

System

KWARTALNIK DLA ŚWIADCZENIODAWCÓW



Dziecko powinno czuć się bezpieczne

Wywiad
z Markiem Michałakiem,
Rzecznikiem Praw Dziecka

NA ROBOCZO

Czy
„pakiet kolejkowy”
poprawi sytuację
w onkologii?

ARTYKUŁ PROBLEMOWY

Poronienie

PRAWO W PRAKTYCE

Niektóre aspekty prawne
wykonywania zawodu pielęgniarki

Nowość!

ANGIELSKI DLA MEDYKÓW

Choroby serca
I choroby Sercowo-
Naczyniowe

Zauważone Odnutowane

X Forum Chirurgów Kręgosłupa **4-6 czerwca | ŚWIERADÓW-ZDRÓJ**

Organizatorzy zapewnili ciekawy program Forum, poświęcony nowotworom kręgosłupa, ze szczególnym uwzględnieniem taktyki postępowania, wyborze sposobu leczenia oraz technik operacyjnych.

VII Kongres Polskiego Towarzystwa Kardio-Torakochirurgów

5-7 czerwca | WARSZAWA

Wzorem poprzednich Kongresów odbyły się m.in. sesje edukacyjne, na których przedstawione zostaną standardy postępowania w diagnostyce i leczeniu chorób serca i płuc.

Psychoonkologia praca terapeutyczna z pacjentem onkologicznym i jego rodziną **27 czerwca | WROCŁAW**

Uczestnicy szkolenia zapoznali się z metodami pracy i pomocy terapeutycznej osobom z chorobami nowotworowymi.

VIII Ogólnopolski Zjazd Polskiego Towarzystwa Gastroenterologii i Żywienia Dzieci

22-24 maja | WARSZAWA

Celem Zjazdu jest pokazanie ważnych osiągnięć w dziedzinie gastroenterologii, hepatologii i żywienia dzieci, które mają znaczenie dla praktyki klinicznej. To ważne wydarzenie naukowe

i szkoleniowe z udziałem wybitnych ekspertów z Polski i zagranicy.

Zespół Aspergera, Zespół Retta, zaburzenia hiperkinetyczne **diagnoza i terapia**

31 maja | WROCŁAW

Zajęcia prowadzone metodami aktywnymi (warsztat), uczestnicy mieli okazję pracować nad studium przypadku i wziąć udział w ćwiczeniach indywidualnych i grupowych.

Stany Nagłe w Położnictwie **polsko-izraelskie sympozjum** **27 czerwca | POZNAŃ**

www.anestezjologia2014.pl/
Symposium poświęcone postępowaniu w stanach krytycznych w położnictwie. Dedykowane głównie dla osób zajmującym się anestezjologią, położnictwem i ratownictwem medycznym.

XVII Kongres Polskiego Towarzystwa Onkologii Klinicznej **28-30 sierpnia | GDAŃSK** **www.kongres.ptok.pl**

Poza sesjami dydaktycznymi i prezentacją doniesień naukowych uwzględnione zostaną sesje poświęcone przedstawieniu ciekawych, trudnych przypadków z praktyki klinicznej i ich omówieniu z udziałem ekspertów oraz uczestników.

Nowości terapii w hipertensjologii i kardiologii w praktyce klinicznej w 2014 roku cykl sympozjów

6 czerwca | ŁÓDŹ,

7 czerwca | POZNAŃ,

26 września | SZCZECIN

Celem tych regionalnych spotkań jest omówienie najnowszych standardów postępowania w hipertensjologii oraz wybranych zagadnień kardiologii terapii przeciwkrzepliwej i przeciwpłytkowej. Organizatorzy zapewniają interaktywną formę, poprzez wykorzystanie elektronicznego systemu do głosowania, analizę odpowiedzi oraz możliwość zadawania pytań ekspertom.

XLVI Zjazd Polskiego Towarzystwa Otorinolaryngologów Chirurgów Głowy i Szyi

3-6 września | BYDGOSZCZ

Tematyka Zjazdu obejmie: neurootologię, zagadnienia powikłań uszno- i zatokopochodnych, onkologii laryngologicznej, biologii molekularnej nowotworów głowy i szyi oraz nowe techniki operacyjne.

XVI Kongres Polskiego Towarzystwa Gastroenterologii **25-27 września | WROCŁAW**

Program obejmie 20 sesji naukowych, również w języku angielskim. Wśród tematów m.in.: *Przeszczepianie wątroby, Genetyka i farmakoterapia, Nieswoiste zapalenia jelit*, Gastroenterologia doświadczalna.

XI Zjazd Polskiego Towarzystwa Medycyny Rodzinnej **12-14 czerwca | OSSA k/Rawy Mazowieckiej**

Tegoroczne spotkanie to najważniejsze wydarzenie naukowe dla lekarzy rodzinnych z całej Polski, podczas których swoje wykłady wygłoszą Prezesi Towarzystw Naukowych, Kierownicy Klinik, a także Konsultanci Krajowi.



Drodzy czytelnicy

Z przyjemnością publikujemy nowy numer naszego kwartalnika „System”.

Zapraszamy Państwa do zapoznania się z ciekawymi artykułami opisującymi zmiany, jakie pojawiły się na rynku zdrowia. Wiosenne wydanie zawiera, oprócz stałych rubryk, takich jak „JGP w pytaniach i odpowiedziach” czy „Ka-

lejdoskop medyczny”, artykuły poświęcone położnictwu i ginekologii, orzecznictwu sądowemu oraz cykl publikacji, które pozwolą przybliżyć angielską terminologię medyczną związaną z chorobami serca.

Poruszona zostanie kwestia bezpieczeństwa prawnego pielęgniarek oraz konsekwencje zdarzeń, zarówno medycznych, jak i związanych z wykonywaniem pracy jako takiej.

Gościem specjalnym Systemu będzie Pan Marek Michalak - Rzecznik Praw Dziecka.

Mam nadzieję, iż lektura naszego czasopisma, pożytecznie umili Państwu wiosenne ciepłe popołudnia.

Serdecznie zapraszam
Rafał Janiszewski

**JEŚLI BĘDZIECIE MIEĆ
PYTANIA
DOTYCZĄCE ROZLICZANIA
ŚWIADCZEŃ Z NFZ...,
DZWOŃCIE
LUB PISZCIE DO NAS.
POWODZENIA!**

**Z „SYSTEMEM”
trudne stają się łatwe**

W TYM NUMERZE

- 4| Kalejdoskop medyczny
- Na roboczo – Czy „pakiet kolejkowy” poprawi sytuację w onkologii?
- 6|
- Rozmowa Systemu - wywiad z Markiem Michałakiem Rzecznikiem Praw Dziecka
- 7|
- Wyrok sądu. Czy to już tradycja?
- 9|
- Ginekologia i położnictwo – Poronienie
- 11|
- Artykuł problemowy - Prawne aspekty wykonywania zawodu pielęgniarki
- 13|
- Na roboczo - „Pakiet kolejkowy” - antidotum na kolejki
- 15|
- Alfabet JGP - E, jak Choroby serca
- 18|
- Artykuł z cyklu - angielski dla medyków - Choroby serca i choroby sercowo-naczyniowe
- 20|
- Kalendarium
- 28|
- JGP w pytaniach i odpowiedziach
- 31|
- Ciekawostki medyczne
- 33|
- Niebezpieczna choroba wrzodowa żołądka i dwunastnicy
- 34|

M

edyczny

kalejdoskop



Emilia Sujkowska
e-mail: Emilia.Sujkowska@iuz.org.pl

Sok z granatów spowalnia procesy utleniania DNA

Naukowcy prowadzący badania nad ekstraktem z granatów odkryli jego niesamowite właściwości. Autor badań, dr Streitenberger jest pewien, że spożywanie granatu może być receptą na spowolnienie starzenia, a co za tym idzie, byłyby to ważny krok na drodze do długowieczności. Podczas badań odnotowano mniejsze uszkodzenia komórkowe, wynikające ze starzenia się komórek, które osłabiają funkcjonowanie mózgu, mięśni, wątroby i nerek.

Picie jednej szklanki soku dziennie może uchronić przed zmarszczkami, a ich jedzenie chroni przed stresem i chorobami serca. Pomaga również obniżać poziom cholesterolu, nadciśnienie, a także jest źródłem wielu przeciwutleniaczy.

Nowotwory „uwielbiają” cukier, czyli pomysł na raka

Liczne media donoszą ostatnio o rewolucyjnej metodzie walki z rakiem wynalezionej przez Polaka. Prof. To-

masz Ciach opracował nową metodę wykorzystującą nanocząstki, których głównym zadaniem będzie dostarczenie leku – cytostatyku do komórek rakowych. Nanocząstki będą wyposażone w „cukrowy wabik”, dzięki czemu skuteczniej trafią z lekiem do chorych komórek. Kluczem do sukcesu ma być właśnie cukier, gdyż chore komórki potrzebują go w bardzo dużych ilościach. Badania nad metodą już trwają.

Sztuczna nerka – nadzieją dla chorych

Zespół lekarzy z Massachusetts General Hospital w Bostonie opracował i przeprowadził udaną operację wstawienia sztucznej nerki. Jak na razie tylko na jednym szczurze w laboratorium. Jednak udana operacja jest wielkim wydarzeniem dla tych wszystkich, którzy właśnie czekają na przeszczep. Większość z nich na co dzień jest zmuszona dokonywać nieprzyjemnych zabiegów dializy krwi w specjalnych ośrodkach.

- *Jeśli ta technologia będzie możliwa do zastosowania w większej, ludzkiej skali, pacjenci z problemami nerkowymi nie będą musieli już czekać na przeszczep. Teoretycznie będą*

mogli otrzymać nerkę wyhodowaną specjalnie dla nich - powiedział Harald Ott z Massachusetts General Hospital, członek zespołu, który opracował nerki dla szczurów.

- *W przypadku idealnym nerka byłaby tworzona z komórek pacjenta, przez co omijalibyśmy zarówno problem ze zbyt małą ilością dawców organów do przeszczepu, jak i szkodliwej dla organizmu terapii lekami zmniejszającymi odporność organizmu (zapobiegających odrzutom)* - mówi Ott.

Na całym świecie miliony ludzi są w trakcie terapii i oczekują na przeszczep nerki. W samych tylko Stanach Zjednoczonych na taki zabieg czeka ponad 100.000 pacjentów.

W Polsce w roku 2012 przeszczepiono 1094 nerki.

A w latach 1966-2013 (od początku historii transplantacji), dokonano łącznie 18,6 tys. przeszczepów tego narządu.

Korzystne skutki spacerowania

Wszyscy dobrze wiemy, jak ważna dla naszego zdrowia jest każda,

nawet niewielka aktywność fizyczna. Naukowcy z China Medical University Hospital dowodzą, że problem braku aktywności fizycznej jest częsty u osób z przewlekłą niewydolnością nerek. U tych pacjentów, którzy spacerowali, prawdopodobieństwo zgonu zmniejszyło się o 33%, konieczność dializowania lub przeszczepu, w przypadku tej samej aktywności fizycznej spadła do 21 %. Oczywiście im więcej pacjent zażywał ruchu tym większe były korzyści dla jego zdrowia.

Zespół ze Szkoły Zdrowia Publicznego i Usług Zdrowotnych Uniwersytetu Jerzego Waszyngtona natomiast obserwował zmniejszenie ryzyka cukrzycy typu 2 u osób starszych za sprawą spacerów po posiłkach. Wg naukowców ruch po każdym posiłku (przez około 15 minut dziennie) pomaga w kontroli poziomu cukru równie skutecznie jak dłuższe ćwiczenia. Tłumaczą to ograniczeniem wzrostu poziomu glukozy we krwi.

Wyniki te spotkały się jednak z krytyką. Niektórzy uważają, że nie wszyscy pacjenci byliby w stanie podjąć wysiłki zaraz po jedzeniu i zalecają osobom starszym regularny ruch i odpowiednio dobraną dietę.

Temat codziennego ruchu podjęli także hiszpańscy naukowcy, którzy zbadali grupę 543 pacjentów chorych na przewlekłą obstrukcyjną chorobę płuc (POChP). Pacjenci, którzy przejawiali regularną aktywność fizyczną mieli mniejsze ryzyko hospitalizacji na skutek nasilenia się objawów choroby oraz mniejsze ryzyko śmiertelności.

Terapia stwardnienia rozsianego

Pojawiła się szansa na skuteczną terapię stwardnienia rozsianego. Naukowcy z Uniwersytetu Kalifornijskiego rozpoczęli serię badań na myszach, które chorowały na mysi odpowiednik ludzkiego stwardnienia rozsianego. Zwierzętom wstrzykiwano ludzkie komórki macierzyste w celu sprawdzenia nowej metody hodowli



tych komórek.

Podczas testów myszki po kilku dniach całkowicie odzyskały zdrowie i co ważniejsze stan ten trwa już kilka miesięcy. Zdaniem naukowców wszczepione komórki nakłoniły organizm do usunięcia uszkodzeń.

Tego typu informacje dają pacjentom nadzieję na szybki powrót do zdrowia. Naukowcy informują jednak, że na gotowy lek trzeba będzie jeszcze trochę poczekać.

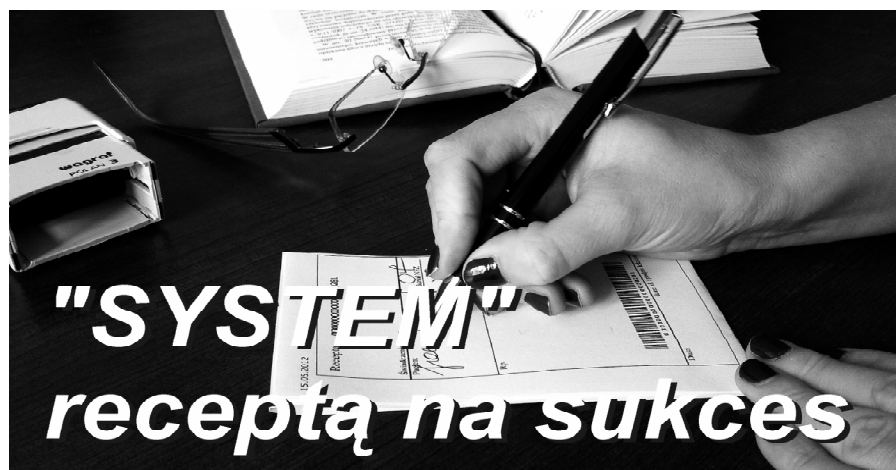
Kawa na pamięć

Kofeina pomaga nam w zapamiętywaniu i poprawia zdolność uczenia się. Badania na 160 ochotnikach wykazały, że wystarczy tyle kofeiny, ile zawiera duża kawa, czyli około 200 mg, aby nasz mózg lepiej funkcjonował. Naukowcy przeprowadzili badania na dwóch grupach ochotników, którzy nie pili kawy regularnie. Pierwsza

grupa po serii zadań polegających na zapamiętywaniu obrazków i rozróżnianiu ich od innych – podobnych otrzymywała tabletkę z kofeiną. Druga grupa po przeprowadzeniu tych samych testów dostawała tabletkę o działaniu obojętnym.

Następnego dnia ochotnicy mieli rozpoznać obrazki, które pokazywano im wczoraj. Podczas tego obadania także obrazki były do siebie podobne. Wyniki pokazały, że z zadaniem lepiej poradziły sobie osoby, którym podano prawdziwą tabletkę z kofeiną. Naukowcy dodają, że duże znaczenie może mieć czas podania kofeiny. Powinno się ją stosować podczas nauki, a nie przed.

W przypadku osób, które nie piją kawy regularnie, dawka 200 mg kofeiny jest wystarczająca, a zwiększenie jej nie poprawi rezultatów. Należy przy tym zwrócić uwagę na to, że bezpieczna ilość kofeiny to około 600 mg dziennie.



Czy „pakiet kolejkowy” poprawi sytuację w onkologii?



Opadły pierwsze emocje związane z tzw. *pakietem kolejkowym* ministra Arułowicza. Czas na rzeczowe dyskusje, choć często pojawiają się głosy, że zaprezentowane nowelizacje to tylko zasłona dymna, a ich jakość jest zbyt niska, aby weszły na ścieżkę legislacyjną. Z całą pewnością jest to jednak dobry pretekst do wznowienia dyskusji na temat optymalnego rozwiązania kwestii kolejek do onkologii.

Sprawa wydaje się być dość prosta, znacznie prostsza niż zaproponowane przez Ministra rozwiązanie. Przecież wystarczy tylko znówelizować koszyk świadczeń gwarantowanych i określić wykaz tych, które (podobnie jak porody) będą nielimitowane. Oczywiście takie rozwiązanie poniesie za sobą konsekwencje finansowe. Nie jest to jednak jedyny problem, bowiem można się do nich przygotować budżetowo. Kłopot w tym, że w obecnej konstrukcji systemu nie można określić skali wzrostu wydatków.

Rodzi się bowiem pytanie: **jaki to jest pacjent „onkologiczny”?**

Czy to ten, który ma rozpoznanie choroby nowotworowej? A może ten, który ma tylko rozpoznanie nowotworu złośliwego? Z pewnością nie. Zaliczyć do nich należy również chorych z podejrzeniem choroby, a co za tym idzie ogromną grupę wymagających diagnostyki. Jeśli weźmiemy pod uwagę fakt, że niejednokrotnie o wizycie u onkologa decyzję podejmuje sam pacjent i to zamierzenie realizuje (bez skierowania), to okaże się, że w zasadzie grupa świadczeń i chorych jest nieograniczona.

Powszechnie głoszoną intencją ministra zdrowia jest to, aby każdy pacjent wymagający diagnostyki i leczenia choroby nowotworowej miał szybki i nieograniczony dostęp do świadczeń. Jednak założenie, iż można tego dokonać bez dodatkowych, pieniędzy poddaje pod wątpliwość realność projektu.

Aby odpowiedzieć na pytanie, dlaczego mamy kolejki do świadczeń, należy najpierw odrzucić wytłumaczenia zastępcze.

Należą do nich:

- zapisywanie się pacjentów do kilku kolejek,
- nieprawidłowości w prowadzeniu list oczekujących przez świadczeniodawców,
- zła wycena świadczeń przez NFZ,
- za małe zasoby świadczeniodawców.

Wszystkie powyższe „powody” nie stanowią istotnego czynnika zwiększającego kolejki, ale oczywiście dobrze brzmią medialnie. Zwłaszcza, że każdy z takich przypadków można nagłośnić, pokazać przykłady i ekstrapolować jedno zdarzenie na setki w Polsce.

Faktycznym powodem kolejek jest limitowanie finansowania świadczeń. Każdy zarządzający placówką zdrowotną wie, że po przekroczeniu pewnej ilości usług koszty ich udzielenia przekraczają wartość uzyskaną z NFZ. Niekoniecznie oznacza to liczbę wynikającą z kontraktu. Z moich wyliczeń wynika, że bezpiecznym dla wyniku finansowego szpitala jest wykonanie od 5-8% więcej świadczeń, niż to wynika z umowy z NFZ.

Przytomny menadżer podejmuje zatem działania mające na celu ograniczenie dostępu do leczenia. W tym zakresie

ma cały wachlarz możliwości. Od prostego zarządzenia limitu maksymalnego wykonania dla danego oddziału czy poradni, aż do faktycznego ograniczenia zasobów (zmniejszenia liczby łóżek czy zatrudnienia lekarzy, aż do likwidacji zakresu).

Dodatkowo ustawowe określenie okoliczności, w której świadczeniodawca umieszcza chorego na liście oczekujących, jest dyplomatycznie nieprecyzyjne. O ile kwestię oceny stanu chorego i konieczności szybszego lub późniejszego przyjęcia pacjenta zrzucano na świadczeniodawcę, o tyle sam powód umieszczenia na liście wydaje się niedoprecyzowany. Rodzi się bowiem pytanie: **czy na listę wpisujemy pacjenta w sytuacji, gdy nie mamy miejsc, czy też w sytuacji gdy nie mamy kontraktu?** W mojej ocenie wtedy, gdy nie mamy miejsc. Problem tylko w tym, co wyznacza tę liczbę miejsc? O ile w szpitalu jest to liczba łóżek w korelacji z liczbą hospitalizacji, o tyle w przypadku poradni łatwo przeliczyć kontrakt na liczbę możliwych do udzielenia porad przez jednego lekarza. Gdyby przyjąć, że jesteśmy w stanie określić liczbę miejsc, a co za tym idzie wydolność zasobów, to dojdziemy do sytuacji, w której powodem kolejek jest zbyt mała ich liczba. I tu kółko się zamyka: **liczba miejsc (wielkość zasobów) jest uzależniona od finansowania.**

Gdyby wartość kontraktu była wyższa, a w przypadku onkologii nie była limitowana, to każdy menadżer placówki podejmie decyzję o zwiększeniu dostępności i inwestycji. To w konsekwencji doprowadzi do zmniejszenia kolejek.

Przedstawiony projekt zmian (pominając jego wartość legislacyjną) nie zmienia sytuacji pacjentów onkologicznych. Obawiam się, że w przypadku jego wejścia w życie, znacznie ją pogorszy. W obecnej strukturze praktycznie nieistniejącej sieci onkologicznej, wdrażanie oddzielnych procedur ruchu chorych i świadczeń spowoduje duże zamieszanie. Bez określenia referencyjności leczenia, podziału kompetencji w kompleksowej opiece nad chorymi z nowotworami, każde manipulowanie w obecnym stanie rzeczy jest niebezpieczne.

Świadczeniodawcy, lekarze, pacjenci, w istniejącej rzeczywistości układają własne plany leczenia. Poszukują furtek, sposobów na uzyskanie możliwości leczenia. Pozostają w wielkiej wierze w oddanie terapeutów pacjentom i mam nadzieję, że będą odporni na kolejne medialne rewolucje.

Dziecko powinno czuć się bezpieczne

Wywiad
z Markiem Michalakiem,
Rzecznikiem Praw Dziecka

Rozmawia Rafał Janiszewski



– Pojawiające się za Pana kadencji częste wystąpienia w sprawie praw dziecka w ochronie zdrowia skłaniają do pytań. Przecież dziecko traktowane jest przez system finansowania jak „uprawniony” pacjent, posiadający uniwersalne prawo do ochrony zdrowia. Co stało się powodem do tak szczególnego traktowania przez Pana urząd tych kwestii?

– Powodów, dla których tak często podejmuję sprawy dotyczące ochrony zdrowia dziecka, jest kilka. Po pierwsze dziecko ma prawo do ochrony zdrowia, jest pacjentem. Rozwój dziecka jest procesem, na który składają się szybko następujące po sobie zmiany, a każda zdobyta umiejętność warunkuje nabycie kolejnej.

Dziecko jest specyficznym pacjentem. Wiele rzeczy nam nie powie, wiele rzeczy nie rozumie i są sytuacje, w których ciężko je przekonać albo uspokoić, jeśli nie poświęcimy na to wystarczająco dużo czasu. Trzeba je obserwować, szybko podejmować decyzje, współpracować z towarzyszącymi dziecku rodzi-

cami lub opiekunami.

Po drugie, dziecko ma prawo do podmiotowego traktowania. Samo nie umie się o to upomnieć, rodzice nie zawsze potrafią nawiązać partnerski kontakt z personelem medycznym. Patrzeć na dziecko oczami dziecka trzeba umieć. Jako Rzecznik Praw Dziecka mam prawo i obowiązek domagać się tego, szczególnie w stosunku do dziecka cierpiącego, chorego, z niepełnosprawnością. Po trzecie, dziecko jest pacjentem kosztownym, np. wymaga często rozszerzonej diagnostyki, specjalnego odżywiania, odpowiednio przystosowanych pomieszczeń itp.

Proszę zauważyć, że częste wystąpienia do resortu zdrowia to wynik niesłuchanie szerokiego zakresu tzw. tematyki zdrowotnej. Rocznie kieruję kilkanaście wystąpień generalnych w sprawie ochrony zdrowia dzieci. Dotyczą one np. dzieci cierpiących na rozszczep wargi i podniebienia, konkretnej problematyki, np. wyliczenia procedur medycznych w pediatrii, niekomercyjnych badań klinicznych. Interweniuję, gdy w placówkach ochrony zdrowia dla małoletnich dzieje się coś

niepokojącego.

Podsumowując – zabezpieczenie praw dziecka w zakresie ochrony zdrowia traktuję priorytetowo. Jest ono jednym z podstawowych praw dziecka. Wystąpienia Rzecznika Praw Dziecka wskazują, że istnieją w tym zakresie problemy, niekiedy brak zrozumienia dla potrzeb i praw dziecka.

– Oprócz bieżących interwencji obserwujemy szereg wystąpień do Ministra Zdrowia. W jakich sprawach i jak Pan ocenia reakcję na podnoszone przez Pana problemy?

– Częściowo odpowiedziałem już na to pytanie. Odpowiedzi resortu zdrowia są różne. Czasami jest to odpowiedź o zbyt wysokim stopniu ogólności, z której trudno wyłuskać istotę stanowiska resortu. Bywa, że zwracam uwagę na problemy, które nie były dotychczas podejmowane, bądź nie budziły kontrowersji, np. lecznictwo uzdrowiskowe i sanatoryjne dla dzieci, finansowanie zakładów leczniczo-pielęgnacyjnych dla dzieci, dokumentowanie wykonania

świadczeń medycznych u dzieci, realna dostępność do konkretnych świadczeń medycznych itp. Ale ta współpraca rozwija się i jest konieczna, w trosce o małych pacjentów.

Resort zdrowia już wie, że Rzecznik Praw Dziecka jest nieustępliwy w swoich działaniach. Jeśli otrzymana odpowiedź nie zawiera przekonującej argumentacji, ponawia działania w poruszanym temacie. Najważniejsze jest tutaj zdrowie dzieci.

– Prawa dziecka to nie tylko normy ustanowione i wdrożone dorosłym, to również propagowanie ich wśród dzieci. Czy ma pan jakieś pomysły na takie działania?

– Konsekwentnie prowadzę je od lat! Rok 2010 to wielki sukces: polski Parlament ustanowił prawny zakaz bicia dzieci. Równolegle, obok prac legislacyjnych, staram się upowszechniać prawa dziecka, budzić świadomość, nakłaniać świat dorosłych do podmiotowego traktowania najmłodszych. Sam często spotykam się z dziećmi i młodzieżą jeżdżąc po całej Polsce.

Prawa dziecka propaguję również poprzez kampanie społeczne, takie jak "Reaguj na przemoc wobec dzieci. Masz prawo", która ma na celu zmianę biernej postawy ludzi wobec wszelkich aktów krzywdzenia dzieci oraz zmniejszenie społecznego przyzwolenia na stosowanie przemocy, czy najnowsza kampania, „Jestem mamy i taty”, która przypomina, że każde dziecko ma prawo do dobrych kontaktów i relacji z każdym z rodziców, także w sytuacji ich rozstania czy rozwodu.

Jedną z pierwszych decyzji, jakie podjąłem obejmując urząd Rzecznika Praw Dziecka, było uruchomienie Dziecięcego Telefonu Zaufania nr 800 12 12 12, pod który dzwoniąc zarówno dziecko, jak i osoba dorosła może zgłosić problem i otrzymać wsparcie. Rozpiętość spraw jest ogromna, od problemów w szkole czy środowisku rówieśniczym po groźne zdarzenia wymagające natychmiastowej reakcji i włączenia w te działania odpo-

wiednich służb, na przykład Policji, by jak najszybciej i skutecznie ochronić dziecko.

W obszarze ochrony zdrowia dziecka wystosowałem szereg postulatów, jak konsekwentnie ponawiany o obowiązkowe książeczki zdrowia dziecka, czy w sprawie systemu monitorowania losów dziecka. Wraz z Rzecznikiem Praw Pacjenta przygotowuję projekt Karty praw dziecka – pacjenta, gdzie w 13 punktach opracowujemy kompendium z ustawy o prawach pacjenta, osadzając naszą kartę na szerokiej płaszczyźnie Konwencji o prawach dziecka. Przypominamy dzieciom, rodzicom, ale też personelowi medycznemu, kto jest pacjentem, czego może oczekiwać i wymagać będąc w placówce ochrony zdrowia. Karta trafi do szpitali i niektórych innych placówek medycznych w ostatnim kwartale tego roku. Mam nadzieję, że przypomni małym pacjentom o ich prawach, wesprze rodziców i będzie też stanowić cenną wskazówkę dla lekarzy czy pielęgniarek.

– Zdamy sobie sprawę z tego, że wszystkie Pana wystąpienia i działania na rzecz praw dzieci w ochronie zdrowia są ważne. Które z nich uważa Pan za priorytetowe?

– Kilka. Bez wątpienia dostępność do świadczeń z zakresu szeroko rozumianej pediatrii; realna wycena świadczeń medycznych wykonywanych u dzieci; zabezpieczenie potrzeb zdrowotnych dla dzieci z niepełnosprawnością, w tym dostępność do świadczeń rehabilitacyjnych; a także stan uzębienia dzieci. Zwracam uwagę na brak monitorowania losów małego dziecka.

Pojawiają się kolejne problemy, z którymi przyjdzie się nam zmierzyć, np. bezkrytyczne korzystanie przez rodziców z terapii alternatywnych, często szkodliwych dla zdrowia dzieci, aktywizacja ruchów antyszczepionkowych, problem zdrowego odżywiania i otyłości wśród dzieci i młodzieży, kondycja psychiczna dzieci i młodzieży.

– Czy prawa dziecka, wyrażone

szczególным sposobem realizacji praw pacjenta w Pana ocenie są w Polsce przestrzegane? Czy Pana determinacja w walce o dostrzeżenie przez system problematyki dzieci, są wyrazem złej sytuacji? Jak ocenia Pan respektowanie praw dzieci w ochronie zdrowia.

– W mojej ocenie prawa dziecka – pacjenta są coraz lepiej znane, z tym łączy się coraz lepsze ich przestrzeganie. Mogę to ocenić jedynie na podstawie spraw, jakie zgłaszane są do Biura RPD. Coraz częściej rodzice lub opiekunowie towarzyszą dzieciom w placówkach ochrony zdrowia, dziecko włączane jest – stosownie do jego wieku i możliwości percepcyjnych – w proces leczenia. Placówki medyczne dla dzieci są kolorowe i przyjazne, dzieci podczas leczenia uczą się i bawią, w wielu placówkach możliwe jest uzyskanie konsultacji psychologicznej, pracują też wolontariusze.

Konkretnie, przyjazne dzieciom rozwiązania, zawsze zależą od zespołu ludzi pracujących w placówkach. Prawa dzieci, ich podmiotowość stają się "modne" w dobrym rozumieniu tego słowa. Jeżeli tylko otrzymuję wiadomość, że prawa dziecka w placówce medycznej nie są respektowane, podejmuję różnorodne działania wyjaśniające.

– Jaką wskazówkę chce Pan przekazać zarządzającym placówkami ochrony zdrowia, pragnącym poprawić w swojej lecznicy respektowanie praw dzieci? Od czego zacząć? Na czym się skupić?

– Przede wszystkim – uznać, że jest to istotny problem. Można przyjąć, że jednym z ważnych wskaźników satysfakcji z proponowanych przez placówkę usług jest poziom przestrzegania praw dziecka – pacjenta. Jeżeli tak, w placówce powinna być dostępna, kompletna, kolorowa i przyjazna informacja o prawach dziecka, wyznaczona kompetentna osoba, która zajmuje się tym problemem i dba o poziom wiedzy w tym zakresie

reszty personelu. W tematyce szkoleń dla personelu medycznego prawa dziecka – pacjenta powinny być obecne. Należy pytać dzieci, ich rodziców, analizować skargi wpływające. Temat musi być obecny, uznany jako istotny przez kierujących placówką, lecz w sposób rzeczywisty, a nie deklaracyjny.

Musimy pamiętać, że powinnością

personelu medycznego, całej służby zdrowia jest leczenie dziecka. Ale to leczenie ma być i efektywne, i przyjazne. Szpital powinien przestrzegać praw dziecka, które należą mu się również w każdej innej sytuacji, a w szczególności prawa do szacunku, do wyrażania własnego zdania; do intymności; nikt nie ma prawa dziecka bić, zawstydząć,

poniżać, lekceważyć, straszyć. W szpitalu dziecko przede wszystkim powinno czuć się bezpieczne. Służą temu m.in. mądre, przyjazne otoczenie i obecność najbliższych lub łatwy, bezpośredni z nimi kontakt.

– Dziękuję za rozmowę.

Wyrok sądu. Czy to już tradycja?

Codzienna prasówka. Zalewają nas artykuły dotyczące wyroków sądów w sprawach medycznych. Coś, co do niedawna było niejako tematem tabu, wychodzi na światło dzienne. Tak, lekarz przestaje być w naszych oczach ideałem, wcieleństwem anioła stojącego na straży bezpieczeństwa pacjenta. Stereotyp upada?



Dorota Szmurło

NIE O STEREOTYP CHODZI, LECZ O SPRAWIEDLIWOŚĆ

Nigdy nie byłam zwolenniczką zbyt ingerencji prawa w życie codzienne. Niestety rzeczywistości nie da się oszukać. Rosnąca świadomość pacjentów, dostęp do internetu, wirtualne porady ekspertów prawnych, a także ustawodawstwo uruchomiły lawinę licznych pozwów poszkodowanych pacjentów do sądów oraz wniosków do wojewódzkich komisji do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych. To nie lekarze przestali dobrze leczyć, to mentalność pacjenta uległa zmianie, mentalność, która dostała w swoje ręce „odpowiednie” narzędzia. I nie chodzi o opowiadanie się po stronie lekarza bądź pacjenta. Każdy z nich ma swoje racje, prawa i obowiązki. I to właśnie te trzy elementy w zestawieniu ze sobą powodują

konflikty. Każdy szuka swojej sprawiedliwości.

Przedstawię kilka spraw, które toczyły się na przełomie ostatnich lat, a ich istota oraz ostateczne rozwiązania mogą wydać się nieraz zaskakujące.

PRAWO MAM, ALE NIE CHCĘ I NIE MUSZĘ Z NIEGO SKORZYSTAĆ

Na początku roku, Sąd Apelacyjny w Szczecinie oddalił apelację mężczyzny, który wnioskował o wypłatę 90 tys. zł za doświadczenia od szpitala, w którym, jak twierdził pacjent, wbrew jego woli udzielono mu sakramentu namaszczenia. Pacjent przebywał ówczesnie na jednym z oddziałów szczecińskiego szpitala. Był nieprzytomny, po operacji. Szpital został pozwany za naruszenie zasad wolności sumienia. Sąd uznał apelację pacjenta

za całkowicie bezzasadną, bowiem nie udowodnił, by udzielony sakrament spowodował szkodę psychiczną bądź fizyczną. Nie poniósł także żadnych wydatków w związku z zaistniałą sytuacją.

Swoje prawo wykorzystała pacjentka, która wniosła pozew przeciw szpitalowi za negatywne skutki leczenia. Sprawa dotyczyła chorej, która wyraziła swoją zgodę na zabieg metodą Nissana. W szpitalu, w którym przebywała stosowano wyłącznie tę metodę. Jak wynika z opisu sprawy, lekarz nie poinformował jej o możliwości wykonania zabiegu metodą laparoskopową w innym szpitalu. Niestety zabieg się nie udał, w związku z czym pacjentka wniosła pozew przeciwko szpitalowi o odszkodowanie, za doświadczenia i rentę. Wyrażona przez pacjentkę zgoda na zabieg zaważyła jednakże na decyzji sądu okręgowego i apelacyjnego, oddalając pozew pacjentki. Sprawa trafiła do Sądu Najwyższego, któ-

ry zdecydował, iż zainteresowana powinna być poinformowana o możliwości leczenia w innym szpitalu oraz inną metodą. W sposób szczególny w wyroku odniesiono się do kwestii świadomości pacjenta podejmowanej decyzji. Konieczne jest zatem rzetelne i szczegółowe poinformowanie pacjenta o ryzyku związanym z wykonaniem zabiegu oraz o innych metodach leczenia, jeśli takie występują.

Bez zgody pacjenta nie można wykonać żadnego zabiegu. Wyjątek stanowi art. 35 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry:

1. Jeżeli w trakcie wykonywania zabiegu operacyjnego albo stosowania metody leczniczej lub diagnostycznej wystąpią okoliczności, których nieuwzględnienie groziłoby pacjentowi niebezpieczeństwem utraty życia, ciężkim uszkodzeniem ciała lub ciężkim rozstrojem zdrowia, a nie ma możliwości niezwłocznie uzyskać zgody pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego, lekarz ma prawo, bez uzyskania tej zgody, zmienić zakres zabiegu bądź metody leczenia lub diagnostyki w sposób umożliwiający uwzględnienie tych okoliczności. W takim przypadku lekarz ma obowiązek, o ile jest to możliwe, zasięgnąć opinii drugiego lekarza, w miarę możliwości tej samej specjalności.
2. O okolicznościach, o których mowa w ust. 1, lekarz dokonuje odpowiedniej adnotacji w dokumentacji medycznej oraz informuje pacjenta, przedstawiciela ustawowego lub opiekuna faktycznego albo sąd opiekuńczy.

Warto zatem w tym miejscu przytoczyć sprawę pacjentki, która wytoczyła proces przeciwko lekarce. Wykonała ona bowiem zabieg sterylizacji, o którym sama zainteresowana dowiedziała się dopiero z dokumentacji medycznej. W sprawie zapadł nieprawomocny wyrok skazujący lekarkę na rok pozbawienia wolności w zawieszeniu na dwa lata oraz grzywnę w wysokości 8 tys. złotych.

DOKUMENTACJA MEDYCZNA

Bardzo ciekawą kwestię poruszono w orzeczeniu Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego z 13 lutego 2013 r. Sprawa dotyczyła rodziny zmarłego pacjenta, która zwróciła się do podmiotu z prośbą o udostępnienie dokumentacji medycznej. Dyrekcja placówki odmówiła rodzinie z uwagi na brak upoważnienia przez pacjenta w historii choroby. Jak wynika z treści uzasadnienia wyroku pacjent nie był w stanie złożyć wymaganego oświadczenia, a w momentach odzyskiwania świadomości placówka nie dopełniła swojego obowiązku. Żona zmarłego ponownie złożyła wniosek o udostępnienie dokumentacji medycznej, dołączając do niego oświadczenie pacjenta, jednakże z poradni lekarza rodzinnego. Sąd wskazał, że oświadczenie pacjenta o możliwości udostępniania dokumentacji medycznej osobie najbliższej, złożone również w innej placówce medycznej i nie odwołane w żaden sposób (wyraźny lub dorozumiany) powoduje domniemanie, że oświadczenie to zachowuje swoją moc również w innych placówkach ochrony zdrowia, skoro jest dołączane do karty choroby w ramach indywidualnej dokumentacji pacjenta.

Wspominając o dokumentacji medycznej, należy zwrócić uwagę, iż bardzo często stanowi ona dowód w toczącej się przed sądem sprawie. Nie jedyny.... Sąd Najwyższy w jednym z wyroków wskazał, iż innym dowodem w postępowaniu może być także nagranie z rozmowy. Nie oznacza to nic innego jak to, że pacjenci mogą wykorzystywać nagrania z rozmów z lekarzami, nawet jeżeli nagranie było z ukrycia, w procesach przeciwko lekarzom. Nagranie to może stanowić jeden z dowodów w sprawie przeciwko lekarzowi.

Dlatego też, jako osoba na co dzień audytująca dokumentację medyczną, szczególnie uczulam, by wpisy dokonane przez lekarza w dokumentacji medycznej stanowiły rzetelne odzwierciedlenie

prowadzonego procesu leczenia oraz stanu zdrowia pacjenta, stanowiąc zabezpieczenie odpowiedzialności lekarskiej.

Przykładem, kiedy dokumentacja medyczna stanowić może zabezpieczenie odpowiedzialności lekarskiej jest wyrok z 25 października 2012 r. Sądu Apelacyjnego w Rzeszowie, stwierdzający, że opóźnienie w rozpoznaniu choroby, wynikające z nieprzeprowadzenia koniecznych badań nie obciąża lekarza. W sprawie tej lekarz uniknął konieczności zapłacenia odszkodowania za zbyt późne rozpoznanie nowotworu m.in. dlatego, że odnotował w dokumentacji medycznej, iż pacjentka mimo pouczenia o konieczności przyniesienia wyników badań dwukrotnie tego nie uczyniła.

IKSIŃSKI DO GABINETU...

Z dyskusją na temat wywoływania pacjentów mieliśmy do czynienia już jakiś czas temu. Temat niestety powraca. Placówki nie przestrzegają przepisów mających na celu ochronę danych wrażliwych, naruszając prywatność pacjenta. Dobra osobiste człowieka, jak w szczególności zdrowie, wolność, cześć, swoboda sumienia, nazwisko lub pseudonim, wizerunek, tajemnica korespondencji, nietykalność mieszkania, twórczość naukowa, artystyczna, wynalazcza i racjonalizatorska chronione są prawem cywilnym. Rozważcie zatem, czy w Państwa placówkach organizacja pracy nie narusza prywatności pacjenta, np. przy wzywaniu go do gabinetu lekarskiego.

Przedstawione przeze mnie sytuacje zapewne nie są dla Państwa obce. Mamy świadomość, że zarówno pacjent, jak i lekarz mają swoje obowiązki i prawa, choć w przypadku tej drugiej grupy lista praw zawęża się w miarę rozwoju kreatywności naszego prawodawcy. Prawo jest po to, by nas bronić i nam pomagać. Może stać się jednak narzędziem w rękach osób, których cel nie jest tak podniosły, jakbyśmy sobie tego życzyli.

PORONIENIE

Katarzyna Kopacz

Poronienie to wydalenie z jamy macicy jaja płodowego do 22 tygodnia ciąży (21 tygodni i 6 dni). Jest najczęstszym powikłaniem ciąży. Jedna na 4 kobiety, które były w ciąży, straciły jedną lub więcej ciąż. Poronienie może być zdarzeniem epizodycznym, ale już 3 następujące po sobie poronienia samoistne klasyfikuje się jako poronienia nawracające. Dokładne zebranie wywiadu z pacjentką, prawidłowo przeprowadzone badanie ginekologiczne i ultrasonograficzne oraz prawidłowa interpretacja badań laboratoryjnych determinuje dalsze postępowanie diagnostyczne, a następnie umożliwia wdrożenie optymalnej terapii, której celem jest urodzenie zdrowego dziecka. 1 poronienie w wywiadzie zazwyczaj nie jest powodem do niepokoju jednakże, u kobiety takiej ryzyko wystąpienia kolejnego niepowodzenia ciąży jest większe niż ryzyko populacyjne i wynosi ok 20%.

EPIDEMIOLOGIA

Okolo 15% potwierdzonych biochemicznie ciąż ulega samoistnemu poronieniu. Największy odsetek, bo aż prawie połowa, dotyczy ciąż przed implantacją, natomiast po tym okresie odsetek ten ulega zmniejszeniu do 24%. Odsetek utraty ciąż po 8 tygodniu znacznie spada i wynosi około 10%. Dowiedziano, że częstość poronienia znacząco wzrasta po 35. roku życia, a u pacjentek powyżej 40. roku życia dochodzi do utraty ponad połowy ciąż.

RODZAJE PORONIEŃ I POSTĘPOWANIE

Głównymi objawami poronienia jest ból podbrzusza oraz krwawienie, w zależności od stopnia nasilenia tych objawów rozróżnia się kilka typów poronienia:

1. Poronienie zagrażające, charakteryzuje się plamieniem bądź krwawieniem z dróg rodnych o różnym nasileniu wraz z dolegliwościami bólowymi w podbrzuszu lub bez nich. W badaniu USG potwierdzamy żywą ciążę wewnątrzmaciczną do 22 tygodnia jej trwania. W badaniu stwierdza się sfornowaną część pochwową szyjki macicy z zamkniętym kanałem. Postępowanie jest różne w zależności od przyczyny. Oczywiście jest zalecenie oszczędzającego trybu życia wraz ze

wstrzemięźliwością seksualną. Leczenie farmakologiczne jest dyskusyjne i obejmuje leki uszczelniające śródbłonek naczyń, spazmolityki oraz progestageny.

2. Poronienie w toku – charakteryzuje się obfitym krwawieniem z jamy macicy, z towarzyszącymi skurczami mięśnia macicy. W badaniu we wziernikach często można stwierdzić elementy jaja płodowego w pochwie bądź w ujściu zewnętrznym szyjki macicy.
3. Poronienie niepełne – mówimy o nim w sytuacji, gdy w jamie macicy pozostają resztki po poronieniu. Potwierdzamy to w badaniu USG TV. Wówczas podejmuje się decyzję o wyłyżeczkowaniu jamy macicy.
4. Poronienie pełne - to sytuacja gdy poronione zostało całe jajo płodowe, a jama macicy jest pusta.
5. Poronienie zatrzymane – to obumarcie zarodka lub płodu do 22. tygodnia trwania ciąży. Jajo płodowe przez różny okres czasu nie zostaje wydalone z jamy macicy. W tym przypadku najczęściej stosuje się farmakologiczną indukcję poronienia, a następnie przeprowadza się zabieg wyłyżeczkowania jamy macicy.

ETIOPATOGENEZA

Mechanizm poronienia nie został jednoznacznie poznany, wiadomo natomiast, że istnieją czynniki, które mają

wpływ na utratę wczesnych ciąż tj.:

Przyczyny genetyczne

Zaburzenia chromosomalne u zarodka czy płodu stanowią najczęstszą przyczynę poronień samoistnych, najczęstsze z nich to trisomie, monosomie chromosomu X, a także triploidzie i tetraploidie. Oczywiście nie wszystkie zaburzenia chromosomalne prowadzą do poronienia w tym samym stopniu. I tak na przykład w trisomii chromosomu 13. lub 14. ryzyko poronienia wynosi prawie 100%, gdzie w przypadku trisomii chromosomu 21. ryzyko to jest już o połowę mniejsze.

Nieprawidłowości trofoblastu:

W około 1/3 poronień stwierdza się zaburzenia naczyniowe w obrębie kosmówki. Spowodowane jest to nieprawidłowym rozwojem naczyń. Innym istotnym czynnikiem ryzyka zwiększającym ryzyko poronienia są krwiaki znajdujące się pod trofoblastem.

Ważnym markerem ultrasonograficznym jest stwierdzenie bradykardii u płodu poniżej 90 uderzeń na minutę między 6. a 8. tygodniem ciąży.

Przyczyny anatomiczne

Wrodzone wady macicy mogą powodować poronienie z powodu upośledzenia implantacji zarodka lub zaburzenia przepływu krwi w tym miejscu. Do najczęstszych wad macicy wklajających przebieg wczesnej ciąży należą: macica jednorożna, macica dwurożna, przegroda macicy, macica podwójna. Ważnym pro-



blem medycznym są mięśniaki macicy szczególnie śródściennie i podśluzówkowe odpowiedzialne za 40 % poronień w I trymestrze ciąży. Jedną z najczęstszych przyczyn poronień w II trymestrze ciąży jest niewydolność cieśniowo-szyjkowa, szczególnie u pacjentek z obciążonym wywiadem położniczym.

Zakażenia

Infekcje uogólnione czy miejscowe mają bardzo istotne znaczenie w etiopatogenezie poronień. Do szczególnie niepożądanych patogenów zaliczamy min. Chlamydia trachomatis, Toxoplasma gondii, Listeria monocytogenes, Ureaplasma urealyticum oraz Mycoplasma hominis. Badania potwierdzają, że nawet kolonizacja pochwy paciorkowcami z grupy B powoduje wzrost ryzyka utraty wczesnej ciąży. Zakażenia wirusowe, takie jak różyczka, opryszczka czy cytomegalia stanowią zagrożenie dla rozwoju ciąży, szczególnie w I trymestrze. Zakażenie pierwotne lub reinfekcja toksoplazmozą, może doprowadzić do wewnątrzmacicznego zakażenia płodu i jego obumarcia lub powstania wad rozwojowych.

Przyczyny immunologiczne

Dość dobrze poznanym zespołem w przebiegu którego kobieta nie jest w stanie donosić ciąży, jest zespół antyfosfolipidowy. W przypadku stwierdzenia przeciwciał antyfosfolipidowych ryzyko utraty ciąży wynosi ponad 50 %.

Należy pamiętać o szeregu chorób autoimmunologicznych, tj. toczeń układowy, reumatoidalne zapalenie stawów,

autoimmunologiczne zapalenie tarczycy i wiele wiele innych, zwykle w tym przypadku lekarz położnik współprowadzi ciążą wraz z lekarzem immunologiem.

Czynniki toksyczne

Czynniki toksyczne mogą być przyczyną zarówno poronienia, jak i wad płodu. Alkohol jest groźnym czynnikiem embriotoksycznym. Wykazano ścisły związek między poronieniem samoistnym a piciem alkoholu w czasie ciąży. U kobiet, które palą papierosy, częstość poronień zdecydowanie wzrasta. Udział różnego rodzaju promieniowania, zanieczyszczeń chemicznych i pestycydów w indukowaniu poronienia jest obecnie czynnikiem wielu badań.

Zaburzenia metaboliczne

Każda choroba przewlekła może być przyczyną poronienia. U wielu kobiet z chorobami wątroby czy nerek, z otyłością lub niedożywieniem, często nie dochodzi do zapłodnienia z powodu cyklów bezowulacyjnych.

Zaburzenia hormonalne i metaboliczne

Należy pamiętać, jak istotną rolę pełnią hormony tarczycy. Często pacjentka zachodząc w ciążę nie ma oznaczanej funkcji tarczycy, a powszechnie wiadomo, że zarówno nadczynność, jak i niedoczynność tego narządu może zwiększać ryzyko utraty ciąży.

Nie można zapominać o pacjentkach z rozpoznaną cukrzycą. Wyrównywanie metaboliczne należy rozpocząć już w okresie przedkoncepcyjnym, w innym przypadku ryzyko poronienia wzrasta aż 4-krotnie.

CZYNNIKI ROKOWNICZE

Duże znaczenie prognostyczne ma umiejscowienie pęcherzyka ciążowego, określone na podstawie badania USG. Pęcherzyki ciążowe umiejscowione w dnie rokują lepiej niż te umiejscowione nad ujściem wewnętrznym.

W badaniu USG - TV istotną rolę odgrywa ocena akcji serca zarodka. Dowiedziono, że w ciążach, u których akcja serca wynosiła mniej niż 90 uderzeń/min, w 5-8 tygodniu ciąży nastąpiło poronienie. Przydatnym i często wykonywanym przez pacjentki badaniem jest oznaczanie poziomu beta-HCG z krwi. Prawidłowy przy-

rost tego hormonu, czyli wzrost przynajmniej 1,5 raza w ciągu 48 godzin oznacza, że prawdopodobnie ciąża rozwija się prawidłowo.

Niewielki wzrost tego hormonu lub wręcz jego spadek świadczy o spadającej aktywności trofoblastu, a tym samym do poronienia.

Poziom beta-HCG ułatwia nam także diagnostykę prawidłowo bądź nieprawidłowo umiejscowionej ciąży. Przy poziomie ponad 1500 w jamie macicy powinien być widoczny pęcherzyk ciążowy, co ułatwia nam diagnostykę w kierunku ciąży ektopowej.

Diagnostyka poronienia i różnicowanie

Poronienie rozpoznajemy na podstawie objawów klinicznych, badania ginekologicznego, badania USG oraz badań laboratoryjnych. Patognomoniczne jest krwawienie z dróg rodnych, a następnie skurcze mięśni macicy mające na celu wydalanie oddzielonego jaja płodowego od doczesnej. Często w badaniu ginekologicznym poza krwawieniem z dróg rodnych nie jesteśmy w stanie ocenić, z jakiego powodu to krwawienie występuje. W badaniu zestawionym często stwierdzić można dysproporcje wielkości trzonu macicy do wieku ciążowego, co świadczyć może o nieprawidłowym rozwoju ciąży. Dzięki USG - TV stwierdzić możemy, czy ciąża rozwija się prawidłowo i czy jest prawidłowo umiejscowiona. W wątpliwych przypadkach możemy rozszerzyć diagnostykę o zbadanie poziomu beta-HCG oraz poziomu progesteronu. Każde krwawienie z dróg rodnych we wczesnej ciąży należy różnicować z: ciążą pozamaciczną, ciążową chorobą trofoblastyczną, polipami i nowotworami szyjki macicy, krwawieniami kontaktowymi, chorobami ogólnoustrojowymi, m.in. białaczkami i wszelkiego rodzaju zaburzeniami krzepnięcia. Istotne jest indywidualne podejście do każdej pacjentki.

Piśmiennictwo

1. *Medycyna Matczyno-Płodowa* – 2012 G. Bręborowicz
2. *Ciąża wysokiego ryzyka* – 2010 G. Bręborowicz

Niektóre aspekty prawne wykonywania zawodu pielęgniarki

Szeroko pojęte bezpieczeństwo pracy w zawodzie pielęgniarki¹ obejmuje nie tylko zagrożenia, jakie zdarzyć się mogą w czasie wykonywania czynności zawodowych, takich jak zakłucie skażoną igłą lub zakażenie z kontaktu z chorym lub wynikające z nieprzestrzegania zasad przepisów o bezpieczeństwie i higienie pracy.



Jan Orgelbrand

Tematem często omijanym w rozważaniach o rzeczywistości pracy pielęgniarki w szpitalu czy przychodni jest jej bezpieczeństwo pod względem prawnym i konsekwencje rozmaitych zdarzeń zarówno medycznych, jak i związanych z wykonywaniem pracy jako takiej.

To bardzo rozległy zespół zagadnień, obejmujący wiele kwestii związanych z przepisami prawa pracy (jeżeli pielęgniarka pozostaje w stosunku pracy), takich jak czas pracy, rozkład dyżurów, pełnienie tzw. dyżurów prywatnych, praca w kilku miejscach, stosunki w zespole medycznym, z uwzględnieniem drażliwych kwestii mobbingu i dyskryminacji w róż-

nych formach i postaciach, sposób rozwiązania stosunku pracy, urlopy szkoleniowe, słowem to wszystko, co dotyczy pielęgniarki jako pracownika w ochronie zdrowia.

Stosunkowo nowym w praktyce zagadnieniem są aspekty prawne pracy pielęgniarki, która zdecydowała się „pójść na swoje” i prowadzi własną praktykę pielęgniarską na zasadzie umów zlecenia, zwanych popularnie „kontraktami”, bądź w formie praktyki specjalistycznej, grupowej itd.

Warto także rozważyć aspekty udziału pielęgniarki w działalności konkurencyjnej. Zdarza się bowiem coraz częściej, że pracodawcy nie życzą sobie, by pielęgniarka pracowała w konkurencyjnym szpitalu, a już na pewno, by nie nosiła w pracy, np. na fartuchu czy na T-shircie

reklamy leku lub logo innej firmy medycznej. W kilku sprawach, które znam, niewinne z pozoru logo na koszulce przyczyniło się do zwolnienia z pracy (niezależnie od innych przyczyn).

Pielęgniarstwo należy do, wedle tradycyjnej nomenklatury, tzw. zawodów wolnych, a ściślej biorąc jest zawodem zaufania publicznego, by trzymać się terminologii konstytucyjnej. Jest też zawodem regulowanym w rozumieniu ustawodawstwa Unii Europejskiej.

Ten szczególny status ma, jak to zwykle bywa, strony dobre i złe, jest źródłem praw, ale i dodatkowych obowiązków. W tym artykule skoncentrujemy się zatem na konsekwencjach bycia zawodem zaufania publicznego i zawodu regulowanego

Zawód zaufania publicznego

Zawód pielęgniarki należy do tzw. zawodów zaufania publicznego, które w sposób szczególny wyróżnił art. 17 ust. 1 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej.

Co to jest zawód zaufania publicznego? Trybunał Konstytucyjny w jednym ze swoich wyroków stwierdził, że „Zawód zaufania publicznego, to zawód polegający na obsłudze osobistych potrzeb ludzkich, wiążący się z przyjmowaniem informacji dotyczących życia osobistego i zorganizowany w sposób uzasadniający przekonanie społeczne o właściwym dla interesów jednostki wykorzystywaniu tych informacji przez świadczących usługi”. Ta definicja z całą pewnością odnosi się do zawodów pielęgniarki i położnej. Przywołany artykuł 17 ust. 1 naszej Konstytucji powiada: „W drodze ustawy można tworzyć samorządy zawodowe, reprezentujące osoby wykonujące zawody zaufania publicznego i sprawujące pieczę nad należyтым wykonywaniem tych zawodów w granicach interesu publicznego i dla jego ochrony”. Co to oznacza?

Samorząd zawodowy to organizacyjna forma zrzeszania się obywateli, ukształtowana na zasadzie więzi zawodowej, powstała celem reprezentowania ich interesów wobec instytucji państwa. Samorząd reprezentujący osoby wykonujące zawód zaufania publicznego sprawuje pieczę nad należyтым wykonywaniem tych zawodów w celu ochrony interesu publicznego. Zwracam uwagę, że samorząd jest organizacją, której ce-

lem jest ochrona „interesu publicznego”, zatem pacjenta i systemu ochrony zdrowia, a nie lobbowanie na rzecz zawodowego interesu pielęgniarek. Oczywiście, samorząd ma także za zadanie reprezentowanie zbiorowych interesów pielęgniarek i położnych, przede wszystkim wobec administracji systemu ochrony zdrowia.

Pielęgniarka, jako osoba wykonująca zawód zaufania publicznego, musi posiadać zdolność zawodową, przejawiającą się przygotowaniem do wykonywania zawodu oraz zdolność do wykonywania go na poziomie i w zakresie, który może być uznany za wystarczający, aby spełniał kryteria zaufania publicznego. To „kryterium zaufania publicznego” to zwłaszcza poziom profesjonalnego przygotowania i praktyki zawodowej, przestrzeganie norm deontologicznych, kierowanie się w działalności zawodowej interesem pacjenta.

Pielęgniarki i położne, z tytułu, że wykonują zawód zaufania publicznego mają obowiązek przynależności do izby pielęgniarek i położnych. Ten przymus korporacyjny ma taki sens, że umożliwia samorządowi sprawowanie pieczy nad należytych wykonywaniem zawodu. Owo „sprawowanie pieczy” polega na prawie izby do oceny postępowania zawodowego, na wydawaniu (ale i cofaniu) prawa wykonywania zawodu, prowadzeniu rejestrów pielęgniarek i położnych, a także na systemie sądownictwa zawodowego, które tym się różni od innych form sądów koleżeńskich, że orzeczenia sądu pielęgniarskiego są respektowane i egzekwowane przez państwo. Oczywiście samorząd ma też szereg innych zadań, zwłaszcza w zakresie szkoleń i doskonalenia zawodowego, współpracy z administracją ochrony zdrowia, dla której jest samodzielnym i niezależnym od niej partnerem².

Ze statusu wykonywania zawodu zaufania publicznego wynikają też inne różnorodne konsekwencje, w tym m.in. prawo odmowy w uczestnictwie w niektórych czynnościach medycznych, niezgodnych, zdaniem pielęgniarki z jej przekonaniami (tzw. klauzula sumienia), ale też podleganiu surowszej odpowiedzialności za brak należytej staranności. Dla zawodu pielęgniarki szczególne znaczenie ma przestrzeganie tajemnicy zawodowej, a jej naruszenie jest oceniane ostrzej niż w wypadku zawodów nie cie-

szących się klauzulą zaufania publicznego. Pielęgniarka jest też objęta ochroną przewidzianą dla funkcjonariuszy publicznych, choć oczywiście, funkcjonariuszem publicznym nie jest (chyba, że jest żołnierzem lub funkcjonariuszem, np. policji lub więziennictwa).

Zawód regulowany

Pojęcie „zawodu regulowanego” wprowadziło ustawodawstwo Unii Europejskiej³. Chodziło o stworzenie dla wybranych zawodów jednolitych standardów wykształcenia i praktyki zawodowej po to, aby wykonywanie zawodu regulowanego było mniej więcej jednolite na całym obszarze Unii Europejskiej⁴. Państwa Unii Europejskiej uznają kwalifikacje zawodowe, uzyskane w innym państwie członkowskim, za wystarczające do wykonywania zawodu w każdym państwie członkowskim.

Chodzi tu nie o wszystkie zawody, bo byłoby to sprzeczne z fundamentalną zasadą UE swobodnego przepływu osób, towarów, usług i kapitału, wolności zamieszkania i zatrudnienia. Chodzi o zawody, których wykonywanie ma szczególne znaczenie dla zdrowia, życia i majątku obywatela. Jest oczywiste, że w takim rozumieniu zawodem regulowanym jest zawód pielęgniarki i położnej.

Sprowadzając przepisy unijne o zawodach regulowanych do praktycznych kwestii prawa polskich pielęgniarek do pracy w Unii Europejskiej, należy stwierdzać, że takie prawo z pewnością mają wszystkie pielęgniarki (i położne), posiadające prawo wykonywania zawodu, które ukończyły studia na kierunku „pielęgniarstwo” (i odpowiednio „położnictwo”) z tytułem zawodowym licencjata lub magistra, jeżeli takie studia rozpoczęły w roku akademickim 2004/2005 lub oczywiście później. Spełniają bowiem standardy kształcenia opisane w prawie europejskim⁵. Co do pielęgniarek i położnych, które szkoły lub studia pielęgniarskie ukończyły wcześniej, sprawa jest nieco skomplikowana i zależy od kilku czynników, a mianowicie od daty ukończenia szkoły, typu tej szkoły, uzyskanego dyplomu. Każdy taki przypadek należy rozstrzygnąć indywidualnie, najlepiej w konsultacji z okręgową izbą pielęgniarek i położnych (w końcu od tego ona jest).

Niemniej jednak gros polskich pie-

lęgniarek i położnych pracuje w polskim systemie ochrony zdrowia i dlatego naprawdę warto zająć się prawnymi aspektami takich zagadnień, jak: prawne konsekwencje ustawowego obowiązku należytej staranności przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych, obowiązek udzielenia pomocy, warunki odmowy wykonania zlecenia lekarskiego lub wykonania innego świadczenia zdrowotnego niezgodnego z sumieniem lub z zakresem posiadanych kwalifikacji, zasady dodatkowej (tzw. prywatnej) opieki pielęgniacyjnej.

Warto też omówić prawne aspekty naruszania prawa pacjenta, np. w zakresie jego prawa do prywatności i intymności. Zwłaszcza to ostatnie zagadnienie jest trudne w szpitalnej praktyce.

Wrócimy do tych spraw w następnych artykułach o prawach i obowiązkach pielęgniarek i położnych.

Przypisy

¹ Także w zawodzie położnej, ale dla potrzeb niniejszego artykułu będziemy dla uproszczenia odnosić się do zawodu pielęgniarki, mając na względzie także położne.

² Te zadania wylicza art. 4 ust. 1 ustawy z dnia 1 lipca 2011 roku o samorządzie pielęgniarek i położnych (Dz.U. Nr 174, poz. 1038)

³ Dyrektywa 2005/36/WE z 7 września 2005 r. w sprawie uznawania kwalifikacji zawodowych: *Zawód regulowany to działalność zawodowa lub zespół działalności zawodowych, których podjęcie, wykonywanie, lub jeden ze sposobów wykonywania wymaga, bezpośrednio bądź pośrednio, na mocy przepisów ustawowych, wykonawczych lub administracyjnych, posiadania specjalnych kwalifikacji zawodowych; w szczególności używanie tytułu zawodowego zastrzeżonego na mocy przepisów ustawowych, wykonawczych i administracyjnych dla osób posiadających odpowiednią kwalifikację zawodową stanowi sposób wykonywania działalności zawodowej.*

⁴ I szerzej, na obszarze tzw. Europejskiego Obszaru Gospodarczego (EOG) obejmującego poza UE także m.in. Norwegię i Szwajcarię.

⁵ Prawo określa wymiar i treść kształcenia pielęgniarek i położnych następująco: *co najmniej 3 lata i co najmniej 4600 godzin kształcenia zawodowego, w tym kształcenie kliniczne ma stanowić co najmniej 1/2, a kształcenie teoretyczne co najmniej 1/3 wymiaru kształcenia. Standardy kształcenia dla kierunku pielęgniarstwo określają przepisy o szkolnictwie wyższym. Kształcenie teoretyczne pozwala uzyskać wiedzę zawodową, doświadczenie i umiejętności niezbędne do planowania, organizowania i sprawowania opieki zdrowotnej oraz oceny działań z tym związanych. W trakcie kształcenia klinicznego, które odbywa się w podmiotach leczniczych, student uczy się sprawowania kompleksowej opieki zdrowotnej jako członek zespołu, w bezpośrednim kontakcie z osobami zdrowymi i chorymi.*

„Pakiet kolejkowy” - antidotum na kolejki?

Magdalena Siebielska



W połowie kwietnia Ministerstwo Zdrowia upubliczniło, przekazując do konsultacji społecznych, szereg zmian w aktach prawnych. Zmiany te propagowane są jako tzw. „pakiet kolejkowy” i mają być odpowiedzią na problem długiego czasu oczekiwania pacjentów na świadczenia opieki zdrowotnej.

Czy zaproponowane zmiany mają szansę stanowić antidotum na problem kolejek, czy może wiązać się z zagrożeniem dla systemu opieki zdrowotnej, świadczeniodawców i pacjentów? I przede wszystkim: czy możliwe jest znaczące skrócenie czasu oczekiwania na świadczenia bez dodatkowych środków finansowych?

Co i gdzie zostanie zmienione

Proponowane zmiany dotyczą przede wszystkim ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Zmiany w ustawie wprowadzają jednocześnie nowelizacje aktów prawnych z nią powiązanych, w tym:

- ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodzie lekarza i lekarza dentystry
- ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej
- ustawy z dnia 2 lipca 2004 r. o swobodzie działalności gospodarczej
- ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o konsultantach w ochronie zdrowia

Co więcej, proponuje się również zmiany w aktach wykonawczych do

ustawy, a zatem rozporządzeniach Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych (poz, aos, opieka długoterminowa), recept czy dokumentacji medycznej.

Czego dotyczą proponowane zmiany

Projekty zmian w aktach prawnych dotyczą przede wszystkim dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej dla pacjentów onkologicznych oraz rozwiązań, które mają w założeniu przyczynić się do skrócenia czasu oczekiwania na świadczenia dla wszystkich pacjentów. Ponadto proponowane są zapisy dotyczące zmian w zakresie taryfikacji świadczeń, funkcjonowania Narodowego Funduszu Zdrowia oraz zawierania umów na realizację świadczeń finansowanych ze środków publicznych.

Pakiet kolejkowy przewiduje zatem szereg zmian w systemie opieki zdrowotnej. Nie przewiduje jednakże sposobu ich finansowania.

Onkologia - bez skierowania, bez kolejki?

„Pakiet kolejkowy”, jako jednych z głównych beneficjentów wskazuje pacjentów z rozpoznaną chorobą nowotwo-

rową lub jej podejrzeniem.

Jednym z najistotniejszych rozwiązań jest wprowadzenie karty leczenia onkologicznego. Dokument ten ma być w założeniu uprawnieniem do realizacji świadczeń bez skierowania. Wiele kontrowersji budzi kwestia wydawania kart. Uprawnienia w tym zakresie posiadać mają między innymi lekarze podstawowej opieki zdrowotnej. Uprawnienie to jednakże będzie ściśle związane ze skutecznością rozpoznawania nowotworów. Przewidywane jest odebranie lekarzowi POZ uprawnień do wydawania kart i konieczność odbycia szkolenia w zakresie rozpoznawania nowotworów.

Rodzi się pytanie: – czy zagrożenie utraty prawa wydawania karty nie będzie miało wpływu na chęć ich wydawania.

Drugą istotną kwestią jest planowane dla tych pacjentów uruchomienie ścieżki „szybkiej diagnostyki”. Diagnostyka choroby nowotworowej (wizyty w poradni specjalistycznej, diagnostyka podstawowa oraz pogłębiona, uzyskanie wyników) w założeniu powinna zamknąć się w okresie 7 tygodni.

W przypadku przekroczenia tego czasu świadczeniodawca może liczyć się z brakiem zapłaty za realizację świadczenia, co wskazuje na konieczność dokonania znaczących zmian organizacyjnych lub brak możliwości realizacji świadczeń tego rodzaju. Paradoksalnie przyczynić

się to może do ograniczenia dostępu do świadczeń, chociażby w wymiarze terytorialnym.

Trzecim proponowanym rozwiązaniem jest obowiązek prowadzenia odrębnej listy oczekujących na świadczenia związane z diagnostyką oraz leczeniem onkologicznym. Należy zwrócić uwagę, iż utworzenie odrębnych list nie jest równoznaczne z brakiem konieczności oczekiwania na świadczenia dla pacjentów onkologicznych, jak często przedstawiana jest ta zmiana.

Pacjent w hotelu

Celem uniknięcia hospitalizacji wówczas, gdy mają ona wymiar socjalno-bytowy, przewidziano rozszerzenie świadczenia towarzyszącego o zakwaterowanie pacjenta. Dla systemu oznaczać to będzie możliwość obsługi większej liczby pacjentów oraz niższy koszt. Pobyt pacjenta w szpitalu jest bowiem droższy niż jego zakwaterowanie w innym miejscu.

Ustawa milczy jednakże na temat zapewnienia mechanizmów monitorowania stanu pacjenta poza szpitalem oraz zapewnienia stałego dostępu do pomocy medycznej.

Powstaje zatem pytanie - czy pacjent poza szpitalem będzie bezpieczny i na kim ciążyć będzie odpowiedzialność w sytuacji pogorszenia jego stanu zdrowia?

Pewnym jest natomiast, iż decyzja związana z kwalifikacją udzielenia świadczenia w warunkach szpitalnych całodobowo lub z wykorzystaniem pobytu w innym miejscu zakwaterowania stanowić będzie decyzję lekarza ściśle związaną z jego odpowiedzialnością.

Listy oczekujących elektronicznie

W odniesieniu do samej listy oczekujących planowane jest egzekwowanie prawa wpisu wyłącznie na jedną listę w związku z koniecznością uzyskania określonego świadczenia zdrowotnego. Początkowo przewidywane jest wprowadzenie rozwiązania polegającego na uzyski-

waniu oryginału skierowania w związku z wpisaniem pacjenta na listę oczekujących. Należy jednakże zwrócić uwagę na fakt, iż uzyskanie kilku skierowań przez pacjenta nie jest istotnie trudne. Planowane w dalszej kolejności uruchomienie systemu elektronicznego, w oparciu o który świadczeniodawcy będą mogli zweryfikować, czy pacjent widnieje już na liście oczekujących u innego świadczeniodawcy, gwarantować może uszczelnienie systemu w tym aspekcie. Przewidywane jest również prowadzenie list oczekujących wyłącznie w formie elektronicznej.

Zmiany w ustawie odnoszą się do pacjentów kontynuujących leczenie. Mają oni nie być wpisywani na listę oczekujących. Jest to wzmocnienie regulacji dotyczących pacjentów w planie leczenia. Niemniej jednak brak umieszczania na liście oczekujących pacjentów kontynuujących leczenie skraca kolejkę wyłącznie sposób iluzoryczny, poprzez statystyczne wskazanie mniejszej liczby pacjentów wpisanych na listę. W praktyce natomiast pacjenci kontynuujący leczenie w sposób istotny wpływają na organizację udzielania świadczeń oraz czas oczekiwania pozostałych świadczeniobiorców.

Dłużej do POZ?

Największą obawą proponowanych zmian jest wydłużenie czasu oczekiwania na świadczenia podstawowej opieki zdrowotnej, a zatem tego poziomu opieki, do którego dostęp powinien być najszerszy. Rozwiązania ujęte w „pakiecie” wiele nowych zadań powierzają właśnie lekarzowi poz. Będzie on nie tylko wystawiał kartę leczenia onkologicznego, ale również kierował na szerszy zakres badań, a także wyda skierowanie do poradni dermatologicznej i okulistycznej (które ma być obligatoryjne).

W projektach brak jest rozwiązań dotyczących finansowania nowych zadań poz oraz pozyskiwania kadr. Wydłużenie kolejki oczekujących do lekarza poz oznaczać będzie również wydłużenie czasu oczekiwania dla pacjentów onkologicznych, dla których całość zapisów ustawy miała w założeniu skutkować

skróceniem czasu oczekiwania na świadczenia.

Po receptę rzadziej i do pielęgniarki

Kontrowersje budzą rozwiązania w zakresie wystawiania recept. Pakiet kolejkowy przewiduje przede wszystkim możliwość wystawiania recept przez personel pielęgniarski (posiadający tytuł zawodowy magistra). Pomysł ten rodzi opór zarówno środowiska lekarskiego, jak i pielęgniarskiego.

Ponadto zmiany przewidują możliwość wystawienia recepty bez zbadania pacjenta oraz wydłużenia czasu na jaki dokonana może być preskrypcja (również w odniesieniu do środków odurzających czy substancji psychotropowych).

Rozwiązania te przewidują, iż wyeliminowane zostaną porady udzielane wyłącznie w związku z kontynuacją farmakoterapii. Ich ceną może być jednakże rzadsza kontrola lekarska względem chorych przewlekłe. Z drugiej zaś strony przepis może okazać się połowicznie martwy, jeśli pacjentów nie będzie stać na wykupienie leków na dłuższy czas leczenia.

Wypisanie recepty przez personel pielęgniarski, zwiększenie ilości i długości preskrypcji oraz wydanie recepty bez zbadania pacjenta przez lekarza to rozwiązania bazujące na decyzji personelu medycznego, a zatem również jego odpowiedzialności.

„Nie” dla nowych świadczeniodawców

Zmiany w ustawie przewidują możliwość wydłużenia dotychczasowych umów do końca grudnia 2015 r. (z wyjątkiem świadczeń onkologicznych) oraz rozszerzenie generalnej zasady zawierania umów (bez zgody Prezesa NFZ) na czas nieoznaczony w przypadku POZ, do 5 lat oraz do 10 lat (w przypadku świadczeń stacjonarnych).

Wydłużenie czasu, na jaki zawierane będą umowy, stanowi z jednej strony stabilność dla świadczeniodawców, którzy podpiszą umowy z NFZ oraz jednocześnie zagrożenie dla nowych świadcze-

niodawców. Będzie to bowiem istotna bariera dla zwiększenia liczby świadczeniiodawców w systemie, zwłaszcza w perspektywie nadania uprawnienia wskazania w postępowaniu konkursowym liczby świadczeniiodawców, z którymi zawarte zostaną umowy. Dodatkowo nowe podmioty będą musiały uzyskać opinię wojewody o celowości inwestycji w ochronie zdrowia, w sytuacji woli starania się o zawarcie umowy z NFZ.

Ograniczenie roli NFZ

Nie bez znaczenia jest fakt, iż proponowane zmiany dotyczące funkcjonowania Narodowego Funduszu Zdrowia przedstawione zostały w przededniu wyboru Prezesa NFZ. Nowelizacja ustawy przewiduje znaczące ograniczenie roli Płatnika jako regulatora systemu opieki zdrowotnej.

Przede wszystkim zakładane jest zwiększenie kompetencji Ministerstwa Zdrowia względem Narodowego Funduszu Zdrowia. Przejawia się to chociażby w prawie powoływania i odwoływania Prezesa oraz dyrektorów i członków rad wojewódzkich NFZ.

W gestii Ministerstwa Zdrowia pozostawać ma również wybór kryteriów oceny ofert.

Jako nowe zadanie NFZ wskazane zostało zawieranie umów dotyczących realizacji świadczeń wysokospecjalistycznych, które dotychczas zawierane były przez Ministerstwo Zdrowia.

Przewidywane zmiany ograniczają rolę Funduszu do kontraktowania i rozliczania świadczeń oraz kontroli realizacji umów przez świadczeniiodawców.

Wycena świadczeń w nowych ramach

Ograniczenie roli NFZ przejawia się również w wyłączeniu spośród zadań Funduszu kwestii wyceny świadczeń opieki zdrowotnej.

Zadanie to ma zostać powierzone Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, utworzonej w oparciu o funkcjonującą obecnie AOTM. Wyodrębnienie wyceny świadczeń z zadań NFZ ma na celu uniknięcie sytuacji, by wycena



świadczenia była uzależniona od NFZ (a zatem podmiotu zawierającego umowy). Wybór AOTM jako taryfikatora jest podyktowany względami ekonomicznymi. Tymczasem w większości państw zadanie wyceny świadczeń powierzone jest samodzielnej, niezależnej jednostce, niezwiązanej z rekomendacją świadczeń do ich refundacji.

Wątpliwości budzi również metodologia wyceny. Ma ona bowiem uwzględniać między innymi informacje o kosztach uzyskiwane z wybranych placówek, w oparciu o rachunek kosztów w formie określonym przez Ministerstwo. Metodologia ta może nie skutkować oczekiwanym urealnieniem wyceny świadczeń.

To i wiele więcej ...

Wśród projektowanych rozwiązań znalazły się również zapisy dotyczące obniżenia wymagań względem wykształcenia formalnego lekarzy specjalistów udzielających świadczeń, statusu ubezpieczenia osób kształcących się, tworzenia map potrzeb zdrowotnych, umożliwienia pobierania opłat przez rodzinę, inną osobę fizyczną lub gminę za koszty wyżywienia i zakwaterowania świadczeniobiorcy przebywającego w zakładzie opiekuńczo-leczniczym (ZOL) oraz pielęgnacyjno-opiekuńczym (ZPO).

Bez dodatkowych środków?

„Pakiet kolejkowy” zawiera szereg propozycji zmian w zakresie realizacji świadczeń ze środków publicznych. Projektowane zapisy wiążą się ściśle z konsekwencjami dla pacjentów, świadczeniiodawców oraz systemu opieki zdrowotnej.

Część z nich mogłoby przyczynić się do skrócenia czasu oczekiwania na świadczenia. Paradoksalnie jednak wiele stanowi potencjalne zagrożenie w zakresie zapewnienia właściwego dostępu do świadczeń. Liczne zapisy wymagają z pewnością doprecyzowania i uszczegółowienia (na przykład kwestia zakwaterowania).

Można przypuszczać, iż tworzeniu tak szerokiego pakietu zmian towarzyszył pośpiech, ale czy właśnie z tego powodu zapomniano o kilku kluczowych zapisach dotyczących źródła i mechanizmu finansowania świadczeń? Czy też raczej ich nie przewidziano?

Pewne jest, iż w projektowanych zapisach nie odnajdą Państwo odpowiedzi na pytania dotyczące kwestii finansowych.

Warto również zauważyć, iż liczne propozycje zmian bazują na decyzjach personelu medycznego ściśle związanych z zawodową i osobistą odpowiedzialnością.

Czy zatem „pakiet kolejkowy”, w obecnym kształcie, to rzeczywiście antidotum na kolejki?

E jak choroby serca

Na schorzenia związane z sercem choruje coraz więcej Polaków. Tymczasem serce jest najważniejszym narządem w naszym organizmie, bez którego nie jesteśmy w stanie funkcjonować. Postaramy się zatem przybliżyć ten temat.



Iwona Chodacz

Do najczęstszych chorób układu krążenia zaliczyć należy m.in.:

Nadciśnienie tętnicze (ok. 66 tysięcy wystąpień w roku 2012)

Choroba niedokrwienna serca (zawał mięśnia sercowego, ostry zespół wieńcowy)

Niewydolność krążenia

Zaburzenia rytmu serca

Wady serca

Katalog JGP

Dla świadczeń z zakresu „E” - choroby serca katalog jednorodnych grup pacjentów przewidział 59 grup, w tym 30 grup zabiegowych oraz 29 o charakterze zachowawczym.

Dla większości grup zachowawczych wymagane jest spełnienie warunku wiekowego, czasu pobytu oraz wskazania rozpoznania zasadniczego. W przypadku grup o charakterze zabiegowym natomiast wymagany jest przede wszystkim wskazanie kluczowej dla danej hospitalizacji procedury medycznej oraz rozpoznania zasadniczego.

Ponadto dla realizacji poszczególnych zabiegów związanych z leczeniem chorób serca (grupy jednorodne: E10, E11, E12, E13, E14, E20, E21, E22, E23, E24, E25, E26, E27, E31, E32, E33, E36, E37, E39, E41, E43, E44, E45) koniecznym jest spełnienie warunków określonych w obowiązującym Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwaranto-

wanych z zakresu leczenia szpitalnego. Warunki określone w cytowanym rozporządzeniu są weryfikowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia. W przypadku braku ich spełnienia Płatnik może zakwestionować rozliczenie oraz nałożyć na Świadczeniodawcę karę umowną.

Świadczenia o charakterze zachowawczym, jak i zabiegowym z zakresu „E” dostępne są dla oddziałów, takich jak:

Angiologia

Choroby płuc

Choroby wewnętrzne

Chirurgia dziecięca

Chirurgia naczyniowa/chirurgia naczyniowa – drugi poziom referencyjny

Chirurgia ogólna

Dermatologia i wenerologia

Endokrynologia

Geriatra

Kardiologia

Kardiochirurgia

Nefrologia

Onkologia kliniczna

Pediatra

Najczęściej wybierane grupy JGP

Z danych przekazanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia wynika, iż najczęściej sprawozdawana zachowawcza grupa JGP to E53 Niewydolność krążenia > 69 r.ż. lub z powikłaniami i chorobami współistniejącymi. Warunkiem kierunko-

wym umożliwiającym rozliczenie hospitalizacji tą grupą jest wskazanie rozpoznania zasadniczego i spełnienie warunku wiekowego bądź wyznaczenie rozpoznania zasadniczego oraz współistniejącego.

W odniesieniu do realizowania świadczeń zabiegowych najczęściej sprawozdawaną grupą JGP jest E27 Koronarografia i inne zabiegi inwazyjne*. Warunkiem kierunkowym umożliwiającym rozliczenie pobytu tą grupą jest wykonanie i sprawozdanie do NFZ procedury medycznej oraz czas pobytu < 5 dni.

Uwagę należy zwrócić na realizację świadczeń związanych z diagnostyką chorób układu krążenia. Pamiętać należy, iż w sytuacji przyjęcia pacjenta do szpitala w celu wykonania badań diagnostycznych dokumentacja medyczna musi w sposób jednoznaczny wskazywać na stan zdrowia pacjenta, który uzasadniałby potrzebę przeprowadzenia badań w warunkach hospitalizacji. Wymóg ten reguluje § 11 ust. 5 oraz 6 Zarządzenia Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: leczenie szpitalne:

5. *Udzielanie świadczeniobiorcy świadczeń w ramach hospitalizacji, hospitalizacji planowej i „leczenia jednego dnia” może być realizowane, jeżeli cel leczenia w danym przypadku nie może być osiągnięty przez leczenie*

ambulatoryjne.

6. Każdorazowe udzielenie w ramach hospitalizacji, hospitalizacji planowej albo „leczenia jednego dnia”, świadczenia, które kwalifikuje się do realizacji w trybie ambulatoryjnym, musi wynikać ze stanu klinicznego świadczeniobiorcy uzasadniającego jego realizację, który powinien zostać szczegółowo udokumentowany w indywidualnej dokumentacji medycznej.

W sytuacji zatem gdy dane postępowanie może zostać zrealizowane w ra-

mach opieki ambulatoryjnej, jego wykonanie w obrębie oddziału szpitalnego wiązać się może z zastrzeżeniami podczas kontroli Narodowego Funduszu Zdrowia oraz zakwestionowaniem rozliczenia tej formy udzielania świadczeń.

Wspomnieć należy tutaj dodatkowo, iż w dniu 30 kwietnia 2014 r. ukazało się zarządzenie Prezesa NFZ w zakresie zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne, w którym dokonano zmian świadczeń między innymi z zakresu grupy „E” – choroby serca.

W akcie tym dodano grupę dedykowaną dla rozliczania niewydolności krążenia: E50 Ostra lub zdekompensowana niewydolność krążenia – leczenie w OINK możliwą do sprawozdania wyłącznie w oddziale kardiologii. Wartość punktowa – 130 pkt. Ponadto warunkiem wymaganym przez Płatnika jest posiadanie 4 stanowisk intensywnego nadzoru kardiologicznego. Zmieniono również wycenę grupy E52 Zaawansowana niewydolność krążenia z 87 pkt. na 60 pkt.



Kod grupy	Kod produktu	Nazwa grupy	Wartość punktowa - hospitalizacja	Wartość punktowa - hospitalizacja planowa	Wartość punktowa – „leczenie jednego dnia”	Liczba dni pobytu finansowana grupą - typ umowy hospitalizacja	Wartość punktowa hospitalizacji < 2 dni - typ umowy hospitalizacja/ hospitalizacja planowa	Wartość punktowa osobodnia ponad ryczałt finansowany grupą - typ umowy hospitalizacja
E53	5.51.01.0005053	Niewydolność krążenia > 69 r.ż. lub z pw	47			23	9	4

Kod grupy	Kod produktu	Nazwa grupy	Wartość punktowa - hospitalizacja	Wartość punktowa - hospitalizacja planowa	Wartość punktowa – „leczenie jednego dnia”	Liczba dni pobytu finansowana grupą - typ umowy hospitalizacja	Wartość punktowa hospitalizacji < 2 dni - typ umowy hospitalizacja/ hospitalizacja planowa	Wartość punktowa osobodnia ponad ryczałt finansowany grupą - typ umowy hospitalizacja
E27	5.51.01.0005027	Koronarografia i inne zabiegi inwazyjne *	32	30				

Kod grupy	Kod produktu	Nazwa grupy	Wartość punktowa - hospitalizacja	Wartość punktowa - hospitalizacja planowa	Wartość punktowa – „leczenie jednego dnia”	Liczba dni pobytu finansowana grupą - typ umowy hospitalizacja	Wartość punktowa hospitalizacji < 2 dni - typ umowy hospitalizacja/ hospitalizacja planowa	Wartość punktowa osobodnia ponad ryczałt finansowany grupą - typ umowy hospitalizacja
E50	5.51.01.0005050	Ostra lub zdekompensowana niewydolność krążenia - leczenie w OINK	130					

CHOROBY SERCA I CHOROBY SERCOWO- NACZYNIOWE

BUDOWA SERCA

Słowa kluczowe:

Zastawka półksiężycowata aorty
Przedsionek
Odpływ wsteczny krwi
Zastawka dwudzielna
Struna ścięgnista
Krew odtleniona
Wsierdzie
Nasierdzie
Zastawka mitralna
Mięsień sercowy
Krew natleniona
Błaszka osierdziowo-ścienna
Żyła płucna
Zastawka trójdzielna
Komora
Błaszka trzewna osierdzia

Serce jest mięśniowym organem położonym z lewej strony za mostkiem, pomiędzy płucami. Podwójny woreczek błony surowiczej zamyka serce: blaszka osierdziowo-ścienna oraz trzewna. Błaszka trzewna osierdzia tworzy nasierdzie, środkowa warstwę stanowi mięsień sercowy, a warstwę zewnętrzną wsierdzie.

Wewnętrzna przestrzeń serca jest podzielona na cztery komory:

- Prawy przedsionek
- Prawą komorę
- Lewy przedsionek
- Lewą komorę

Oba przedsionki są komorami o cienkich ścianach, otrzymują one krew z żył. Natomiast dwie komory z grubymi ścianami dynamicznie wypompowują krew z serca. Różnica w grubościach ścian wynika ze zróżnicowanego występowania ilości mięśnia sercowego. Jest to uwarunkowane ilością siły, którą każda z części serca musi wygenerować.

Prawy przedsionek otrzymuje odtleniona krew z żył obwodowych, lewy przedsionek natomiast otrzymuje natlenioną krew z żył płucnych.

Aby zapobiec odpływowi wstęcnemu krwi, serce jest wyposażone w zastawki, które pozwalają krwi płynąć w jednym kierunku. Są dwa rodzaje zastawek występujących w sercu: zastawki przedsionkowo-komorowe (trójdzielna i dwudzielna) oraz zastawki półksiężycowe (trójdzielna i aortalna).

Prawa zastawka przedsionkowo-komorowa jest zastawką trójdzielną. Lewa zastawka przedsionkowo-komorowa jest dwudzielną, mitralną zastawką. Zastawka pomiędzy prawą komorą i pniem płucnym to zastawka półksiężycowata aorty.

Struny ścięgnowe są przypominającymi sznurek ścięgniemi, które łączą mięśnie brodawkowate z zastawką trójdzielną oraz dwudzielną.

Wierchołek serca łączy się z kilkoma dużymi naczyniami krwionośnymi. Największym z nich jest aorta, lub tętnica główna, która zabiera bogatą w składniki odżywcze krew z serca. Kolejnym ważnym naczyniem jest tętnica płucna, która łączy

HEART AND CARDIOVASCULAR DISEASES (CVD)

HEART STRUCTURE

Key words:

Aortic semilunar valve
Atrium
Backflow of blood
Bicuspid valve
Chordae tendineae
Deoxygenated blood
Endocardium.
Epicardium
Mitral valve
Myocardium
Oxygenated blood
Parietal pericardium
Pulmonary veins
Tricuspid valve
Ventricle
Visceral pericardium

The heart is a muscular organ located behind and to the left of the sternum and between the lungs. A double sac of serous membrane encloses the heart: the visceral and parietal pericardium. The visceral layer of the serous membrane forms the epicardium. Three layers of tissue form the heart wall. The outer layer of the heart wall is the epicardium, the middle layer is the myocardium, and the inner layer is the endocardium.

The internal cavity of the heart is divided into four chambers:

- Right atrium
- Right ventricle
- Left atrium
- Left ventricle

The two atria are thin-walled chambers that receive blood from the veins. The two ventricles are thick-walled chambers that forcefully pump blood out of the heart. Differences in thickness of the heart chamber walls are due to variations in the amount of myocardium present, which reflect the amount of force each chamber is required to generate.

The right atrium receives deoxygenated blood from systemic veins; the left atrium receives oxygenated blood from the pulmonary veins.

To prevent backflow of blood, the heart is equipped with valves that permit the blood to flow in only one direction. There are two types of valves located in the heart: the atrioventricular valves (tricuspid and mitral) and the semilunar valves (pulmonary and aortic).

The right atrioventricular valve is the tricuspid valve. The left atrioventricular valve is the bicuspid, or mitral, valve. The valve between the right ventricle and pulmonary trunk is the pulmonary semilunar valve. The valve between the left ventricle and the aorta is the aortic semilunar valve.

The chordae tendinae (tendinous chords), or heartstrings, are cord-like tendons that connect the papillary muscles to the tricuspid valve and the mitral valve.

The top of the heart connects to a few large blood vessels. The largest of these is the aorta, or main artery, which carries

serce z płucami tworząc część układu oddechowego. Dwie największe żyły przewodzące krew do serca to żyła główna górna i żyła główna dolna.

WRODZONE CHOROBY SERCA

Wrodzone choroby lub anomalie serca to defekty w strukturze serca oraz żył głównych, które są obecne podczas narodzin. Niektóre z tych defektów występują w rodzinie, sugerując wpływy genetyczne, jednakże zazwyczaj nie jest to oczywista przyczyna.

Zwężenie aorty

Wąski odcinek aorty jest zwężony, zazwyczaj w miejscu, gdzie główne arterie rozgałęziają się w stronę głowy, mózgu, ramion i wyższych partii ciała. W wyniku tego ograniczony jest napływ krwi do niższych partii ciała oraz nóg. Serce pracuje ciężiej, aby to zrekompensować, w związku z czym ciśnienie krwi w wyższych partiach ciała jest podwyższone. Cierpiący jest zazwyczaj błądy i odczuwa trudności z oddychaniem i jedzeniem. Wymagana jest natychmiastowa korekta chirurgiczna. Jeśli zwężenie aorty nie jest leczone, może spowodować permanentne nadciśnienie tętnicze oraz nieodwracalne zmiany w niektórych organach (np. nerki).

Międzykomorowy ubytek przegrody

Jest to otwór pomiędzy dwiema komorami, powodujący mieszanie się krwi. Krew natleniona z lewej komory przepływa przez otwór, a co za tym idzie zbyt duża ilość krwi jest pompowana przez prawą komorę do płuc. Mały ubytek może się zamknąć u dziecka z wiekiem, ale większy wymaga leczenia operacyjnego.

Ubytek w przegrodzie międzyprzedsionkowej

To anormalne otwarcie w ścianie pomiędzy dwiema górnymi częściami serca (przedsionkami). W wyniku tego, krew przetacza się z, będącej pod dużym ciśnieniem, lewej strony serca do prawej. Krew wpływająca do płuc zwiększa się i w konsekwencji mniejsza ilość jest pompowana do krwioobiegu. Zarówno międzykomorowy ubytek przegrody, jak i ubytek w przegrodzie międzyprzedsionkowej bardzo często występują u dzieci z zespołem Downa.

Niewydolność czterokomorowa

Połączenie czterech strukturalnych defektów: międzykomorowego ubytku przegrody, aorty, która jest przemieszczona w prawą stronę tak, że odleniona krew może wpływać z prawej komory; zwężonej tętnicy płucnej oraz pogrubionej ściany prawej komory. Cierpiący ma duszności oraz charakterystyczny niebieskawy kolor skóry (sinica).

Wrodzone choroby serca są teraz diagnozowane za pomocą echokardiografii, co jest szybkie, nie wymaga użycia fal radiowych i może być wykonane prenatalnie.

WADY ZASTAWEK SERCA

Występuje wiele czynników mogących zakłócić efektywne funkcjonowanie którejkolwiek z czterech zastawek serca. Przy zwężeniu, ujście zastawki jest zbyt wąskie, co powoduje ograniczony przepływ krwi. Może to być wada wrodzona lub po przebytej infekcji.

Przy niedomykalności, zastawka nie zamyka się całkowicie, umożliwiając cofanie się krwi. Ten problem może się pojawić jako wynik przebitego zawału serca lub infekcji zastawki.

SZMERY SERCA

Nietypowe dźwięki wydawane przez gwałtowny napływ krwi może wynikać z uszkodzonej zastawki serca. Szmary mogą

nutrient-rich blood away from the heart. Another important vessel is the pulmonary artery, which connects the heart with the lungs as part of the pulmonary circulation system. The two largest veins that carry blood into the heart are the superior vena cava and the inferior vena cava.

CONGENITAL HEART DEFECTS

Congenital heart defect (CHD) or congenital heart anomaly is a defect in the structure of the heart and great vessels, which is present at birth. Some types of those defects run in families, suggesting there is a genetic influence, although usually there is no obvious cause.

Coarctation of aorta (CoA)

A short section of aorta is narrowed, usually at a point where the main arteries branch off for the head, brain, arms and upper body. This results in restricted blood flow to the lower body and legs. The heart works harder to compensate and so blood pressure in the upper body is elevated. A sufferer is usually pale and finds it difficult to breathe or eat. Urgent corrective surgery is needed. If the coarctation is left untreated, arterial hypertension may become permanent due to irreversible changes in some organs (such as the kidney).

Ventricular Septal Defect (VSD)

This is a hole between the two ventricles (ventricular septum), causing the blood to mix. Oxygenated blood from the left ventricle flows through the hole so that too much blood is pumped by the right ventricle into the lungs. A small hole may close as the child grows, but a larger one will need surgical treatment.

Atrial Septal Defect (ASD)

This is abnormal opening in the wall (atrial septum) between the two upper chambers (atria). As a result, blood shunts from the high-pressure left side of the heart into the right side. The blood flow to the lungs increases in consequence and less is pumped around the body. Both atrial and septal defects are common in children with Down syndrome.

Tetralogy of Fallot (ToF)

A combination of four structural defects: a ventricular septal defect; an aorta that is displaced towards the right side so that deoxygenated blood can flow into it from the right ventricle; narrowed pulmonary valve (pulmonary stenosis); and a thickened right ventricle wall. A sufferer is breathless and has a distinctive bluish skin colour (cyanosis).

Congenital heart defects are now diagnosed with echocardiography, which is quick, involves no radiation and can be done prenatally.

HEART VALVE DISORDERS

There are several conditions that can affect the efficient functioning of any of the heart's four valves. In stenosis, the valve outlet is too narrow and so restricts blood flow. It may be congenital or due to an infection. In regurgitation, the valve does not close fully, allowing backflow of blood. This problem can occur as a result of heart attack or an infection of the valve.

HEART MURMURS

Unusual heart sounds produced by turbulent blood flow may be due to a heart valve defect. Murmurs may indicate an abnormality. However, many of them, particularly in children,

więc sygnalizować anomalie. Jednakże większość z nich, zwłaszcza u dzieci nie wskazuje na anomalie zastawek.

CHOROBA WIĘNCOWA SERCA

Choroba wieńcowa serca, znana również jako choroba miażdżycowa serca, choroba wieńcowa serca lub choroba niedokrwienna serca, jest najpopularniejszą chorobą serca i przyczyną zawału serca. Choroba jest wywołana przez nabudowujące się wewnątrz tętnic złogi miażdżycowe, które zwężają tętnice i ograniczają przepływ krwi do serca.

Leczenie koncentruje się na ograniczeniu obszaru, gdzie tkanki ucierpiały w wyniku niedostatecznej ilości krwi (obszar martwicy niedokrwiennnej) oraz aby zapobiegać i leczyć komplikacje, takie jak arytmia.

Im szybciej rytm serca jest zmonitorowany przez EKG, a arytmia szybko cofnięta za pomocą defibrylacji (czy to poprzez leki lub elektrowstrząsy), tym większa szansa przeżycia. Inne leki, które mogą być podane to blokery beta-adrenergiczne (beta blokery) rozluźniające mięsień sercowy, antykoagulanty (np. Heparyna) zapobiegająca zatorom, leki fibrynolityczne rozpuszczające istniejące już zatory oraz nitrogliceryna poprawiająca krążenie krwi do serca. Leczenie zakrzepicy wieńcowej ma powszechne zastosowanie: włączając podawanie leków, takich jak streptokinaza czy tkankowy aktywator plazminogenu, zapobiegających dalszemu formowaniu skrzepów krwi. Angioplastyka czy operacja pomostowania tętnic wieńcowych są dodatkowymi metodami dla pacjentów wymagających dalszego leczenia.

DYSFUNKCJE KRAŻENIA I RYTMU SERCA

Zator

Większość zatorów to fragmenty skrzepów krwi lub nawet cały skrzep, który odłączył się od pierwotnego miejsca i przedostał się wraz ze strumieniem krwi i utknął w naczyniu krwionośnym. Zator może również utworzyć się w ścianach tętnic z tłuszczu z płytek miażdżycowych, kryształków cholesterolu czy tłustego szpiku kostnego, które dostały się do obiegu w wyniku urazu kości, pęcherzyka powietrza czy płynu owodniowego.

Zatory, które formują się w sercu czy w tętnicach mogą zablokować krążenie w każdym miejscu ciała. Najbardziej prawdopodobnym miejscem pojawienia się zatoru i blokady są miejsca zwężenia lub rozgałęzienia się naczyń krwionośnych. Tkanki pozbawiane są życiodajnego tlenu.

Objawy zależą od miejsca wystąpienia, np. Jeśli zator jest fragmentem skrzepu, może być leczony za pomocą leków trombolitycznych lub rozpuszczających zakrzep.

Zakrzepica

Najbardziej prawdopodobne występowanie jest tam, gdzie swobodny przepływ krwi jest zakłócony. To zakłócenie może być spowodowane przez osad tłustej tkanki miażdżycowej na ścianach żył lub przez zapalenie naczyń krwionośnych. Krew przepływająca wolniej jest bardziej skłonna do zakrzepu lub zatoru. Taka sytuacja ma zazwyczaj miejsce w żyłach głębokich nóg i w niższych partach ciała. Wspomaganie przepływu krwi jest uzależnione w tych partiach od skurczów mięśni. Zakrzepica żył głębokich ma tendencję do występowania podczas okresów bezruchu. Leczenie z użyciem antykoagulantów redukuje ryzyko odłączenia się kawałka zakrzepu i przemieszczenia się go do płuc.

Tętniak

Ten defekt ściany żyły może wynikać z choroby, urazu lub być wadą wrodzoną. Może wystąpić w każdym miejscu ciała, jednakże najczęściej występuje w tętnicach serca. Większość tętniaków aorty występuje raczej w części brzusznej, poniżej nerek, aniżeli w klatce piersiowej - ten rodzaj skłania się do bycia cechą rodzinną. Tętniaki mogą być leczone operacyjnie,

do not indicate valve abnormalities.

CORONARY ARTERY DISEASE

Coronary artery disease (CAD) also known as atherosclerotic heart disease, coronary heart disease, or ischemic heart disease (IHD), is the most common type of heart disease and cause of heart attacks. The disease is caused by plaque building up along the inner walls of the arteries of the heart, which narrows the arteries and reduces blood flow to the heart.

The focus of treatment is to limit the size of the area of tissue lost from lack of blood (infarct) and to prevent and treat complications, such as arrhythmia.

The sooner the heart rate can be monitored by an ECG and the more promptly the arrhythmia is reversed by defibrillation with either antiarrhythmic drugs or electrical shock, the greater the chance of survival. Other drugs that may be administered include beta-adrenergic-blocking drugs (beta-blockers) to relax the heart muscle, anticoagulants (e.g., heparin) to prevent clotting, fibrinolytic drugs to dissolve existing clots, and nitroglycerin to improve blood flow to the heart. Coronary thrombolysis therapy is widely used; it involves the administration of drugs such as streptokinase or tissue plasminogen activator (tPA) to prevent further blood clots from forming. Angioplasty or coronary artery bypass surgery are additional measures for patients requiring further treatment.

CIRCULATORY AND HEART-RATE DISORDERS

Embolism

Most emboli are fragments of a blood clot (thrombus), or even a whole clot, that has detached from its original site and travelled in the bloodstream to lodge in a blood vessel. An embolus may also be made of fatty material from an atheromatous plaque in an arterial wall, crystals of cholesterol, fatty bone marrow that has entered the circulation following a bone fracture, or an air bubble or amniotic fluid.

Clots that form in the heart or arteries can block circulation anywhere in the body. An embolus is most likely to block a blood vessel where it narrows or branches, depriving tissues beyond of vital oxygen.

Symptoms depend on the site affected; for example if the embolus is a fragment of a clot, it can be treated with thrombolytic or clot-dissolving drugs.

Thrombosis

It is most likely to occur where the normal smooth flow of blood is disrupted. This disruption may be caused by plaque of fatty atheromatous tissue in the walls of an artery or by inflammation of the blood vessel. Blood that flows slowly is more likely to thrombose, or clot. This usually happens in the deep veins of the legs and lower body, which rely on some extent on contracting muscles to assist blood flow. Deep vein thrombosis (DVT) tends to occur during periods of immobility. Treatment with anticoagulant drugs reduces the risk that part of the clot will break off and travel to the lung.

Aneurysm

This defect in an arterial wall may be due to disease or injury, or it can be congenital. It may occur anywhere in the body, but the most often it affects the main heart artery. Most aortic aneurysms occur in the abdominal section below the kidneys, rather than in a chest and this type tends to run in families. Aneurysm may be treated by surgery, the aim of which is to repair the artery before the aneurysm dissects, or ruptures.

a celem leczenia jest naprawa tętnicy, zanim tętniak się rozdzieli lub pęknie.

Nadciśnienie

Nie ma żadnej oczywistej przyczyny nadciśnienia, jednakże styl życia i czynniki genetyczne mogą się do tego przyczyniać tak dobrze jak nadwaga, picie zbyt dużej ilości alkoholu, palenie czy diet o wysokim stężeniu soli. Stresogenny tryb życia może pogarszać ten stan. Nadciśnienie nie może być wyleczone, ale może być kontrolowane. Zmiana diety i stylu życia może być wszystkim co jest będzie konieczne, a poważniejsze przypadki mogą być traktowane lekami na nadciśnienie.

Arytmia

Arytmia to rytm serca będący nadzwyczaj wolny, szybki lub nieregularny. Nieprawidłowe skurcze serca lub rytm serca jest wywołany przez zakłócenia systemu elektrycznego, który kontroluje sposób skurczów serca. Wada w systemie prowadzi do następujących arytmii:

- tachykardia zatokowa: regularne ale gwałtowny skurcz serca, zazwyczaj więcej niż 100 uderzeń na minutę
- migotanie przedsionków: niezwykle gwałtowny, rozstrojony, słabe skurcze z rytmem 500 uderzeń na minutę
- Blok odnogi pęczka Hisa: uszkodzenie rozgałęzienia wiązki włókien przypominających nerwy, które utrudniają przepływ sygnałów elektrycznych. Jeśli dwie wiązki - lewa i prawa, są uszkodzone, skurcze serca zwalniają do bardzo niskiego poziomu,
- Częstokurcz komorowy: bardzo szybkie skurcze komór wywołane najczęściej przez uszkodzony mięsień sercowy (choroba serca lub zawał serca). Impulsy elektryczne mają trudność w przejściu przez bliznę w mięśniu sercowym i w związku z tym przepływają ponownie.

Często arytmie są leczone za pomocą leków. Innym rozwiązaniem jest wszczepialny defibrylator serca lub rozrusznik serca.

DIAGNOZOWANIE

Słowa kluczowe:

Trzepotanie przedsionków
Rytm podstawowy
Rodzinne, występujące w rodzinie migotanie przedsionków
Czynniki dziedziczne
Czynniki inicjujące
Rewaskularyzacja mięśnia sercowego /przywrócenie prawidłowego krążenia/
Utrwalanie trzepotania przedsionków
Częstoskurcz nawracający
Rytm zatokowy
Resekcja podwoserdziowa /leczenie tachyarytmii komorowych/
Częstoskurcz komorowy

O CO MOŻEMY ZAPYTAĆ?

- Kiedy rozpoczęły się pierwsze objawy?
- Czy objawy były ciągłe czy sporadyczne?
- Jak dotkliwe są twoje objawy?
- Czy istnieje coś, co łagodzi objawy?
- Czy istnieje coś, co pogarsza objawy?
- Czy w rodzinie występowały choroby serca, cukrzyca, wysokie ciśnienie krwi czy inne poważne choroby?

Słowa kluczowe:

Dusznica bolesna
Miażdżyca
Ciśnienie krwi
Choroba sercowo-naczyniowa
Choroba wieńcowa serca

Hypertension

There is no obvious cause for hypertension; however, lifestyle and genetic factors may contribute as do being overweight, drinking excessive amounts of alcohol, smoking and having a high-salt diet. A stressful lifestyle may aggravate the condition. Hypertension cannot be cured, but it can be controlled. A change of diet and lifestyle may be all that is necessary, but more severe cases may be treated with antihypertensive drugs.

Arrhythmia

An arrhythmia is a heart rate that is unusually slow or fast, or erratic. An abnormal heart rate or rhythm is caused by disturbance in the electrical system that controls the way heart muscle contracts. A fault in the system can lead to the following arrhythmias:

- Sinus tachycardia: regular but rapid heart rate, usually more than 100 beats per minute
- Atrial fibrillation: extremely rapid, disordered, weak contractions with rate as high as 500 per minute
- Bundle-branch block: damage to branch of the nerve-like fibre bundles that carry the electrical signals impedes the flow. If both right and left bundles are affected, the heart rate slows to a very low rate
- Ventricular tachycardia: very fast contractions of the ventricles caused usually by the damaged heart muscle (heart disease or heart attack). Electrical impulses have difficulty passing through the scarred heart muscle and so recirculate.

Often heart arrhythmias can be treated with drugs. Another solution is Implantable Cardioverter Defibrillator (ICD) or Artificial Pacemaker.

DIAGNOSIS

Key words:

Atrial fibrillation
Atrial flutter
Basic rhythm
Familial Atrial fibrillation
Inheritable factors
Initiating factors
Myocardial revascularization
Perpetuation of atrial flutter
Recurrent tachycardia
Sinus rhythm
Subendocardial resection
Ventricular tachycardia VT

WHAT WE MAY ASK?

- When did you first begin experiencing symptoms?
- Have your symptoms been continuous or occasional?
- How severe are your symptoms?
- What, if anything, seems to improve your symptoms?
- What, if anything, appears to worsen your symptoms?
- Do you have a family history of heart disease, diabetes, high blood pressure or other serious illness?

Key words:

Angina pectoris
Atheroma
Blood pressure = BP
Cardiovascular disease
Diabetes

Cukrzyca
Choroba serca
Wywiad
Palenie i nawyki żywieniowe

Ocena ryzyka

Nazywam się Jennifer Lee i jestem pielęgniarką na oddziale kardiologicznym. Ocena ryzyka sercowo-naczyniowego polega na gromadzeniu informacji o pacjencie: jego wieku, płci, narodowości i wywiadu w zakresie chorób sercowo-naczyniowych. Do chorób sercowo-naczyniowych zalicza się chorobę wieńcową serca, udar, miniudar, dusznicę bolesną oraz dowody, że naczynia krwionośne zostały zwężone przez zmiany miażdżycowe. Bierzymy również pod uwagę ciśnienie krwi, poziom cholesterolu we krwi, sprawdzamy, czy pacjenci mają cukier we krwi na granicy normy czy cukrzycę. Patrzymy na poziom aktywności fizycznej oraz palenie i nawyki żywieniowe. Zbieramy wszystkie te informacje w celu oszacowania ryzyka choroby sercowo-naczyniowej.

Pacjent musi mieć pobraną krew, ponadto mierzymy ciśnienie krwi, ważymy i mierzymy. Posiadając wszystkie te informacje, jesteśmy w stanie przedyskutować z pacjentem poziom ryzyka i w jaki sposób tryb życia wpływa na szansę rozwinięcia się choroby sercowo-naczyniowej. Daje to pacjentowi możliwość zmiany trybu życia i podjęcia decyzji o:

- utracie wagi i byciu bardziej aktywnym fizycznie, aby zapobiec cukrzycy,
- zmniejszeniu spożycia alkoholu,
- zmniejszeniu spożycia soli

NIEINWAZYJNE METODY BADANIA UKŁADU KRAŻENIA

- elektrokardiogram
- elektrokardiograf (Holter)
- RTG klatki piersiowej
- Echokardiograf
- Obrazowanie komputerowe, znane jako tomografia. W tej sekcji mieści się: CT – tomografia komputerowa, CAT – tomografia komputerowa osiowa, EBCT – elektronowa tomografia komputerowa, PET – pozytonowa tomografia emisyjna, MSCT – wielorzędowa tomografia komputerowa, MRI – obrazowanie metodą rezonansu magnetycznego oraz SPECT – tomografia emisyjna pojedynczych fotonów
- Próba wysiłkowa

INWAZYJNE METODY BADANIA UKŁADU KRAŻENIA

- Badanie krwi: enzymy sercowe (włącznie z troponiną i kinazą kreatynową), białko c-reaktywne, fibrynogen, homocysteina, lipoproteiny, trójglicerydy, mózgowy peptyd natriuretyczny i protrombina.

Cel badania:

Potwierdzenie wystąpienia zawału serca i określenie stopnia uszkodzeń. Szacowanie ryzyka choroby wieńcowej.

- Cewnikowanie serca
badanie wnętrza naczyń krwionośnych serca przy użyciu promieni angiograficznych. Barwnik widoczny dla promieni zostaje wstrzyknięty do naczyń krwionośnych przy użyciu cienkiego cewnika. Badanie trwa 2-3 godziny.
Cel badania:
 - jedno z najbardziej pomocnych i dokładnych narzędzi diagnozujących problemy sercowo-naczyniowe
 - wykrywa miejsca zwężenia lub blokady tętnic
 - mierzy ciśnienie krwi w sercu oraz tlenu we krwi

Heart disease
Family history
Smoking and eating habits

Cardiac risk assesment

I am Jennifer Lee and I am Prime Care Cardiovascular Nurse. A cardiovascular risk assessment is where we collect lots of information about patient: their age, sex, ethnicity, and family history of cardiovascular disease. Cardiovascular disease would include coronary heart disease, stroke, mini-stroke, angina pectoris and evidence that blood vessels have been narrowed with atheroma. We are also look at blood pressure, level of cholesterol in blood; we look whether patients have borderline raised blood sugar or diabetes, we look at the levels of physical activity, smoking and eating habits. We collect all this information to estimate risk of cardiovascular disease. You need to have some blood to be taken; we need to take blood pressure, weight and height. With all this information together, we are able to discuss with you what is your risk and how your life style is affecting your changes of developing cardiovascular disease. It gives you the opportunity to decide about your life style and decisions that you make:

- To loose weight and become more physically active to prevent diabetes
- To drink less
- To reduce level of salt

NONINVASIVE CARDIOVASCULAR PROCEDURES:

- Electrocardiogram (Also known as ECG or EKG or Electrocardiography)
- Ambulatory Electrocardiography (Also known as Holter Monitoring or Ambulatory ECG or Ambulatory EKG)
- Chest X-Ray
- Echocardiography (Also known as echocardiogram)
- Computer Imaging (Also known as Tomography)
/This section includes CT, CAT scan - computerised axial tomography, EBCT - electron-beam computed tomography, PET – positron emission tomography, MSCT - multi-row-detector computed tomography, MRI - magnetic resonance imaging and SPECT – single photon emission computed tomography/
- Exercise Stress Test (Also known as Treadmill Test, Exercise Test, Exercise Cardiac Stress Test and ECST)

INVASIVE CARDIOVASCULAR PROCEDURES:

- Blood tests: may include the following: Cardiac enzymes (including troponin and creatine kinase), C-reactive protein (CRP), fibrinogen, homocysteine, lipoproteins, triglycerides, brain natriuretic peptide (BNP) and prothrombin.

Reason for Test

Confirms that a heart attack has occurred and determines extent of damage. Assesses future risk for coronary artery disease. Provides information on the time it takes for the blood to clot.

- Cardiac Catheterization
Examines the inside of heart's blood vessels using special X-rays called angiograms. Dye visible by X-ray is injected into blood vessels using a thin catheter. Takes 2-3 hours.
Reason for Test
 - One of the most useful and accurate tools in diagnosing cardiovascular problems.
 - Can detect where arteries are narrowed or blocked.
 - Can measure blood pressure within the heart and oxygen in the blood.

- ocenia działanie mięśnia sercowego
- pomaga najlepiej określić przebieg leczenia

ZABIEGI I OPERACJE SERCA

Angioplastyka

Znana również jako przezskórna interwencja wieńcowa, angioplastyka balonowa czy rozszerzanie balonowe naczyń wieńcowych.

Specjalny przewód z dołączonym balonikiem (bez powiętrza) jest wprowadzany do naczyń wieńcowych. Następnie balon jest napompowywany w celu rozszerzenia obszarów zablokowanych, tam gdzie przepływ krwi do mięśnia sercowego został ograniczony lub odcięty. Często procedura połączona jest z wszczepieniem stentu, który pomaga wesprzeć otwarcie tętnicy oraz zmniejszyć szanse kolejnego zatoru. Metoda uważana za mniej inwazyjną ze względu na brak konieczności otwarcia pacjenta. Trwa od 30 min do kilku godzin.

Cel zabiegu:

- znacznie zwiększa przepływ krwi przez zablokowane tętnice
- zmniejsza ból w klatce piersiowej (dusznicę)
- zwiększa zdolność do aktywności fizycznej
- zmniejsza ryzyko zawału serca

Metoda może być również wykorzystana do otwarcia tętnic szyjnych i mózgowych w celu zapobiegania udarom.

Angioplastyka laserowa

Zbliżona do angioplastyki z wyjątkiem tego, że cewnik jest zakończony laserową końcówką otwierającą zablokowane tętnice. Pulsujące wiązki światła odparowują nagromadzone złoże miażdżycowe.

Cel zabiegu:

- zwiększa przepływ krwi przez zablokowane tętnice

Wszczepienie zastawki serca

Znana również jako operacja wymiany zastawki serca. Polega na wymianie nieprawidłowej lub chorej zastawki serca na zdrową.

Cel zabiegu:

- przywrócenie zastawkom serca ich funkcji

Aterektomia

Podobna do angioplastyki, za wyjątkiem cewnika posiadającego obracającą się na końcu turbinkę usuwającą złoże miażdżycowe.

Cel zabiegu:

- zwiększa przepływ krwi przez zablokowane tętnice
- Metoda może być również wykorzystana w tętnicach szyjnych do usunięcia złożeń miażdżycowych i zredukowania ryzyka udaru.

Wszczepienie bypassów

Zwane pomostowaniem aortalno-wieńcowym. Odnosi się do zablokowanych naczyń wieńcowych przez utworzenie nowego kanału dla krwi płynącej do mięśnia sercowego. Odbyna się to poprzez pobranie tętnic lub żył z innych części ciała - przeszczep - i użycie ich do przekierowania napływu krwi obok zablokowanej tętnicy. Pacjent może się poddać wszczepieniu jednego, dwóch, trzech lub więcej przeszczepów omijających, w zależności od ilości zablokowanych tętnic.

Cel zabiegu:

- jeden z najpopularniejszych i najbardziej efektywnych zabiegów radzących sobie z zatorami krwi do mięśnia sercowego
- zwiększa dostarczanie krwi i tlenu do serca
- uśmierza ból w klatce piersiowej (dusznicę)
- redukuje ryzyko zawału serca
- zabieg zwiększa zdolność do aktywności fizycznej

Kardiomioplastyka

Eksperymentalny zabieg, w którym mięśnie szkieletowe są pobrane od pacjenta z pleców lub brzucha. Później są one

- Can evaluate heart muscle function.
- Helps determine best course of treatment.

CARDIAC PROCEDURES AND SURGERIES

Angioplasty

Also known as Percutaneous Coronary Interventions [PCI], Balloon Angioplasty and Coronary Artery Balloon Dilation.?? Special tubing with an attached deflated balloon is threaded up to the coronary arteries. The balloon is inflated to widen blocked areas where blood flow to the heart muscle has been reduced or cutoff. Often combined with implantation of a stent to help prop the artery open and decrease the chance of another blockage. Considered less invasive because the body is not cut open. Lasts from 30 minutes to several hours.

Reason for the Procedure

- Greatly increases blood flow through the blocked artery.
- Decreases chest pain (angina).
- Increases ability for physical activity.
- Reduces risk of a heart attack.

Can also be used to open neck and brain arteries to help prevent stroke.

Angioplasty, laser

Similar to angioplasty except that the catheter has a laser tip that opens the blocked artery. Pulsating beams of light vaporize the plaque buildup.

Reason for the Procedure

- Increases blood flow through blocked arteries.

Artificial heart valve surgery

Also known as Heart Valve Replacement Surgery. Replaces an abnormal or diseased heart valve with a healthy one.

Reason for the Procedure

- Restores function of the heart valves.

Atherectomy

Similar to angioplasty except that the catheter has a rotating shaver on its tip to cut away plaque from the artery.

Reason for the Procedure

- Increases blood flow through the blocked artery by removing plaque buildup.

May also be used in carotid arteries to remove plaque and reduce risk for stroke.

Bypass surgery

Also known as CABG or „cabbage”, Coronary Artery Bypass Graft and Open-Heart Surgery.

Treats blocked heart arteries by creating new passages for blood to flow to your heart muscle. It works by taking arteries or veins from other parts of the body - called grafts - and using them to reroute the blood around the clogged artery. A patient may undergo one, two, three or more bypass grafts, depending on how many coronary arteries are blocked.

Reason for the Procedure

- One of the most common and effective procedures to manage blockage of blood to the heart muscle.
- Improves the supply of blood and oxygen to the heart.
- Relieves chest pain (angina).
- Reduces risk of heart attack.
- Improves ability for physical activity.

Cardiomyoplasty

An experimental procedure, in which skeletal muscles are taken from a patient's back or abdomen. Then they're wrapped around an ailing heart. This added muscle, aided by ongoing

owinięte wokół niewydolnego serca. Te dodane mięśnie, wspomagane przez ciągłą stymulację z urządzenia podobnego do rozrusznika serca, mogą pobudzić mechanizm pompującego serca.

Cel zabiegu:

- Zwiększenie mechanizmu pompującego serca

Przeszczep serca

Usunięcie chorego serca i zastąpienie go zdrowym ludzkim sercem, w przypadku, gdy serce jest nieodwracalnie uszkodzone. Serca użyte od dawców organów.

Cel zabiegu:

- Uznany jako sprawdzona procedura przywrócenia zdrowego serca w przypadku odpowiednio wybranych pacjentów.

MINIMALNIE INWAZYJNE OPERACJE SERCA

Chirurgia naczyń wieńcowych poprzez ograniczony dostęp i małoinwazyjne pomostowanie tętnic wieńcowych.

Alternatywa do standardowej operacji pomostowania tętnic wieńcowych. Małe nacięcia – porty są tworzone w klatce piersiowej. Tętnice lub żyły klatki piersiowej z nogi pacjenta są dołączane do serca, aby obejść zatkane naczynia wieńcowe lub tętnice. Narzędzia wykonujące to obejście są wprowadzane przez port. Chirurgi oglądają te operacje za pomocą video monitora. Podczas zabiegu chirurgii naczyń wieńcowych ograniczonego dostępu, serce zostaje zatrzymane, a krew jest pompowana poprzez maszynę tlenową lub płuco-serce. Małoinwazyjne pomostowanie tętnic wieńcowych wykonuje się w celu uniknięcia płuco-serca. Procedura odbywa się na wciąż bijącym sercu.

Cel zabiegu:

- zaradzenie blokadzie przepływu krwi do serca oraz poprawa dostarczania sercu krwi i tlenu
- uśmierzenie bólu klatki piersiowej (dusznicza)
- redukcja ryzyka zawału serca
- zabieg zwiększa zdolność do aktywności fizycznej

Ablacja częstotliwości radiowej

Zwana również ablacją cewnikową.

Cewnik z elektrodą na końcu jest wprowadzany poprzez żyły do mięśnia sercowego w czasie rzeczywistym. Cewnik jest następnie umieszczany dokładnie w miejscu, gdzie komórki oddają sygnały elektryczne, które stymulują nieprawidłowy rytm serca. Następnie łagodny, bezbolesny prąd o częstotliwości radiowej jest przesyłany tym szlakiem. Ten zabieg niszczy dokładnie komórki mięśnia sercowego w wybranym bardzo małym obszarze.

Cel zabiegu:

- preferowane leczenie dla wielu rodzajów gwałtownego rytmu serca (arytmii), zwłaszcza przy częstoskurczu nadkomorowym.

Cewnikowanie

Cewnik jest drucianym siateczkowatym przewodem używanym do wsparcia otwarcia tętnicy podczas zabiegu angioplastyki. Zostaje on w tętnicy na stałe.

Cel zabiegu:

- utrzymuje otwarte tętnice
- poprawia przepływ krwi do mięśnia serca
- uśmierzenie bólu klatki piersiowej (dusznicza)

Rewaskularyzacja mięśnia sercowego

Wykonuje się poprzez nacięcie na lewej piersi w celu odsłonięcia serca. Następnie wykorzystuje się laser do wytworzenia serii otworów z zewnętrznej części serca do jego pompujących komór. U niektórych pacjentów zabieg jest połączony z wszczepieniem bypassów. W tym wypadku wykonuje się nacięcie w mostku dla bypassów.

Cel zabiegu:

- wykonywany dla uśmierzenia bólu klatki piersiowej (dusznicza) u bardzo chorych pacjentów niekwalifikujących się do operacji pomostowania aortalno-wieńcowego czy angioplastyki.

stimulation from a device similar to a pacemaker, might boost the heart's pumping motion.

Reason for the Procedure

- Increases the pumping motion of the heart.

Heart transplant

Removes a diseased heart and replaces it with a healthy human heart when a heart is irreversibly damaged. Uses hearts from organ donation.

Reason for the Procedure

- Recognized as a proven procedure to restore heart health in appropriately selected patients.

MINIMALLY INVASIVE HEART SURGERY

(Also known as Limited Access Coronary Artery Surgery and includes Port-Access Coronary Artery Bypass (PACAB or Port CAB) and Minimally Invasive Coronary Artery Bypass Graft (MIDCAB))

An alternative to standard bypass surgery (CABG). Small incisions („ports”) are made in the chest. Chest arteries or veins from patient's leg are attached to the heart to „bypass” the clogged coronary artery or arteries. The instruments are passed through the ports to perform the bypasses. The surgeon views these operations on video monitors rather than directly. In PACAB, the heart is stopped and blood is pumped through an oxygenator or „heart-lung” machine. MIDCAB is used to avoid the heart-lung machine. It's done while the heart is still beating.

Reason for the Procedure

- Manages blockage of blood flow to the heart and improves the supply of blood and oxygen to the heart.
- Relieves chest pain (angina).
- Reduces risk of heart attack.
- Improves ability for physical activity.

Radiofrequency ablation

(Also known as Catheter Ablation)

A catheter with an electrode at its tip is guided through the veins to the heart muscle with real-time. The catheter is placed at the exact site inside the heart where cells give off the electrical signals that stimulate the abnormal heart rhythm. Then a mild, painless radiofrequency energy (similar to microwave heat) is transmitted to the pathway. This destroys carefully selected heart muscle cells in a very small area.

Reason for the Procedure

- Preferred treatment for many types of rapid heartbeats (arrhythmias) especially supraventricular tachyarrhythmia.

Stent procedure

A stent is a wire mesh tube used to prop open an artery during angioplasty. The stent stays in the artery permanently.

Reason for the Procedure

- Holds the artery open.
- Improves blood flow to the heart muscle.
- Relieves chest pain (angina).

Transmyocardial revascularisation (TMR)

An incision is made on the left breast to expose the heart. Then, a laser is used to drill a series of holes from the outside of the heart into the heart's pumping chamber. In some patients TMR is combined with bypass surgery. In those cases an incision through the breastbone is used for the bypass.

Reason for the Procedure

- Used to relieve severe chest pain (angina) in very ill patients who aren't candidates for bypass surgery or angioplasty


Słowa kluczowe:

Uszkodzone ściany tętnic
Chore naczynia wieńcowe
Choroba niedokrwienna serca
Zawał serca
Palpitacje w klatce piersiowej
Uczucie skoków tętna
Odcięcie tlenu

Key words:

Damaged linings of the artery
Diseased coronary arteries
Ischemic heart disease (IHD)
Heart attack
Palpitation in the chest
Sensation of skipped beats
To cut off oxygen

– Wczoraj miałem dosyć stresującą sytuację. Wywołało to u mnie palpitacje w klatce piersiowej i uczucie przyspieszonego tętna. I tak cierpię na chorobę niedokrwienną serca, ale nie jestem do końca przekonany, czy stres może naprawdę wywołać u mnie atak serca.

– Oczywiście, że może. Chore naczynia krwionośne z uszkodzonymi ścianami tętnic pod wpływem stresu mogą się zwężać.

– Czy to może być poważne lub śmiertelne?

– Tak. U osoby z twoim schorzeniem, złość może doprowadzić chore naczynia krwionośne do skurczu. To odcinie dopływ tlenu potrzebnego komórkom do pompowania krwi.

– I had very stressful situation yesterday. It caused me chest palpitation and a sensation of skipped beats. I suffer from ischemic heart disease anyway but I'm not sure if stress can really cause me a heart attack.

– Of course it can. Diseased coronary arteries with damaged linings constrict under stress.

– Can it be serious or fatal?

– Yes. In a person with your disease, anger may cause the diseased coronary arteries to spasm. This can cut off oxygen needed by the ventricle for pumping blood.

Słowa kluczowe:

Nadciśnienie bezobjawowe
Ograniczenia spożycia soli
Nadciśnienie samoistne
Hiperlipidemia
Choroba nerek
Kamica nerkowa
Renin-angiotensyn-aldesteron system
Kamica moczowa

Key words:

Asymptomatic hypertension
Dietary sodium restriction
Essential hypertension
Hyperlipidaemia
Kidney disease
Nephrolithiasis
Renin-angiotensin-alderstone system
Urinary stones

– Panie Davis, ma pan samoistne nadciśnienie i ponieważ jest ono bezobjawowe, muszę zadać kilka dodatkowych pytań.

– Czuję się dobrze. Nie mam żadnych objawów.

– Podwyższone ciśnienie krwi jest w większości wypadków bezobjawowe. Ale to nie oznacza, że możemy je zostawić nielezione. Jest ono określane mianem „cichego zabójcy”.

– Oj, tego nie wiedziałem.

– Czy Pan lub ktoś z pańskiej rodziny cierpiał na chorobę naczyń wieńcowych lub cukrzycę?

– Nie, nikogo sobie nie przypominam.

– A inne problemy zdrowotne?

– Tak miałem hiperlipidemię i moczową.

– Ok. Czy kiedykolwiek cierpiał pan na kamice nerkową? Zastanawiam się nad wystąpieniem systemu renin-angiotensyn-aldesteron. Musimy zrobić badania.

– Mr Davis, you have essential hypertension and because it is multifactorial I need to ask some questions.

– I'm feeling well. Don't have any symptoms.

– Elevated blood pressure is most of the time asymptomatic. But it does not mean we can leave it untreated. It is known as the „silent killer”.

– Oh, I did not know this.

– Have you or any member of your family suffered from coronary heart disease or diabetes?

– No, no one I could think of.

– Any other health problems?

– Yes, I have had hyperlipidaemia and urinary stones.

– Ok. Have you ever suffered from nephrolithiasis? I am considering renin-angiotensin-alderstone system. We need to arrange some test.

Kalendarium

czyli najważniejsze wydarzenia

Zarówno Resort Zdrowia, jak i Narodowy Fundusz Zdrowia publikują kolejne propozycje istotne dla funkcjonowania świadczeniodawców.

Na etapie konsultacji istnieje możliwość zgłaszania uwag do przepisów prawnych, do czego serdecznie zachęcam.

Wyniki konsultacji w kolejnym „SYSTEMIE”.

*Magdalena Siebielska - Ekspert ds. rozliczania świadczeń
E-mail: Magdalena.Siebielska@iuz.org.pl*



MAJ

Nabór na Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia

Ministerstwo Zdrowia ogłosiło nabór na stanowisko Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. Oferty można składać do dnia 19 maja 2014 r.

Kryteria oceny ofert

W maju dokonano kolejnej zmiany w zapisach zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie określenia kryteriów oceny ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Zmiana dotyczy uwzględnienia w kryteriach chirurgii naczyniowej drugiego poziomu referencyjnego.

Regulaminy Zespołów Koordynacyjnych

W maju zatwierdzono regulaminy zespołów koordynacyjnych:

- Zespołu Koordynacyjnego ds. Leczenia Biologicznego w Ciężkiej Astmie Alergicznej
 - Zespołu Koordynacyjnego ds. Stosowania Hormonu Wzrostu Zespołu Koordynacyjnego ds. Leczenia Nadmiarów Żelaza w Organizmie
- Prace zespołów ściśle związane są ze świadczeniami opieki zdrowotnej w zakresie programu lekowego.

KWIECIEŃ

Finansowanie świadczeń w SOR i izbie przyjęć

Narodowy Fundusz Zdrowia powołał Zespół ds. opracowania nowych rozwiązań systemowych finansowania świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie szpitalnego oddziału ratunkowego i izby przyjęć.

Zespół ma za zadanie opracowanie nowych rozwiązań systemowych związanych z finansowaniem świadczeń zdrowotnych w SOR i IP, w szczególności

zmian w algorytmie obliczania ryczałtów dobowych, kryteriów pozwalających na zróżnicowanie stawek ryczałtu w związku z obsługą dużej liczby świadczeniobiorców, wykonywaniem kosztochłonnych procedur oraz posiadaniem wyposażeniem i kwalifikacjami personelu. Zakończeniem pracy Zespołu przewidziano złożenie projektu zarządzenia uwzględniającego nowe rozwiązania najpóźniej do dnia 30 czerwca 2014 r.

Pakiet kolejkowy

Minister Zdrowia przekazał do konsultacji szereg aktów tworzących tzw. pakiet kolejkowy oraz szybką terapię onkologiczną.

Konsultowane będą zmiany w następujących aktach:

- ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków pu-

- blicznych;
- ustawa o zawodzie pielęgniarki i położnej;
- ustawa o konsultantach w ochronie zdrowia;
- rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie recept lekarskich;
- rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie środków odurzających, substancji psychotropowych, prekursorów kategorii 1 i preparatów zawierających te środki lub substancje;
- rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej;
- rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej;
- rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania;
- rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej.

Projekty zakładają szereg zmian m.in:

- Wprowadzenie wymagalności skierowania do okulisty oraz dermatologa;
- W projekcie nowelizacji ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej resort zdrowia zaproponował, by pielęgniarki mogły ordynować pacjentom niektóre leki i wystawiać skierowanie na część badań;
- Dla świadczeniobiorców objętych „diagnostyką onkologiczną” lub „leczeniem onkologicznym”, świadczeniodawca ma prowadzić odrębną listę oczekujących;

Listę oczekujących będzie można prowadzić wyłącznie w formie elektronicznej;

Kompleksowe leczenie ran przewlekłych oraz raka piersi

Narodowy Fundusz Zdrowia opublikował projekt zarządzenia Prezesa NFZ

odnoszący się do świadczeń zdrowotnych kontraktowanych odrębnie.

Zmiana zakłada wprowadzenie dwóch produktów tj. Kompleksowe Leczenie Ran Przewlekłych oraz Kompleksowe Leczenie Raka Piersi.

Oba świadczenia mają na celu prowadzenie i koordynowanie kompleksowej opieki nad chorym w ciągu całego procesu leczenia.

Zmiany zarządzenia leczenie szpitalne

30 kwietnia 2014 r. ukazała się zmiana zarządzenia Prezesa NFZ w zakresie zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne.

Dodano grupę dedykowaną dla rozliczania niewydolności krążenia: **E50 Ostra lub zdekompensowana niewydolność krążenia** – leczenie w OINK możliwą do sprawozdania wyłącznie w oddziale kardiologii. Wartość punktowa – 130 pkt.

W związku z powyższym zmianie uległa wycena grupy **E52 Zaawansowana niewydolność krążenia** z 87 pkt. na 60 pkt.

Ponadto dokonano licznych zmian w zakresie grup jednorodnych odnoszących się do chorób układu mięśniowo-szkieletowego.

Wprowadzone zmiany dotyczą także świadczenia **5.53.01.0001509 Hipotermia lecznicza**. Dotychczasowa wycena wynosiła 114 pkt. Nowe rozliczenie następuje w oparciu o specyfikację kosztową obejmującą koszty jednorazowego sprzętu, leków i wyrobów medycznych zastosowanych wyłącznie na potrzeby hipotermii leczniczej.

Rozszerzono zakres możliwości rozliczania świadczenia **5.52.01.0001464 Hospitalizacja związana z przetoczeniem krwi, produktów krwiopochodnych w tym immunoglobulin** o oddziały chirurgii dziecięcej i chirurgii ogólnej.

Dodatkowo zarządzenia uwzględnią nowe świadczenia i warunki dla świadczeniodawców w związku z utworzeniem oddziału chirurgii naczyniowej II poziomu referencyjny.

Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych

30 kwietnia Prezydent podpisał nowelizację ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw.

Do najważniejszych zmian należy wprowadzenie większej liczby lekarzy w podstawowej opiece zdrowotnej, oprócz specjalistów medycyny rodzinnej rolę tę pełnić będą również interniści i pediatry (do tej pory praktykę prowadzić mogli interniści oraz pediatry, ale tylko ci, którzy od lat pracowali w POZ).

Dodatkowo pacjenci będą mieli prawo wyboru i zmiany świadczeniodawcy (lekarza, pielęgniarki i położnej) nie dwa razy, ale trzy razy w roku kalendarzowym. Każda kolejna zmiana wymaga uiszczenia opłaty w wysokości 80 zł.

Zaproponowane nam zmiany wejdą w życie 30 dni od dnia ich ogłoszenia.

MARZEC

Systemy informatyczne

Od 1 marca 2014 roku wchodzi w życie przepisy § 2 ust. 1 pkt. 8 rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie minimalnej funkcjonalności dla systemów teleinformatycznych umożliwiających realizację usług związanych z prowadzeniem przez świadczeniodawców list oczekujących na udzielenie świadczenia zdrowotnego.

Celem wdrożenia nowej funkcjonalności jest uniemożliwienie wpisania świadczeniobiorcy na więcej niż jedną listę oczekujących w przypadku świadczeń udzielanych na podstawie skierowania, zgodnie z przepisami ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Kryteria oceny ofert

NFZ opublikował nowe zarządzenie zmieniające obowiązujące przepisy

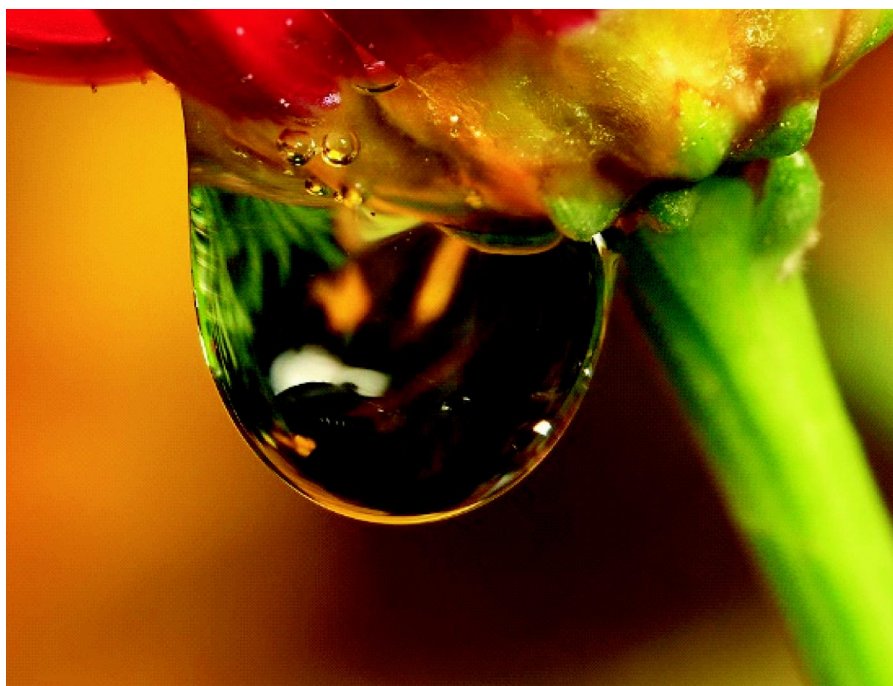
w sprawie określenia kryteriów oceny ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Nowe kryteria uwzględniają rekomendacje w sprawie określenia kryteriów oceny ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

Dokonano doprecyzowania pojęcia ciągłości i kompleksowości, a także zapisów dotyczących akredytacji i certyfikacji. Zwiększono znaczenie akredytacji, zwłaszcza wysokiego stopnia spełnienia norm akredytacyjnych oraz uwzględniono kwestie związane ze stosowaniem racjonalnej polityki antybiotykowej i monitorowania zakażeń szpitalnych.

Recepty refundowane

Narodowy Fundusz Zdrowia opublikował komunikat przypominający zasady związane z wystawianiem recept refundowanych, w tym w odniesieniu do leków związanych z leczeniem chorób przewlekłych, przez lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej. Komunikat skierowany jest do lekarzy oraz pacjentów.

Fundusz przypomina, że lekarz podstawowej opieki zdrowotnej jest autonomiczny w zakresie podejmowanych decyzji terapeutycznych i prowadzi leczenie zgodnie z posiadaną wiedzą i potrzebami zdrowotnymi pacjenta. Zgodnie z komunikatem konieczne jest udokumentowanie rozpoznania schorzenia. Co więcej, lekarz poz może kontynuować leczenie farmakologiczne zastosowane przez lekarza w poradni specjalistycznej. Natomiast zaświadczenie od lekarza z poradni specjalistycznej jest niezbędne tylko w przypadku, gdy pacjent objęty leczeniem i stałą opieką poradni specjalistycznej wymaga okresowej kontroli, zmiany lub modyfikacji leczenia.



LUTY

Zmiany w zarządzaniu chemioterapią

Narodowy Fundusz Zdrowia opublikował zmiany zarządzenia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie chemioterapii.

W treści aktu, wśród definicji uwzględniono powszechne kryteria terminologiczne dla zdarzeń niepożądanych, określone jako - opisowa technologia, możliwa do stosowania w raportowaniu zdarzeń niepożądanych, stanowiąca załącznik nr 6 do zarządzenia.

Dodano również zapisy odnoszące się do konieczności weryfikacji prawa pacjenta do świadczeń poprzez system EWUŚ oraz kary umowne wynikające z niedopełnienia tegoż obowiązku.

Zmienione zarządzenie zawiera nowy katalog leków refundowanych (1n) opublikowany zgodnie z obwieszczeniem Ministra Zdrowia wydanym na podstawie art. 37 ust. 1 ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych.

Elektroniczna infolinia dotycząca list oczekujących

Narodowy Fundusz Zdrowia uruchomił elektroniczną infolinię dla pacjentów dedykowaną tematyce kolejek oczekujących na świadczenia medyczne.

Na adres kolejki@nfz.gov.pl pacjenci mogą kierować pytania dotyczące list oczekujących, a także zgłaszać uwagi na temat funkcjonowania serwisu „Kolejki oczekujących”.

Leczenie szpitalne – nowe zarządzenie

NFZ opublikował zmiany w zakresie zarządzenia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: leczenie szpitalne. Zmiany te dotyczą przywrócenia możliwości rozliczania kosztów części procedur medycznych wykonywanych na oddziałach neonatologicznych. Są one wynikiem protestu środowiska względem rozwiązań ujętych w zarządzeniu 89/2013/DSOZ z grudnia 2013 r. Ponadto wprowadzono zmiany w zakresie rozliczania patologii ciąży oraz zmienione załączniki żywieniowe, które należy sporządzić przy udzielaniu oraz rozliczaniu świadczeń związanych z leczeniem żywieniowym.

JGP

w pytaniach i odpowiedziach



Anna Janiszewska

Ekspert ds. rozliczania świadczeń

E-mail: anna.janiszevska@iuz.org.pl

Do autorki są kierowane liczne pytania naszych Czytelników, na które udzielamy indywidualnie odpowiedzi. Najciekawsze publikujemy w tej rubryce. Dziękujemy za zainteresowanie i za wszystkie pytania, które dotychczas otrzymaliśmy. Zachęcamy do zadawania kolejnych, związanych z systemem jednolitych grup pacjentów.

– Czy słusznie NFZ kwestionuje rozliczenie pobytu pacjenta w szpitalu, gdy przyczyną przyjęcia jest konieczność wykonania badań?

– Zgodnie z zapisami art. 58 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych świadczeniobiorca ma prawo do leczenia szpitalnego w szpitalu, który zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, na podstawie skierowania lekarza, lekarza dentysty lub felczera, jeżeli cel leczenia nie może być osiągnięty przez leczenie ambulatoryjne.

Innymi słowy: każdorazowa realizacja świadczeń w warunkach hospitalizacji musi wynikać bezpośrednio z braku możliwości osiągnięcia celu leczenia w ramach leczenia otwartego.

W praktyce sytuacja taka może być podyktowana możliwością wykonania konkretnych świadczeń wyłącznie w ramach zasobów szpitalnych lub stanem pacjenta.

Należy mieć na uwadze, iż obecnie to, jakie świadczenia mogą być realizowane w ramach leczenia otwartego, regulują przede wszystkim zapisy Rozporządzenia Ministra Zdrowia z 6 listopada 2013 roku w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej oraz Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013

roku z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej.

Należy zauważyć, że ambulatoryjnej opiece specjalistycznej dedykowano możliwość wykonania szerokiego zakresu badań diagnostycznych oraz wyodrębnionych postępowań zabiegowych.

W sytuacji gdy dane postępowanie może zostać zrealizowane w ramach opieki ambulatoryjnej, jego wykonanie w obrębie oddziału szpitalnego wiązać się może z zastrzeżeniami podczas kontroli Narodowego Funduszu Zdrowia oraz zakwestionowaniem rozliczenia tej formy udzielania świadczeń.

Jeżeli natomiast określone postępowanie (zabieg operacyjny, wlew substancji czynnej) może zostać wykonane wyłącznie z wykorzystaniem zasobów, infrastruktury oraz zabezpieczenia szpitalnego – hospitalizacja jest zasadna.

Druga sytuacja – uzasadniająca realizację świadczeń w warunkach szpitalnych to taka, w której pomimo tego, że dane postępowanie (co do zasady) może zostać wykonane w leczeniu otwartym, ale stan pacjenta wymaga, by jego realizacja odbyła się w warunkach szpitalnych. Decyzja o hospitalizacji jest wówczas podyktowana stanem klinicznym rozpoznany w oparciu o badanie lekarskie. Stan pacjenta powinien wówczas zostać szczegółowo udokumentowany w indywidualnej dokumentacji medycznej pacjenta. Szczególnie uczulamy na zapisy przy przyjęciu, w wywiadzie i badaniu przedmiotowym.

Należy zwrócić uwagę, iż co do zasady, świadczenia związane z diagnostyką nie stanowią podstawy dla uzasadnienia ich realizacji w ramach hospitalizacji. Ich wykonanie w zakresie oddziału szpitalnego musi być podyktowane stanem klinicznym pacjenta wymagającym realizacji w warunkach szpitalnych.

Reguła dotycząca zasadności hospitalizacji dotyczy każdego zakresu świadczeń realizowanych w warunkach szpitalnych, a zatem hospitalizacji w oddziale, leczenia chemioterapeutycznego czy też pobytów związanych z leczeniem w ramach programów lekowych.

– Spotykamy się z różnymi rodzajami kontroli. Czy ich nazwy i zakres zależą tylko od kontrolerów, czy też są jakoś unormowane?



– Zakres oraz sposób przeprowadzania kontroli NFZ normuje art. 64 Ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U.2008.164.1027).

NFZ przeprowadza dwa rodzaje kontroli:

- koordynowane (prowadzone przez więcej niż jedną jednostkę organizacyjną NFZ)
- niekoordynowane (prowadzone przez oddział NFZ na terenie jego właściwości).

Regułą jest, iż NFZ prowadzi kontrole na podstawie przygotowanych wcześniej i zatwierdzonych na przedstawionych zasadach planów kontroli, jednak w razie potrzeby mogą być podjęte kontrole doraźne nieobjęte planem.

Kontrole doraźne można podzielić na:

- kontrole rozpoznawcze – na potrzeby wstępnego zbadania określonych zagadnień dla opracowania projektu programu kontroli;
- kontrole sprawdzające – badania sposobu wykorzystania uwag i wniosków przez adresatów wystąpień pokontrolnych;
- kontrole skargowe – rozpatrywania skarg i wniosków.

Zarówno dla kontroli planowanych, jak i kontroli doraźnych opracowuje się plan kontroli uwzględniający obszary działalności operacyjnej świadczeniodawców, które mają być zbadane, np.: określenie sposobu i technik prowadzenia kontroli, zwłaszcza wskazanie zagadnień i obszarów, na które należy

zwrócić szczególną uwagę w badaniach kontrolnych, dowodów niezbędnych do dokonania ustaleń i sposobu ich badania, powiązania tematyki z aktami normatywnymi, wskazówek o charakterze techniczno-organizacyjnym, wzorów wykazów i zestawień.

– Czy istnieje przepis na to, że lekarz rezydent po 2. roku specjalizacji może pełnić dyżur samodzielnie czy musi pod nadzorem specjalisty?

– Zgodnie z przepisem § 13 ust. 1 pkt 8) rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 2 stycznia 2013 roku w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy dentystów (Dz.U. z 2013 r. Nr 26) formy specjalistycznego szkolenia teoretycznego i praktycznego oraz sposobu ich prowadzenia określone w programie specjalizacji obejmują m.in. pełnienie dyżurów medycznych określonych w programie danej specjalizacji lub pracę w systemie zmianowym lub równoważnym czasie pracy, w maksymalnym czasie pracy dopuszczonym w przepisach o działalności leczniczej, o ile program specjalizacji przewiduje pełnienie dyżurów.

Nie ulega więc wątpliwości, iż lekarz odbywający specjalizację może (a nawet powinien) pełnić dyżury, pytanie czy może robić to samodzielnie.

Obecnie, po zmianie przepisów w 2008 r. decyduje o tym kierownik specjalizacji.

Otóż, zgodnie z § 16 ust. 1 pkt 6) cytowanego powyżej rozporządzenia w ramach realizacji szczegółowego planu szkolenia specjalizacyjnego kierownik specjalizacji ustala harmonogram dyżurów w porozumieniu z kierownikiem jednostki szkolącej, oraz decyduje o dopuszczeniu lekarza do samodzielnego pełnienia dyżuru.

Dodać można, iż odnoszące się do odpowiedzialności lekarzy przepisy prawne nie różnicują odpowiedzialności lekarza i lekarza specjalisty.

Ponadto, zgodnie z treścią art. 10 Kodeksu Etyki Lekarskiej, lekarz nie powinien wykroczać poza swoje umiejętności zawodowe przy wykonywaniu czynności diagnostycznych, zapobiegawczych, leczniczych i orzecznich, zatem gdy czynności te przewyższają jego umiejętności, powinien on zwrócić się do bardziej kompetentnego kolegi.

Zgodnie z treścią art. 37 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty w razie wątpliwości diagnostycznych lub terapeutycznych lekarz z własnej inicjatywy bądź na wniosek pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego, jeżeli uzna to za uzasadnione w świetle wymagań wiedzy medycznej, powinien zasięgnąć opinii właściwego lekarza specjalisty lub zorganizować konsylium lekarskie.

Reasumując zatem: na gruncie obowiązujących przepisów prawa lekarz odbywający specjalizację może pełnić dyżur samodzielnie – po uzyskaniu zezwolenia kierownika specjalizacji – co nie uchyla ogólnych zasad dotyczących wykonywania zawodu lekarza, w zakresie obowiązku konsultacji z innym lekarzem w przypadku, gdy zaistnieje taka konieczność.

Ciekawostki medyczne



Opr. Ewelina Wójcik

Drukarki 3D - przyszłość w medycynie

Pierwsze drukarki umożliwiające wydruk metodą 3D, pojawiły się pod koniec lat 80. Ich jedynym przeznaczeniem, było wykonywanie różnego rodzaju prototypów, jednak zakres ich możliwości powiększał się z biegiem czasu. Zanim jednak poruszymy temat najnowszych zastosowań tych maszyn, należy wspomnieć kilka słów, o samym procesie wydruku i na czym on polega.

Drukowanie 3D jest metodą niezwykle precyzyjną, od początku do końca sterowaną przez komputer. Daje ona możliwość użycia różnego rodzaju materiałów, z których powstanie końcowy wydruk, ta-

kich jak metal czy plastik. Niezależnie od użytego materiału, dysze drukarki warstwa po warstwie tworzą przestrzenną bryłę, która jest idealnym odzwierciedleniem projektu 3D stworzonym w komputerze. W chwili obecnej najczęściej są one wykorzystywane do tworzenia modeli stawów i kości, umożliwiających chirurgom lepsze przygotowanie do operacji oraz zaplanowania jej przebiegu.

Często tworzone są również meble, oraz, co może zaskoczyć, domy.

Naukowcy pracują intensywnie nad rozszerzeniem przydatności tego urządzenia. Zostały już przeprowadzone pierwsze próby wydruku idealnie dopasowanych implantów, tworzących szkielet brakującej kości, który zostanie opleciony przez ludzkie komórki macierzyste.

Jak wiadomo, komórki te mają niesamowitą zdolność przekształcania się w dowolne tkanki. Do stworzenia tego

typu wydruku używany jest kwas mlekowy oraz alginian.

Uważa się, że tak powstały implant umieszczony w ciele człowieka, bez negatywnych skutków ubocznych ulegnie zniszczeniu, a na jego miejsce w przeciągu 3 miesięcy wytworzy się nowa kość.

Kolejnym zastosowaniem drukarek 3D, nad którym naukowcy pracują bardzo intensywnie, jest tak zwany bioprinting. Metoda ta różni się od poprzednich wykorzystywanym materiałem. Otóż wydruk powstaje z żywych komórek, które, tak jak wcześniej o tym wspominaliśmy, są nakładane na siebie warstwowo, co prowadzi do powstania żywej tkanki. Daje to nadzieje na stworzenie ludzkich organów i tym samym ogromny postęp w samej transplantologii. Taki organ stworzony z komórek samego pacjenta, byłby niewątpliwie mniej narażony na ryzyko odrzucenia przez organizm.

Odbyła się już pierwsza próba stworzenia wątroby ludzkiej. Pomimo niewielkich rozmiarów, spełniała wszystkie swoje funkcje. Następnym krokiem jest stworzenie pełnowymiarowego narządu, który będzie nadawał się do przeszczepu.

Drukowanie metodą 3D jest przyszłością, która może mieć ogromny wpływ na polepszenie standardów życia całej ludzkości.



Niebezpieczna choroba wrzodowa żołądka i dwunastnicy

Nie każdy ból brzucha musi być oznaką choroby. Wrzody żołądka nie są łatwe do rozpoznania. Podobne objawy występują również w przypadku innych chorób układu pokarmowego. Czasami zdarza się, że wrzody nie dają żadnych oznak, aż do momentu wystąpienia powikłań. Nie leczone wrzody nie tylko są uciążliwe, ale mogą być niebezpieczne dla życia.



Magdalena Moczulska

Choroba zaczyna się od powierzchniowego uszkodzenia błony śluzowej żołądka, wywołanego zbyt dużą ilością kwasu solnego lub nieprawidłową budową błony śluzowej, która nie może sobie poradzić z normalną ilością kwasu. Gdy dochodzi do uszkodzenia błony śluzowej, powstaje nadżerka. Jeśli warunki sprzyjają rozwojowi choroby, wtedy zmiana powiększa się.

Pojawieniu się wrzodów sprzyjają m.in. predyspozycje genetyczne, obecność w żołądku bakterii *Helicobacter pylori* - wpływa na powiększenie się wrzodu, gdy dojdzie do uszkodzenia śluzówki, również częste przyjmowanie leków niesteroidowych przeciwzapalnych, przyczynia się do uszkodzenia śluzówki. Do tego dochodzą nieregularne posiłki, palenie papierosów, picie alkoholu, kawy, co zmniejsza zdolność błony śluzowej żołądka do przeciwstawiania się działaniu kwasu solnego.

Nieleczona choroba wrzodowa powoduje, że wrzody pogłębiają się i efektem tego może być perforacja. To niebezpieczna sytuacja, treść pokarmowa wydostaje się wówczas na zewnątrz i dochodzi do zapalenia otrzewnej. Objawy towarzyszące zapaleniu to paraliżujący ból w górnej części brzucha i wysoka temperatura, wtedy konieczna jest natychmiastowa operacja ratująca życie. Są jeszcze inne powikłania, do których dochodzi, gdy zaniedbamy leczenie. Groźne jest pęknięcie naczynia krwionośnego w obrębie wrzodu i krwotok wewnętrzny, co objawia się bólem żołądka, wymiotami z zawartością krwi, czarnymi stolcami. Konieczny jest wtedy szybki

zabieg chirurgiczny. Ponadto blizny, które pozostawiają wrzody, czasem prowadzą do zwężenia odźwiernika, czyli przejścia z żołądka do dwunastnicy. A to prowadzi do niedrożności przewodu pokarmowego. Prawidłowy stan może przywrócić tylko operacja.

Kiedy już mamy pewność choroby wrzodowej, a obecność wrzodu żołądka możemy potwierdzić poprzez wykonanie gastroskopii, wtedy rozpoczynamy kurację. Przede wszystkim trzeba przyjmować leki hamujące wydzielanie kwasu solnego w żołądku. Kuracja trwa od miesiąca do dwóch. Równocześnie można przyjmować środki zobojętniające kwas. Istnieją też tak zwane leki osłaniające śluzówkę żołądka, które nie leczą wrzodów, za to zapobiegają ich powstaniu. Natomiast, jeśli wrzodom towarzyszy obec-

ność bakterii *Helicobacter pylori*, można je skutecznie wyleczyć, stosując kurację antybiotykową, która trwa od 7 do 14 dni, w zależności od stanu zaawansowania choroby. Po takiej kuracji problemy z wrzodami mogą zniknąć i to na kilka lat. Warto też wspomnieć, że domowe sposoby, takie jak picie siemienia lnianego lub soku z surowych ziemniaków nie leczą wrzodów, a jedynie łagodzą dolegliwości wywołane krótkotrwałym podrażnieniem śluzówki.

Panuje powszechne przekonanie, że na powstanie choroby wrzodowej duży wpływ ma także stres. Nie jest to prawda, ponieważ stres nie przyczynia się w żaden sposób do choroby wrzodowej. Ale gdy wrzody już istnieją, to stres może nasilić dolegliwości poprzez wydzielanie kwasu żołądkowego.

M edycyna na wesoło

– Dzień dobry, panie doktorze, jestem Napoleon Bonaparte.

– I uważa pan, że coś jest z panem nie w porządku?

– Ależ ze mną jest wszystko w porządku, gorzej z moją żoną. Ona twierdzi, że nazywa się Kowalska...

* * *

– Jaki jest najlepszy sposób na katar?

– Dwie tabletki Laxigenu i strach kichnąć...

* * *

Lekarz do pacjentki leżącej na stole operacyjnym: – Sądzę, że wystarczy pani znieczulenie miejscowe,

– Wolałabym zagnaniczne...

Jak lekarze żegnają się ze swoimi pacjentami?

Okulista – Do zobaczenia

Laryngolog – Do usłyszenia

Ginekolog – Jeszcze do pani zajrzę.

W następnym numerze:

- Programy lekowe w praktyce
- Alfabet JGP - Układ pokarmowy
- Kontynuacja cyklu: ginekologia i położnictwo

Ponadto:

- Felieton
- Kalejdoskop
- Wywiad w „Systemie”
- JGP w pytaniach i odpowiedziach
- Kalendarium i kolejne zmiany w rozliczaniu świadczeń



REDAKCJA:

Zespół redakcyjny:

Dorota Szmurło, Magdalena Siebielska,
Iwona Chodacz, Rafał Janiszewski,
Anna Janiszewska, Emilia Sujkowska,
Ewelina Wójcik, Magdalena Moczulska

Adres redakcji:

Kancelaria Doradcza
Rafał Piotr Janiszewski,
Warszawa, ul. Wiejska 12/IV p.

UWAGA:

Redakcja nie zwraca materiałów niezamówionych. Zastrzega sobie jednocześnie prawo do ich redagowania i ewentualnie skracania.

Redakcja

nie przyjmuje zleceń reklamowych

Zdjęcia - zespół

ISSN 1898-3987

tel. (22) 745 53 60, fax (22) 625 73 99
e-mail: system@iuz.org.pl
www.kancelariajaniszewski.pl

www.kancelariajaniszewski.pl/system

PRENUMERATA

Zamów System

Zamawiam bezpłatną edycję kwartalnika "System"

Kwartalnik "System"
można zamówić, drogą mailową
wysyłając wiadomość na adres:
system@iuz.org.pl,
lub kontaktując się z nami
telefonicznie
pod numer kom. 697 602 707

IMIĘ I NAZWISKO LUB PEŁNA NAZWA PLACÓWKI/FIRMY

ADRES POCZTOWY

ADRES WYSYŁKI PRENUMERATY - JEŚLI JEST INNY NIŻ POWYŻEJ

TELEFON KONTAKTOWY

E-MAIL

Redakcja Kwartalnika "System"
Kancelaria Doradcza
Rafał Piotr Janiszewski
ul. Wiejska 12/IVp.
00-490 Warszawa

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Kancelarię Doradczą Rafał Janiszewski z siedzibą w Warszawie przy ul. Wiejskiej 12/IVp. w celu realizacji niniejszego zamówienia oraz do celów marketingowych. Każdej osobie, której dane dotyczą, przysługuje prawo dostępu do treści swoich danych i ich poprawiania



KANCELARIA DORADCZA

Rafał Piotr Janiszewski
00-490 Warszawa, ul. Wiejska 12,
tel. 22 745 53 60, fax 22 625 73 99
www.kancelaria.janiszewski.med.pl

System

**Czy
korzystnie rozliczasz się z NFZ?**

SPRAWDŹ, CZY MOŻNA LEPIEJ?

Ile zależy od jakości prowadzonej dokumentacji medycznej?

Z nami unikniesz kosztownych błędów

**Najczęściej proponowane przez nas
rozwiązania:**



- szkolenie personelu medycznego
- indywidualne konsultacje dla lekarzy w oddziałach, doradztwo w zakresie prawidłowości dokumentowania i rozliczania świadczeń
- comiesięczna weryfikacja dokumentacji w oddziale przed oddaniem do rozliczenia do działu statystyki
- wypracowanie procedur odpowiedzialności za dokumentację medyczną
- cykliczne szkolenia i warsztaty dla zespołów rozliczeniowych szpitala w celu aktualizacji wiedzy o JGP
- comiesięczne audyty oddziałów wraz z prezentacją wyników i warsztatami dla personelu medycznego

Udzielamy bezpośredniej pomocy w dokumentowaniu i rozliczaniu świadczeń, a koszt naszej podstawowej obsługi nie przekracza miesięcznego kosztu jednego pracownika administracyjnego.