



Biuletyn Szpitalny

Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny
im. prof. W. Orłowskiego CMKP



W NUMERZE:

Przywracamy leczenie pacjentów z COVID-19



Nowe zasady udzielania teleporad

Jak oceniany jest stan zdrowia Polaków?

Zapisy do lekarzy rodzinnych



CORONAVIRUS
COVID-19 / SARS-CoV-2

Przywracamy leczenie pacjentów z COVID-19

W grudniu ub. r. w związku z poprawą sytuacji epidemicznej i Decyzją Wojewody Mazowieckiego, zlikwidowaliśmy w naszym Szpitalu bazę łóżek szpitalnych, przeznaczonych dla pacjentów z potwierdzonym zakażeniem wirusem SARS-CoV-2. Pozwoliło to na przywrócenie w Szpitalu dotychczas udzielanych świadczeń leczenia stacjonarnego.

Niestety w lutym br. sytuacja epidemiczna w kraju zaczęła się pogarszać - weszliśmy w trzecią fazę epidemii. Rośnie liczba nowych zakażeń, zgonów, zajętych łóżek i respiratorów. Dotyczy to w znaczącej mierze Mazowsza i m.st. Warszawy.

Reagując na niepokojącą sytuację, Wojewoda Mazowiecki wydał szpitalom, w tym Szpitalowi Orłowskiego, decyzje polecające przywracanie i znaczące rozszerzanie bazy łóżek covidowych. W odniesieniu do naszego Szpitala, Decyzja Wojewody z dn. 25 lutego polecała utworzenie 40 takich łóżek, a kolejne decyzje, z 17, 24, 25 i 30 marca, odpowiednio 80 i 120 łóżek dla pacjentów z COVID-19. Decyzje Wojewody z dn. 25 i 30 marca, potwierdzały polecenie utworzenia w Szpitalu 120 takich łóżek, odnosiły się również do udzielania świadczeń w zakresie ginekologii i położnictwa pacjentkom zakażonym wirusem SARS-CoV-2. Decyzją Wojewody

Szpital powinien również posiadać 3 łóżka dla pacjentów z podejrzeniem zakażenia koronawirusem oraz 7 łóżek respiratorowych z dostępem do kardiomonitora oraz możliwością prowadzenia tlenoterapii i wentylacji mechanicznej.

Szpital, z ogromnym trudem, Zarządzeniem Dyrektora, wprowadził zmiany infrastrukturalne w celu realizacji obowiązków nałożonych na niego Decyzją Wojewody z dnia 25 lutego 2021 r., polecającą utworzenie 40 łóżek covidowych. Dokonana została relokacja pacjentów Oddziału Klinicznego Geriatrii, Chorób Wewnętrznych i Chorób Metabolicznych Kości i Oddziału Klinicznego Chirurgii Plastycznej do pozostałych komórek organizacyjnych działalności medycznej Szpitala (utrudniając jednocześnie tym komórkom prowadzenie ich podstawowej działalności w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych). W chwili obecnej nadmiernie obciążony okrojony personel ww. Oddziałów dedykowanych dla pacjentów zakażonych SARS-CoV-2 nie jest w stanie własnymi siłami zapewnić ciągłości pracy w Oddziałach COVID-owych.

Mając na uwadze narastające problemy z zapewnieniem obsady kadrowej Oddziału COVID-owego oraz lawinowym wzrostem liczby pacjentów z zakażeniem wirusem SARS-CoV-2 przywożonych do tut. Szpitala, złożone zostały przez Szpital odwołania do Ministra Zdrowia od decyzji Wojewody, polecające utworzenie docelowo 120 łóżek covidowych, uzasadnione całkowitym brakiem możliwości ich wykonania z przyczyn niezależnych od Szpitala.

Szpital nieustająco zmagają się z trudną sytuacją kadrową. Braki personelu odnoszą się przede wszystkim do lekarzy Oddziału Klinicznego Geriatrii, Chorób Wewnętrznych i Chorób Metabolicznych Kości. Znaczna część personelu medycznego tego Oddziału (czyli Oddziału w całości dedykowanego dla pacjentów zakażonych SARS-CoV-2) w ostatnim czasie odeszła do Szpitala Południowego, gdzie udziela świadczeń w ramach Oddziału COVID-owego. Zapewnienie obsady dyżurowej zarówno dla

Oddziału Klinicznego Geriatrii, Chorób Wewnętrznych i Chorób Metabolicznych Kości, jak również dla Izby Przyjęć Szpitala, jest praktycznie niemożliwe. Personel pracuje resztką sił, dźwigając ciężar coraz to nowych i szerszych obowiązków. Wypełnianie luk w grafikach dyżurowych ww. komórek odbywa się na zasadzie przekierowywania personelu z innych Oddziałów Klinicznych.

Ponadto, dwaj lekarze Oddziału Klinicznego Anestezjologii i Intensywnej Terapii tutejszego Szpitala otrzymali decyzje Wojewody Mazowieckiego o skierowaniu ich do pracy przy zwalczaniu epidemii w jednostkach zewnętrznych. Wyłączenie dwóch pracowników Oddziału powoduje znaczne utrudnienia w obsadzeniu dyżurów Oddziału oraz Oddziałów COVI-owych. Lekarze anestezjolodzy zajmują się w tutejszym Szpitalu m.in. zwalczaniem epidemii, a ich nieobecność znacznie zwiększa ryzyko braku możliwości zapewnienia ciągłości pracy Szpitala, tym bardziej w sytuacji wydania przez Wojewodę Mazowieckiego kolejnych decyzji o utworzeniu 80 i 120 łóżek dla pacjentów z potwierdzonym zakażeniem SARS-CoV-2.

Wyrażamy przekonanie, że Wojewoda Mazowiecki uwzględni trudną sytuację Szpitala w zakresie zorganizowania opieki medycznej nad pacjentami z COVID-19 i w całości uwzględni złożone odwołania.



Nowe zasady udzielania teleporad

W dniu 16 marca br. weszło w życie rozporządzenie Ministra Zdrowia z dn. 5 marca 2021 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie standardu organizacyjnego teleporady w ramach podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2021 r. poz. 427).

Jakie zmiany w dotychczasowych zasadach udzielania świadczeń POZ wprowadza rozporządzenie? Przede wszystkim **lekarz nie ma prawa, poza określonymi sytuacjami, narzucić pacjentowi wizyty w formie teleporady**. To pacjent decyduje, jaką formę wizyty wybiera.

W jakich sytuacjach nie można odmówić pacjentowi wizyty bezpośredniej:

- kiedy nie wyraża on zgody na teleporadę (on lub jego opiekun ustawowy),

- kiedy choruje na przewlekłą chorobę - doszło do jej pogorszenia lub zmiany objawów,
- istnieje podejrzenie choroby nowotworowej,
- dziecko, z którym zgłasza się rodzic, nie ma jeszcze 6 lat,
- podczas pierwszej wizyty pacjenta u lekarza, pielęgniarki lub położnej podstawowej opieki lekarskiej, wskazanych w deklaracji wyboru.

W jakich sytuacjach można korzystać z teleporad:

- podejrzewamy u siebie zakażenie wirusem SARS-CoV-2,
- potrzebujemy recepty na leki niezbędne do kontynuacji leczenia,
- potrzebujemy zlecenia na zaopatrzenie w wyroby medyczne jako kontynuację poprzedniego zlecenia,
- potrzebujemy zaświadczenia o stanie zdrowia,
- nasze dziecko, które nie ma 6 lat, korzysta z porady kontrolnej, którą lekarz ustalił podczas bezpośredniej wizyty i która nie polega na fizycznym badaniu.

W trakcie teleporady oprócz konsultacji medycznej pacjent może otrzymać następujące dokumenty: e-receptę, e-skierowanie, e-zwolnienie, zlecenie na test na koronawirusa, a także sugestią bezpośredniej wizyty w przychodni lub kontaktu z pogotowiem ratunkowym (jeśli stan zdrowia pacjenta będzie tego wymagał).

Jeśli lekarz odmawia pacjentowi wizyty bezpośrednio w placówce, może on zadzwonić na numer Telefonicznej Informacji Pacjenta 800 190 590, zgłosić tę, ew. inne nieprawidłowości.

Na stronie internetowej SPSK im. Prof. W. Orłowskiego CMKP w „Aktualnościach” oraz zakładce „Dla Pacjenta” zamieszczono zasady korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych w formie bezpośredniej wizyty lekarskiej w Przychodni Przyszpitalnej, jak i teleporady.

(źródło: pacjent.gov.pl)



Jak przedstawia się stan zdrowia Polaków?

Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny (NIZP-PZH) opublikował

ostatnio raport pt. „Sytuacja Zdrowotna ludności Polski 2020”. Najważniejszym spostrzeżeniem płynącym z raportu, jest zauważalne w ostatnich latach **zahamowanie wieloletniego trendu poprawy stanu zdrowia ludności Polski**, mierzonego spadkiem współczynnika zgonów z przyczyn możliwych do uniknięcia oraz długością życia.

Współautor opracowania, Prof. dr Bogdan Wojtyniak, podczas konferencji prezentującej raport wskazał, że **długość życia w Polsce w ostatnich latach przestała rosnąć**. U kobiet była ona większa, niż u mężczyzn o 7 lat. „Widzimy, że w przypadku kobiet nastąpiło istotne zahamowanie trendu wzrostowego, a w przypadku mężczyzn ten trend uległ istotnemu spowolnieniu. Z szacunków NIZP-PZH wynika, że w 2020 r. m. in. z powodu pandemii, spadek długości trwania życia w Polsce będzie większy niż na Zachodzie i w przypadku mężczyzn wyniesie ok. 1,5 roku, a kobiet nieco ponad rok”. Profesor Wojtyniak zwrócił również uwagę, że zaznacza się wyraźne zróżnicowanie długości życia w naszym kraju w zależności od poziomu wykształcenia. „W 2017 r. różnica długości trwania życia mężczyzn z wykształceniem podstawowym i wyższym wynosiła ponad 11 lat i różnica ta niestety zwiększa się. Nie obserwujemy również zmniejszania się społecznych nierówności w zdrowiu” - wyjaśnił.

Poniżej najważniejsze wnioski wynikające z omawianego raportu.

- Poprawa stanu zdrowia ludności Polski uległa zahamowaniu.
- W 2019 r. **długość życia mężczyzn wynosiła 74,1 lata, u kobiet** była o 7,7 lat dłuższa i **wynosiła 81,8 lat**, wykazując powolny trend spadkowy. Różnica w długości życia mężczyzn i kobiet zmniejsza się w ostatnich latach. W 2018 r. mężczyźni w Polsce mogli oczekiwać, że przeżyją w zdrowiu 60,5 lat (82% długości życia, mniej niż 2 lata wcześniej), a kobiety 64,3 lat (79%). Różnica w oczekiwanej długości życia w zdrowiu kobiet i mężczyzn w Polsce, 3,8 lat, jest obecnie największa w krajach UE.
- Długość życia polskich mężczyzn jest wyraźnie krótsza niż przeciętna w krajach Unii Europejskiej – wg danych Eurostatu w 2018 r. o 4,6 lat, w przypadku kobiet o 1,9 roku.
- **Długość życia jest silnie różnicowana przez czynniki społeczne** – w roku 2017 mężczyźni

w wieku 30 lat z wykształceniem wyższym mogli oczekiwać, że będą żyli ok. 7,4 lat dłużej niż mężczyźni z wykształceniem średnim i aż o ok. 11,0 lat dłużej niż mężczyźni z wykształceniem gimnazjalnym i niższym. W przypadku kobiet różnice związane z poziomem wykształcenia są mniejsze niż wśród mężczyzn.

- **Najmniej korzystnym środowiskiem zamieszkania w Polsce są najmniejsze miasta**, poniżej 5 tys. mieszkańców Tam mieszkańcy żyją najkrócej. Przeciętnie najdłużej żyją mieszkańcy największych miast, z wyjątkiem Łodzi, gdzie mieszkańcy żyją nawet krócej, niż mieszkańcy małych miasteczek.
- **Umieralność niemowląt w Polsce jest wyższa od przeciętnej w krajach UE**. Na każde 10 tys. urodzeń żywych w Polsce w latach 2018 i 2019, przed ukończeniem pierwszego roku życia umierało 38 dzieci, podczas gdy w UE przeciętnie 35 (2018 r.). Poziom umieralności niemowląt znacznie różni się w poszczególnych województwach (lepsza sytuacja dotyczyła województw mazowieckiego i małopolskiego).
- Umieralność mieszkańców Polski w ostatnich dziesięciu latach charakteryzuje się wyraźnym spowolnieniem albo wręcz **zatrzymaniem spadku współczynników zgonów**.
- **Największym zagrożeniem życia Polaków są od lat choroby układu krążenia (ChUK)** odpowiedzialne w 2018 r. za 40,5% ogółu zgonów. Natężenie umieralności z powodu ChUK i ich udział w ogólnej liczbie zgonów stopniowo zmniejsza się po roku 2015. Choroby te stanowią najważniejszą przyczyną umieralności w przypadku mężczyzn w wieku 45-54 lata, 70 lat i starszym, natomiast wśród kobiet dopiero w wieku powyżej 74 lat. Zdecydowanie najczęstszą przyczyną zgonów wśród chorób układu krążenia są **choroby serca** (59,0% ogółu zgonów z powodu ChUK) i one też są najczęstszą szczegółową przyczyną zgonów mieszkańców Polski. Zgony z powodu choroby serca są w Polsce znacznie częstsze niż w krajach UE.
- **Nowotwory złośliwe to druga co do częstości przyczyna zgonów Polaków** (24,5% ogółu zgonów w 2018 r.). Stanowią one

większy problem zdrowotny mężczyzn niż kobiet. W ciągu ostatnich 15 lat spadek umieralności z powodu nowotworów występuje we wszystkich województwach. Największym zagrożeniem życia mężczyzn i kobiet jest rak tchawicy, oskrzela i płuca (większym niż dla ogółu mieszkańców UE). Współczynniki umieralności z jego powodu maleją wśród mężczyzn, natomiast wśród kobiet ogółem wciąż zwiększają się. Trzeba podkreślić, że wśród kobiet w wieku 25-64 lata w ostatnich czterech latach mają one już trend spadkowy. Poziom umieralności ogółu kobiet z powodu raka piersi ma trend rosnący od roku 2010. Generalnie sytuacja w Polsce pod względem umieralności z powodu nowotworów złośliwych jest niekorzystna w porównaniu z przeciętną sytuacją w krajach UE, ale w mniejszym stopniu niż w przypadku chorób układu krążenia.

- **Zewnętrzne przyczyny zgonów są piątą co do znaczenia grupą przyczyn umieralności ogółu Polaków** (4,9% ogółu zgonów w 2018 r.). Natężenie zgonów z powodu ogółu przyczyn zewnętrznych (upadki, samobójstwa, wypadki komunikacyjne) ma długotrwały trend spadkowy, który w ostatnich latach uległ spowolnieniu.
- **W 2018 r. trzecią co do znaczenia grupą przyczyn zgonów była grupa przyczyn niedokładnie określonych**, takich, gdzie przyczyna zgonu zawierała opis objawów, odwoływała się do nieprawidłowych wyników badań laboratoryjnych, była niedokładnie określona lub wręcz nieznaną. Sytuacja ta dotyczyła co dziesiątego zgonu. Problem ten stanowi jedno z ważnych świadectw niezadowolającej jakości systemu orzekania o przyczynach zgonów w naszym kraju i wymaga zasadniczej naprawy.
- **Polska ma wyraźny problem z przedwczesną umieralnością ludności.** U mężczyzn jest ona 2,5-krotnie wyższa, niż u kobiet. W przypadku kobiet zdecydowanie dominującą przyczyną utraconych przedwcześnie lat życia są nowotwory złośliwe (tchawicy, oskrzela i płuca oraz piersi), które odpowiadają za prawie 40% liczby tych lat. W przypadku mężczyzn dotyczy to: chorób układu krążenia (22,3%),

nowotworów złośliwych (21,3%) oraz przyczyn zewnętrznych (18,6%).

- **Istotnym elementem przedwczesnej umieralności w naszym kraju jest umieralność z powodu przyczyn możliwych do uniknięcia**, które można skutecznie leczyć, albo można im skutecznie zapobiegać. Umieralność możliwa do zapobieżenia z powodu chorób nowotworowych jest obecnie znacznie wyższa, niż z powodu chorób układu krążenia - zarówno wśród mężczyzn, jak i kobiet. Wskazuje to na pilną potrzebę wzmocnienia działań prewencyjnych w odniesieniu do chorób nowotworowych w ramach wdrażanej Narodowej Strategii Onkologicznej. Zróznicowanie między województwami w zakresie poziomu umieralności z powodu przyczyn, które można skutecznie leczyć oraz tych, którym można skutecznie zapobiegać wskazuje na potencjalnie duże możliwości poprawy zdrowia Polaków poprzez działania z zakresu zdrowia publicznego oraz medycyny klinicznej.

(Źródło: Sytuacja zdrowotna ludności Polski 2020, pod redakcją Bogdana Wojtyniaka i Pawła Goryńskiego, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny, Warszawa 2020)



Zapisy do lekarzy rodzinnych

Prowadzimy **zapisy do lekarzy rodzinnych** – podstawowej opieki zdrowotnej.

Na naszych Pacjentów oczekuje doświadczony zespół lekarzy, oferując ciągłość opieki i gwarantując krótkie terminy wizyt.

Na miejscu można wykonać badania laboratoryjne, a także RTG, USG, EKG oraz wykupić leki w aptece.

Zapraszamy do Przychodni, wejście C, gabinet 2, tel. (22) 584 12 74.

Redakcja Biuletynu: Ewa Olsińska, Specjalista ds. Komunikacji, pok. D 109, tel. 433