

## Kilka słów po wyborach

No i po wyborach... W pierwszych słowach pragnę pogratulować Docentowi Markowi Grygierowi i strukturom sztabu wyborczego zwycięstwa w wyborach Przewodniczącego Elekta AISN. Myślę, że udało nam się przedstawić obu spójne, choć odmienne programy i wizje funkcjonowania Asocjacji. Takie też głosy słyszałem w kularach jeszcze podczas WCCI.

Właśnie do owych programów chciałbym się odnieść, a raczej jedynie do swojego. Pod koniec prezentacji pokazałem slajd, na którym zamieściłem cytaty z rozmów z Wami, kardiologów inwazyjni, z którymi miałem ogromną przyjemność rozmawiać, prowadząc kampanię wyborczą. Obiecałem, że to co usłyszę, włączę później do swoich zamierzeń i celów na kadencję. Prześledźmy zatem to, o czym środowisko mówiło jednemu kandydatów.

W rozmowach powtarzała się kwestia wycen w kardiologii inwazyjnej i niestabilnej choroby wieńcowej. To boli i będzie bolało wszystkich — począwszy od dyrektorów dużych placówek przez te mniejsze do pojedynczego kolegi stojącego przy stole. Dlaczego? Bo część zarządzających uzależnia nasze wynagrodzenia od kwoty, jaką otrzymuje od płatnika. Tylko co dalej? Dalej jest ciąg zdarzeń. Coraz mniejsze zainteresowanie zawodem, coraz mniej ludzi młodych podejmujących tę trudną część kardiologii. W małych miejscowościach, gdzie pracownia hemodynamiki jest najbliżej pacjenta (i trzeba pamiętać o złotej godzinie) zaczyna brakować operatorów. Koledzy mniej chętnie przyjeżdżają na dyżury, otrzymują mniejsze stawki, niezależnie od „organu” założycielskiego! Co trzeba zrobić? Uatrakcyjnić program szkolenia praktycznego i teoretycznego, negocjować z płatnikiem w kwestii wycen i dyrektorami, budować (odbudowywać) etos kardiologa inwazyjnego. I cytując starszego kolegę „...gdzie ta młodzież? Wymrzemy jak dinozaury...” Tak, to prawda. Dziś liczba rezydentów, którzy uczą się w Polsce zawodu kardiologa inwazyjnego, jest naprawdę mała. Zawodu? Zapytacie. No właśnie. Pasja, zainteresowanie, adrenalina, to są te kwestie, które wiele lat temu popchnęły moich starszych kolegów i mnie samego do tego, by zacząć przygodę z kardiologią inwazyjną. Gdyby udało się rozszerzyć program specjalizacji z kardiologii o zabiegi obwodowe, strukturalne i inne, postawić kardiologa inwazyjnego w „centrum kompleksowości” opieki nad pacjentem, to może nasza pozycja byłaby silniejsza. Być może to sprawiłoby, że etos i prestiż zawodu uległyby wzrostowi. Trzeba mocno nad tym zagadnieniem pracować...

Zwrócono mi uwagę jeszcze na jedną kwestię. A jeśli pracownia kardiologii inwazyjnej jest w miejscowości liczącej 50–60 tysięcy mieszkańców, a czas dojazdu operatora do pracowni nie przekracza

**Tomasz Pawłowski**

Klinika Kardiologii Inwazyjnej,  
Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego  
Centralny Szpital Kliniczny MSWiA

15 minut? Dyżury pod telefonem dla pacjentów ze STEMI lub wymagających pilnej strategii NSTEMI z pewnością rozwiązałyby wiele problemów kadrowych w mniejszych miejscowościach. Bo plany NFZ dotyczące ostrych dyżurów rotacyjnych może i świetnie się sprawdzą, ale w dużych miejscowościach, takich jak Warszawa, Łódź czy Katowice...

Część moich rozmówców zwracała uwagę, że nowe regulacje dotyczące finansowania uczestnictwa w kongresach i spotkaniach naukowych. Niestety liczba aktywnych uczestników z Polski spada na różnych konferencjach. Oferta grantów wyjazdowych i tych związanych z konkretnymi konferencjami jest raczej skromna i gdy połączyć to z małą obsadą kadrową, szansa na regularne szkolenia spada... Być może zamiast refundacji przez AISN całej kwoty fee i hotelu, trzeba pomyśleć o mniejszych kwotach, ale dla większej grupy kolegów. Temat do dalszej dyskusji. Spotkania „live” zawsze służą integracji środowiska i wymianie poglądów. Dziś często (z perspektywy organizatora WCCI) widzę kolegów, którzy uczestniczą przez jeden, góra w półtora dnia w Warsztatach... Powody? Trzeba się cofnąć do tekstu powyżej...

Właśnie, właśnie... Integracja środowiska. Kardiologia „duża” i kardiologia „mała”, to znaczy akademicka i małych miast. Łączą się w jednym celu — najlepszej opiece nad pacjentem z ostrym zespołem wieńcowym. Czasami też w pracy naukowej (!). Chciałbym, aby te dwie „postaci” pracowały razem nad kwestiami organizacyjnymi, logistycznymi, naukowymi oraz finansowymi. Jest tyle obszarów, gdzie możemy się spotkać, że z pewnością jest duża szansa na sukces. Jako grupa zawodowa potrzebujemy programu. Takiego „Kardiologia Plus” gdzie każdy głos będzie uwzględniony i pokaże drogę na najbliższe lata — dokumentu, który przyjęty przez członków naszej Asocjacji będzie realizowany przez kolejne Zarządy ponad podziałami. Bo cel będzie jeden i nieważne czy zrealizujemy go za 3, 5 czy 10 lat. Współdziałanie z Zarządem Głównym PTK stanie się kluczowe.

Bardzo ciekawy głos dotarł z jednego z wiodących ośrodków kardiologii inwazyjnej w centralnej Polsce. Autor wskazywał na fakt, że AISN powinien najpierw wykazać się inicjatywą naukową, a później organizacyjną. To prawda, ale widzę tu raczej potrzebę dwutorowości. Wytyczne, promowanie działań naukowych i gromadzenia danych to jedno, a dotknięcie przyziemnych problemów wszystkich



kolegów to drugie. I taki dualizm sobie wyobrażam (wyobrażałem) jako kandydat na Przewodniczącego AISN.

Silny głos przyszedł ze Śląska — potrzebujemy rejestrów, które dadzą nam możliwość oceny odległej, gromadzenia danych osobowych, klinicznych i demograficznych. O tę kwestie trzeba walczyć już teraz. Wiele krajów europejskich i pozaeuropejskich ma takie rejestry i chwali się nimi. Możemy tylko konkurować świetnym rejestrem zabrzańskim, ale to wciąż mało. Potencjał naszego środowiska jest ogromny. Trzeba go obudzić i wykorzystać!

Ostatnia rzecz, którą usłyszałem — tryb głosowania. Jedenastego kwietnia w wyborach brało udział 110 osób! To tylko nieco ponad 10% zarejestrowanych członków AISN. Znowu cofamy się do obsady dyżurowej, grantów wyjazdowych itd. I zawsze to będzie 10–20%. Myślę, że trzeba rozpocząć dyskusję nad nową formułą głosowania. Każdy pamięta głosowanie na przewodniczącego Elekta EAPCI. Można? Można! Czemu więc nie spróbować u nas? Może on-line, może przez pełnomocnika? Zacznijmy o tym rozmawiać, bo nic o nas bez nas! Każdy może się wypowiedzieć.

Na koniec pragnę życzyć Docentowi Grygierowi realizacji programu wyborczego, każdego celu i zamierzenia. Trzymam kciuki, bo to nasza wspólna Asocjacja!

**Adres do korespondencji:**

Tomasz Pawłowski  
 Klinika Kardiologii Inwazyjnej CMKP  
 CSK MSWiA, Wołoska 137, 02–507 Warszawa  
 e-mail: pawtom@gmail.com