustawowym. Zatrzymajmy się na chwilę przy pojęciu „przedstawiciel ustawowy” – jest rzeczą oczywistą, że w przypadku osób małoletnich dotyczyć to będzie rodziców dziecka (zakładając, że nie są pozbawieni władzy rodzicielskiej), natomiast w przypadku osoby pełnoletniej przedstawicielem ustawowym będzie np. opiekun osoby ubezwłasnowolnionej całkowicie. Musimy również pamiętać, że w opisywanym przypadku prawo dostępu do dokumentacji medycznej konkretnej osoby (przedstawiciela ustawowego) oceniamy, biorąc pod uwagę, czy osoba ta była przedstawicielem ustawowym pacjenta w chwili jego śmierci. To ważne zastrzeżenie, bowiem znany jest mi przypadek, kiedy do leka-

rza zgłosiła się matka pacjenta z żądaniem wydania dokumentacji medycznej, dotyczącej jej zmarłego syna. Syn jednak umarł w wieku 20 lat – w chwili śmierci był więc pełnoletni, nie był ubezwłasnowolniony – zatem nie posiadał przedstawiciela ustawowego. Matka mogłaby (patrzac na nowe regulacje) zażądać dokumentacji medycznej powołując się na to, że jest osobą bliską zmarłego – jednak w tym wypadku, jej (pełnoletni – co wypada raz jeszcze podkreślić – syn) zastrzegł brak zgody na udostępnianie dokumentacji medycznej po jego śmierci.

Wspominałem kilka zdań wcześniej, że sam pacjent może złożyć sprzeciw wobec udostępniania dokumentacji medycznej po swojej śmierci (przypominam: w takiej sytuacji sprzeciw musi być odnotowany w samej dokumentacji). Sprzeciw ten blokuje możliwość udostępnienia dokumentacji osobom bliskim. Przełamanie sprzeciwu pacjenta jest możliwe, ale tylko na mocy stosownego orzeczenia sądu.

Zgodnie z obowiązującymi przepisami (które, warto dodać dla przypomnienia – znajdują się w ustawie o *prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta*), brak zgody pacjenta może zostać przełamany przez sąd w dwóch sytuacjach:

- 1) w celu dochodzenia odszkodowania lub zadośćuczynienia, z tytułu śmierci pacjenta;
- 2) dla ochrony życia lub zdrowia osoby bliskiej.

O powyższym decyduje, jak zostało już wspomniane, sąd w postępowaniu nieprocesowym (na wniosek osoby bliskiej). Sąd może w takim wypadku wyrazić zgodę na udostępnienie dokumentacji medycznej i jednocześnie określić zakres jej udostępnienia.

W przypadku wystąpienia do sądu z wnioskiem o rozstrzygnięcie sporu między osobami bliskimi o udostępnienie dokumentacji medycznej po zmarłym pacjencie lub o przełamanie sprzeciwu pacjenta wobec udostępniania dokumentacji po jego śmierci, sąd zbada:

- 1) interes uczestników postępowania;

- 2) rzeczywistą więź osoby bliskiej ze zmarłym pacjentem;
- 3) wolę zmarłego pacjenta;
- 4) okoliczności wyrażenia sprzeciwu.

Należy w tym miejscu dla porządku nadmienić, iż właściwą formą udostępnienia dokumentacji medycznej – w zgodzie z treścią zapisów ustawy o prawach pacjenta jest udostępnienie:

- do wglądu, w tym także do baz danych w zakresie ochrony zdrowia, w miejscu udzielania świadczeń zdrowotnych, z wyłączeniem medycznych czynności ratunkowych, albo w siedzibie podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych, z zapewnieniem pacjentowi lub innym uprawnionym organom lub podmiotom możliwości sporządzenia notatek lub zdjęć;
- przez sporządzenie jej wyciągu, odpisu, kopii lub wydruku;
- przez wydanie oryginału za potwierdzeniem odbioru i z zastrzeżeniem zwrotu po wykorzystaniu, na żądanie organów władzy publicznej albo sądów powszechnych, a także w przypadku gdy zwłoka w wydaniu dokumentacji mogłaby spowodować zagrożenie życia lub zdrowia pacjenta;
- za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej;
- na informatycznym nośniku danych.

Pamiętajmy również o dopuszczalnej wysokości ewentualnej opłaty za udostępnienie dokumentacji medycznej. Wysokość takiej opłaty została określona w ustawie o prawach pacjenta – w relacji do przeciętnego wynagrodzenia w poprzednim kwartale, ogłaszanego przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego w Dzienniku Urzędowym Rzeczypospolitej Polskiej „Monitor Polski” (art. 28 ust. 4 ustawy o *prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta*). Pobranie opłaty w wysokości wyższej niż dopuszczalna, może zostać uznane za naruszenie praw pacjenta w zakresie dostępu do dokumentacji medycznej.



Kolejki

Długie kolejki do specjalistów to dla pacjentów smutny standard. Ludzie w kolejkach tracą zdrowie, w kolejkach umierają. Alarmowaliśmy o tym podczas naszej ubiegłorocznej kampanii społecznej. Przytaczaliśmy niechlubne dla systemu ochrony zdrowia statystyki zaczerpnięte z Barometru WHC. Z założycielem fundacji Watch Health Care Krzysztofem Łandą rozmawia Renata Jeziółkowska.

Barometr WHC w kampanii Narodowy Kryzys Zdrowia z 2019 r. okazał się przydatnym narzędziem diagnozowania największych bolączek systemu opieki zdrowotnej. Jak to narzędzie działa, a raczej działało?

Ostatni barometr opracowano w lutym 2019 r. Każdy barometr zawiera informacje o średnim czasie oczekiwania w prawie wszystkich dziedzinach medycyny, w których kolejki występują, czyli w większości dziedzin. W każdej zbiera się informacje dotyczące pięciu tzw. świadczeń wskaźnikowych: świadczenia diagnostycznego, świadczenia podstawowego i trzech albo czterech świadczeń specjalistycznych. W przypadku każdego świadczenia zbierane są informacje minimalnie z pięciu szpitali bądź przychodni, oczywiście rozrzuconych po całej Polsce. Jeśli w którejś placówce dane wyraźnie odstają od pozostałych (np. czas oczekiwania na zabieg jest znacznie dłuższy), typujemy kolejnych pięć szpitali. W toku kampanii wyborczej najpierw parlamentarnej, potem prezydenckiej, próbowaliśmy zachęcić do współpracy w opracowaniu nowej wersji barometru partie polityczne i kandydatów na prezydenta. Niestety, odpowiedź przyszła raz, z jednego sztabu, że sztab nie ma pieniędzy. W tym samym czasie okazało się, że wydaje kilkadziesiąt tysięcy miesięcznie na działania w Internecie. Takie są priorytety polityków. Ale bez względu na to fundacja WHC realizuje z sukcesem inne projekty, które

mają na celu edukację i uświadamianie społeczeństwu stanu systemu opieki zdrowotnej i na pewno mobilizują rządzących, by bardziej przykładali się do swoich obowiązków. Nasz codzienny przegląd newsów #WHCnews czytany jest z wypiekami na twarzy, a akcja społeczna #StopCelebrytyzacji-Pseudonauki przyniosła nam nawet międzynarodowe zainteresowanie.

Jakie są dotychczasowe wnioski z barometru? Czy widać tendencje wydłużania się lub skracania kolejek?

W przypadku pojedynczego świadczenia dane z pięciu czy dziesięciu szpitali nie są precyzyjne. Ale już dla całej dziedziny medycyny, gdy mamy dane dotyczące pięciu świadczeń zdrowotnych i każde jest oceniane w pięciu lub dziesięciu szpitalach, informacja jest precyzyjna. Jeżeli zaś skompilujemy dane dotyczące wszystkich na stałe monitorowanych świadczeń wskaźnikowych z kilkudziesięciu dziedzin medycyny, otrzymujemy bardzo precyzyjną informację dotyczącą średniego czasu oczekiwania na świadczenia w Polsce. Barometr to przede wszystkim informacja o zmianach średniego czasu oczekiwania przez Polaków na świadczenia we wszystkich dziedzinach medycyny, co jest najdobitniejszym wskaźnikiem sytuacji w ochronie zdrowia w naszym kraju i wyznacznikiem, czy w odczuciu

pacjentów ta sytuacja poprawia się, czy pogarsza. Zmiany średniego czasu oczekiwania w kolejkach są monitorowane bardzo precyzyjnie. Od kiedy opracowywany jest barometr, następowało (z drobnymi wahaniami) wydłużenie czasu oczekiwania w kolejkach. Mimo że w niektórych dziedzinach czas oczekiwania się skraca, w innych się wydłuża, stąd generalnie wydłużanie się czasu oczekiwania. O czym to świadczy? W polskim systemie opieki zdrowotnej jest coraz gorzej, powiększa się dysproporcja między zawartością koszyka, możliwościami wykonywania świadczeń a wielkością środków finansowych, które są w systemie. Degrengolada, można powiedzieć, w systemie opieki zdrowotnej nasila się i tak naprawdę ten system osiada jak kompost.

W jakich dziedzinach dane są najbardziej niechlubne?

Zmieniły się proporcje po zmianach wprowadzonych przez Ministerstwo Zdrowia w przypadku zabiegu usunięcia ząbów, rezonansu magnetycznego, alloplastyki stawu biodrowego i kolannowego – zniesiono limity, więc kolejki rzeczywiście się skróciły. Skoro nie ma w tej chwili nikogo zainteresowanego monitorowaniem kolejek, to na razie nie zrobiliśmy kolejnej edycji barometru, która by wspomniane zmiany uwzględniała. „Tradycyjnie” najdłuższe

kolejki są do endokrynologów, ortopedów, stomatologów, kardiologów dziecięcych i neurochirurgów.

A wielu pacjentów nie może czekać...

Koszyk świadczeń gwarantowanych zawiera świadczenia gwarantowane tylko z nazwy. Bo jakież to są gwarancje, jeśli ludzie czekają tygodniami lub miesiącami na świadczenia zdrowotne, które są superskuteczne i relatywnie tanie, czyli bardzo opłacalne z punktu widzenia płatnika. Jeżeli są do tych świadczeń, powiedziałbym zupełnie podstawowych, kolejki, to znaczy, że system jest niesprawiedliwy i wypaczony. Bo człowiek leczony na wcześniejszym etapie choroby mógłby wyzdrowieć albo jego choroba wolniej by się rozwijała. Jeżeli poczeka w kolejce kilka miesięcy, niestety z dużym prawdopodobieństwem leczenie zostanie wdrożone, gdy choroba będzie znacznie bardziej zaawansowana. Wielu tego leczenia nie doczeka, a wszyscy chorzy są skazani na cierpienie, którego można było uniknąć. Czasem zaprzeczają się szansę na wyzdrowienie pacjenta, często choroba jest już tak rozwinęta, że musi on iść na rentę. I znowu państwo, czyli my wszyscy, ponosi koszty – nie tylko droższego leczenia, ale również rent. Dodatkowo pacjent często jest wyłączony z pracy czasowo lub trwale, a więc nie dokłada się do PKB. Ten system jest nastawiony na „produkcję” inwalidów...

Jak Polska wypada na tle innych państw w świecie i w Europie? Czy bardzo odstajemy w tych statystykach?

Tak, wyglądamy bardzo źle w porównaniu z innymi krajami. Zachęcam do zapoznania się z raportem Euro Health Consumer Index, który porównuje stan opieki zdrowotnej we wszystkich krajach Europy i nie tylko. Tam jest bardzo ciekawy diagram – mapa Europy, na której połowę państw zaznaczono

na czerwono, a drugą na zielono. Na zielono oznaczono kraje, w których nie ma kolejek. Politycy oszukują polskie społeczeństwo, próbują nam wmówić, że wszędzie jest źle, że wszędzie są problemy z ochroną zdrowia, wszędzie ludzie są niezadowoleni, wszędzie są kolejki. Nieprawda. W połowie krajów europejskich, zaznaczonych na tej mapie na zielono, nie ma istotnych kolejek do świadczeń z koszyka. Na czerwono zaznaczono kraje, gdzie są poważne ograniczenia dostępu, czyli nieznośne kolejki. Polska oczywiście należy do krajów zaznaczonych na czerwono i znajduje się niemal na samym końcu rankingu.

Co pana zdaniem mogłoby uzdrowić system? Jakie decyzje są potrzebne?

Najważniejszy jest koszyk. To fundament opieki zdrowotnej. W przypadku prywatnych towarzystw ubezpieczeniowych trudno sobie wyobrazić, żeby ubezpieczony nie wiedział, co mu się należy za opłacaną składkę. Trybunał Konstytucyjny wielokrotnie nawoływał na początku XXI w., że nasi rządzący nie przestrzegają konstytucji, gdyż nie

określili, jakie świadczenia należą się ludziom za opłacane co miesiąc składki. I to jest podstawowy problem. Politycy w Polsce nie rozumieją lub nie chcą wypełnić nawet tego podstawowego obowiązku i fundują społeczeństwu życie w niedookreślonej rzeczywistości rodzącej morze nieszczęść. Części lekowe koszyka – to znaczy wykazy leków refundowanych – opracowano bardzo precyzyjnie, a budżety lekowe są pod pełną kontrolą. Można przewidzieć, ile będzie kosztować płatnika włączenie nowych leków do koszyka świadczeń gwarantowanych, czyli objęcie ich refundacją. Niestety, części nielekowe koszyka, czyli tzw. rozporządzenia ośrodkoszykowe dotyczące świadczeń nielekowych, są bardzo źle zdefiniowane. Określono je tak ogólnikowo, że obywatel nie wie, co mu się należy.

Kiedy byłem wiceministrem zdrowia (od końca 2015 r. do kwietnia 2017), udało mi się rozpocząć przegląd koszyka z pomocą pracowników NFZ, dzięki uprzejmości prezesa Jacyny. Wywalczyłem wtedy pieniądze na zatrudnienie 100 „koszykarzy”, to znaczy analityków, którzy mogliby zrobić pełny przegląd koszyka, lepiej zdefiniować jego elementy, czyli lepiej określić prawa pacjenta do świadczeń gwarantowanych. Ministerstwo Finansów w końcu przyznało środki. Pieniądze trafiły do Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, która zatrudniła 100 analityków do prac nad koszykiem. Od kiedy odszedłem z resortu, ci ludzie zajmują się wszystkim, tylko nie koszykiem. Bardzo mi przykro, ale jeżeli nikt nie zajmuje się koszykiem, nie ma żadnych szans na poprawę sytuacji chorzych w Polsce i zlikwidowanie kolejek.

Czy podejmowane obecnie decyzje mogą być skutecznym rozwiązaniem części problemów? Czy to tylko półśrodki?

Krokiem w słusznym kierunku jest zniesienie limitów na badania obrazowe, alloplastykę stawu biodrowego,



Mapa na podstawie raportu Euro Health Consumer Index opartego na wskaźnikach, takich jak dostępność usług medycznych, ich skuteczność, a także nakłady na ochronę zdrowia. Na czerwono zaznaczone są państwa z niskim indeksem.

zabieg usunięcia zaćmy. Ale to kropla w morzu potrzeb. To tylko cztery czy pięć świadczeń, a ludzie czekają w kolejce na wszystkie świadczenia praktycznie w każdej dziedzinie. To jest z gruntu niesprawiedliwe i niegospodarne.

Jak bardzo sytuację pacjentów skomplikowała epidemia?

Epidemia wywołała chaos w całej opiece zdrowotnej. Wielu ludzi bało się pójść do lekarza lub do szpitala, więc wiadomo, że trafiają do tego lekarza czy szpitala niestety z bardziej zaawansowaną chorobą. COVID-19 spowodował zwiększoną zapadalność i nasilenie depresji, uzależnień, otyłości. Ale w niektórych zakresach epidemia przyniosła korzystne efekty zdrowotne, np. ludzie przestali się przemieszczać, więc wypadków było znacznie mniej, a tym samym mniej urazów wielonarządowych. Dzięki noszeniu maseczek, powszechnej dezynfekcji i dystansowaniu się istotnie spadła zapadalność na wiele chorób zakaźnych. Jednak kolejki wydłużają się, gdy ludzie przestaną się bać. A wiadomo, że w sytuacji nagromadzenia pacjentów łatwo się kolejek nie rozładuje. Szpital to nie jest maszyna w fabryce, która – nagle podkręcona – zrobi dwa razy więcej zabiegów. W większości dziedzin medycyny wydajność jest jasno okre-

ślona i zależy od liczby lekarzy, ale też sprzętu medycznego, łóżek. Są dziedziny, w których wydajność sprzętu można zwiększyć. Przykładowo urządzenia do rezonansu magnetycznego i tomografii komputerowej mogłyby pracować nie 3 czy 4 godziny dziennie, ale nawet 12. Pojawia się jednak problem z lekarzami, którzy mogliby opisać „wyprodukowane” badania. Zniesiono limity, lecz kolejki wciąż są, tylko nie do aparatury, ale do lekarzy, którzy opisują uzyskane obrazy. Bardzo bym chciał opracować barometr i zobaczyć, jaki jest w tej chwili średni czas oczekiwania w Polsce na świadczenia zdrowotne. Musiałbym jednak mieć potwierdzenie, że to rzeczywiście temat interesujący dla partii politycznych i polityków. Wydaje mi się, że traktują ochronę zdrowia po macoszemu, a to, prawdę mówiąc, demotywuje.

Wspomniał pan o zbyt małej liczbie lekarzy. Lekarze są ponadto przeciążeni m.in. biurokracją. Czy wśród rozwiązań systemowych powinno znaleźć się np. zwiększenie roli, a właściwie pojawienie się asystentów medycznych?

Przede wszystkim widać, że alokacja „ręczna” zarówno pielęgniarek, jak i lekarzy jest po prostu błędem. Są ta-

kie miejsca, w których lekarze nudzą się, nie są specjalnie obciążeni, i takie, w których nie wiedzą, w co ręce włożyć – przyjmują 50 pacjentów w ciągu 8 godzin pracy. Tak być nie powinno, to jest chore. Wydaje mi się, że w naszym systemie jest trochę za mało rynku, a za dużo ręcznego sterowania. Ktoś tam, jacyś biurokraci, wymyśla sobie różne papierki, które trzeba wypełniać. Praca lekarzy, szczególnie w Polsce, gdzie ich brakuje, jest zbyt cenna, żeby zajmowali się jakimiś kwitami. Przypominam, że gdy Łukasz Szumowski objął ministerstwo, zatrudnienie tzw. asystentów medycznych miało być panaceum na wszystkie bóle. Nie wiem, czy ktoś jeszcze pamięta te zapowiedzi, ale ja je pamiętam bardzo dobrze. Szumowski mówił, że będzie cudownie, że lekarze będą odciążeni. Dzisiaj pytam, gdzie są ci asystenci medyczni? Nie ma ich. Zapowiedzi jak zwykle puste, czysta paplanina polityczna, bez żadnej odpowiedzialności za słowo, bez żadnej dbałości o wypełnianie składanych publicznie obietnic. Nie chcę mówić, jak to się nazywa, gdy ktoś nie dotrzymuje słowa, gdy rzuca słowa na wiatr...



Przedruk z magazynu „Puls” 09/2020

PRACA

LUX MED STOMATOLOGIA nawiąże współpracę
z **LEKARZEM STOMATOLOGIEM**

zajmującym się **stomatologią zachowawczą**. Praca w Centrum Medycznym w Toruniu. Jeśli posiadasz dyplom Lekarza Dentysty, Prawo Wykonywania Zawodu Lekarza Stomatologa oraz umiejętności, dzięki którym utrzymujesz wysoki standard świadczonych usług z zakresu stomatologii zachowawczej, skontaktuj się z Nami. Mile widziane doświadczenie zawodowe w pracy z Pacjentem z zakresu stomatologii zachowawczej.

Zapraszam do odwiedzenia naszej strony z aktualnymi ofertami pracy www.luxmed.pl/kariera

Osoba do kontaktu: Marlena Truba,

e-mail: marlena.truba@luxmed.pl

Tel. 885 617 845

PRACA

Grupa LUX MED w Toruniu i Bydgoszczy
podejmie współpracę z lekarzami
specjalistami
oraz w trakcie specjalizacji z zakresów:

**OKULISTYKI,
ORTOPEDII,
RADIOLOGII (do USG),
GINEKOLOGII,
ENDOKRYNOLOGII,
NEUROLOGII**

Proponujemy różnorodne formy zatrudnienia

Osoba do kontaktu: Irena Giżyńska

Tel. 887 704 913

UCHWAŁA NR 46/VIII/2020
Prezydium Okręgowej Rady Lekarskiej
KPOIL w Toruniu
z dnia 19 sierpnia 2020 r.

w sprawie skierowania lekarza do odbycia stażu podyplomowego

Na podstawie art. 26 ust. 3, w zw. z art. 5 pkt 3 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (t.j. Dz.U. z 2019 r. poz. 965 ze zm.), art. 15 ust. 6a ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (t.j. Dz.U. z 2019 r. poz. 537 ze zm.) i § 3 ust. 4 i 5 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 września 2012 r. w sprawie stażu podyplomowego lekarza i lekarza dentysty (t.j. Dz.U. z 2020 r. poz. 514 ze zm.) oraz Uchwały Nr 35/VIII/2018 Okręgowej Rady Lekarskiej w Toruniu z dnia 11 września 2018 r. w sprawie upoważnienia dla Prezydium ORL do działania w imieniu ORL w Toruniu, uchwala się, co następuje:

§ 1.

Prezydium Okręgowej Rady Lekarskiej w Toruniu kieruje, z dniem 1 września 2020r., do odbycia dalszej części stażu podyplomowego w Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym im. L. Rydygiera w Toruniu, Panią [...], posiadającą prawo wykonywania zawodu lekarza w celu odbycia stażu podyplomowego nr [...] wydane w dniu 11 września 2018 r. przez Okręgową Izbę Lekarską w Toruniu.

§ 2.

Wykonanie uchwały powierza się Sekretarzowi Okręgowej Rady Lekarskiej.

§ 3.

Uchwała wchodzi w życie z dniem 01 września 2020 r.



UCHWAŁA Nr 47/VIII/2020
Prezydium Okręgowej Rady Lekarskiej
KPOIL w Toruniu
z dnia 19 sierpnia 2020 r.

w sprawie wyrażenia opinii

Na podstawie art. 26 ust. 3, w zw. z art. 5 pkt 8 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (t.j. Dz.U. z 2019 r. poz. 965 ze zm.) oraz art. 15 ust. 6 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (t.j. Dz.U. z 2020 r. poz. 514 ze zm.) oraz Uchwały Nr 35/VIII/2018 Okręgowej Rady Lekarskiej w Toruniu z dnia 11 września 2018 r. w sprawie upoważnienia dla Prezydium ORL do działania w imieniu ORL w Toruniu, uchwala się, co następuje:

§ 1.

Prezydium Okręgowej Rady Lekarskiej w Toruniu pozytywnie opiniuje wniosek podmiotu leczniczego **Pani lek. dent. Katarzyny Kozłowskiej, STOMATOLOG Katarzyna Kozłowska, ul. Kościuszki 13/4, 87-820 Kowal** – w sprawie wpisania jednostki na listę podmiotów uprawnionych do prowadzenia stażu podyplomowych dla lekarzy dentystów (podpisywanie umów o pracę z lekarza stażystami) oraz stażu cząstkowego z zakresu stomatologii zachowawczej, stomatologii dziecięcej, chirurgii stomatologicznej, protektiki stomatologicznej i periodontologii.

§ 2.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

UCHWAŁY od Nr 48/VIII/2020
do NR 76/VIII/2020
Okręgowej Rady Lekarskiej
z dnia 8 września 2020 r.

dotyczą skierowania lekarzy i lekarzy dentystów do odbycia stażu podyplomowego.

UCHWAŁA Nr 77/VIII/2020
Okręgowej Rady Lekarskiej
KPOIL w Toruniu
z dnia 8 września 2020 r.

w sprawie wyznaczenia koordynatorów szkolenia stażystów

Na podstawie art. 25 pkt 10 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 roku o izbach lekarskich (t.j. Dz.U. z 2019 r. poz. 965 ze zm.) oraz § 7 ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 września 2012 r. w sprawie stażu podyplomowego lekarza i lekarza dentysty (t.j. Dz.U. z 2014 r. poz. 474 ze zm.) uchwala się, co następuje:

§ 1.

Na koordynatorów szkolenia lekarzy stażystów w okresie od 01.10.2020 r. do 31.10.2021 r. ORL w Toruniu wyznacza:

1. dla lekarzy w Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym w Toruniu:

- **Robert Mielcarek,**

2. dla lekarzy w Specjalistycznym Szpitalu Miejskim w Toruniu:

- **Violetta Polaszewska-Pułkownik,**

3. dla lekarzy w Regionalnym Szpitalu Specjalistycznym w Grudziądzu:

- **Ryszard Błażyński,**

4. dla lekarzy w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym we Włocławku:

- **Marcin Chojnacki,**

5. dla lekarzy w ZOZ Brodnica:

- **Krzysztof Mitura,**

6. dla lekarzy dentystów w Regionalnym Centrum Stomatologii Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego w Toruniu:

- **Hanna Kluziak-Musarska,**

7. dla lekarzy dentystów w Centrum Stomatologicznym CHRIST-DENT w Grudziądzu:

- **Danuta Żyśko-Christ,**

8. dla lekarzy dentystów w STOMATOLOG Katarzyna Kozłowska w Kowalu:

- **Katarzyna Kozłowska.**

§ 2.

Uchwała wchodzi w życie z dniem 1 października 2020 r.

PRACA

NZOZ Przychodnia Osiedlowa Rubinkowo
 ul. Dziewulskiego 12 w Toruniu, zatrudni

LEKARZA RODZINNEGO,
SPECJALISTĘ CHOROÓB WEWNĘTRZNYCH

lub lekarza w trakcie specjalizacji do pracy
 w POZ (poradnia dla dorosłych).

Dowolne warunki zatrudnienia,
 warunki finansowe do uzgodnienia.

Tel. 503 767 272 lub 56 650 80 02

e-mail: nzoz.rubinkowo@wp.pl

PRACA

Nowa placówka medyczna w Chełmży
 nawiąże współpracę

z LEKARZAMI RÓŻNYCH SPECJALNOŚCI.

Oferujemy pracę w dowolnym wymiarze godzin,
 w pełni wyposażonych gabinetach.

Atrakcyjne warunki wynagrodzenia.

tel. 537 088 077

Skąd się wzięły fast foody?



Tym Fordem T, prawie sto lat temu, zaczęto rozwozić chipsy w firmie Frito.



Sprzedaż red hotów, czyli hot dogów. Nowy Jork, lata 30. XX wieku.



Reklama gumy Adamsa.

Fast foody, czyli po polsku szybkie czy też śmieciowe jedzenie (oraz miejsca, w których się je sprzedaje), to synonim niezdrowej diety, prowadzącej do otyłości i chorób metabolicznych z cukrzycą na czele. Dominuje przekonanie, że ten niezdrowy, choć wygodny sposób odżywiania przyszedł do nas ze Stanów Zjednoczonych, a jego historia zaczęła się po drugiej wojnie światowej.

Wiele w tym prawdy, ale korzenie serwowanych dziś na całym świecie fast foodów sięgają znacznie głębiej niż powszechnie się uważa. Na przykład lody, w postaci ryżu rozgotowanego w mleku i następnie schłodzonego, znano w Chinach już 5000 lat temu. W Europie rozsmakowywali się w nich już starożytni Grecy i Rzymianie, a potem o nich na setki lat zapomniano. Ponownie lody trafiły na europejskie stoły w XIII wieku w Wenecji, dokąd przywiózł je Marco Polo. Z całą pewnością lody były znane w XVII-wiecznej Francji i XVIII-wiecznej Polsce. Do Stanów Zjednoczonych ten pyszny deser trafił dopiero na początku XIX stulecia. To jednak tutaj, w 1843 roku, zaczęto je produkować przy użyciu maszyny, a w 1924 roku opatentowano w formie na patyku. Co ciekawe Amerykanie nie są krajem o największym spożyciu lodów na mieszkańca. Dystansują ich Skandynawowie.

W starożytności należy szukać początków historii pizzy. Chociaż znano ją w wielu kulturach, znana na całym świecie nazwa wywodzi się oczywiście z włoskiego, a używana była już pod koniec X stulecia. Najbardziej znany rodzaj pizzy – Margherita, wywodzi się z Neapolu. W 1889 roku przyrządził ją tamtejszy restaurator Raffaele Esposito na cześć królowej małżonki Margherity

of Savoy, dekorując ciasto bazylią, pomidorami i mozzarellą, czyli kolorami włoskiej flagi.

Bardzo długą historię ma popcorn, który znano w starożytnej Ameryce Południowej. To tutaj Indianie wieszali kolby z kukurydzą nad ogniskiem i zbierali rozpryskujące się wokół ziarna. Innym, znanym Indianom, sposobem wytwarzania popcornu było wsadzanie kukurydzianych ziaren do zasypanego piaskiem naczynia, które podgrzewano płomieniami. Wysoka temperatura sprawiała, że wybuchające ziarna wyskakiwały. Dzięki maszynom do produkcji, pod koniec XIX wieku popcorn zaczął rozpowszechniać się w USA. W 1947 roku oferowano go w niemal wszystkich tamtejszych kinach. W tym czasie kinowa konsumpcja popcornu stanowiła w USA 50% produkcji.

Za ojczyznę frytek uchodzi Belgia. A ściśle Dinant nad rzeką Meuse. Biedni mieszkańcy miasteczka zwykli łowić małe rybki, które następnie smażyli na oleju. Pewnej surowej zimy, najprawdopodobniej około 1680 roku, rzeka zamarła i zamiast rybek na rozgrzany olej trafiły pocięte w paski ziemniaki... Młodszym wynalazkiem są chipsy, ale znano je już w połowie XIX stulecia. Nie wiadomo, czy to prawda, czy tylko anegdota, ale pierwsze chipsy zaserwowano w amerykańskiej restauracji przez przypadek i dużym udziale złości kucharza. Otóż jeden z klientów miał poskarżyć się na zbyt grubo pokrojone frytki, co sprawiło, że poirytowany kucharz pokroił ziemniaki na bardzo cienkie plasterki, które po przysmażeniu zasmakowały nie tylko niezadowolonemu klientowi, ale i innym biesiadnikom. Jednym z pionierów na rynku chipsów był zmarły w 1982 roku Herman Lay,

który w latach 30. ubiegłego wieku założył małą firmę do ich produkcji, dziś światowego potentata, rozslawiającego nazwisko założyciela.

Podobnie jak w przypadku frytek, bieda dała światu hot doga. W połowie XIX wieku we Frakfurcie zaczęto wytwarzać łukowatego kształtu, mocno przyprawione kielbaski, nazywane przez miejscowych jamnikami. Charles Feltman, który krótko potem wyemigrował do Ameryki, kupił wózek i zaczął sprzedawać wspomiane kielbaski w podłużnych bułkach zmierzającym na plażę na Brooklynie. Nowego produktu nie nazywano jeszcze hot dogiem, a hot redem. Znana i nam nazwa przekąski jest przypisywana niepewności konsumentów co do rodzaju mięsa, jakie serwowano im w bułce. Kilkadziesiąt lat później skromny właściciel wózka z kielbaskami w bułkach stał się zamożnym restauratorem, sprzedającym swoje produkty milionom osób. Młodszym bratem hot doga jest hamburger, wywodzący się od znanego w XIX-wiecznym Hamburgu kotleta z siekanej wołowiny. Za debiut hamburgera uważa się rok 1904 i jego sprzedaż pod tą nazwą na wystawie w Saint Louis.

Bardzo ciekawą historię ma guma do żucia. I znów, jak w przypadku niemal wszystkich najbardziej znanych fast foodów, musimy cofnąć się do XIX wieku. Meksykański generał Antonio Lopez de Santa Ana, trafił w 1836 roku do amerykańskiego więzienia. Tam, dla uspokojenia, często żuł kawałki stężałego soku mlecznego, pochodzącego z drzewa rodzaju Manilkara, rosnącego w Ameryce Środkowej. Zauważył to Thomas Adams, który zaczął sprzedawać pokrojone kawałki „środka uspokajającego” generała. Potem do gry wkroczył Wiliam Wrigley – twórca największego na świecie koncernu wytwarzającego gumę do żucia.

Rynek fast-foodów nieodłącznie kojarzy się z kolorowymi napojami. Dwa najbardziej znane – Coca-cola i Pepsi zaczęto wytwarzać w Stanach Zjednoczonych pod koniec XIX wieku, przy czym Coca-cola jest nieco strasza.

W ostatnich dekadach XX wieku rynek fast foodów znalazł się na cenzurowanym. Epidemia otyłości sprawiła, że zaczęto szukać winnego. Wysycone tłuszczem i kaloriami fast foody doskonale nadawały się do tej roli. Producenci, by nie stracić klientów zaczęli zmie-

niać skład oferowanych produktów, wprowadzając na szeroką skalę wersje light, a także zwiększając ilość warzyw w fast foodowych daniach. Producenci gum do żucia poszli jeszcze dalej i od lat nie szczędzą pieniędzy na przekonywanie nas, że żucie gumy jest zdrowe dla zębów i powstrzymuje otyłych przed spożywaniem kalorycznych przekąsek. W 2011 roku w International Journal of Pharmaceutical Investigation opublikowano dobrze udokumentowany artykuł dowodzący, że guma do żucia to świetny sposób na podawanie insuliny drogą doustną. Na razie wykorzystuje się iniekcje podskórne, ale w przyszłości? Kto wie, być może zastrzyki odejdą do lamusa. Niezależnie od tego jak będzie w tym wypadku, potentaci na rynku fast foodów na pewno nie zamienią swoich lukratywnych biznesów na handel pietruszką. Będą natomiast chcieli przekonać nas, że to co oferują nam służy. Dodatki w postaci witamin, minerałów, błonnika, kultur „zdrowych” bakterii to tylko niektóre ze sposobów, by klienci nie rezygnowali z szybkiego jedzenia, a nawet uznali je za zdrowe.

Sławomir Badurek
Fot.: Wikipedia



Kino nieodłącznie kojarzy się z popcornem. Mało kto wie, że w Stanach Zjednoczonych ta prosta przekąska bardzo pomogła przemysłowi kinowemu utrzymać się na nogach podczas Wielkiego Kryzysu lat 30. Sprzedawany za kilka centów popcorn był dostępny nawet dla niezamożnych widzów, stanowiąc dodatkową zachętę do przyjścia na seans. Znaki wywieszone w kinowych szatniach informowały, by oddać płaszczy i zabrać popcorn. Kina, w których zainstalowano maszyny do popcornu generowały wyższe zyski od tych, w których takiego sprzętu nie było. Podczas II wojny światowej pozycję popcornu umocniły problemy z zaopatrzeniem w cukier, ograniczającą dostępność cukierków i napojów gazowanych. Po wojnie w amerykańskich kinach nadawano przerywające filmy reklamy po to, by publiczność mogła zaopatrzyć się w dodatkową porcję prężonej kukurudzy. Upowszechnienie telewizji i spadek kinowej widowni w latach 60. były impulsem do wprowadzenia do sprzedaży produktów umożliwiających proste przygotowanie popcornu w domu. Jednym z najpopularniejszych był Jiffy Pop, zawierający wszystko co potrzebne na jednorazowej patelni z folii aluminiowej. Popularyzacja w latach 70. mikrofalówek uczyniła domową produkcję popcornu dużo łatwiejszą i szybszą niż wcześniej. Ciągłe jednak ten sprzedawany w kinach w dużych kolorowych kartonowych pudełkach smakuje najlepiej...

Jiffy Pop,
czyli prosty
sposób

na popcorn
z domowej
kuchni.



Historie życiem pisane



Doktor Henryk Danielewicz, znany czytelnikom „Meritum” z ciekawych opisów egzotycznych wycieczek, tym razem zaprasza wszystkich chętnych w podróż po swoim życiu. Nakładem wydawnictwa VERBINUM ukazała się właśnie książka „Niedokończone rozmowy kardiologa”.

Znany grudziądzki kardiolog przyznaje, że w ostatnich latach przed emeryturą zdecydował o pożeganiu się z pacjentami w formie swego rodzaju pamiętnika, bo do tej formy jest najbliższej tej ciekawej publikacji. „Chciałem w ten sposób zmniejszyć asymetrię układu lekarz-pacjent i wyrazić nadzieję, że w moje wspomnienia wpisuję wielu kolegów lekarzy” – pisze we wstępie autor. Ale lektura „Niedokończonych rozmów kardiologa” z pewnością zaciekawi także lekarzy. I to nie tylko tych, którym wiekiem blisko do doktora Danielewicza. Młodszy będą mogli zasma-

kować atmosfery lat dawno minionych, których nie dane im było przeżywać.

Wszystko zaczęło się „w sierpniowy upalny dzień 1967 roku, jadąc po raz pierwszy przez grudziądzki most, zobaczyłem piękną panoramę miasta – byłem zdecydowany tu zostać i rozpocząć swoją przygodę z praktyczną medycyną”. Zanim nastąpił ten moment, doktor przedstawia się nam jako student, a wcześniej kandydat na studia na wydziale lekarskim Akademii Medycznej w Gdańsku. Wtedy, na początku lat 60. minionego stulecia, droga z rodzinnej wsi autora na lubelskim Rostoczu do nadbałtyckiej metropolii wymagała dużo dłuższego niż dziś czasu, a i sporego wysiłku. „Pociąg bezpośredni z Lublina do Gdańska przez Warszawę był wypełniony po brzegi. Na korytarzu ścisk, nie mogłem dostać się do środka. Stałem zrozpaczony na peronie, nie wiedziałem co począć dalej. Następny pociąg dopiero za dobę. Pomógł mi młody człowiek. Miał kolegę, któremu udało się wcisnąć do tego pociągu. Najpierw wrzucił moją walizkę, a następnie przepchnął mnie przez okno”.

Czas, wysiłek, wytrwałość, a czasami i upór nieraz pojawiają się na łamach „Rozmów”. Każdy lekarz doskonale wie jak ważne to cechy. Jak bez nich przetrwać, gdy na przełomie lat 60. i 70. XX wieku pełni się samodzielnie dyżur na wielkiej 90-lóżkowej internie i trzeba jeszcze się zająć pacjentami trafiającymi do izby przyjęć? Wydawać by się mogło, że dzisiejszy SOR jest dla lekarza niezrównanie trudnym i wyczerpującym wyzwaniem. Tymczasem ponad pół wieku temu „w ciasnych pomieszczeniach starego szpitala o każdej porze dnia, a szczególnie w nocy, Izbę Przyjęć zalegały tłumy zdenerwowanych

pacjentów z przeróżnymi problemami – począwszy od powtórzenia recept, biegunek, gorączki, urazów, złamań, wypadków komunikacyjnych, stanów astmatycznych po wstrząsy kardiologiczne i nagłe zatrzymanie krążenia. Zwykle musiał to ogarnąć jeden lekarz – dyżurny internista, który do pomocy mógł wezwać chirurga, jeżeli ten w tym czasie nie operował jakiegoś nagłego przypadku”. Brzmie znajomo? Dla mnie – tak! To jednak nie wszystko, bo wtedy (za moich czasów już nie!) dyżurny internista musiał samemu oznaczać grupę krwi i asystować chirurgowi w przypadkach, kiedy nie można było skompletować zespołu chirurgicznego do pilnej operacji.

Nie brakuje na kartach tych wspomnień pacjentów. Wraz z nimi, obok opisów obaw i zastosowanego leczenia, jakby żywcem wyjętych z historii choroby, doktor Danielewicz z umiarem, acz często serwuje dawkę wiedzy medycznej, by nawet laik pojął istotę problemu. Opisując anatomię serca – organu najważniejszego nie tylko dla kardiologów – doktor przywołuje opis, zaczerpnięty z „Kruczego życia” Stephena Westaby, porównujący budowę serca do domu, składającego się z 4 pomieszczeń. „Dwie komory serca, lewa i prawa, to dwie sypialnie, do których się wchodzi z salonu i kuchni – to z kolei są przedsionki, z których krew przedostaje się do komór. Dach tego domu, to gąbczaste, rozciągliwe płuca w kształcie góralskiej chaty, szczelnie pokrywające serce, które nasycają krew tlenem”.

Wartym uwagi wyróżnikiem „Niedokończonych rozmów kardiologa” są refleksje lekarza o duszy humanisty, poprzetykane odwołaniami do filozofii,

literatury i historii. Najważniejsza z historii współczesnych autorowi jest ta związana z pionierskim w Grudziądzu dokonaniem, jakim było utworzenie szpitalnego oddziału kardiologii. W siermiężnej peerelowskiej rzeczywistości nie było to łatwe zadanie dla jedyne go wówczas kardiologa w mieście. „Oddział z szyl dem kardiologii zaczął funkcjonować bez sprzętu specjalistycznego, z jednym kardiologiem i dobrze zapowiadającą się grupą młodych lekarzy”. Ale od czegoż wcześniej wspomniane – czas, wysiłek, wytrwałość, a czasami i upór? Dzięki tym cechom autor „Niedokończonych rozmów kardiologa” może z dumą stwierdzić, że mu się udało. Najważniejszy sukces to stworzenie zespołu bardzo dobrych specjalistów z zakresu kardiologii, którzy od 2009 roku mogą leczyć pacjentów, nie tylko zachowawczo, ale i metodami inwazyjnymi. Dzięki temu prezentowane na kartach książki historie pacjentów toczą się w otoczeniu coraz nowocześniejszej aparatury medycznej i coraz bardziej wyrafinowanych metod diagnostyki i leczenia. Przykładem niech będzie chora z migotaniem przedsionków, u której występowały nawracające krwawienia z przewodu pokarmowego, spowodowane terapią lekami przeciwzakrzepowymi. „Zaistniały w tym przypadku klasyczne wskazania do zamknięcia uszka w lewym przedsionku” – wspomina doktor Henryk Danielewicz. „Zabieg był długi, męczący, ale skuteczny. Zapinka była dobrze ufixowana, a pacjentka zabieg zniosła dobrze” – dodaje.

Po 50 latach od pamiętnego dla doktora Danielewicza upalnego sierpniowego dnia przyszedł dzień przejścia na emeryturę. Ale na tym nie koniec. I w życiu, i w książce. Jest bowiem czas na pracę i czas na pasję. Bodaj największą z nich są dla pioniera grudziądzkiej kardiologii podróże. Kilka z nich doktor Danielewicz barwnie opisuje, nie szczędząc ciekawych fotografii. Bo „Niedokończone rozmowy kardiologa”, to zdaniem autora „opis cierpienia i nadziei chorych, wpisanych w emocje lekarskie i dalekie podróże”.

Sławomir Badurek

Brytyjczycy prymusami w walce z pandemią



Specjalny indeks opracowany przez naukowców z Oksfordu pokazuje, że w końcówce wakacji Polska była w ogonie UE pod względem zaangażowania w walkę z koronawirusem. Tymczasem w Wielkiej Brytanii, żeby zrównoważyć ryzyko związane z powrotem dzieci do szkół, mają być zakazane zgromadzenia przekraczające sześć osób. W początkowym okresie epidemii niemal wszystkie kraje Unii Europejskiej, wcześniej czy później, wprowadziły radykalne ograniczenia przemieszczania się i zgromadzeń. Wyjątkiem była Szwecja, która zdecydowała się nie ingerować zbyt mocno w codzienne życie swoich obywateli. Polska także działała bardzo stanowczo. Pamiętamy zakazy wchodzenia do lasów, wychodzenia z domu, „aresztowane” place zabaw, zamknięte restauracje i centra handlowe. Dziś sytuacja jest zupełnie inna. Pod względem ograniczeń i zaangażowania w walkę z wirusem blisko nam do Szwecji. I to mimo że obecnie dzienne liczby nowych potwierdzonych zakażeń są wyższe, niż były wiosną. Naukowcy stworzyli codzienne rankingi zaangażowania krajów w walkę z wirusem. Zastrzegają oni, że większe restrykcje niekoniecznie oznaczają lepszą politykę. Radykalne kroki nie zawsze są uzasadnione czy konieczne. Jeden ze stworzonych przez badaczy indeksów nazywa się indeksem zdrowia i opanowywania epidemii (ang. health and containment index). Ta liczba służy do opisu polityki ograniczania zgromadzeń (m.in. otwierania szkół, restauracji, organizowania koncertów), przemieszczania się, ale też zaangażowanie w masowe testowanie, produkowanie szczepionki czy przygotowywanie szpitali do awaryjnych wzrostów liczby pacjentów. Indeks 0 oznacza brak działań i restrykcji, indeks 100 – maksimum. Najwyższy indeks w Europie miały pod koniec wakacji Irlandia, Wielka Brytania i Niemcy.

Źródło: „Gazeta Wyborcza”

Narasta problem porzucania seniorów w szpitalach

Od lat na początku wakacji i w okresie świąt wzrasta liczba starszych pacjentów, nieodebranych ze szpitala po zakończeniu leczenia lub przywożonych tam bez powodu do hospitalizacji. Obecnie zdarza się to coraz częściej we wszystkich pozostałych porach roku – alarmują lecznice. Wielospecjalistyczny Szpital Wojewódzki w Gorzowie Wlkp. przyznaje, że problem jest coraz bardziej zauważalny i powszechny: w ciągu jednego miesiąca dochodzi nawet do kilkunastu takich sytuacji. Rodziny najczęściej tłumaczą, że nie mogą odebrać swoich bliskich ze szpitala, ponieważ mają nadmiar obowiązków zawodowych lub nie mają odpowiednich warunków do opieki nad seniorami. Z takim problemem zmagają się większość szpitali w kraju. Konsekwencją opiekowania się porzuconym pacjentem są koszty dla szpitali, np. niezapłacone przez Fundusz świadczenia czy blokowanie łóżek. Dlatego w przypadku uporczywego uchylania się przez rodzinę od odebrania pacjenta ze szpitala lecznice coraz częściej wdrażają procedurę sądową. O sytuacji jest powiadamiany sąd rodzinny, natomiast pacjent, którego stan zdrowia nie wymaga dalszego leczenia szpitalnego, ponosi koszty pobytu w placówce.

Źródło: gorzowianin.com

Kolejne ułatwienie w pracy z pacjentami: e-skierowania

Obowiązujące od początku 2020 roku e-recepty okazały się doskonałym rozwiązaniem wielu problemów, wywołanych przez epidemię COVID-19. Stanowiły jednocześnie kolejny krok, po teleporadach i elektronicznych zwolnieniach, na drodze do informatyzacji polskiej ochrony zdrowia. Ten marsz ku pełnej cyfryzacji usług medycznych staje się coraz szybszy. W styczniu 2021 roku wejdzie do codziennej praktyki e-skierowanie.

Wprowadzenie e-skierowań będzie ważne dla lekarzy POZ i poradni specjalistycznych, ponieważ uprości proces kierowania i rejestrowania pacjentów na wizyty czy badania, zmniejszy biurokratyczne obciążenia i pozwoli wystawiać skierowania podczas teleporady, bez potrzeby osobistej wizyty. Da im również lepszy dostęp do wiedzy na temat ścieżki leczenia i medycznych danych pacjentów, którymi się opiekują.

E-skierowania będą dotyczyć finansowanych przez NFZ ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych, leczenia szpitalnego oraz części badań diagnostycznych, takich jak badania medycyny nuklearnej, tomografii komputerowej, rezonansu magnetycznego, badania endoskopowe przewodu pokarmowego oraz EKG płodu. Tomografia komputerowa i medycyna nuklearna musi podlegać e-skierowaniu także, jeśli jest finansowana prywatnie. Katalog świadczeń, na które można wystawić e-skierowanie opisuje rozporządzenie MZ z 15 kwietnia 2019 roku.

Do wystawiania e-skierowań lekarze mogą używać systemów gabinetowych – ich producenci opracowali lub kończą przygotowywać odpowiednie oprogramowanie. Stan gotowości dostawców IT jest monitorowany przez Centrum e-Zdrowia (CeZ) i dostępny na portalu ezdrowie.gov.pl: <http://bit.ly/gotowosc>.

Niezależnie od systemów gabinetowych, lekarz może również wystawiać e-skierowanie przy pomocy bezpłatnej aplikacji dostępnej pod adresem gabinet.gov.pl. Korzystanie z niej jest proste, zwłaszcza dla kogoś, kto opanował już sztukę wystawiania e-recept. Instrukcja jest dostępna na kanale YouTube Centrum e-Zdrowia – www.youtube.com/CentrumZdrowia.

E-skierowanie jest podpisywane elektronicznie – czyli certyfikatem ZUS, Profilem Zaufanym, podpisem osobistym zawartym w e-dowodzie lub podpisem kwalifikowanym. Cały proces – od momentu wystawienia e-skierowania do wizyty czy badania ujętego we wspomnianym rozporządzeniu MZ – jest oparty o system informatyczny oraz

Korzyści ze stosowania e-skierowań:

- znika obowiązek dostarczenia oryginału skierowania w terminie 14 dni
- znika konieczność gromadzenia i archiwizowania papierowych skierowań
- wystarczy rejestracja przez telefon, wówczas pacjent podaje 4-cyfrowy kod i numer PESEL
- można śledzić wystawione e-skierowania na Internetowym Koncie Pacjenta (IKP) w serwisie pacjent.gov.pl
- lekarz może kontrolować przebieg leczenia pacjenta, który udostępnił mu swoje dane – o ile system gabinetowy daje mu taką możliwość
- zmniejszą się kolejki i kłopoty spowodowane tym, że pacjenci zapisują się do kilku placówek na podstawie jednego skierowania

udokumentowany na serwerach Centrum e-Zdrowia. Lekarze mogą wystawiać e-skierowania również zdalnie, czyli po zbadaniu pacjenta podczas e-wizyty lub teleporady.

E-skierowania już są wśród nas!

Od października 2019 r., kiedy podsumowano pilotaż e-skierowania, rozpoczęło się ich wdrażanie w całej Polsce. Obecnie wystawia je lub realizuje wiele tysięcy indywidualnych praktyk, poradni i szpitali. Dziennie wystawianych jest ponad 40 tys. e-skierowań.

NFZ premiuje finansowo przychodnie POZ i AOS, które obsługują e-skierowania. Przychodnia POZ, która ma 5 tys. pacjentów i wystawi ponad 90 proc. skierowań w postaci elektronicznej, może otrzymać miesięcznie dodatkowe 3,5 do 4,4 tys. zł (jeśli posiada również certyfikat akredytacyjny). Natomiast AOS prowadzący 15 poradni specjalistycznych, który udzieli w miesiącu świadczeń na kwotę 835 tys. zł może otrzymać miesięcznie dodatkowo nawet do 30 tys. zł, jeśli minimum 20 proc. rejestrowanych skierowań jest w postaci elektronicznej a e-skierowania wystawia podczas 30 proc. porad.

Od 8 stycznia 2021 r. wszystkie placówki będą zobowiązane do obsługi e-skierowań. Do tego czasu pacjent z elektronicznym skierowaniem może się zapisać na wizytę lub badania ujęte we wspomnianym rozporządzeniu także w placówce, która jeszcze nie obsługuje e-skierowania. Musi wtedy podać 4-cyfrowy kod dostępu oraz numer PESEL (w przypadku jego braku – serię i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość), podać podstawowe informacje dotyczące e-skierowania i złożyć oświadczenie, że na podstawie tego dokumentu zapisał się tylko w jednym miejscu. Zapisanie możliwe jest także przez telefon – wówczas należy podać wyżej wymienione informacje i złożyć ustne oświadczenie. Wydruk informacyjny nie musi być podpisany przez lekarza, natomiast podpisany wydruk nie wymaga już złożenia oświadczenia przez pacjenta.

Wszystkich pracowników poradni, przychodni i szpitali Centrum e-Zdrowia zaprasza na bezpłatne szkolenia. Z powodu epidemii odbywają się online. Na stronach CeZ są informacje o terminach, można także zapisać się na wybrany kurs: <https://cez.gov.pl/akademii-cez>. Materiały edukacyjne dostępne są na: <http://bit.ly/e-skierowanieCeZ>.

Centrum e-Zdrowia zaprasza wszystkich lekarzy do kontaktu i zadawania pytań przy pomocy – numer 19 457 – lub na adres: e-skierowanie@csioz.gov.pl. W następnym wydaniu opublikujemy odpowiedzi na najczęściej zadawane pytania.

@skierowanie

Skierowanie do poradni
Poradnia Kardiologiczna (1100)



01020304050607080910111213141516171819202127
ID zb.w. 2,16,840,1,13883,3,4424,7,4,2 432232

Kod dostępu 9987

Wystawiono 12.04.2020

Pacjent **Mieczysław Kowalski**

PESEL 62011699999

ur. 16.01.1962, pt. M

Odkryta 41 lok. 12

01-134 Warszawa

Wystawca Poradnia Lekarza Rodzinnego ALFA

Rynek 5

23-345 Małe Ciche

tel. +48 68 580 90 06

Kod res. 1-000000003657

V-01; VII-001; VIII-0010

REGON 43251260700026

Umowa z 07 NFZ 03-16-01-02990-01

Rozpoznanie

I25 – Choroba niedokrwienna serca

Inne informacje

Proszę o objęcie specjalistyczną opieką

Osoba wystawiająca

lek. Adam Zadrozny

Specjalista medycyny rodzinnej

(podpis osoby wystawiającej)

Niniejszy dokument (tzw. informacja o e-skierowaniu) opatrzony podpisem osoby wystawiającej e-skierowanie, jest równoważny ze skierowaniem w postaci papierowej. Wejść na pacjent.gov.pl i poznać szczegóły.

Przykład wydruku informacyjnego e-skierowania

Partnerem artykułu jest Centrum e-Zdrowia



Miażdżąca ocena NIK psychiatrii dziecięcej

Nierówności w dostępie do leczenia, brak kompleksowej opieki, brak lekarzy – to główne zarzuty NIK wobec opieki psychiatrycznej oferowanej dzieciom. Jak wyliczają kontrolerzy, w pięciu województwach nie było ani jednego oddziału całodobowego. W efekcie zdarzało się, że dzieci trafiały na oddziały dla dorosłych. Kłopotem jest także zmniejszanie liczby miejsc, w których najmłodsi mogli otrzymać pomoc w trybie ambulatoryjnym bez konieczności hospitalizacji. Najgorzej mają ci z małych miast i wsi. Autorzy raportu zwracają uwagę przede wszystkim na braki w zakresie profilaktyki, a także opieki środowiskowej, oferującej opiekę blisko domu. Nie ma ponadto standardów określających wystarczającą liczbę psychiatrów dziecięcych. Wpisanie psychiatrii dziecięcej na listę specjalizacji deficytowych nie zwiększyło zainteresowania tą dziedziną. Obecnie zajętych jest zaledwie jedna czwarta z dostępnych 161 miejsc specjalizacyjnych. Dostępność do szpitali jest niedostateczna, lecz jeszcze gorzej jest w opiece ambulatoryjnej, gdzie średni czas oczekiwania na wizytę wydłużył się do 56 dni w 2019 roku. Resort zdrowia zapewnia jednak, że sytuacja zmienia się na lepszą. W porównaniu z rokiem ubiegłym, nakłady na psychiatrię dziecięcą wzrosły dwukrotnie do poziomu 504 milionów złotych. Według planów Ministerstwa Zdrowia pierwszy poziom opieki powinny stanowić zespoły terapeutyczne, złożone z psychologów i psychoterapeutów. Lekarz psychiatra ma znaleźć się na drugim poziomie opieki – w środowiskowym centrum zdrowia psychicznego, które powinno mieć w swojej strukturze poradnię i oddział dzienny. Trzeci poziom mają stanowić szpitale. Tworzenie nowej struktury rozpoczęto od pierwszego poziomu, ale realizacja założeń idzie opornie. Brakuje przede wszystkim personelu. Ponadto są znaczne różnice regionalne.

Źródło: Dziennik Gazeta Prawna

LOTY Z BYDGOSZCZY DO WARSZAWY

6 razy w tygodniu od września

BILETY DOSTĘPNE NA WWW.LOT.COM
WIĘCEJ INFORMACJI NA WWW.BZG.AERO

Kalejdoskop naukowy

Opracował: dr n. med. Sławomir Badurek

Klopidogrel jako alternatywa do tikagreloru lub prasugrelu u pacjentów z ostrym zespołem wieńcowym bez uniesienia ST

U większości pacjentów z ostrym zespołem wieńcowym bez uniesienia ST (NSTEMI-ACS) rekomenduje się leczenie aspiryną i inhibitorem płytkowego receptora P2Y₁₂ (tikagrelor lub prasugrel) przez 6-12 miesięcy. Jakkolwiek u starszych chorych optymalna terapia przeciwplatekowa nie jest jasno określona. W badaniu POPular AGE ponad 1000 pacjentów z NSTEMI-ACS randomizowano do grupy otrzymującej przez rok klopidogrel lub inhibitor P2Y₁₂ (w większości tikagrelor). W obydwu grupach leczenia otrzymywali aspirynę. Okazało się, że ryzyko krwawienia jest niższe w grupie leczonej klopidogrelem, przy podobnym ryzyku powikłań niedokrwienych. Wyniki wskazują, że u starszych chorych z NSTEMI-ACS klopidogrel jest rozsądną opcją terapeutyczną do tikagreloru lub prasugrelu.

Lancet. 2020;395(10233):1374.

Autonomiczna sekrecja kortyzolu zwiększa ryzyko migotania przedsionków

W retrospektywnym badaniu pacjentów z przypadkowo wykrytymi guzami nadnerczy, wydzielającymi kortyzol (subkliniczny zespół Cushinga) występowanie migotania przedsionków (AF) były wyższe w porównaniu z osobami z gruczolakami nieaktywnymi hormonalnie oraz reprezentującymi populację ogólną (odpowiednio 8.5, 3.1 i 1.7%). W momencie zakończenia leczenia (mediana follow-up wynosiła 7.7 lat), częstość AF pozostawała wyższa u pacjentów z gruczolakami wydzielającymi kortyzol (20% versus 12% u niewydzielających). Biorąc powyższe dane pod uwagę pacjenci z subkliniczną postacią zespołu Cushinga powinni być monitorowani w kierunku migotania przedsionków.

J Clin Endocrinol Metab. 2020;105(8)

Spadek liczby hospitalizacji z powodu ostrego zawału serca podczas pandemii COVID-19

Liczne badania obserwacyjne wskazują na spadek liczby hospitalizacji z powodu ostrego zawału serca od rozpoczęcia pandemii COVID-19. Dane zasobów systemu opieki zdrowotnej w Karolinie Północnej wskazują, że od stwierdzenia pierwszego w tym regionie przypadku zakażenia koronawirusem (04.03.2020) wspomniany spadek liczby hospitalizacji wyniósł około 48%. Do podobnych wniosków prowadzi analiza danych porównujących analogiczne okresy roku bieżącego z rokiem 2019. Eksperci zwracają uwagę, że profesjonaliści medyczni powinni czynić wszelkie starania, by pacjenci, w przypadku wystąpienia objawów sugerujących ostry zawał serca, nie zwlekali ze zwróceniem się po fachową pomoc.

N Engl J Med. 2020;383(7):691.

Nowy sposób leczenia pacjentów z homozygotyczną hipercholesterolemią rodzinną

Pacjenci z homozygotyczną hipercholesterolemią rodzinną (HoFH) mają zdecydowanie podwyższony poziom lipoproteiny o niskiej gęstości (LDL-C) i rzadko osiągają docelowe wartości LDL-C, nawet w przypadku leczenia wielolekowego, obejmującego statyny, ezetimib oraz inhibitor PCSK9. W badaniu 3 fazy 65 pacjentów z HoFH oceniano skuteczność evinakumabu, przeciwciała przeciwko angiopoetynie 3 (ANGPTL3). Lek (lub placebo) były podawane co 4 tygodnie jako uzupełnienie dotychczas prowadzonej terapii. Po trwającym 24 tygodni leczeniu pacjenci, którzy otrzymywali evinakumab uzyskali wyższy stopień redukcji LDL-C bez zwiększenia częstości działań niepożądanych. Należy podkreślić, że evinakumab nie jest jeszcze dostępny na rynku, a w celu oceny ryzyka sercowo-naczyniowego konieczne jest przeprowadzenie długo trwających badań.

N Engl J Med. 2020;383(8):711

Prediabetes i ryzyko sercowo-naczyniowe

Przewlekła hiperglikemia oznacza wzrost ryzyka choroby sercowo-naczyniowej. Wzrost ryzyka obejmuje także wartości, które nie upoważniają do rozpoznania cukrzycy. Metaanaliza 97 badań prospektywnych, trwających średnio 9,8 lat, wykazała, że stan przedcukrzycowy (nieprawidłowa glikemia na czczo, nieprawidłowa tolerancja glukozy, wzrost odsetka HbA1c nie spełniający kryteriów rozpoznania cukrzycy) w porównaniu z normoglikemią, był skojarzony z wyższym ryzykiem śmiertelności ogólnej (różnica ryzyka wynosiła 7,36 na 10000 pacjento-lat). Należy zaznaczyć, że klasyczne czynniki ryzyka sercowo-naczyniowego mają większe znaczenie niż zaburzenia glikemii u pacjentów bez wcześniej rozpoznanej choroby sercowo-naczyniowej lub cukrzycy.

BMJ. 2020;370:m2297

Brak korzyści z wczesnego wdrożenia leczenia nerkozastępczego u krytycznie chorych z AKI

U krytycznie chorych pacjentów z ciężką postacią ostrego uszkodzenia nerek (AKI) decyzja, kiedy wdrożyć leczenie nerkozastępcze (RRT) budzi kontrowersje; niektórzy eksperci są za wczesną strategią (należy wdrożyć RRT w momencie rozpoznania ciężkiego AKI), podczas gdy inni zalecają postawę wyczekującą (czekać dopóki u chorego nie będzie pewnych wskazań do dializy). W badaniu Standard versus Accelerated Initiation of Renal-Replacement Therapy in Acute Kidney Injury (STARTRT-AKI) ponad 3000 krytycznie chorych z ciężką postacią AKI (ale bez pilnych wskazań do RRT) randomizowano do grupy, w której RRT zastosowano bezzwłocznie lub z opóźnieniem. Nie odnotowano różnic w zakresie śmiertelności 90-dniowej, chociaż chorzy, u których od razu stosowano RRT częściej pozostawali zależni od takiego leczenia, częściej wymagali ponownej hospitalizacji oraz byli bardziej narażeni na powikłania.

N Engl J Med. 2020;383(3):240.

Będą ustne egzaminy

Mimo pandemii ministerstwo zdrowia chce, by ustne egzaminy specjalizacyjne odbyły się. „Na chwilę obecną nie przewiduje się zmian w standardowym trybie prowadzenia PES” – stwierdziła dyrektor Departamentu Kwalifikacji Medycznych i Nauki resortu. Przewodniczący PR OZZL Filip Płuzański stwierdził, że to „kompletnie niezrozumiałe w sytuacji, gdy w związku z pandemią odwołano egzaminy ustne w sesji wiosennej, gdy zakażeń koronawirusem było znacznie mniej”. I zwraca uwagę, że wprowadzenie możliwości zdawania PES podczas ostatniego roku szkolenia specjalizacyjnego znacznie zwiększy liczbą zdających. W sytuacji niekorzystnej sytuacji epidemiologicznej Ministerstwo dopuszcza przeprowadzenie egzaminu ustnego w formie zdalnej – w urzędach wojewódzkich, siedzibie CEM lub przewodniczącego komisji egzaminacyjnej. Zdaniem prof. Jarosława Federowskiego, prezesa Polskiej Federacji Szpitali, powinno się w ogóle zrezygnować z egzaminu w formie ustnej. – Jego założeniem jest przecież sprawdzenie umiejętności praktycznych, a tą weryfikuje się w czasie rezydentury. Zdaniem profesora Federowskiego, dla bezpieczeństwa zdających, w zdalnej formie powinno się przeprowadzić także pisemną część egzaminu. – W USA już od 15 lat rezydenci zdają egzamin w centrach komputerowych, w dodatku w dowolnym momencie roku.

Źródło: Rzeczpospolita



Być lekarzem doskonałym

Ucz pacjenta, jak być zdrowym, a nie jak chorować.

&

Jeśli złapiesz się na myśli, że pacjent ma nadczynność albo niedoczynność tarczycy, to pacjent nie ma żadnego z tych zaburzeń.

&

Istnieją dwa typy ludzi otyłych: Ci, którzy są grubi od dzieciństwa. Ci, których waga narasta później w ciągu życia. Istnieje między nimi ogromna różnica przewidywalnego utrzymania utraty wagi.

&

Tabele ciężaru i wzrostu nie mówią prawdy.

Istnieją ludzie wysocy i ludzie niski. Istnieją ludzie grubi i ludzie szczupli. Istnieją endomorficy, ektomorficy i mezomorficy. Każdy należy do którejś z tych grup.

&

Pozwól pacjentom przy pierwszym spotkaniu, mówić dowolne rzeczy przez co najmniej 5 minut. Wiele się dowiesz.

&

Słuchaj, czego pacjent ci NIE mówi.

&

Nigdy nie sprawiaj wrażenia wstrząśniętego tym, co mówi ci pacjent.

Źródło: Clifton K. Meador „Lekarz doskonały”, Sanmedica 1995.

Witamy nowych lekarzy KPOiL!

We wtorek 15 września odbyło się uroczyste wręczenie praw wykonywania zawodu nowym członkom naszej Izby. Bardzo dobra pogoda sprawiła, że powitanie świeżo upieczonych lekarzy i lekarzy dentystów nastąpiło w ogrodzie przy naszej siedzibie. Wśród gości nie zabrakło dyrekcji toruńskich szpitali, a także opiekunów stażystów, którzy odbyli ze swoimi podopiecznymi pierwsze rozmowy.

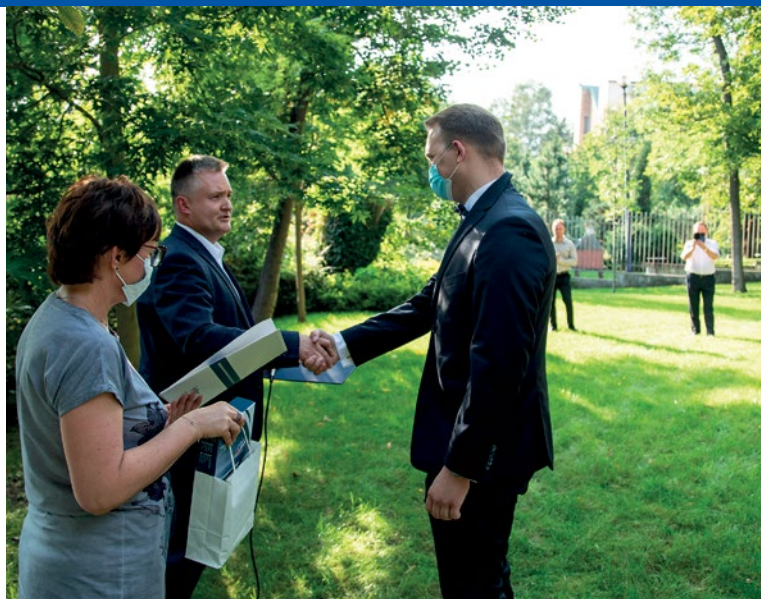
(bad)

Fot. Sławomir Badurek



**LISTA ABSOLWENTÓW UM
ROZPOCZYNAJĄCYCH STAŻ PODYPLOMOWY
OD 1 PAŹDZIERNIKA 2020 R.**

REGIONALNE CENTRUM STOMATOLOGII WOJEWÓDZKIEGO SZPITALA ZESPOLONEGO TORUŃ		LEKARZE DENTYŚCI
1.	Lus Eliza	
2.	Sobiechowski Piotr	
3.	Węglicka Karolina	
4.	Piśko Krzysztof	
5.	Jankowski Mateusz	
6.	Łętkowska-Piotrowska Sylwia	
7.	Misiaszek Jakub	
CENTRUM STOMATOLOGICZNE „CHRIST-DENT” GRUDZIĄDZ Koordynator: Danuta Zyśko-Christ		LEKARZE
1.	Marosek Magdalena	
STOMATOLOG Katarzyna Kozłowska, ul. Kościuszki 13/4, 87-820 Kowal		
1.	Szatkowska Karolina	
WOJEWÓDZKI SZPITAL ZESPOLONY TORUŃ		
1.	Szynkiewicz Martyna	
2.	Boroński Bartosz	
3.	Pawłowska Inez	
4.	Walczak Maria	
5.	Maćkowski Artur	
6.	Zamyślewski Sylwester	
7.	Salamądra Aleksandra	
8.	Zieliński Maciej	
9.	Łukasiewicz Dorota	
WOJEWÓDZKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY WŁOCŁAWEK		
1.	Tomczak Karolina	
REGIONALNY SZPITAL SPECJALISTYCZNY GRUDZIĄDZ		
1.	Kowalska Amanda	
2.	Kosior Wojciech	
SPECJALISTYCZNY SZPITAL MIEJSKI TORUŃ		
1.	Wiśniewski Jacek	
2.	Domanowska Anna	
3.	Orlicka Donata	
4.	Drozd Aleksandra	
5.	Krupa Konrad	
SZPITAL BRODNICA		
1.	Barańska-Kamińska Kaja	
2.	Kamiński Karol	



PRASÓWKA

Światowy Dzień Sepsy



13 września obchodzono Światowy Dzień Sepsy, ustanowiony dla podnoszenia poziomu wiedzy na temat tej specyficznej reakcji organizmu na zakażenie. Eksperti podkreślają, że część przypadków sepsy można wiązać ze zjawiskiem nadużywania antybiotyków, które to jest przyczynkiem do rozwoju bakterii odpornych na dostępne leki. Sepsa to nadmierna, nieprawidłowa reakcja organizmu na zakażenie, do której mogą prowadzić zarówno bakterie, jak i wirusy czy grzyby. Najnowsze badania WHO dowodzą, że sepsa zabija ludzi częściej niż nowotwory. Co więcej ryzyko wystąpienia sepsy jest największe w grupie noworodków i małych dzieci, a także osób, które ukończyły 65. rok życia oraz osób przewlekle chorych. Sepsę leczy się antybiotykami. Problemem może być ich skuteczność. – Antybiotyki, które ratują życie, nadużywamy w banalnych zakażeniach i to najczęściej wirusowych. Najczęstszym przypadkiem nadużywania antybiotyków jest przeziębienie. Niektórym się wydaje, że to przyspieszy wyzdrowienie. Trzeba jasno powiedzieć, że medycyna przy całym swym rozwoju jest bezsilna wobec przeziębienia. Przeziębienie leczone trwa tydzień, nieleczone 7 dni. Ludzie biorąc antybiotyki proszą o cud – o szybkie wyzdrowienie, natomiast nie ma czegoś takiego. My możemy tylko złagodzić dolegliwości. I to pacjenci muszą zrozumieć, a nie domagać się antybiotyku, który jest im zupełnie niepotrzebny – ostrzega prof. Ernest Kuchar, prezes Polskiego Towarzystwa Wakcynologii. – W efekcie, gdy potrzeba nam antybiotyku, żeby naprawdę ratować życie, bo ktoś ma ciężkie bakteryjne zapalenie płuc, okazuje się, że ten antybiotyk jest nieskuteczny – dodaje.

Źródło: cowzdrowiu.pl



Koronawirus może być przyczyną sepsy

Przyczyną sepsy może być każdy drobnoustroj, także koronawirus SARS-CoV-2. Eksperci podkreślają, że jednym z najbardziej skutecznych sposobów ochrony przed sepsą są szczepienia. Większość Polaków (71%) nie wie, jakie są objawy sepsy, ani w jaki sposób można jej zapobiec (69%) – wynika z badań przeprowadzonych pod koniec sierpnia 2020 r. na zlecenie Fundacji IMiD przez SW Research na reprezentatywnej próbie 1043 Polaków. Tymczasem w skutecznej walce z sepsą decydujące znaczenie ma szybkie jej rozpoznanie. Dotyczy to zwłaszcza sepsy meningokokowej, która jest najgroźniejsza i najczęściej atakuje najmłodsze dzieci. Specjaliści podkreślają, że jednym z najbardziej skutecznych sposobów profilaktyki są szczepienia chroniące przed groźnymi drobnoustrojami wywołującymi sepsę. Za rozwój sepsy nabytej poza szpitalem odpowiada niewielka liczba gatunków bakterii o dużej zjadliwości, tj. meningokoki, pneumokoki, pałeczki hemofilne typu B i paciorkowce ropne. Dzieci w pierwszym roku życia z powodu niedojrzałości układu odpornościowego są w grupie największego ryzyka rozwoju sepsy, zwłaszcza tej meningokokowej. Sepsa meningokokowa jest jedną z najgroźniejszych, ponieważ z początku jej objawy są mało charakterystyczne (przypominają przeziębienie lub grypę), a ma błyskawiczny przebieg (do rozwoju stanu zagrażającego życiu może dojść zaledwie w 24 godziny) i wysoką śmiertelność (umiera nawet 1 na 5 chorych, drugie tyle zostaje okaleczonych). Szybkie rozpoznanie i wdrożenie kompleksowego leczenia w przypadku sepsy meningokokowej jest kluczowe. Niestety, dużo zależy od okoliczności i czynnika ludzkiego. W praktyce pacjenci są hospitalizowani średnio po 19. godzinach trwania choroby.

Źródło: dlaszpitali.pl

Wirus w budżetach szpitali

39,8% – to średnie wykonanie tegorocznego ryczałtu przez szpitale, które wziął pod lupę Związek Powiatów Polskich. Wiadomo już na pewno, że niektórym nie uda się nadrobić zaległości, jakie powstały w związku z pandemią – informuje Dziennik Gazety Prawnej. ZPP zbadał kondycję szpitali zakwalifikowanych do I i II stopnia sieci – w sumie 372 podmiotów. Najwyższy uśredniony procent wykonania ryczałtu zanotowały placówki II stopnia inne niż powiatowe (bez szpitali jednoimiennych). Najniższy – jednoimienne szpitale powiatowe II stopnia (przy czym w zestawieniu znalazły się tylko dwie takie placówki). We wszystkich typach lecznic wykonanie ryczałtu za pierwsze półrocze 2020 r. waha się od 20,3% do 59,4% (wartości te odnoszą się do ryczałtu zaplanowanego na cały rok 2020).

Na ten stan wpływ miało m.in. zamykanie poszczególnych oddziałów z uwagi na wystąpienie koronawirusa SARS-CoV-2, w niektórych wypadkach oddziały te zamykano wielokrotnie, w różnych odstępach czasowych, a w przypadku mniejszych szpitali zdarzało się, że wyłączona z funkcjonowania była cała placówka. Zdaniem autorów raportu wiele tych jednostek nie będzie w stanie nadrobić strat. Potwierdzają to dyrektorzy i eksperci. – Marzec i kwiecień to były miesiące z ostrymi obostrzeniami, nie mogliśmy wykonywać planowych przyjęć i zabiegów. Dlatego od dawna mówimy, że powinniśmy ten rok skwitować jako szczególny, bo nie była to wina ani dyrektorów, ani NFZ, po prostu dostosowaliśmy nasze działania do warunków – przekonuje Waldemar Malinowski, prezes Ogólnopolskiego Związku Pracodawców Szpitali Powiatowych.

Źródło: Dziennik Gazeta Prawna

Z przyjemnością informujemy, że Samorząd Lekarski KPOIL w Toruniu otrzymał w darze, od Pani Doktor Barbary Brendel-Kwiatkowskiej, obraz namalowany cyt. „...dla uczczenia Jubileuszu 30-lecia powstania Izby Lekarskiej w Toruniu oraz setnej rocznicy utworzenia Samorządu Lekarskiego w Polsce”.

Widok panoramy staromiejskiego Torunia został namalowany techniką olejną na lnianym płótnie o wymiarach 60 x 90 cm.

Serdecznie Pani Doktor dziękujemy!

Obraz został wyeksponowany w Sali Klubowej naszej izby.



Z ŻAŁOBNEJ KARTY



Z głębokim żalem zawiadamiamy,
że w dniu 21 września 2020 r.
zmarła Pani Doktor

Danuta Jędrzejczyk

87 lat

Absolwentka rocznika 1959 Akademii Medycznej w Białymstoku.
Emerytowana lekarz z Torunia.



Z głębokim żalem zawiadamiamy,
że w dniu 12 września 2020 r.
zmarła Pani Doktor

Jolanta Orłowska

80 lat

Absolwentka rocznika 1972 Akademii Medycznej w Poznaniu
Emerytowana lekarz położnictwa i ginekologii z Torunia. Zawodowo
związana z Przychodnią Zdrowia przy ul. Dekerta w Toruniu
i Wojewódzkim Szpitalem Zespolonym w Toruniu.

Panu Profesorowi
Waldemarowi Jędrzejczykowi
wyrazy głębokiego współczucia z powodu śmierci
ŻONY

składa Kujawsko-Pomorska Okręgowa Izba Lekarska w Toruniu.

Pani Doktor
Halinie Hejnowicz-Mazurek
wyrazy głębokiego współczucia z powodu śmierci
MATKI

składa Kujawsko-Pomorska Okręgowa Izba Lekarska w Toruniu

Państwu Dr Dr
Jolancie i Janowi Kosiorom
wyrazy głębokiego współczucia z powodu śmierci
MATKI I TEŚCIOWEJ
składa Kujawsko-Pomorska Okręgowa Izba Lekarska w Toruniu



www.NaszLekarz.pl



Klinika Terapii Innowacyjnych

Nasz Lekarz Przychodnie Medyczne od 20 lat prowadzi leczenie biologiczne chorób m.in. reumatologicznych, dermatologicznych, gastroenterologicznych, pulmonologicznych oraz hematologicznych i onkologicznych.

Z przyjemnością informujemy, o otwarciu Kliniki Terapii Innowacyjnych, w której Pacjenci będą mogli skorzystać z leczenia biologicznego i innowacyjnego w ramach oferty komercyjnej.

Zapraszamy zainteresowanych współpracą lekarzy

Skontaktuj się z nami, zaproponuj dogodny termin spotkania, a my przedstawimy Ci możliwość indywidualnego prowadzenia chorych w ramach nowoczesnych terapii.



Toruń



Bydgoszcz

Oferujemy leczenie biologiczne w chorobach takich jak:

- RZS - Reumatoidalne zapalenie stawów
- SpA - Spondyloartritis zapalny
 - ŁZS - Łuszczycowe zapalenie stawów
 - ZZSK - Zesztywniające zapalenie stawów kręgosłupa
 - Axial SpA - spondyloartritis osiowa
- Osteoporoza
- Łuszczyca skóry

Terapie lekami biologicznymi:

- certolizumab (Cimzia), etanercept (Enbrel, Erelzi), adalimumab (Humira, Hyrimoz), rituximab (Mabthera), denosumab (Prolia), infliximab (Remsima), tocilizumab (Roactemra), golimumab (Simponi)

Terapie lekami innowacyjnymi:

- baricitinib (Olumiant), tofacitinib (Xeljanz), upadacitinib (Rinvoq)

Klinika Terapii Innowacyjnych

ul. Batorego 18-22
87-100 Toruń

☎ 56 300 42 44

Oddział w Bydgoszczy
ul. Chodkiewicza 19c
85-065 Bydgoszcz

☎ 52 340 14 14

Prof. dr hab. n. med. Sławomir Jeka
Dyrektor Kliniki Terapii Innowacyjnych

Zapraszam do współpracy



✉ terapiainnowacyjne@naszlekarz.pl

🌐 <https://naszlekarz.pl/klinika-terapii-innowacyjnych/>