



ISSN 1643-0980

NOWINY SZPITALNE

NR 12 (14) Rok II – GRUDZIEŃ 2002

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

*„Ta nadzieja znów wstąpi w nas, nieobecnych pojawiają się cienie.
Uwierzymy kolejny raz, w jeszcze jedno Boże Narodzenie.
I choć przygaśł świąteczny gwar, bo zabrakło znów czyjegoś głosu.
Przyjdź o Jezu i z nami trwaj, wbrew tak zwanej ironii losu.
Przyjdź na świat, by wyrównać rachunki strat, żeby zająć wśród nas, puste miejsca przy stole.
Jeszcze raz pozwól cieszyć się dzieckiem w nas, i zapomnieć że są puste miejsca przy stole...”*

Szanowni Państwo!

W przeddzień Bożego Narodzenia pragniemy wszystkim Czytelnikom „Nowin Szpitalnych” złożyć najserdeczniejsze życzenia pięknych świąt. Niech ten czas spędzony w gronie najbliższych przyniesie Państwu wiele miłych chwil, a ciepło Świętej Nocy ogrzeje Wasze serca i domy.

Redakcja

W numerze:

- Centralna Sterylizatornia
- Puste Kasy Chorych przed końcem roku
- Sekcja Psychologii Klinicznej i Pomocy Socjalnej
- Leczenie Żywieniowe
- Zespół ds. Żywienia Pozajelitowego i Dojelitowego
- Apteka w szpitalu – rozmowa z dr farm. Hanną Jankowiak-Gracz
- Karta informacyjna z leczenia szpitalnego
- Bezpieczeństwo w sieci

Szpital dla narodzenia

*Nie ma lepszego miejsca
na spotkanie z Bogiem niż szpital.*

I ktokolwiek chciałby się z tą myślą kłócić, niech przyjdzie, położy się i poczuje. To tutaj splata się cały dramat człowieka – nie w znaczeniu tragedii (oj, nie!), ale w znaczeniu doniosłych wydarzeń, łączących ze sobą radość i smutek, przedziwnych splotów serdecznych i nerwowych w jeden węzeł.

Na duchu

Wielokrotnie obserwowałem przemianę pacjenta, który chory przyszedł do szpitala również na ducha, a tu, z dala od swej naturalnej sytuacji, z dala od bliskich, od obowiązków i codziennych schematów, choć chory na ciele rozpoczął wspinanie się na wyżyny ducha, odnajdującego nowość sytuacji, i to taką nowość, która przekształcała się w coś całkiem naturalnego.

Kiedy idą Święta, kiedy zbliża się Boże Narodzenie, każdy – nie tylko chory, pacjent szpitala – znajduje się w takiej samej sytuacji. Stoi przed taką nowością, która może stać się czymś naturalnym, zwykłym i codziennym, co nie oznacza, że szarym, bylejakim lub niewartościowym.

Boże Narodzenie, to szansa odmiany wszelkich stanów chorobowych i wyleczenia wszystkich bólów. Ale trzeba pozwolić sobie na odejście od swoich zwykłych codziennych zachowań, schematów, w które wpadamy i przyzwyczajamy się do nich. Trzeba „chorobę” życia, takiego, jakim żyjemy na co dzień, poddać terapii przez poddanie się smutkowi narodzenia się Jezusa Chrystusa, aby odnaleźć w tym samym narodzeniu radość.

Radość i smutek

Smutek narodzin Mesjasza jest przecież ewidentny. Z czego płynie? Ubóstwo, pogarda, wygodnictwo tych, którzy mogli się otworzyć na dwoje wędrujących przez Izrael ludzi, to wystarczy, by namalować atmosferę tamtych dni, które nie wstrząsnęły światem!

Radość jednak, bo fakt jest faktem:

Panna jak poczęła, tak porodziła.

On przyszedł.

Jak obiecał, zjawił się.

Niebiosa zesłały Rosę ożywczą.

Znak dla narodów się pojawił.

Syn został nam dany.

Narodził się Zbawiciel.

Mamy Brata, który nas odkupił.

To jest radość, która wstrząsa światem!

(ciąg dalszy na str. 2)

SZANOWNI PACJENCI! JESTEŚMY DLA WAS, DZIĘKI WAM.

Z ŻYCIA SZPITALA

Pani Iwona Przewoźna wygrała 18 listopada br. konkurs na pielęgniarkę oddziałową Oddziału Transplantacji Hematologii. Natomiast w dniu 21 listopada br. odbył się konkurs na pielęgniarkę oddziałową Sali Operacyjnej Oddziału Kardiochirurgii; tym razem wygrała Pani Krystyna Stęczniewska.



W dniu 19 listopada br. Dyrekcja Szpitala spotkała się z kierownikami klinik i ordynatorami oddziałów. Na spotkaniu omawiano kwestię limitów procedur na 2003 rok.



5 i 6 grudnia br. Dyrektor Naczelny Jan Talaga, Naczelny Lekarz Szpitala Szczepan Cofta oraz Pani mecenas Halina Cugier uczestniczyli w V Ogólnopolskim Forum Prawno-Medycznym w Warszawie.



10 grudnia br. w Dniu Seniora o godzinie 13.00 odbyło się wigilijne spotkanie Dyrekcji z emerytami.

red.



LEKARZ DS. ZAKAŻEN SZPITALNYCH
Dr Tomasz Ozorowski – 0 504 161 690

Droży Państwo,

Chcąc ułatwić komunikację w Szpitalu rozpoczęliśmy zakładanie skrzynek internetowych naszym Pracownikom (imię.nazwisko@sk1.am.poznan.pl). Osoby chętne do posiadania szpitalnego adresu prosimy o kontakt telefoniczny – 9294.

ZO

KONSULTACJE WEWNĘTRZNE

Konsultacji specjalistycznych z zakresu ginekologii w poszczególnych oddziałach naszego Szpitala udzielają:

- Dr n. med. Grzegorz Manyś
- Dr n. med. Zbigniew Siewierski

Konsultacje można zamawiać pod numerem telefonu:
854 90 20

red.

DZIAŁ TECHNICZNY



Centralna Sterylizatornia

Zakończenie prac związanych z centralną sterylizatornią planowane jest na koniec grudnia br. Obecnie ku końcowi dobiegają prace budowlane: wylane są posadzki, układane płytki, a także zrobiona została konstrukcja sufitu podwieszanego. W najbliższym czasie planowane są prace wykończeniowe, m.in. położenie wykładziny. Urządzenia służące do sterylizacji są już w większości zamontowane, a meble dostarczone zostaną do końca grudnia.

Uruchomienie procesu sterylizacji planujemy w styczniu 2003.

Irena Usowicz, Kierownik Działu Technicznego

Szpital dla narodzenia

(ciąg dalszy ze str. 1)

Światło, choć mrok

Splatają się więc smutek i radość w życiu Jezusa narodzonego w Betlejem i w życiu każdego z nas, ukazując tym samym dynamikę życia, akcję i reakcję, dzięki którym – pomimo przeróżnych zawirowań – czujemy, że jesteśmy, że świeci słońce, choć czasami przykrywa je mrok.

Przyjście Jezusa jest pierwszym zabłyśnięciem Światła, które już nie zgaśnie, znakiem nadziei, która będzie trwać, objawieniem mocy, która nie okazuje się inaczej jak poprzez słabość – pisze Elżbieta Adamiak.

Nie dziwny się, że trudno dostrzec ten nowy początek. On pozostał ukryty aż do czasu wypełnienia się tego, po co Jezus zstąpił. Dopiero w świetle Jego śmierci i przejścia do życia – przez zmartwychwstanie – odsłania się tajemnica Jego przyjscia. Dopiero wtedy uczniowie zaczynają sobie zadawać pytanie: skąd wziął się Ten, który w starciu śmierci i życia pokonał śmierć...

Tych pytań nie brakuje w szpitalnych salach, w szpitalnych łóżkach. I choć trudno tam być, dobrze, że są, bo nie ma lepszego miejsca na spotkanie z Bogiem niż szpital.

ks. Tomasz Stomiński

Autor jest kapłanem części Szpitala przy ul. Szamarzewskiego 84 (red.)

Puste Kasy Chorych przed końcem roku



Wielkopolska Regionalna Kasa Chorych w swoim komunikacie prasowym podała, że po dziesięciu miesiącach jej działalności odnotowała niższe od planowanych, przychody ze składek. Jak twierdzą przedstawiciele Kasy do zrównoważenia wpływów i wydatków brakuje ok. 24 mln. zł. Rzecznik prasowy Kasy Chorych, Pani Alicja Stachowiak podała: „...prognozy na rok 2003 także nie są optymistyczne...W opinii Rady i Zarządu

WRKCh plan kosztów świadczeń zdrowotnych na rok 2003 nie pokrywa potrzeb w zakresie finansowania usług zdrowotnych w województwie wielkopolskim, w porównaniu z planem roku 2002 jest niższy o 258 mln. zł”. Trzeba do tego dodać, że w 2003 roku Kasa zobowiązana będzie także do pokrywania kosztów procedur przekazanych przez Ministerstwo Zdrowia. Jaki będzie tego skutek? Przede wszystkim zmniejszenie dostępności do świadczeń medycznych, co najboleśniej odczują pacjenci. Dla nas oznacza to możliwość obniżenia wartości kontraktów o 20%!

Ten rok zamykamy konkretnymi oszczędnościami. Zatrzymano gwałtownie narastające w ostatnich latach zadłużenie

Szpitala. Niestety, po raz kolejny płatnicy świadczeń nas zaskakują. Czy sytuacja finansowa naszego Szpitala w kontekście zapowiadanego zmniejszenia funduszy w przyszłym roku może ulec destabilizacji? Mam nadzieję, że decydenci systemu ochrony zdrowia rozumieją, że szpital kliniczny jest miejscem, w którym leczone są najtrudniejsze przypadki. Mam mimo wszystko nadzieję, że w nowym roku kontrakty na świadczenia zdrowotne dla naszego Szpitala nie ulegną pogorszeniu...

Przed nami święta Bożego Narodzenia. Niech ten czas będzie dla nas chwilą wytchnienia od codziennej, jakże trudnej i odpowiedzialnej pracy. Życzę Państwu spokojnych Świąt.

Lek. med. Jan Talaga

PSYCHOLOGIA

Sekcja Psychologii Klinicznej i Pomocy Socjalnej

Pomoc psychologiczna

Nazwisko i stanowisko	Oddział	numer telefonu
mgr Barbara Moszyńska psycholog kliniczno-penitencjarny (kierownik Sekcji)	• Oddziały F,G • Pozostałe oddziały – konsultacje	9293
mgr Grażyna Karolczak psycholog kliniczno-penitencjarny	• Oddziały: chemioterapii, chirurgii onkologicznej • Oddział ginekologii onkologicznej – konsultacje	9019
dr n. biol. AM Irena Łukaszyk psychoterapeuta	• Oddziały i poradnie przy ul. Szamarzewskiego	9376
mgr Beata Reszka psycholog pracy	• Hospicjum Palium – oddział dziennego pobytu	876 98 53
mgr Katarzyna Stachnik psycholog kliniczno-społeczny	• Hospicjum Palium – oddział stacjonarny, poradnie	876 98 53
dr n. biol. AM Bogusław Stelcer psycholog kliniczny	• Hospicjum Palium – oddział stacjonarny, poradnie	pn. wt. pt. 876 98 53

Pomoc socjalna

mgr Małgorzata Makowska socjolog	• Hospicjum Palium • Oddziały przy ul. Długiej – konsultacje	876 98 53
mgr Iwona Wesołowska socjolog	• Hospicjum Palium – oddziały i poradnie • Oddziały i poradnie przy ul. Szamarzewskiego • Oddziały chemioterapii, chirurgii onkologicznej – konsultacje	pn. wt. pt. 876 98 53 śr. czw. 9376
Anna Lewandowska pracownik socjalny	• Oddziały przy ul. Długiej	pn.-czw. 9131



Dr med. Katarzyna Karwowska i pielęgniarka Alfreda Nowakowska przy pacjencie.
Fot. Z. Owecka

Leczenie żywieniowe, które w ostatnich latach stało się integralną częścią całego postępowania terapeutycznego, jest procesem ułatwiającym kontrolę nad stanem chorego, a przede wszystkim zapobiegającym utracie masy ciała i niedożywieniu. Polega ono na doborze i podawaniu odpowiedniego do rodzaju choroby i stanu chorego zestawu siedmiu środków odżywczych: wody, białka, węglowodanów, tłuszczu, witamin, pierwiastków podstawowych i mikroelementów. Leczenie wymaga stałego monitorowania stanu chorego, najpierw w celu uchwycenia momentu konieczności wprowadzenia leczenia żywieniowego, a następnie pod względem prawidłowości tego leczenia i odpowiedzi metabolicznej ustroju na żywienie.

Leczenie żywieniowe prowadzone w naszym Szpitalu zgodnie ze standardami przyjętymi w Europie, stosowane jest drogą przewodu pokarmowego (żywienie dojelitowe) i dożylną (żywienie parenteralne). To pierwsze wprowadza się u chorych z zachowanym lub miernie upośledzonym trawieniem i wchłanianiem. Drugie natomiast u pacjentów, którzy nie mogą, nie chcą i nie powinni być żywieni drogą przewodu pokarmowego lub gdy, przyjmowane pokarmy nie pokrywają dziennego zapotrzebowania organizmu na składniki odżywcze.

W 1993 roku dr med. Katarzyna Karwowska, lekarz Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii naszego Szpitala, odbyła w Warszawie szkolenie z zakresu żywienia pozajelitowego, dzięki czemu stała się pierwszą i przez długi czas jedyną specjalistką w tej dziedzinie w Poznaniu. Do dziś przewodniczy powstałemu w 1994 r. Zespołowi ds. Żywienia Pozajelitowego i Dojelitowego.

LECZENIE ŻYWIENIOWE

W całej Europie niedożywienie stwierdza się aż u 30 % chorych przyjmowanych do leczenia szpitalnego. Niedożywienie i nagła utrata masy ciała (nawet mała, ok. 5%) wraz z chorobą podstawową zwiększają ryzyko wystąpienia powikłań, obniżają odporność, pogarszają sprawność fizyczną oraz umysłową, wydłużają czas powrotu do zdrowia.

— Żywienie pozajelitowe stosowano wcześniej w poznańskich szpitalach, jednak to my jako pierwsi wprowadziliśmy system jednego pojemnika – mówi dr Karwowska.
— Znaczy to, że wszystkie składniki odżywcze, często z dodanym lekiem, zmieszane są ze sobą w jednym pojemniku, w odpowiednich proporcjach, dostosowanych do potrzeb chorego. Pojemniki przygotowywane są w Aptece Szpitalnej, a ich skład na bieżąco dostosowywany do stanu metabolicznego chorego. Obok leczenia pacjentów hospitalizowanych, prowadzimy również leczenie żywieniowe chorych ambulatoryjnie.

Dzięki tej stosowanej i ciągle unowocześnianej metodzie żywienia, wszystkie substancje docierają do organizmu z tą samą szybkością i utrzymują się na tym samym poziomie stężenia. Ponadto, zaobserwowano u pacjentów zmniejszenie się częstości występowania powikłań.

— Jednak tylko kompleksowe i z zachowaniem określonych zasad podawanie do organizmu potrzebnych substancji odżywczych może pomóc choremu – zaznacza dr Karwowska.

Dziękuję dr Katarzynie Karwowskiej za rozmowę i udostępnione materiały,

Zofia Owecka

Zespół ds. Żywienia Pozajelitowego i Dojelitowego

W 1994 roku, z inicjatywy prof. dr hab. Romana Szulca powstał na terenie naszego Szpitala Zespół ds. Żywienia Pozajelitowego i Dojelitowego. Był to pierwszy nowoczesny zespół tego typu działający na terenie Zachodniej Polski.

W skład Zespołu wchodzi wyszkoleni w prowadzeniu leczenia pozajelitowego lekarze, pielęgniarki oraz farmaceuci – pracownicy I Kliniki Anestezjologii i Intensywnej Terapii (dr n. med. Katarzyna Karwowska, lek. med. Przemysław Wichrowski, lek. med. Radosław Baraniak, pielęgniarka Alfreda Nowakowska), Kliniki Chirurgii Ogólnej i Naczyni (dr hab. med. Grzegorz Oszkinis), Zakładu Radiologii Klinicznej (lek. med. Przemysław Samolewski), Kliniki Kardiologii (dr n. med. Olga Trojnarowska) oraz Apteki Szpitalnej (dr

farm. Hanna Jankowiak-Gracz, mgr farm. Elżbieta Balcerzak, mgr farm. Maria Szczepaniak).

Pojemniki z mieszaninami odżywczymi wytwarzane są przez farmaceutów w Aptece Szpitalnej, natomiast do zadań lekarzy i pielęgniarki Zespołu należy:

- standaryzacja leczenia żywieniowego na terenie szpitala, wraz oceną i kontrolą wyników leczenia żywieniowego,
- ocena stanu odżywienia chorych, kwalifikacja chorych do leczenia żywieniowego i wybór drogi żywienia,
- planowanie, wdrażanie i codzienna korekcja leczenia żywieniowego,
- zapobieganie, wykrywanie i leczenie ewentualnych powikłań leczenia żywieniowego,
- wprowadzanie i wymiana zgłębnika dojelitowego oraz cewnika do żyły głównej górnej,
- szkolenie personelu medycznego w zakresie metod leczenia żywieniowego stosowanych przez zespół,
- prowadzenie wraz z apteką szpitalną nadzoru nad prawidłową gospodarką preparatami stosowanymi w leczeniu żywieniowym.

ZO

Apteka w Szpitalu

Z dr n. farm. Hanną Jankowiak-Gracz,
Kierownikiem Apteki Szpitalnej
rozmawia Rafał Staszewski

— Pani Doktor, kieruje Pani od kilku lat dużą apteką szpitalną. Jak Pani zdaniem zmienia się rola aptek szpitalnych.

— Rola aptek szpitalnych i aptek ogólnodostępnych zmieniła się w znaczący sposób na przestrzeni ostatnich 10 lat. Apteka szpitalna postrzegana była czasem jako miejsce gdzieś pomiędzy kuchnią a magazynem, w którym przygotowuje się leki na oddziały. Tak naprawdę apteka to integralna część szpitala. Przecież gdy wydatki na leki w szpitalach stanowią przeciętnie 20% budżetu szpitala warto bliżej przyjrzeć się gospodarce lekiem i próbować wprowadzać rozsądne zasady farmakoekonomiki. Nowe Prawo Farmaceutyczne, które obowiązuje od października 2002 roku podkreśla rolę apteki szpitalnej. Mówi się w nim, że apteka szpitalna jest placówką ochrony zdrowia publicznego. Podkreślone jest znaczenie roli farmaceuty w procesie leczniczym. W odniesieniu do apteki szpitalnej szczegółowo określono czym jest usługa farmaceutyczna. Mało kto wie, ale usługą farmaceutyczną jest np. sporządzanie leków do żywienia pozajelitowego. Jest to kolejna sprawa, która różni nas od apteki sprzed kilkunastu lat. Dlaczego jest to takie ważne. Otóż przyjmuje się, że żywienie pozajelitowe jest nie tylko formą żywienia, ale także leczeniem. Jest to żywienie ciężko chorych pacjentów. Nasza apteka wprowadziła je jako pierwsza apteka w Wielkopolsce w 1994 r. Technika ta wymaga wielkiej precyzji i odpowiedzialności farmaceutów. Traktuję to jako element nowoczesnej, jałowej receptury, w której jest miejsce dla dobrze wyszkolonego farmaceuty.

— Nowa ustawa o prawie farmaceutycznym zwiększa obecnie zadania apteki?

— Tak. Mówi się że apteka szpitalna odpowiada nie tylko za zaopatrzenie szpitala w produkty lecznicze, ale i także w wyroby medyczne, czyli całego sprzętu jednorazowego wykorzystywanego w procesie diagnostyczno-leczniczym, jak np. strzykawki, cewniki. Jest to nowe wyzwanie dla aptek. Jestem jednak przekonana, że jest to słuszna decyzja. Nie można bowiem, jak to często ma miejsce, magazynować sterylnych środków „pod ciekącą rurką” i udawać, że problem nie istnieje.

— Współdział apteki w prowadzeniu gospodarki lekami i wyrobami medycznymi może rodzić określone problemy. Uwidacznia się to choćby na przykładzie konieczności przeprowadzania zamówień publicznych

— Wymaga się od kierowników aptek, aby ściśle określili jakie ilości leków będą potrzebne w ciągu roku dla szpitala – a przecież nie jestem wróżką. Kiedy zwracam się do ordynatorów poszczególnych oddziałów, by podali jakich ilości nowych leków będą potrzebowali, spokojnie odpowiadają, że nie są w stanie przewidzieć, jacy pacjenci trafią do nich. Zmienia się także forma leczenia, stosowane farmaceutyki. Ja to rozumiem, ale takiej odpowiedzi nie mogą dać kontrolerom z NIK-u czy z Urzędu Zamówień Publicz-



nych! Proszę więc zobaczyć, jak utrudnione jest przygotowanie specyfikacji. Wszystko to w powiązaniu z ustawą o zamówieniach publicznych powoduje wiele utrudnień w codziennej pracy.

— W strukturze apteki szpitalnej, którą Pani kieruje działa centralna pracownia leku cytostatycznego. Jakie korzyści wynikają z tworzenia takich pracowni w szpitalach z onkologicznym profilem działalności?

— Pracowni leku cytostatycznego w Polsce jest pięć, a szpitali onkologicznych jest znacznie więcej. Pracownia leku cytostatycznego umożliwia przede wszystkim zabezpieczenie odpowiedniej jakości leku. Lek jest właściwie przygotowany, jałowy, dokładnie opisany. Należy pamiętać, że leki te mogą być potencjalnie szkodliwe dla personelu. W pracowni określone są szczegółowo wszystkie procedury, można zapewnić odpowiednie środki bezpieczeństwa dla ochrony personelu. Trzecią korzyścią z tworzenia pracowni jest ochrona środowiska. Jest to istotne w przededniu integracji z Unią Europejską, której przepisy szczegółowo określają zasady gospodarowania odpadami, w tym ich utylizacji. Proszę sobie wyobrazić, że jeżeli takie leki są przygotowywane na oddziale tworzą się aerozole szkodzące nie tylko środowisku, ale wszystkim, którzy znajdują się w danym pomieszczeniu. Istnieją także korzyści ekonomiczne, co ma niebagatelne znaczenie w obecnej sytuacji. Przygotowując leki w centralnej pracowni wykorzystujemy wszystkie miligramy substancji. Mając pracownię leku cytostatycznego można więc bardziej ekonomicznie podejść do przygotowywania leków dla różnych oddziałów, ponieważ każdy miligram substancji jest wykorzystywany poprzez centralne przygotowanie. Są to bardzo duże oszczędności, jako że leki onkologiczne należą do najdroższych. Naszą pracownię leku cytostatycznego uruchomiliśmy w 2001 r. Rocznie przygotowuje ona 10 tys. leków onkologicznych tak zwanej „chemii” dla 5 tysięcy pacjentów. Powstanie tej pracowni to kolejny krok ku europejskim standardom postępowania z lekiem. Muszę przyznać, że stworzenie tej pracowni, to największy sukces naszej apteki w ubiegłym roku.

— Czy są takie obszary działalności apteki szpitalnej, które „scho-
dzą na margines”?

— Przykładem może być produkcja płynów infuzyjnych, która staje się coraz mniej opłacalna. Większość produktów oferuje bowiem przemysł farmaceutyczny. Tak więc coraz więcej szpitali wycoufuje się z takiej produkcji. Są jednak jednostki, gdzie ze względu na



Fot. Z.Owecka

prowadzoną działalność produkuje się unikalne płyny, których nie można zakupić, bądź nie są zarejestrowane w Polsce. Wówczas apteki szpitalne są niezastąpione. W naszej aptece przygotowujemy płyn kardiopregiczny, bez którego nie mogłyby się odbyć operacje kardiochirurgiczne.

— Co Pani doktor sądzi o receptariuszu szpitalnym? Czy ma on istotną rolę dla działalności szpitala, czy jest to jedynie kolejny dokument?

— Receptariusz szpitalny pełni ważną rolę. Gdyby nie było receptariusza to presja firm farmaceutycznych jest tak silna, że mogłoby to doprowadzić do sytuacji, w której liczba leków i często ich ceny uniemożliwiłyby normalną pracę szpitala. Oczywiście receptariusz szpitalny powinien zawierać jedynie leki o udowodnionej skuteczności terapeutycznej, a niestety nie zawsze tak jest.

— Jak Pani Doktor ocenia możliwość racjonalizacji sporych wydatków na leki?

— Trudno jest prowadzić gospodarkę lekiem bez komputeryzacji apteki i oddziałów. Umożliwia to bowiem dokładne rozliczenie leków na poszczególnych pacjentów, a co jest z tym związane znaczące ograniczenie zapasów na oddziałach. Prawo dopuszcza tygodniowy zapas na oddziale. Zdarza się, że oddziały mają zapas nawet miesięczny, a przecież kredyt kupiecki kosztuje! Gospodarka lekiem nie może kończyć się na drzwiach apteki! Podam tu przykład naszego Szpitala, w którym po wprowadzeniu systemu wydatki na leki spadły o ok. 10%. W skali rocznej daje to bardzo duże oszczędności. Szybka informacja zwrotna z oddziałów o stanach magazynków oddziałowych powoduje, że apteka minimalizuje zakupy i swoje zapasy. Opcjonalnym rozwiązaniem jest sytuacja, w której apteka szpitalna ma maksymalnie dwutygodniowy zapas leków. Duże oszczędności daje także szpitalna polityka antybiotykowa. Określa ona dostępność dla antybiotyków, które są drogimi lekami. Podzielił je na trzy kategorie, w zależności od specyfiki chorego, oddziału oraz dokładnej analizy zakażeń wstępujących w szpitalu, tak by dany antybiotyk był jak najbardziej skuteczny. Bardzo ważny jest także wzrost świadomości pracowników, że można dokładnie policzyć koszty farmakoterapii. Świadomość farmakoekonomiki nie jest zbyt duża. W receptariuszu mamy kategoryzację leków także ze względu na ceny, ale nie zawsze kontekst ekonomiczny jest brany pod uwagę przy równoważnych terapiach różniących się jedynie ceną.

— Apteki szpitalne, zatrudniając fachowy personel, który poza przygotowaniem leków i ich gospodarką jest wyszkolony do wielu innych zadań. Proszę przybliżyć, jakie kompetencje mogą być wpisane w zawód farmaceuty.

— Dotychczas apteki w mniejszym stopniu uczestniczyły w działalności farmakologicznej. Przed nami rysują się nowe zadania. Przygotowanie farmaceuty predysponuje go m.in. do prowadzenia w aptece szpitalnej monitorowania działań leków niepożądanych, a także do udziału w racjonalizacji farmakoterapii, koordynowania prac komitetu terapeutycznego, współtworzenia receptariusza szpitalnego. Coraz więcej mówi się o niepożądanym działaniu leków, o tym, że co czwarta złotówka wydawana na leki musi zostać przeznaczona właśnie na leczenie działań niepożądanych wcześniej używanych leków. Pewną nowością, zwłaszcza dla aptek w szpitalach klinicznych jest udział farmaceutów w badaniach klinicznych prowadzonych na ich terenie.

— Perspektywą dla aptek szpitalnych jest indywidualizacja przygotowania leków w dawkach na pacjenta. Proszę przybliżyć założenia tzw. systemu Unit-Dose.

— Indywidualna dawka leku na pacjenta czyli Unit-Dose polega na przygotowaniu leków dla konkretnego pacjenta na dzień. Wszystkie leki wydawane są więc z apteki nie jak dotychczas w oryginalnych opakowaniach, ale w opakowaniach przygotowywanych przez aptekę. Są one oczywiście dokładnie opisane i oznaczone. Pomijamy etap rozdzielania leków przez pielęgniarki na oddziale. Mamy gwarancję, że określony lek jest podawany właściwemu pacjentowi, we właściwym czasie i dawce.

Postęp leków i ich ilość są tak duże, że niejednokrotnie jest trudno uchwycić wszystkie zamienniki i dawki leków. Szacuje się, że około 30% leków jest podawanych błędnie tzn. podany lek jest niewłaściwy czy też podany w niewłaściwej dawce. Indywidualna dawka leku na pacjenta zmniejsza margines błędu do 2%! Przy Unit-Dose zmianie musi ulec jednak organizacja pracy i wyposażenie apteki, a to powoduje koszty. Szacunkowo dla naszej apteki byłaby to wartość około 1 miliona zł. Zastosowanie Unit-Dose daje oszczędności rzędu około 10%, tak więc w przypadku gdy na leki wydaje się w szpitalu 10 mln zł w skali rocznej inwestycja zwraca się już po roku.

Wiadomo, że często szpitale nie posiadają funduszy inwestycyjnych. Dlatego środowisko farmaceutów i menedżerów zakładów opieki zdrowotnej powinno dotrzeć do decydentów systemu ochrony zdrowia. Gdyby utworzyć w każdym województwie chociażby jedną aptekę działającą na zasadach Unit-Dose, roczne oszczędności dla całego systemu były by znaczne.

— Serdecznie dziękuję za rozmowę.

Rafał Staszewski



KARTA INFORMACYJNA Z LECZENIA SZPITALNEGO

– wymagania, jakie powinna spełniać według obowiązujących przepisów prawnych

W poprzednim numerze *Nowin Szpitalnych* przedstawiliśmy Państwu wymagania, jakie powinna spełniać historia choroby w świetle obowiązujących przepisów prawnych. Kontynuując temat prawidłowego wypełniania dokumentacji medycznej, poniżej zaprezentujemy wymagania stawiane karcie informacyjnej z leczenia szpitalnego

zgodnie z **Rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 10 sierpnia 2001 r.** (Dz. U. z 2001 r., Nr 88, poz.966) oraz opartym na tym dokumencie **Zarządzeniem Wewnętrznym Nr 20/02** Dyrekcji SPSK Nr 1 z dnia **15 lutego 2002.**

Karta informacyjna z leczenia szpitalnego stanowi element dokumentacji indywidualnej zewnętrznej przeznaczonej na

potrzeby pacjenta korzystającego ze świadczeń zdrowotnych udzielanych przez szpital. Powinna ona zawierać następujące dane – patrz tabela.

W świetle obowiązujących przepisów prawnych, **kartę informacyjną należy wypełniać także w przypadku zgonu chorego.** Karta informacyjna powinna zostać podpisana przez lekarza wypisującego oraz ordynatora oddziału. Wraz z kopią powinna zostać wydana pacjentowi lub (także w razie zgonu chorego) jego przedstawicielowi ustawowemu bądź innej osobie upoważnionej przez chorego. Drugą **kopię karty informacyjnej** z leczenia szpitalnego należy dołączyć do historii choroby.

Do najczęstszych nieprawidłowości obserwowanych w kartach informacyjnych przez Zespół ds. Dokumentacji Medycznej należą: brak chorób współistniejących w rozpoznaniu, brak wpisu wyników części przeprowadzonych badań, orzeczenia określające czasową niezdolności do pracy (lub adnotacji o braku takiego orzeczenia), brak terminu konsultacji. Często brakuje też PESEL oraz daty urodzenia pacjenta. Powołanym błędem jest niewypełnienie karty informacyjnej w przypadku zgonu chorego.

W imieniu
Zespołu ds. Dokumentacji Medycznej
dr n. med. Piotr Sawiński

DANE, KTÓRE POWINNA ZAWIERAĆ KARTA INFORMACYJNA Z LECZENIA SZPITALNEGO	1.	dane identyfikujące szpital wraz z numerem REGON	wpisuje lekarz leczący/wypisujący chorego ze szpitala lub sekretarka medyczna oddziału na podstawie informacji uzyskanych od lekarza leczącego chorego; karta informacyjna powinna zostać podpisana przez lekarza wypisującego oraz ordynatora oddziału. Wraz z kopią powinna zostać wydana pacjentowi, jego przedstawicielowi ustawowemu, bądź innej osobie upoważnionej przez chorego
	2.	dane identyfikacyjne pacjenta: nazwisko i imię, oznaczenie płci, PESEL, datę urodzenia, (nie zawsze jest ona częścią PESEL) oraz adres	
	3.	rozpoznanie choroby podstawowej i chorób współistniejących	
	4.	wyniki wykonanych badań diagnostycznych, konsultacyjnych i zastosowane leczenie. W obliczu trudności finansowych, z jakimi boryka się Służba Zdrowia w Polsce wydaje się słusznym wpisywanie choremu wyników wszystkich wykonanych badań, które mogłyby być wykorzystane, np. przez lekarza rodzinnego. Pozwoliłoby to oszczędzić niepotrzebne powtarzanie badań. Z drugiej strony, zdając sobie sprawę z uciążliwości, jakie niesie ze sobą wypełnianie kart informacyjnych w obecnym kształcie przez lekarzy, Dyrekcja stara się podjąć działania, mające na celu usprawnienie spływania wyników badań na oddziały oraz wprowadzania ich do kart informacyjnych	
	5.	zalecenia dotyczące dalszego sposobu leczenia, żywienia, pielęgnowania lub trybu życia	
	6.	orzeczony okres czasowej niezdolności do pracy, lub adnotację o braku takiego orzeczenia	
	7.	adnotację o lekach i materiałach medycznych przepisanych pacjentowi	
	8.	termin (w miarę możliwości precyzyjnie podany) planowanych konsultacji	
	W RAZIE ZGONU PACJENTA LEKARZ WPISUJE DODATKOWO DO PUNKTÓW 1-4:		
	5.	datę zgonu pacjenta ze wskazaniem roku, miesiąca, dnia oraz godziny i minuty w systemie 24-godzinowym	wpisuje – odpowiednio – lekarz leczący i/lub stwierdzający zgon chorego
6.	przyczyny zgonu i ich numery statystyczne według ICD-10		
7.	adnotację o wykonaniu lub niewykonaniu sekcji zwłok wraz z uzasadnieniem podjętej decyzji		

Bezpieczeństwo w sieci

Wraz z postępującą komputeryzacją bezustannie zmienia się charakter przestępstwa i bezpieczeństwa komputerowego. Duża część przestępstw komputerowych wiąże się z działaniami zakazanymi przez prawo, takimi jak kradzież informacji, szpiegostwo, nieautoryzowany dostęp.

Włamywacz (hacker) może chcieć włamać się do Twojego komputera, aby wykorzystać go jako kolejny stopień na swojej drodze.

Czego może chcieć hacker od Twojego komputera?

- procesora – hacker może włamać się do komputera, aby wykorzystywać Twój procesor do wykonywania własnych programów.
- dysku twardego – może chcieć przechowywać na Twoim komputerze swoje własne dane, oszczędzając miejsce na własnym dysku.

Być może, będzie to pirackie oprogramowanie lub filmiki trącające o moralność.

- danych; Hacker może chcieć pojąć Twoje dane: wyniki badań, opracowania, numery kart bankomatowych itd.
- dokonać zniszczenia.

Zaatakowany komputer najczęściej „wycina różne numery” i wygląda to tak, jakby wienie tego był jego właściciel. W ten sposób hackerzy zacierają za sobą ślady.

Konsekwencje prawne w razie wykorzystania Twojego komputera do ataku zależą przede wszystkim od tego, czy potrafisz udowodnić, że odbyło się to bez Twojej wiedzy.

Istnieje wiele metod, jakich może użyć hacker, aby dostać się do Twojego komputera.

1. Wirusy komputerowe

Jest coraz gorzej. Aktywność wirusów z każdym rokiem rośnie. Pewna Brytyjska firma prowadząca usługę pocztowej ochrony antywirusowej wykazała, że w 2001 roku wirus pojawił

się co 370 emaili, gdy w roku 2000 co 700. Podwajanie aktywności z roku na rok wynika przede wszystkim z większej zjadliwości wirusów, które rozprzestrzeniają się głównie za pośrednictwem poczty.

Jak chronić się przed wirusami w systemie WINDOWS?

- zwracaj szczególną uwagę od kogo otrzymujesz pocztę
- nie otwieraj załączników z rozszerzeniem EXE, COM, REG,
- nie otwieraj poczty która w tytule ma "krzaczki" tj !\$%#^& ,
- pocztę na bezpłatnych serwisach najpierw sprawdź przez www i usuń podejrzaną,
- zainstaluj program antywirusowy.

Na serwerze pocztowym skł został zainstalowany program antywirusowy MksVir. Bazy danych o wirusach są automatycznie uaktualniane przez serwer. Serwer pocztowy kontroluje pocztę przychodzącą i wychodzącą. Wychwycenie

(ciąg dalszy na str. 8)

1,5 mg
REDUKOWAN
DAWKA



LEPSZA OCHRONA NARZĄDOWA

POPRAWA BEZPIECZEŃSTWA TERAPII

LEPSZA TOLERANCJA LECZENIA

niski koszt
**oryginalnym
lekiem!** *teraz*

[illegible]

(ciąg dalszy ze str. 7)

 TR

REDAKCJA ZASTRZĘGA SOBIE PRAWO DO ZMIANY TYTUŁÓW I SKRACANIA TEKSTÓW.