



ISSN 1643-0980

NOWINY SZPITALNE

NR 1 (3) Rok II – STYCZEŃ 2002

MIESIĘCZNIK INFORMACYJNY DLA PRACOWNIKÓW SAMODZIELNEGO PUBLICZNEGO SZPITALA KLINICZNEGO NR 1 PRZEMIENIENIA PAŃSKIEGO AKADEMII MEDYCZNEJ W POZNANIU

Hospicjum Palium

W dniu 18 grudnia 2001r. odbyło się uroczyste otwarcie oddziału stacjonarnego *Hospicjum Palium* mieszczącego się na os. Rusa 25a w Poznaniu. Jako pierwszy z powitaniem wystąpił prezes Polskiego Towarzystwa Opieki Paliatywnej Oddział w Poznaniu prof. dr hab. med. Jacek Łuczak, następnie głos zabrali: Dyrektor Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego nr 1 A.M. w Poznaniu lek. med. Jan Talaga oraz Rektor Akademii Medycznej w Poznaniu prof. dr hab. Leon Drobnik.

Otwarcia 15-łóżkowego oddziału dokonali rodzice Joanny Drazba – studentki filologii polskiej UAM, poetki i pacjentki Kliniki Opieki Paliatywnej, a także, jak nazwał ją prof. Łuczak, „niezrównanej nauczycielki” tych, którzy mieli zaszczyt towarzyszyć jej w ostatnich dniach życia. Po ceremonii przecięcia wstęgi, błogosławieństwa wszystkim zgromadzonym udzielił Arcybiskup Juliusz Paetz.

Wśród wielu zaproszonych gości nie zabrakło ludzi nauki, polityki, biznesu. Całość zakończył występ Chóru Męskiego *Akord* przy Cechu Stolarzy w Swarzędzu.

Otwarcie oddziału stacjonarnego *Hospicjum Palium* jest ukoronowaniem wieloletniej działalności Towarzystwa i realizacją jego najważniejszego celu. Oddział stacjonarny jest dla chorych miejscem nie tylko opieki medycznej, lecz także ciepła domowego, zapewniającym poprawę komfortu życia i godność odejścia.

mgr Marek Radwański

W numerze:

- Aktualności
- Okiem Naczelnego Lekarza
- Pracownia cytostatyków
- Nowa procedura kardiologiczna
- Zespół d/s dydaktyki
- Wywiad z Prof. Romanem Szulcem



OPTYZMIZM WŚRÓD TRUDNOŚCI

Przełom roku jest zawsze okazją do refleksji nad tym, co było naszym udziałem w roku poprzednim. Miniony rok był trudny dla Pracowników i Dyrekcji, gdyż był okresem zmian. Każda zmiana może rodzić wiele obaw, niosąc ze sobą niepewność, nieraz strach np. przed utratą pracy. Zadaniem Dyrekcji jest zminimalizować wszelkie tego typu odczucia. Jesteśmy po to, by sprostać wszystkim zagrożeniom, a nawet więcej – obrócić je w pożytek dla Szpitala.

Myślę, że nowy rok będzie dla nas trudny, stanowiąc jednocześnie wyzwanie do pokonania nawet największych przeszkód. Niepokojąca sytuacja Szpitala, związana przede wszystkim z kłopotami finansowymi, utwierdza nas w przekonaniu, iż jedynie współpraca wszystkich osób zatrudnionych w Szpitalu pozwoli przezwyciężyć wiele trudności. Przede wszystkim chciałbym bardzo pozyskać środki finansowe niezbędne do zakończenia rozpoczętych już inwestycji.

Pragnę, by każdy Pracownik, niezależnie od wykonywanej pracy, czy zajmowanego stanowiska, czuł się potrzebny i miał poczucie sensu swojej pracy.

Życzę wszystkim pracownikom Szpitala Klinicznego nr 1 w Poznaniu, wiele zdrowia, optymizmu, pięknych i szczęśliwych dni spędzonych w nowym roku w pracy, w gronie rodziny i przyjaciół.

Dyrektor Naczelny, lek. med. Jan Talaga



Fot.: Iwona Przekop

SZANOWNI PACJENCI! JESTEŚMY DLA WAS, DZIĘKI WAM.

Z ŻYCIA SZPITALA

W dniu 7 grudnia 2001 roku prof. dr hab. med. Krzysztof Słowiński, Kierownik Kliniki Chirurgii Urazowej, Leczenia Oparzeń i Chirurgii Plastycznej wygrał konkurs na ordynatora Oddziału Chirurgii Urazowej i Obrażeń Wielonarządowych szpitala przy ul. Szwajcarskiej. (ZOZ – Nowe Miasto).

W okresie przedświątecznym w wielu klinikach naszego Szpitala odbyły się spotkania opłatkowe. Dnia 21 grudnia w nastroju kolędowym z kierownictwem administracji, kierownikami klinik i pielęgniarkami oddziałowymi spotkał się Dyrektor Naczelny SPSK nr 1. Natomiast dnia 23 grudnia Dyrekcja naszego Szpitala gościła na Opłátku u Arcybiskupa Archidiecezji Poznańskiej.

W dniu 3 stycznia 2002 odbyło się spotkanie Dyrektorów Szpitali Klinicznych, w którym brał udział Dyrektor Jan Tala-ga. Podczas spotkania omawiano m.in. kontakty z Kasami Chorych.

W dniu 8 stycznia Dyrekcja Szpitala spotkała się na kolejnym, cyklicznym zebraniu z personelem medycznym. Po przedstawieniu bieżących aspektów działalności Szpitala przez Dyrektora Naczelnego, Z-ca Dyrektora ds. Ekonomicznych przedstawił analizę przyczyn zadłużenia. (szerzej na temat analizy w następnym numerze).

Z dniem 31 grudnia 2001 przeszła na emeryturę Pani Halina Karasińska, która pracowała w naszym Szpitalu od 1961 r. jako starszy laborant w Pracowni Fotograficznej Dokumentacji Medycznej.



Z dniem 1 stycznia 2002 roku na emeryturę przeszła także pielęgniarka Pani Genowefa Janiszewska. Ogólny staż pracy Pani Genowefy to 35 lat i 5 miesięcy. Początkowo wiele lat pracowała w Wielkopolskim Centrum Chorób Płuc i Gruźlicy jako pielęgniarka odcinkowa, starsza pielęgniarka w Izbie Przyjęć i Przełożona Pielęgniarka w Poradni Ftyzjopneumologicznej. Z dniem 1 lutego 1999 roku przeszła na to samo stanowisko do naszego Szpitala.

W dniu 18 września 2001 r. prof. dr hab. Zygmunt Kopczyński, Kierownik Zakładu Analityki Medycznej Katedry Onkologii i Kierownik Działu Diagnostyki Laboratoryjnej SPSK nr 1 wraz z zespołem otrzymał nagrodę Ministra Zdrowia za szczególne osiągnięcia w dziedzinie ochrony zdrowia, w tym za prace nad stworzeniem podstaw systemu akredytacji laboratoriów diagnostycznych w Polsce. System ten uzupełniony o normy Unii Europejskiej jest wdrażany w kraju od 1 stycznia 2002 r. Koordynatorem tych prac przy MZ jest prof. dr hab. Zygmunt Kopczyński.

OKIEM NACZELNEGO LEKARZA SZPITALA

PARADOKS PARADOKSU SZUKA...

Blizsze przypatrywanie się sprawom organizacji szpitala klinicznego, który stanowią, jest nieustannym odkrywaniem różnorodnych paradoksów. Jako paradoks określa się twierdzenie, sytuację bądź zdarzenie zaskakujące, sprzeczne z powszechnie przyjętym mniemaniem. Na dodatek, dla określenia czegoś jako paradoks niezbędny jest element swego rodzaju niebywałości. Takich właśnie zaskoczeń nie brakuje.

Czy jako swego rodzaju paradoks nie można określić faktu, że na oddziale intensywnej terapii mogą być kłopoty z defibrylatorem?

Czy nie można tak określić sytuacji, w których do jednego z oddziałów około dwudziestoosobowych przydzielonych jest ponad dziesięć lekarskich etatów, a inny – tej samej wielkości i podobnego charakteru, również kliniczny – funkcjonuje sprawnie z niepełnymi dwoma... Wszystko znajdzie odpowiednie wytłumaczenie, każdy będzie miał swoje racje. Prośba o zwiększenie liczby etatów pada z tego pierwszego...

Czy nie jest paradoksem sytuacja, gdy na przykład do poradni zaprasza się na jedną godzinę około trzydzieści osób („lekarz przyjmuje od rana”). Gdy w sąsiedztwie jest kilka poradni, gromadzi się niepotrzebnie spory tłum podirytowanych pacjentów, dla których wykazujemy brak ewidentny szacunku. Gdy pada prośba o przemyślenie tego systemu i zaproszenie do współtworzenia

zmian, powtarza się sakramentalne: *tego się nie da zmienić; tak musi być; to jest wina pacjentów, że wszyscy koczują od rana*. Nikt nie jest w sumie winny... a pacjentów jest tylu, że w sumie na nich tak bardzo nam nie zależy.

Sala operacyjna: od ponoć wielu lat trwa spór o odpowiedzialność za przenoszenie preparatów do badania – dystans kilkudziesięciu metrów. Wstydliva sytuacja braku dobrej woli.

Na zebraniu Komitetu Terapeutycznego pada stwierdzenie podważające celowość kontroli wydawania leków, bo przecież one nie giną, *a zabranie dla siebie bądź rodziny jakiegoś antybiotyku nie jest czynem prowadzącym do upadłości szpitala...*

Sądzę, że ukazanie niektórych paradoksów byłoby jeszcze bardziej wstydlive i warto – przynajmniej na razie – uchylić się nawet od ich wypowiedzenia.

Pozostaje jednak pytanie, na ile sami potrafimy uporać się ze swoimi paradoksa-

mi nie doprowadzając do wyniszczenia struktury, która nie tylko pomaga chorym, ale także ofiaruje nam możliwość pracy? Na ile będziemy przechodzić wobec nich do porządku dziennego? Choć często trudnym może okazać się nawet dostrzeżenie problemu („*tak było zawsze*”) Czy wystarczają gesty zaproszenia do współtworzenia i prośba o podjęcie współodpowiedzialności? Odpowiedzialność w szpitalu klinicznym jest jednak tak rozłożona, że może rodzić wrażenie bezwładności struktury.

Może to przejaw pewnej bezsilności, ale chyba wartym zastanowienia jest stwierdzenie, że nie ma odpowiedzialności tam, gdzie nie ma możliwości oddziaływania...

Pocieszającym jest jedynie to, że zasadniczo całe nasze życie – w każdym jego wymiarze – jest w pewnym sensie paradoksem. Jedynie to może nas nieco tłumaczyć...

Dr med. Szczepan Cofa



PRACOWNIA CYTOSTATYKÓW

Z dniem 1 listopada 2001 roku powołano Pracownię Cytostatyków położoną w obiekcie przy ul. Łąkowej, podlegającą bezpośrednio kierownikowi Apteki Szpitalnej.

Powstanie Pracowni Cytostatyków to kolejny krok ku europejskim standardom postępowania z lekiem. Można powiedzieć, że pracownia:

- zabezpiecza jałowość leku podawanego dożylnie,
- zabezpiecza personel wykonujący lek przed kontaktem z cytostatykiem,
- zabezpiecza środowisko przed skażeniem odpadami leków cytostatycznych,
- pozwala na centralne i bardziej ekonomiczne przygotowanie leków dla różnych oddziałów.

Aby zacieśnić współpracę z oddziałami powstał zespół ds. leku cytostatycznego, w skład którego wchodzi: dr med. Leszek Rumienowski – przewodniczący, dr med. Radosław Mądry, dr farm. Hanna Jankowiak-Gracz, mgr farm. Ewa Narożna, pielęgniarka oddziałowa Alicja Fiksek i pielęgniarka oddziałowa Maria Gajewska. Zadaniem zespołu jest wprowadzenie procedur postępowania z lekiem onkologicznym.

W Pracowni Cytostatyków zatrudniono: mgr farm. Ewę Narożną, mgr farm. Krystynę Rymkiewicz, mgr farm. Marcina Kałużnego, pielęgniarkę Krystynę Lewandowską, techn. farm. Marcina Janiaka. Do zadań pracowników należy sporządzanie roztworów cytostatycznych według odpowiedniej procedury na potrzeby poszczególnych komórek organizacyjnych udzielających świadczeń zdrowotnych w zakresie opieki stacjonarnej, sprawdzanie i ewentualne skorygowanie recepty (rozpuszczalnik, dawka), przestrzeganie procedur związanych ze sporządzaniem leków cytostatycznych, postępowaniem z odpadami cytostatycznymi i postępowaniem w razie bezpośredniego kontaktu z cytostatykiem, bieżące prowadzenie dokumentacji sporządzonych leków cytostatycznych, bieżąca kontrola rotacji leków, bieżąca kontrola gospodarki lekami, przestrzeganie zasad w sprawie bezpieczeństwa i higieny pracy przy stosowaniu leków cytostatycznych.

Dr farm. Hanna Jankowiak-Gracz

Leki onkologiczne wpływają nie tylko na pacjenta, ale na wszystkie osoby znajdujące się w jego otoczeniu, dlatego problemy właściwego obchodzenia się z nimi dotyczą zarówno placówek służby zdrowia, jak i środowisk domowych. W celu zmniejszenia zagrożenia niezbędne jest szczegółowe poznanie zagrożeń, zapewnienie odpowiedniego wyposażenia, ustalenie odpowiednich procedur postępowania oraz przekonanie pracowników o ich słuszności i bezwzględnej konieczności przestrzegania.

Największym zagrożeniem jest możliwość długotrwałego wchłaniania tych leków, dlatego stali pracownicy służby zdrowia, pacjenci, osoby odwiedzające nie powinni być narażeni na kontakt z lekami onkologicznymi i materiałami odpadowymi powstającymi w trakcie ich stosowania.

Źródło: Leki onkologiczne, procedury postępowania i środki ostrożności, S. Dyderski, M. Zakrzewska, E. Ignatowicz, Wrocław 1999.

Irena Kamińska



Wielu pracowników naszego Szpitala kojarzy ją z miłym uśmiechem. Jej pierwsze stanowisko pracy dawało możliwość obdarzania nim wszystkich. Kontakt z ludźmi jest jej największą radością.

Pracę w naszym Szpitalu Pani Irena rozpoczęła we wrześniu 1985 roku po dwuletnim urlopie wychowawczym. Od samego początku zajmowała się sprawami pracowników w dziale socjalnym. Pani Irena bardzo kochała swoją pracę, przede wszystkim dlatego, że dawała jej możliwość kontaktu z ludźmi. Przyszedli do niej emeryci, renciści ze swoimi problemami, a Pani Irena zawsze z radością im pomagała. Organizowała dla nich spotkania, a dla dzieci zakładową Gwiazdkę, Dzień Dziecka i letni wypoczynek. Ponadto, do jej obowiązków należało kompletowanie dokumentów pracownikom odchodzącym na emeryturę czy rentę oraz ... dystrybucja ówczesnie obowiązujących kartek na mięso. Słowem, obsługa wszelkich świadczeń socjalnych dla pracowników Szpitala. Działala całym sercem dla dobra pracowników.

W chwili gdy utworzono Dział Organizacji, Nadzoru i Statystyki, przeszła tam razem z Panią Ewą Radoszewską. Nie od razu polubiła swoją pracę; brakowało jej przede wszystkim stałego kontaktu z ludźmi. Tu zastąpiły ich liczby. Z czasem jednak i te dały się polubić. Obecnie Pani Irena jest kierownikiem Sekcji Statystyki, ale przede wszystkim zajmuje się comiesięczną sprawozdawczością dla Kas Chorych i dla Ministerstwa Zdrowia. Tylko czasami w jej pracę wkrada się monotonia, ale mimo to Pani Irena bardzo lubi swoje obecne zajęcie.

Po pracy i domowych obowiązkach Pani Irena nie ma zbyt dużo czasu na to, co naprawdę lubi. Jednak jeśli tylko znajdzie wolną chwilę to czyta, idzie do kina albo aranżuje swoje domowe wnętrza. Jej prawdziwą pasją są podróże. Nic dziwnego – łączą ją więzy rodzinne z podróżnikiem Markiem Kamińskim. Udało jej się zwiedzić kilka europejskich stolic, dotarła też na Krym. Podróże, jak twierdzi Pani Irena to najpiękniejsze, co człowiek może przeżyć. Najpiękniejsze – zaraz po miłości.

(ZCh)

SEKCJA RUCHU CHORYCH INFORMUJE

Na mocy Rozporządzenia Nr 535 Ministra Zdrowia z dnia 18 maja 2001 roku w sprawie recept lekarskich, obowiązują od dnia 1 czerwca 2001 roku nowe druki recept w kolorze różowym na środki odurzające, substancje psychotropowe i inne środki farmakologiczne, oznaczone symbolem „Rp.w”. Można je pobierać w Sekcji Ruchu Chorych przy ul. Długiej 1/2, w godzinach od 8⁰⁰ do 15⁰⁰ (od poniedziałku do piątku).

Z początkiem grudnia 2001 roku taka możliwość istnieje także w dwóch filiach Sekcji Ruchu Chorych, przy ul. Łąkowej 1/2 oraz ul. Szamarskiego 84, tam w godzinach od 10⁰⁰ do 14³⁰.

Druki recept różowych są drukami ścisłego zarachowania, dlatego wymagają szczególnej ochrony zabezpieczającej przed zniszczeniem, utratą i kradzieżą. Gdyby taka sytuacja miała miejsce należy niezwłocznie powiadomić o tym fakcie Dyрекcję Szpitala.

*Jolanta Neumann
Kierownik Sekcji Ruchu Chorych i Statystyki*

ZESPÓŁ ds. DYDAKTYKI

Włączenie szpitali klinicznych do Akademii Medycznych (Zarządzenie Ministra Zdrowia z dn. 16 czerwca 2000 r.) powoduje, że stają się one jednostkami Uczelni, wobec czego podlegają uregulowaniom prawnym dotyczącym nie tylko zakładów opieki zdrowotnej, ale i Szkół Wyższych. Ustawa o Szkolnictwie Wyższym z dn. 12 września 1990 r. Określa zadania dydaktyczne i badawcze Akademii Medycznych, w połączeniu z działalnością w zakresie ochrony zdrowia. Szpital kliniczny typu uniwersyteckiego musi zapewnić właściwą bazę dydaktyczną dla powyższych zadań. Uczelnia medyczna jest obowiązana do kształcenia i przygotowania lekarzy, farmaceutów, pielęgniarek, fizjoterapeutów i innych specjalistów do wykonywania zawodów medycznych. Do zadań uczelni należy też dbałość o zdrowie studentów, co oznacza także konieczność zapewnienia zaplecza socjalnego na odpowiednim poziomie.

Być może zmianie będą musiały ulec pomieszczenia dydaktyczne Szpitala, aby umożliwić niekrepujący kontakt studenta medycyny z pacjentem. Jednocześnie, ponieważ istnieje możliwość, że studenci będą pracowali z danymi osobowymi pacjentów, wydaje się, że należy im stworzyć warunki pracy takie jak lekarzom leczącym.

Kształcenie pielęgniarek i fizjoterapeutów także wymaga przygotowania odpowiedniej bazy dydaktycznej, zapewniającej zarówno właściwe warunki przy kontakcie z pacjentem jak i w trakcie procesu nauczania podającego. Odpowiedniego przygotowania wy-

magają także sale dla potrzeb kształcenia innych specjalistów, np.: promotorów zdrowia czy ratowników medycznych. By wykonać te zwiększone zadania, znacznemu polepszeniu musi ulec standard wszystkich pomieszczeń dydaktycznych.

Dużo zrozumienia dla potrzeb dydaktycznych wykazuje Dyrekcja Szpitala, która powołała zespół ds. Dydaktyki. W skład zespołu, któremu przewodniczy prof. Krzysztof Wiktorowicz, weszli: prof. Jan Bręborowicz, prof. Wacław Majewski, prof. Romuald Ochotny, dr Katarzyna Manys-Kubacka, dr Krzysztof Świerkocki, dr Robert Juszkat, a obsługę administracyjną zapewnia pani Urszula Piotrowska.

Celem działania tego zespołu ma być polepszenie warunków nauczania w Szpitalu i optymalizacja wykorzystania pomieszczeń dotychczas przeznaczonych do tego celu w Szpitalu. W ocenie zespołu, w Szpitalu nastąpiło przesunięcie nacisku na działalność leczniczą, wymuszoną kontraktami z Kasami Chorych, co spowodowało jednak pogorszenie warunków, w jakich prowadzone są zajęcia dydaktyczne. Doraźne działania umożliwiły częściowe odbudowanie bazy dydaktycznej, ale na pewno nie jest to stan optymalny. Możliwość poprawy sytuacji można upatrywać zarówno poprzez zwiększenie ze strony Akademii Medycznej nakładów na dydaktykę prowadzoną w Szpitalu, co będzie przedmiotem rozmów z kierownictwem uczelni na początku nowego roku, jak i lepszą organizację czasu przeznaczonego na zajęcia ze studentami, co prawdopodobnie będzie możliwe dopiero od nowego roku akademickiego.

Członkowie zespołu będą wdzięczni za wszystkie sugestie i rady od osób zajmujących się nauczaniem przeddyplomowym na terenie naszego Szpitala.

Prof. dr hab. Krzysztof Wiktorowicz

PIELĘGNIARSTWO



TROSKA O ZDROWIE

Obecny system opieki zdrowotnej zajmuje się w głównej mierze diagnozowaniem, leczeniem chorób, opracowywaniem coraz bardziej złożonych technologii i substancji noszących miano leków. Mamy do czynienia z leczeniem w możliwie najkrótszym czasie: przyjąć pacjenta i jak najszybciej go wypisać. Odbija się to w atmosferze desperackich wysiłków obniżania kosztów.

Czy w takim klimacie troska o zdrowie pojmowana jako pełna harmonia psychiki, ciała i duszy człowieka, harmonia człowieka z innymi ludźmi jest możliwa?

Pielęgniarstwo ze swoimi ideałami wnosi wkład do rozwoju światowej cywilizacji o ludzkim, człowieczym, humanistycznym obliczu. Przyczynia się do osiągnięcia przez człowieka wewnętrznego spokoju, harmonii z innymi ludźmi i otoczeniem. Przynosi ulgę, uśmierza lęk, łagodzi ból w trudnych życiowych doświadczeniach ludzi, szerzej rozumianych niż choroba pojmowana tradycyjnie. Pielęgniarki przynoszą nadzieję, niezbędną by żyć, prawdziwie konieczną i delikatną jak mgła. Chronić nadzieję, nie dopuścić by się wypaliła, zwłaszcza w trudnych momentach choroby, słabości, straty, śmierci kogoś bliskiego, dodawać woli życia – to właśnie jest sztuka pielęgnowania, misterium relacji z drugim człowiekiem.

*mgr Dorota Liczbańska
(na podstawie H. Lenartowicz,
Magazyn Pielęgniarki i Położnej)*

Konsultanci wojewódzcy pracujący w naszym Szpitalu

SPSK nr 1 zajmuje trzecie miejsce, po SPSK nr 2 i SPSK nr 5, pod względem liczby pracujących w nim konsultantów wojewódzkich z poszczególnych dziedzin medycyny, powołanych w październiku 2001 roku. Z SPSK nr 2 związanych jest piętnastu konsultantów, z SPSK nr 5 – dziesięciu, a w naszym Szpitalu pracuje ich siedmiu.

TYTUŁ, IMIĘ I NAZWISKO	DZIEDZINA MEDYCyny
Dr n. med. Ewa Bączyk	medycyna paliatywna
Prof. dr hab. Andrzej Cieśliński	kardiologia
Prof. dr hab. Zygmunt Kopczyński	diagnostyka laboratoryjna
Prof. dr hab. Wacław Majewski	angiologia
Prof. dr hab. Witold Młynarczyk	choroby płuc
Prof. dr hab. Krystyna Pecold	okulistyka
Prof. dr hab. Stanisław Zapalski	chirurgia naczyniowa

NOWA PROCEDURA KARDIOLOGICZNA

W dniu 13 grudnia 2001 r. w I Klinice Kardiologii, kierowanej przez prof. Andrzeja Cieślińskiego wykonano pierwszy w naszym regionie zabieg brachyterapii wieńcowej. Zabieg przeprowadzono w Pracowni Hemodynamiki, a operatorami byli dr med. Maciej Lesiak oraz dr med. Małgorzata Pyda. Towarzyszyli im koledzy z Wielkopolskiego Centrum Onkologii dr med. Janusz Skowronek oraz mgr Zwierzchowski.

Termin „brachyterapia” oznacza lecznicze zastosowanie promieniowania jonizującego bezpośrednio w sąsiedztwie chorej tkanki. Brachyterapia wieńcowa to napromieniowanie tętnicy wieńcowej w celu zapobieżenia nawrotowi zwężenia po wcześniejszej angioplastyce. Jest to zatem prewencja restenozy. W ostatnich latach podstawową metodą leczenia zwężeń naczyń wieńcowych serca jest angioplastyka balonowa, określana skrótem

środka naczynia, zwężając jego światło. W kilku procentach przypadków ten rozplem jest tak znaczny, że stent „zarasta” na całej długości. U tych chorych powtórne zabiegi PTCA przynoszą tylko krótkotrwały efekt i u blisko 70% z nich choroba powraca ponownie. Do niedawna, po kilku zabiegach PTCA z powodu nawracającej restenozy pacjent najczęściej trafiał do kardiochirurgii i był leczony operacyjnie. Brachyterapia wieńcowa jest



Dr med. Maciej Lesiak w sali zabiegowej.



Dr med. Małgorzata Pyda, dr med. Maciej Lesiak i pielęgniarka Beata Dzik w trakcie zabiegu.

PTCA. W Pracowni Hemodynamiki I Kliniki Kardiologii w roku 2001 wykonano blisko 1200 takich zabiegów. Większość z nich połączona była z jednoczesną implantacją stentu (stalowa proteza, „sprężynka” utrzymująca szerokie światło naczynia po poszerzeniu balonem). W około 20- 30% takich zabiegów, w ciągu kilku miesięcy dochodzi do nawrotu zwężenia w obrębie implantowanej protezy. Za ten nawrót, czyli restenozę odpowiada rozplem komórek ściany naczyniowej. Z jednej strony komórki te goją uraz związany z zabiegiem, ale jednocześnie, wrastając do

szansą uniknięcia tej kosztownej operacji u chorych z tzw. rozlaną restenozą w stencie. Ten prosty zabieg polega na wprowadzeniu do naczynia wieńcowego źródła promieniowania w celu zahamowania podziałów komórkowych, które są istotą restenozy. Metoda zastosowana w naszej klinice opiera się na systemie GALILEO™ firmy Guidant, w którym źródłem promieniowania beta jest izotop fosforu P^{32} . Po rutynowym poszerzeniu zwężenia specjalny aparat (tzw. afterloader) precyzyjnie umieszcza źródło promieniowania we właściwym miejscu tętnicy wieńcowej. Współpracujący z kardiologiem onkolog pomaga dobrać czas ekspozycji odpowiedni do rozmiaru naczynia. Czas zabiegu wydłuża się zaledwie o kilkanaście minut. Choć nie jest to metoda stuprocentowa to wiemy, że ryzyko restenozy spada tu z kilkudziesięciu do kilkunastu procent. Aparat wymaga specyficznej obsługi i nadzoru, także wtedy, kiedy nie jest używany. Ponieważ czas połowicznego rozpadu izotopu P^{32} wynosi 14 dni (bez względu na liczbę leczonych pacjentów), raz na miesiąc źródło musi zostać wymienione na nowe. Izotop przyjeżdża z centrum w Houston (USA), a jego wymianę zajmuje się współpracujący z nami fizyk, mgr Zwierzchowski. Należy z uznaniem dodać, że koszty zabiegu (ok. 14 tys. zł) w całości finansuje Wielkopolska Regionalna Kasa Chorych.

Podobne leczenie w Polsce stosuje się od kilku miesięcy w Warszawie oraz od kilku tygodni w Krakowie.

*Dr med. Maciej Lesiak
zdjęcia: Dariusz Rymer*



Zespół wykonujący zabieg



Klinika Anestezjologii i Intensywnej Terapii

(rozmowa z Profesorem Romanem Szulcem)

— *Panie Profesorze proszę przybliżyć historię oraz obecną działalność Kliniki Anestezjologii i Intensywnej Terapii?*

Klinika Anestezjologii i Intensywnej Terapii była najpierw oddziałem reanimacyjnym Zakładu Anestezjologii. Początki sięgają roku 1969. Ja objąłem ordynaturę tego oddziału 1973 r. Na początku jako adiunkt i ordynator oddziału, potem docent i profesor. Od 1979 roku Oddział Reanimacji został włączony w struktury Instytutu Anestezjologii i Intensywnej Terapii i został on przemianowany na I Klinikę Anestezjologii i Intensywnej Terapii i taka nazwa obowiązuje do dnia dzisiejszego, zaś jednostka ta egzystuje obecnie w strukturze Katedry Anestezjologii i Intensywnej Terapii. W pierwotnym kształcie w latach siedemdziesiątych oddział dysponował 15 łóżkami intensywnej terapii. Tak było do 1981 roku, kiedy to w ciągu dwóch lat dokonano generalnego remontu i modernizacji tego oddziału. Wówczas liczbę łóżek zmniejszono do 8, natomiast pozostała przestrzeń została wykorzystana na wybudowanie sali operacyjnej dla potrzeb głównie krytycznie chorych. Od paru lat na zasadzie tymczasowości sala służy całemu szpitalowi i jest to pewna nieprawidłowość, która winna być jak najszybciej zlikwidowana ponieważ reżim sanitarny i organizacyjny OIT i reżim obejścia operacyjnego kolidują ze sobą. Obecnie leczymy rocznie na tym oddziale 400-450 pacjentów, średni czas pobytu to 6 dni. Zdecydowana większość, to chorzy pooperacyjni, po operacjach rekonstrukcyjnych na aorcie brzusznej. To są pacjenci operowani zarówno w trybie planowym, jak z przyczyn nagłych, ze wskazań życiowych. Warto tu zaznaczyć, iż przed ponad 10 laty opracowaliśmy w odniesieniu do tych chorych standard postępowania okołooperacyjnego, który został przyjęty przez znaczącą liczbę akademickich ośrodków w kraju. Dzięki temu śmiertelność w odniesieniu do chorych operowanych planowo mieści się w granicach statystyk światowych, nie przekraczając 4%. Od paru lat uzyskaliśmy już dostateczne doświadczenie również w skutecznym leczeniu chorych operowanych ze wskazań życiowych np. pęknięty tętniak aorty czy ostra niedrożność aortalno-biodrowa. Są to pacjenci, których obciążeni są śmiertelnością powyżej 50%. Nam tych pacjentów udaje się również ratować, i to jest zasługą stabilnego personelu przede wszystkim pielęgniarskiego i lekarskiego. Zajmujemy się także leczeniem pacjentów po nagłym zatrzymaniu krążenia. Są też pacjenci z obrażeniami wielonarządowymi, których leczymy wspólnie z chirurgami urazowymi. W Klinice leczeni są również pacjenci z poza naszego szpitala, przyjmowani ze szpitali o niższym szczeblu referencyjnym. Klinika ma trzeci szczebel referencyjności w odniesieniu do krytycznie chorych oraz pacjentów zagrożonych nagłą utratą życia. Trzeba zaznaczyć, że śmiertelność na tym oddziale nie przekracza 15%, co dla oddziału intensywnej terapii jest dobrym wynikiem, mimo, iż warunki w których leczymy pacjentów obecnie, nie waham się tego powiedzieć – są jednymi z najgorszych na terenie Poznania. Dawno bowiem minęły czasy, kiedy ten oddział należał do nowoczesnych, zaopatrzonych w nowoczesny sprzęt i spełniających przynajmniej z punktu widzenia technicznego wymogi prawidłowo działającego

oddziału intensywnej terapii. Przypomnę tu, iż generalny remont oddziału wraz z modernizacją miał miejsce w 1983 roku. Teraz nowoczesność tego oddziału jest już przeszłością – respiratory mają ponad 15 lat, łóżka do intensywnej terapii mają także ponad 15 lat, a awaryjność tego sprzętu jest wysoka. Od wielu lat nie możemy doczekać się m.in. wymiany okien w części łóżkowej oddziału. Dokonano tego jeszcze za poprzedniej Dyrekcji, ale tylko na korytarzu, co nie rozwiązuje sytuacji (w takiej zimie jak teraz pacjenci marzną).

— *SPSK nr 1 w Poznaniu świadczy wysokospecjalistyczne usługi medyczne – jakie jest miejsce anestezjologii w naszym szpitalu?*

Szpital o profilu sercowo-naczyniowym, w którym istnieje inwazyjna kardiologia, kardiochirurgia i chirurgia naczyniowa nie może istnieć bez anestezjologii. Jest to związane z problemem opieki okołoperacyjnej, a więc przygotowaniem pacjenta do operacji, nadzorem nad jego bezpieczeństwem śródoperacyjnym, i bezpośrednią opieką pooperacyjną. Drugi aspekt związany jest z intensywną terapią pacjentów, u których wystąpił stan krytyczny, stan zagrożenia życia. Ci pacjenci będą nadal musieli być leczeni na oddziale intensywnej terapii, prowadzonym przez anestezjologów! U tych pacjentów dominującym problemem jest bowiem niedomoga krążeniowo-oddechowa. W związku z tym szpital nie może się obejść bez kompetentnego zespołu anestezjologicznego. Pragnę powiedzieć, iż w naszym przypadku jest to zespół, który był na tyle kompetentny i stabilny, że w 1998 roku wydaliśmy pierwszy w Polsce i jedyny jak dotychczas podręcznik z anestezjologii i intensywnej terapii w chirurgii naczyń. Mamy w skali krajowej uznaną w tym względzie pozycję.

— *Raport na temat zabezpieczenia resuscytacyjnego w SPSK nr 1 opracowany przez Pana Profesora oraz dr Krzysztofa Biedę nie jest zbyt optymistyczny. Jakie działanie uważa Pan w obecnej sytuacji za najpilniejsze?*

Raport oparty na analizie stanu obecnego, przedstawiony już Dyrekcji Szpitala, składał się z dwóch części. Pierwsza dotyczyła zabezpieczenia sprzętowego, i tu nie chodziło wcale o jakiś wyszukany sprzęt. Szpital musi zaopatrzyć wszystkie jednostki będące w strukturze SPSK nr 1 w sprawnie działające defibrylatory! To jest niewątpliwie rzecz najdroższa, w problemie zabezpieczenia resuscytacyjnego. Natomiast inny sprzęt drobny – to są kwoty, które nie porażają i myślę, że mieści się to w możliwościach finansowych tego szpitala, mimo że znam jego krytyczną sytuację finansową. Trzeba jednak wyraźnie powiedzieć – bez sprawnie działających defibrylatorów, zarówno w tym szpitalu, jak i w innych szpitalach należących do nas, nie sposób zabezpieczyć bezpieczeństwa chorych. Drugim elementem zabezpieczenia resuscytacyjnego są szkolenia personelu lekarskiego i pielęgniarskiego, po to, żeby móc podjąć akcję ratowniczą na oddziale, bez zwłoki czasowej, jaka upływa do chwili dotarcia zespołu reanimacyjnego. Oczywiście zespoły reanimacyjne złożone z anestezjologa i pielęgniarki anestezjologicznej muszą istnieć. W moim rozumieniu zespoły te są wzywane, przez personel danego oddziału, gdzie nastąpiło zdarzenie, ale personel tego oddziału musi przed przybyciem zespołu rozpocząć czynności ratownicze. Dlatego prowadzimy podstawowy i przypominający cykl szkoleń.

— *W każdej dziedzinie medycyny, w tym także w anestezjologii widzimy duży postęp. Jakie są jednak blaski i cienie współczesnej anestezjologii?*

Współczesna anestezjologia przy spełnieniu wszystkich warunków sprzętowych i farmakologicznych jest w stanie zapewnić bezpieczeństwo znieczulenia, które wyraża się obecnie liczbą zaledwie jednego zagrażającego życiu powikłania na 200 000 wykonanych znieczuleń! Jeszcze trzydzieści, czterdzieści lat temu w Polsce oceniano, że występuje jeden przypadek śmiertelny na 10 000 znieczuleń.

Na to wszystko nakłada się jednak obecna rzeczywistość – nasze sale operacyjne nie są klimatyzowane. Kierowany przez mnie zespół przeprowadzał m.in. w tym szpitalu badania wykorzystując aparaturę spektrofotokustyczną wykrywającą zanieczyszczenia anestetykami wziętymi na salach operacyjnych. Okazało się, że we wszystkich

salach operacyjnych stężenia anestetyków wziewnych w powietrzu przekraczają wielokrotnie najwyższe dopuszczalne stężenia. Zagrożone więc jest bezpieczeństwo ekologiczne całego personelu bloku operacyjnego, nie tylko anestezjologów.

— Czy zechciałby Pan Profesor powiedzieć parę słów na temat prowadzonych badań?

Badania, o których wspominałem, uzyskały grant KBN. W oparciu o fundusze tego grantu został zakupiony spektrometr podczerwieni. Będziemy prowadzili badania w skali ogólnopolskiej na szczeblach szpitali powiatowych, wojewódzkich i akademickich. Zgodnie z danymi literatury, zanieczyszczenia powietrza anestetykami na salach operacyjnych mogą mieć wpływ na genom ludzki. Dlatego też prowadzimy współpracę z Zakładem Genetyki Człowieka PAN. Badania te mają na celu ukazanie skali problemu, co jest podstawą podjęcia działań prewencyjnych

— Pobyt pacjenta na oddziale intensywnej terapii, gdzie leczeni są ciężko chorzy, może wiązać się z dyskomfortem, poczuciem samotności, bezsilności. Jak według Pana Profesora powinna wyglądać opieka nad takim pacjentem, by zminimalizować jego negatywne odczucia?

To bardzo ważne zagadnienie, którym ja się także interesuję od wielu lat, prowadząc m.in. szkolenia dla studentów medycyny z zakresu etyki lekarskiej. Relacje między pacjentem krytycznie chorym a personelem medycznym są przedmiotem mej szczególnej troski. Ze względu na wysoki stopień technicyzowania anestezjologii oraz priorytetu, jakimi na tym oddziale jest ratowanie życia, podmiotowość chorego może cierpieć. Ten pacjent często może być traktowany jako przedmiot. Bardzo mi na tym zależy, by zarówno pielęgniarki, jak i lekarze byli uczuleni na odczytywanie potrzeb psychofizycznych pacjenta, mimo, że bardzo często ten pacjent jest nieprzytomny. Jednym z ważnych problemów jest osamotnienie pacjenta. Nie od dziś znany jest zespół oddziału intensywnej terapii, opisywany w literaturze anglojęzycznej. Jego wykładniki kliniczne to m.in. stany lękowo-depresyjne, które ujawniają się niestety dopiero po leczeniu na oddziale intensywnej terapii. Stąd z pacjentem na oddziale intensywnej terapii trzeba



Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii

nawiązywać kontakt. To jest pierwszy warunek tego, by została uszanowana jego godność. Jakość życia oferowana na tym oddziale musi zaspokajać potrzeby pacjenta w tym względzie.

— Na zakończenie – jakie są zainteresowania poza zawodowe Pana Profesora?

Rodzinne tradycje muzyczne związane są m.in. z moimi ciotkami, które były wykładowczyniami w Akademii Muzycznej, moja żona jest natomiast prawniczką Zygmunta Noskowskiego (kompozytor, pedagog, dyrygent; twórca m.in. pierwszego polskiego poematu symfonicznego „Step”)*. Z czworga moich dzieci poza jedną lekarką troje poszło w kierunku artystycznym – dwóch muzyków, jeden aktor. Przesadziłbym, gdybym powiedział, że jestem tylko melomanem. Moim drugim dużym hobby jest łowiectwo.

— Serdecznie dziękuję za rozmowę

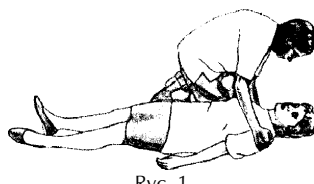
Rafał Staszewski

* przypis redakcji

POSTĘPOWANIE W STANACH ZAGROŻENIA ŻYCIA (część I)

Ocena funkcji życiowych

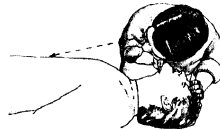
1. Sprawdzenie przytomności – delikatnie potrząsając za barki zadajemy proste pytanie np. Co się stało? (ryc.1).
2. Sprawdzenie oddechu – przy udrożnionych drogach oddechowych (ryc.5) przez 10 sekund jednocześnie obserwujemy ruchy oddechowe klatki piersiowej, nasłuchujemy i wyczuwamy na swoim policzku ruch powietrza wydychanego (ryc.2).
3. Sprawdzenie tętna – tętno sprawdzamy na dużych tętnicach: tętnicy szyjnej (ryc.3) lub udowej. Badanie nie może trwać dłużej niż 10 sekund – brak pewności po tym czasie traktować należy jako zatrzymanie krążenia.



Ryc. 1



Ryc. 5



Ryc. 2



Ryc. 3

(dokończenie w następnym numerze NSz)

opracował lek. med. Krzysztof Bieda na podstawie zaleceń Europejskiej Rady Resuscytacji 2000. Wykorzystał ilustracje z „Pierwsza pomoc – poradnik dla każdego”, MUZA S.A. 1996, oraz „Podstawy Reanimacji”, wyd. Medycyna Praktyczna, 1993.

PERSONEL ODDZIAŁU ANESTEZJOLOGII I INTENSYWNEJ TERAPII

• Lekarze	—	13
• Rezydenci	—	3
• Pielęgniarki	—	29
• Rehabilitant	—	1
• Statystyk medyczny	—	1
• Rejestratorka	—	1
• Salowe	—	3

Liczba łóżek — 8

	1999	2000	2001*
Liczba pacjentów	381	338	359
Średni czas pobytu	5,2	5,6	4,52

*do października 2001

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 31 grudnia 2001 roku dotyczy sprowadzania z zagranicy produktów leczniczych nieposiadających pozwolenia na dopuszczenie do obrotu niezbędnych dla ratowania życia lub zdrowia pacjenta.

Rozporządzenie określa między innymi wzór zapotrzebowania (formularz – załącznik do Rozporządzenia), szczegółowy sposób i tryb sprowadzania leków oraz sposób prowadzenia przez apteki, szpitale i hurtownie ewidencji sprowadzanych leków.

Zapotrzebowanie wystawia szpital (w jednym egzemplarzu) lub lekarz prowadzący leczenie poza szpitalem (w dwóch egzem-

SPROWADZANIE LEKÓW Z ZAGRANICY

plarzach – drugi załącza się do dokumentacji medycznej pacjenta). Formularz wypełniony przez lekarza leczącego w szpitalu podpisuje również dyrektor szpitala. Zapotrzebowanie potwierdzone pisemnie przez konsultanta z danej dziedziny medycyny kieruje się do Prezesa Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych. Potwierdzone podpisem i pieczęcią Prezesa zapotrzebowanie niezwłocznie zwraca się wystawiającemu. W przypadku wystąpienia o objęcie

refundacją zamawianego leku, potwierdzenie dokonywane jest również na zapotrzebowaniu podpisem osoby upoważnionej przez zarząd i pieczęcią kasy chorych. Następnie zapotrzebowanie kierowane jest przez wystawiającego do hurtowni farmaceutycznej; lekarz leczący poza szpitalem robi to za pośrednictwem apteki ogólnodostępnej. W nagłych przypadkach zapotrzebowanie można przesłać faxem lub drogą elektroniczną, a oryginał należy dostarczyć w ciągu pięciu dni.

Hurtownia farmaceutyczna sprowadzająca leki oraz apteka wydająca, zobowiązane są do prowadzenia ewidencji sprowadzonych leków. (red)

WYDANIE MIESIĘCZNIKA W CAŁOŚCI SPONSORUJE FIRMA SERVIER

PREDUCTAL[®] MR

Trimetazydyna



2

tabletki
dziennie





Całodobowa skuteczność
przeciwdławicowa



Szczególna ochrona mięśnia
sercowego w godzinach porannych



Wygodny schemat dawkowania

Skład: Jedna tabletkę zawiera 35 mg dwuchlorowodoru trimetazydyny. W jednym opakowaniu znajduje się 60 tabletek o zmodyfikowanym uwalnianiu. **Działanie:** Lek cytotrofikacyjny, który w warunkach niedotlenienia tkanek, hamując β-oksydację kwasów tłuszczowych i nasilając utlenianie glukozy optymalizuje procesy energetyczne komórek, utrzymuje ich prawidłowy metabolizm oraz homeostazę podczas niedokrwienia. Trimetazydyna po wchłonięciu z przewodu pokarmowego osiąga maksymalne stężenie w surowicy po ok. 5 godzinach. Stałe stężenie w surowicy jest osiągane po 60 godzinach i jest stabilne przez cały okres leczenia. Lek jest wydalany głównie z moczem, w postaci nie zmienionej. **Wskazania:** W kardiologii: długotrwałe leczenie choroby niedokrwiennej serca - zapobieganie napadom duszności bolesnej, stosowany w monoterapii lub w skojarzeniu z innymi lekami, w otolaryngologii: leczenie zaburzeń ślimakowo-przedśionkowych wywołanych niedokrwieniem, takich jak zawroty głowy, szumy uszne, niedosłuch. **Przeciwwskazania:** Nadwrażliwość na którykolwiek ze składników preparatu. U chorych z ciężką niewydolnością nerek i klirens kreatyniny poniżej 15 ml/min nie należy stosować preparatu Preductal[®] MR. Ze względu na brak odpowiednich badań nie należy stosować preparatu Preductal[®] MR u pacjentów z ciężką niewydolnością wątroby. **Ostrzeżenia specjalne i zalecane środki ostrożności:** U pacjentów z umiarkowaną niewydolnością nerek (klirens kreatyniny powyżej 15 ml/min) należy w razie potrzeby odpowiednio zmniejszyć dawkę leku. U pacjentów, u których klirens kreatyniny jest niższy niż 40 ml/min można rozważyć modyfikację dawki. **Ciąża:** w badaniach doświadczalnych na zwierzętach nie stwierdzono występowania jakiegokolwiek działania embriotoksycznego ani teratogenne. Nie wykonano jednak odpowiednio licznych, dobrze kontrolowanych prób u ludzi, dlatego nie zaleca się stosowania preparatu Preductal[®] MR u kobiet ciężarnych. **Okres karmienia piersią:** ze względu na brak odpowiednich badań nie zaleca się stosowania leku w okresie karmienia piersią. **Interakcje z innymi lekami:** nie stwierdzono. **Dawkowanie i sposób stosowania:** Stosować ściśle według zaleceń lekarza. Zwykle stosuje się 35 mg 2 razy na dobę, po 1 tablecie rano i wieczorem podczas posiłków, popijając szklanką wody. U pacjentów w podeszłym wieku oraz przed zabiegiem chirurgicznym modyfikacja dawki nie jest konieczna. **Działania niepożądane:** Preductal[®] MR jest zwykle dobrze tolerowany. W rzadkich przypadkach obserwowano występowanie zaburzeń żołądkowo-jelitowych o niewielkim nasileniu (nudności, wymioty, bóle żołądka). Pełna informacja o leku zawarta jest w ulotce dołączonej do opakowania. **Wytwórca:** Przedsiębiorstwo Farmaceutyczne ANPHARM S.A. ul. Annopol 6, 03-236 Warszawa. Wyprodukowano we współpracy z SERVIER, Świd. Rej. MZ Nr 8461. **Adres korespondencyjny:** Servier Polska Sp. z o.o., 00-833 Warszawa, SIENNA CENTER, ul. Sienna 75, tel. (22) 820 14 00, fax 820 14 10. **Internet:** www.servier.pl **e-mail:** info@pl.netgrs.com




Pytanie do ... DZIAŁU SŁUŻB PRACOWNICZYCH — Jak uzyskać refundację kosztów wypoczynku?

Wnioski o wczasy „pod gruszą” oraz o refundację koloni i obozów należy składać w Dziale Służb Pracowniczych do 28 lutego 2002 roku. O refundację można ubiegać się co dwa lata, a warunkiem składania wniosku jest przepracowanie roku (do dnia 28 lutego br.).

Zespół redakcyjny: Zofia Chałupka, Rafał Staszewski
Współpraca: Szczepan Cofta

Wydawca: Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 1
Przemienienia Pańskiego Akademii Medycznej
w Poznaniu; ul. Długa 1/2, 61-848 Poznań

telefon: 0-61 852-10-21 **wew.** 3294, 3305
e-mail: szpital.poczta@sk1.am.poznan.pl

Przygotowanie: Wydawnictwo Kontekst
e-mail: wyd_kontekst@poczta.onet.pl

REDAKCJA ZASTRZEGA SOBIE PRAWO DO ZMIANY TYTUŁÓW I SKRACANIA TEKSTÓW.