



PACJENTA ONKOLOGICZNEGO

Bezpłatne pismo Polskiej Koalicji Pacjentów Onkologicznych

www.pkopo.pl

PAKIET ONKOLOGICZNY

Czas na zmiany w polskiej onkologii



Spotkanie liderów pacjentów z Ministrem Zdrowia w sprawie pakietu onkologicznego, 2 grudnia 2014 r.

To już dziesiąty numer „Głosu Pacjenta Onkologicznego”. Jego wydanie zbiega się w czasie z pięcioletnim działaniem Polskiej Koalicji Pacjentów Onkologicznych i jest poświęcone pakietowi onkologicznemu, który wchodzi w życie 1 stycznia 2015 r. Wprowadzenie Pakietu oznacza czas zmian w polskiej onkologii, na które czekali zarówno pacjenci, jak i pracownicy służby zdrowia. Wiemy, że te zmiany nie będą łatwe, a ich efekty natychmiastowe, ale wiemy też, że są konieczne. Co one oznaczają dla pacjenta onkologicznego – przeczytajcie. Na nasze pytania odpowiadają najważniejsze osoby polskiego świata medycznego z ministrem zdrowia Bartoszem Arłukowiczem na czele.

BĄDŹMY WSZYSCY SYGNATARIUSZAMI PAKIETU ONKOLOGICZNEGO

Minister Zdrowia
Bartosz Arłukowicz

JEDNO JEST PEWNE – OBECNA SYTUACJA MUSI ULEC ZMIANIE

Prezes Polskiego Towarzystwa Onkologii Klinicznej
prof. Maciej Krzakowski

IBI VICTORIA, UBI CONCORDIA! – TAM ZWYCIĘSTWO, GDZIE ZGODA!

Przewodniczący Polskiego Towarzystwa Onkologicznego
prof. Jacek Fijuth

STAWIAJĄC NA CHOROBE – NIGDY NIE DOGONIMY ZDROWIA

Prezes Porozumienia Pracodawców Ochrony Zdrowia
lek. med. Bożena Janicka

PIELĘGNIARKA ONKOLOGICZNA JEST NAJBLIŻEJ PACJENTA

Prezes Polskiego Stowarzyszenia Pielęgniarek Onkologicznych
Barbara Jobda

PAKIET ONKOLOGICZNY JEST ZWIASTUNEM ZMIAN I NADZIEI

Prezes Polskiej Koalicji Pacjentów Onkologicznych
Szymon Chrostowski

NUMER SPEŁNIONYCH MARZEŃ

Redaktor naczelna „Głosu Pacjenta Onkologicznego”
Aleksandra Rudnicka

PAKIET ONKOLOGICZNY W SZEŚCIU KROKACH Szybka diagnostyka i terapia onkologiczna

BĄDŹMY WSZYSCY SYGNATARIUSZAMI PAKIETU ONKOLOGICZNEGO



Minister zdrowia, Bartosz Arłukowicz, absolwent Wydziału Lekarskiego Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie (PUM) i studiów MBA na Uniwersytecie Szczecińskim. Lekarz med., specjalista II stopnia w dziedzinie pediatrii. Pracował m.in. w Klinice Pediatrii, Hematologii i Onkologii Dziecięcej PUM, w Wojewódzkiej Stacji Pogotowia Ratunkowego oraz jako wykładowca na PUM. Od 2007 r. poseł na Sejm RP, członek Komisji Zdrowia i Komisji Spraw Zagranicznych. Sekretarz stanu w KPRM i pełnomocnik premiera ds. przeciwdziałania wykluczeniu społecznemu(2011). W latach 2002 – 2007 członek Rady Miasta Szczecina, w której przewodniczył Komisji Zdrowia i Polityki Społecznej (2002 – 2006). 18 listopada 2011 r. został powołany na stanowisko ministra zdrowia RP.

Od stycznia 2015 r. będzie wprowadzony pakiet onkologiczny. Jakie korzyści ma on przynieść pacjentom onkologicznym i całemu systemowi ochrony zdrowia?

Dla pacjentów onkologicznych najważniejszą zmianą jest szybka terapia onkologiczna. Pakiet to akty prawne, które ją wprowadzają. Dla pacjentów z podejrzeniem lub rozpoznaniem nowotworu złośliwego decydujący jest czas. Szybka diagnostyka, umożliwiająca rozpoznanie lub wykluczenie choroby w ciągu 9 tygodni od zapisania się pacjenta do specjalisty, to jest kluczowa zmiana, która znacząco zwiększa szanse na wyleczenie. Przepustką do szybkiej terapii jest karta diagnostyki i leczenia onkologicznego, potocznie nazywana kartą pacjenta onkologicznego. Lekarze z placówek, które przystąpią do szybkiej terapii, będą mogli wystawiać karty tym pacjentom, u których na podstawie badań będą podejrzewali lub rozpoznają nowotwór złośliwy. Zasady wystawiania kart są zróżnicowane w zależności od tego, kto i na jakim etapie je wystawia. Podstawowe informacje na temat szybkiej terapii onkologicznej – m.in. na temat karty, kolejnych etapów diagnostyki i terapii, roli lekarza POZ i koordynatora – są już dostępne w serwisie

pakietonkologiczny.gov.pl. Ten serwis będzie na bieżąco uaktualniany, w styczniu pojawią się tam informacje o placówkach, które będą realizowały szybką terapię onkologiczną. Z punktu widzenia systemu istotną zmianą jest zniesienie limitów na świadczenia wykonywane w ramach szybkiej terapii zgodnie z jej założeniami – czyli w określonych terminach i kompleksowo.

Czy stworzenie systemu szybkiej terapii dla pacjentów onkologicznych nie wydłuży czasu oczekiwania pozostałych pacjentów na świadczenie specjalistyczne?

Nie ma takiego zagrożenia. Przeciwnie – utworzenie specjalnej, nielimitowanej szybkiej ścieżki diagnostyki i leczenia spowoduje, że pacjenci przyjmowani w ramach szybkiej terapii zwolnią miejsce innym, oczekującym w kolejkach.

Od czego powinien zacząć pacjent, który zauważy u siebie niepokojące zmiany, mogące wskazywać na nowotwór?

Pacjent, który zauważa u siebie jakiegokolwiek niepokojące objawy związane ze stanem zdrowia, powinien jak najszybciej skorzystać z porady

lekarza podstawowej opieki zdrowotnej (POZ). Przypominam, że wszyscy – przynajmniej raz w roku – powinniśmy zgłaszać się do lekarza, nawet jeśli nie mamy poważnych dolegliwości. Rozmawiając z pacjentem o stanie zdrowia, lekarz POZ może wychwycić objawy, które samemu pacjentowi nie wydają się istotne, a mogą być wczesnym sygnałem choroby. Lekarz może wówczas skierować pacjenta na badania profilaktyczne, które pozwalają wykryć problemy zdrowotne we wczesnej fazie, zapobiegając rozwojowi choroby. Może też doradzić wizytę u innego specjalisty i wystawić skierowanie. Przypominam, że od 2015 roku lekarze POZ będą kierować także do dermatologa i okulisty. Wracając do Pani pytania – pacjent, który się niepokoi, że może mieć nowotwór, powinien niezwłocznie zgłosić się do lekarza POZ. Apeluję: nie traćmy w takich przypadkach czasu na samodzielne szukanie diagnozy w internecie! Internet daje nieocenioną możliwość tworzenia grup wsparcia, ale w żadnym wypadku nie zastąpi porady ani diagnozy lekarskiej! Jeśli lekarz stwierdzi, że objawy wskazują na ryzyko nowotworu, ma obowiązek skierować pacjenta na badania, które szybko potwierdzą lub wykluczą to podejrzenie

nie. W ramach pakietu onkologicznego rozszerzyliśmy listę badań, które może w tym celu zlecić lekarz POZ. I jeśli lekarz udziela świadczeń w ramach szybkiej terapii onkologicznej, to wyniki badań wskazujące na nowotwór złośliwy automatycznie powodują, że pacjent dostaje kartę i trafia na szybką ścieżkę diagnostyczną. Karta jest jednocześnie skierowaniem do specjalisty udzielającego świadczeń w ramach szybkiej terapii, zobowiązanego do postawienia diagnozy w ciągu 9 tygodni.

Karta diagnostyki i leczenia onkologicznego jest najbardziej krytykowanym elementem pakietu, zwłaszcza wśród lekarzy POZ, którzy uważają, że jest ona zbyt obszerna, zawiera za dużo szczegółowych pytań, a jej wypełnienie jest czasochłonne. Czy te zarzuty zdaniem Pana Ministra są słuszne?

Karta jest tym elementem systemu, dzięki któremu wszyscy lekarze zajmujący się pacjentem na kolejnych etapach diagnostyki i leczenia będą mieli dostęp do najważniejszych informacji o jego stanie zdrowia. Ma kilka stron, ale przecież nie wszystkie będzie wypełniał jeden lekarz. Poza tym w momencie zakładania karty część danych znajdujących się na pierwszej stronie zostanie automatycznie pobrana z systemu NFZ. Informacje, które można było zapisać w postaci listy możliwości, gdzie lekarz będzie tylko zaznaczał odpowiednią opcję, zostały zapisane właśnie w takiej formie.

Czy po wystawieniu karty przez uprawnione osoby – lekarza POZ, specjalistę, lekarza w szpitalu – będzie ona przekazywana bezpośrednio pacjentowi?

Pacjent, któremu kartę wystawi lekarz POZ, wychodzi z nią z jego gabinetu i zapisuje się do specjalisty przyjmującego w ramach szybkiej terapii. Na tym etapie karta zostaje u specjalisty, który zleca dalsze badania. Jeśli specjalista zdiagnozuje u pacjenta raka lub inny nowotwór złośliwy, po wypełnieniu karty przekaże ją z powrotem pacjen-

towi. Karta będzie wówczas pełniła funkcję skierowania do szpitala prowadzącego szybką terapię onkologiczną. Jeśli specjalista wykluczy nowotwory złośliwe, wypełniona przez niego karta pozostanie w dokumentacji medycznej pacjenta.

Pacjent, który ma wystawioną przez lekarza POZ kartę pacjenta onkologicznego wkracza na ścieżkę szybkiej diagnostyki. Co gwarantuje mu przyjęcie przez lekarza specjalistę w okresie 2 tygodni, skrócenie kolejki do onkologa, czyli to, o co najbardziej walczyli chorzy z nowotworami?

Gwarancją są przepisy zawarte w aktach prawnych, popularnie nazywanych pakietem onkologicznym. Obligują one świadczeniodawców realizujących szybką terapię onkologiczną m.in. do zachowania określonych terminów. Placówki realizujące szybką terapię onkologiczną to te, które zawierając umowy z NFZ zagwarantowały, że dotrzymają terminów wizyt oraz diagnostyki i będą kompleksowo leczyć pacjentów. To warunek konieczny, by mogły udzielać tych świadczeń bez limitów.

Nad pacjentem, który zgłosił się do szpitala pochyła się teraz konsylium. Kto wchodzi w jego skład i jakie jest jego zadanie?

Konsylium to zespół specjalistów, którzy ustalają plan leczenia. Konsylium dobiera właściwy rodzaj terapii, kwalifikuje pacjenta do leczenia zabiegowego, chemioterapii lub radioterapii. Wybiera także koordynatora. Skład konsylium zależy od rodzaju schorzenia. Na przykład jeśli pacjentem jest dziecko, członkiem konsylium musi być lekarz specjalizujący się w onkologii i hematologii dziecięcej. Jeśli pacjent ma nowotwór krwi lub układu chłonnego, konieczny jest hematolog. Wskazania dotyczące składu konsylium zostały określone w nowelizacji tzw. rozporządzenia koszykowego z zakresu leczenia szpitalnego.

Konsylium ma rozwiązać kolejny problem, dotychczasowego systemu – brak kompleksowego leczenia pacjenta onkologicznego. Co ma zapewnić choremu na nowotwór, zagubionemu w systemie człowiekowi, koordynator?

Koordynator nadzoruje proces leczenia i prowadzi pacjenta przez kolejne etapy. Pacjenci onkologiczni często czują się zagubieni, brakuje im informacji o tym, jak będzie przebiegała terapia. Dlatego potrzebny jest koordynator – jedna, znana pacjentowi osoba, która ma go wspierać, prowadzić przez proces leczenia i przekazywać mu wszystkie istotne informacje.

Docelowo czas od zgłoszenia się pacjenta do specjalisty do rozpoznania nowotworu będzie wynosił 7 tygodni w 2017 r., w 2015 r. jest to 9 tygodni. Dotrzymanie tych terminów udzielania świadczeń diagnostycznych pacjentom z podejrzeniem nowotworu budzi ogromne wątpliwości. Czy mamy odpowiednią ilość dobrze wyposażonych w sprzęt i dysponujących odpowiednią kadrą medyczną ośrodków? Czy samo zniesie limitów wystarczy, by skrócić kolejki na tym etapie?

Resort analizował te kwestie. Polska onkologia wciąż się rozwija, budżet państwa przekazał w ostatnich latach ogromne kwoty na doposażenie szpitali w sprzęt onkologiczny wysokiej jakości. Placówki medyczne od dawna sygnalizują, że ich możliwości leczenia są większe niż kontrakty z NFZ. Szybka terapia onkologiczna zakłada uruchomienie tego potencjału na jasno określonych, przemyślanych warunkach.

Pacjenci zadają też pytanie, czy poza standardowym leczeniem chirurgicznym, chemioterapią, radioterapią zniesienie limitów dotyczy też programów lekowych, nowoczesnych terapii celowanych czy immunoonkologicznych? Jak teraz będą wyglądały procedury dotyczącego tego leczenia?

Szybka terapia onkologiczna to rozwiązanie, które poprawia dostęp pacjentów do podstawowej i pogłębionej diagnostyki oraz powszechnie stosowanych, skutecznych metod leczenia nowotworów złośliwych. Nie mylmy jej z programami lekowymi. Regulacje dotyczące programów lekowych nie są częścią pakietu onkologicznego.

Jak Pan Minister ocenia rolę organizacji pacjentów onkologicznych w tworzeniu pakietu?

Bardzo pozytywnie. Organizacje pacjentów są cennym partnerem rozmów dotyczących jakości leczenia. Dzięki

ich zaangażowaniu lepiej poznajemy oczekiwania pacjentów i diagnozujemy sytuacje, które są dla nich problematyczne. W efekcie takich rozmów powstała m.in. idea koordynatora. Tworząc pakiet onkologiczny uważnie słuchaliśmy głosów pacjentów. Chciałbym serdecznie podziękować wszystkim organizacjom i osobom, które w konstruktywny sposób włączyły się w proces konsultacji pakietu.

Pacjenci onkologiczni od lat walczyli o zmiany w polskiej onkologii, z pakietem onkologicznym wiążą ogromne nadzieje, ale są też świadomi

tego, że bez zaangażowania pozostałych realizatorów tego projektu: władz, lekarzy POZ, onkologów i innych specjalistów związanych z leczeniem chorób nowotworowych, a także pielęgniarek onkologicznych nie ma szans na jego powodzenie.

Dziękując Panu Ministrowi za rozmowę apelujemy – BĄDŹMY WSZYSCY SYGNATARIUSZAMI PAKIETU ONKOLOGICZNEO.

Rozmawiała
Aleksandra Rudnicka

PORTAL SZYBKIEJ TERAPII ONKOLOGICZNEJ

pakietonkologiczny.gov.pl



Jest to portal informacyjny niepodobny do innych. W dziewięciu rysunkach i trzech krótkich animacjach filmowych nakreślonych ręką mistrza Henryka Sawki przedstawiono zmiany w polskiej onkologii, które zostaną wprowadzone od 1 stycznia 2015 r. nazwane pakietem onkologicznym.

Należy pogratulować specjalistom ds. promocji Ministerstwa Zdrowia pomysłu zaproszenia do współpracy wybitnego satyryka, dzięki któremu te trudne treści w sposób uporządkowany i logiczny zostały przekazane pacjentom onkologicznym, będącym głównymi adresatami portalu.

Henryk Sawka posługując się popularną komiksową konwencją, z przymrużeniem oka otwiera ko-

lejne karty pakietu onkologicznego. Za poszczególnymi rysunkami kryją się już konkretne, merytoryczne treści – odpowiedzi na najczęściej zadawane przez pacjentów pytania, dotyczące pakietu onkologicznego. Portal przeprowadza pacjenta przez kolejne etapy ścieżki szybkiej diagnostyki i terapii onkologicznej: wizytę u lekarza POZ, diagnostykę wstępną i pogłębioną, leczenie w ośrodku. Informuje o zadaniach konsylium i koordynatora. Wyjaśnia, czym jest karta diagnostyki i leczenia onkologicznego i jakie korzyści daje zniesienie limitów w onkologii.

W oknach informacyjnych znajdują się odsyłacze uzupełniające i nawiązujące do treści danej zakładki

tematycznej, co ułatwia zrozumienie działania całego procesu diagnostyki i terapii pacjenta onkologicznego w ramach pakietu.

Ostatnie okno ma charakter interaktywny. Jest w nim zamieszczony formularz, za pomocą którego możesz zadać pytania na temat pakietu onkologicznego.

Na koniec trzy krótkie filmiki promocyjno-informacyjne – animacja rysunków, wykonanych ręką Henryka Sawki. Pod wspólnym hasłem: **Szybka terapia onkologiczna. Bez limitów!** prezentują w błyskawicznym skrócie główne założenia pakietu onkologicznego, z którymi powinien zapoznać się każdy pacjent onkologiczny.

JEDNO JEST PEWNE – OBECNA SYTUACJA MUSI ULEC ZMIANIE



Prof. dr hab. n. med. Maciej Krzakowski, kierownik Kliniki Nowotworów Płuca i Klatki Piersiowej Centrum Onkologii – Instytutu im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie. Członek rad naukowych licznych czasopism medycznych. Redaktor naczelny czasopisma „Onkologia w Praktyce Klinicznej”. Prezes Polskiego Towarzystwa Onkologii Klinicznej, członek Polskiego Towarzystwa Onkologicznego, Amerykańskiego Towarzystwa Onkologii Klinicznej, Europejskiego Towarzystwa Onkologii Klinicznej i Międzynarodowego Stowarzyszenia ds. Leczenia Wspomagającego w Onkologii. Od 1999 roku Krajowy Konsultant w dziedzinie Onkologii Klinicznej.



Panie Profesorze, jest Pan osobą, dla której polska onkologia nie ma tajemnic. Od wielu lat pracuje Pan, a także pełni funkcje społeczne w polskich placówkach i organizacjach onkologicznych. Kiedy, i z jakiego powodu, zaczęło się źle dziać w polskiej onkologii?

Nie można wskazać określonego momentu rozpoczęcia procesu narastania trudności. Problemy związane z właściwym działaniem systemu opieki nad chorymi na nowotwory są wypadkową wpływu wielu czynników. Pierwszym jest zwiększenie liczby zachorowań i tzw. chorobowości. Ostatni z wymienionych czynników jest – paradoksalnie – wynikiem bardziej skutecznej terapii, ponieważ wraz z sukcesami w zakresie wyników leczenia zwiększa się liczba osób żyjących (często bez objawów choroby) z rozpoznaniem nowotworu. Innym czynnikiem są wieloletnie zaniedbania w zakresie oświaty zdrowotnej i zapobiegania (profilaktyka pierwotna i wtórna). Kolejną przyczyną jest nadmierne rozproszenie sieci onkologicznej i brak należytej

współpracy między poszczególnymi ośrodkami oraz niedostateczny stopień koordynacji działań w zakresie zapobiegania, rozpoznawania i leczenia. Obowiązująca na świecie zasada wielospecjalistycznego podejmowania decyzji na temat diagnostyki i postępowania terapeutycznego została w Polsce ograniczona. Bardzo często nie ustala się strategii postępowania w gronie zespołów wielospecjalistycznych i popełnia błędy w pierwszej, najważniejszej fazie leczenia, co jest związane – między innymi – z brakiem prawnego umocowania wytycznych postępowania przygotowywanych przez naukowe towarzystwa onkologiczne. Brakuje również centralnego systemu nadzorowania nad jakością postępowania oraz uzyskiwanymi wynikami. Uważam, że nadszedł czas na poważne rozważenie celowości utworzenia instytucji zajmującej się szeroko rozumianą oceną sytuacji w onkologii, a przede wszystkim określeniem rzeczywistych wyzwań i potrzeb oraz monitorowaniem realizacji i jakości postępowania diagnostyczno-terapeutycznego. Wymieniłem najważniejsze przyczyny i jest oczywiste, że wspomniane nieprawidłowości wraz z następstwami narastały w czasie.

Zdaniem pacjentów ten stan, doprowadził do sytuacji, w której podjęcie szybkiej terapii było możliwe w wielu przypadkach poprzez wizyty w prywatnych gabinetach czy wręcz podjęcie płatnego leczenia w niepublicznych placówkach. Dotyczy to zresztą innych dziedzin medycyny w Polsce, ale w onkologii ma to fundamentalne znaczenie, ponieważ w tym przypadku szybkie leczenie niejednokrotnie ratuje życie. Czy nie ucierpiał na tym wizerunek polskiej onkologii?

Najbardziej niekorzystne są następstwa odczuwane przez chorych. Wizerunek systemu opieki w onkologii z pewnością nie jest najlepszy – należy pamiętać, że najważniejszy jest chory i planować zmiany mając na uwadze przede wszystkim pacjentów. Wyniki leczenia chorych na nowotwory są w Polsce o około 10% gorsze niż w krajach zachodniej Europy, co wynika ze zbyt wysokiego odsetka rozpoznań w stadium zaawansowanym oraz zbyt powolnego procesu diagnostycznego i błędów w leczeniu. Jeżeli w Polsce wyniki leczenia nowotworów jądra (symbol sukcesu w onkologii) są gorsze niż w Holandii lub Francji, to nie jest to następstwo niedostatecznych środków finansowych, ale błędów organizacyj-

nych i decyzyjnych, ponieważ leczenie chorych z rozpoznaniem nowotworu jądra nie jest bardzo kosztowne. To stosunkowo proste postępowania chirurgiczne, niezbyt kosztowna chemioterapia i radioterapia. Mamy w Polsce naprawdę bardzo wiele lekarzy i pielęgniarek o wysokich kwalifikacjach, ale działają oni w wadliwym systemie. Wadliwość polega – między innymi – na niewłaściwych zasadach finansowania świadczeń z zakresu onkologii. Część świadczeń finansowana jest niedostatecznie, inne – nadmiernie.

Czy pakiet onkologiczny, który ma być wprowadzony 1 stycznia 2015 r., rozwiąże Pana, zdaniem problemu związane z leczeniem nowotworów w Polsce – kolejki do specjalistów, brak kompleksowego leczenia i miejsc w szpitalach – na co narzekają pacjenci i limity, które ograniczały lekarzy?

Jedno jest pewne – obecna sytuacja musi ulec zmianie, ponieważ wyniki leczenia są niezadowolające. Żadna reforma systemu w ochronie zdrowia – w Polsce i na świecie – nie była od początku idealna. Podobnie będzie zapewne z pakietem onkologicznym. Wszyscy mają – mam nadzieję – świadomość, że pierwszy okres reformy będzie czasem zdobywania doświadczeń i wprowadzania poprawek. Należy pamiętać o najważniejszych celach – poprawieniu jakości udzielanych świadczeń oraz przyspieszeniu racjonalnego postępowania diagnostyczno-terapeutycznego. Chorzy i pracownicy ochrony zdrowia powinni mieć świadomość wymienionych celów. Minister zdrowia zdaje sobie sprawę z potrzeby konsultacji i uwzględniania opinii na temat koniecznych modyfikacji. Pacjenci i my – lekarze oraz inne osoby działające w systemie – powinniśmy mieć świadomość potrzeby racjonalnych modyfikacji. Przyjmowanie z góry, że reforma się nie uda jest bardzo niewłaściwe. Jestem przekonany, że korzystne zmiany będą zauważalne w niedługim czasie – warunkiem jest konstruktywne podejście wszystkich zainteresowanych.

Czy nasze placówki onkologiczne są przygotowane do zmian związanych z pakietem onkologicznym? Wobec zniesienia limitów może okazać się, że sytuacja jest odwrotna – mamy środki finansowe, ale nie mamy specjalistów lub nie jesteśmy w stanie podjąć organizacyjnie wymaganiom – zwłaszcza tym dotyczącym dotrzymania terminów diagnostyki i terapii – stawianym przez pakiet onkologiczny?

Ośrodki, które są wielospecjalistyczne i posiadają – nie tylko w nazwie – możliwość prowadzenia kompleksowego postępowania, poradzą sobie. Nie twierdzą, że poradzą sobie bez żadnych problemów – każda nowa sytuacja niesie nowe wyzwania. Przykładowo – wojewódzkie ośrodki onkologiczne mają warunki do zmierzenia się z wymaganiami organizacyjnymi. Liczba specjalistów jest istotnie wciąż zbyt mała (chirurgia onkologiczna, radioterapia onkologiczna, onkologia kliniczna, ginekologia onkologiczna – łącznie około 2000 specjalistów), ale wzrasta z każdym rokiem. Obecny stan wskazuje na niedobór około 20%. Trzeba stworzyć warunki do zwiększenia liczby dobrze wyszkolonych specjalistów. Niestety, w zakresie onkologii klinicznej należy liczyć się ze spowolnieniem tempa uzupełniania niedoboru, co ma związek z wydłużeniem do sześciu lat cyklu szkolenia.

Najbardziej krytykowanym zarówno przez lekarzy POZ, jak i specjalistów z zakresu onkologii elementem pakietu jest karta pacjenta onkologicznego. Co Pana zdaniem jest powodem tej złej oceny, czy jakieś poszczególne punkty karty, czy w ogóle wprowadzenie tego narzędzia?

Wspomniany dokument powinien być „mapą drogową”, czyli określeniem algorytmu dalszego postępowania służącym w równym stopniu chorym i lekarzom. Powinien być dokumentem elastycznym i dopuszczać modyfikacje, które są nieuniknione i wynikają często z określonej sytuacji klinicznej. W żąd-

nym razie nie powinien być wyłącznie narzędziem dla kontrolowania świadczeniodawców! Karta powinna być łatwa w wypełnianiu – obecna wersja zawiera część elementów, które nie są bezwzględnie konieczne dla określenia dalszego postępowania i powinny być usunięte z dokumentu. Dyskusyjny jest moment wydawania karty. Wiele środowisk i osób uważa, że powinna być wydawana w chwili uzyskania rozpoznania patomorfologicznego.

Zdarza się tak, że na oddziale nie ma łóżek dla nowych chorych, bo zajmują je pacjenci uczestniczący w badaniu klinicznym, i kolejki rosną. Jest Pan prezesem Polskiego Towarzystwa Onkologii Klinicznej i Krajowym Konsultantem w tej dziedzinie, jakie widzi Pan rozwiązanie tego problemu?

Badania kliniczne są niezbędne dla uzyskania postępu i rozwoju możliwości leczenia. Były i są oraz będą prowadzone we wszystkich krajach, które rozumieją potrzebę postępu. Zasadą prowadzenia badań klinicznych jest zachowanie parytetu między metodami eksperymentalnymi i stosowanymi w klinicznej praktyce, co jest zresztą uwzględnione w zasadach tzw. dobrej praktyki badań klinicznych. Chory musi być szczegółowo poinformowany i w razie odmowy udziału w badaniu powinien w tym samym ośrodku otrzymać leczenie uznane za standard postępowania. Nie mogą sobie wyobrazić i racjonalnie wytłumaczyć sytuacji, w której ośrodek prowadzi leczenie wyłącznie w ramach klinicznych badań bez zainteresowania leczeniem zawartym w wytycznych postępowania w praktyce. Rozwiązanie problemu, który Pani wskazuje, jest zawarte wcześniej – ośrodek powinien prowadzić badania, jeżeli równocześnie zajmuje się postępowaniem uwzględnionym w wytycznych codziennej praktyki i finansowanym przez państwowego płatnika. Jeżeli nie ma możliwości oferowania chorym standardowego

leczenia, to – z założenia – nie powinien prowadzić badań klinicznych. Wyjątkiem są tzw. badania I fazy prowadzone u chorych, u których nie ma możliwości zastosowania jakiegokolwiek leczenia przyczynowego zgodnego z kliniczną praktyką. Uważam, że badania kliniczne powinny być prowadzone w dużych ośrodkach, gdzie jest możliwy właściwy nadzór nad kwalifikowaniem chorych i prowadzeniem leczenia. Celowe jest utworzenie systemu akredytowania ośrodków do prowadzenia badań klinicznych.

Był też Pan dyrektorem Centrum Onkologii – Instytutu im. M. Skłodowskiej-Curie w Warszawie, placówki która była wzorem, wyznaczała standardy dla ośrodków onkologicznych w Polsce. Co by poradził Pan swoim kolegom prowadzącym obecnie takie ośrodki, stojącym wobec wyzwania, jakim jest wprowadzenie pakietu onkologicznego?

Nie byłem długo dyrektorem, a więc nie jestem uprawniony do pouczania

innych, Koleżanek i Kolegów, o znacznie dłuższym stażu na stanowiskach zarządzających. Mogę jedynie radzić, żeby przede wszystkim poddali analizie wykorzystanie obecnie posiadanych zasobów w zakresie wyposażenia i zatrudnienia z odpowiednią alokacją środków i personelu. Radziłbym ocenić zasadność i zgodność z wytycznymi prowadzonego w ośrodkach postępowania – podejrzewam, że wielokrotnie są one niekoniecznie uzasadnione naukowo i korzystne dla chorych. Sugerowałbym szukać możliwości współpracy z innymi ośrodkami – niekoniecznie onkologicznymi – w zakresie możliwości diagnostycznych. Radziłbym wreszcie mniejszą uwagę poświęcać działaniom o charakterze promocyjnym, a zwiększyć zakres realnych działań poprawiających rzeczywistość chorych przez poradnictwo i edukację oraz podnoszenie warunków leczenia.

Niektórzy uważają, że pakiet jest wprowadzany zbyt pośpiesznie, że powinna być najpierw sprawdzona

wersja pilotażowa w jednym z województw, inni są zdania, że dosyć już dyskusji i sporów, że jest najwyższy czas na zmiany w polskiej onkologii. Jaka jest Pana opinia?

Czy reforma systemu ekonomicznego w Polsce powinna być rozpoczęta w 1989 roku jedynie na terenie wybranego województwa? Myślę, że podjęto wówczas słuszną decyzję o powszechności zmian. W ten sposób odpowiadam na pytanie, ale pod warunkiem monitorowania efektów i natychmiastowego modyfikowania. Drugim warunkiem jest stworzenie atmosfery przychylności dla wprowadzanych zmian. Bez zrozumienia potrzeby reformy wśród społeczeństwa i – szczególnie – środowisk pacjentów oraz lekarzy będzie o wiele trudniej.

Dziękuję za rozmowę.

**Rozmawiała
Aleksandra Rudnicka**

Ibi victoria, ubi concordia! **– Tam zwycięstwo, gdzie zgoda!**



Prof. dr hab. n. med. Jacek Fijuth, specjalista w dziedzinie radioterapii onkologicznej. Kierownik Zakładu Radioterapii Katedry Onkologii UM w Łodzi oraz Kierownik Pionu Radioterapii w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym im. M. Kopernika w Łodzi. Konsultant Wojewódzki w dziedzinie Radioterapii Onkologicznej dla Województwa Łódzkiego. Członek Komitetu Fizyki Medycznej, Radiobiologii i Diagnostyki Obrazowej oraz Komitetu Nauk Klinicznych PAN. Przewodniczący Polskiego Towarzystwa Onkologicznego. Wiceprzewodniczący Polskiego Towarzystwa Radioterapii Onkologicznej. Członek Europejskiego Towarzystwa Radioterapii Onkologicznej (ESTRO).

Panie Profesorze, objął Pan funkcję Przewodniczącego Polskiego Towarzystwa Onkologicznego w czerwcu 2014, w trudnym dla polskiej onkologii okresie nadchodzących zmian, wobec których nie było pełnej zgody nie tylko między poszczególnymi stronami – władzami, pacjentami, środowiskiem medycznym – ale i wśród samych onkologów. Co było dla Pana priorytetem w tworzeniu stanowiska kierowanej przez Pana organizacji w tej sprawie?

Ibi victoria, ubi concordia – Tam zwycięstwo, gdzie zgoda! Ta sprawdzona zasada była dla mnie przesłanką do próby budowania koalicji ludzi dobrej woli. Mamy przecież wspólnie, i pacjenci i onkolodzy, tak wiele do wygrania! W sprawach tak ważnych, jak kształt opieki onkologicznej w Polsce, powinniśmy w rozmowach z administracją państwową i innymi medycznymi partnerami prezentować wspólne, uzgodnione stanowisko. W wyniku wyborów na Walnym Zgromadzeniu Polskiego Towarzystwa Onkologicznego (PTO), do Zarządu Głównego weszli prezesi dwóch bratnich towarzystw onkologicznych: Polskiego Towarzystwa Onkologii Klinicznej oraz Polskiego Towarzystwa Chirurgii Onkologicznej (PTOK i PTChO). Umówiliśmy się, że po wcześniejszej dyskusji, będziemy w sprawach dotyczących środowiska onkologicznego wydawać wspólne oświadczenia. Jesteśmy otwarci na współpracę z organizacjami pacjentów onkologicznych, administracją państwową, samorządem lekarskim i stowarzyszeniami menadżerów ochrony zdrowia.

Jako kierownik Pionu Radioterapii w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Łodzi, jakie zmiany w związku z Pakietem przygotował Pana w swoim Zakładzie i co było największym problemem?

Po 1 stycznia 2015 roku czekają nas rewolucyjne zmiany w zakresie organizacji pracy całego pionu onkologicznego. Spodziewamy się zwiększonego napływu do poradni onkologicznej pacjentów z tzw. „zieloną kartą”. Współdziałając z Dyrekcją Szpitala zwiększymy liczbę

specjalistów w gabinetach konsultacyjnych i wydłużymy czas pracy przychodni. Opracowaliśmy ścieżkę diagnostyczną dla pacjentów poddawanych wstępnej i pogłębionej diagnostyce onkologicznej. Dłużej będą działać pracownie histopatologiczne i diagnostyki obrazowej. Powołane zostały zespoły wielospecjalistyczne. Jednak przede wszystkim, odbyliśmy kilka spotkań informacyjnych, na których zostały omówione założenia ustaw pakietowych, tak abyśmy dobrze, wzajemnie się rozumieli i efektywnie współpracowali.

A czy w szpitalu onkologicznym w Łodzi, przygotowania do wprowadzenia Pakietu wiązało się z dużymi trudnościami?

„Opór materii” zawsze istnieje, tym bardziej, że na lekarzy i administrację szpitala spadają nowe obowiązki. Ale, w mojej opinii, panuje powszechne przekonanie, że reforma opieki onkologicznej jest konieczna i należy konstruktywnie podejść do zapisów ustawowych. Problemem pozostaje zdefiniowanie i organizacja pracy koordynatorów. To zupełnie nowe stanowisko i potrzeba czasu na wypracowanie modelu ich działania.

Jak wobec tych własnych doświadczeń, ocenia Pan szanse na realizację wchodzącego w życie 1 stycznia 2015 r. pakietu onkologicznego? Czy wreszcie znikną kolejki do onkologa, chorzy będą leczeni kompleksowo, a lekarzy nie będą ograniczały limity?

W moim ośrodku, w poradni radioterapii, pacjent pierwszorazowy na konsultację specjalistyczną dotychczas nie czekał dłużej niż 7-10 dni od telefonicznego zgłoszenia. W początkowym okresie liczba konsultacji chorych z kartą diagnostyki i terapii pacjenta onkologicznego z pewnością wzrośnie, ale do tego się przygotowujemy. Może wydłużyć się kolejka chorych po zakończonym leczeniu. Część z nich może nie chcieć przejść pod opiekę lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej (POZ). Musimy nawiązać ściślejszą współpracę z tym środowiskiem, gdyż nie będziemy w stanie objąć opieką wszystkich chorych. Ze swojej strony po-

stuluję u Dyrekcji Szpitala wypracowanie systemu premiowania lekarzy za dodatkową pracę po wejściu ustaw pakietowych.

Jaka jest wiedza onkologów o pakiecie onkologicznym, bo wydaje się, że niektórzy znają go tylko z doniesień prasowych, często nieprecyzyjnych? Dotyczy to głównie karty diagnostyki i terapii pacjenta onkologicznego. Czy zamierza Pan jako przewodniczący Polskiego Towarzystwa Onkologicznego podjąć działania informacyjne?

Jeszcze do niedawna wiedza onkologów o pakiecie onkologicznym była niedostateczna. Nie był znany jednak szczegółowy kształt reformy. Przez długi czas nie było stosownych rozporządzeń Ministerstwa Zdrowia, zarządzeń Narodowego Funduszu Zdrowia. Całkowitą nieznaną rolę i obowiązków wynikających z pakietu wykazywali specjaliści nie będący *stricte* onkologami, a zajmujący się etapowo leczeniem chorych na nowotwory. Ze swojej strony, w czasie licznych spotkań, starałem się przekazać tym środowiskom założenia reformy. Myślę, że sytuacja uległa poprawie. Dzisiaj Dyrekcja Szpitala i indywidualni specjaliści onkolodzy otrzymują propozycje współpracy w zakresie kwalifikacji i prowadzenia chorych w ramach leczenia skojarzonego. Co do działań informacyjnych ze strony PTO uważam, że to na Ministerstwie Zdrowia i NFZ spoczywa obowiązek informowania o zasadach funkcjonowania pakietu. Chociaż z opóźnieniem, ale działania takie zostały podjęte.

Dla pacjentów pakiet onkologiczny, to początek zmian na lepsze w systemie opieki nad chorymi z nowotworami, a dla lekarzy, poza zniesieniem limitów, co zawiera pakiet?

Pakiet onkologiczny narzuca lekarzom dyscyplinę w działaniach *stricte* medycznych oraz organizacyjnych. Aby pakiet funkcjonował zgodnie z założeniami, lekarze POZ muszą poszerzyć swoją wiedzę na temat epidemiologii, symptomatologii, diagnostyki, terapii nowotworów i opieki po zakończonym leczeniu onkologicznym. Specjaliści powinni znać aktualne

krajowe i międzynarodowe rekomendacje dotyczące zasad diagnostyki i leczenia nowotworów. Konieczne jest nawiązanie ścisłej współpracy i komunikacji pomiędzy środowiskami lekarzy POZ i specjalistami. Ta zwiększona aktywność i dodatkowa praca, w dużej części jest lekarską powinnością, ale – w moim przekonaniu – powinna zostać dodatkowo wynagrodzona przez szeroko rozumianą Administrację.

Czy lekarze zdają sobie sprawę, że w walce o zmiany w polskiej onkologii wyrósł im potężny partner w postaci silnego ruchu organizacji zrzeszających

chorych posiadających nie małą wiedzę medyczną na temat nowotworów i co najważniejsze praw pacjenta?

Stowarzyszenia pacjentów onkologicznych to bardzo ważni partnerzy onkologów. Ich działalność pozytywnie oswaja społeczeństwo z chorobą. Daje motywację do badań profilaktycznych i co bardzo ważne, zwiększa wiarę w możliwość trwałego wyleczenia z choroby nowotworowej oraz powrotu do normalnego funkcjonowania w społeczeństwie. Nam, lekarzom pozwala także spojrzeć od drugiej strony na wzajemne relacje pacjent – lekarz, często partnerskie, ale czasem trudne.

Na koniec – przesłanie! Ta reforma jest dla dobra chorych! Ma w swoim założeniu zwiększyć szanse na trwałe wyleczenie z choroby nowotworowej. Robimy ją wspólnie dla Was, a także dla siebie, bo... każdego dnia możemy znaleźć się po tej drugiej stronie!

Dziękując za rozmowę, życzę owocnej kadencji przewodniczącego Polskiego Towarzystwa Onkologicznego.

**Rozmawiała
Aleksandra Rudnicka**

STAWIAJĄC NA CHOROBE – NIGDY NIE DOGONIMY ZDROWIA



Bożena Janicka, lekarz medycyny. Studiowała na Śląskiej Akademii Medycznej w Zabrze. Posiada specjalizację I i II stopnia z pediatrii oraz specjalizację II stopnia z medycyny rodzinnej. W 1999 roku objęła funkcję prezesa Wojewódzkiego Oddziału Kolegium Lekarzy Rodziny. Od 2003 roku działała w Federacji Porozumienie Zielonogórskie, w latach 2009–2010 była prezesem Federacji PZ. W marcu 2010 roku wraz z całym związkiem Wielkopolskie PZ, opuściła szeregi Federacji i stanęła na czele Porozumienia Pracodawców Ochrony Zdrowia, które powstało z Wielkopolskiego Porozumienia Zielonogórskiego.



Pani prezes, ilu członków liczy organizacja, którą Pani kieruje i jaki jest jej główny cel?

Porozumienie Pracodawców Ochrony Zdrowia z siedzibą w Koninie powstało

w 2004 roku. Podstawowym obszarem naszej działalności jest Wielkopolska, gdzie skupiamy około 3 tysięcy lekarzy, ale sprawy, którymi się zajmujemy dotyczą całej Polski i to zarówno środowiska medycznego, jak i pacjentów. Celem PPOZ jest bowiem działalność ogólnopolska w celu ochrony bezpieczeństwa zdrowotnego pacjentów oraz dążenie do podwyższenia standardu świadczenia usług medycznych. Ponadto celem PPOZ jest ochrona praw i reprezentowanie środowiska lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) oraz ambulatoryjnej opieki zdrowotnej

wobec dysponentów środków publicznych i niepublicznych przeznaczonych na ochronę zdrowia. W tym – wobec NFZ, Ministerstwa Zdrowia, organów władz i administracji państwowej, organów samorządów terytorialnych oraz związków zawodowych pracowników. Od lat aktywnie uczestniczymy w obradach Sejmowych Komisji, spotkaniach w Kancelarii Prezydenta wpływając w mniejszym lub większym stopniu na polską ochronę zdrowia.

W mającym wejść w życie 1 stycznia 2015 r. pakiecie onkologicznym leka-

rzom POZ wyznaczono bardzo ważną rolę, bowiem działanie pakietu zaczyna się i kończy na lekarzu pierwszego kontaktu, ale zacznijmy od początku. Co powinien zrobić lekarz POZ, jeśli zauważy u pacjenta niepokojące objawy, wskazujące na nowotwór?

Pacjent, który zauważy jakies niepokojące stany, objawy i to w różnym zdrowotnym zakresie, umawia wizytę u swojego lekarza rodzinnego. Lekarz POZ jako profesjonalista zbiera wywiad, bada i zaleca dalsze postępowanie, również kieruje na badania dodatkowe wynikające ze stanu zdrowia. Jeżeli lekarz stwierdzi podejrzenie choroby nowotworowej, to od 1 stycznia wystawi pacjentowi tzw. „zieloną kartę”, która ma za zadanie skierowanie go na szybką diagnostykę onkologiczną. Z „zieloną kartą” pacjent jest kierowany do wskazanej przez lekarza rodzinnego poradni specjalistycznej lub do szpitala, gdzie zostaje on przejęty do szybkiej diagnostyki, co ma na celu szybkie postawienie rozpoznania. Szybka diagnostyka zawsze kończy się postawieniem diagnozy. Oby zawsze brzmiała ona „zdrowy”, ale niestety bywa, że brzmi „chory”. Wówczas rozpoczyna się z „zieloną kartą” kolejny etap, czyli pilna i szybka terapia, która zostaje ustalona przez zespół specjalistów, czyli konsylium. Ale pacjent w tej chorobie nie pozostaje sam, ma być osoba, która koordynuje leczenie i dalsze postępowanie, czyli koordynator. Po szczęśliwym zakończeniu leczenia „zielona karta” zostaje zamknięta i pacjent powraca do dalszej opieki do swojego lekarza rodzinnego.

Czy wiedza wyniesiona ze studiów medycznych, na których jest bardzo mało godzin z onkologii, jest wystarczająca, aby lekarz POZ – nawet mający możliwość wykonania większej ilości specjalistycznych badań – rozpoznał nowotwór? Czy Ministerstwo Zdrowia, stawiając przed lekarzami pierwszego kontaktu, tak odpowiedzialne zadanie, jednocześnie zapewniło pomoc w postaci szkoleń?

Lekarze rodzinni pracujący w naszym systemie od lat, rozpoznawali i będą na-

dal rozpoznawać nowotwory. Są szczególnie czujni medycznie i to na wszystkie choroby, a na dodatek na tę czujność mają zwykle kilka minut, co jest koniecznym obszarem do regulacji. Co do szkoleń, lekarze POZ są grupą, która się najczęściej i najintensywniej szkoli, i to ustawicznie, również w zakresie onkologii. Aktualnie Ministerstwo Zdrowia proponuje dla lekarzy POZ jednorazowe, bezpłatne 8 godzinne szkolenia z zakresu diagnostyki nowotworów prowadzone przez Centrum Onkologii – Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie. Uważam, że bardziej niż szkolenia teoretyczne przydałyby się lekarzom rodzinnym zajęcia typu warsztaty z możliwością praktycznego zapoznania się z przypadkami klinicznymi nowotworów.

Kilka miesięcy temu, kiedy zaczęła się dyskusja o pakiecie poruszenie wywołała pogłoska, że lekarze POZ za nie rozpoznanie nowotworu będą karani. W Wielkiej Brytanii obowiązuje lekarzy rodzinnych wskaźnik rozpoznawania nowotworów 1 do 8. Jak to wygląda w naszej rzeczywistości?

Indywidualny wskaźnik rozpoznawania nowotworów zwany przez resort zdrowia WRN, to podobno nie kara, a wręcz przeciwnie – ma być nagrodą za diagnozowanie. Przyznaję, że to jakies dziwne podejście – nagradzanie czy karanie za rozpoznanie choroby nowotworowej? Nie, nie tak. Dlatego nasze stanowisko w tej sprawie jest negatywne. Konieczna jest analiza pakietu w tym zakresie w ciągu 1–3 lat i wówczas należy zastanowić się, czy i jakie wskaźniki w Polsce będą nam potrzebne. Teraz budowanie wskaźnika w oparciu o statystyki innych krajów – Szwajcarii, czy Wielkiej Brytanii – to błąd. Nasze systemy ochrony zdrowia, nakłady i stan edukacji pacjenta, badań profilaktycznych – są nieporównywalne. Aktualnie Ministerstwo Zdrowia wprowadziło wskaźnik 1 do 15.

Wprowadzenie pakietu onkologicznego niewątpliwie obciąża dodatkową pracą lekarzy POZ, bo pacjentowi z podejrze-

niem nowotworu trzeba poświęcić więcej uwagi. Czy udało się organizacjom lekarzy wynegocjować z tego tytułu dodatkowe satysfakcjonujące wynagrodzenie?

Do realizacji nowych zadań konieczny jest czas, a to jest problem podnoszony od lat w POZ – konieczność określenia czasu na poradę lekarza POZ i zwiększenie wyszkolonych kadr, czyli lekarzy rodzinnych. Czy kiedyś tego doczekamy? W systemie dla realizacji zadań faktycznie konieczne są środki finansowe. Czy obecnie negocjowane zmiany w finansowaniu podstawowej opieki zdrowotnej wystarczą na nowe zadania, które dotyczą nie tylko onkologii... to czas pokaże. W przyszłym roku, w trakcie realizacji – konieczna będzie ponowna analiza finansów. Środki te są nie tylko na nowe zadania, czy diagnostykę, ale co najważniejsze na pozyskanie młodych lekarzy do medycyny rodzinnej, których nam brakuje. Wprowadzając nowe zadania należy pamiętać, że nie tylko należy stworzyć zapisy prawne, czy dodać środków finansowych, ale konieczne są kadry, które to zrealizują i tu widzimy zagrożenie pakietu onkologicznego i to nie tylko na poziomie podstawowej opieki zdrowotnej.

Dużą falę krytyki wywołała także karta diagnostyki i terapii pacjenta onkologicznego. Czy te części karty, które wypełnia lekarz POZ na początku procesu diagnostycznego i po zakończeniu terapii, kiedy pacjent wraca pod jego opiekę, zostały zaakceptowane przez lekarzy POZ? Czy jeszcze coś powinno być zmienione, uzupełnione w karcie?

Karta jako nowe narzędzie pewnie będzie nie raz poprawiana – już przeszła ogromną zmianę, ale pytań pozostało nadal wiele. Podsumowanie jej funkcjonowania, to temat na przyszły rok. Dobrze się stało – że nie będzie to dosłownie „zielona karta” – stygmatyzująca pacjentów. Teraz na kilka dni przed wejściem, głównie pytamy, jak będzie działała elektronicznie, czy da się zrealizować stawiane zadania po prostu technicznie. A jak będzie przerwa w dostępie do portalu

z kartą, to co wówczas? A jak będzie działać i jakie poprawki będą do wprowadzenia – to rozmowa na przyszły rok.

W małych miejscowościach lekarze pierwszego kontaktu znają bardzo dobrze swoich pacjentów, szybko zauważą jakieś naprawdę niepokojące zmiany w ich stanie zdrowia. W dużych aglomeracjach pacjenci często zmieniają lekarzy i może dojść do eskalacji postaw rozszereżonych ze strony chorych, domagających się kosztownych badań w ramach pakietu. Jak lekarz ma tego uniknąć i nie być posądzonym o zaniedbanie?

Pakiet onkologiczny poza złą formą przekazu medialnego – bo tak oceniamy doniesienia medialne i spoty resortu – ma dwa tzw. „wąskie gardła” nierozłączne i zależne od siebie. Pierwszym jest właśnie pacjent/obywatel – każdy z nas – od którego tak wiele zależy. Konieczna jest edukacja zdrowotna, promocja zdrowia, profilaktyka, badania przesiewowe, badania medycyny pracy itd. – to jest nasz ratunek nie tylko przed rakiem. To jest konstytucyjny obowiązek dbania o zdrowie. Tego w mediach nie ma, tego nie ma również w pakiecie onkologicznym. Nie zaczyna się on od zdrowia i zapobiegania, ale wprost od choroby. Do nas lekarzy rodzinnych pacjent zgłasza się – podkreślam to, my nie wzywamy, nie ścigamy go po mieście. Pacjent zgłasza się z objawami, a nie po skierowaniu i „zieloną kartę”. Lekarz w oparciu o posiadaną wiedzę decyduje na podstawie badania czy wymaga on dalszej diagnostyki i czy koniecznie „zielonej karty”. Lekarz nie może kierować na badania i leczenie bez uzasadnienia – bo każde badanie nie jest obojętne dla zdrowia. Pacjent nie może przyjść po skierowanie na badania czy po kartę. Medialnie wprowadzono ogromne dezinformacje. Pakiet onkologiczny nie jest programem profilaktycznym, nie zapobiega, nie jest badaniem przesiewowym. Tu nie można się tak sobie przebadać. Trzeba mieć objawy, które sprawdzi lekarz i które uzasadnią dalsze działania. Właśnie dlatego, że nie ma lub jest szczątkowa profilaktyka, badania przesiewowe i nieświadomość

społeczna lub wręcz ucieczka od niepewnego, mamy wysokie stadia zaawansowania choroby nowotworowej, z którą zgłasza się pacjent. Podkreślam pacjent sam dobrowolnie się zgłasza. Lekarz rodzinny po powzięciu podejrzenia wydaje skierowanie, a od 2015 roku „zieloną kartę” i kieruje do kolejnego etapu, ale niestety bardzo „wąskiego gardła” – szybkiej diagnostyki i szybkiej terapii. Jeżeli nie postawimy na zdrowie, czyli zapobieganie chorobom nigdy nie zmniejszymy liczby zachorowań, a wręcz przeciwnie będzie ona ciągle rosła, a wydolność systemu ciągle pozostawała za potrzebami. Pakiet niestety stawia na chorobę, nie na zdrowie i to jest błąd. Stawiając na chorobę – nigdy nie dogonimy zdrowia.

A sytuacja odwrotna, kiedy pacjent podejrzewa, że ma chorobę nowotworową, a lekarz bagatelizuje jego obawy? Czy może zwrócić się np. do kierownika przychodni z prośbą o konsultację u innego lekarza?

Podstawowa opieka działa w oparciu o złożoną deklarację do lekarza wskazanego z imienia i nazwiska, lekarza którego darzy się zaufaniem, który jest profesjonalistą. Pacjent ma prawo zmiany lekarza i do tego nie potrzebuje niczyjej zgody. Natomiast, w przypadku gdy pacjent ma poczucie choroby onkologicznej i – co ważniejsze – ma jakieś niepokojące objawy, zawsze może zgłosić się do poradni onkologicznej. One nadal pozostają dostępne bez skierowania od lekarza rodzinnego.

Jaka jest opinia Pani kolegów o pakiecie onkologicznym, czy nie uważają Oni, że szybka terapia onkologiczna wydłuży kolejki pozostałych chorych do specjalistów?

Jest takie niebezpieczeństwo i obawy. Podobnie jak są obawy o zgodność z konstytucją takiego umocowania nowotworów, ponad wszystkimi innymi chorobami. Do końca nie wiemy jak będą działały kolejki – ta „zielona” i ta zwykła np.: po diagnostykę czy leczenie. To jest największy obszar obaw. Czas pokaże. Tę sferę systemu ochrony zdrowia trzeba

szczególnie monitorować. W podstawowej opiece zdrowotnej, opłacanej kawitacyjnie, każdy pacjent był i jest tak samo ważny i nie może być inaczej, bo każda choroba dla pacjenta jest najważniejsza, a lekarz każdemu niesie pomoc.

Jako osoba od lat działająca w organizacjach zrzeszających lekarzy pierwszego kontaktu i lekarz rodzinny z dużym stażem, jak mało kto w Polsce, zna Pani nasz system zdrowia i to można powiedzieć od fundamentów. Jakich zmian można się spodziewać po wprowadzeniu pakietu onkologicznego właśnie na poziomie podstawowej opieki zdrowotnej?

Wprowadzenie pakietu onkologicznego wcześniej czy później wymusi na poziomie podstawowej opieki zdrowotnej budowanie profilaktyki, badań przesiewowych. Jeśli decydenci tego nie wprowadzą, to w związku z napływem rosnącej fali chorych, system opieki zdrowotnej zarówno kadrowo, jaki i finansowo, tego nie wytrzyma, a pakiet padnie.

Jedni wróżą jak najgorzej pakietowi onkologicznemu – że pograży do końca polską onkologię, a kolejki do specjalistów wcale nie znikną. Drudzy są zdania, że trzeba najpierw sprawdzić wersję pilotażową. Inni uważają, że najwyższa pora na zmiany. Jakie jest Pani zdanie?

Polska ochrona zdrowia od lat potrzebuje zmian. Przebudowy systemu i oparcia go na podstawowej opiece zdrowotnej i specjalistach medycyny rodzinnej, ale i na świadomych i odpowiedzialnych za swoje zdrowie pacjentach, czyli profilaktykce, badaniach przesiewowych. Aby walczyć z chorobą jako problemem społecznym, trzeba postawić na zdrowie, które jest dobrem nie tylko naszym, ale i społecznym. Ten tak oczekiwany pakiet, potrzebuje szczególnego nadzoru i pilnej przebudowy jego podstawy. Losy jego leżą pospół w rękach pacjentów, ale i decydentów – ich odpowiedzialnych i merytorycznych decyzji.

**Dziękuję za rozmowę.
Aleksandra Rudnicka**

PIELĘGNIARKA ONKOLOGICZNA JEST NAJBLIŻEJ PACJENTA



Barbara Jobda, pielęgniarka z ponad 30-letnim stażem pracy w Centrum Onkologii – Instytucie im. M. Skłodowskiej-Curie w Warszawie. Inicjatorka utworzenia specjalizacji z pielęgniarstwa onkologicznego oraz współautorka programów kształcenia podyplomowego pielęgniarek w tej dziedzinie. Współzałożycielka oraz aktualna prezes Polskiego Stowarzyszenia Pielęgniarek Onkologicznych. Członek Rady Programowej Koalicji do Walki z Rakiem Szyjki Macicy.



Pielęgniarka, to słowo, kojarzące się z najpiękniejszą, najbardziej ofiarną stroną medycyny. Jaka jest historia tego zawodu?

Pielęgniarstwo w jego najstarszych formach jest tak stare jak ludzkość. Już wskazówki Hipokratesa zawierają wiele wiadomości, które dziś trzeba zaliczyć do pielęgniarstwa. Profesjonalne pielęgniarstwo powstało na przełomie XIX i XX wieku w Europie i Ameryce Północnej. Pionerką nowoczesnego pielęgniarstwa i szkolnictwa pielęgniarstwa w XIX wieku była Florencja Nightingale. Ona pierwsza stwierdziła, że pielęgniarstwem muszą zajmować się osoby odpowiednio wyszkolone. Dzięki jej staraniom w 1860 r. została otwarta w Londynie pierwsza szkoła pielęgniarstwa o przemyślanym programie kształcenia.

W Polsce pierwszą instytucjonalną placówką była dwuletnia Zawodowa Szkoła Pielęgniarstwa Stowarzyszenia PP Ekonomek św. Wincentego a Paulo w Krakowie, otwarta w 1911 r. i działająca do 1921 r. W latach międzywojennych było już dziewięć szkół pielęgniarstwa.

W 1938 r. w Polsce było zatrudnionych 6 674 zawodowych pielęgniarek.

Jak aktualnie wygląda kształcenie pielęgniarek?

Po II wojnie światowej, zaistniała konieczność zapewnienia społecznym zakładom służby zdrowia dostatecznej liczby personelu pielęgniarstwa, dlatego uprawnienia zawodowe można było uzyskać na kilka sposobów od krótkich kursów zakończonych egzaminem państwowym, przez licea medyczne do pomaturalnego studium pielęgniarstwa.

Zasadniczą reformę programu kształcenia przeprowadzono w latach 1994–1995. Obecnie kształcenie pielęgniarek i położnych odbywa się w trakcie studiów dwustopniowych: licencjackich i uzupełniających magisterskich. Kształcenie podyplomowe to: dwuletnie specjalizacje oraz krótsze kursy – kwalifikacyjne, specjalistyczne i doksztalające. Następnym etapem to studia doktoranckie. Pielęgniarki i położne mają swoje stowarzyszenia naukowe, prowadzą prace badawcze oraz uczestniczą w sympozjach i konferencjach naukowych.

Jaka jest aktualna rola pielęgniarki w systemie zdrowia?

Zmiana roli pielęgniarki w systemie opieki zdrowotnej ewaluowała wraz ze zmianą roli pacjenta, który w przeszłości miał ograniczony dostęp do wiedzy na temat zdrowia, choroby i opieki. Cechowa

wał go brak poczucia odpowiedzialności za własne zdrowie, bierność w procesie leczenia. Współczesny pacjent dysponuje wiedzą na temat zdrowia, choroby, opieki medycznej, posiada pełną świadomość prawa do podejmowania autonomicznych decyzji w sprawach własnego zdrowia, może aktywnie uczestniczyć w procesie leczenia i pielęgnowania.

W oparciu o wyżej wskazane przesłanki rozwinęło się pielęgniarstwo samodzielne. Jego istotą jest działanie, w którym decydowanie o sprawach pielęgnacji pacjenta leży w gestii pielęgniarki. Następuje integracja działań opiekuńczych, leczniczych, terapeutycznych, co daje pielęgniarcie określone miejsce w zespole terapeutycznym. Samodzielność zawodowa pielęgniarki wynika z zapisu Ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej, która określa te zawody jako samodzielne.

Współcześnie pielęgniarki i pielęgniarze – bo ten zawód od lat przestał być domeną kobiet – to osoby z wyższym wykształceniem. Jak zmienił się zakres Waszych kompetencji zawodowych?

Na przestrzeni lat rola pielęgniarki i położnej ulegała przeobrażeniom. W przeszłości pielęgniarka, położna koncentrowała się na pielęgnowaniu chorego w szpitalu, na pomocy w zaspokajaniu jego potrzeb biologicznych, wykonywaniu różnych czynności „dla” i „za” pacjenta oraz realizowaniu zleceń lekarskich. Współczesne pielęgniarstwo to pielęgnowa-

wanie w zdrowiu i w chorobie, pomoc w zaspokajaniu złożonych potrzeb zdrowotnych człowieka jako jednostki biopsychospołecznej, kulturowej i duchowej, samodzielne świadczenie złożonej opieki pielęgniarskiej, współpraca zespołowa, wykonywanie zleceń lekarskich, udział w procesie terapeutycznym.

Świat medycyny jest niezwykle zhierarchizowany. Jeszcze kilkanaście lat temu lekarzy i pielęgniarki dzielił ogromny dystans. Jak to wygląda teraz, kiedy medycyna jest coraz bardziej pracą zespołową, wymagającą współpracy i partnerstwa?

Obecnie pielęgniarka przygotowana jest formalnie i merytorycznie do pielęgnowania samodzielnego, profesjonalnego, odpowiedzialnego. Samodzielność zawodowa pielęgniarki to również autonomiczne miejsce w zespole terapeutycznym. Niestety rzeczywistość często wygląda tak, że pielęgniarki nadal przypisywana jest pomocnicza rola w zespole. Pomijana jest rola i znaczenie tego zawodu w opiece zdrowotnej, widoczne jest lekceważenie problemów zawodowych przez decydentów. Przekłada się to na zmęczenie pracą pielęgniarek i położnych, poczucie obniżonej wartości. Stały brak uznania i poszanowania dla godności zawodu, sprzyja występowaniu zespołu wypalenia zawodowego. Pielęgniarki i położne narażone są na choroby powstałe w związku z pracą, co skutkuje spadkiem zainteresowania tymi zawodami.

Kiedy wyodrębniono w światowej medycynie specjalizację pielęgniarki onkologicznej?

Termin „specjalista” po raz pierwszy zastosowano w pielęgniarstwie na początku dwudziestego wieku. Określono, że pielęgniarka specjalista, to pielęgniarka przygotowana na wyższym poziomie niż ogólna, uprawniona do wykonywania praktyki jako specjalista o zaawansowanej wiedzy w konkretnej dziedzinie pielęgniarstwa. Praktyka specjalistyczna obejmuje role: klinicz-

ne, dydaktyczne, administracyjne, badawcze i konsultacyjne.

Specjalizacja w dziedzinie pielęgniarstwa onkologicznego w Polsce została powołana rozporządzeniem Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 17 grudnia 1998 r. w sprawie kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych. Chciałabym dodać, że Polskie Stowarzyszenie Pielęgniarek Onkologicznych ma swój znaczący wkład w powołanie tej specjalizacji, powstanie jej programu oraz realizację pierwszych edycji.

Jak wygląda w Polsce kształcenie pielęgniarek onkologicznych?

Specjalizację w tej dziedzinie mogą odbywać wyłącznie pielęgniarki, które posiadają prawo wykonywania zawodu i przepracowały w zawodzie co najmniej 2 lata. Szkolenie specjalizacyjne obejmuje 980 godzin dydaktycznych, w tym część specjalistyczna wynosi 650 godzin, z czego 350 godzin to zajęcia praktyczne. W ramach zajęć praktycznych uczestnicy specjalizacji odbywają praktyki w poradni onkologicznej, oddziale onkologicznym i chemioterapii, radioterapii oraz zakładzie diagnostyki, oddziale rehabilitacji i w hospicjum lub oddziale opieki paliatywnej, a także w zespole domowej opieki paliatywnej. Po ukończeniu szkolenia specjalizacyjnego pielęgniarka jest przygotowana do pełnienia specjalistycznej, profesjonalnej opieki nad chorym z chorobą nowotworową podczas całego procesu leczenia onkologicznego, które obejmuje również edukację, profilaktykę przeciwnowotworową, rehabilitację oraz opiekę paliatywną.

Specjalizacja to nie jedyna forma kształcenia podyplomowego w dziedzinie pielęgniarstwa onkologicznego, pielęgniarka może uczestniczyć w kursie kwalifikacyjnym (490 godzin dydaktycznych), a także wielu krótkich kursach specjalistycznych, dających uprawnienia do wykonywania określonych działań np. leczenia ran.

Ile aktualnie mamy w kraju pielęgniarek onkologicznych i czy jest to wystarczająca liczba, ile powinno być?

Jako pielęgniarki onkologiczne zwykle się u nas określać wszystkie pielęgniarki pracujące w placówkach o specyfice onkologicznej, a nie tylko te, które mają tytuł specjalisty w tej dziedzinie. Aktualnie w placówkach onkologicznych jest zatrudnionych ok. 6 000 pielęgniarek z czego około 5 200 w lecznictwie stacjonarnym, pozostałe w lecznictwie ambulatoryjnym. Z tych ok. 6 000 pielęgniarek tytuł specjalisty posiada 875, a kolejnych 1 200 ukończyło kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa onkologicznego. Czy mamy zatem wystarczającą liczbę pielęgniarek onkologicznych? Na pewno nie, ale pielęgniarki nadal się kształcą. Zainteresowanie udziałem w szkoleniach podyplomowych jest duże, mimo utrudnień, jakim jest np. wycofanie się pracodawców z udziału w finansowaniu kształcenia i doskonalenia podyplomowego pielęgniarek i położnych oraz udzielania im urlopów szkoleniowych.

Czy przy aktualnym trybie kształcenia, będziemy mieli w najbliższym czasie w Polsce wystarczającą liczbę pielęgniarek onkologicznych?

To nie tryb kształcenia jest problemem. Przede wszystkim mamy drastycznie malejącą liczbę pielęgniarek. Polska jest na ostatnim miejscu w Unii pod względem liczby pielęgniarek przypadających na tysiąc mieszkańców – jest ich zaledwie 5,4. W Szwajcarii ten wskaźnik wynosi 16, a w Czechach – 8,1. W ciągu najbliższych kilku lat zabraknie w polskim systemie zdrowia kilkudziesięciu tysięcy pielęgniarek. Do 2020 roku 30% pielęgniarek obecnie czynnych zawodowo odejdzie z zawodu, ponieważ uzyskają prawa emerytalne. Od kilku lat więcej pielęgniarek kończy studia pielęgniarskie niż podejmuje pracę w kraju. Sytuacja jest taka, że mamy w Polsce coraz lepiej wyposażone oddziały, ale pielęgniarki są przeciążone pracą. Szpitale ograniczają zatrudnienie do minimum, a odchodzące na emeryturę pielęgniarki często nie są zastępowane nowymi. Zastanawiam się, jak to będzie wyglądało za 5 czy 10 lat, jeśli żadne działania nie zostaną podjęte. W tej chwili

średnia wieku polskiej pielęgniarki to 48 lat, a młodzi ludzie pracy w polskich szpitalach nie chcą podejmować.

Jaki jest specyfika pracy pielęgniarek onkologicznych?

Obecnie w leczeniu nowotworów stosuje się zaawansowane techniki medyczne, a także wiele skomplikowanych leków. To wszystko sprawia, że pielęgniarka onkologiczna musi posiadać wysokie kwalifikacje oraz wiele umiejętności nie tylko w zakresie pielęgnacji ciała, ale także znajomości sfery psychicznej i duchowej pacjenta. Pielęgniarka onkologiczna jest najbliższą pacjentowi na każdym etapie terapii, pielęgnuje i roztacza opiekę, zapewnia bezpieczeństwo i komfort psychiczny, dostarcza niezbędnych informacji, edukuje w kwestiach zdrowia i choroby oraz świadczy wsparcie dla pacjenta i jego rodziny. W procesie diagnostycznym: przygotowuje pacjenta do badań – wyjaśnia na czym będą one polegać, pomaga pokonać lęk i obawy w okresie oczekiwania na wynik i postawienie diagnozy. Ułatwia choremu dostęp do informacji o stanie zdrowia i planowanych działaniach czyli mówiąc prościej pomaga zrozumieć trudny dla niego język medyczny. Pomaga pacjentowi i jego rodzinie w zrozumieniu istoty choroby, przykrych emocji i dolegliwości, jakie może wywoływać choroba nowotworowa i terapia. W procesie leczenia: przygotowuje chorego do zabiegów, pobiera materiały do badań, wykonuje zabiegi lecznicze i pielęgnacyjne, pomaga rozwiązywać problemy chorego powstające w związku z zastosowaną metodą leczenia. W chemioterapii: przygotowuje i podaje leki przeciwnowotworowe, czuwa nad bezpieczeństwem pacjenta, monitoruje jego stan zdrowia pod kątem występowania objawów niepożądanych. Edukuje pacjenta w zakresie samoobserwacji w czasie leczenia oraz występowania objawów ubocznych. Udziela wskazówek jak radzić sobie w przypadku wystąpienia późnych objawów ubocznych po leczeniu. W radioterapii: przygotowuje chorego do leczenia wyjaśniając mu przebieg terapii, skutki oddziaływania promieniowania

jonizującego na organizm, doradza odpowiednią dietę, uczy właściwej pielęgnacji okolicy napromienianej. Ze względu na to, że u pacjentów poddanych radioterapii czy chemioterapii większość objawów ubocznych może wystąpić po leczeniu, kiedy pacjent przebywa w domu bardzo ważnym zadaniem pielęgniarki jest edukacja obejmująca zarówno chorego jak i jego najbliższych. Pacjent, który rozumie wagę samoobserwacji i umie reagować wcześniej na występujące objawy niepożądane ma znacznie większe szanse na ukończenie leczenia, a tym samym uzyskanie lepszego efektu terapii. Po leczeniu pielęgniarka onkologiczna: przygotowuje pacjenta i jego rodzinę do samoopieki w warunkach domowych, motywuje do usamodzielniania się, pomaga pacjentowi w uzyskaniu niezależności oraz w radzeniu sobie w zmienionej sytuacji życiowej powstałej podczas choroby.

W pakiecie onkologicznym wchodzącym od 1 stycznia 2015 r. pielęgniarki onkologiczne mogą pełnić rolę koordynatorek przeprowadzających chorego z nowotworem przez kolejne etapy leczenia. Jak widzicie się w tej roli?

Informacje na temat koordynatora są jak dotąd bardzo ogólne, trudno więc na ten temat wypowiadać się szczegółowo. Niewątpliwie osoba, która ułatwi pacjentowi poruszanie się po systemie będzie bardzo pomocna, żeby nie powiedzieć niezbędna, kiedy pakiet wejdzie w życie. A czy tą rolę mogłaby pełnić pielęgniarka? Myślę, że tak, zwłaszcza w świetle tego, co już powiedziałam o specyfice pracy pielęgniarek onkologicznych.

Jest Pani prezesem Polskiego Stowarzyszenia Pielęgniarek Onkologicznych. Na czym polega Wasza działalność?

Polskie Stowarzyszenie Pielęgniarek Onkologicznych jest organizacją zrzeszającą pielęgniarki opiekujące się pacjentami z chorobą nowotworową, pracujące w ośrodkach i oddziałach onkologicznych na terenie całego kraju. Istniejemy od 1996 r, naszym celem jest współpraca na rzecz rozwoju, doskonalenia i promocji

praktyki pielęgniarskiej poprzez edukację, badania naukowe oraz wzmocnienie roli pielęgniarek w redukowaniu skutków nowotworów złośliwych w Polsce. Współpracujemy z wieloma instytucjami i organizacjami, uczestniczymy w przygotowaniu i opiniowaniu standardów opieki onkologicznej. Pomagamy w rozwiązywaniu problemów pielęgniarek onkologicznych upowszechniając metody i narzędzia ułatwiające pracę i gwarantujące coraz wyższą jakość opieki. Ważną częścią naszej działalności jest integracja osób zajmujących się zagadnieniami pielęgniarstwa onkologicznego, którą realizujemy przez organizowanie konferencji i szkoleń.

PSPO jest członkiem European Oncology Nursing Society, International Society of Nurses In Cancer Care, Rady Polskich Towarzystw Onkologicznych. Obecnie Stowarzyszenie zrzesza w 9 oddziałach terenowych około 700 członków z terenu całego kraju.

Jak ocenia Pani pakiet onkologiczny? Co będzie najtrudniejsze do zrealizowania z Waszego punktu widzenia?

Zgadzam się z opinią Polskiej Unii Onkologii, Polskiego Towarzystwa Onkologicznego i Polskiego Towarzystwa Onkologii Klinicznej, że wiele zapisów pakietu budzi wątpliwości. Ponadto trzeba pamiętać także o tym, że pakiet wymusza wprowadzenie kolejnych zmian np. w chemioterapii. Czy wprowadzenie równocześnie takiej ilości zmian w systemie nie spowoduje chaosu? No i bardzo ważny element – finansowanie. Niepewność w tej sferze rodzi uzasadniony niepokój. Mam jednak nadzieję, że po wprowadzeniu koniecznych modyfikacji wdrożenie pakietu onkologicznego skróci czas od podejrzenia nowotworu do rozpoczęcia leczenia, co leży przecież w interesie nas wszystkich nie tylko pacjentów i personelu medycznego, ale również zarządzających systemem.

**Dziękuję za rozmowę
Aleksandra Rudnicka**

PIĘĆ LAT POLSKIEJ KOALICJI PACJENTÓW ONKOLOGICZNYCH

czyli dlaczego nie było jubileuszu



Sygnatariusze Aktu Fundacyjnego PKPO

Polska Koalicja Pacjentów Onkologicznych

W 2014 roku minęło 5 lat działalności Polskiej Koalicji Pacjentów Onkologicznych. Nie było hucznego jubileuszu, ani nawet skromnych obchodów. Byliśmy tak zajęci pracą, że trudno w to uwierzyć, ale przeoczyliśmy tą okrągłą rocznicę.

Przypomnijmy, że Akt Fundacyjny Polskiej Koalicji Organizacji Pacjentów Onkologicznych został podpisany 11 lutego 2009 roku w Warszawie z okazji XVII Światowego Dnia Chorego. Założycie-

łami były cztery organizacje: Federacja Stowarzyszeń „Amazonki”, Stowarzyszenie Wspierające Chorych na Chłoniaki „Sowie Oczy”, Ogólnokrajowe Stowarzyszenie Pomocy Chorym na Przewlekłą Białaczkę Szpikową oraz Polskie Towarzystwo Stomijne POL-ILKO. Aktualnie Fundacja działa pod nazwą Polska Koalicja Pacjentów Onkologicznych (PKPO) i zrzesza 27 organizacji, reprezentując 85 tys. chorych na nowotwory w Polsce.

Na początku, jak zwykle byli ludzie z pomysłem i pasją tworzenia – Krystyna Wechmann, prezes Federacji Stowarzyszeń „Amazonki” (od początku wiceprezes Koalicji) i jej nieżyjąca już przyjaciółka Danuta Dobrška z łódzkiego Stowarzyszenia „Amazonek”. To te dwie Panie wpadły na pomysł połączenia kilku organizacji. Później dołączył Jacek Gugulski z Ogólnokrajowego Stowarzyszenia Pomocy Chorym na Przewlekłą Białaczkę Szpikową, który został pierwszym prezesem Koalicji. Wspomnijmy też pierwszego Honorowego Ambasadora PKPO wybitnego aktora Krzysztofa Kolbergera; obecnie tę funkcję pełni Pan profesor Jerzy Stuhr. Wśród członków założycieli była Pani Prezydentowa Jolanta Kwaśniewska, która cały czas interesuje się naszą działalnością.

Przez te pięć lat udało się skonsolidować organizacje pacjentów onkologicznych w silny ruch, rozpocząć i kontynuować stały dialog z władzami na temat kształtowania polityki zdrowotnej, przeprowadzić ważne akcje jak „Pacjent Wykluczony”, „Pacjenci Pacjentom”, „Rak – Publiczny Priorytet”. W ramach Akademii Dobrych Praktyk szkolimy naszych liderów zarówno na temat nowotworów, jak i kierowania organizacjami pozarządowymi. Objęliśmy patronatem merytorycznym wiele konferencji i projektów. Wydajemy też nasze pismo „Głos Pacjenta Onkologicznego” poświęcone edukacji onkologicznej, informujące o pracy Koalicji i zrzeszonych w niej organizacji. Prowadzimy stronę internetową, na której zamieszczamy najważniejsze aktualności z życia PKPO. Na Facebooku kontaktujemy się na co dzień z naszymi członkami. Co roku na Forum Pacjentów Onkologicznych robimy podsumowanie dokonań i wytyczamy kierunki działań.

Jesteśmy członkiem Europejskiej Koalicji Pacjentów Onkologicznych (ECPC). Jak podkreśla obecny prezes Koalicji Szymon Chrostowski, który ostatnio uczestniczył w spotkaniach europejskich liderów organizacji pacjentów onkologicznych – *Polska Koalicja Pacjentów Onkologicznych wśród organizacji chorych na nowotwory pełni rolę wiodącą w Europie, zarówno pod względem merytorycznym, jak i siły społecznej ruchu. W żadnym innym kraju pacjenci onkologiczni nie są tak wyedukowani, nie uczestniczą tak czynnie w kształtowaniu polityki zdrowotnej państwa.*

Lata 2013-2014 były szczególnie istotne dla realizacji misji PKPO, którą jest: **Poprawa statystyk dotyczących przeżycia chorych z chorobami nowotworowymi w Polsce, dzięki wdrożeniu najwyższych standardów diagnostyki i terapii nowotworów.** W tym czasie włączyliśmy się w działalność powołanego przez naszego prezesa Szymona Chrostowskiego Obywatelskiego Poroz-

umienia na rzecz Onkologii i stworzyliśmy własną **Strategię dla Polskiej Onkologii na lata 2016-2025 z perspektywy pacjenta onkologicznego.** Zawarte w niej postulaty dotyczące karty pacjenta onkologicznego, kompleksowej terapii i koordynatora procesu leczenia zostały zaakceptowane przez Ministerstwo Zdrowia i będą realizowane od 1 stycznia 2015 r. w ramach pakietu onkologicznego.

Wprowadzenie pakietu onkologicznego jest zwieńczeniem naszych pięcioletnich działań. Sukces pakietu jest równoznaczny z uratowaniem zdrowia i życia wielu Polaków, dlatego akceptujemy ten projekt i zwracamy się do wszystkich, od których zależy jego wdrożenie w życie o poparcie. Niech to będzie wspólny projekt: władz, pracowników służby zdrowia i nas pacjentów.

A świętowanie i jubileuszowe obchody? Przyjdzie na nie czas, kiedy kolejki do onkologa zaczną zniknąć.



Zarząd i Rada PKPO, grudzień 2014,
Akademia Dobrych Praktyk w Sierakowie



PAKIET ONKOLOGICZNY JEST ZWIASTUNEM ZMIAN I NADZIEI

Szymon Chrostowski, prezes Polskiej Koalicji Pacjentów Onkologicznych, prezes Fundacji Wygrajmy Zdrowie, członek Rady Naukowej Akademii Czerniaka, ekspert do spraw immuno-onkologii przy Parlamencie Europejskim.

Co dla pacjentów onkologicznych oznaczają zmiany, które mają nastąpić w polskiej onkologii z dniem 1 stycznia 2015 roku?

Zmiany te, dotyczące leczenia nowotworów – wprowadzane nie tylko w polskiej onkologii, ale w całym naszym systemie zdrowia – oznaczają, że choroby nowotworowe uznano wreszcie za bezpośrednio zagrażające życiu, wymagające szybkiej diagnostyki i terapii. Pacjenci onkologiczni czekali na nie od dawna. Przed pięciu laty skonsolidowali swoje siły w Polskiej Koalicji Organizacji Pacjentów Onkologicznych, by o nie walczyć. Temu celowi służył także projekt Obywatelskie Porozumienie na Rzecz Onkologii powstały w sierpniu 2013 roku oraz stworzony w maju 2014 roku dokument **Strategia dla Polskiej Onkologii na lata 2016-2025 z perspektywy pacjenta onkologicznego**. Pakiet onkologiczny zawiera część naszych postulatów, które wysunęliśmy w Strategii i wiążemy z nim ogromne nadzieje.

Pojawiły się głosy, że pakiet stawia chorych na nowotwory w uprzywilejowanej pozycji, że jest niezgodny z Konstytucją RP, bo przecież inni pacjenci też cierpią z powodu śmiertelnych chorób. Co sądzisz na ten temat?

Pakiet Onkologiczny nie łamie konstytucyjnych praw obywateli do ochrony zdrowia. Jakiś czas temu takie generalne porządki przeprowadzono w polskiej kardiologii i teraz funkcjonuje ona na

europejskim czy nawet światowym poziomie. Zmniejszyła się śmiertelność z powodu zawałów. Jak wiemy choroby układu krążenia są najczęstszym powodem zgonu Polaków, ale na drugim miejscu są właśnie nowotwory. Teraz czas na polską onkologię. Co do tego są zgodni lekarze, pacjenci i decydenci, tym bardziej, że sytuacja w opiece nad chorymi onkologicznie w naszym kraju w ostatnich latach drastycznie się pogorszyła. Mówi o tym prof. Maciej Krzakowski, który jak nikt w Polsce zna te problemy (rozmowa na s. 5-7 „Głosu Pacjenta Onkologicznego”). Poza tym pacjentów onkologicznych będzie w najbliższych latach przybywało wraz ze starzeniem się naszego społeczeństwa – na nowotwory chorują głównie osoby w starszym wieku, po 60. roku życia. Jest to ostatni moment na działanie. Zmiany są konieczne. Nie oznacza to, że nie rozumiemy sytuacji innych grup pacjentów, dlatego pakiet onkologiczny został tak organizacyjny opracowany i takie zmiany przeprowadzono w funkcjonowaniu systemu zdrowia, począwszy od lekarzy POZ po wyspecjalizowane placówki, żeby nie wydłużać kolejek do specjalistów pozostałym pacjentom. Jak to konkretnie wygląda na poziomie podstawowej opieki lekarskiej i w szpitalach onkologicznych mówią m.in. prezes Bożena Janicka (s. 9-11) i prof. Jacek Fijuth (s. 7-9). Oburza mnie przedstawianie przez niektórych lekarzy pakietu onkologicznego w takim świetle, że chorzy z nowotwora-

mi z powodu jego wprowadzenia powinni odczuwać moralny dyskomfort.

W jaki sposób ustawienie pacjentów onkologicznych w odrębnej kolejce zmniejszy czas oczekiwania na wizytę u specjalisty innych chorych?

Pokażę to na własnym przykładzie. Diagnoza choroby nowotworowej u mnie trwała dwa lata. Odbylem w tym czasie kilka wizyt u specjalistów, przeszedłem wiele badań, w tym niektóre zupełnie niepotrzebne. Nie chcę już nawet wspominać, jak przez ten czas cierpiełem z powodu bólu wywołanego nowotworem, który się powiększał. Kiedy wreszcie trafiłem do onkologa, ten nie miał żadnych wątpliwości, że to rak. Jak widać przez ten czas zająłem komuś miejsce w kolejce u urologa, ortopedy, chirurga i wydano bez sensu pieniądze na moje badania diagnostyczne. Jeśli internista od razu skierował mnie do onkologa, a miał ku temu wszelkie przesłanki, moja terapia wyglądałaby zupełnie inaczej i nie byłaby tak wyniszczająca. Gdyby w tamtych latach obowiązywałyby szybka diagnostyka i terapia onkologiczna państwo nie wydałoby tyle na moje leczenie i inna byłaby historia mojej choroby.

Niektóre propozycje pakietu są błędnie przedstawiane. Czy nie trzeba ich wyjaśnić?

Wokół pakietu powstał medialny szum, z którego przebijają się nie zawsze prawdziwe informacje. Toczy się społeczna

dyskusja na ten temat, ponieważ nowotwory i ich terapia to problem ogólnonarodowy, dotyczący już prawie każdej polskiej rodziny. Wszyscy wiedzą, że kolejka do onkologa jest długa, a jak już ma się zdiagnozowanego raka jeszcze trudniej jest dostać się na zabieg do szpitala, na chemio- czy radioterapię. Do tej pory jedynymi sposobami skrócenia tej drogi przez mękę były wizyty w prywatnych gabinetach, które otwierały drogę do szpitala lub płatne leczenie w niepublicznych jednostkach. Tego wszyscy nie chcemy: my pacjenci, pracownicy służby zdrowia i decydenci. Pakiet daje zarówno lekarzom, jak i chorym narzędzia oraz rozwiązania systemowe, które porządkują, czynią transparentną sytuację, w której utknęła polska onkologia, a przede wszystkim umożliwiają szybkie podjęcie terapii, czyli ratowanie zdrowia i życia pacjentów.

Konkretnie, co daje pakiet pacjentom a co lekarzom?

Oczywiście, są to wspólne korzyści, ale niektóre ułatwiają pracę lekarzom, a inne chronią prawa pacjenta. Lekarze POZ mają możliwość wykonywania większej liczby specjalistycznych badań w ramach pakietu onkologicznego. Specjalistom z AOS zniesiono limity na wykonywanie badań diagnostycznych w ramach szybkiej ścieżki onkologicznej, ale w zamian zobowiązano do postawienia diagnozy w maksimum 9 tygodni. Placówki leczące chorych w ramach pakietu mają zniesione limity na zbiegi i terapię, ale muszą przestrzegać najwyższych standardów medycznych, leczyć chorego kompleksowo, czyli zapewnić mu dostęp po ewentualnym zbiegu chirurgicznym do chemio- czy radioterapii i innych specjalistów. Leczenie powinno być zaplanowane w ciągu dwóch tygodni po przyjęciu chorego do placówki przez konsylium złożone ze specjalistów i prowadzone pod opieką koordynatora, który czuwa nad dotrzymaniem terminów, prawidłowym prowadzeniem dokumentacji, wspiera i udziela pacjentowi informacji dotyczących terapii. Przepustką do lecze-

nia pacjenta w ramach pakietu onkologicznego jest karta diagnostyki i leczenia onkologicznego. Pacjenci nazwali ją „zieloną kartą”, bo umożliwia im pokonanie kolejek do specjalistów, badań diagnostycznych i terapii. Może być wystawiona na każdym etapie leczenia, także chorym będącym aktualnie w terapii onkologicznej. Jest własnością chorego, po zakończeniu leczenia koordynator przekazuje kartę specjalście prowadzącemu pacjenta już poza placówką i jeśli leczenie kończy się pomyślnie pacjent wraca z nią do lekarza POZ. Karta pokazuje czarno na białym, jak przebiegał proces leczenia, czy zgodnie z procedurami, terminami, standardami. Jest dla pacjenta podstawą do wymagania prowadzenia właściwej terapii, a dla świadczeniodawców do rozliczenia z wykonania świadczeń i dotrzymania ich terminów.

Które z postulowanych przez pacjentów propozycji zmian w systemie leczenia chorób nowotworowych wprowadzono w pakiecie, a które jeszcze czekają?

Wprowadzono kartę diagnostyki i leczenia, stanowisko koordynatora i kompleksowe leczenie onkologiczne. Nie wprowadzono karty ryzyka nowotworowego pacjenta po 65 roku życia i ankiety oceny satysfakcji pacjenta onkologicznego. Wiemy, że nie wszystko jest od razu możliwe, że brakuje środków i specjalistów. Kartę dla seniorów zagrożonych nowotworami,

jak przypuszczam, za chwilę wymusi rzeczywistość. Co do ankiety – jest to kosztowny program i będzie trzeba na niego poczekać i może lepiej żeby powstał, kiedy pakiet będzie funkcjonował już przez dłuższy czas, bo wtedy będzie co oceniać. Mamy dwa portale prowadzone przez Fundację Alivia: ONKOMAPE, która pokazuje, jak oceniane są poszczególne placówki onkologiczne w Polsce i pracujący w nich lekarze oraz uruchomiony ostatnio portal kolejkoskop.pl monitorujący dostępność do niektórych ważnych badań diagnostycznych.

Czy Pakiet spełnia oczekiwania polskich pacjentów onkologicznych?

Zawarte w nim propozycje zmian jak najbardziej nas satysfakcjonują. Teraz najważniejsze jest, aby je wprowadzić w życie. Byłoby źle, gdyby wysiłek włożony w stworzenie i uruchomienie Pakietu został zniewieczony przez partykularne interesy części pracowników służby zdrowia. Cieszy nas, że są z nami zgodni lekarze onkolodzy oraz pielęgniarki onkologiczne. Do tej pory hasło Koalicji RAZEM MOŻEMY WIĘCEJ odnosiło się tylko do pacjentów, teraz RAZEM dotyczy wszystkich realizatorów zmian w polskim systemie leczenia nowotworów. W naszym logo mamy jaskółki, są one dla nas symbolem nadziei. Pakiet onkologiczny jest zwiastunem zmian i nadziei dla pacjentów onkologicznych.



PAKIET ONKOLOGICZNY

CZYLI SZYBKA DIAGNOSTYKA I TERAPIA ONKOLOGICZNA W SZEŚCIU KROKACH



CO TO JEST PAKIET ONKOLOGICZNY

Pakiet onkologiczny to wprowadzane od 1 stycznia 2015 r. w systemie zdrowia nowe rozwiązania organizacyjne, których celem jest sprawna i szybka diagnostyka oraz terapia chorych z nowotworami. Zmiany te były od dawna postulowane zarówno przez pacjentów onkologicznych, jak i lekarzy. Teraz pacjenci z podejrzeniem nowotworu będą pilnie diagnozowani i leczeni w ramach pakietu, ponieważ w ich przypadku szybka terapia, to terapia ratująca życie.

Choroby onkologiczne to także ważny problem społeczny w naszym kraju. Nowotwory są drugą – po chorobach układu krążenia – przyczyną śmierci Polaków. Nasza kardiologia przeszła już gruntowne zmiany i reprezentuje obecnie europejski poziom leczenia, a ilość zgonów z powodu zawałów zmniejszyła się. Teraz czas na polską onkologię.

Postaramy się w możliwie najprostszy sposób zaprezentować czytelnikom „Głosu Pacjenta Onkologicznego” wprowadzane przez pakiet onkologiczny:

- nowe narzędzia – kartę diagnostyki i leczenia onkologicznego
- zmiany systemowe – zniesienie limitów na diagnostykę i leczenie nowotworów
- rozwiązania organizacyjne – wyznaczenie terminów realizacji etapów diagnostyki i leczenia, powołanie konsyliów specjalistów, nadzór koordynatora, tworzenie placówek kompleksowego leczenia onkologicznego

Przedstawimy także w sześciu krokach ścieżkę szybkiej diagnostyki i terapii onkologicznej.

PIERWSZY KROK

WIZYTA U LEKARZA PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ (POZ)

Pacjent, który zauważył niepokojące objawy, mogące wskazywać na nowotwór powinien zgłosić się do prowadzącego go lekarza Podstawowej Opieki Zdrowotnej, który po przeprowadzeniu dokładnego wywiadu, w razie potrzeby zleci wykonanie niezbędnych badań. Od 1 stycznia 2015 r. w ramach pakietu onkologicznego, lekarze POZ będą mogli zlecać więcej badań, m.in.: hematologicznych, biochemicznych i immunochemicznych z surowicy krwi, a także badań elektrokardiograficznych, ultrasonograficznych oraz spirometrię. Te poszerzone możliwości diagnostyki pozwolą im zwiększyć szanse na szybsze wykrycie ewentualnych zmian nowotworowych. U lekarza POZ pacjent przejdzie więc pierwszy etap diagnostyki w kierunku wykrycia nowotworu.

Jeśli na podstawie wykonanych badań diagnostycznych lekarz POZ stwierdzi podejrzenie nowotworu złośliwego, skieruje pacjenta do specjalisty właściwego ze względu na umiejscowienie nowotworu lub do onkologa. Aby pacjent z taką diagnozą szybko dostał się do specjalisty, lekarz POZ wystawi mu kartę diagnostyki i leczenia onkologicznego.



KARTA DIAGNOSTYKI I LECZENIA ONKOLOGICZNEGO

tzw. „Zielona Karta”



Karta diagnostyki i leczenia onkologicznego to przepustka do szybkiej terapii onkologicznej, po jej otrzymaniu pacjent zostanie skierowany do odrębnej kolejki dla chorych onkologicznie. Karta będzie dokumentować cały przebieg diagnostyki i leczenia. Znajdują się w niej rubryki, które będą wypełniać lekarze na poszczególnych etapach procesu diagnostyczno-terapeutycznego. Dzięki temu informacje o pacjencie będą w jednym miejscu. Będą to m.in.: wykaz badań diagnostycznych, które zostały wykonane pacjentowi, diagnoza. W przypadku rozpoznania nowotworowego również informacja o stopniu zaawansowania choroby i plan leczenia. Dzięki karcie diagnostyka i leczenie onkologiczne zostaną jasno określone, a pacjent będzie miał zagwarantowaną kompleksową opiekę medyczną na każdym etapie choroby. Karta będzie własnością pacjenta. Świadczeniodawca będzie miał obowiązek nieodpłatnie przekazać pacjentowi oryginał karty oraz przechowywać jej kopię.

Kartę diagnostyki i leczenia onkologicznego będzie mógł wydać także lekarz specjalista w poradni ambulatoryjnej (AOS), jeśli zdiagnozuje nowotwór złośliwy u pacjenta. Pacjent będzie mógł otrzymać kartę także w szpitalu jeśli będzie hospitalizowany z powodu nowotworu, jak i w wyniku hospitalizacji niezwiązanej z chorobą nowotworową, w czasie której zostanie u niego wykryty nowotwór złośliwy. W tych przypadkach warunkiem wydania karty będzie potwierdzenie diagnozy. Kartę diagnostyki i leczenia onkologicznego będą mogli otrzymać również pacjenci z chorobą nowotworową, którzy rozpoczęli leczenie przed 1 stycznia 2015 r. – wystawi ją lekarz prowadzący leczenie w szpitalu.

DRUGI KROK

WIZYTA U SPECJALISTY

DIAGNOSTYKA WSTĘPNA I POGŁĘBIONA W 9 TYGODNI

Pacjent z kartą diagnostyki i leczenia onkologicznego powinien zgłosić się do lekarza specjalisty ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (AOS), który odpowiada za kolejne etapy diagnostyki: wstępną i – w przypadku potwierdzenia nowotworu złośliwego – pogłębiającą.

Od momentu, gdy pacjent zostanie wpisany na listę osób oczekujących na konsultację specjalisty, do postawienia diagnozy nie powinno minąć więcej niż 9 tygodni, wynika to z obowiązku przestrzegania przez świadczeniodawców terminów wyznaczonych na wykonanie diagnostyki onkologicznej. Jest to podstawa szybkiej terapii onkologicznej i ma związek ze zniesieniem limitów na diagnostykę i leczenie nowotworów złośliwych.

Diagnostyka wstępna powinna trwać 5 tygodni. W maksymalnym czasie 2 pierwszych tygodni pacjent odbędzie wizytę u lekarza specjalisty, potem wykona zleczone przez niego badania, na podstawie których lekarz potwierdzi lub wykluczy chorobę nowotworową.

Na diagnostykę pogłębiającą pakiet onkologiczny przewiduje kolejne 4 tygodnie. W tym czasie pacjent wykona badania zleczone przez lekarza specjalistę, na podstawie których lekarz określi stopień zaawansowania choroby.

TRZECI KROK

SZYBKA TERAPIA ONKOLOGICZNA

Pacjent będzie mógł wybrać placówkę, w której podda się terapii onkologicznej. Placówki ochrony zdrowia będą mogły

realizować leczenie w ramach pakietu onkologicznego, jeśli zagwarantują kompleksową opiekę medyczną wysokiej jakości i będą przestrzegać ustalonych terminów diagnostyki i leczenia onkologicznego.

Placówki prowadzące szybką terapię będą m.in. gwarantowały pacjentowi możliwość poddania się chemioterapii i radioterapii, będzie w nich także funkcjonował oddział o profilu zabiegowym. Świadczeniodawcy zadbają o to, aby w każdym zespole prowadzącym leczenie znajdowali się fizjoterapeuta i psycholog lub psychoonkolog. Będą także zobligowani do przestrzegania standardów leczenia nowotworów złośliwych, zgodnie z rekomendacjami polskich towarzystw naukowych.



ZNIESIENIE LIMITÓW



Zniesienie limitów w diagnostyce i leczeniu nowotworów, to główny postulat zmian proponowanych przez onkologów. Dzięki zniesieniu limitów w ramach karty diagnostyki i leczenia onkologicznego pacjenci onkologiczni będą mieli łatwiejszy i szybszy dostęp do leczenia. Zmniejszą się kolejki. Limity zostaną zniesione w placówkach opieki zdrowotnej, które będą udzielały świadczeń w ramach pakietu onkologicznego, pod warunkiem, że będą zapewniały ich terminowość i kompleksowość.

Nowym rozwiązaniem organizacyjnym jest także zakwaterowanie w hostelach czy pensjonatach blisko szpitala pacjentów poddawanych chemioterapii lub radioterapii, którzy do tej pory byli hospitalizowani z powodów innych niż zdrowotne (np. w związku z odległym miejscem zamieszkania). Świadczeniodawcy mogą zaoferować pacjentom również transport z hostelu do placówki, w której są leczeni. Zakwaterowanie w hostelu i transport pomiędzy nim a placówką ochrony zdrowia będą się odbywały na wniosek pacjenta. Koszty zakwaterowania i transportu pacjentów pokryje NFZ.

Szczegółowe informacje o placówkach, w których pacjenci będą mogli leczyć się w ramach szybkiej terapii onkologicznej zostaną podane w styczniu 2015 r.

CZWARTY KROK KONSyliUM

W ciągu dwóch tygodni od zgłoszenia się pacjenta do szpitala, zbierze się konsylium, czyli wielodyscyplinarny zespół specjalistów, który opracuje plan leczenia.

W składzie konsylium muszą się znaleźć lekarze następujących specjalizacji:

- onkologii klinicznej lub onkologii i hematologii dziecięcej jeśli pacjentem jest dziecko lub hematologii w przypadku nowotworów krwi i chłoniaków
- radioterapii /radioterapii onkologicznej/ medycyny nuklearnej w przypadku nowotworów leczonych z wykorzystaniem medycyny nuklearnej
- chirurgii onkologicznej lub ogólnej, lub w innej dziedzinie zabiegowej odpowiedniej dla danego rodzaju lub umiejscowienia nowotworu, a w przypadku dzieci – chirurgii dziecięcej
- diagnostyki radiologicznej.

W konsylium będą mogły uczestniczyć także inne osoby, między innymi: pielęgniarka, psycholog albo inny pracownik medyczny.

Konsylium może się zebrać ponownie w celu skonsultowania aktualnego stanu zdrowia pacjenta, zmiany planu jego terapii w zależności od potrzeb.

Główne zadania konsylium to: kwalifikacja pacjenta do leczenia zabiegowego, chemioterapii lub radioterapii, a także ustalenie planu leczenia oraz rodzajów terapii, które będą stosowane.



PIĄTY KROK

WYZNACZENIE KOORDYNATORA

Po określeniu ścieżki postępowania terapeutycznego konsylium wyznaczy koordynatora. Będzie on nadzorował proces leczenia pacjenta onkologicznego. Wesprze chorego i jego rodzinę informacyjnie, administracyjnie i organizacyjnie. Będzie pomagał mu komunikować się z lekarzami. Jego głównym zadaniem będzie zapewnienie przepływu informacji na wszystkich etapach terapii, tak aby leczenie było dostosowane do indywidualnych potrzeb pacjenta.

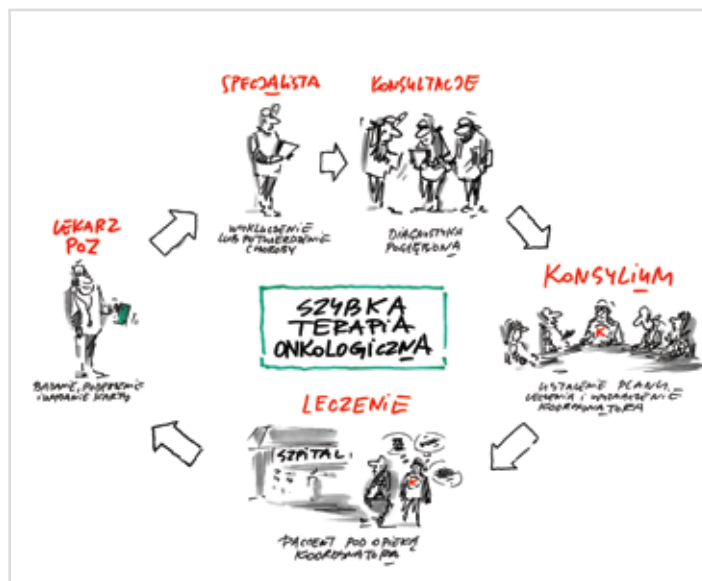
Zadania koordynatora to: koordynacja planu leczenia pacjenta ustalonego przez konsylium, nadzór nad kompletnością dokumentacji związanej z kartą diagnostyki i leczenia pacjenta (m.in. potwierdzenia wykonania świadczeń i zakończenia danego etapu leczenia), udzielanie pacjentowi wszystkich niezbędnych informacji związanych z leczeniem onkologicznym.

Koordynator będzie towarzyszył pacjentowi aż do zakończenia leczenia. Funkcja koordynatora powstała po to, aby ułatwić choremu przechodzenie przez poszczególne etapy leczenia. Dzięki temu nadzorowi proces terapeutyczny – zaplanowany przez konsylium – będzie mógł być sprawnie realizowany.

SZÓSTY KROK

ZAKOŃCZENIE SZYBKIEJ TERAPII ONKOLOGICZNEJ POWRÓT POD OPIEKĘ LEKARZA POZ

Po zakończeniu leczenia w szpitalu pacjent wraz z dokumentacją i zaleceniami przejdzie pod opiekę lekarza specjalisty. Jeśli jego stan zdrowia nie pogorszy się i potwierdzą to wyniki badań, pacjent – z programem opieki długofalowej – zostanie skierowany do lekarza podstawowej opieki zdrowotnej (POZ), który ponownie stanie się jego lekarzem prowadzącym.



Wprowadzenie pakietu onkologicznego powinno przynieść korzyści zarówno dla pacjentów, jak i całego systemu, oznacza bowiem skrócenie kolejek, uporządkowanie procesu diagnostyki i leczenia, wprowadzenie szybkiej diagnostyki i kompleksowej terapii, a tym samym zmniejszenie śmiertelności pacjentów onkologicznych. Obniżą się też zarówno indywidualne, jak i społeczne koszty leczenia, dzięki wykryciu choroby we wczesnym stadium.

Szczegółowe informacje o pakiecie onkologicznym znajdziesz na portalu pakietonkologiczny.gov.pl



NUMER SPEŁNIONYCH MARZEŃ

Wiceprezes PKPO, Krystyna Wechmann rozmawia z Aleksandrą Rudnicką, redaktorką naczelną „Głosu Pacjenta Onkologicznego” o powstaniu pisma, 10. jubileuszowym numerze poświęconym pakietowi onkologicznemu i kolejnych wydaniach.

Pozwól, że zamienimy się rolami i tym razem ja zadam Ci kilka pytań. Jakie były początki „Głosu Pacjenta Onkologicznego”?

To było pięć lat temu. Wydawałam wtedy – i robię to do dzisiaj – „Gazetę Amazonki”, pismo które cieszyło się dużym zainteresowaniem wśród pań po leczeniu raka piersi, choć pojawiały się w nim trudne, medyczne artykuły. Pomyślałam, że skoro Amazonki poruszają tak specjalistyczne tematy, chcąc stale poszerzać swoją wiedzę o raku piersi, to inni pacjenci onkologiczni też by chcieli wiedzieć więcej o swoich nowotworach. Zgłosiłam się z pomysłem wydawania pisma do Ciebie, wiceprezesa Koalicji i Ty go od razu zaakceptowałaś.

Ale pierwsze numery wcale nie poruszały tematów onkologicznych?

Pierwszy numer był o prawach pacjenta, a drugi o wolontariacie. Uważałam bowiem, że musimy się lepiej poznać. Zastanowić się nad istotą tworzącego się ruchu. Uświadomić sobie, jakie mamy prawa jako chorzy i zacząć je egzekwować. A wolontariat pacjencki – wzajemna pomoc, wspieranie się w chorobie i powrocie do zdrowia, to istota działania naszych organizacji na co dzień, o tym nie możemy zapomnieć.

Kolejne numery dotyczyły już problemów związanych z chorobami nowotworowymi?

Starałam się proponować tematy, które są ważne dla wszystkich lub większości pacjentów onkologicznych. Dotyczyły one sfery psychicznej i duchowej choroby – numery o psychoonkologii i muzykoterapia, czyli, co nam w duszy gra. Pisaliśmy także o jakości życia w chorobie nowotworowej, o towarzyszącym jej bólu, zastawiając się, czy rak musi boleć, o prawidłowym trybie życia, o aktywności fizycznej i zdrowym stylu życia, których rak nie wyklucza, o tym jak dbać o skórę w trakcie chemio-

terapii. Osobny numer – Młodzi i rak – poświęciliśmy ludziom w wieku 18–40 lat zmagającymi się z nowotworami, ich problemom zarówno medycznym, jak i życiowym związanym z chorobą.

Były też trzy wydania specjalne i nawet jedno nadzwyczajne.

Pierwsze było dedykowane panom i dotyczyło raka prostaty, adresatkami drugiego były panie i poświęciliśmy go chorobom sterfy intymnej u kobiet, a trzecie czerniakowi. We wszystkich tych numerach informowaliśmy o nowoczesnych terapiach i szansach, które dają one pacjentom. Te wydania docierały bezpośrednio na konkretne oddziały, gdzie są leczeni chorzy z rakiem gruczołu krokowego, nowotworami ginekologicznymi i czerniakiem.

Numer nadzwyczajny **Strategia dla Polskiej Onkologii na lata 2016–2015 z perspektywy pacjenta onkologicznego**, zawdzięczamy prezesowi PKPO Szymonowi Chrostowskiemu, którego specjalnością jest rozwiązywanie spraw systemowo, a takiego podejścia wymagała polska onkologia. W wydaniu nadzwyczajnym poświęconym naszej STRATEGII przedstawiliśmy propozycje zmian, które wypracowało Obywatelskie Porozumienie na Rzecz Onkologii w konsultacji z liderami organizacji pacjentów onkologicznych.

Jak określimy ten 10. numer „Głosu Pacjenta Onkologicznego” o pakiecie onkologicznym – super nadzwyczajnym?

Gdybyśmy byli kolorowym pismem nazwalibyśmy ten numer wydaniem świątecznym z ekskluzywnym wywiadem, ale jesteśmy poważnym periodykiem i jest to 10. jubileuszowy numer, w którym na pytania dotyczące pakietu onkologicznego odpowiadają najlepsi specjaliści z dziedziny onkologii i zdrowia w Polsce oraz nasz gość specjalny Minister Bartosz Arłukowicz. Dla mnie osobiście jest to numer

spełnionych marzeń, bo kiedy dziękowałam za nagrodę pisałam, że chciałabym, aby „Głos Pacjenta Onkologicznego” był czytany nie tylko przez pacjentów i lekarzy, ale i decydentów. A teraz rozmawiamy z Ministrem Zdrowia o najważniejszych od wielu lat zmianach w polskiej onkologii.

Jeśli to numer spełnionych marzeń, to co dalej?

Marzenia gonią marzenia. Mamy o czym pisać. Następne wydanie będzie o nowotworach jelita grubego. Planujemy też numer o raku płuca i specjalne wydanie „Głosu” dla pań. Minister Zdrowia obiecał pacjentom kolejne spotkanie, po 3 miesiącach od wprowadzenia pakietu, wrócimy więc też do tego tematu.

Pismo jest bezpłatne, skąd środki na jego finansowanie?

To największy problem, tym bardziej że stale zwiększamy nakład. Na początku było to 2000 egz., teraz drukujemy 5000, a nie wiem czy 25 tys. to byłaby odpowiednia ilość w stosunku do... pacjentów onkologicznych w Polsce. Poza tym w 2015 r. chcemy wydawać „Głos” co dwa miesiące. Poszukujemy, jednego lub kilku stałych partnerów i jesteśmy bardzo wdzięczni tym, którzy nam pomagają. Chciałam też podziękować wszystkim autorom, za to teksty, które piszą dla nas bezpłatnie. Dziękuję też Zarządowi PKPO za stałe rozwijanie tego niełatwego projektu. Przede wszystkim dziękuję głównym bohaterom pisma – pacjentom onkologicznym, którzy nie wahają się opowiedzieć swojej historii, dając innym chorym wsparcie i nadzieję.

Dziękuję za rozmowę, życzę kolejnych interesujących numerów i satysfakcji z pracy.

Rozmawiała
Krystyna Wechmann

Twój 1% pomaga pacjentom onkologicznym

Razem możemy więcej



Polska Koalicja 
Pacjentów Onkologicznych

KRS 0000333981

ZARZĄD

Prezes – Szymon Chrostowski
Prezes Fundacji Wygrajmy Zdrowie

Wiceprezes – Krystyna Wechmann
Prezes Federacji Stowarzyszeń
„Amazonki”

Wiceprezes – Jacek Gugulski
Prezes Stowarzyszenia Chorych na
Przewlekłą Białaczkę Szpikową

RADA

Przewodniczący – Paweł Moszumański
Założyciel Stowarzyszenia Wspierającego
Chorych na Chłoniaki „Sowie Oczy”

Wiceprzewodniczący:

Piotr Fonrobert
Prezes Stowarzyszenia Pomocy Chorym
na GIST

Ryszard Lisek

Członek Zarządu Głównego Polskiego
Towarzystwa Stomijnego POL-ILKO

Romana Nawara

Prezes Warszawskiego Stowarzyszenia
Amazonki

Krzysztof Żbikowski

Wiceprezes Stowarzyszenia Chorych na
Przewlekłą Białaczkę Szpikową

**Dołącz do nas na Facebooku facebook.com/KoalicjaPacjentow
Zapisz się na newsletter dla pacjentów onkologicznych na stronie www.pkopo.pl**

Adres do korespondencji
ul. Piękna 28/34, lok. 53, 00-547 Warszawa
info@pkopo.pl
tel. 22 428 36 31

Redaktor Naczelna
Aleksandra Rudnicka
aleksandria@zigzag.pl
ul. Pełczyńskiego 20a/12, 01-471 Warszawa
tel. 502 071 677

Zastępca Redaktora Naczelnego
Beata Ambroziewicz
beata.ambroziewicz@pkopo.pl
tel. 509 478 984

Czytaj „Głos Pacjenta Onkologicznego” na www.pkopo.pl

Numer jubileuszowy „Głosu Pacjenta Onkologicznego” został zilustrowany rysunkami Pana Henryka Sawki, stworzonymi na potrzeby portalu pakietonkologiczny.gov.pl