



ISSN 1643-0980

NOWINY SZPITALNE

NR 1 (15) Rok III – STYCZEŃ/LUTY 2003

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

Szanowni Czytelnicy

Żyjemy w świecie nieustannych zmian.

Nowy rok przynosi zmiany także dla „Nowin Szpitalnych”.

Po pierwsze – drobna zmiana szaty graficznej. Tworząc założenia tożsamości wizualnej Szpitala uznaliśmy, że kolorem „szpitalnym” będzie zielony, który od teraz towarzyszyć będzie każdemu wydaniu Nowin.

Po drugie – dwumiesięcznik. Więcej treści na większej niż w przypadku miesięcznika liczbie stron. 16 stron zawsze aktualnych informacji o Szpitalu. Wierzymy, że także dwumiesięcznik spotka się z przychylnym zainteresowaniem naszych Czytelników. Zapraszamy do lektury.

Redakcja

W numerze:

- Sztuka negocjacji
- Wytaczanie kierunku
- Rada Społeczna Szpitala
- Mukowiscydoza dorosłych
- Doradcy bezpiecznego leczenia – rozmowa z dr hab. Anną Jablecką
- Szpital kliniczny we wspólnej Europie – zaproszenie na Konferencję
- Plan szkoleń dla personelu medycznego – 2003 rok
- Akredytacja dla anestezjologii – rozmowa z prof. Romanem Szulcem
- Tele EKG
- Profilaktyka chorób układu krążenia
- „Zdrowie warte poznania” – cykl wykładów
- Czas na jakość...
- Kontrakty na świadczenia zdrowotne w 2003 roku

180 lat Szpitala 1823-2003

W dniu 1 stycznia 2003 roku minęło 180 lat od powstania szpitala przy ul. Długiej w Poznaniu, założonego przez Zgromadzenie Sióstr Św. Wincentego a’Paulo.

Z tej okazji Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 1 AM w Poznaniu będący spadkobiercą tradycji najdłuższej, nieprzerwanie działającego w Poznaniu Szpitala, zaplanował na 2003 r. szereg uroczystości rocznicowych. Patronat honorowy nad wszystkimi wydarzeniami objął JM Rektor Akademii Medycznej w Poznaniu.

Poniżej prezentujemy Państwu kalendarz uroczystości jubileuszowych.

- **marzec 2003** – otwarcie nowego oddziału, bloku operacyjnego Kardiologii i Centralnej Sterylizatorni
- **marzec–grudzień 2003** – cykl wykładów dla mieszkańców Poznania „ZDROWIE WARTO POZNANIA”
- **4 kwietnia 2003** – konferencja „Szpital kliniczny we wspólnej Europie”
- **czerwiec 2003** – Piknik Zdrowotny
- **sierpień 2003** – uroczystość – Odpust Przemienienia Pańskiego
- **październik 2003** – Drzwi otwarte Hospicjum Palium
- **listopad 2003** – uroczysta akademicka jubileuszowa połączona z promocją monografii Szpitala
- **grudzień 2003** – koncert zamykający rok jubileuszowy – koncert charytatywny na rzecz Hospicjum Palium

W imieniu Komitetu Obchodów 180 rocznicy powstania Szpitala
Szczepan Cofta, Rafał Staszewski

SAMODZIELNY PUBLICZNY SZPITAL KLINICZNY NR 1



Jubileusz 180-lecia

SZANOWNI PACJENCI! JESTEŚMY DLA WAS, DZIĘKI WAM.

Z ŻYCIA SZPITALA

W dniu 17 grudnia 2002 roku odbyło się pierwsze spotkanie Rady Społecznej naszego Szpitala (sprawozdanie na str. 5).



Również 17 grudnia ubiegłego roku w Auli UAM odbył się Świąteczny Koncert Charytatywny pt: „Młodzi artyści dla Hospicjum na os. Rusa”.



19 grudnia 2002 roku Dyrekcja Szpitala zaprosiła kierownictwo administracji, kierowników klinik, ordynatorów oddziałów oraz pielęgniarki oddziałowe na coroczne spotkanie wigilijne. Bardzo dziękujemy organizatorom Wigilii – właścicielom Klubu przy ul. Długiej.



Z końcem 2002 roku na emeryturę przeszło czterech pracowników naszego Szpi-

tala. Pani Jolanta Hędzulek była zatrudniona w Laboratorium Centralnym, na stanowisku starszego statystyka medycznego od 2 stycznia 1980 roku. Pani Urszula Kozłowska pracowała od 11 lutego 1999 roku jako pielęgniarka w Oddziale Ftyzjopneumologii. Pani Lili Radzicka, asystent z Sekcji Rehabilitacji, pracowała w oddziale H od 1 kwietnia 1981 roku. 31 grudnia 2002 roku na emeryturę przeszła również Pani Aldona Wiecheć – specjalista ds. pracowniczych, pracująca w Dziale Kadr od 1 września 1975 roku.



7 stycznia br. Dyrektor Naczelny uczestniczył w zorganizowanym w Urzędzie Marszałkowskim spotkaniu dyrektorów poznańskich szpitali klinicznych.



W dniu 30 stycznia br. przedstawiciele Dyrekcji oraz Radca Prawny spotkali się w Chełmnie z przełożonymi Zgromadzenia Sióstr Miłosierdzia.



6 lutego br. Dyrektor Naczelny i z-ca Dyrektora ds. Ekonomicznych uczestniczyli w Urzędzie Marszałkowskim w spotkaniu z przedstawicielami Kasy Chorych.



W piątek 7 lutego br. odbyło się spotkanie Komitetu Organizacyjnego Obchodów 180-lecia Szpitala z przedstawicielami mediów, które zgodziły się objąć patronat nad obchodami jubileuszu. Na spotkaniu byli obecni redaktorzy Głosu Wielkopolskiego, Radia Merkury i oddziału poznańskiego TVP.



14 lutego Dyrekcja Szpitala odwiedziła Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii.



W dniach 14 i 15 lutego Dyrektor Naczelny uczestniczył w Warszawie w Krajowej Konferencji Managerów Służby Zdrowia.



Prof. Roman Szulc, kierownik Kliniki Anestezjologii i Intensywnej Terapii przekazał bronchoskop dla Pracowni Bronchoskopii Kliniki Ftyzjopneumonologii oraz echokardiograf i aparat do znieczuleń dla Kliniki Onkologii. Natomiast prof. Andrzej Cieśliński przekazał Klinice Ftyzjopneumonologii bieżnię do badań wysiłkowych EKG.



W budynku przy ul. Szamarzewskiego trwa remont pomieszczeń w podziemiu, które posłużą chorym jako sale ćwiczeń.



W przygotowaniu jest informator dla pacjentów zawierający praktyczne wiadomości dotyczące wszystkich ośrodków Szpitala.

Red.

Numer zamknięto 14 lutego 2003 roku.

KOMUNIKATY

W 2003 roku dniami wolnymi od pracy będą wszystkie soboty roku, z wyjątkiem dnia 13 grudnia 2003. Tego dnia odrobimy 24 grudnia 2003 roku, który będzie w naszym Szpitalu dniem wolnym od pracy.

Dnia 26 marca br. o godzinie 13.00 w sali wykładowej Szpitala przy ul. Długiej odbędzie się walne zebranie wszystkich członków Pracowniczej Kasy Zpomogowo Pożyczkowej naszego Szpitala. Na spotkaniu przedstawione zostanie sprawozdanie z działalności zarządu i komisji rewizyjnej Kasy w roku 2002 i ewentualne zmiany w statucie Kasy. Bardzo prosimy o liczny udział członków w zebraniu. Każda osoba należąca do kasy i biorąca udział w walnym zebraniu, ma wpływ na decyzje podejmowane podczas zebrania.

Zarząd PKZP

Sekcja Płac informuje, że w pokojach 10 i 11 budynku administracji **można osobiście odbierać informacje o dochodach** za rok 2002 – PIT 11. (Informacja nie dotyczy pielęgniarek do litery J).

Dział Kadr przypomina o konieczności wykorzystania urlopu za rok 2002 do końca marca br.

Polskie Towarzystwo Opieki Paliatywnej Oddział w Poznaniu uprzejmie informuje, że w roku 2002 ze zbiórek publicznych łącznie uzyskało kwotę 5.038,20 zł. Całość zgromadzonych funduszy przekazano do kasy i przeznaczono na cele związane z działalnością Hospicjum Palium.

Skarbnik PTOP Oddział w Poznaniu
Elżbieta Ignasiak



Sztuka negocjacji

Zdarza się często, że mamy do czynienia w życiu z problemami na pierwszy rzut oka nierozwiązywalnymi.

Dwie lub więcej stron konfliktu bardziej lub mniej zdecydowanie broni swoich stanowisk, a ci najwięcej uparci dobrze okopują się na swoich jedynie słusznych pozycjach. W takich chwilach bardzo blisko

do impasu czyli takiego „zapętlenia”, z którego trudno wyjść, a rozwiązanie konfliktu jest dalekie. Jaka rada?

Najlepiej nie dopuścić do takiej sytuacji. Od początku należy prowadzić w sposób delikatny i merytoryczny negocjacje na argumenty minimalizując znaczenie emocji, nadmiernych ambicji stron. Należy negocjować w myśl zasady ustalania warunków brzegowych porozumienia, tak by były one w miarę akceptowalne dla wszystkich stron. Niestety, by do tego doszło, strony muszą „odpuścić” trochę ze swoich dążeń, stara-

jąc się zrozumieć sytuację drugiej strony, tak jakby była to ich sytuacja. Dojście do takiego momentu powoduje pewną ulgę i sprzyja uporządkowaniu spraw, co dla wszystkich stron konfliktu jest bardzo ważne. Można wtedy bowiem spokojnie przejść do tego, co najważniejsze – normalnej, twórczej pracy, a każdy kolejny problem będzie łatwiejszy do rozwiązania.

Jan Talaga
Dyrektor Szpitala

OKIEM NACZELNEGO LEKARZA SZPITALA



WYTYCZANIE KIERUNKU

Ostatnie miesiące przyniosły naszemu medycznemu środowisku wiele rozgoryczenia. Były i nadal pozostają czasem niezwykłego organizacyjnego chaosu, który – miejmy nadzieję – nie doprowadzi do powstania niebezpiecznych dla naszych szpitali przesileń.

KRAJOBRAZ CHAOSU

Szczególnym próbom poddani zostali zarządzający jednostkami służby zdrowia w obliczu dokonującej się destrukcji tworzonego przez kilka lat – z większym czy mniejszym powodzeniem – systemu.

Niczym jest jednak rozgoryczenie zarządzających wobec realnej groźby pogorszenia jakości opieki nad pacjentem oraz braku możliwości sprostania ambitnym zamierzeniom personelu medycznego próbującego wcielać najnowsze i najchlubniejsze możliwości medycyny. Zachwiane zostały ekonomiczne podstawy wykonywania wielu cennych wysokospecjalistycznych procedur.

Ponadto okazuje się, że w związku z brakiem możliwości płatników, szpital – w wielu swoich wycinkach – pracować może wykorzystując w sposób niepełny swoje możliwości. Przykro uświadamiać sobie, że wiele łóżek w naszym szpitalu pozostaje pustych, gdyż pełniejsze wykorzystanie ich może prowadzić do przekroczenia wyznaczonych limitów i pogłębiać problemy finansowe.

Straciliśmy w ostatnim czasie pewien dość jasno określony kierunek przekształcania systemu naszej służby zdrowia. Porażające jest zagubienie. Wytyczenie tego kierunku przed kilku laty rodziło mimo wszystko pewną nadzieję dającą gwarancję korzystniejszej pod wieloma względami przyszłości.

POSZKODOWANA WIELKOPOLSKA

Przez ostatnio dokonywane zmiany rozdziału środków finansowych oraz wyrównania między Kasami Chorych traci WRKCh.

Choć przed dokonaniem tych zmian nasza Wielkopolska Kasa Chorych zachowywała zawsze płynność finansową i płaciła niemalże za wszystkie wykonane świadczenia, teraz okazuje się, że w naszym regionie procent zmniejszenia środków finansowych jest niemalże największy w kraju.

Przykre jest to tym bardziej, że tutaj właśnie dokonały się największe zmiany strukturalne jednostek służby zdrowia poprawiające ich funkcjonowanie.

Dramat zmniejszenia finansowania nie jest problemem rozmawiających ze sobą niemal w świetle telewizyjnych kamer pracodawców naszego regionu z przedstawicielami płatnika, lecz wyzwaniem dla sił decyzyjnych i koordynujących opiekę zdrowotną w naszym regionie. Staje się też – paradoksalnie – wyzwaniem także dla związków zawodowych, dla których jest także swego rodzaju egzaminem dojrzałości. Problem zatoczył więc szerokie kręgi i najbliższe miesiące ukażą, na ile zostaniemy zmuszeni do swego rodzaju uległości.

OKROJONE PROCEDURY

Straci bardzo wymiennie także nasz szpital. Stracimy po kilka – kilkanaście procent wartości na kontraktach związanych z hospitalizacją, pracą poradni specjalistycznych, procedurami finansowanymi ministerialnie.

Okazuje się jednak, że najboleśniejza strata może dotyczyć zmniejszenia środków finansowania procedur wysokospecjalistycznych kontraktowanych z Wielkopolską Regionalną Kasą Chorych.

(ciąg dalszy na str. 4)

Wytyczanie kierunku

(ciąg dalszy ze str. 3)

Jako szpital wykonujący największą część procedur wyspecjalizowanych w regionie byliśmy osamotnieni w walce o godziwe ich finansowanie. Nikt nie wsparł nas w tej walce, co sprawiło, że pogorszenie finansowania przekracza 25%.

Ewidentnie jednoznacznym staje się fakt, że grozi nam bardzo wymiennie pogorszenie dostępności do świadczeń i w wielu przypadkach zachwianie ekonomicznych podstaw ich wykonywania. Doświadczyci boleśnie będą mogli to pacjenci, a wykonujący te świadczenia już odczuwają jeszcze większą gorycz swego rodzaju niespełnienia często nie do końca rozumiejąc konieczność posiadania zdrowych ekonomicznych reguł finansowania poszczególnych procedur.

Okazuje się, że być monopolistą nie jest chlubą stanowiącą o sile, lecz ciężarem w obliczu niesprawiedliwych reguł finansowania stawiających na straconej pozycji szpital nie mogący odmówić pomocy potrzebującym.

WSTYDLIWE ZAKĄTKI

Na ile dość jednoznaczne są wątpliwości dotyczące niestabilnej sytuacji zewnętrznej, w niewielkim stopniu zależnej od szpitala, na tyle pozostaje przedmiotem weryfikacji nasza wewnątrzszpitalna gotowość do dokonywania zmian związanych z nieuchronnymi wyzwaniem polepszenia jakości wykonywania świadczeń i uzdrowienia ich ekonomicznych podstaw.

Pozostaje wiele *wstydliwych zakątków* naszej szpitalnej rzeczywistości, których możliwości zmian związane są z wieloma ograniczeniami. Wymienię jedynie przykładowe trzy w sposób tylko hasłowy.

I.

W ostatnim czasie wytknięto w poznańskiej prasie spóźnienia naszych lekarzy do pracy poradnianej. Oczywiście są one faktem, jednak przedstawiono jedynie jeden wymiar problemu. Ukazano coś, co jest skutkiem, a nie przyczyną. Może całe szczęście dla nas, że nie wgłębianie się w istniejące aspekty problemu, którego rozwiązanie nie jest wcale łatwe.

II.

Dużą bolączką jest moje osobiste doświadczenie, że często jedynym sposobem przedstawianych możliwości rozwiązywania wewnątrzszpitalnych problemów organizacyjnych jest nacisk na zwiększanie zatrudnienia. I jednoznaczna niechęć do jakiegokolwiek organizacyjnej elastyczności, częsty brak woli przełamania utartych

schematów. Tak jakby obca była świadomość, że nawet w krajach najbogatszych podobne organizmy szpitalne funkcjonują skutecznie przy o wiele mniejszym zatrudnieniu. Tendencje do zwiększania zatrudnienia wydają się być w tym świetle jedną z najbardziej nieodpowiedzialnych tendencji, zwłaszcza w obliczu ograniczania dostępnych środków finansowych. Zagrażają bowiem samym pracującym.

III.

Do rozważenia pozostaje istotny problem tak zwanej należytej staranności wykonywanych przez nas świadczeń. Ta należyta staranność na wielu wycinkach naszej działalności zostaje niestety poddawana ciężkim próbom. Wymagałoby to jednak odrębnego dość obszernego i wymagającego odwagi omówienia. Nie dotyczy to tylko dokumentacji lekarskiej, choć wypada przyznać, że fakt jej nieroztropnego prowadzenia może być jednym z groźnych objawów głębszego problemu braku należytej staranności.

Gdy zarzucamy zatracenie zewnętrznego kierunku dokonywanych zmian w systemie służby zdrowia, wydaje się być istotnym sprostanie naszym wyzwaniom organizacyjnym na tyle, by nie być posądzonym o zatracenie kierunku wewnątrzszpitalnego spełniania przyjętych koncepcji i realizacji celów strategicznych. Tak ważne wydaje się więc wciąż precyzowanie naszego szpitalnego kierunku. Wymaga to konsekwencji i odważnego przezwyciężania wielu przeciwności.

ZASZCZYTNÓŚĆ POWOŁANIA NA OTARCIE ŁEZ?

Okazuje się, że jakoby na pocieszenie przychodzi nam obchodzić XI Światowy Dzień Chorego.

Pozwala on – wbrew trudnościom – wznieść się ponad ekonomiczne przeciwności i przypomnieć, że jakkolwiek bylibyśmy poszkodowani – nie możemy stracić sprzed oczu tego, co nadaje blask życiu wielu spośród nas. Możemy bowiem – pracując bezpośrednio lub pośrednio dla dobra chorego – wykonywać pracę (a nawet wznieść się ku spełnianiu powołania), które daje satysfakcję nie mającą chyba sobie równej. **Zawsze pozostaje do wykorzystania przestrzeń dla okazania postawy miłosiernego Samarytanina.**

Choć kierunek organizacyjny – związany z zewnętrznymi i wewnętrznymi przeciwnościami – nie wydaje się być jednoznacznie wytyczony, to na pewno na szczęście wytyczony jest ten, który rodzi racja zawodów, które wykonujemy.

Szczepan Cofta
Naczelny Lekarz Szpitala

W SŁUŻBIE CHOREMU

Regionalny Rejestr Nowotworów

Przypominamy o konieczności zgłaszania pacjentów do Regionalnego Rejestru Nowotworów. Kartę zgłoszenia nowotworu złośliwego przysyłać należy do RRN w każdym przypadku:

- podejrzenia nowotworu złośliwego,
- potwierdzenia rozpoznania nowotworu,
- zmiany rozpoznania klinicznego,
- uzyskania rozpoznania histopatologicznego,
- zmiany stanu zaawansowania choroby,
- zmiany sposobu leczenia,
- zgonu chorego.

Karty należy przysyłać do **Regionalnego Rejestru Nowotworów Wielko-**

polskiego Centrum Onkologii przy ulicy Garbary 15 w Poznaniu.

Karty należy wysyłać co miesiąc do 15 dnia każdego miesiąca za miesiąc poprzedni. Powinna ona zawierać pieczęć jednostki oraz podpis i pieczęć lekarza.

Wysyłanie kart jest konieczne aby dane zbierane przez rejestr były prawdziwe i wiarygodne.

(hb)

Pierwsze posiedzenie nowej Rady Społecznej

W dniu 18 grudnia br. odbyło się inauguracyjne posiedzenie Rady Społecznej SPSK Nr 1 AM. Spotkanie otworzył JM

Rektor AM w Poznaniu, prof. dr hab. Grzegorz Bręborowicz. Podziękował wszystkim członkom Rady za tak dużą

frekwencję oraz życzył wszystkim owocnej pracy. Przewodniczący Rady prof. dr hab. Zygmunt Przybylski zaprezentował skład Rady oraz przedstawił Dyрекcję Szpitala. Następnie dokonano wyboru zastępcy przewodniczącego, którym została Pani Krystyna Kaziród. Członkowie Rady wyrazili także swoją pozytywną opinię w sprawie zapraszania na posiedzenia Rady przedstawicieli związków zawodowych.

Zgodnie z programem spotkania Dyrektor Jan Talaga przedstawił wraz z dr Szczepanem Coftą obecną strukturę i działalność Szpitala. Zastępca Dyrektora ds. Ekonomicznych mgr Piotr Bogacz zaprezentował natomiast zebranym aktualny stan finansowo-inwestycyjny. Dyrektor Talaga omówił także kwestię niezapłaconych usług. Przedstawił strukturę należności od WRKCh oraz poinformował o zaległościach płatniczych Ministerstwa Zdrowia. Kolejną kwestią było przedstawienie sytuacji należnego podatku od nieruchomości. Dyrektor wyjaśnił, że Szpital podjął niezbędne działania by zmniejszyć wartość podatku od budynku przy ul. Długiej oraz poinformował, że sprawa podatku od budynku przy ul. Łąkowej podana została przez tamtejsze Zgromadzenie Sióstr Elżbietanek do Naczelnego Sądu Administracyjnego.

Kolejną omawianą kwestią była działalność dydaktyczna prowadzona w Szpitalu. W kontekście kosztów funkcjonowania Szpitala członkowie Rady zwrócili uwagę na możliwość pozyskania funduszy z prowadzonych na terenie SPSK NR 1 AM badań klinicznych (w wysokości ponoszonych przez Szpital kosztów związanych z tymi badaniami).

Przewodniczący Rady Społecznej poprosił następnie, by każdy z członków Rady zapoznał się z przedstawionym regulaminem pracy i wniósł swoje uwagi. Regulamin ten zostanie dokładnie omówiony i przyjęty przez Radę na następnym spotkaniu. Prof. Władysław Rozwadowski zaznaczył, iż w celu rozwoju Szpitala konieczny jest szeroki lobbing na jego rzecz.

Na zakończenie Prof. Zygmunt Przybylski zaproponował by na kolejnym spotkaniu Rady Dyrekcja omówiła plan rzeczowo-finansowy na rok 2003.



Posiedzenie Rady Społecznej (od prawej Bogdan Poniedziałek – Dyrektor Administracyjny AM, prof. Zygmunt Przybylski – Przewodniczący Rady, Dyrektor Jan Talaga, Z-ca Dyrektora ds. ekonomicznych Piotr Bogacz)

Fot. Z. Owecka



Otwarcie obrad Rady Społecznej przez JM Rektora AM prof. dr hab. Grzegorza Bręborowicza

Fot. Z. Owecka

Rafał Staszewski

Mukowiscydoza dorosłych

Mukowiscydoza jest chorobą stosunkowo rzadką, występuje przeciętnie u jednego na 2 500 noworodków. Jeszcze do niedawna mukowiscydozę uważano za chorobę letalną wieku dziecięcego. Dzięki postępowi w zrozumieniu choroby oraz osiągnięciom terapeutycznym większość chorych na mukowiscydozę osiąga aktualnie pełnoletność, a średnia długość życia chorych systematycznie wydłuża się. Mukowiscydoza stanowi nadal zagadkowy i istotny problem medyczny, wymagający jeszcze wielu lat żmudnych badań. Jest chorobą wielonarządową o zmiennym przebiegu klinicznym (zarówno w stosunku do narządów objętych procesem chorobowym, jak i zaawansowania zmian narządowych), od bardzo ciężkiego do stosunkowo lekkiego. Niestety, w każdym przypadku mukowiscydoza jest chorobą nieuleczalną.

Mukowiscydoza jest chorobą genetyczną o autosomalnym recesywnym sposobie dziedziczenia. Występuje zatem w rodzinach, w których oboje rodziców jest nosicielami mutacji. Rodzice chorych na mukowiscydozę są zawsze zdrowi, a ryzyko wystąpienia choroby wynosi 25% w przypadku każdej ciąży. Konsekwencją mutacji wywołującej mukowiscydozę są zaburzenia w produkcji i funkcjonowaniu kanałów jonowych w komórkach nabłonkowych, co skutkuje wytwarzaniem patologicznie zagęszczonego śluzu, wszędzie tam, gdzie jest on produkowany. Z tego względu choroba dotyka bardzo wielu narządów, a szczególnie narażone na zmiany patologiczne są: płuca, trzustka i wątroba.

W przebiegu mukowiscydozy wydzielina powstająca w płucach chorego jest gęstsza i bardziej lepka, dlatego powoduje zablokowanie dróg oddechowych o mniejszym przekroju. Stając się jednocześnie doskonałą pożywką dla bakterii sprzyja częstym, uporczywym w leczeniu infekcjom.

W trzustce dochodzi do zablokowania przewodów wyprowadzających przez gęsty sok trzustkowy co utrudnia wydzielanie zawartych w nim enzymów trawiennych do światła jelita. W efekcie cały proces trawienia i wchłaniania pokarmów ulega poważnym zaburzeniom, prowadząc u dzieci do opóźnienia wzrostu, a u wszystkich chorych do niedoborów masy ciała.

Najczęstsze objawy mukowiscydozy, obecne na różnych etapach rozwoju dziecka:

- częsty kaszel z odkrztuszaniem gęstej plwociny,
- częste zapalenia oskrzeli i lub płuc,
- słaby wzrost i lub niska masa ciała, pomimo normalnego apetytu,

- nieprawidłowe stolce,
- niedrożność jelita u noworodka,
- niepłodność męska,
- bardzo słony pot.

Po raz pierwszy opisano mukowiscydozę, jako odrębną jednostkę chorobową, w latach 30-tych ubiegłego stulecia. Od tego czasu nastąpił ogromny postęp w diagnozowaniu i leczeniu mukowiscydozy. Całościowy proces leczenia mukowiscydozy obejmuje następujące elementy:

- fizjoterapia oddechowa (obejmuje obok technik drenażu oczyszczającego drogi oddechowe, ogólnousprawniające ćwiczenia fizyczne),
- leki rozluźniające wydzielinę, rozszerzające oskrzela, przeciwzapalne i antybiotyki niszczące drobnoustroje rozwijające się w płucach,
- odpowiednie (wysokokaloryczne) odżywianie i przyjmowanie suplementacji enzymów trzustkowych, witamin rozpuszczalnych w tłuszczach i minerałów,
- szczepienia ochronne zapobiegające dodatkowym zakażeniom,
- opiekę psychologiczną i socjologiczną.

Od 1996 roku Klinika Ftyzjopneumonologii, wchodząca w strukturę naszego Szpitala, zajmuje się terapią chorych na mukowiscydozę oraz problematyką badawczą związaną z różnymi aspektami tej jednostki chorobowej. Obecnie Klinika jest jednym z zaledwie dwóch ośrodków w Polsce (obok Instytutu Gruźlicy i Chorób Płuc w Warszawie), wyspecjalizowanych w



Zdjęcia: Zofia Owecka

Zespół Oddziału Ftyzjopneumonologii

ZAKŁAD FARMAKOLOGII KLINICZNEJ

Doradcy bezpiecznego leczenia

rozmowa z dr hab. med. mgr farm. Anną Jabłecką, Kierownikiem Zakładu Farmakologii Klinicznej Akademii Medycznej im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

Zakład Farmakologii Klinicznej, mieszczący się na terenie naszego Szpitala, został utworzony w 1973 r. Dziś Zakład skupia się wokół trzech rodzajów działalności: naukowej, dydaktycznej i klinicznej. Warto zaznaczyć, iż prowadzony jest tu, jako jedyny w Polsce Regionalny Ośrodek Monitorowania Działań Niepożądanych Leków.

— Pani Docent, proszę przybliżyć działalność Zakładu, którym Pani kieruje.

— Jeszcze parę lat temu zajmowaliśmy się głównie monitorowaniem stężenia leków we krwi. Był to także podstawowy aspekt działalności klinicznej. Poza tym, prowadziliśmy także badania chronofarmakologiczne [bada wpływ pory podania leku na jego skuteczność] zajmowaliśmy się zagadnieniami farmakogenetyki [nauka zajmująca się wpływem genotypu człowieka na działanie leków, w tym głównie na metabolizm leków] oraz badaniami mechanizmów neurohormonalnych. Dziś, a także w niedalekiej przyszłości Zakład zamierza znacznie poszerzyć swoją działalność. Oczywiście, że będziemy kontynuować badania terapeutycznego stężenia leków, ale jedynie jako badania ukierunkowane.

Aktualnie obserwuje się mniejsze znaczenie terapii monitorowanej. Zgodnie ze współczesnymi poglądami, postępowanie farmakologiczne zagrożone poważnymi działaniami niepożądanymi należy zastępować leczeniem bezpieczniejszym. Tylko w sytuacji, gdy nie jest to możliwe (brak bezpieczniejszej alternaty-



Fot. Zofia Owecka

wy leczniczej) uzasadnione staje się zastosowanie leku potencjalnie toksycznego, którego stężenie należy kontrolować. Z listy leków najczęściej monitorowanych w celach terapeutycznych za bezwzględnie konieczne uznaje się rutynowe oznaczanie metotreksatu stosowanego w onkologii i cyklosporyny stosowanej w transplantologii. W Zakładzie Farmakologii Klinicznej będziemy także kontynuować badania farmakogenetyczne z zakresu m.in. czynników ryzyka występowania chorób nowotworowych, kardiomiopatii i osteoporozy. Bardzo ważne są także prowadzone przez nas prace dotyczące mechanizmów neurohormonalnych i śródłonkowych u chorych z przewlekłą niewydolnością serca, a także badania oceniające znaczenie procesu zapalnego w chorobie niedokrwiennej serca.

Rzeczą ważną z punktu widzenia zarządzania szpitalem są analizy farmakoekonomiczne, do prowadzenia których nasz Zakład jest przygotowany.

(ciąg dalszy na str. 8)

leczeniu mukowiscydozy dorosłych. Wielonarządowość zmian w przebiegu mukowiscydozy, jej nieuleczalność, oraz fakt, że większość dorosłych chorych na mukowiscydozę stanowią młodzi ludzie (osoby między 18 a 30 rokiem życia) stanowi istotne wyzwanie terapeutyczne. Kompleksowa terapia chorych na mukowiscydozę wymaga ścisłej współpracy zespołu pracowników służby zdrowia wyspecjalizowanych w obejmowaniu opieką różnych potrzeb chorych. Obok ogromnych potrzeb ściśle medycznych chorzy na mukowiscydozę często borykają się z kłopotami socjalnymi czy psychologicznymi. Stąd zespół obejmujący opieką chorych na CF składa się z lekarzy (pulmonologów i lekarzy innych specjalności), pielęgniarek, rehabilitantów, socjologa i psychologa. Nieodzowna jest również współpraca z zespołem

żywniowym prowadzonym w naszym Szpitalu przez dr med. Katarzynę Karwowską. Funkcję głównego koordynatora prac zespołu mukowiscydozy pełni, od chwili jego powstania, dr med. Lucyna Majka.

W Polsce istnieje kilka organizacji wspierających opiekę nad chorymi na mukowiscydozę. Profesjonaliści zrzeszeni są w Polskiej Grupie Roboczej Mukowiscydozy, afiliowanej przy Polskim Towarzystwie Pediatrycznym; a rodzice i chorzy w: Polskim Towarzystwie Walki z Mukowiscydozą i Fundacji MATIO.

Dzięki pomocy i życzliwości dr med. Lucyny Majki

Zofia Owecka

Pragnę podkreślić, że Zakład Farmakologii Klinicznej jest mocno zaangażowany w dydaktykę. Prowadzimy zajęcia na wszystkich wydziałach naszej uczelni – dla studentów medycyny, stomatologii, farmacji oraz fizjoterapii, a także studentów anglojęzycznych oraz studentów Fizyki Medycznej UAM. Jesteśmy ośrodkiem, który od początku swojego istnienia uzyskał uprawnienia do prowadzenia specjalizacji z zakresu farmakologii klinicznej dla lekarzy oraz farmakologii ogólnej dla farmaceutów.

— *Jednym z ważnych obszarów zainteresowań farmakologii jest farmakokinetika leków.*

— Tak. Farmakokinetika, czyli nauka o matematycznym określaniu i ocenie losów leków w organizmie, daje ona możliwość przewidzenia z matematyczną dokładnością, jakie będzie stężenie leku w określonej części ciała. Farmakokinetika pozwala więc na przewidywanie, co się będzie działo z lekiem w organizmie, a więc wtórnie – możliwość przewidzenia efektów jego wchłaniania. Konsekwencje wprowadzenia farmakokinetyki do praktyki lekarskiej to przede wszystkim optymalizacja dawkowania, czyli większa skuteczność i bezpieczeństwo stosowania leków. Nasz Zakład prowadzi badania wpływu różnych stanów patologicznych na farmakokinetykę leków u ludzi.

— *Pani Docent, nie ma przecież „róży bez kolców”. Farmakoterapia jest dużym osiągnięciem, może jednak powodować występowanie działań niepożądanych.*

— Zajmując się na co dzień farmakologią widzimy konieczność prowadzenia badań oceniających częstość i rodzaje występowania działań niepożądanych leków. Dlatego też od 1994 r. istnieje w Zakładzie Regionalny Ośrodek Monitorowania Niepożądanych Działań Leków. Od 2000 r. Zakład aktywnie współpracuje z Centralnym Ośrodkiem Monitorowania Niepożądanych Działań Leków Centrum Farmakoepidemiologii Instytutu Leków w Warszawie, który obecnie tworzy Instytut Zdrowia Publicznego. Rejestracja działań niepożądanych leków jest istotna, ponieważ niektóre z tych działań mogą powodować konieczność hospitalizacji, prowadzić do kalectwa, a nawet zgonu.

Zgłoszeń działań niepożądanych leków jest nadal bardzo mało. Podejmujemy jednak wiele wysiłków w celu szerokiego rozprzagalania konieczności takiego postępowania. Nowe prawo farmaceutyczne nakłada już obowiązek zgłaszania takich przypadków, tym niemniej istnieje szereg przyczyn, dla których lekarze nie chcą zgłaszać niepożądanych działań leków. Pragnę podkreślić, iż naszą intencją nie jest weryfikowanie decyzji lekarzy w odniesieniu do stosowania określonych leków. Jako specjaliści z zakresu farmakologii potrafimy szczegółowo określić występujące zależności pomiędzy działaniem danego leku a stanem pacjenta.

W Stanach Zjednoczonych szacuje się, iż od 5 do 20 % wszystkich hospitalizacji związanych jest z niepożądanym działaniem leków wcześniej zaaplikowanych – widać skalę problemu.

— *Jak Pani Docent widzi udział farmakologów w podstawowej działalności szpitala – świadczeniu usług medycznych?*

— Jest to przede wszystkim udział w interdyscyplinarnych zespołach terapeutycznych. Farmakologami klinicznymi są lekarze, którzy posiadają specjalizację z zakresu chorób wewnętrznych. Specjalista farmakolog powinien pełnić głównie rolę informacyjną – być doradcą bezpiecznego leczenia. Będąc doradcą lekarza – terapeuty, jego rola znacznie wzrasta w przypadku, gdy

leczenie dotyczy trudnego, skomplikowanego przypadku, gdzie nie można zastosować ogólnie przyjętych algorytmów leczenia. Wtedy może on np. wskazać alternatywne formy leczenia uwzględniając interakcje leków, czy też ich działania niepożądane. Przecież potrafimy wskazać połączenia leków, gdzie na pewno wystąpią działania niepożądane! Praca farmakologa w szpitalu jest związana z opracowaniem i weryfikacją receptariusza szpitalnego, a także z opracowywaniem standardów postępowania farmakologicznego. Staramy się gromadzić i weryfikować wiedzę dotyczącą farmakoterapii. Służy to uporządkowaniu opracowanych już standardów postępowania terapeutycznego. Jest to ważne z prostej przesłanki – znamy obecnie ok. 5000 chorób. W przypadku ponad 4850 jednostek nie znamy przyczyn ich powstawania, a jednak je leczymy. Dzięki współpracy różnych specjalistów możliwa jest skuteczna i bezpieczna terapia.

— *A kwestia uczestnictwa farmakologów w badaniach klinicznych nowych leków?*

— Specjaliści z zakresu farmakologii klinicznej są jak najbardziej przygotowani do współuczestniczenia w badaniach klinicznych. Jesteśmy projektodawcami kursu z zakresu zasad prawidłowego prowadzenia badań klinicznych w krajach Unii Europejskiej. W krajach Unii nie można wyobrazić sobie badania klinicznego nowego leku bez udziału farmakologa. Obecnie prowadzę wstępne rozmowy dotyczące zapoczątkowania projektu wieloośrodkowych badań klinicznych w kardiologii. Jest to współpraca międzynarodowa.

— *Jakie perspektywy rozwoju Zakładu przewiduje Pani Docent w najbliższych latach?*

— Chcielibyśmy powołać Ośrodek Informacji o Lekach dla potrzeb oddziałów klinicznych stworzony w oparciu o receptariusz szpitala. Informacja ta nie dotyczyłaby zastosowania, czy przeciwwskazań danych leków, bo to byłby nietakt w stosunku do lekarzy. Głównym celem takiego ośrodka byłoby skoncentrowanie się na działaniach niepożądanych, informacji o farmakokinetyce danego leku, a także na udostępnieniu informacji o interakcji konkretnego leku. Chcemy, by projekt ten był punktem wyjścia do wieloletniego programu stworzenia kompleksowej bazy o lekach. Takie ośrodki istnieją w krajach europejskich, tak więc byłby to kolejny krok w dostosowywaniu systemu opieki zdrowotnej do określonych wymogów.

— *Reasumując, jakie są według Pani najbardziej priorytetowe wyzwania dla farmakologii w Polsce?*

— Przede wszystkim to pomoc dla środowiska lekarskiego obejmująca dostarczenie wiarygodnych przesłanek do podjęcia określonej formy leczenia farmaceutykami. Z drugiej strony to także przełamanie pewnej bariery psychologicznej lekarzy, by z naszych sugestii chcieli korzystać. To jest właśnie ustalenie algorytmów leczenia, dziś bowiem nie waham się tego powiedzieć, część chorych jest leczona nielogicznie. Badania w krajach europejskich pokazują, iż ok. 95% pacjentów leczonych z zastosowaniem algorytmów jest skuteczniej leczonych, niż z zastosowaniem tzw. indywidualizacji farmakoterapii. Natomiast te pozostałe 5% pacjentów powinno być leczonych w klinikach – jednostkach wyspecjalizowanych do stosowania indywidualnej farmakoterapii.

— *Serdecznie dziękuję za rozmowę.*

Rafał Staszewski

180 lat Szpitala

zaproszenie na konferencję

Szpital Kliniczny we Wspólnej Europie

POZNAŃ, 4 KWIETNIA 2002



PATRONAT HONOROWY



Sekretarz Komitetu Integracji Europejskiej
Prof. dr hab. Danuta Hübner
Urząd Komitetu Integracji Europejskiej

JM Rektor Akademii Medycznej w Poznaniu
Prof. dr hab. Grzegorz H. Bręborowicz

ORGANIZATORZY

Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 1 *Przemienienia*
Pańskiego Akademii Medycznej w Poznaniu
Akademia Medyczna im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu
Stowarzyszenie Dyrektorów Szpitali Klinicznych

DATA I MIEJSCE KONFERENCJI

Poznań, 4 kwietnia 2003
Pałac Działalności w Poznaniu, Stary Rynek 78/79
Konferencja odbędzie się w godz. 9.00 – 16.30
Rejestracja uczestników od godz. 8.30

PATRONATY MEDIALNE



NOWINY SZPITALNE

INFORMACJE I ZGŁOSZENIA

Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 1
Przemienienia Pańskiego Akademii Medycznej w Poznaniu
ul. Długa 1/2, 61-848 Poznań
tel. (61) 854 91 21, fax. (61) 852 94 72
e-mail: szpital@sk1.am.poznan.pl

PROGRAM KONFERENCJI

8.30 – 9.00 Rejestracja Uczestników

9.00 Rozpoczęcie Konferencji

- Powitanie gości
- Wystąpienia przedstawicieli instytucji, które objęły patronat honorowy
- Wykład wprowadzający – Proces integracji z Unią Europejską
Marcin Korolec, Urząd Komitetu Integracji Europejskiej
- Polityka zdrowotna Unii Europejskiej
Bogusław Suski, Ministerstwo Zdrowia
- Czy polski szpital kliniczny jest gotowy „wejść do Europy”
Dyrektor Jan Talaga, dr n. med. Szczepan Cofta, SP Szpital Kliniczny nr 1 AM w Poznaniu

Dyskusja

SESJA I

Działalność naukowo-dydaktyczna szpitali klinicznych we wspólnej Europie

- Szkolnictwo wyższe a wymogi kształcenia w UE
Prof. dr hab. Stefan Jurga, Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu
- Zasady akredytacji szkolenia medycznego
Prof. dr hab. med. Maciej Gembicki, Akademia Medyczna im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu

- Problemy ratyfikacji Europejskiej Konwencji Bioetycznej
Dr n. med. Jerzy Umiastowski, Przewodniczący Komisji Etyki Lekarskiej Naczelnej Rady Lekarskiej
- Szpital akademicki jako warsztat pracy naukowej
Dr hab. Andrzej Tykarski, Akademia Medyczna im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu

Dyskusja

Przerwa kawowa

SESJA II

Ochrona zdrowia w Unii Europejskiej – wyzwania i możliwości dla szpitali klinicznych

- Regulacje prawne dotyczące ochrony zdrowia w Unii Europejskiej
Dr Jędrzej Skrzypczak, Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu
- Możliwość współpracy służby zdrowia UE z krajami kandydującymi
Dr Dominique Bachelin, Paryż
- Projekty i programy UE w zakresie ochrony zdrowia
Dr Andrzej Grzybowski, Przewodniczący Komisji Rodziny, Polityki Społecznej i Zdrowia Publicznego Rady Miasta Poznania
- Perspektywy sprzedaży usług zdrowotnych za granicą przez Polskie szpitale
Dr Adam Kozierekiewicz, Collegium Medicum, Uniwersytet Jagielloński w Krakowie

(ciąg dalszy na str. 10)

Plan szkoleń dla personelu medycznego

SPSK Nr 1 AM w Poznaniu w roku 2003

Szanowni Państwo!

Serdecznie zapraszamy pracowników personelu medycznego do licznych uczestnictwa w szkoleniach, które zgodnie z założeniami powinny ułatwić szybkie radzenie sobie z wymaganiami związanymi z codzienną pracą w Szpitalu, a także poszerzyć wiedzę i doskonalić umiejętności.

Szkolenia odbywać się będą zazwyczaj w trzecią środę (szkolenie dla pielęgniarek) i czwartek (szkolenie dla lekarzy) każdego miesiąca o godz. 12.00. Wyjątkiem jest miesiąc marzec, w którym proponujemy Państwu większą ofertę szkoleniową. Na każde spotkanie będziemy zapraszać ordynatora oddziału, pielęgniarkę oddziałową oraz 2-3 przedstawicieli lekarzy i pielęgniarek.

Koordinatorem szkoleń jest dr Szczepan Cofa.

MARZEC

Resuscytacja krążeniowo-oddechowa

Szkolenie dla lekarzy – 6.03, 13.03

Prowadzący: dr Krzysztof Bieda

Szkolenie dla pielęgniarek – 3.03, 10.03

Prowadzący: mgr Adam Pytliński

Duża sala wykładowa przy ul. Długiej

Gospodarka krwią

Szkolenie dla lekarzy – 12.03

Prowadzący: dr Jolanta Goździk

Duża sala wykładowa przy ul. Długiej

Działania niepożądane leków

Szkolenie dla pielęgniarek – 19.03

Szkolenie dla lekarzy – 20.03

Prowadzący: dr hab. Anna Jabłeczka

Duża sala wykładowa przy ul. Długiej

KWIECIEŃ

Komunikacja pielęgniarka – pacjent – 16.04, 17.04

Komunikacja lekarz – pacjent – 18.04

Prowadzący: mgr Grażyna Karolczak,

mgr Katarzyna Stachnik

Sekcja Psychologii Klinicznej

Salka konferencyjna dyrekcji

MAJ

Jakość w opiece zdrowotnej – wprowadzenie

Szkolenie dla pielęgniarek – 21.05

Szkolenie dla lekarzy – 22.05

Prowadzący: dr Halina Bogusz

Duża sala wykładowa przy ul. Długiej

CZERWIEC

Profilaktyka zakażeń wewnątrz szpitalnych, racjonalna antybiotykoterapia

Szkolenie dla lekarzy i pielęgniarek

Prowadzący: dr Tomasz Ozorowski

Duża sala wykładowa przy ul. Długiej

LIPIEC – SIERPIEŃ

Przerwa wakacyjna

WRZESIEŃ

Gospodarka lekiem na oddziałach

Szkolenie dla lekarzy

Szkolenie dla pielęgniarek

Prowadzący: dr Hanna Jankowiak-Gracz

PAŹDZIERNIK

Diagnostyka laboratoryjna

Szkolenie dla lekarzy

Szkolenie dla pielęgniarek

Prowadzący: prof. dr hab. Zygmunt Kopczyński

LISTOPAD

Jakość i normy ISO

Szkolenie dla lekarzy

Szkolenie dla pielęgniarek

MARZEC

Opieka paliatywna

Szkolenie dla lekarzy

Szkolenie dla pielęgniarek

RS

(ciąg dalszy ze str. 9)

- Analiza kosztów polskiej służby zdrowia – jednym z głównych elementów nowoczesnych systemów informacji zarządczej

Jerzy Gałuszka, SPIN

Przerwa kawowa

SESJA III

Ochrona zdrowia w Unii Europejskiej – wyzwania i możliwości dla szpitali klinicznych cz. II

- Koszty usług medycznych w szpitalach UE i Polski
dr Adam Kozierekiewicz, Collegium Medicum, Uniwersytet Jagielloński w Krakowie
- Telemedycyna – moda czy konieczność w diagnostyce, terapii i edukacji
prof. dr hab. Krzysztof Słowiński, Akademia Medyczna im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu

- Rola i przykłady zastosowania koncepcji EBM w przebiegu procesów poprawy i utrzymania jakości w organizacjach ochrony zdrowia.
dr Magdalena Błahut-Żugaj, DEAA
- Budowa systemu jakości w medycznych laboratoriach diagnostycznych
prof. dr hab. Zygmunt Kopczyński, Akademia Medyczna im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu, SP Szpital Kliniczny nr 1 AM w Poznaniu
- Dostosowanie prawa farmaceutycznego do wymogów Unii Europejskiej – nowoczesna apteka szpitalna
dr n farm. Hanna Jankowiak-Gracz, SP Szpital Kliniczny nr 1 AM w Poznaniu

Dyskusja i podsumowanie obrad

Uroczysty obiad



Fot. Zofia Owecka

Akredytacja dla anestezjologii

Rozmowa z prof. dr hab. med. Romanem Szulcem

— *Panie Profesorze, na początku roku miała miejsce w naszym Szpitalu wizyta przedstawicieli Europejskiej Rady ds. Nauczania Podyplomowego Anestezjologii i Intensywnej Terapii. Jaki był cel wizyty?*

— Wizyta odbyła się na mój wniosek jako kierownika Katedry Anestezjologii i Intensywnej Terapii, złożony do Europejskiej Rady ds. Nauczania Podyplomowego w czerwcu 2002 roku. Miał on na celu uzyskanie przedłużenia otrzymanej przed pięciu laty akredytacji, którą Katedra, skupiająca wszystkie zespoły anestezjologiczne w szpitalach klinicznych, uzyskała dzięki ówczesnemu Kierownikowi Instytutu Anestezjologii, profesorowi Witoldowi Jurczykowi. Poprzednia akredytacja, przyznana w 1997 roku, wygasła z końcem 2002 roku.

W konsekwencji, w dniach od 8 do 10 stycznia br. Poznań odwiedzili reprezentanci Europejskiej Rady ds. Nauczania Podyplomowego Anestezjologii i Intensywnej Terapii (działającej we współpracy z Europejską Akademią Anestezjologii), profesor List z Gratzu i dr Buchser z Lozanny, a z ramienia Polskiego Towarzystwa Anestezjologii i Intensywnej Terapii w pracach komisji uczestniczył prof. Leon Drobnik. Celem wizyty było zapoznanie się z warunkami kształcenia lekarzy specjalizujących się w anestezjologii, czyli baza szko-

leniowa, wyposażenie sal operacyjnych, oddziałów Intensywnej Terapii, możliwość korzystania z biblioteki. Audytorzy odbyli też indywidualne spotkania ze specjalizującymi się lekarzami oraz z Naczelnym Lekarzem Szpitala.

— *Czy kontrola objęła tylko jednostki naszego Szpitala? Można powiedzieć już coś o jej wyniku?*

— Komisja obejrzała więcej jednostek wchodzących w skład Katedry, rozmieszczonych w poznańskich szpitalach klinicznych. Na terenie naszego Szpitala była to sala operacyjna oddziału kardiochirurgii, nowy oddział pooperacyjny oraz Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii, natomiast w SPSK Nr 2 i GPSK – nowe bloki operacyjne. Muszę powiedzieć, że całość wywarła duże wrażenie na audytorach. Tym bardziej, że obecny stan skonfrontowano z protokołem sprzed pięciu lat. Na początku lutego komisja przysłała szkic protokołu, który potwierdził pozytywne wrażenia z wizyty, a który będzie podstawą przyznania akredytacji na najbliższe pięć lat.

— *Od kiedy w Polsce przyznaje się tego typu akredytację?*

— Do tej pory jest to jedyna akredytacja w Polsce przyznana akademickiej jednostce anestezjologicznej. Pierwsza została więc przyznana pięć lat temu. Chce się o nią starać Katedra Anestezjologii z Krakowa; tymczasem jednak jesteśmy jedyni w Polsce i najprawdopodobniej również jedyni na terenie europejskich krajów nieunijnych.

— *Jakie są warunki przyznawania akredytacji? Dlaczego w Polsce jest ich tak mało?*

— Pewnie dlatego, że trzeba wypełnić bardzo obszerny wniosek dotyczący pracy usługowej, pracy naukowej, dydaktycznej, dotyczący wyposażenia, toku pracy codziennej. Przyznanie akredytacji jest weryfikowane na podstawie tego właśnie wniosku.

HB, ZO

Tele EKG

Pomimo wielkiego postępu i pojawienia się nowych metod diagnostycznych kardiologii elektrokardiografia nadal pozostaje kluczową metodą w rozpoznawaniu niektórych stanów chorobowych zwłaszcza w zaburzeniach rytmu oraz chorobie niedokrwiennej serca. Podstawowa ocena EKG powinna być znana każdemu lekarzowi, jednak jego specjalistyczną analizą przez wykwalifikowaną i doświadczoną osobę jest niezastąpiona. Niezwykle istotne w takiej ocenie jest porównanie poprzednich zapisów. Zmienność zapisu EKG w zależności od stanu czynnościowego mięśnia sercowego sprawia, że niekiedy tylko zapis wykonany w trakcie odczuwania przez pacjenta dolegliwości lub bezpośrednio przed ich wystąpieniem, może dostarczyć informacji potrzebnych do postawienia rozpoznania.

Wszystkie te okoliczności zostały wzięte pod uwagę przez zespół polskich konstruktorów systemu służącego do przesyłania zapisu

EKG bezpośrednio od pacjenta do lekarza, bądź od lekarza pierwszego kontaktu do ośrodka referencyjnego.

Przesyłanie zapisanego przez pacjenta EKG może nastąpić drogą telefoniczną, także przez telefon komórkowy. Jeżeli sygnał ten dotrze do ośrodka referencyjnego wyposażonego w odpowiednie oprogramowanie można nie tylko odczytać tam zapis EKG i dokonać jego interpretacji, ale również go archiwizować w bazie danych. Ułatwi to w przyszłości porównanie poprzednich zapisów danego pacjenta. Urządzenie używane przez chorego jest na tyle małe, że może on swobodnie poruszać się na-



wet z włączonym aparatem i po naciśnięciu jednego tylko przycisku spowodować dokonanie zapisu trwającego do kilkunastu minut. Można również dokonywać zapisu retrospektywnego – do 10 minut wstecz od momentu naciśnięcia przycisku (ta opcja może być szczególnie przydatna u chorych, których zaburzenia rytmu serca powodują krótkotrwałe omdlenie).

Urządzenie pozwala na zapis odprowadzeń kończynowych, jak również przedsercowych i jest po wstępnej fazie prób, którą dokonano we współpracy z naszym Instytutem Kardiologii. Na spotkaniu poświęconym prezentacji całego systemu przez jego konstruktora byli obecni Pan Profesor Andrzej Cieśliński – Dyrektor Instytutu Kardiologii, a także przedstawiciele Dyrekcji Szpitala i Dyrekcji Pogotowia Ratunkowego, która jest zainteresowana współpracą ze Szpitalem w zakresie Tele EKG. Planowane jest utworzenie w Szpitalu ośrodka referencyjnego, świadczącego usługi zarówno dla instytucji medycznych (pogotowie, zespoły lekarzy rodzinnych) jak i dla indywidualnych odbiorców.

Halina Bogusz

Sprawozdanie z realizacji Programu pt.: „Profilaktyka Chorób Układu Krążenia”

Od 1 stycznia 2002 r. Klinika Chorób Wewnętrznych i Zaburzeń Metabolicznych pod kierownictwem Prof. zw. dr hab. med. Danuty Pupek-Musialik realizowała we współpracy z WRKCh program profilaktyczny w zakresie chorób układu krążenia. Celem programu było obniżenie zapadalności na choroby sercowo-naczyniowe oraz zmniejszenie liczby powikłań i zgonów w odniesieniu do populacji osób pomiędzy 40 a 60 rokiem życia, ubezpieczonych w WRKCh. Realizowane było to poprzez cele pośrednie – zwiększenie wiedzy w zakresie zapobiegania nadciśnieniu tętniczemu, zaburzeniom gospodarki lipidowej, otyłości, cukrzycy, zwiększenie aktywności fizycznej, zwiększenie wiedzy w zakresie radzenia sobie ze stresem.

SPOSOBY REALIZACJI PROGRAMU

a. Wykłady

Cykl 32 wykładów przygotowanych przez pracowników naukowo-dydaktycznych oraz inny personel (rehabilitant, psychoterapeuta, pielęgniarka), które odbywały się w każdy poniedziałek od godz. 17.00 do 18.00 w sali dydaktycznej Kliniki i poświęcone były następującym zagadnieniom:

- Czynniki ryzyka chorób układu krążenia
- Leczenie dietetyczne w profilaktyce i leczeniu chorób układu krążenia
- Nadciśnienie tętnicze
- Rola stresu, palenia tytoniu oraz braku aktywności fizycznej w powstawaniu chorób układu krążenia

b. Punkt konsultacyjny

Na terenie Szpitala uruchomiony został punkt konsultacyjny dla pacjentów, czynny w każdy poniedziałek w godzinach 13.00-15.00. W jego ramach prowadzone były indywidualne rozmowy, na które składały się: szczegółowy wywiad dotyczący aktualnych schorzeń (nadciśnienia tętniczego, choroby niedokrwiennej serca, cukrzycy, zaburzeń gospodarki lipidowej, otyłości), wywiadów rodzinnych, zażywanych leków, nawyków żywieniowych, nałogów oraz aktywności fizycznej.

c. Promocja

Program zakładał także zorganizowanie promocyjnych imprez masowych. I tak zorganizowaliśmy dwa duże festyny zdrowotne oraz cztery pikniki na terenie Szpitala. Pierwszy festyn odbył się na terenie Centrum Handlowego M1, a kolejny na terenie Poznańskiego Ośrodka Sportu i Rekreacji nad Małą.

Program każdej z imprez promocyjnych był bardzo atrakcyjny i imponujący. Podczas trwania festynów, a także pikników uczestnicy mieli możliwość bezpłatnego wykonania pomiaru cholesterolu, glukozy, ciśnienia tętniczego oraz tkanki tłuszczowej. W części merytorycznej poszczególnych spotkań znalazły się interesujące wykłady i prelekcje dotyczące między innymi czynników ryzyka chorób układu krążenia, choroby wieńcowej, otyłości, nadciśnienia tętniczego itp.

Wszystkie przeprowadzone promocyjne imprezy masowe cieszyły się bardzo dużym zainteresowaniem i uznaniem wśród uczestników. Imprezom towarzyszyły pokazy ratownictwa medycznego. W części artystycznej występowały zespoły muzyczne.

WSTĘPNE WYNIKI

Z różnych form organizacyjnych programu profilaktycznego skorzystało w sumie ok. 1300 osób (w tym 61,7% stanowiły kobiety,

a 38,3% stanowili mężczyźni), wśród których wyróżniono trzy grupy wiekowe. I tak grupa I obejmowała uczestników poniżej 40 r.ż. i stanowiła 7,5% całości (najmłodsza osoba miała 23 lata), w grupie II znalazły się osoby w przedziale wiekowym pomiędzy 40 a 60 r.ż. (51,9%), natomiast grupa III obejmowała uczestników powyżej 60 r.ż. i stanowiła 40,6% (najstarsza osoba miała 79 lat).

Wśród tych osób nadciśnienie tętnicze stwierdzono u 66%, a zaburzenia gospodarki lipidowej u 82%.

PODSUMOWANIE

Realizowany program profilaktyczny spotkał się z dużym zainteresowaniem i poparciem ze strony biorących w nim udział osób. Poprzez różne sposoby realizacji programu, jego organizatorzy dotarli do wielu ludzi, zwiększając ich wiedzę w zakresie zapobiegania nadciśnieniu tętniczemu, otyłości czy cukrzycy.

Autorzy programu uważają, iż spełnił on swoją rolę i deklarują jednocześnie chęć kontynuacji podjętego przedsięwzięcia.

Autorzy: Prof. dr hab. med. Danuta Pupek-Musialik, dr n. med. Wiesław Bryl, dr n. med. Maciej Cymerys, lek. med. Magdalena Kujawska-Łuczak, lek. med. Paweł Bogdański, lek. med. Robert Chyrek, dr n. med. Anna Miczke.

**Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 1
Przemienienia Pańskiego Akademii Medycznej w Poznaniu**
przy współpracy i pod patronatem medialnym
Głosu Wielkopolskiego, TVP 3 Poznań, Radia Merkury
zaprasza na cykl wykładów

„ZDROWIE WARTO POZNANIA”

*Jak ustrzec się chorób cywilizacyjnych czyli spotkania ze zdrowiem
z okazji 180-lecia SP Szpitala Klinicznego nr 1 AM w Poznaniu*

Tematyka spotkań

Tematyka każdego spotkania będzie obejmowała: profilaktykę pierwotną profilaktykę wtórną, podstawowe metody rozpoznawania i leczenia czyli odpowiedź na pytania:

- Co powinieneś robić, by nie zachorować

- Co zrobić jeśli już zachorujesz
- Jak żyć z chorobą

Wykłady i dyskusje panelowe dla mieszkańców miasta Poznania prowadzić będą lekarze SPSK Nr 1 AM – Kierownicy Katedr i Klinik oraz przedstawiciele Oddziałów. Spotkania odbywać się będą raz w miesiącu począwszy od marca do grudnia 2003 r. Już w marcu zapraszamy na pierwszy wykład.

19 MARCA 2003

Choroby cywilizacyjne XXI wieku — otyłość, cukrzyca, zaburzenia gospodarki lipidowej.

Wprowadzenie — prof. dr hab. Danuta Pupek Musialik, Kierownik Kliniki Chorób Wewnętrznych, Ordynator Oddziału Chorób Wewnętrznych i Zaburzeń Metabolicznych SPSK Nr 1 AM, dr Wiesław Bryl

RS



Czas na jakość czy jakość na czasie

Chcemy czy nie chcemy, medycyna zmienia się i zmienił się w ostatnich latach sposób patrzenia na cały system ochrony zdrowia. Z momentem wprowadzenia nowego systemu finansowania – nastąpiła, wynikająca z niego, zmiana świadomości. Zamiast o służbie zdrowia mówi się o rynku usług zdrowotnych. Przez dziesiątki lat nie wspomniano o kosztach tych usług – obecnie jest to bardzo często poruszany temat. Również pacjenci coraz częściej przyjmują postawę klienta, który chce być dobrze obsłużony. Zresztą to tendencja ogólnoeuropejska.

Zainteresowanie jakością usług zdrowotnych ma już swoją ponad pięćdziesięcioletnią historię na świecie i prawie dziesięcioletnią w Polsce.

Już od pięćdziesięciu lat działa w USA Joint Commission on Accreditation of Health care Organisations (Komisja akredytująca zakłady opieki zdrowotnej). W czasie swojej działalności akredytowała ona już ponad 17 000 jednostek zarówno ambulatoryjnych jak i stacjonarnych różnego typu. Posiada kilkanaście zespołów standardów akredytacyjnych odpowiednich dla różnego typu jednostek. Ostatnio tworzone i wdrażane są również certyfikaty określające zgodność procesu leczenia konkretnych jednostek chorobowych z przyjętymi rekomendacjami.

Akredytacje JCAHO stały się wzorem dla polskiego systemu akredytacji rozwijanego od 1996 roku w krakowskim **Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia**. Ta kompleksowa ocena obejmuje różne obszary działalności szpitala, których sprawność i niezawodność działania wpływają bezpośrednio lub pośrednio na bezpieczeństwo chorych i jakość opieki. Są to między innymi intensywne terapie, laboratorium, kontrola zakażeń szpitalnych, dokumentacja medyczna, ale także gospodarka odpadami, zarządzanie zasobami ludzkimi. W Wielkopolsce pierwszym akredytowanym szpitalem był szpital w Pniewach.

Oprócz Centrum Monitorowania Jakości powstało w Polsce Towarzystwo Promocji Jakości, które od niedawna ma swój oddział również w Poznaniu. W kwietniu tego roku odbędzie się już ósma konferencja poświęcona problemom jakości w opiece zdrowotnej. Cieszy się ona z roku na rok coraz większym zainteresowaniem. Szpitale coraz wyraźniej dostrzegają, że pomimo zmiennych koncepcji, co do dalszego rozwoju reform systemu opieki zdrowotnej w Polsce – trzeba czynić starania zwiększające konkurencyjność na rynku. Jednym z takich działań w każdej branży jest podnoszenie jakości usług.

Wiele ośrodków wprowadza również wzorowany na innych branżach **system zarządzania jakością**, polegający na stworzeniu organizacyjnych podstaw orientacji wszystkich działań w organizacji według potrzeb i oczekiwań klienta. Taki system opisują **normy międzynarodowe serii ISO 9000/2000**, opracowane przez Międzynarodową Organizację Standaryzacyjną. Zostały one przetłumaczone na język polski i wprowadzone przez Polski Komitet Normalizacyjny jako polska norma PN/EN/ISO 9001/2001/. Stworzenie systemu zarządzania jakością według tej normy można potwierdzić przez proces certyfikacji. W Polsce certyfikaty ISO wydawane są przez Polskie Centrum Badań i Certyfikacji (PCBC) a także firmy europejskie. W Poznaniu certyfikat taki uzyskał Położniczo-Ginekologiczny Szpital Kliniczny Nr 3 AM przy ulicy Polnej w zakresie Izby Przyjęć. W odróżnieniu, bowiem od akredytacji krakowskiej certyfikat ISO można uzyskać dla całej organizacji lub tylko jej fragmentu.

Normy ISO są powszechnie kojarzone z jakością wyrobu, jakością produkcji. Norma ISO 9001 jest jednak ogólna i dotyczy zarówno produkcji, jak usług. W jej kolejnych wydaniach (ostatnie z roku 2000) można zauważyć coraz większe skoncentrowanie na usługach. Organizacja, która chce działać w zgodzie z normą ISO 9001 powinna zaplanować, wdrożyć i stale doskonalić system zarządzania jakością, którego podstawowym celem jest zadowolenie klienta.

W ISO nie można jednak być „gołosłownym”. Naszą orientację na klienta, znajomości jego oczekiwań i działania zmierzające do ich zaspokojenia muszą być udowodnione na etapie planowania, wykonania, monitorowania oraz oceny i doskonalenia po wykonaniu. Filozofia ISO polega na przekonaniu, że **dobra jakość usług nie jest dziełem przypadku**. Jest efektem systemu, który musi obejmować zarówno wszystkie etapy powstawania usługi – od jej projektowania aż po wykonanie, sprzedaż i załatwienie reklamacji, a także procesy związane z zarządzaniem personelem, dostarczaniem wszystkich zasobów potrzebnych do jej wykonania. Wielką wagę przykładają się też do stałej samokontroli wewnętrznej w organizacji, która powinna obejmować wszystkie powyższe aspekty działalności.

Czy warto zdobywać certyfikaty jakości? Czy to tylko przejściowa moda po prostu jakość jest na czasie a niedługo ustąpi miejsca nowym tendencjom? Czy może nastąpił teraz czas na jakość, w którym udowodnienie swojej gotowości do świadczenia usług na dobrym poziomie będzie coraz powszechniejszym wymogiem? Wydaje się, że to drugie stwierdzenie bliższe będzie prawdy, ale nawet gdyby tak nie było, doświadczenie wielu przedsiębiorstw pokazuje, że wprowadzenie systemu jakości prowadzi do uporządkowania i usprawnienia wielu dotychczas niepotrzebnie powikłanych spraw. Przedsiębiorstwa działające na wolnym rynku mogą także liczyć na zwiększenie przychodów w związku ze wzrostem zainteresowania klientów. W sytuacji Szpitala takie korzyści nie będą mogły być tak oczywiste i bezpośrednie, jednak na pewno są warte wysiłku sięgnięcia po nie.

lek. med. Halina Bogusz

Pełnomocnik Dyrekcji Szpitala do spraw jakości

Spotkanie Komitetu ds. kontroli zakażeń szpitalnych

Dnia 14.02. br odbyło się spotkanie Komitetu ds. kontroli zakażeń szpitalnych. Poruszane były problemy dotyczące sytuacji

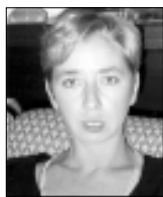
epidemiologicznej szpitala. Zespół ds. kontroli zakażeń szpitalnych przedstawił sprawozdanie z monitorowania zakażeń szpitalnych oraz z realizacji szkoleń pracowników.

Ustalono, że każdy pracownik medyczny szpitala przejdzie szkolenie w terminie do końca czerwca br. Przedstawiono nową procedurę higieny rąk przy kontakcie z pacjentem. Przestrzeganie wskazań do jej wy-

konywania należy do podstawowych obowiązków personelu medycznego. Przedstawiono zasady działania nowej Centralnej Sterylizacji oraz ocenę Działu zajmującego się sprzątniem. Komitet podjął decyzję o prowadzeniu stałych kontroli Oddziałów w zakresie przestrzegania zasad zapobiegania zakażeniom szpitalnym

lek. med. Tomasz Ozorowski

SPRAWOZDANIA



Kontrakty

na świadczenia zdrowotne w 2003 roku

I. UMOWY I ANEKSY DO UMÓW Z WIELKOPOLSKĄ REGIONALNĄ KASĄ CHORYCH:

1. Umowa na udzielanie świadczeń stacjonarnych (LZ/SZ/0059/03) – aneks do tej umowy został podpisany tylko na styczeń i luty 2003 roku. Stawki za usługi na określonych poziomach hospitalizacji pozostały na ubiegłorocznym poziomie, bazując na kontrakcie IV kwartału 2002 roku. Wyjątek stanowią odrębne stawki na krótkie hospitalizacje związane z wykonaniem koronarografii i koronaroplastyki, a także operacji wad serca i aorty piersiowej w krążeniu pozaustrojowym – procedury finansowane przez Ministerstwo Zdrowia, na które w ubiegłym roku WRKCh kontraktowała odrębne stawki. Ponieważ obecnie nie ma takiej możliwości, hospitalizacje te rozliczone zostaną w ramach poszczególnych oddziałów szpitalnych, na poziomie wynikającym z czasu pobytu pacjenta na danym oddziale. Nieuchronnie spowoduje to narastanie przekroczeń limitów, ponieważ wartość kontraktu nie uległa zwiększeniu o ten zakres świadczeń.

2. Umowa na Program leczenia ostrego niedokrwienia mięśnia sercowego (LZ/SZ/0059/03) – aneks obowiązuje także na dwa miesiące 2003 r. i obejmuje: leczenie pierwotne i wtórne zawału potwierdzonego EKG lub biochemicznie przy pomocy metod terapii cewnikowej oraz podanie leku abcximab. **Stawka za pierwszą z tych procedur została jednak obniżona przez WRKCh o 11%.** Natomiast w 2003 r. Kasa Chorych nie finansuje odrębnie leku tirofiban.

3. Umowa na finansowanie przez WRKCh środków technicznych: stymulatorów i defibrylatorów serca (LZ/SZ/0059/03) – aneks dotyczy całego 2003 roku. **Poziom finansowania uległ jednak drastycznemu obniżeniu i przewiduje zakup 244 stymulatorów oraz 20 defibrylatorów.**

4. Umowa na procedury wysokospecjalistyczne (LZ/PW/0001/03) – aneks zawarty na I kwartał 2003 roku obejmuje następujące świadczenia:

- terapie w nawracających stenozach wieńcowych – 9 procedur, w tym 4 brachyterapię (koszt środka technicznego),
- zabieg wszczepienia kardiowertera – 5 procedur,
- elektrofizjologia serca (EPS) – 13 procedur,
- elektrofizjologia serca + ablacja – 23 procedury,
- wszczepianie By-passów (zabieg i lecznicze środki techniczne) – 95 procedur,
- operacyjne udrożnienie tętnicy szyjnej (zabieg) – 23 procedury,
- brachyterapia okulistyczna (zabieg+ hospitalizacja) – 1 procedura,

- zakładanie stentów naczyniowych (środek techniczny) – 12 procedur,
- embolizacja naczyń mózgowych (zabieg i lecznicze środki techniczne) – 4 procedury,
- zakładanie portów do radykalnej chemioterapii (koszt portu) – 9 procedur,
- leczenie nowotworów o wysokiej chemiowyleczalności (czynniki wzrostu) – 15 procedur,
- leczenie cisplatyną (koszt Cisplatyny i Zofranu) – 45 procedur,
- chemioterapia mięsaka Ewinga i kostniakomięsaka u osób do 35 r.ż. (koszt cetostatyków) – 2 procedury.

Z uwagi na obniżenie cen jednostkowych o 15%, Szpital będzie finansować zakup stentów naczyniowych tylko do wysokości kwoty refundacyjnej WRKCh, tzn. kwoty 2.975,00 zł. Natomiast w 2003 roku Wielkopolska Regionalna Kasa Chorych nie przewiduje finansowania stent-graftów.

5. Umowa na finansowanie koronarografii i angioplastyki naczyń wieńcowych (LZ/PK/0004/0/03) – zawarta przez WRKCh na cały 2003 rok. W latach poprzednich procedury te finansowane były przez Ministerstwo Zdrowia.

6. Umowa na badania diagnostyczne i procedury wykonywane ambulatoryjnie (WS/DW/0056/0/03) – aneks zawarty na I kwartał 2003 roku obejmuje:

- bronchoskopię – 90 procedur,
- mammografię diagnostyczną – 240 badań,
- USG Doppler – 240 badań,
- laseroterapię w okulistyce – 240 procedur,
- kapsulotomię YAG – 39 procedur,
- angiografię fluoresceinową – 102 procedury,
- angiografię indocjaninową – 9 procedur,
- badania elektrofizjologiczne siatkówki – 141 badań.

Wartość umowy została obniżona przez WRKCh o 27% w stosunku do ubiegłego roku.

7. Umowa na porady specjalistyczne z tzw. I grupy tematyczno-finansowej (LS/SS/0197/1/03) – aneks zawarty na I kwartał 2003 roku przewiduje możliwość narastającego rozliczania porad „punktowych” w ciągu 3 m-cy obowiązywania umowy i dotyczy następujących poradni specjalistycznych i limitów na ten okres:

- Chirurgii Ogólnej i Naczyń – 9.039 punktów,
- Kardiologicznej – 7.125 punktów,
- Kontroli Stymulatorów – 2.814 punktów,
- Kardiochirurgicznej – 4.677 punktów,
- Nadciśnienia Tętniczego (ul. Długa) – 2.001 punktów,
- Okulistycznej – 10.821 punktów,

- Leczenia Jaskry – 2.850 punktów,
- Leczenia Zeza – 2.850 punktów,
- Chirurgii Onkologicznej – 3.561 punktów,
- Ginekologii Onkologicznej – 3.561 punktów,
- Leczenia Bólu – 4.035 punktów,
- Alergologicznej dla Dzieci – 15.180 punktów,
- Chorób Płuc i Gruźlicy – 3.798 punktów,
- Mukowiscydozy – 855 punktów,
- Hematologicznej – 1.845 punktów,
- Nadciśnienia Tętniczego (ul. Szamarzewskiego) – 444 punkty.

Wartość umowy została obniżona o 12% w stosunku do poprzedniego roku.

8. Umowa na porady specjalistyczne (LS/SS/0303/1/03) – aneks zawarty także na I kwartał 2003 roku dotyczy następujących poradni specjalistycznych i limitów na ten okres:

- Chemioterapii (podanie leku) – 2.181 porad,
- Chirurgii Onkologicznej (zabieg) – 75 zabiegów,
- Medycyny Paliatywnej/Hospicyjnej z Zespołem Wyjazdowym – 2.499 porad,
- Medycyny Paliatywnej z Leczeniem Obrzęku Limfatycznego – 225 porad,
- Leczenia Tlenem (leczone) – 42 porady,
- Leczenia Tlenem – porada lekarska wraz z wynajęciem i obsługą koncentratora tlenu – 60 pacjentów.

W przypadku tej umowy wartość świadczeń uległa obniżeniu o 7% w stosunku do poprzedniego roku.

9. Umowa na porady konsultacyjne (LS/SK/0006/1/03) – aneks dotyczy I kwartału 2003 roku i obowiązują w tym okresie następujące limity:

- Okulistyczna – Pani Prof. dr hab. med. Krystyna Pecold – 42 porady,
- Chirurgii Naczyń – Pan Prof. dr hab. med. Stanisław Zapalski – 27 porad,
- Medycyny Paliatywnej – Pan Prof. dr hab. med. Jacek Łuczak i Pani dr med. Ewa Bączyk – łącznie 18 porad.

II. UMOWA NA ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE DLA PACJENTÓW UBEZPIECZONYCH W BRANŻOWEJ KASIE CHORYCH DLA SŁUŻB MUNDUROWYCH (17-01-00157-03) została zawarta na 2003 rok i obejmuje następujące świadczenia, wg cen obowiązujących w poprzednim roku:

1. W zakresie opieki stacjonarnej na następujących oddziałach: kardiologicznym, kardiochirurgicznym, kardiochirurgicznym – wymiana zastawek i pomostowanie, chirurgii ogólnej i naczyń, okulistycznym, pulmonologicznym (bez leczenia mukowiscydozy, na którą musi być wystawiona promesa), pulmonologicznym dla dzieci, chirurgii onkologicznej, ginekologii onkologicznej, medycyny paliatywnej (osobodzień), hospicjum stacjonarnego dla dzieci (osobodzień).

2. W zakresie procedur kontraktowanych odrębnie przez BKChSM:

- koronarografia – 90 procedur,
- koronarpłastyka – 27 procedur,
- wszczepienie stymulatora serca (zabieg i leczniczy środek techniczny) – 16 procedur,

- wszczepienie defibrylatora (zabieg i leczniczy środek techniczny) – 8 procedur,

W ramach procedur diagnostycznych i leczniczych wykonywanych w warunkach ambulatoryjnych BKChSM zakontraktowała także: bronchoskopię, tlenoterapię, laseroterapię okulistyczną, angiografię fluoresceinową, tomografię komputerową, chemioterapię (lek zakupuje szpital), biopsję narządu z zastosowaniem technik obrazowych i oceną histopatologiczną.

3. W zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej następujące porady:

okulistyczna, okulistyczna dla dzieci, kardiologiczna, kontroli rozruszników serca, kardiochirurgiczna, chirurgii naczyń, chemioterapii, chirurgii onkologicznej, ginekologii onkologicznej, hematologiczna, alergologiczna dla dzieci, pulmonologiczna, medycyny paliatywnej.

Na pozostałe świadczenia zdrowotne, wykonywane w Szpitalu (poza procedurami wyspecjalizowanymi finansowanymi przez Ministerstwo Zdrowia) pacjenci ubezpieczeni w Branżowej Kasie Chorych dla Służb Mundurowych muszą posiadać indywidualne zgody Kasy na pokrycie kosztów leczenia.

III. UMOWY Z MINISTERSTWEM ZDROWIA NA WYKONYWANIE WYSOKOSPECJALISTYCZNYCH PROCEDUR MEDYCZNYCH

– negocjacje odbyły się w styczniu 2003 r. – umowy nie zostały jednak dotąd przez MZ przekazane świadczeniodawcy. Zgodnie z ustaleniami ceny świadczeń pozostały na poziomie ubiegłego roku, a kontrakty będą obejmować w 2003 roku następujące procedury:

- 1. Zabiegi w krążeniu pozaustrojowym** – łącznie 129 procedur,
- 2. Autologiczny przeszczep szpiku** – 40 procedur,
- 3. Allogeniczny przeszczep szpiku od dawcy spokrewnionego** – 20 procedur,
- 4. Allogeniczny przeszczep szpiku od niespokrewnionego dawcy** – 4 procedury,
- 5. Leczenie po przeszczepie szpiku** – łącznie 124 pacjentów,
- 6. Immunoablacja w leczeniu aplazji szpiku** (limfoglobulina, metyloplednizolon, cyklosporyna) – 4 procedury.

Zgodnie z ustaleniami podczas negocjacji w Ministerstwie Zdrowia istnieje możliwość renegotiacji kontraktów w ciągu roku.

Podsumowując podkreślić należy, że aneksy na świadczenia dla pacjentów ubezpieczonych w WRKCh podpisane zostały przez Dyrektora Szpitala po długich i trudnych rozmowach z przedstawicielami Kasy Chorych. Mimo, że zostały w końcu podpisane, nie spełniają oczekiwań, związanych zwłaszcza ze zmianą finansowania drogich procedur chirurgii naczyniowej. Umożliwiają jedynie rozliczenie wykonanych usług medycznych na warunkach obowiązujących w poprzednim roku, przy cenach jednostkowych zmniejszonych średnio o 15% w stosunku do wartości obowiązujących w 2002 roku (poza opieką stacjonarną). Nie podpisanie aneksów, spowodowało wygaśnięcie umów z dniem 31 grudnia ubiegłego roku i brak możliwości otrzymania zapłaty za wykonane świadczenia.

Opracowała:

mgr Ewa Radoszewska

Kierownik Działu Organizacji, Nadzoru i Statystyki

PRESTARIUM[®] 4 mg

PERYNDOPRYL

- ▶ **TKANKOWY ACE INHIBITOR OPTYMALNY
W NIEWYDOLNOŚCI SERCA**
- ▶ **ZAWSZE STOSOWANY RAZ DZIENNIE**

Leki firmy SERVIER przeznaczone do leczenia szpitalnego dostępne są w aptece szpitalnej (również w postaci bezpłatnych próbek lekarskich)



REMONTY



Oddział „E” przed... i po remoncie

Zespół redakcyjny: Zofia Owecka, 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: 0-61 854-92-94, 854-91-21
e-mail: nowiny.szpitalne@sk1.am.poznan.pl

Przygotowanie: Wydawnictwo Kontekst
e-mail: wydawnictwo.kontekst@xl.wp.pl

REDAKCJA ZASTRZEGA SOBIE PRAWO DO ZMIANY TYTUŁÓW I SKRACANIA TEKSTÓW.