



SENAT
RZECZYPOSPOLITEJ
POLSKIEJ

XI kadencja

Zapis stenograficzny

z posiedzenia
Komisji Zdrowia (9.)

17 kwietnia 2024 r.

Porządek obrad:

1. Sepsa – podniesienie standardu opieki w Polsce.

(Początek posiedzenia o godzinie 11 minut 01)

(Posiedzeniu przewodniczy przewodnicząca Beata Małecka-Libera)

**PRZEWODNICZĄCA
BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Dzień dobry. Rozpoczynamy posiedzenie senackiej Komisji Zdrowia.

Dzisiaj będziemy właściwie kontynuować temat sepsy, ponieważ nasze dzisiejsze posiedzenie nawiązuje do konferencji, która odbyła się w zeszłym roku. Konferencja odbyła się w budynku Senatu i mówiliśmy wtedy na temat najważniejszych wyzwań związanych z sepsą. W tej konferencji uczestniczył również pan Jerzy Owsiak, który... Jak państwo pamiętacie, rok ubiegły był rokiem walki z sepsą, ze środków Wielkiej Orkiestry Świątecznej Pomocy został zakupiony odpowiedni sprzęt, który ułatwia wczesną diagnostykę. Nasze dzisiejsze posiedzenie, posiedzenie Komisji Zdrowia, merytoryczne, ma na celu kontynuację tego tematu i przede wszystkim wrócenie do kwestii rekomendacji, wniosków. Chcemy ten temat kontynuować, ponieważ padła wtedy obietnica, że sepsa stanie się dla Senatu tematem priorytetowym, wiodącym. Słowa dotrzymujemy i mam nadzieję, że dzisiaj wiele kwestii również zostanie oficjalnie przedstawionych.

Witam kolegów senatorów, moich kolegów z Komisji Zdrowia. Witam panią minister z zespołem, witam stronę społeczną, wszystkich ekspertów, którzy dzisiaj do nas przyjechali i wszystkie osoby, które są tym tematem bardzo zainteresowane.

Ja chciałabym poprowadzić sprawę w następujący sposób. Postaram się wymienić najważniejsze kwestie, które wtedy padały. Jeżeli nie powiem o wszystkich, to bardzo będę prosiła państwa o ich dodanie. A więc najważniejsze były takie sprawy, jak rejestr, o którym, jak myślę, wszyscy eksperci jednym głosem mówili, że on jest bardzo ważny, i odpowiednie okodowanie sepsy, to był ten temat, który pojawiał się wtedy na konferencji. Druga kwestia to była oczywiście procedura wykorzystania sprzętu do diagnostyki i możliwość pełnego wykorzystania, zakupu także później wszystkich niezbędnych materiałów, tak żeby można było ten sprzęt odpowiednio dobrze wykorzystać. Były podnoszone kwestie standardów w wielu zakresach. Główny nacisk szedł wówczas na sepsę w stanach szczególnie zagrożonych, a także w ciąży. O tym mówiliśmy. A więc temat sepsy... Pojawił się jeszcze temat standardu postępowania. To są te rzeczy, które ja pamiętam, że zostały ze mną jako te najważniejsze, kluczowe, i o tych właśnie kierunkach chciałabym, żebyśmy dzisiaj porozmawiali.

Dzisiaj zacznę od ekspertów, jeżeli pani minister pozwoli. Chciałabym oddać państwu głos, żebyście jeszcze raz swoim autorytetem i wiedzą przypomnieli te wszystkie najważniejsze wątki. Prosiłabym o bardzo skrótove wypowiedzi, bo jesteśmy dzisiaj nie na konferencji, tylko na posiedzeniu Komisji Zdrowia. Tak że bardzo bym prosiła, żebyście państwo jeszcze raz przypomnieli skrótove najważniejsze rekomendacje. Później oczywiście głos zabierze pani minister, która opowie, co udało się zrobić przez te pół roku.

Proszę bardzo, komu pierwszemu mam oddać głos? Proszę, zgłaszajcie się państwo. My wiemy, że przyjechaliście tutaj specjalnie po to, żeby przedstawić na posiedzeniu Komisji Zdrowia najważniejsze wątki, więc proszę się po prostu przedstawiać. Proszę bardzo, Pani Profesor...

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Proszę bardzo, oczywiście. Tylko, Panie Profesorze, to musi się nagrywać. Proszę siedzieć.

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Tak, ale proszę do mikrofonu. Dobrze?

(Brak nagrania)

PRZEWODNICZĄCA

BEATA MAŁECKA-LIBERA

Proszę włączyć mikrofon, Panie Profesorze.

**KOORDYNATOR CENTRUM DS. LECZENIA BÓLU I OPIEKI PALIATYWNEJ W KATEDRZE
I KLINICE ANESTEZJOLOGII I INTENSYWNEJ TERAPII NA WYDZIALE LEKARSKIM
NA UNIWERSYTECIE MEDYCZNYM IM. PIASTÓW ŚLĄSKICH WE WROCŁAWIU**

ANDRZEJ KÜBLER

O, jest. Dziękuję bardzo.

...Grupa ludzi zajmujących się sepsą. Minęło już dużo czasu i przez ten okres stworzyliśmy pewne założenia, które funkcjonują dotąd, ale potrzeba doskonalenia jest nieodzowna. Ja tylko chciałbym zwrócić uwagę na to, jakie są główne potrzeby związane z tym, żeby powstał krajowy plan działania przeciw sepsie, co powtarzamy już od 20 lat. Trzeba pamiętać o pewnych sprawach, które wydają się oczywiste, ale dla fachowców, niekoniecznie dla wszystkich. Sepsa to jest reakcja organizmu na każde zakażenie, które powoduje niewydolność narządową. Trzeba pamiętać o tym, że może ją wywołać tak samo zakażenie bakteryjne, jak i wirusy. COVID-19 w ciężkiej postaci był właśnie najbardziej typową postacią sepsy wirusowej. Mamy też takie uznanie przez WHO w 2017 r., że to jest priorytet. WHO zobowiązało wtedy państwa członkowskie, sto osiemdziesiąt kilka państw, żeby zdały raport z tego, jak u nich jest z sepsą. Ja takiego raportu w naszym kraju dotąd nie widziałem. W każdym razie to jest priorytetowe zagrożenie zdrowia, obok nowotworów i chorób krążenia. Ono istnieje i my to przeżyliśmy w czasie COVID, widzieliśmy, że to nie są żarty, tylko zagrożenie ludzkości pod względem zdrowotnym. Proszę pamiętać o tym, że raporty dotyczące sepsy to jest bardzo ważna sprawa, ale dotąd nie wiemy, jak to prawidłowo robić z uwagi na złożoność sytuacji. Myślę, że raport jako wyłączony element to nie jest taki priorytet, priorytetowy jest krajowy plan działania przeciw sepsie. Raport jest jedną z części, niezwykle ważną, ale wcale nie taką prostą. Proszę sobie wyobrazić, że na świecie nie potrafią dobrze policzyć przypadków sepsy. Jest taka publikacja w „Lancecie” ze stycznia 2020 r., zanim wybuchła pandemia, gdzie oszacowano liczbę przypadków sepsy. I mimo że to nie jest wyliczenie, tylko szacunek, to wszyscy się tym posługują, chociaż to nie jest precyzyjne, dlatego że nie ma żadnego innego sposobu policzenia sepsy. Oni mówią, że liczba przypadków sepsy na świecie to jest niemal 50 milionów, 11 milionów osób umiera. To jest szacunek, który uwzględnia kraje słabo rozwinięte, i dlatego w tym szacunku mówimy o ogromnej liczbie dzieci i matek, które umierają z powodu sepsy, co nie dotyczy takich krajów rozwiniętych jak nasz. Ale kiedy popatrzymy w szczegółowe informacje w tym raporcie „Lancetu”, to tam znajdziemy niejaki „Poland” i tam ten raport mówi, że tu jest 100 tysięcy przypadków i 26 tysięcy zgonów. I tylko tyle wiemy, oprócz badań, które kilkanaście lat temu były przeprowadzone na oddziałach intensywnej terapii i też były to badania szacunkowe, ponieważ one były ochotnicze, a nie obowiązkowe. My się na tym opieramy i możemy powiedzieć tylko tyle, że to jest ogromna liczba zgonów i że musimy oceniać sepsę jako niebezpieczeństwo tak wysoko, jak inne schorzenia systemowe, które wywołują nieszczęście zdrowotne w naszym kraju, tj. nowotwory i choroby krążenia. Różne kraje różnie liczą przypadki sepsy. Proszę sobie wyobrazić, że kraj tak rozwinięty jak Anglia, ma co najmniej 4 do 5 sposobów liczenia w raportach sepsy i każdy raport daje inną liczbę. Tak że nie spodziewajmy się, że wymyślimy tutaj jakiś bardzo dokładny raport, ale musimy przynajmniej wiedzieć, w jaki sposób do tego zagadnienia podejść. Na przykład nie wierzymy, że my wyliczymy dobrze liczbę przypadków sepsy, patrząc na wpisy ICD do raportów. To jest złudne, musimy szukać jakichś innych sposobów.

W krajach rozwiniętych są takie 4 kluczowe zalecenia, co robić przeciw sepsie. Przede wszystkim należy propagować akcje informacyjne i szkolenia dotyczące sepsy. My tego nie mamy w systemach nauczania, nie ma tego w systemach nauczania. Proszę państwa, my jako Stowarzyszenie „Pokonać Sepsę” – jest takie we Wrocławiu, będziemy w przyszłym roku robić piąty kongres poświęcony sepsie – ciągle się z tym spotykamy. Teraz był w Katowicach taki kongres dotyczący zagrożeń zdrowotnych, gdzie była sesja o sepsie, i my tam z panią profesor Hryniewicz słyszeliśmy, że mnóstwo osób z branży, jak by to powiedzieć, zdrowotnej nie ma pojęcia, co to jest sepsa. Niestety za mało o tym mówimy. Nie mamy też krajowego standardu rozpoznania, leczenia i rehabilitacji. To należy wprowadzić najpóźniej w przyszłym roku, bo wtedy powstanie na nowo taki światowy system Surviving Sepsis Campaign, który mówi o tym, jaki ma być standard leczenia sepsy na świecie. W ogóle nie myślimy o tym, co nas dotyka, chociaż my jesteśmy – mówię tu też w imieniu pana profesora Goździka z Wrocławia... My nie dotknęliśmy tematu tego, co się dzieje z ludźmi, którzy przeszli sepsę, a to jest ogromnie ważny temat, bo oni nie wracają do pracy, oni nie wracają do zdrowia. Ilu ich jest, gdzie, jak... *Post-sepsis syndrom* to jest sprawa, którą się nie zajmujemy tak, jak trzeba. Próbuje badać sepsę przez jakieś programy naukowe, ale na pewno nie jest to tyle, ile byśmy chcieli.

Ja absolutnie nie chciałbym uzasadniać tych wszystkich zaleceń, ten materiał mogę przesłać osobom zainteresowanym, i żeby nie przedłużać, chciałbym tylko wspomnieć o przeszkodach, jeśli chodzi o poprawę jakości opieki w związku z sepsą, o tym, o czym informuje nasze stowarzyszenie. Nie mamy powszechnej świadomości tego, co to jest sepsa. Wiemy, co to jest zawał, udar mózgu, a sepsa jest terminem mało znanym i interpretowanym. Dlatego koniecznie musimy w naszych przekazach dotyczących opieki zdrowotnej w kraju mówić więcej o tym, co to jest sepsa, i nie nazywać tego w kółko posocznicą, bo to jest bardzo ładne polskie słowo, ale znaczące zupełnie coś innego i to nas tylko myli. Jeszcze raz wspominam, że ograniczone jest szkolenie pracowników opieki zdrowotnej. Oni powinni być szkoleni w dwóch obszarach, czyli przez klinicystów i mikrobiologów, razem, na jednym spotkaniu, tak jak to robimy od lat u pani profesor Hryniewicz.

No i wreszcie: nie mamy tej bazy, którą musimy w jakiś sposób zrobić. Myślę, że będziemy dzisiaj mówić o tym, w jaki sposób dotrzeć do, może jakiegoś kalekiego, ale jednak jakiegoś, rejestru sepsy. My to liczyliśmy tylko na oddziałach intensywnej terapii, ale przecież sepsa, jak teraz wiemy, zaczyna się w domu, trafia do oddziałów medycyny ratunkowej i tam trzeba zacząć to liczyć. Medycyna ratunkowa i szpital – 2 narzędzia, które należy wprowadzić, żeby dokładniej liczyć te przypadki w naszym kraju. Dziękuję państwu za uwagę.

PRZEWODNICZĄCA

BEATA MAŁECKA-LIBERA

Dziękuję bardzo, Panie Profesorze.

Zatrważające jest to, co pan powiedział, tj. że od 20 lat właściwie powtarza się te same postulaty i one jak na razie nie mają nadanego biegu. Ze swojej strony mogę tylko powiedzieć, że na posiedzeniach Komisji Zdrowia w Senacie do końca tej kadencji będziemy się przyglądać temu, jaki jest postęp, jeżeli chodzi o zmiany w Ministerstwie Zdrowia. Tak jak powiedziałam na początku, jest to jeden z priorytetów, jakimi komisja na pewno będzie się zajmować. Mam nadzieję, że nie będzie musiała i że po części ta sprawa jakoś się jednak przełoży na pracę w ministerstwie i będzie to miało odpowiedni bieg.

Proszę bardzo, kto z państwa chciałby jeszcze zabrać... Proszę bardzo.

KIEROWNIK KATEDRY I KLINIKI ANESTEZJOLOGII I INTENSYWNEJ TERAPII NA WYDZIALE
LEKARSKIM NA UNIWERSYTECIE MEDYCZNYM IM. PIASTÓW ŚLĄSKICH WE WROCŁAWIU
WALDEMAR GOŹDZIK

Ja zostałem wywołany przez pana profesora Küblera. Powiem o dwóch takich sprawach. Te cyfry, które...

(Przewodnicząca Beata Małecka-Libera: Pan profesor byłby uprzejmy się przedstawić, bo to się nagrywa.)

Waldemar Goździk, Wrocław.

To są dwie sprawy. Pierwsza to są te cyfry, które podawał pan profesor. One są obecnie właściwie powtarzane nagminnie, ale nie wiemy, czy są prawdziwe i prawdopodobnie tak nie jest. Druga rzecz, która jest kluczowa dla szpitali, jak nam się wydaje, to jest rzeczywiście kwestia rozpoznania sepsy, dlatego że sepsę nie zawsze jest łatwo rozpoznać. To, co wprowadzono kilka lat temu, w 2016 r., w centrum monitorowania jakości, czyli tzw. zespoły wczesnego reagowania... Wydaje mi się, że dla każdego szpitala kluczowe jest to, żeby takie zespoły posiadał. Na świecie powstają również tzw. *sepsis team*, to są takie zespoły, które niekoniecznie są budowane na bazie oddziałów intensywnej terapii, ale one również uwzględniają farmakologa klinicznego, mikrobiologa, czyli to są całe zespoły, które będą ułatwiały wczesną diagnostykę. Zakodowanie sepsy to nie jest sprawa prosta. Można zakodować sepsę jako infekcję czy zapalenie płuc, ale gdy towarzyszyła temu niewydolność wielonarządowa, to wtedy to już jest sepsa, a ona jest i będzie w naszych systemach kodowana jako zapalenie płuc. W związku z tym mamy ogromny problem z tym, żeby to rzeczywiście policzyć. Dziękuję bardzo.

**PRZEWODNICZĄCA
BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Dziękuję bardzo.

Proszę, kto z państwa chce jeszcze zabrać głos w tej części?

(Brak nagrania)

**KIEROWNIK II KLINIKI ANESTEZJOLOGII I INTENSYWNEJ TERAPII NA WYDZIALE
LEKARSKIM NA UNIWERSYTECIE MEDYCZNYM W LUBLINIE
MIROŚLAW CZUCZWAR**

Dzień dobry państwu. Nazywam się Mirosław Czuczwar, jestem anestezjologiem. Reprezentuję Uniwersytet Medyczny w Lublinie. Chciałbym się z państwem podzielić swoimi przemyśleniami na temat zasadności tworzenia krajowego rejestru sepsy, którego, jak już powiedzieli pan profesor Andrzej Kübler i pan profesor Goździk, nadal nie mamy.

Proszę państwa, spotkanie, które się odbyło pół roku temu w Senacie – jesteśmy ogromnie wdzięczni jako przedstawiciele środowiska, że udało się najwyższe władze państwowe zainteresować tematem sepsy... No cóż, ono miało miejsce i trzeba kontynuować nasze prace. Wtedy m.in. pan Jerzy Owsiak powiedział nam, że z sepsą można wygrać i że pokonamy to zło wspólnymi siłami. No cóż, na razie to się jeszcze nie udało, ale pamiętamy, że wszyscy się zobowiązaliśmy do tego, żeby z sepsą walczyć, i ostatecznie pewnie chcielibyśmy do tego zwycięstwa doprowadzić.

Dane, które dotyczą sepsy, są nie najgorsze, ale widzimy na całym świecie, że co prawda przeżywalność rośnie, a zgonowość maleje, ale rośnie również liczba pacjentów dotkniętych sepsą. A więc z jednej strony rzeczywiście mamy powody do radości, a z drugiej – do zaniepokojenia. Wiemy, że śmiertelność we wstrząsie septycznym, czyli w tej postaci sepsy, którą my anestezjologowie intensywnie najczęściej się zajmujemy, nadal jest bardzo wysoka i dotyka ponad 50% pacjentów. Czyli mamy ogromny problem zdrowotny i niestety wyzwanie, którego nadal, pomimo dekad prac, wysiłków, nie udało się pokonać. Mamy doskonale wyposażone oddziały anestezjologii i intensywnej terapii, mamy dostęp do wszelkich możliwych terapii, sprzętu, mamy doskonale wyszkoloną kadrę. Można śmiało powiedzieć, że jeżeli chodzi o dostępność leczenia, to pacjenci w Polsce nie mają powodów do zaniepokojenia. Mamy też świetne wytyczne, które są implemmentowane na bieżąco, mamy programy typu „Pokonać sepsę”, mamy kolejnych specjalistów, którzy są wychowywani w duchu EBM, czyli medycyny opartej na faktach, właściwie każdy, kto chce, może w naszym kraju szkolić się na poziomie światowym. No i wszystko byłoby świetnie, gdyby nie pewna weryfikacja naszego samozadowolenia, czyli pandemia COVID-19. Ona dotknęła całego

świata, powiedzmy sobie, w różnym stopniu, ale w Polsce widzieliśmy takie obrazki, jakie na początek były widziane w Azji, potem w południowej Europie, potem w Stanach Zjednoczonych: widzieliśmy przeładowanie systemu, widzieliśmy brak możliwości leczenia pacjentów na odpowiednim poziomie, widzieliśmy konieczność zmobilizowania ogromnych sił i środków. I prawda jest taka, że w naszym kraju udało się właściwie dzięki inicjatywie początkowo oddolnej, koordynowanej przez ówczesnego konsultanta krajowego, pana profesora Owczuka, powołać grupę ludzi reprezentujących wiele obszarów anestezjologii i intensywnej terapii, ale nie tylko, tak żeby coś stworzyć na szybko, na gorąco, tak jak to w Polsce lubimy robić, czyli zaimprovizować coś, i spowodować, żeby pewne procesy usprawnić, żeby pacjenci z tego korzystali. Co nam się udało zrobić? Udało nam się, także dzięki obecnym tutaj pani profesor Dzierżanowskiej-Fangrat i panu profesorowi Gałązkowskiemu z LPR, stworzyć platformę porozumienia między przedstawicielami różnych środowisk medycznych. Udało nam się stworzyć pierwsze zalecenia, pierwsze wytyczne. Udało się stworzyć system transportu pacjentów – i tutaj nieoceniona była pomoc pana profesora Gałązkowskiego, dzięki któremu mogliśmy naszych chorych w najcięższym stanie, we wstrząsie septycznym w przebiegu COVID-19, chociaż nie tylko, transportować przy użyciu wszystkich dostępnych sił i środków, jakimi Rzeczpospolita Polska dysponowała. I w końcu udało nam się stworzyć w takich warunkach, powiedzmy sobie, mocno zaimprovizowanych zręby systemu leczenia pacjentów w najcięższych stanach w przebiegu ciężkiej niewydolności oddechowej, wymagających terapii pozaustrojowych – tu chodziło głównie o ECMO. I dzisiaj na mapie naszego kraju jest kilkanaście ośrodków, które, powiedzmy, zdobyły doświadczenie w boju i mają obecnie możliwość świadczenia, prowadzenia takiej terapii zarówno co do pacjentów zgłaszających się do nich bezpośrednio, jak i przebywających w terenie. A więc mamy coś, na czym moglibyśmy wzorować system leczenia sepsy w naszym kraju.

Proszę państwa, czego dowiedzieliśmy się dzięki działaniu tej sieci, w związku z którą byliśmy wszyscy w bezpośrednim kontakcie? Dowiedzieliśmy się, że wyniki naszego leczenia często nie były optymalne, ponieważ pacjenci niestety nie byli leczeni zgodnie z jednym standardem, czasami leczeni byli tak, jak ktoś umiał, a nie tak, jak się powinno leczyć. Dowiedzieliśmy się, że wiele aspektów postępowania z pacjentem w ciężkiej sepsie w przebiegu COVID-19 było adresowanych nieadekwatnie, chodziło tu chociażby o taką niby banalną kwestię jak odżywianie. Mieliśmy też problem, który łączy nas wszystkich tutaj obecnych, czyli anestezjologów intensywistów, mikrobiologów, zakaźników, czyli nadużywanie antybiotykoterapii u pacjentów, którzy mieli głównie chorobę wirusową. Mieliśmy ogromny problem, i z nim będziemy się borykać przez kolejne lata, czyli kolonizację oddziałów przez szczepy wielolekooporne z powodu nadużywania rzeczonych antybiotyków. No i w końcu najgorsza wiadomość: śmiertelność w przebiegu ciężkiej sepsy COVID-19 w Polsce była jedną z najwyższych w Europie. I to już naprawdę był dzwonek na alarm, coś trzeba było z tym zrobić. Proszę państwa, my zidentyfikowaliśmy kilka obszarów do poprawy. Tak naprawdę ogromnym problemem była dostępność miejsc, częste zajmowanie miejsc intensywnej terapii przez pacjentów, którzy tego nie wymagali. Był też problem z przekazywaniem pacjentów, z tym, kto może być przekazany, kto nie musi, czy z tym, że to było robione za wcześnie czy za późno. W końcu pojawiły się kwestie transportu, tego, czy szpital, który godzi się przyjmować do siebie pacjenta z terenu, będzie miał za to zapłacone, czy nie. Wiele tych spraw udało nam się załatwić na bieżąco. Powiem szczerze, że w warunkach szczególnie niesprzyjających, takiej pracy mrówczej, urzędniczej, administracyjnej tego się nie dało zrobić, ale coś nam wyszło. Na koniec powstał raport z tego, jak leczylimy pacjentów w najcięższych stanach w przebiegu COVID-19. Tam jednym z wniosków było stworzenie rejestru terapii dotyczącej przede wszystkim żyłno-żylnego ECMO, ale prawda jest taka, że my potrzebujemy rejestru, który będzie szerszy, nie tylko dotyczący ECMO, bo to jest powiedzmy wycinek naszej pracy. Potrzebujemy rejestru, który byłby w stanie pokazać nam, jak leczymy sepsę w Polsce, kto powinien to robić, w jakich warunkach i czy nasze wyniki odpowiadają oczekiwaniom przede wszystkim pacjentów.

Proszę państwa, COVID się skończył, ale... To są zdjęcia sprzed raptem kilku tygodni. Na mój oddział przyjechała dwudziestokilkuletnia pacjentka z ciężkim wstrząsem septycznym w przebiegu zakażenia dróg rodnych. Co jest tutaj problematyczne? Problematyczne było to, że ta pacjentka,

zanim trafiła do nas, musiała minąć 3 inne szpitale, przejechała prawie 200 km karetkami pogotowia. Trwało to około 72 godziny od momentu, kiedy zapadła na ciężką sepsę, a wszyscy państwo zdajecie sobie sprawę, że każda godzina się liczy. Z czego wynika taka sytuacja? Wynika to z tego, proszę państwa, że jeśli chodzi o medycynę, o standardy, o wytyczne, to wszystko jest jasne, ale gorzej sobie radzimy z rozwiązaniami systemowymi. Jeżeli pacjent trafia na intensywną terapię, to nie możemy stawiać znaku równości pomiędzy wszystkimi oddziałami, które się zajmują tą kwestią, dlatego że sam oddział, czyli łóżko i sprzęt zgodny z rozporządzeniem, to jest jeszcze za mało. Sprzęt oczywiście jest bardzo ważny. Faktycznie, im większy ośrodek, o wyższym poziomie referencyjności, tym ma dostęp do bardziej innowacyjnych form terapii. Ale jeszcze jest diagnostyka – tutaj chodzi głównie o tę mikrobiologiczną. Nadal bardzo mało szpitali, zwłaszcza mniejszych, niereferencyjnych... Często one w ogóle są pozbawione dostępu do mikrobiologii na swoim terenie i muszą korzystać z outsourcingu, a to wydłuża czas do uzyskania diagnozy. Diagnostyka obrazowa również może być problemem w takich ośrodkach, bo, umówmy się, coś oparte na telemedycynie nie będzie działało tak, jak badanie bezpośrednio opisane przez lekarza radiologa, który jest na miejscu. Dodatkowo jeszcze, najważniejsza kwestia to są ludzie. Proszę państwa, nad jednym pacjentem z ciężką sepsą pracuje zespół kilkunastu, a często kilkudziesięciu osób. Takie ośrodki, które nie są referencyjne, które są za mało, nie mają odpowiedniego zaplecza, nie mają dostępu do ginekologii, tak jak ta pacjentka potrzebowała, do chirurgii naczyniowej, ortopedii, traumatologii, anestezjologii, do pełnej diagnostyki. Takie ośrodki nie są w stanie zaopatrywać takich chorych. I my potrzebujemy właśnie systemu, takiego skoordynowanego, wielostopniowego systemu opieki nad pacjentami z ciężką sepsą po to, żeby ich ścieżkę do ostatecznego miejsca, czyli do tego miejsca, które jest w stanie im pomóc, skrócić, a nie szukać tego miejsca na bieżąco. A więc lekarze w całym kraju powinni wiedzieć, gdzie jest ośrodek referencyjny, kiedy dzwonić, którego pacjenta kierować tam natychmiast, bez zbędnej zwłoki, jakie są kryteria przyjęcia i kto odpowiada za transport chorych.

Proszę państwa, to już ostatnia kwestia, właśnie po to są nam te rejestry potrzebne. My obecnie poruszamy się w sferze domysłów i deklaracji. Tak naprawdę nie mamy twardych danych, które mogłyby nam powiedzieć, kto powinien się zajmować daną kwestią. Proszę państwa, tę rolę takich obiektywnych informatorów powinny pełnić rejestry, dlatego że one, po pierwsze, pozwalają nam monitorować efekty naszego postępowania, po drugie, stanowią bezcenne źródło wiedzy dla klinicystów, również na etapie szkolenia przed – i podyplomowego. Chodzi o to, żebyśmy byli w stanie powiedzieć naszym studentom czy naszym specjalizantom, że leczymy tak, jak się powinno leczyć, i mamy na to dowody, a nie tak, jak uważamy, że ma być. No i na koniec: ostatecznym ogniwem i beneficjentem takiego systemu są pacjenci, bo jeżeli pacjent wie, gdzie powinien się leczyć i gdzie ma zapewnioną odpowiednią jakość świadczeń, to taki oddział powinniśmy promować.

Proszę państwa, po co tworzyć krajowy rejestr sepsy? Dlatego, że on wpłynie pozytywnie na jakość i dostępność leczenia w polskich szpitalach. To po pierwsze. Po drugie, ewentualne zasady organizacji i finansowania oddziałów dedykowanych leczeniu pacjentów z ciężką sepsą powinny być tworzone we współpracy ze środowiskami naukowymi. Myślę, że takie forum to jest właśnie idealna sytuacja, żebyśmy się nawzajem mogli wysłuchać i dojść do jakiegoś konsensusu. Na koniec powiem, że brak systemowych rozwiązań w zakresie leczenia ciężkiej sepsy nie służy nikomu, ani pacjentom, ani personelowi, ani płatnikowi, czyli po prostu trzeba to zmienić. Bardzo dziękuję państwu za uwagę.

PRZEWODNICZĄCA

BEATA MAŁECKA-LIBERA

Dziękuję bardzo.

Czy ktoś jeszcze w tej części...

Jeżeli nie, to poprosiłabym panią minister o odniesienie się do tego.

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Później będzie jeszcze dyskusja, oczywiście.

(Rozmowy na sali)

Szanowni Państwo, posłuchajmy może teraz pani minister, a później będziemy jeszcze dyskutować, będzie jeszcze ten czas.

Proszę bardzo, Pani Minister.

PODSEKRETARZ STANU W MINISTERSTWIE ZDROWIA
URSZULA DEMKOW

Pani Przewodnicząca! Szanowni Państwo!

Bardzo mi miło uczestniczyć w dzisiejszym spotkaniu w komisji senackiej. Ja jestem wice-ministrem zdrowia, ale uważam się również za eksperta, jeśli chodzi o sepsę, ponieważ jestem specjalistą chorób wewnętrznych, specjalistą immunologii oraz prowadziłam grant europejski dotyczący wczesnej diagnostyki sepsy. Byłam liderem grupy polskiej. Celem naszego projektu było znalezienie wczesnych markerów diagnostycznych sepsy, zarówno markerów molekularnych, jak i markerów biochemicznych, oraz ich standaryzacja, ponieważ markery, które posiadamy, nawet prokalcytonina oznaczana metodą Brahmsa, to nie są markery dobrze wystandaryzowane, a więc to tylko... Te tajniki znają tylko ci, którzy pracują w laboratoriach, oni wiedzą, jak ważna jest standaryzacja, jak to jest ważne dla właściwej diagnostyki.

Chciałabym odnieść się do poszczególnych punktów, które państwo poruszyliście.

Tak jak to tutaj zabrzmiało i jak to wynika z państwa wypowiedzi, najważniejszy dla chorego na sepsę jest czas. A mianowicie chodzi o to, aby ten czas do momentu postawienia właściwego rozpoznania oraz wdrożenia właściwej, celowanej antybiotykoterapii był jak najkrótszy. W związku z tym wszelkie nasze wysiłki powinny zmierzać do tego, żeby diagnostyka i wprowadzenie odpowiedniej terapii były jak najszybsze.

Od czego bym zaczęła? Przede wszystkim może odniosę się do rejestrów. Uważam, że rejestry są kolosalnie ważne dla sterowania, rządzenia i podejmowania decyzji w systemie ochrony zdrowia. W zasadzie każda decyzja medyczna powinna być oparta o wiedzę, a taką wiedzę zapewniają nam rejestry. Tak więc budowa, tworzenie tych rejestrów jest kluczowe – i tutaj się absolutnie z państwem zgadzam – ale sposób, w jaki do tej pory były budowane rejestry w naszym kraju, przedstawia bardzo wiele do życzenia, a dane, które są zawarte w tych rejestrach, są niekompletne, są niewiarygodne, nie są zebrane zgodnie z zasadami statystyki publicznej i w związku z tym słabo się nadają do tego, żeby je wykorzystać przy opracowaniu jakichkolwiek strategii.

Dlatego też ja obecnie buduję rejestr chorób rzadkich, a czynię to w taki sposób, żeby ten rejestr był jak najbardziej przydatny do rozpoznawania tych chorób i prowadzenia potem tych chorych. Jest to bardzo złożony proces, ponieważ chorób rzadkich jest ponad 8 tysięcy, a ścieżki pacjentów i historie choroby wyglądają bardzo różnie. Jednak w przypadku sepsy to jest jakby... nie powiem: jednostka chorobowa, ale 1 taki zespół. I być może łatwiej będzie taki rejestr stworzyć. Mam nadzieję, że jak uda mi się wypracować jakieś takie standardy budowy rejestrów na podstawie tego rejestru chorób rzadkich, to pójdą za tym kolejne rejestry i wszelkie problemy będziemy mogli w takich rejestrach umieszczać. Brak rejestrów jest podstawową bolączką naszego systemu.

Jeśli chodzi o sepsę, to mamy problem w zasadzie z jej dobrym zdefiniowaniem, bo przejście od bardzo ciężkiego zakażenia do zakażenia systemowego, jakim jest sepsa, jest w pewnym sensie płynne. Czy jeszcze to jest ciężkie zapalenie płuc, czy już to jest sepsa, czasami trudno powiedzieć, prawda? My w naszym projekcie, w naszym grancie, który prowadziłam, opieraliśmy się na tzw. SOFA Score. Definiowaliśmy chorego jako chorego na sepsę, jeżeli SOFA Score przekraczało 2. Ja sobie zdaję sprawę z tych wszystkich ograniczeń i z trudności co do definicji sepsy, niemniej jednak musimy pewnie jakoś się z tym uporać i wprowadzić jakieś kryteria rozpoznawania tego problemu. Ważne jest też, żeby szkolić lekarzy, którzy stawiają taką diagnozę, po to aby umieli odpowiednio tę patologię rozpoznać i też odpowiednio ją zakodować.

Jeśli chodzi o kodowanie, to również mamy dramat. Ja sobie prześledziłam statystyki sepsy przez ostatnie 4 lata i wygląda to mniej więcej tak, że w roku 2020 i 2021 r. był dramatyczny spadek

liczby chorych na sepsę, co się kłóci ze zdrowym rozsądkiem, prawda? Dlatego że to były czasy epidemii COVID, kiedy sepsa była przecież podstawową przyczyną zgonu chorych z powodu COVID i niewydolność oddechowa. Tak że generalnie widać, że to kodowanie nas zupełnie zawiodło, bo pewnie kodowany był COVID, a nie była kodowana sepsa. Zresztą problem kodowania dotyczy bardzo wielu chorób zakaźnych, bo niska wycena procedur związanych z chorobami zakaźnymi wiąże się z kodowaniem zastępczych problemów. Zakaźnicy kiedyś mi powiedzieli np., że najczęstszą jednostką, jaką rozpoznają i kodują u chorych na chorobę zakaźną, jest niedokrwistość. Tak więc jak ktoś ma malarię, to koduje się niedokrwistość i już, prawda? Czyli jak my mamy wiedzieć, co po prostu się pod tą niedokrwistością kryje? A więc tu są takie poważne problemy tego rejestru. Chciałabym, żebyście państwo... Pewnie jesteście tego świadomi, ale też chciałabym, żeby to wybrzmiało i żeby to podkreślić.

Mikrobiolodzy zgłaszają, że patogen udaje się wyhodować tylko w ok. 50% przypadków sepsy, a w przypadku zakażeń wirusowych i grzybiczych jest to zdecydowanie jeszcze trudniejsze, jeżeli w ogóle udaje się zidentyfikować czynnik patogenny. I to dodatkowo utrudnia nam uchwycenie tej jednostki chorobowej. A więc to jest pytanie do ekspertów. Zdefiniujmy, ustalmy, co my uważamy za sepsę, i szkółmy lekarzy, którzy będą to rozpoznawanie stawiali.

Co jeszcze teraz chciałabym powiedzieć? Jeśli chodzi o takie typowe... Na pewno to, co państwa najbardziej interesuje i co Ministerstwo Zdrowia może zaproponować... To wynikało z działania pana Jurka Owsiaaka, który ofiarował bardzo wielu laboratoriom w Polsce bardzo nowoczesny sprzęt do diagnostyki sepsy. Taki aparat, jeżeli jest wstawiany do laboratorium, to z reguły idzie w parze z pakietem startowym odczynników, które wystarczają na jakiś czas. Po pewnym czasie bak samochodu robi się pusty i samochód dalej nie pojedzie. A więc generalnie pani minister Leszczyzna jest w pełni świadoma tego, że należałoby teraz dodatkowo wycenić te metody diagnostyczne. Taką możliwością, o której na pewno będziemy rozmawiać, jest wprowadzenie diagnostyki sepsy do katalogu C1 z możliwością dosumowania do procedur JGP.

I tutaj wypracowałyśmy z ekspertami taką propozycję, żeby promowany był czas postawienia diagnozy. Jeżeli mamy do czynienia z nowoczesnym sprzętem albo z laboratorium, które, że tak powiem, pracuje w trybie całodobowym, to możemy się pokusić o to, że będziemy mogli wprowadzić taką procedurę: hodowla krwi plus ocena lekowrażliwości lub genów oporności na antybiotyki. A więc pozwoli nam to także opierać się na tych technologiach molekularnych, które są nieco szybsze. Jeżeli w ciągu 24 godzin udałoby się przeprowadzić pełną diagnostykę i przekazać lekarzowi wyniki, to wtedy takie laboratorium dostałoby za to... To znaczy nie laboratorium, tylko szpital dostałby za to dodatkowo 700 zł. Ale jeżeli trwałoby to ponad 24 godziny, czyli metoda byłaby bardziej tradycyjna, to dostałoby 200 zł. Wtedy tak mniej więcej jest po kosztach, jeżeli uwzględnić również koszty pracy i wszelkie inne koszty, jakie związane są z wydaniem wyniku badania laboratoryjnego, prawda?

Teraz, jeśli chodzi o to, co też ktoś z państwa poruszył, czyli pobieranie materiału i czas dostarczenia próbki do laboratorium... Bardzo ważne jest, żeby ten czas był jak najkrótszy. A więc pacjenci szpitali pozbawionych laboratorium, które jest w strukturach, zdecydowanie są w gorszej sytuacji. Tak więc prawdopodobnie warto byłoby jednak postawić jakieś ograniczenie, żeby ten materiał nie jechał do laboratorium zbyt długo, z różnych powodów, ale przede wszystkim z takiego powodu, że pacjent na tym cierpi, bo przedłuża się to o czas dojazdu, prawda? Tak że te szpitale, które mają outsourcing i wysyłają próbki gdzieś na zewnątrz, to... Zdecydowanie takie postępowanie działa na niekorzyść pacjenta.

Teraz to, co państwo też poruszali – konsultant krajowy i eksperci przygotowują standardy leczenia sepsy. Jest to niezwykle cenne i jest to bardzo potrzebne, prawda? Ministerstwo, ale przede wszystkim pacjenci i pracownicy systemu oczekują na takie standardy i na szkolenia uwzględniające również problem antybiotykooporności, który jest powiązany z terapią sepsy i w ogóle z sepsą. Mamy bardzo wiele problemów z tym związanych, których teraz nie uda mi się zaadresować, ale 1 problem poruszyliśmy z panią senator na konferencji „One Health”, na której łączono zdrowie człowieka z czystym środowiskiem oraz ze zdrowiem zwierząt. I to, że do karmienia kurczaków używa się kolistyny w dużej ilości jest według mnie dramatem. Kolistyna to antybiotyk ostatniego rzutu. Po pierwsze, my go potem spożywamy, a po drugie, ta kolistyna łąduje w wodzie, w glebie

i w środowisku. Tak że tego typu powiązanie, także z medycyną weterynaryjną i z samą hodowlą, jest niezwykle ważne w kontekście całego problemu.

Teraz jeszcze to, co powinno być moim zdaniem jako lekarza ważne – rekomendacje terapii poszczególnych zakażeń. Jeżeli pacjent trafia na izbę przyjęć z zewnątrzszpitalnym zapaleniem płuc, to nie powinien dostawać cefalosporyny, antybiotyku trzeciej generacji, jako leku pierwszego rzutu, tylko czasami absolutnie wystarczy amoksycyлина z klawulanianem. I powinniśmy mieć takie standardy oraz się ich trzymać, prawda? Bo nietrzymanie się standardów, jeśli chodzi o antybiotykoterapię, i uderzanie od razu z grubej rury pozbawia nas potem bronii w przypadku pacjentów z ciężkimi zakażeniami oraz generuje antybiotykooporność w szpitalu.

I jeszcze może powinnam dodać: ciężkie zakażenia i sepsa u kobiety w ciąży spowodowane infekcją wewnątrzmaciczną czy obumarciem płodu. To nie jest częsta sprawa, ale każda kobieta, która ginie z powodu sepsy w takim nieprawdopodobnym momencie swojego życia, kiedy ma się stać mamą... To też jest problem, nad którym szczególnie musimy się pochylić. I również szkolenia dla ginekologów, dla położników... Chodzi o to, żeby oni byli czujni na wczesne markery sepsy i jej powikłań, prawda? Kobieta w ciąży, która ma podejrzenie infekcji wewnątrzmacicznej albo ma ją już stwierdzoną musi być monitorowana. I leukocyty, i D-dimery, i prokalcytonina, i ewentualnie CRP – te badania powinny być wykonywane regularnie. Jak lekarz ginekolog ma taką pacjentkę, to nie może sobie na dyżurze spać. Po prostu musi nad nią stać i co chwilę monitorować, a jeżeli parametry zapalne rosną, to należy natychmiast terminować ciążę czy oczyszczać macicę z pozostałości płodu. To chciałam wyodrębnić jako taki szczególny podproblem, ze względu na to że opinia społeczna bardzo jest teraz, w tych czasach, na to wyczulona.

Tak że ja dziękuję. Jeżeli będą jakieś państwa pytania, uwagi, to bardzo chętnie je sobie zanotuję i...

PRZEWODNICZĄCA

BEATA MAŁECKA-LIBERA

Dziękuję bardzo, Pani Minister. Dokładnie pani wyeksponowała te wszystkie wątki, które są poruszane i są bardzo ważne. Tylko że my chcielibyśmy zrobić jednak krok do przodu i ustalić parę rzeczy, ponieważ temat jest znany od lat, konferencja była pół roku temu, a w tej chwili jest już kwiecień. Wiadomo, były wybory, zmiana ministerstwa. Mam świadomość tego wszystkiego i tego, że to nie był czas, który sprzyjał podejmowaniu różnych decyzji. Ale teraz chciałabym, żebyśmy jednak te sprawy mocno posunęli do przodu.

Towarzyszy pani pan dyrektor, który pracował...

(Wypowiedź poza mikrofonem)

...w Ministerstwie Zdrowia przez ostatnie lata.

Ja pozwolę sobie pana zapytać: czy trwają i czy trwały jakiegokolwiek prace w kierunku wypracowania standardów, w kierunku wypracowania rejestru; czy ten temat był w Ministerstwie Zdrowia, że tak powiem, na wokandzie od września ubiegłego roku i czy państwo w ogóle podjęliście takie prace?

DYREKTOR DEPARTAMENTU LECZNICTWA W MINISTERSTWIE ZDROWIA

MICHAŁ DZIĘGIELEWSKI

Dziękuję, Pani Przewodnicząca.

Szanowni Państwo, biorąc pod uwagę ogrom prac, sadzę, że była to jedna z rzeczy, które czekały na swój czas. Myślę, że to posiedzenie Komisji Zdrowia w Senacie to zapoczątkuje.

Tylko pragnę zwrócić uwagę, że jeżeli musimy usiąść i wykonać te wszystkie rzeczy, o których mówimy, to musimy zacząć od jasnego i prostego zdefiniowania samej sepsy, żebyśmy wiedzieli, o jakim zjawisku mówimy. Oczywiście, siłą rzeczy, nie można oprzeć tego o 600 szpitali, które w Polsce działają 24 godziny na dobę w sieci szpitali, ponieważ to nie są te szpitale, do których pacjenci powinni trafić. Czyli najpierw musimy ułożyć sobie mądrą, dobrą i o tyle prostą, żeby była

oczywista, definicję sepsy, którą chcemy badać, tak żebyśmy mogli zrobić rejestr i żebyśmy mogli te przypadki ściągać. I to powinien być punkt wyjścia do tego wszystkiego.

We wszystkich przedstawieniach, które były, ale także we wszystkich materiałach, które mamy, niezależnie od tego, czy kraj jest rozwinięty bardziej, czy mniej, nieznana jest ostateczna liczba przypadków sepsy. Nawet w Stanach Zjednoczonych liczy się to, przeglądając historię choroby z 20 lat. Dopiero wtedy można ułożyć statystyki, ponieważ wprost to nie wynika, mimo że powinno, z kodów ICD-10. Sami nie jesteśmy w stanie jednoznacznie określić tej definicji. I to powinien być punkt wyjścia, ponieważ jeżeli to będziemy mieli, to będziemy wiedzieli, co powinno być wpisane do rejestru i który pacjent powinien tam być zgłoszony.

Oczywiście na tej podstawie musimy też ułożyć odpowiednią ścieżkę, czyli zaplanować ośrodki będące tymi ośrodkami, które astmę... sepsę będą leczyły – to 2 słowa tak podobne, że będą mi się kręcić. I oczywiście nie mogą to być wszystkie ośrodki. Musimy je wskazać jako ośrodki, które będą miały wystarczająco dobre zaplecze nie tylko specjalistyczne, nie tylko laboratoryjne, ale także w postaci łóżek, w postaci rozbudowanych jednak oddziałów intensywnej terapii, w postaci rzeczywistej 24-godzinnej gotowości, a nie tylko tej deklaratywnej. Tak że myślę, że zacząć trzeba od tego, że powiemy sobie, co to jest, bo sami nie potrafiliśmy tego dzisiaj zdefiniować.

PRZEWODNICZĄCA BEATA MAŁECKA-LIBERA

Panie Dyrektorze, co powinniśmy? Wszyscy na tej sali wiedzą, co powinniśmy. Ja bym jednak w dalszym ciągu, że tak powiem, dociągała sprawę do konkretów. No definicja... My nie wypracujemy na posiedzeniu Komisji Zdrowia definicji sepsy, to jest rola ekspertów. Ale żeby eksperci zaczęli pracować, to z kolei jest rola Ministerstwa Zdrowia.

I dlatego jako pierwszy z postulatów, Pani Minister, stawiam taką propozycję rozwiązania tej kwestii – bo widzę, że prace w ministerstwie w zeszłym roku nie ruszyły – proszę jednak pani minister przekazać te informacje, które tutaj dzisiaj na posiedzeniu Komisji Zdrowia wybrzmiały, albo rzeczywiście powołać jakiś kolejny zespół, który będzie się zajmował rozwiązaniem sprawy sepsy. I mam też takie swoje przemyślenie – nie wiem, czy państwo się nim zgodzicie, czy nie – że dobrze byłoby, żeby w tym zespole byli nie tylko organizatorzy systemu, którzy muszą być chociażby ze względu na rejestry, ale i lekarze, którzy zdefiniują pewne pojęcia, oraz diagności, którzy są tutaj równorzędnym partnerem. Wyobrażam sobie, że taki zespół powinien w najbliższych dniach powstać i oczywiście zacząć pracować, ponieważ my z Komisji Zdrowia wrócimy do państwa z tym tematem i za jakiś okres zapytamy, czy przynajmniej jest definicja sepsy, czy zaczynamy budować rejestry.

Bo kłopot z rejestrami, Szanowni Państwo – ja od razu powiem – nie dotyczy tylko sepsy. Z rejestrami w ogóle mamy problem w Polsce. I z kodowaniem chorób, i z rejestrami, i z cyfryzacją jest problem. Wiem, że Ministerstwo Zdrowia próbuje się z tym uporać, tym bardziej że w tej chwili wynikają też inne problemy, chociażby kwestia nieszczęsnej pigułki „dzień po”, w przypadku której wydawało się, że będzie prostym tematem, a nie jest takim prostym właśnie z punktu widzenia różnego rodzaju procedur.

I pozwolę sobie podać jeszcze 1 ważną rzecz, którą sobie wynotowałam. Oczywiście brakuje standardów diagnostycznych, które są ogromnie ważne, żeby jednak to proceduralnie wszystko było zgodnie z prawem; brakuje krajowego rejestru; jest nieprawidłowe kodowanie; brakuje strategii, o której również pan profesor tutaj mówił – ale też widzę 2 wątki równocześnie. Ministerstwo Zdrowia na pewno jest kluczowe w rozwiązaniu tych wszystkich kwestii. Ja widzę też... Bo na sali jest przedstawiciel izby lekarskiej – dobrze widzę, prawda?

I chciałabym do pana doktora skierować taki swój osąd całej sytuacji. Wydaje mi się, że warto by było zaangażować środowisko medyczne – i to nie tylko lekarzy, ale właśnie diagnostów – i też zacząć pracować nad szkoleniem tego personelu. Bo wypracowanie standardu to jedno, a nawyk to drugie, prawda? I wiedza, jaką lekarze i całe środowisko medyczne pracujące na OIOM, pracujące z pacjentem z sepsą, muszą mieć. Ogromna wiedza. Tak że widzę 2 wątki, że tak powiem,

równotorowo: raz, Ministerstwo Zdrowia, a dwa, środowisko medyczne. Jestem ciekawa państwa opinii.

Otwieram dyskusję.

Proszę bardzo, Pani Senator.

SENATOR

AGNIESZKA GORGON-KOMOR

Dziękuję bardzo.

Dziękuję za ten temat, bo sepsa to jest takie schorzenie wielowątkowe. Wiadomo, świadomość ludzi na temat sepsy jest bardzo niska. Dobrze, że o tym mówimy, bo ludzie, którzy nie są medykami, myślą, że to jest choroba zakaźna – to taki pierwszy wątek, który się pojawia – a nie niewydolność wielonarządowa w przebiegu zakażenia, gdzie bodźcem jest jakiś czynnik infekcyjny. I tę świadomość trzeba nieść zarówno wśród niemedyków, jak i wśród medyków.

Ja wywodzę się z samorządu. My od wielu lat szkolimy lekarzy... anesteziolodzy szkołą w zakresie rozpoznawania sepsy, ale oczywiście coś nie działa, skoro mamy 70% zgonów. Aczkolwiek te statystyki ogólnopolskie są podobne, bo pacjent z sepsą to jest pacjent kosztochłonny, w przypadku którego rokowania są złe.

I myślę, że rejestry, o których tutaj jest mowa, są pewnym kluczem do tego, żeby wyciągać wiedzę, jak lepiej leczyć. Rejestry w Polsce są, one działają dobrze. Funkcjonuje np. Ogólnopolski Rejestr Ostkich Zespołów Wieńcowych badające od 2007 r. Problem był tylko ze zbieraniem danych, bo po prostu personel medyczny, który pracuje w szpitalach, ma raportować. No, nie ma tego kto robić. I tu jest problem koordynacji oraz raportowania. Uważam, że powinny być jakieś benefity dla tych szpitali, które robią rejestry dobrze. Jeżeli będzie system benefitów, to rejestry będą działać dobrze.

Cieszę się, że najczęściej wypowiedzianym słowem na tym posiedzeniu komisji są „standardy”, ponieważ już w tamtej kadencji w ramach Parlamentarnego Zespołu ds. Badań Naukowych i Innowacji w Ochronie Zdrowia ciągle mówiliśmy o standaryzacji diagnostyczno-terapeutycznej. Oczywiście to, czy nas jako Polskę na to stać, to jest inne pytanie. Ale na podstawie wytycznych towarzystw naukowych, wytycznych eksperckich i twardych danych medycznych standardy powinny być tworzone jako wskazówka dla tych, którzy mają pierwszy kontakt z osobą podejrzaną o sepsę. Bo ta złota godzina to jest złoty standard. A już chyba w 2016 r. pojawiły się dane, że mamy 20 minut na diagnostykę sepsy, nawet w karetce pogotowia. I takie aparaty są dostępne. Oczywiście ten wstępny wynik, tak jak np. w leczeniu schorzeń kardiologicznych... Państwo mówicie tutaj, że więcej osób umiera na sepsę niż na choroby układu krążenia. Chociaż pewnie, jeśli chodzi o kody, jak rozpoznajemy zgony, to najczęściej piszemy: „nagle zatrzymanie krążenia”. To jest też kwestia raportowania i statystyki, co trafia potem do ogólnych statystyk, czy to do funduszu, czy to do GUS itd. A dobre rozpoznawanie, czyli żeby tę sepsę rozpoznać – bo wtedy, chcę państwu powiedzieć już jako lekarz praktyk, jest inny pochówek – to jest cały problem dla personelu medycznego. I to się przekłada na praktykę, bo moim zdaniem mamy troszkę niedoszacowane dane. I też to niedoszacowanie danych wiąże się z tym, że potem będziemy mieć jeszcze gorsze statystyki, jeżeli rozpoznamy dobrze.

Proszę państwa, koordynacja na każdym etapie. Leczymy sepsę tak, jak potrafimy. Jeśli znamy dobrze kogoś na anestezji, to przesuwamy, jeśli nie znamy, to nam odmówią. Tak to wygląda od strony lekarza praktyka. Tak więc standardy z koordynacją dadzą lepszy efekt leczenia.

A na koniec chciałabym powiedzieć, że zespół szybkiego reagowania to świetny pomysł w szpitalu we Wrocławiu. Tak jak są *heart teams*, jak są *breast cancer units*. Organizowanie zespołów interdyscyplinarnych powoduje to, że rozpoznajemy szybciej. Trzeba dać narzędzie ratownikom, żeby wiedzieli, gdzie zawieźć tego pacjenta, i edukować już na poziomie POZ, czyli podstawowej opieki zdrowotnej.

Czy jest edukacja? Ja wywodzę się z ośrodka kształcenia Beskidzkiej Izby Lekarskiej. My mieliśmy średnio w roku o sepsie czy posocznicy, o powikłaniach, o szybkim reagowaniu ok.

10 szkoleń z anestezjologami. Pewnie można to przekuć, że tak powiem, z Naczelną Izbę Lekarską, żeby była teraz możliwość uczestnictwa w webinarach tych najmłodszych lekarzy praktyków.

A co do standardów to Ministerstwo Zdrowia musi powiedzieć, czy w ogóle idziemy w standaryzowanie diagnostyczno-terapeutyczne w opiece medycznej we wszystkich dziedzinach. Dziękuję bardzo.

PRZEWODNICZĄCA

BEATA MAŁECKA-LIBERA

Dziękuję, Pani Senator.

Kto z państwa chciałby zabrać głos?

Proszę bardzo. Proszę się przedstawić, dobrze?

KONSULTANT KRAJOWY W DZIEDZINIE MIKROBIOLOGII LEKARSKIEJ

ALEKSANDER DEPTUŁA

Aleksander Deptuła, konsultant krajowy w dziedzinie mikrobiologii lekarskiej.

Jeżeli chodzi o rejestry, to dla mnie jest to zdumiewające, właściwie od kiedy pracuję zawodo-wo, a mija w tym roku 20 lat. Jednak jeszcze bardziej mnie zdumiało, kiedy okazało się w czasie pandemii COVID-19 w ciągu kilku miesięcy – nie wiem, czy dokładnie dwóch – że są w Polsce systemy informatyczne, które można wykorzystać do zbierania danych i do rejestrowania pacjentów, jak również do dyscyplinowania, bo ta baza była wykorzystywana do nakładania decyzji administracyjnych i kwarantannowania. Ale cały czas w rozmaitych aspektach – mogę wypowiadać się za swoją dziedzinę, jeżeli chodzi o rejestrowanie drobnoustrojów lekoopornych i chorób zakaźnych – poruszamy się w sferze papierowych formularzy wysyłanych listem poleconym do inspektora sanitarnego. A więc mamy ogromny rozdział pomiędzy możliwościami i współczesną technologią a tym, do czego jesteśmy zmuszani przez obowiązujące przepisy.

I tak naprawdę nie wiem, dlaczego cały czas rozmawiamy o tym, że jest wola monitorowania pewnych rzeczy, wola tworzenia rejestrów i cały czas rozmawiamy o woli, a nie przechodzimy do działania. Przecież w przypadku 1 choroby zakaźnej okazało się to możliwe, i to błyskawicznie, bo był dostęp dla wszystkich laboratoriów, które wykonywały badania diagnostyczne w tym kierunku. Potem nałożono na lekarzy obowiązek wpisywania danych klinicznych pacjentów do odrębnego rejestru. Też nie wiem do końca, dlaczego zarządził nim Narodowy Instytut Kardjologii. Co z tych danych, z tego rejestru wynikło dla społeczeństwa i dla poszerzenia naszej wiedzy, powiem szczerze, nie wiem, bo żadnych opracowań zbiorczych... Ja przynajmniej do nich nie dotarłem. A więc nie wiem, dlaczego cały czas rozmawiamy o woli.

A jeżeli chodzi o standaryzację, to z pewnością jest to możliwe od strony diagnostycznej. Od strony diagnostyki mikrobiologicznej i częściowo laboratoryjnej rozmawiamy o tym już od jakiegoś czasu w gronie osób szczególnie zainteresowanych. Od strony klinicznej wiem też, że ze strony przede wszystkim kolegów anestezjologów, specjalistów anestezjologii i intensywnej terapii, jest ogromna wola i mają oni bardzo duże doświadczenie w poruszaniu się w wystandaryzowanych działaniach i schematach, a to po prostu ułatwia podejmowanie właściwych decyzji w wielu przypadkach. Tak więc wola jest z każdej strony, tylko cały czas nie przechodzimy do etapu działania – tak to wygląda.

I ostatnia sprawa, którą chciałbym poruszyć, korzystając z tego, że jestem przy głosie. Z takiego praktycznego punktu widzenia osoby, która jest na oddziale intensywnej terapii w dużym szpitalu uniwersyteckim co najmniej 4 razy w tygodniu i spędza tam ok. 1 godziny, konsultując pacjentów, wynika, że to bardzo dobrze, że rozmawiamy o referencyjności i o dostępie do wysoko-specjalistycznego sprzętu, a przede wszystkim do kadry, tylko rzeczywistość jest taka, że w moim odczuciu referencyjność bardzo słabo funkcjonuje. I kończy się tak, że w wysokospecjalistycznym szpitalu uniwersyteckim są hospitalizowani na oddziale intensywnej terapii pacjenci, którzy nie

rokują przeżycia, albo pacjenci, dla których po prostu nie można znaleźć miejsca w jednostce opieki długoterminowej czy w szpitalu o niższym stopniu referencyjności, żeby zrobić miejsce dla chorego np. z ciężką sepsą albo z urazem wielonarządowym. Dziękuję.

PRZEWODNICZĄCA
BEATA MAŁECKA-LIBERA

Dziękuję bardzo. To znakomicie, że pan wywołał kwestię tych rejestrów po pandemii, które miały być... Właściwie to one były, tak jak pan mówi. Narodowy Instytut Kardiologii zbierał te dane.

A ja poproszę może panią minister, bo jest reprezentacja GIS. Może by pani minister powiedziała, co się stało z tymi rejestrami, czy państwo mieliście wgląd do nich, czy są z tego wyciągnięte jakieś wnioski.

ZASTĘPCA GŁÓWNEGO INSPEKTORA SANITARNEGO
IZABELA KUCHARSKA

Dziękuję bardzo, Pani Przewodnicząca.

Szanowni Państwo, przygotowując się do tego spotkania, zrobiłam przegląd przepisów dotyczących generalnie możliwości prowadzenia rejestru.

I może najpierw odniosę się do tego, co mówił pan prof. Deptuła... Rzeczywiście funkcjonowały w czasie COVID 2 rejestry: obok rejestru EWP – do celów nadzoru epidemiologicznego tak naprawdę i do zgłaszania wszystkich przypadków pojedynczych, a także osób z kontaktu, żeby móc je zakwalifikować do kwarantanny, ewentualnie do izolacji – funkcjonował rejestr medyczny, nie epidemiologiczny, prowadzony przez Narodowy Instytut Kardiologii. I to jest właśnie bardzo dobry przykład na to, że już w przepisach polskiego prawa funkcjonuje podstawa prawna i są możliwości tworzenia również innych rejestrów medycznych, w tym oczywiście rejestru, o którym tutaj dzisiaj szeroko mówimy. Ustawa o systemie informacji w ochronie zdrowia daje taką podstawę. Co ważne, rejestry medyczne są tworzone w drodze rozporządzenia ministra zdrowia. To nie wymaga jakichś szerszych i skomplikowanych zmian ustawowych. To jest ta dobra wiadomość.

Odnosnie do elektronizacji – chciałabym się do tego odnieść – i współpracy z lekarzami, którzy są zobowiązani w świetle przepisów do zgłaszania przypadków chorób zakaźnych, powiem, że inspekcja sanitarna w tej chwili już całkowicie zelektronizowała druk ZLK-1, tzw. druk zgłaszania chorób zakaźnych. Jest tutaj lokalnie występujący – mam nadzieję, że lokalnie – problem ze zgłaszaniem tego do inspekcji przez lekarzy w wersji elektronicznej. Zostawiliśmy możliwość zgłaszania papierowego. Jeśli ktoś nie ma takiej możliwości technicznej, możliwości pracy w systemie e-Gabinet, może oczywiście zgłaszać do inspekcji takie przypadki w formie papierowej.

Co do pytania pani przewodniczącej i tych rejestrów, to ja mogę odpowiadać tylko za inspekcję sanitarną. Myśmy wyciągnęli dużo dobrych, pozytywnych doświadczeń z rejestracji przypadków covidowych. Odnoszę się już tylko do rejestrów epidemiologicznych, czyli służących przede wszystkim interwencji w obszarze zdrowia publicznego. I postanowiliśmy wszystkie te procesy zelektronizować.

Z sepsą jest taki kłopot, że... Jest ona oczywiście wywoływana czynnikami zakaźnymi, ale sama w sobie nie może być traktowana jako choroba zakaźna. Ten zespół wielobjawowy powinien być zupełnie inaczej traktowany. Przygotowując się do tego spotkania... Tak jak mówię, oprócz określenia możliwości prawnych utworzenia takich rejestrów... Z tego, co mówiła pani minister, wynika, że są jeszcze jakieś inne, być może warte rozważenia możliwości, typu platforma P1. Ja natknęłam się na zdefiniowanie sepsy w kontekście kryteriów rozpoznawania, opisane w „Medycynie Praktycznej”. To też pewnie warto byłoby wykorzystać. To są definicje z 2016 r. Warto byłoby to wykorzystać, bo wydaje się, że jesteśmy bliżej niż dalej, jeśli chodzi o rozwiązanie tego problemu. Powołanie zespołu do spraw sepsy, co zostało tutaj zaproponowane, jest, wydaje mi się, idealnym rozwiązaniem. Już zmierzam do brzegu. Podstawy mamy i doświadczenia mamy.

PRZEWODNICZĄCA
BEATA MAŁECKA-LIBERA

Szkoda tylko, że nie był on wcześniej powołany, bo jednak od dłuższego czasu, jak rozumiem, kwestia sepsy jest poruszana. Ale wróć jeszcze raz do tych rejestrów. Chciałabym to dobrze zrozumieć. Rozumiem, że w przypadku chorób zakaźnych mamy zgłoszenia do inspekcji sanitarnej i rejestry epidemiczne. To dlaczego był jeszcze drugi rejestr, medyczny?

ZASTĘPCA GŁÓWNEGO INSPEKTORA SANITARNEGO
IZABELA KUCHARSKA

Myślę, że najprostszym zróżnicowaniem jest... Najłatwiej wyjaśnić to pod kątem tego, czemu służyły te rejestry. Rejestr epidemiologiczny służył ewidentnie, tak jak mówiłam, do nadzoru epidemiologicznego i interwencji w obszarze zdrowia publicznego, czyli służył Państwowej Inspekcji Sanitarnej do prawidłowego kwalifikowania osób ze styczności po to, żeby zapobiegać szerzeniu się choroby zakaźnej. A rejestr medyczny to wyspecjalizowany rejestr służący celom diagnostyczno-klinicznym, w tym wypracowaniu i podnoszeniu standardów diagnostyki i leczenia. Tak przynajmniej rozumiem ten rejestr medyczny. One są usankcjonowane w różnych przepisach. Są podstawy prawne do utworzenia tego medycznego w różnych zakresach.

PRZEWODNICZĄCA
BEATA MAŁECKA-LIBERA

Pani Minister, czy mając tę wiedzę, którą pani ma... Czy mieliście na temat rejestru epidemicznego... Czy doszło, że tak powiem, do jakiegokolwiek spotkania z tym drugim rejestrem i wyciążenia jakichś wspólnych wniosków? Czy była w ogóle taka interakcja, czy nie?

ZASTĘPCA GŁÓWNEGO INSPEKTORA SANITARNEGO
IZABELA KUCHARSKA

Te rejestry się widziały. Ale, tak jak mówię, one służyły zupełnie różnym celom.

PRZEWODNICZĄCA
BEATA MAŁECKA-LIBERA

To jest naprawdę jakieś... Wszystko to, co pani mówi, jest po prostu jakieś niedorzeczne. No, mamy wiedzę w jednym obszarze, w drugim obszarze, ale to kompletnie ze sobą nie współpracuje. Proszę bardzo, Pani Minister.

PODSEKRETARZ STANU W MINISTERSTWIE ZDROWIA
URSZULA DEMKOW

Dokładnie tak jest, Pani Senator.

Tutaj wybrzmiało bardzo dużo bolączek związanych z tymi rejestrami. Ja generalnie jestem oczywiście na tropie tego, jak zrobić dobry rejestr. Generalnie to, co powiedziała tu pani senator zza monitora... Rejestr ostrych zespołów wieńcowych – teoretycznie fajne narzędzie. Ale bardzo wiele ostrych zespołów wieńcowych jest leczonych w różnego typu placówkach niepublicznych, które mają kontrakty z NFZ, ale jednak są niepubliczne. I od dobrej woli pracowników, lekarzy tam pracujących zależy, czy oni coś do rejestru zaraportują, czy tego nie zaraportują. To pani senator powiedziała. I teraz: jeżeli im się nie chce zaraportować, a najczęściej ludziom się nie chce, bo to jest kolejna biurokracja, to rejestry są niekompletne. I trzeba stworzyć rejestr w taki sposób, żeby dane wpływały bezpośrednio. Ja bym chciała, żeby dane spływały z hurtowni danych, która

znajduje się na platformie P1. Prawda? Tam wpływają dane ze wszystkich podmiotów medycznych. One lokują się w hurtowni danych i potem my możemy te dane zasysać. Nikt nie będzie musiał niczego ręcznie robić, tylko to będzie zassane. Generalnie cyfryzacja jest w ogóle fundamentem tego, żeby nasz system się poprawił. Ja tak widzę rejestr.

PRZEWODNICZĄCA

BEATA MAŁECKA-LIBERA

Pani Minister, naprawdę z wielkim, ogromnym szacunkiem dla pani... To są dla mnie rzeczy oczywiste. Jeżeli na platformie zasysamy dane i mamy wszystko, to o czym my tu w ogóle jeszcze dyskutujemy? To po prostu trzeba wykorzystać.

Proszę bardzo.

PODSEKRETARZ STANU W MINISTERSTWIE ZDROWIA

URSZULA DEMKOW

Jest jeden małeńki problem. Do platformy P1 nie są jeszcze podłączone wszystkie podmioty. Nie wiem, jaki odsetek podmiotów jest obecnie na platformie P1, ale na pewno jakieś małe praktyki lekarzy rodzinnych...

(Wypowiedź poza mikrofonem)

PRZEWODNICZĄCA

BEATA MAŁECKA-LIBERA

No ale to jest proces. Tak?

(Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Urszula Demkow: Tak że jeszcze...)

Pani Minister, zacznijmy konkretnie od czegoś, a w procesie dołączy się wszystkie placówki. Jeżeli pani mówi, że to są głównie mniejsze placówki... Powiedzmy, mówiąc dzisiaj o sepsie, że w tych małych placówkach sepsy może będzie mniej.

Proszę bardzo.

PREZES KRAJOWEJ RADY DIAGNOSTÓW LABORATORYJNYCH

MONIKA PINTAL-ŚLIMAK

Dzień dobry.

Szanowna Komisjo! Szanowni Państwo! Państwo Profesorowie!

Monika Pintał-Ślimak, prezes Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych.

Ja bym chciała dopełnić wypowiedzi dotyczące rejestrów z racji tego, że jestem... W tej chwili nie, ale byłam praktykującym diagnostą, kierownikiem laboratorium. W czasie pandemii pracowałam w laboratorium medycznym i byłam zobligowana do tego, żeby uzupełniać rejestry, o których mówiliśmy, czyli rejestr, który... Mówię o EWP. Każdy pracownik, który wykonał badania, musiał wprowadzać dane. Później do rejestru prowadzonego przy instytucie kardiologii... I tu też jest cenna... Może nie każdy pamięta, ale ten rejestr w trakcie epidemii został wygaszony. Później już nie wprowadziliśmy danych, więc rejestr nie jest kompletny.

Trzeci obowiązek, który zgodnie z rozporządzeniem ministra zdrowia spoczywa na kierowniku, to jest obowiązek zgłaszania wyniku w kierunku biologicznych czynników chorobotwórczych. Szanowni Państwo, to, że musieliśmy to wprowadzać, na pewno wiązało się z tym, że było odpowiednie finansowanie związane z czasem, w którym dany wynik został wprowadzony. Jeżeli laboratorium wykazało to do 24 godzin, to było inne finansowanie za procedurę niż wtedy, gdy stało się to później. Zachęta, która wynikała z dodatkowego finansowania, miała tu znaczenie. I skoro jestem już przy głosie, to chciałabym powiedzieć o głównej barierze, którą widzę jako diagnosta laboratoryjny – brak odrębnego finansowania tych procedur.

Zgadzam się z panią senator w tym, że należy wzmocnić kształcenie. Każdy diagnosta laboratoryjny jest kształcony w zakresie sepsy, diagnostyki, rozpoznawania i prowadzenia tego zespołu chorobowego, ale należałoby zwrócić uwagę na kształcenie podyplomowe, tak aby jak najbardziej wzmocnić specjalizację z zakresu mikrobiologii. To przede wszystkim mikrobiolodzy zajmują się rozpoznaniem, chociaż nie tylko. Pani minister wspomniała o markerach biochemicznych. Warto też wspominać, że tutaj rola laboratorium diagnostycznego jest oczywiście duża.

Szanowni Państwo, warto też zwrócić uwagę na to, że diagnostyka w kierunku sepsy odbywa się nie tylko w szpitalach. Odbywa się też w POZ, gdzie jest ograniczony dostęp do diagnostyki. POZ podpisują z laboratoriami sieciowymi umowy, kierując się często jednym wskaźnikiem, jakim jest cena za badanie. I w czasie pracy takiego podmiotu nie ma dostępności albo jest ona wybiórcza. Dzieje się tak tylko ze względu na oszczędzanie. Mamy ten problem, o którym mówiliśmy na konferencji pół roku temu: nie można było zlecić badań i dzieci, które wykazywały objawy sepsy, nie mogły być zdiagnozowane z racji tego, że nie było tej dostępności. Tu jest na pewno duży problem również w POZ. Jeżeli badania laboratoryjne w tym kierunku – o tym teraz mówimy – byłyby odrębnie kontraktowane i finansowane, na pewno zwiększylibyśmy dostępność i poziom korzystania z badań laboratoryjnych. Dziękuję.

PRZEWODNICZĄCA

BEATA MAŁECKA-LIBERA

Dziękuję bardzo.

Ja jeszcze dopytam. Ja sobie rzeczywiście przypomniałam, że w czasie epidemii była taka sytuacja, że rejestry zostały zablokowane. A jak jest w tej chwili?

PREZES KRAJOWEJ RADY DIAGNOSTÓW LABORATORYJNYCH

MONIKA PINTAL-ŚLIMAK

Czy dalej wprowadzamy?

(Przewodnicząca Beata Małeczka-Libera: Tak, tak.)

Nie. To dotyczyło tylko rozpoznania czynnika COVID-19.

(Przewodnicząca Beata Małeczka-Libera: Tylko COVID. Okej.)

Dwoma metodami – metodą biologii molekularnej, ale też testami antygenowymi. Każdy pacjent...

PRZEWODNICZĄCA

BEATA MAŁECKA-LIBERA

Dobrze. Dziękuję bardzo.

Czy ktoś jeszcze chce zabrać głos?

Proszę bardzo.

KIEROWNIK ODDZIAŁU KLINICZNEGO OBSERWACYJNO-IZOLACYJNEGO I PEDIATRII

W KLINICE CHORÓB ZAKAŻNYCH I PEDIATRII UNIWERSYTECKIEGO CENTRUM

KLINICZNEGO WARSZAWSKIEGO UNIWERSYTETU MEDYCZNEGO

ERNEST KUCHAR

Pani Przewodnicząca, czy ja mam zabrać głos w tej części, czy w drugiej?

(Głos z sali: Rozumiem, że przewidujemy drugą część zgodnie z...)

To w takim razie ja może poczekam na swoją kolej.

(Przewodnicząca Beata Małeczka-Libera: Nie, proszę. Proszę mówić. To jest ta druga część.)

Dziękuję bardzo, Pani Przewodnicząca.

Ernest Kuchar. Jestem kierownikiem kliniki pediatrii z Oddziałem Obserwacyjno-Izolacyjnym na Warszawskim Uniwersytecie Medycznym.

Ja widzę, że problem sepsy jest taki trudny, dlatego że jest to problem szeroki i dotyczy zróżnicowanej populacji. W związku z tym, zgodnie ze starą zasadą, jeżeli coś jest za duże, żeby to zjeść, to trzeba to podzielić na mniejsze kawałki. Ja bym chciał zająć się problemem tych przypadków sepsy, z którymi pacjenci trafiają do nas do szpitala. To są dzieci, populacja generalnie zdrowa. I tutaj – w przeciwieństwie do braku danych ogólnych – my pewne dane mamy, dlatego że sepsa meningokokowa, pneumokokowa, gronkowcowa jest rejestrowana. Takie dane posiadamy.

Problem widzę zupełnie gdzie indziej. Widzę problem na etapie diagnozowania przedszpitalnego. Przygotowałem kilka slajdów. Jeśli można byłoby je wyświetlić, to je państwu pokażę, a jeśli nie, to powiem to, co chcę przekazać.

Czy mogę prosić?

(Wypowiedzi w tle nagrania)

Nie wiem, czy to widać. Widać?

(Przewodnicząca Beata Małecko-Libera: Panie Profesorze, widzę, że tych slajdów jest sporo. Proszę wybrać takie najważniejsze. Dobrze?)

Ich jest mniej. Proszę się nie martwić. Ja powiem to, co jest najważniejsze, Pani Przewodnicząca.

Przekaz mam bardzo prosty. Wszyscy już mówiliśmy, że sepsa i wstrząs septyczny są ważną przyczyną śmiertelności. Niektóre źródła podają, że są główną przyczyną śmiertelności. Proszę zwrócić uwagę na to akcentowanie dotyczące wczesnej terapii. Mamy 1 godzinę w przypadku wstrząsu septycznego i 3 godziny w przypadku sepsy, co oznacza, że potrzebujemy szybkiego rozpoznawania sepsy u dzieci. Skupiam się na dzieciach, ponieważ to jest populacja, którą ja się zawodowo zajmuję. Przykładem niech będzie sepsa meningokokowa, bo takich przypadków mamy najwięcej. Tam jest nagły początek i gwałtowny przebieg. W praktyce jest to kilkanaście godzin, co oznacza, że taki pacjent trafia do lekarza raz. Trudno, żeby przychodził kilka razy. Objawy, które są podawane w literaturze, objawy w postaci krwotocznej wysypki, pojawiają się niestety późno, w związku z czym... A opóźnienie wiąże się z katastrofalnymi skutkami.

Proszę państwa, Polska jest krajem, który – proszę zwrócić na to uwagę – obok Francji i Niemiec ma mniej więcej połowę wszystkich przypadków inwazyjnej choroby meningokokowej w Europie, czyli jest to u nas częsty, duży problem. Oficjalne dane mówią o, powiedzmy, 150 przypadkach ogółem inwazyjnej choroby bez podziału na wiek. Takich danych nie mamy, ale dzięki Krajowemu Ośrodkowi Referencyjnemu do spraw Diagnostyki Bakteryjnych Zakażeń Ośrodkowego Układu Nerwowego wiemy, że chorują najczęściej dzieci w pierwszych, powiedzmy, 2 latach życia.

I teraz: dlaczego, proszę państwa, jest problem późnego rozpoznania? Co my wiemy? Jest tak dlatego, że pediatrizy i lekarze rodzinni, rozpoznając czy podejrzewając sepsę, kierują się głównie swoim przeczuciem. To nie jest jakiś zarzut. Takie są, proszę państwa, wyniki badań prowadzonych w Wielkiej Brytanii i w Holandii. Tak jest. Po prostu kierują się... Dziecko źle wygląda itd. A dlaczego tak się dzieje? Dlatego że sepsa w porównaniu do tych codziennych problemów dzieci z gorączką, czyli tak naprawdę ostrych zakażeń układu oddechowego, bo to jest najczęstszy powód gorączkowania u dzieci, jest chorobą bardzo rzadką. I na czym najczęściej skupia się lekarz? Na wykryciu zapalenia płuc. Do tego najczęściej sprowadza się porada dotycząca gorączkującego dziecka. I to zawodzi w przypadku sepsy, zwłaszcza że nasze doświadczenia, moje doświadczenia są takie, że często głównym zaleceniem jest wtedy obniżenie gorączki. To jest najczęstsze zalecenie, z jakim się niestety spotykamy.

Proszę państwa, możemy korzystać z już opracowanych rzeczy. Powiedzmy o NICE. Mamy brytyjski *guideline* z 2016 r., aktualizowany w marcu bieżącego roku, który mówi, na co zwrócić uwagę w przypadku sepsy. I proszę zwrócić uwagę, że tam przede wszystkim akcentuje się badanie parametrów życiowych, czego, proszę państwa, niestety nie ma. *Guideline* dotyczący ściśle choroby meningokokowej skupia się na czerwonych flagach, gdzie bierze się pod uwagę parametry życiowe, niepokój rodzica, wygląd skóry i tak proste do zbadania oznaczenie jak czas nawrotu kapilarnego. Prawda? UK Sepsis Trust zaleca z kolei – to w przypadku osób dorosłych – stosowanie narzędzia przesiewowego, które ma jasno powiedzieć, u którego pacjenta może się rozwijać sepsa.

Jakbyśmy przeanalizowali te narzędzia, to zwrócilibyśmy uwagę, że one wszystkie obejmują parametry życiowe, czego się – i przepraszam, że tak powiem – rutynowo w przychodniach nie bada. Taka jest prawda. Rutynowo parametrów życiowych się nie bada.

I teraz: jakie są wnioski? Chcę maksymalnie skrócić, żeby nie zajmować państwu czasu. Uważam, że konieczne jest wprowadzenie standardów oceny gorączkujących dzieci z uwzględnieniem parametrów życiowych. Ale żeby to zrobić, to trzeba opracować i upowszechnić normę parametrów w zależności od wieku i temperatury ciała. Tego w POZ brakuje.

Należy opracować materiały edukacyjne – to są rzeczy proste, które, uważam, można zrobić – plus opracować zestaw leków dla POZ i szpitala. Bo jeżeli, proszę państwa, przyjeżdża do nas dziecko i mamy zaanonsowane przez telefon, że podejrzewają sepsę meningokokową, a POZ nie ma leku, który należy podać, bo nie, to zaczyna się problem. Może skupmy się na prostych rzeczach. I jeżeli ten problem jest niestrawny, to podzielmy go na małe kawałki i po kolei się nim zajmijmy. To chciałem państwu przekazać, jeśli chodzi o problemy w pediatrii. Bardzo dziękuję.

PRZEWODNICZĄCA

BEATA MAŁECKA-LIBERA

Dziękuję bardzo, Panie Profesorze.

Tu na gorąco wymieniamy się informacjami, równocześnie słuchając pana. To, o czym pan mówił, to jest rola izb lekarskich, środowiska medycznego. To jest kwestia postawienia tego jako jednego z ważniejszych tematów w wypracowaniu tych całych procedur postępowania. Bo rozumiem, że tego...

(Kierownik Kliniki Pediatrii z Oddziałem Obserwacyjno-Izolacyjnym na Warszawskim Uniwersytecie Medycznym Ernest Kuchar: Nie ma.)

Nie ma. No właśnie.

Proszę bardzo, Pani Minister.

PODSEKRETARZ STANU W MINISTERSTWIE ZDROWIA

URSZULA DEMKOW

Ja też chciałabym podkreślić to, co pan prof. Ernest powiedział przed chwileczką. Ja, prowadząc mój grant, też opierałam się na kryteriach NICE, czyli na SOFA Score. To były jedyne kryteria, które dawały jakąś pomoc i wsparcie. I pewnie wystarczy je po prostu z grubsza zaadaptować na nasz grunt. Nie trzeba wielkiej filozofii, żeby one u nas zadziałały. Skoro nie możemy się oprzeć na mikrobiologii, to oprzyjmy się na parametrach związanych z monitorowaniem stanu pacjenta. Prawda?

PRZEWODNICZĄCA

BEATA MAŁECKA-LIBERA

Ale nie będziemy rozwiązywać tego na posiedzeniu komisji.

Proszę bardzo.

PROREKTOR DO SPRAW WOJSKOWEJ SŁUŻBY ZDROWIA UNIWERSYTETU
MEDYCZNEGO W ŁODZI

WALDEMAR MACHAŁA

Szanowni Państwo!

Waldemar Machała, UMED Łódź.

Czuję się troszeczkę skonfundowany, ponieważ zaczynam mieć poczucie, że nie wiem, co leczę przez większość swojego zawodowego życia. A ja wiem. Podobnie większość z nas wie, w jaki sposób zdefiniować sepsę. Wiemy, w jaki sposób rozpoznać wstrząs septyczny. Mamy metody

diagnostyki, które może nie są doskonałe, nie są za bardzo celujące, ale jesteśmy w stanie zmieścić się w czasach, które zarówno standardy leczenia sepsy, która nie jest chorobą... Sepsa jest grupą objawów. I, co ważne, wszyscy zginiemy z 2 przyczyn: albo śmiercią nagłą, albo z powodu sepsy. Nie ma trzeciego wyjścia z tego względu, że choroby, które nie powodują śmierci nagłej, w swoim przebiegu będą skutkowały rozwojem zakażenia prowadzącego do tego, że zginiemy w sepsie. Zbliżyliśmy się jako klinicyści do pewnej ściany, stąd też cieszę się, że ze strony Senatu RP jest wola, żeby coś zmienić, i wola ze strony Ministerstwa Zdrowia, żeby nam w tym pomóc. Skoro wiemy, w jaki sposób zdefiniować sepsę, skoro wiemy, w jaki sposób rozpoznać wstrząs septyczny, skoro wiemy, w jakim interwale czasowym umieścić proces terapii, to element, który zapoczątkował pan prof. Kübler ponad 20 lat temu i który udało się siłą jego woli i naszej woli... Chodzi o to, żeby przede wszystkim starać się rozpoznać problem w rejestrze, który jest dedykowany oddziałom intensywnej terapii. Przypisywanie referencyjności szpitali do leczenia sepsy to wylewanie dziecka z kąpielą. Quick SOFA obejmuje tylko 3 parametry, zmianę stanu świadomości, częstość pracy serca i liczbę oddechów. To elementarne cechy, które w przypadku podejrzenia infekcji nakazują nakierowanie się na wykluczenie bądź potwierdzenie sepsy. To jest na tyle proste, że do tego naprawdę nie potrzeba wielu instrumentów.

Możemy oczywiście konstatować potrzebę wprowadzenia rejestru sepsy, ale doświadczenia krajów bardziej zaawansowanych od nas pokazują, że wprowadzenie czegoś, co się nazywa *trauma registry*, czyli rejestr urazów, może być prowadzone w czasie rzeczywistym w trakcie badania chorego. Oczywiście możemy odsuwać od siebie tę dyskusję. Nasz zasadniczy cel, to, czego przede wszystkim oczekujemy jako klinicyści od Ministerstwa Zdrowia, jest taki, żeby dało nam narzędzie do dalszej pracy, jakim będzie choćby rejestr zakażeń. Dziękuję.

PRZEWODNICZĄCA

BEATA MAŁECKA-LIBERA

Dziękuję bardzo.

Proszę bardzo. Jeszcze 2 panie profesor i pomału będziemy wyciągać jakieś ostateczne wnioski z posiedzenia komisji.

Proszę bardzo.

KIEROWNIK ZAKŁADU MIKROBIOLOGII I IMMUNOLOGII KLINICZNEJ W INSTYTUCIE
„POMNIK – CENTRUM ZDROWIA DZIECKA”

KATARZYNA DZIERŻANOWSKA-FANGRAT

Proszę państwa, ja naprawdę bardzo króciutko.

(*Głos z sali: Mikrofon.*)

Ja bardzo króciutko, bo nie chciałabym niepotrzebnie zajmować państwu czasu. Mam takie wrażenie, że część kwestii, które są tutaj podnoszone, wymagają czasu. Potrzeba czasu, żeby się nimi zająć czy żeby je opracować – np. stworzenie rejestrów i potem wprowadzenie do nich różnych danych. Ale są też takie rzeczy, które, wydaje mi się, możemy zrobić bardzo szybko. Chodzi mianowicie o część, która dotyczy mikrobiologicznej diagnostyki sepsy. Wydaje mi się, że to jest coś, co my jako zespół ekspertów jesteśmy w stanie zrobić w ciągu najbliższych kilku miesięcy, bo taka inicjatywa powstała pod egidą konsultanta krajowego. Korzyści z takiej diagnostyki są oczywiste, nie będę ich tutaj powtarzała. Dotyczą one zarówno pacjenta, jak i całego zdrowia publicznego.

Dlaczego ważny jest taki standard? Mówię teraz o diagnostyce mikrobiologicznej. Dlatego, że to jest wieloetapowy proces. Na każdym etapie można popełnić mnóstwo błędów i może to prowadzić do nieprawidłowego postępowania. Nawet jeśli my opracujemy ten standard i go proponujemy, to on nie będzie wykorzystywany optymalnie przez laboratoria, jeśli nie będzie miał wzmocnienia w postaci rekomendacji ze strony Ministerstwa Zdrowia i tego, o czym mówiła pani

minister Demkow i za co jesteśmy bardzo wdzięczni – chodzi o wstępną deklarację – tzn. tego dodatkowego finansowania. My dzisiaj jesteśmy w stanie diagnozować sepsę – mówimy o diagnostyce mikrobiologicznej – w bardzo różnym czasie, od 4 godzin od pobrania krwi od pacjenta do 4 czy 5 dni. Możliwości są bardzo zróżnicowane i zależą od tego, jakim sprzętem i jakimi technikami posługuje się laboratorium. Co jest oczywiste, koszt diagnostyki jest po prostu zróżnicowany i zależy od czasu. Najszybsza diagnostyka, która trwa kilka godzin, kosztuje nawet 2 tysiące. Diagnostyka, która trwa... Ta szybka, o której wspominała pani minister, kosztuje kilkaset złotych. A taka klasyczna diagnostyka, którą wiele laboratoriów wykorzystuje do dzisiaj, to jest koszt, powiedzmy, 100 czy 200 zł. Jeżeli nie będziemy mieć możliwości dofinansowania diagnostyki, tej najbardziej nowoczesnej i szybkiej, do której mamy sprzęt – to jest najważniejsze, my mamy dzisiaj ten sprzęt w bardzo wielu laboratoriach – to nie będziemy tego optymalnie wykorzystywać.

Jak państwo doskonale wiedzą, sepsa jest jedną z najczęstszych możliwych do uniknięcia przyczyn zgonów, w związku z tym warto ją dobrze diagnozować na poziomie klinicznym. Jak rozumiem, klinicyści opracują standardy – zakładam, że to może zająć trochę czasu – również na poziomie mikrobiologicznym. Tak jak mówię, my deklarujemy ze swojej strony, że w ciągu dośłownie kilku miesięcy standard diagnostyki laboratoryjnej będzie gotowy. Prosimy jeszcze raz panią minister Demkow o to, żeby stanąć na głowie i to po prostu dofinansować.

PRZEWODNICZĄCA
BEATA MAŁECKA-LIBERA

Dziękuję bardzo.

Dobrze, że pani skierowała tu te słowa, dlatego że skupiliśmy się na rejestrach, na standardach i na różnych innych bardzo ważnych rzeczach, ale w końcu najważniejsze są jednak wczesne rozpoznanie i wczesna diagnostyka, żeby nie dopuścić do rozwoju, o czym... Od tego właściwie powinniśmy zacząć całą rozmowę.

Proszę bardzo, Pani Profesor.

CZŁONEK ZESPOŁU KRAJOWEGO OŚRODKA REFERENCYJNEGO DO SPRAW DIAGNOSTYKI
BAKTERYJNYCH ZAKAŻEŃ OŚRODKOWEGO UKŁADU NERWOWEGO W ZAKŁADZIE
EPIDEMIOLOGII I MIKROBIOLOGII KLINICZNEJ W NARODOWYM INSTYTUCIE LEKÓW
WALERIA HRYNIEWICZ

Waleria Hryniewicz, profesor w Narodowym Instytucie Leków, wieloletni konsultant krajowy i chyba najbardziej szalona osoba do walki z antybiotykoopornością w Polsce. To pasja i misja mojego życia, której nie udaje mi się ziścić. Ale przejdę do czegoś innego.

Musimy pamiętać, że rejestr nie załatwi nam wszystkiego. Wiedzieć to znaczy działać. I tu wielokrotnie padło, zwłaszcza w wypowiedzi pana prof. Kuchara, stwierdzenie „sepsa meningokokowa”. Miałam okazję być jedną z głównych osób działających z panią minister, jak była w Polsce sepsa meningokokowa. Pokazaliśmy wszystkie uchybienia naszego systemu. Chodzi o szybkie działanie, co było wielokrotnie podkreślane. I dlatego edukacja, o której mówiliśmy, musi być znacznie szersza. To musi być edukacja nie tylko lekarzy, nie tylko pielęgniarek, ale także ratowników medycznych. Anglicy, którzy mają największe doświadczenie w zakresie sepsy meningokokowej, podają antybiotyk w karetce pogotowia, bo sepsa to jest nieprawdopodobnie szybki proces. I widzieliśmy żołnierzy – mieliśmy epidemię wśród żołnierzy w Polsce – którzy umierali na izbie przyjęć w ciągu paru godzin od pierwszego wykwitu na skórze świadczącego o meningokokach. Tak że trzeba spojrzeć na to, co się dzieje na SOR, jeśli chodzi o dostępność antybiotyków i rozpoznanie, a także myśleć o działaniach w karetce i o społeczeństwie, które powinno być uczulone na objawy mogące świadczyć o sepsie.

Wracam do antybiotykooporności. Możemy wszystko zrobić perfekcyjnie, mamy dostęp do wszystkich antybiotyków, ale one są nieskuteczne, bo Polska należy do krajów wiodących, jeśli

chodzi o lekooporność. Jesteśmy bliżej... Jeśli spojrzymy na dane dotyczące europejskiego regionu WHO, to zobaczymy, że na pewno jest nam bliżej na wschód niż na zachód. Zdecydowanie. I muszę powiedzieć z wielkim bólem, że do dnia dzisiejszego jesteśmy jednym z niewielu, jeśli nie jedynym krajem Unii Europejskiej, który nie ma narodowej strategii walki z antybiotykoopornością. To jest ukłon w stronę Ministerstwa Zdrowia i pani minister, ale również pani senator, z którą już wiele lat temu, pamiętam, się nad tym problemem pochylałyśmy.

Chciałabym jeszcze powiedzieć... To jedna rzecz, która nam uciekła, bardzo ważna sprawa, o której mówił pan prof. Kübler. Dążymy do tego, żeby było jak najmniej zgonów, ale ludzie, którym udaje się pokonać sepsę, mają problemy. I tutaj perfekcyjnie, bardzo dobrze działają Anglicy, bo oni są szczególnie doświadczeni, jeśli chodzi o sepsę meningokokową. Postępowanie z pacjentami w pewnym sensie okaleczonymi przez sepsę jest tam bardzo poważnie traktowane. Musimy też pamiętać, że te działania niejako zamkną nam cały problem i spowodują, że ci ludzie będą mogli pracować, żyć normalnie. Rejestr to fantastyczna sprawa, ale on musi służyć dalszym intensywnym działaniom. Po to on ma być. Dziękuję.

PRZEWODNICZĄCA

BEATA MAŁECKA-LIBERA

Dziękuję bardzo.

Właściwie to pani profesor tak naprawdę podsumowała całą dyskusję, mówiąc o tym, że każdy z elementów jest równie ważny. Jeżeli mamy rozwiązać sprawę od początku do końca, to musimy teraz te wszystkie elementy ze sobą połączyć. Ważna jest wczesna diagnostyka. Bardzo ważne jest to, o czym mówiliście państwo, jeżeli chodzi o wykorzystanie sprzętu i możliwość zlecenia szybkiej diagnostyki. Ważny jest rejestr, bo na podstawie rejestru wiadomo co robić, jak postępować i jak wygląda rozwój całego problemu. Ważne są sprawy związane z leczeniem, ze standardami. Ważne są szkolenia. Właściwie wszystko trzeba włączyć do jednego procesu. Albo rzeczywiście walczymy z sepsą od początku do końca, widzimy te wszystkie elementy i podchodzimy do tego systemowo, albo znowu będziemy tylko po kawałku gdzieś tam wrywać pewne fragmenty.

Mam pytanie, Pani Profesor. Bo nie pamiętam tego, ale wydaje mi się, że cel dotyczący antybiotykooporności był jednym z celów strategicznych Narodowego Programu Zdrowia. Czy dobrze pamiętam? Wiem, że był włączony do któregoś programu.

CZŁONEK ZESPOŁU KRAJOWEGO OŚRODKA REFERENCYJNEGO DO SPRAW DIAGNOSTYKI
BAKTERYJNYCH ZAKAŻEŃ OŚRODKOWEGO UKŁADU NERWOWEGO W ZAKŁADZIE
EPIDEMIOLOGII I MIKROBIOLOGII KLINICZNEJ W NARODOWYM INSTYTUCIE LEKÓW

WALERIA HRYNIEWICZ

Był. Teraz jest w NPZ, w Narodowym Programie Zdrowia, ale to jest na poziomie laboratorium, tzn. ośrodek referencyjny dostaje pewne środki finansowe w związku z tym, że identyfikuje główne mechanizmy oporności i... Ale na tym się kończy.

PRZEWODNICZĄCA

BEATA MAŁECKA-LIBERA

No właśnie. I to jest kolejny element. Myślę, że zrobimy na ten temat posiedzenie komisji, ponieważ po raz kolejny tak naprawdę robimy coś tylko fragmentarycznie. Z Narodowym Programem Zdrowia od samego początku wiązały się takie zamierzenia, żeby zrealizować kilka celów, wykorzystać to, ale zrealizować je od początku do końca. Jak dotąd, o ile wiem, a analizowałam inne tematy, w żadnym z tych przypadków nie było żadnych efektów. W żadnym. Tak więc to jest naprawdę wielka porażka, jeżeli chodzi o Narodowy Program Zdrowia.

Czy ktoś z państwa...

CZŁONEK ZESPOŁU KRAJOWEGO OŚRODKA REFERENCYJNEGO DO SPRAW DIAGNOSTYKI BAKTERYJNYCH ZAKAŻEŃ OŚRODKOWEGO UKŁADU NERWOWEGO W ZAKŁADZIE EPIDEMIOLOGII I MIKROBIOLOGII KLINICZNEJ W NARODOWYM INSTYTUCIE LEKÓW

WALERIA HRYNIEWICZ

Jeszcze tylko jedno zdanie. Zapomniałam powiedzieć o szczepieniach.

(Przewodnicząca Beata Małecka-Libera: Tak. No, to jest kolejny element.)

Tutaj chodzi o meningokoki i pneumokoki, które były przywołane jako główna przyczyna zgonów i sepsy...

PRZEWODNICZĄCA

BEATA MAŁECKA-LIBERA

No ale tu jest też ogromna rola inspekcji sanitarnej, o której moglibyśmy wiele mówić w kontekście pandemii i tego wszystkiego, co się przez ostatnie lata wydarzyło. Ale nie chcę tu mówić o żadnych sprawach związanych z polityką, z decyzjami, rozmawiamy dzisiaj merytorycznie, więc spróbujmy podejść do tego tematu naprawdę bardzo merytorycznie, a także bardzo kompleksowo.

Proszę bardzo, Pani Senator. Ostatnie zdanie.

SENATOR

AGNIESZKA GORGOŃ-KOMOR

Ja mam jeszcze króciutki wniosek, bo pan profesor mnie zainspirował. Rzeczywiście taka bardzo prosta parametryzacja funkcji życiowych mogłaby stać się standardem. Mówiliśmy oczywiście o kształceniu podyplomowym, ale może podstawy kształcenia specjalizacyjnego powinny być uwzględnione we wszystkich specjalizacjach, żeby była wczesna rozpoznawalność. Bo jeżeli chodzi o program specjalizacji, to mamy wpływ na to, żeby edukacja została wprowadzona na tym poziomie. Kształcenie lekarza rodzinnego to jest kwestia prawie 2 lat albo tylko 2 lat. A z sepsą borykamy się...

I tutaj dziękuję pani profesor za głos, bo ja jestem zwolennikiem niewyważania otwartych drzwi. Skoro jest w Europie kraj, Wielka Brytania, który sobie z tym radzi, to trzeba pewne rzeczy od niego zapożyczyć i po prostu wprowadzić w życie. I myślę, że to już nie jest czas na diagnozę, tylko na skuteczne działanie.

(Przewodnicząca Beata Małecka-Libera: Na robotę.)

Dziękuję.

PRZEWODNICZĄCA

BEATA MAŁECKA-LIBERA

Jeszcze pan senator. Proszę.

SENATOR

WALDEMAR KRASKA

Dziękuję, Pani Przewodnicząca.

Szanowni Państwo, jesteśmy w gronie, jak myślę, superekspertów. Ja jestem co prawda zwykłym chirurgiem i z wielką uwagą przysłuchuję się państwu i państwa opinii. Myślę, że to, co wybrzmiało, definicja sepsy... Myślę, że wszyscy wiemy mniej więcej, co to jest sepsa, i...

(Głos z sali: Nie wiemy.)

Myślę, że wiemy, Pani Senator. Sądzę, że wprowadzenie rejestru jest na pewno tym krokiem, od którego trzeba zacząć naszą walkę z sepsą. Aczkolwiek jak państwo wskazujecie, że niestety nie ma twardych danych światowych, to widzę, że nie jest to problem, który łatwo rozwiąże

się jednym kliknięciem w systemie informatycznym. Myślę, że to są pytania do grona ekspertów: kto będzie ten rejestr prowadził, kto będzie uprawniony do wprowadzenia do niego danych pacjenta? Bo granica między sepsą a jeszcze nie sepsą jest dość płynna, i jak myślę, trzeba to w bardzo, no, twardy sposób wystandaryzować, żeby lekarz czy osoba, która będzie to wprowadzała, mieli tę informację.

Drugi temat, który już się tutaj pojawił, to ośrodki referencyjne. Prawda? Tu padło sformułowanie, że nie jest to panaceum, ale myślę, że dobrze by było, żeby szczególnie te ośrodki, oddziały... Najczęściej taki pacjent trafia do szpitala powiatowego, do tego ośrodka, który najczęściej także posiada oddział intensywnej terapii. Chodzi o to, żeby ten ośrodek miał zaplecze, żeby niekoniecznie było tak, że pacjenta tylko bardzo szybko odesłamy, ale żeby możliwe były zasięgnięcie informacji, diagnoza i ewentualnie stwierdzenie, co jeszcze możemy zrobić. No, ja jestem też lekarzem praktykującym. My wielokrotnie otrzymujemy tzw. dobre rady: zróbcie to, zróbcie tamto. No i to jest bardzo cenne, ale chodzi o to, aby była taka możliwość, żeby jednak gdzieś tego pacjenta... Jeśli nie radzę sobie z tym pacjentem, to gdzie mogę go przekazać? To jest na pewno pacjent trudny. Leczenie niestety nie zawsze kończy się sukcesem, więc to nie jest pacjent – mówiąc w cudzysłowie – mile widziany w szpitalu, bo być może umrze. Tak więc myślę, że może nie jeden do jednego, ale warto by stworzyć taką sieć, jak sieć ośrodków stosujących ECMO, żeby te ośrodki, które mają bardzo dobre wyniki leczenia i duże doświadczenie, udzielały pomocy tym niewykwalifikowanym.

To, o czym państwo mówicie, to, żeby przenieść to nawet na poziom karetki, też jest, jak myślę, bardzo ważne, bo w tych szczególnie szybkich procesach... Chodzi o szybkość i diagnostykę, ale bezpośrednio pomoc, jak myślę, także jest tu ważna.

I jeszcze to, co także już wybrzmiało: pewne schematy są już w świecie wypracowane. Myślę, że warto by z nich skorzystać i przenieść je na nasz grunt. Czasem nie jest możliwe przeniesienie tego jeden do jednego, ale myślę, że z państwa pomocą można by to zrealizować. Sądzę, że takie twarde schematy pokazujące, co wykonujemy w danym momencie, jak postępujemy z pacjentem, powinny być dostępne nawet już na etapie tzw. pomocy przedszpitalnej czy ratownictwa medycznego. Dziękuję bardzo.

PRZEWODNICZĄCA

BEATA MAŁECKA-LIBERA

Dziękuję bardzo, Panie Senatorze.

Ja jednak chciałabym, żebyśmy zakończywszy nasze posiedzenie komisji, nie wyszli z przekonaniem, że najważniejsze są rejestry i będziemy robić tylko rejestry. Nie. Wniosek komisji będzie taki, aby na cały problem związany z sepsą spojrzeć całościowo i żeby prace szły równolegle. Ja mam świadomość, że z rejestrami będzie duży kłopot, bo wymaga to również różnych nakładów finansowych, tak jak pani minister powiedziała, wyposażenia szpitali itd., itd. To będzie proces.

Ale jeśli chodzi np. o kwestię wyceny świadczenia związanego ze sprzętem mikrobiologicznym i wdrożenia tego typu rozwiązań, to wydaje mi się, że jest to w naszym zasięgu i można to zrobić w miarę szybko. To pierwsza rzecz, o którą bym apelowała, i zwracam się z tym do pani minister.

Druga kwestia to powołanie tego zespołu, żebyście państwo razem popracowali nad tymi wszystkimi wątkami i wypracowali rozwiązania.

I trzecia kwestia to środowisko zawodów medycznych. Apeluję tutaj do pana doktora, do pani prezes o to, żebyście spróbowali jednak nawiązać kontakt w kwestii przyszłego szkolenia, być może także jakieś nowe pomysły u państwa się zrodzą. A to wszystko w tym celu, żeby wiedza była jak największa.

Reasumując: mówimy o całej strategii postępowania z sepsą, a nie o wyrywkowych elementach.

I jeszcze raz wróć do wątku antybiotykooporności, który rzeczywiście w ostatnich latach znowuż jakoś zupełnie umarł, ten temat się nie pojawiał. Myślę, Pani Profesor, że wrócimy do kwestii Narodowego Programu Zdrowia i zastanowimy się, co dalej zrobić, żeby wrócić do tego wątku.

To są rzeczy, które jako przewodnicząca komisji deklaruje. Deklaruję również, że, powiedzmy, za pół roku spotkamy się tutaj ponownie, zaproszę państwa i zobaczymy, co przez te pół roku ministerstwo i środowisko wspólnie wypracowały.

Bardzo dziękuję za obecność, Pani Minister, i bardzo proszę o przekazanie tych wszystkich wątków pani minister Leszczynie, abyście mogły zacząć działać w tym zakresie.

Dziękuję wszystkim za obecność. Dziękuję prelegentom i gronu ekspertów.

Dziękuję bardzo.

(Koniec posiedzenia o godzinie 12 minut 40)

Kancelaria Senatu

Opracowanie:

Biuro Prac Senackich, Dział Stenogramów

Druk i łamanie:

Biuro Edukacji, Promocji i Wydawnictw,

Dział Wydawniczy