

Trzeba wyważyć potrzeby i koszty

Od kilku lat eksperci głośno mówią, że w polskiej chirurgii nie dzieje się najlepiej. Niedoszacowane wyceny procedur, wysoka średnia wieku pracujących specjalistów i niechęć młodych lekarzy do kształcenia się w tej dziedzinie rzeczywiście nie napawają optymizmem. Na to wszystko nakładają się niezaspokojone potrzeby zdrowotne niektórych pacjentów. Czy jest wyjście z tej sytuacji? Co należy zmienić, aby poprawić kondycję oddziałów chirurgicznych i zachęcić młodych lekarzy do podejmowania nauki w zakresie chirurgii ogólnej? O tym, z prof. dr. hab. n. med. Jerzym Sieńko, krajowym konsultantem w dziedzinie chirurgii ogólnej, rozmawia Anna Jarosz.

W obszarze zainteresowań chirurgii ogólnej znajduje się niemal każdy kawałek naszego ciała. To priorytetowa dziedzina medycyny, która zajmuje się diagnozowaniem i operacyjnym leczeniem bardzo wielu schorzeń. Co pana zdaniem jest najtrudniejsze, a co najciekawsze w tej specjalizacji?

W specjalizacji chirurgia ogólna wszystko jest ciekawe. Jeśli ktoś decyduje się na uprawianie jej, musi mieć własny system motywacyjny, który popycha go w tym kierunku. Dla mnie chirurgia jest nie tylko zawodem, który wykonuję, ale przede wszystkim pasją mojego życia. Gdy tak jest, odczuwa się ogromną satysfakcję zawodową i życiową. Często słyszę od pacjentów pytanie: to tylko taki prosty zabieg będzie? Otóż nie. W chirurgii nie ma prostych zabiegów. Powtarzam to moim studentom.

Czasem słyszę od młodych chirurgów: a to tylko przepuklina. Lekarzowi, który wykonywał już takie zabiegi, może się wydawać, że to „tylko zwykła przepuklina”. Tak nie jest, bo dla pacjenta to jest jego przepuklina, jego problem i jego ciało. Trzeba to mieć na uwadze i zawsze szanować.

Chirurgia to bardzo różnorodna dziedzina. Po latach pracy niektóre zabiegi można wykonywać rutynowo, ale trzeba być przygotowanym na to, że w polu operacyjnym spotkamy coś nieoczywistego, nieoczekiwanego. Chirurg musi być na to gotowy i umieć szybko wdrożyć niestandardowe postępowanie. Żaden z zabiegów chi-

rurgicznych nie jest mniej ważny, ponieważ podmiotem i przedmiotem naszej pracy jest ludzkie zdrowie i życie. Zdarza się, że pacjent umiera podczas operacji usunięcia wyrostka robaczkowego. Dlatego do każdej, z pozoru błażej operacji, należy podchodzić bardzo sumiennie. Nie można sobie pozwolić na rutynę czy nonszalancję, bo od tego zależy życie pacjentów. Chirurg musi mieć ogromną wiedzę, doświadczenie i zdolności manualne,

bo nawet niewielki błąd może doprowadzić do tragedii. Każda operacja teoretycznie jest obciążona określonym ryzykiem powikłań i wymaga od operatora wielkiej odpowiedzialności.

A zatem chirurgia wyklucza wszelką rutynę?

Tak. Rutyna gubi ludzi, nie tylko lekarzy. W każdym zabiegu, w każdej operacji, chirurg musi włożyć swoje serce, doświadczenie, umiejętności i porządnie przyłożyć się do wykonywanej pracy. Nie wolno o tym zapominać, bo od naszej postawy zależy ludzkie zdrowie i życie. Nawet długoletnie doświadczenie nie uwalnia chirurga od stresu, jaki mu towarzyszy, gdy staje do stołu operacyjnego.



prof. Jerzy Sieńko
Konsultant krajowy w dziedzinie chirurgii ogólnej

Fot. Archiwum rozmówcy

Czy uczycie się panować nad stresem, aby zachować jasność umysłu?

Stres jest związany z odpowiedzialnością, z której każdy z nas zdaje sobie sprawę. Oczywiście staramy się walczyć ze stresem. Co pomaga? Przede wszystkim doświadczenie, którego nabywa się z biegiem

lat. Chirurg, który przez lata wykonuje określone zabiegi, poznaje nie tylko wszystkie procedury, ale także nabiera doświadczenia. Należy przez to rozumieć, że lekarz wie, jakie komplikacje mogą wystąpić podczas operacji. Wie także, jak sobie z nimi poradzić. Drugim ważnym elementem walki ze stresem jest wiedza. Chirurg całe zawodowe życie musi się uczyć, śledzić doniesienia kolegów, z których dowie się np. o możliwości wystąpienia nietypowych powikłań i sposobach ich zaopatrzenia. Połączenie wiedzy i doświadczenia to najlepsza droga do eliminacji stresu.

Czy skład zespołu, z którym chirurg staje przy stole operacyjnym, ma znaczenie?

Oczywiście. Jeśli wykonuję zabieg obarczony ryzykiem powikłań śródoperacyjnych, to chcę mieć w asyście osobę, która ma wiedzę i sprawność manualną, abyśmy wspólnie pokonali wszystkie przeszkody. Ale są też zabiegi, które możemy przeprowadzać w asyście studentów.

Jak można opisać kondycję polskiej chirurgii ogólnej? Co przeszkadza, co jest trudne?

Trudne pytanie. Polska chirurgia potrzebuje wielu zmian systemowych w zakresie organizacji oddziałów chirurgicznych, w zakresie ich funkcjonowania i relacji personalnych tam panujących. Zmian wymaga także system kształcenia przyszłych chirurgów. Osobiście nie narzekam. Pracuję w szpitalu wojewódzkim, który dysponuje dobrym sprzętem i przygotowaną merytorycznie kadrą przeprowadzającą szeroką gamę zabiegów. A co przeszkadza w naszej pracy? Przede wszystkim przedłużające się hospitalizacje. Społeczeństwo nasze starzeje się, wydłuża się średnia długość życia Polaków, a wraz z tym dotykają nas różne schorzenia – choroby układu krążenia, onkologiczne, naczyniowe, zwyrodnieniowe. Ośrodki wysokospecjalistyczne są przeciążone, bo to w nich – zgodnie z obowiązującymi przepisami – pacjenci chcą się leczyć. Chętnych do zabiegów jest wielu, ale starszych pacjentów nie zawsze możemy szybko wypisać do domu, ponieważ wymagają oni różnorodnej opieki i pomocy po okresie hospitalizacji. W swoim środowisku nie zawsze mogą na taką pomoc liczyć. Jeżeli nie mamy pewności, że zoperowany pacjent będzie miał w domu należytą opiekę, czyli pomoc w codziennych czynnościach, utrzymaniu higieny i powrocie do samodzielności poprzez odpowiednie usprawnienie, nie możemy go wypisać do domu. Ale trzeba też jasno powiedzieć, że tacy pacjenci zajmują łóżka, na których powinny się znaleźć kolejne osoby wymagające leczenia operacyjnego.

Jakie rozwiązanie można tu zaproponować?

Nie należę do osób, które narzekają. Jeśli widzę problem, staram się go rozwiązać. Uważam, że w obecnej sytu-

acji rozwiązaniem tego problemu jest przekwalifikowanie ok. 20 procent oddziałów chirurgicznych w Polsce na oddziały opieki długoterminowej. W oddziałach tych nie przeprowadzano by operacji, tylko zapewniano opiekę pacjentom, o których wcześniej mówiłem.

Skąd taki pomysł? Przez lata byłem konsultantem wojewódzkim i doskonale pamiętam oddziały, w których tygodniowo przeprowadzano zaledwie kilka operacji usunięcia pęcherzyka żółciowego, chociaż jest to najczęściej wykonywany zabieg chirurgiczny. Podobnie niskie wskaźniki dotyczyły naprawy przepukliny pachwinowej. Najczęściej wykonywanym zabiegiem w trybie ostrożnym w oddziałach chirurgicznych jest appendektomia, czyli usunięcie wyrostka robaczkowego. W oddziale, który wspominałem, w ciągu roku wykonano zaledwie 12 takich zabiegów. Nierzadko też jest tak, że oddziały chirurgiczne są od siebie oddalone o 15 minut jazdy samochodem. Ich utrzymywanie wymaga zapewnienia sprzętu diagnostycznego, operacyjnego, a ponieważ zabiegów przeprowadza się niewiele, sprzęt nie jest odpowiednio wykorzystywany, a często także przestarzały. Pacjenci o tym dobrze wiedzą i pomocy szukają w wyspecjalizowanych oddziałach, które są przepełnione.

Oddziały chirurgiczne, w których wykonuje się niewiele zabiegów, dawno powinny być przekształcone w oddziały opieki długoterminowej. Rozwiązałoby to nie tylko nasze problemy, ale także problemy innych specjalistycznych oddziałów internistycznych, które są przepełnione pacjentami geriatrycznymi, przez co często nie mogą się właściwie zająć chorymi z cukrzycą czy niewydolnością nerek.

A co z chirurgami zatrudnionymi obecnie w oddziałach, które mogłyby być w przyszłości przekształcone w oddziały opieki długoterminowej?

Bez problemu znajdą pracę w centrach chirurgicznych, które przy takiej reorganizacji będą potrzebowały znacznie więcej specjalistów, aby zapewnić obsadę dla całodobowych dyżurów i prawidłowej opieki nad pacjentami.

Czy reorganizacja oddziałów chirurgicznych to jedno z zadań do realizacji na liście konsultanta krajowego, którym jest pan od października 2024 r.?

Spotkałem się niedawno z konsultantami wojewódzkiemi z całej Polski, którzy mają obowiązek kontrolowania oddziałów chirurgicznych znajdujących się na ich terenie. Poprosiłem kolegów, aby przyjrzyli się zasadom hospitalizacji w oddziałach chirurgicznych, aby sprawdzili, czy przestrzegane są wszystkie procedury, czy w miejsce klasycznych zabiegów z zakresu chirurgii ogólnej nie wykonuje się komercyjnych zabiegów operowania, np. haluksów czy stulejek. Trzeba przeprowadzić dokładne rozpoznanie obecnej sytuacji, przeanalizować ją i wyciągnąć wnioski, które pozwolą uzdrowić obecną sytuację,

czyli poprawić tzw. przepustowość w oddziałach chirurgii ogólnej.

Wspomniał już pan o potrzebie zmian w systemie kształcenia młodych chirurgów. Dlaczego to takie ważne?

Specjalizacja z chirurgii ogólnej nie cieszy się szczególnie zainteresowaniem młodych lekarzy. Taki trend obserwujemy od dawna. Wpływ na tę sytuację ma bardzo wiele czynników. Już mówiłem: bycie chirurgiem to nieustanny stres i ogromna odpowiedzialność za wykonywaną pracę. Nie każdy jest gotowy na takie obciąże-

wiatr z Krakowa, wraz ze swoim zespołem, przygotował doskonałą ankietę, gdzie w sposób anonimowy można się wypowiedzieć na temat stosunków międzyludzkich panujących w konkretnym oddziale. Podczas wspomnianego spotkania z konsultantami wojewódzkimi mówiłem o tej ankiecie. Przekazałem ją kolegom, abyśmy wspólnie mogli wyeliminować takie patologiczne zachowania, które w moim przekonaniu też odpychają młodych lekarzy od naszej specjalizacji.

Krótko mówiąc, polska chirurgia wymaga wielu zmian, ale to muszą być zmiany, które nie będą poprawiały sytuacji lekarzy czy pielęgniarek, ale będą służyć przede

wszystkim pacjentom, bo to oni oddają w nasze ręce swoje zdrowie i życie. Wszyscy płacimy składkę zdrowotną i dlatego wszyscy, niezależnie od miejsca zamieszkania, powinniśmy mieć dostęp do świadczeń zdrowotnych na wysokim poziomie. Dlatego chirurgii potrzebne są zmiany.

Każdego dnia chirurdzy ratują zdrowie lub życie tysiącom pacjentów. Ale są też grupy pacjentów, których potrzeby zdrowotne nie są w pełni zaspokojone. Jedną z takich grup są pacjenci cierpiący z powodu nietrzymania stolca. Cierpią, bo nie jest refundowana skuteczna metoda leczenia tej dolegliwości, czyli zabiegi neuromodulacji krzyżowej.

Refundacja procedur medycznych

to ogromny problem społeczny, który dotyczy nie tylko osób z nietrzymaniem kału, ale także wiele osób z chorobami rzadkimi.

Nietrzymanie kału (NTK) to wrodzony lub nabyty, niezależny od woli, wyciek płynnych lub stałych stolców i/lub gazów jelitowych, stanowiący problem zdrowotny, społeczny i higieniczny. NTK występuje rzadziej niż nietrzymanie moczu, ale ma równie negatywny wpływ na jakość życia pacjenta. Oprócz powikłań medycznych (podrażnienia okolicy odbytu, zakażenia skóry, powstawanie trudno gojących się ran) nietrzymanie kału prowadzi do poważnych kłopotów psychologicznych, z ciężką depresją włącznie. Ludzie z tą przypadłością stronią od innych, izolują się, często korzystają ze zwolnień lekarskich, a niektórzy nawet rezygnują z pracy. Z danych medycznych wynika, że problem ten dotyczy 3-5% społeczeństwa. Skuteczne leczenie tak niewielkiej grupy osób nie będzie zbyt dużym obciążeniem dla systemu ochrony zdrowia. Ale wprowadzenie refundacji na



Fot. anatolij_gleb - stock.adobe.com

nia. Poza tym, program specjalizacji od wielu lat nie był zmieniany. Wymaga, aby rozpisać go na nowo. Musi być dostosowany do wymogów europejskich i światowych, do współczesnej wiedzy. Robienie specjalizacji z chirurgii trwa obecnie 6 lat. Można pokusić się o skrócenie kształcenia o rok, ale bez cięcia nauki wszystkich procedur zabiegowych. To niezwykle ważne, bo jako konsultanci krajowi czy wojewódzcy musimy pilnować kto „wejdzie” do systemu jako specjalista. W programie specjalistycznym jest wiele kursów, które powielają wiedzę ze studiów czy też ze stażu. Te można okroić.

I kolejny ważny element zmian. Chirurgia jest dyscypliną hierarchiczną i taką powinna pozostać, ponieważ na czele oddziału stoi szef, ordynator, który odpowiada za wszystko, co się tam dzieje. Ale hierarchiczność tej dyscypliny nie powinna przekładać się na stosunki międzyludzkie, a tak niestety się dzieje. Mam tu na myśli faworyzowanie niektórych lekarzy kosztem innych. Takie sytuacje nie powinny się zdarzać. Prof. Michał Pędzi-

kolejną procedurę medyczną jest obwarowane wieloma przepisami. To Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (AOTMiT) decyduje, co może być refundowane, a co nie. Mówi się, że miarą wartości społeczeństwa jest to, jak traktuje najsłabszych. Jako konsultant krajowy będę zabiegał o wprowadzenie zabiegów neuromodulacji krzyżowej w przypadku nietrzymania kału na listę świadczeń refundowanych. W ocenie AOTMiT opinia konsultanta jest ważna, ale nie decydująca.

Może czas nieco zmienić zasady oceniania procedur, które mogą być refundowane?

Na ekonomiczną stronę medycyny trzeba patrzeć bardzo szeroko. Konieczne jest rzetelne wyliczenie kosztów i korzyści wynikających z wprowadzenia procedury na listę świadczeń refundowanych. Pacjent wyleczony nie pobiera renty, nie chodzi na zwolnienia lekarskie, nie potrzebuje wsparcia w postaci środków higienicznych, nie trzeba go leczyć z powodu powikłań. To wszystko należy brać pod uwagę, bo teraz wydatki na te cele ob-

ciążają budżet. Chorym trzeba pomagać, nie ma co do tego wątpliwości. Do dyspozycji mamy odpowiednio wykwalifikowane kadry, jest sprzęt, więc trzeba z tego skorzystać.

Warto pamiętać, że do przyczyn powodujących wystąpienie NTK należą urazy w obrębie miednicy, urazy rdzenia kręgowego, urazy otaczającej odbytu tkanki, zabiegi operacyjne odbytu, wypadanie odbytnicy, przepuklina odbytnicy, hemoroidy, porody, przewlekłe zaparcia i biegunki, radioterapia w obrębie miednicy, zapalne choroby jelit, cukrzyca, stwardnienie rozsiane. Mówię o tym, bo niektóre z tych schorzeń uznane są za choroby społeczne. Zwłaszcza że skuteczność leczenia poprzez zabiegi neuromodulacji krzyżowej są sprawdzoną i potwierdzoną metodą leczenia nietrzymania kału.

Jako konsultant krajowy mam nadzieję, że analiza epidemiologiczno-zdrowotna, społeczna i ekonomiczna pozwoli w niedługim czasie wpisać te zabiegi na listę procedur refundowanych.

Dziękujemy za rozmowę.

Placówki szpitalne przygotowane do wykonywania zabiegów neuromodulacji krzyżowej

MIASTO	PLACÓWKĄ	ADRES	KONTAKT	KIEROWNIK KLINIKI / ODDZIAŁU
Biała Podlaska	Oddział Urologiczny Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Białej Podlaskiej	ul. Terebelska 57/65 21-500 Biała Podlaska	tel. 83 414 75 66 www.szpitalbp.pl	lek. med. Krzysztof Pękala
Bielsko-Biała	Oddział Urologii i Onkologii Urologicznej, Szpital Wojewódzki w Bielsku-Białej	Al. Armii Krajowej 101 43-316 Bielsko-Biała	tel. 33 810 23 52 www.hospital.com.pl	lek. med. Krzysztof Pliszek
Bydgoszcz	Klinika Urologii Ogólnej i Onkologicznej, Szpital Uniwersytecki nr 1 im. dr. Antoniego Jurasza	ul. Marii Skłodowskiej-Curie 9, 85-094 Bydgoszcz	tel. 52 585 45 00 tel. 52 585 40 45 www.jurasza.umk.pl	prof. dr hab. n. med. Tomasz Drewa
Chorzów	Śląskie Centrum Urologii „Urovita”	ul. Strzelców Bytomskich 11, 41-500 Chorzów	tel. 32 111 42 42 www.urovita.pl	dr n. med. Andrzej Szurkowski
Jastrzębie-Zdrój	Oddział Urologii i Onkologii Urologicznej, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny Nr 2 w Jastrzębiu-Zdroju	Al. Jana Pawła II 7 44-330 Jastrzębie-Zdrój	tel. 32 478 44 20 www.wss2.pl	dr n. med. Agata Witosińska-Walica
Kraków	Oddział Kliniczny Urologii i Urologii Onkologicznej, Szpital Uniwersytecki	ul. Jakubowskiego 2 30-688 Kraków Budynek H, poziom 1	tel. 12 424 79 60 www.su.krakow.pl	prof. dr hab. n. med. Piotr L. Chłosta
Łódź	Oddział Urologii Ogólnej, Onkologicznej i Czynnościowej, Wojewódzkie Wielospecjalistyczne Centrum Onkologii i Traumatologii im. M. Kopernika	ul. Pabianicka 62 93-513 Łódź	tel. 42 689 52 13 tel. 42 689 52 47 www.kopernik.lodz.pl	dr n. med. Jacek Wilkosz
Szczecin	Oddział Urologii Ogólnej i Onkologicznej Samodzielny Publiczny Wojewódzki Szpital Zespolony	ul. Arkońska 4 71-455 Szczecin	tel. 91 813 96 20 www.spwsz.szczecin.pl	dr hab. n. med. Artur Lemiński
Warszawa	Katedra Ginekologii i Położnictwa Uniwersytetu Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie	ul. Bursztynowa 2 04-749 Warszawa	tel. 22 473 53 35 www.mssw.pl	prof. dr hab. n. med. Ewa Barcz
Warszawa	Oddział Kliniczny Urologii, Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny im. prof. W. Orłowskiego Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego	ul. Czerniakowska 231 00-416 Warszawa	tel. 22 621 71 78 tel. 22 584 11 42 www.szpital-orlowskiego.pl	prof. CMKP dr hab. n. med. Jakub Dobruch
Warszawa	I Klinika Położnictwa i Ginekologii CMKP, Centrum Medyczne „Żelazna”	ul. Żelazna 90 01-004 Warszawa	tel. 22 255 98 07 www.szpitalzelazna.pl	prof. dr hab. n. med. Grzegorz Jakiel
Warszawa	Klinika Położnictwa i Ginekologii Instytut Matki i Dziecka	ul. Kasprzaka 17A 01-211 Warszawa	tel. 22 327 70 19 www.imid.med.pl	prof. dr hab. n. med. Tadeusz Issat
Warszawa	Klinika Urologii Ogólnej, Onkologicznej i Czynnościowej Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego	ul. Lindleya 4 02-005 Warszawa	tel. 22 502 17 02 www.klinikaurologii.edu.pl	prof. dr hab. n. med. Piotr Radziszewski