



NOWINY SZPITALNE

ISSN 1643-0980

NR 1-2 (34-35) Rok VI – STYCZEŃ-LUTY 2006

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

Nowy Oddział Hospicjum Palium

W czwartek, dnia 9 lutego 2006 r. odbyło się uroczyste otwarcie kolejnego skrzydła Hospicjum Palium, które mieści się przy os. Rusa w Poznaniu.

Część oficjalną poprzedziła konferencja prasowa z udziałem regionalnych mediów. Na uroczystość przybyli licznie zaproszeni goście: przedstawiciele władz Akademii Medycznej, Urzędu Marszałkowskiego, Władz Samorządowych, Ministerstwa Zdrowia, a także przyjaciele Hospicjum Palium oraz wolontariusze. Ze-

branych gości powitał prof. dr hab. med. Jacek Łuczak, Ordynator Oddziału i współtwórca Hospicjum Palium, który przybliżył zebranym zarówno ideę opieki paliatywnej, jak i zaprezentował zakres działalności nowej części Hospicjum Palium.

(dokończenie na str. 5)



Prof. Jacek Łuczak podczas otwarcia nowej części Hospicjum Palium – wita zebranych gości

W numerze m.in.:

Z życia Szpitala	2
OKIEM DYREKTORA NACZELNEGO	
Widząc dziś, patrząc w dal	3
OKIEM NACZELNEGO LEKARZA SZPITALA	
Między skutecznością a kompromisem ..	3
UROCZYSTOŚCI	
Pożegnanie emerytów	4
RENOWACJA HISTORYCZNYCH OBIEKTÓW	
Szpital na trakcie	5
NASZE JEDNOSTKI	
Szpitalny mikrokosmos	6
SPRAWY ORGANIZACYJNE	
Regulamin organizacyjny SPSK Nr 1 ...	7
Listy oczekujących	8
Kontraktowanie świadczeń	9
Z prac Zespołu d.s. Diagnostyki Labora-	
toryjnej	9
Strategia informatyzacji	9
Słowo o dokumentacji medycznej	10
Zbiórki Publiczne Polskiego Towarzy-	
stwa Opieki Paliatywnej	11
SZKOLENIA	
Nasi stażyści	11
Informacje Działu Technicznego	11
Wielkopostne zamyślenia	11
Wiersze Pacjentów	11

Rozmowa z naszym Dziekanem

Z prof. dr hab. med. Andrzejem Tykarskim Dziekanem Wydziału Lekarskiego II rozmawia Naczelny Lekarz Szpitala Szczepan Cofta



Fot. Archiwum

Szczepan Cofta — Zeszłoroczne wybory na Akademii Medycznej sprawiły, że kolejna osoba z naszego Szpitala znalazła się we władzach Uczelni. Został Pan Dziekanem Wydziału Lekarskiego II. Jak to zmieniło Pana życie zawodowe?

Prof. Andrzej Tykarski — Przede wszystkim musiałem je szybko przeorganizować, ponieważ nowe obowiązki przyszły nagle i niespodziewanie. Poprzednio miałem komfort pracy w

jednym miejscu. Teraz rano jadę na chwilę do dziekanatu podpisać najpilniejsze pisma i dać dyspozycje, następnie kilka godzin spędzam w szpitalu na pracy klinicznej + ustawienie badań naukowych z doktorantami + sprawy „papierkowe” Kliniki i około 13.00 jestem z powrotem w dziekanacie. O ile nie ma jakiegoś zebrania na „Fredry”.

(ciąg dalszy na str. 8)

SZANOWNI PACJENCI! JESTEŚMY DLA WAS, DZIĘKI WAM

Z ŻYCIA SZPITALA

W ostatnich dniach grudnia ubiegłego roku odbywały się spotkania świąteczne w poszczególnych Klinikach i Jednostkach, w których uczestniczyli przedstawiciele dyrekcji naszego Szpitala.



W dniu **23 grudnia** w klubie szpitalnym przy ul. Długiej odbyło się spotkanie opłatkowe, którego organizatorem była Dyrekcja Szpitala. Zaproszeni byli kierownicy klinik, ordynatorzy oraz kierownicy jednostek naszego Szpitala. Były życzenia, kolędy, mały poczęstunek...



Koniec ubiegłego roku obfitował w spotkania w Narodowym Funduszu Zdrowia, gdzie omawiano zagadnienia dotyczące zawierania umów na 2006 rok.



W dniu **27 grudnia** Dyrektor Naczelny z Naczelnym Lekarzem Szpitala oraz Naczelną Pielęgniarką uczestniczyli w spotkaniu organizacyjnym w *Hospicjum Palium*.



W dniu **29 grudnia** odbyło się w dyrekcji spotkanie poświęcone organizacji pracy sal operacyjnych przy ulicy Łąkowej. Kierownikiem Bloku Operacyjnego w tym obiekcie został dr med. Radosław Mądry.



W dniach **29 grudnia** oraz **3 lutego** odbyły się spotkania zespołu ds. list oczekujących.



Na początku stycznia we wszystkich 3 budynkach naszego Szpitala rozpoczęły się prace związane z modernizacją sprzętu radiologicznego. Udało się w ostatnich tygodniach zakończyć procesy przetargowe umożliwiające całkowite odnowienie bazy rentgenowskiej w budynkach przy ul. Długiej, Łąkowej oraz Szamarzewskiego.



W dniu **4 stycznia** odbyło się kolejne spotkanie poświęcone transplantologii płucnej. Spotkanie prowadził prof. Wojciech Dyszkiewicz.



W dniu **13 stycznia** odbyło się spotkanie Dyrektora Naczelnego – Jana Talagi z

Kancelerzem Akademii Medycznej – mgr Bogdanem Poniedziałkiem.



W dniu **17 stycznia** odbyło się spotkanie Zespołu ds. Diagnostyki Laboratoryjnej. Tematem spotkania było omówienie stanu zaawansowania wdrożenia systemu informatycznego w dziale diagnostyki laboratoryjnej, plan szkoleń zewnętrznych i wewnętrznych organizowanych przez Dział Diagnostyki Laboratoryjnej oraz organizacji na aparaturę badawczo-pomiarową.



W dniu **18 stycznia** w budynkach naszego Szpitala przy ul. Łąkowej i Szamarzewskiego odbyły się spotkania Naczelnego Lekarza Szpitala oraz przedstawicieli Działu Organizacji z przedstawicielami lekarzy pracujących w poradniach, pielęgniarkami oddziałowymi oraz koordynującymi. Tematem spotkania były sprawy organizacyjne związane ze sprawozdawczością oraz funkcjonowaniem oddziałów i poradni.



W dniu **20 stycznia** przedstawiciele dyrekcji uczestniczyli w spotkaniu ze związkami zawodowymi naszego Szpitala. Na spotkaniu omawiano m.in. zagadnienia związane z podwyższeniem wynagrodzeń dla pracowników.



W dniu **24 stycznia** Dyrektor Naczelny Szpitala z Naczelnym Lekarzem Szpitala uroczystie pożegnali czworo lekarzy, którzy z końcem 2005 roku przeszli na emeryturę. W spotkaniu uczestniczyli również kierownicy klinik, w których pracowali żegnani lekarze (więcej na kolejnych stronach).



W dniu **1 lutego** odbyło się spotkanie lekarzy odpowiedzialnych za informatyzację w poszczególnych oddziałach z przedstawicielami Działu Informatyki.



W dniu **4 lutego** lekarze z budynku przy ul. Łąkowej organizowali Białą Sobotę Onkologiczną dla pacjentów naszego miasta.



W dniu **9 lutego** odbyło się uroczyste otwarcie nowej części Hospicjum Palium przy Os. Rusa w Poznaniu. Spotkanie to poprzedziła konferencja prasowa.



W dniu **16 lutego** „Głos Wielkopolski” obchodził swoją 61 rocznicę wydania pierwszego numeru. Z tej okazji Dyrektor Jan Talaga uczestniczył w uroczystości jubileuszowej połączonej z wręczeniem Nagrody Pracy Organicznej, Medali Młodej Sztuki oraz uhonorowaniem laureatów plebiscytu na 10 Najbardziej Wpływowych Wielkopolan w 2005 roku.



W dniu **20 lutego** Dyrektor Piotr Bogacz z Naczelną Pielęgniarką Panią Dorotą Liczbańską wspólnie z panią prof. Krystyną Pecold oraz kierownikami Katedry i Kliniki Okulistyki doc. Jarosławem Kocięckim uczestniczyli w spotkaniu w Urzędzie Marszałkowskim, podczas którego omawiano problemy okulistyki dziecięcej w naszym regionie.



W dniu **21 lutego** w obiekcie Szpitala przy ul. Szamarzewskiego odbyło się spotkanie dyrekcji z przedstawicielami Akademii Medycznej – Rektorem prof. Grzegorzem Bręborowiczem oraz Prorektorami: prof. dr hab. Andrzejem Obrębowskim oraz prof. dr hab. Wojciechem Dyszkiewiczem. Spotkanie miało na celu dokonanie wizji lokalnej obiektu Szpitalnego przy ul. Szamarzewskiego oraz podjęcie refleksji o jego przyszłości.



W dniu **24 lutego** br. odbyło się kolejne posiedzenie Rady Społecznej naszego Szpitala, na którym obecnych było siedmiu spośród członków Rady, Dyrekcja Szpitala oraz przedstawiciele związków zawodowych. Podczas spotkania omawiano m.in. tematy dotyczące obiektu szpitalnego przy ul. Łąkowej i Długiej, omówiono sytuację ekonomiczną Szpitala. Rada Społeczna miała za zadanie zaopiniować plan rzeczowo-finansowy na rok 2006 oraz Regulamin Organizacyjny Szpitala.

Zebrała: Anna Zgórecka



Widząc dziś – patrząc w dal

24 lutego odbyło się kolejne posiedzenie Rady Społecznej naszego Szpitala. To niebywale ważne spotkanie rozpoczęło się od prezentacji zamierzeń na najbliższe lata. Patrzymy w dal, choć horyzont niektórych zdarzeń szybko przybliży się do naszej rzeczywistości.

Członkowie Rady Społecznej zapoznali się z planami podjęcia starań o rozbudowę obiektu szpitalnego przy ul. Szamarzewskiego i skoncentrowania tam klinicznej działalności onkologicznej SPSK Nr 1. Ambitne i trudne zadanie, zwłaszcza w okresie permanentnego braku środków w systemie ochrony zdrowia. Mamy nadzieję na lobbing tego pomysłu wśród decydentów i osób odpowiedzialnych za finansowanie inwestycji. Wierzymy, że także pozytywne zdanie członków Rady, będzie przyczyniać się do umacniania zasadności tej idei. W 2007 roku zamierzamy ubiegać się o fundusze z Unii Europejskiej właśnie w zakresie rozbudowy obiektu przy ul. Szamarzewskiego i przeniesienia oddziałów z ul. Łąkowej.

Sporo zmian dostosowujących do wymogów prawnych czeka też obiekt Szpitala przy ul. Długiej. Spoglądając w dal, działamy już dziś. Rada Społeczna

na lutowym spotkaniu pozytywnie zaopiniowała projekt planu rzeczowo-finansowego na rok 2006. Uwzględniła on finansowanie określonych inwestycji dotyczących translokacji części komórek organizacyjnych oraz stworzenia bloku operacyjnego oddziałów chirurgii naczyniowej, w dobudowanym kilkanaście lat temu skrzydle Szpitala. Już dziś widać w tym zakresie pewne zmiany jak np. przeniesienie Działu Diagnostyki Obrazowej na I piętro. Pracownia RTG z nowoczesnym sprzętem rozpoczęła właśnie swoją działalność.

Dziś największym sukcesem inwestycyjnym jest jednak Oddział Hematologii i Transplantacji w obiekcie przy ul. Szamarzewskiego. Europejski standard służyć będzie przede wszystkim pacjentom, choć także ułatwi pracę personelu. To także przykład racjonalizacji kosztów, bowiem rezygnujemy z wynajmowania

pomieszczeń w Szpitalu przy ul. Szkolnej. Ukończona dziś rozbudowa Hematologii to dobry przykład skutecznego wykorzystania przez AM funduszy unijnych. Widząc dziś, patrzymy w dal, bo wielu rzeczy nie da się zrobić w ciągu kilku, czy kilkunastu miesięcy. Oby starczyło nam sił i środków. Sił, gdyż wszyscy zdajemy sobie sprawę z marności płac w ochronie zdrowia. Niestety ten problem, choć widziany przez nas jako priorytetowy, zależy już od zmian na wyższych szczeblach, rozwiązań systemowych. Mam nadzieję, że osoby i instytucje odpowiedzialne za kreowanie wynagrodzeń w ochronie zdrowia, nie tylko patrzą w przyszłość, ale widzą go już dziś.

*Jan Talaga
Dyrektor Szpitala*



Między skutecznością a kompromisem

Wydawać by się mogło, że najbardziej pożądaną cechą naszego działania powinna być skuteczność. Dotyczy to wielu wymiarów naszego życia, także zarządzania szpitalem.

Inni mogliby sprecyzować, że najlepszą cechą działania powinien być pragmatyzm, czyli podejście praktyczne, które każe cieszyć się z osiągnięcia rzeczy możliwych z zaakceptowaniem niemożności osiągnięcia tego, co wydawałoby się słuszne, aczkolwiek poza zasięgiem dostępnych środków.

Jeszcze inni sugerować będą zaakceptowanie stagnacji (tzw. świętego spokoju) – np. bieżącego administrowania – umożliwiającego spokojne trwanie, które zakłada nie narażanie się komukolwiek. Jedynym wtedy napięciem będzie

konieczność bieżącego tzw. gaszenia pożarów. Stąd już niewielka przestrzeń do oportunisty czy też – inaczej wyrażając – poprawności (na marginesie: tak boli współczesne zjawisko powtarzania opinii i sądów wtórnych, będących jedynie powielaniem za innymi, a szczególnie za tak często płytkimi w swych analizach środkami przekazu).

Jeśli jednak chociażby:

1. podejmuje się ryzyko porządkowania struktury działalności w budynkach przy ulicy Długiej z perspektywą

funkcjonalnego – rozgęszczonego – działania tutejszych oddziałów;

2. próbuje się ukazać szczególną wartość – niedocenianą często – działalności onkologicznej naszego Szpitala (to przecież ok. 44% kwot przeznaczonych na nasze działanie) z próbą opowiedzenia się za przeniesieniem oddziałów z ulicy Łąkowej na tak atrakcyjny inwestycyjnie teren przy ulicy Szamarzewskiego, gdzie miałyby szansę rozkwitać akademickie centrum onkologiczne;

(ciąg dalszy na str. 4)

Pożegnanie emerytów

W dniu 24 stycznia br. Dyrektor Naczelny i Naczelny Lekarz Szpitala, uroczystie pożegnali czworo lekarzy, którzy z końcem 2005 r. przeszli na emeryturę. W spotkaniu uczestniczyli kierownicy klinik, w których ostatnio pracowali żegnani lekarze.



Dr n. med. Katarzyna Boduch-Cieślińska
z Dyrektorem Naczelnym Szpitala.



Dr n. med. Zdzisław Szłapka-Głogowski
Zdjęcia: Rafał Staszewski

Dyrektor podziękował wszystkim emerytom za wieloletnią pracę, wykonywaną z pełnym oddaniem dla dobra pacjentów i Szpitala oraz podkreślił ich znaczący wkład w prace badawcze oraz kształcenie i wychowywanie młodych pokoleń lekarzy.

Na emeryturę przeszli:

Pani Helena Bassara

specjalista radioterapii i chemioterapii nowotworów, pracująca od 1976 roku na Oddziale Chemioterapii i w poradniach przyklinicznych. Pani Doktor nie mogła osobiście uczestniczyć w spotkaniu z powodu złego stanu zdrowia.

Pani Katarzyna Boduch-Cieślińska

doktor nauk medycznych, specjalista w zakresie okulistyki, pracująca w Klinice Okulistycznej naszego Szpitala od 1972 r., ostatnio na stanowisku zastępcy ordynatora Kliniki.

Pani Zdzisława Szłapka-Głogowska

doktor nauk medycznych, specjalista ginekologii i położnictwa, zatrudniona na Oddziale Ginekologii Onkologicznej Kliniki Onkologii od 1976 r. pani Doktor dodatkowo wykonywała obowiązki lekarza zakładowego w poradni ginekologicznej.

Pan Witold Podstawski

doktor nauk medycznych, specjalista w zakresie chirurgii ogólnej. W latach 1968 do 1981 był zatrudniony w Klinice Chirurgii Urazowej na stanowisku asystenta i adiunkta Akademii Medycznej. Od 1982 roku nieprzerwanie pracował w Klinice Chirurgii Ogólnej i Naczyń, w tym w latach 1991 do 2002 roku kierował i nadzorował pracę Bloku Operacyjnego oddziałów chirurgicznych.

Doktor W. Podstawski nie mógł osobiście uczestniczyć w spotkaniu z powodu złego stanu zdrowia. W jego imieniu podziękowania za wieloletnią pracę odebrał Kierownik Kliniki Chirurgii Ogólnej i Naczyń prof. dr hab. n. med. Wacław Majewski.

W imieniu wszystkich pracowników naszego Szpitala, Redakcja przyłącza się do podziękowań Dyrekcji za wieloletnią, pełną zaangażowania pracę i pragnie wszystkim życzyć zdrowia i radości z czasu wolnego od zawodowych obowiązków.

mgr Iwona Wesółowska

UWAGA!

W przypadku zaistnienia wątpliwości związanych z działalnością organizacyjną naszego Szpitala istnieje możliwość kontaktu e-mailowego w celu uzyskania odpowiedzi:

krystyna.piatkowska@sk1.am.poznan.pl

Korzystaj ze szpitalnego INTRANETU

Znajdziesz w nim informacje dotyczące funkcjonowania naszego Szpitala.

Między skutecznością a kompromisem

(dokończenie ze str. 3)

3. próbujemy szukać najbardziej właściwych rozwiązań dla działalności *Hospicjum Palium* z próbą nie przekreślenia ryzykownego zamysłu leczenia ran przewlekłych, jest to już wystarczające dla ukazania napięć i intensywności zarządzania oraz kreowania

prób ukazania perspektyw na przyszłość. Wymaga takie podejście i odwagi i dynamizmu. Nie przekreśla jednak niebezpieczeństw związanych z zewnętrznymi i wewnętrznymi ograniczeniami, niedopowiedzeniami i brakiem przejrzystości.

W obliczu takich chociażby jako powyższe wyzwań najważniejsza jest dbałość o takie cechy jak: otwartość, kreatywność i unikanie partykularyzmów.

Dobrze oczywiście być skutecznym. Czy jednak najważniejszą ce-

chą jest nie tyle skuteczność, ile raczej umiejętność wyboru dobrego kierunku i konsekwentnego – nawet wbrew wewnętrznym czy zewnętrznym okolicznościom – ku niemu zmierzania. Zmierzania ku Dobru mimo wszystko... Choć często znajdujemy się w bolesnej przestrzeni między skutecznością, kompromisem a niemożnością.

*Szczepan Cofta
Naczelny Lekarz Szpitala*

Szpital na trakcie

Akademia Medyczna im. Karola Marcinkowskiego przystąpiła w styczniu br. do projektu turystyczno-promocyjnego, pod auspicjami Urzędu Miasta Poznania „Trakt Królewsko-Cesarski”.

Celem całego przedsięwzięcia jest pozyskanie funduszy z Unii Europejskiej na renowację historycznych budynków i rewitalizację ich otoczenia. W projekcie tym uwzględniono i zaakceptowano przedłożone przez nasz Szpital propozycje odzyskania dawnego blasku budynku szpitala przy ul. Długiej.

Modernizacja obiektu, którą wyceńniono na kwotę blisko 7 mln zł – w przypadku zatwierdzenia całości projektu – obejmować będzie:

- wykonanie nowej elewacji Szpitala przy ul. Długiej,
- wymianę okien,
- naprawę kopuły Szpitala,
- renowację balkonów i tarasów,

- adaptację pomieszczeń piwnicznych na muzeum Szpitala i zakonu,
- odbudowę historycznej, neogotyckiej studzienki z figurą Matki Boskiej z Dzieciątkiem przy Szpitalu Klinicznym Nr 1 AM w Poznaniu,
- zewnętrzne oświetlenie wraz z iluminacją obiektu,
- renowację zieleni – parku szpitalnego z odbudową fontanny,
- remont wraz z pracami konserwatorskimi kościoła Przemienienia Pańskiego, należącego do kompleksu szpitalnego.

Złożony wniosek spełnił wymogi formalne, teraz poddany zostanie ocenie merytorycznej. Jeśli będzie ona pozytywna, to od 2007 r. Szpital przy Długiej będzie



Fot. Archiwum

Neogotycka studzienka z figurą Matki Boskiej

mógł liczyć na spore dofinansowanie remontu obiektu.

RS

HOSPICJUM PALIUM

Nowy Oddział Hospicjum Paliu

(dokończenie ze str. 1)

W nowej części budynku został uruchomiony 9-lóżkowy Oddział Medycyny Paliatywnej z Pododdziałem Onkologicznym, oraz Pracownia Fizjoterapii, wyposażone w nowoczesny sprzęt. Na otwartym oddziale prowadzone będzie m.in. leczenie ran. Powołanie oddziału

możliwe było dzięki ofiarności osób prywatnych a także wsparciu przez Ministerstwo Zdrowia w ramach realizowanego programu Nadzieja.

Dużym wsparciem finansowym i organizacyjnym jest także dla Hospicjum, działające od 17 lat Towarzystwo Opieki Paliatywnej. Stara się ono przede wszystkim pozyskiwać środki finansowe

na działalność Hospicjum a także propagować różne formy pomocy cierpiącym, ciężko chorym pacjentom oraz ich bliskim.

Po poświęceniu Oddziału, którego dokonał Ks. Prałat Jan Stanisławski, goście mogli zwiedzić nową część opieki paliatywnej. Na zakończenie, dla wszystkich obecnych – Gości i Pacjentów – zagrało Trio Frulatto.

AS

Zdjęcia: A. Skoczylas



Podczas otwarcia nowej części Hospicjum Paliu – zebrani goście



Przecięcie wstęgi przez Pacjenta Macieja Kolańczyka, poświęcenia Oddziału dokonuje ks. Prałat Jan Stanisławski

Szpitalny mikrokosmos

Złociste kolonie *Staphylococcus aureus*, pasjonujące łańcuchy *Streptococcus pyogenes*, pałeczkowate *Escherichia coli*, układają się niczym mozaika na szkiełkach – płytkach Petriego – w Laboratorium Mikrobiologii. Mikrokosmos w podziemiach Szpitala, bowiem Laboratorium zlokalizowane jest w przyziemiach Szpitala przy ul. Długiej. Piękno tych jednokomórkowych lub kolonijnych organizmów może być jednak złudne, szczególnie w szpitalu... Tu bowiem analizowane są drobnoustroje chorobotwórcze, stanowiące etiologię wielu schorzeń i powikłań pozabiegowych.

Rola mikrobiologii w dzisiejszej diagnostyce jest niekwestionowana. W SPSK Nr 1 AM w Poznaniu badania mikrobiologiczne wykonuje się już od ponad 30 lat. Laboratorium Mikrobiologiczne funkcjonowało jednak najpierw w strukturach szpitalnego laboratorium diagnostycznego. Od 1999 r., kiedy stworzono Dział Diagnostyki Laboratoryjnej, wyodrębniono Pracownię Bakteriologii, którą kierowała mgr Łucja Kuźniak. Pracownię później przekształcono w Laboratorium Mikrobiologii. Od 2003 r. funkcję kierownika tej komórki organizacyjnej przejęła mgr Anna Mól, z którą przeprowadziliśmy rozmowę.

— *Czym zajmuje szpitalne Laboratorium Mikrobiologii?*

— W pracowni wykonywane jest szerokie spektrum badań mikrobiologicznych. Wykonujemy praktycznie większość standardowych oznaczeń bakteriologicznych, identyfikację grzybów pleśniowych przeprowadzamy do poziomu rodzajów (w laboratorium nie ma wydzielonego pomieszczenia na badania mikologiczne). Laboratorium posiada 2 poziom bezpieczeństwa – tzw. BSL 2 – co wyklucza oznaczenie wyjątkowo zjadliwych patogenów (np. wywołujących zakażenia przenoszone przez aerozole, w tym *Mycobacterium tuberculosis*).

Miesięcznie wykonujemy ok. 900 badań, a w strukturach szpitalnych najczęściej ich wykonujemy głównie dla oddziałów zabiegowych, hematologii i anestezjologii. Każdy z oddziałów predysponuje do występowania określonych szczepów. Oddział intensywnej terapii jest rezerwuarem szczepów wieloopornych gatunków bakterii, a dominującymi zakażeniami są posocznice i zapa-

lenia płuc. Na oddziałach chirurgicznych przeważają zakażenia pooperacyjne, zaś na oddziałach onkologicznych bakteriami i posocznica, zwłaszcza u pacjentów z neutropenią.

Jako jedyne laboratorium w regionie, prowadzimy oznaczenia metodami serologicznymi grzybów pleśniowych. Jest to badanie skierowane głównie w zakresie leczenia hematologicznego. Coraz więcej badań sprzedajemy także innym zakładom opieki zdrowotnej, zwłaszcza szpitalom.

Laboratorium bierze ponadto udział w ogólnopolskich programach monitorowania zakażeń i lekooporności. Ostatnio uczestniczymy w programie monitorowania zakażeń spowodowanych gronkowcami oraz pozaszpitalnych zapaleń płuc, które koordynowane były przez Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego.

— *Nie ma szpitala, w którym nie zdarzałyby się zakażenia, trzeba je tylko dobrze identyfikować, by umieć im zapobiegać...*

— Tak, ale właśnie kwestia szerszego spojrzenia na zakażenia szpitalne, to drugi aspekt pracy bakteriologów. Zakażenia są główną przyczyną zachorowalności i śmiertelności np. wśród pacjentów hematologicznych. Wśród czynników decydujących o rodzaju terapii należy wymienić, obok jej skuteczności, choćby znajomość flory bakteryjnej oddziału. Żeby wybrać jakiś antybiotyk musimy wiedzieć, jaka jest sytuacja epidemiologiczna w szpitalu. Trzeba określić profil odporności drobnoustrojów. To można stwierdzić retrospektywnie oceniając, jak na poszczególnych oddziałach kształtuje się lekooporność. Właśnie takie badania

i analizy prowadzone są raz w roku przez mikrobiologów naszego szpitala. To globalne spojrzenie ma wpływ na wiele decyzji terapeutycznych np. na tej podstawie ustalany jest receptariusz szpitalny. Zatem rola mikrobiologii w profilaktyce zakażeń polega na prawidłowej diagnostyce materiałów i analizie raportów. Na zmniejszenie częstości zakażeń szpitalnych wywołanych przez wielooporne szczepy bakterii wpływa przestrzeganie zasad higieny i aseptyki oraz odpowiednia polityka antybiotykowa. Bakterie i wirusy są zawsze o jeden krok do przodu. Musimy wiedzieć o nich jak najwięcej, by móc skutecznie w przyszłości leczyć pacjentów.

— *Ważna jest zatem współpraca z lekarzami i pielęgniarkami.*



Pracownia Bakteriologii
fot. Rafał Staszewski

— Kluczowe jest przestrzeganie procedur związanych z pobraniem materiału, bo często nie jest możliwe powtórzenie badania. Drugi raz materiału np. z zabiegu operacyjnego można już nie uzyskać, podobnie jak nie przeprowadzi się specjalnie bronchoskopii, bo podczas wcześniejszej nieumiejętnie przechowano materiał. Mikrobiologia pracuje na żywych organizmach, stąd też ważna jest kwestia wiedzy personelu medycznego na temat właściwego czasu, miejsca i sposobu pobrania materiału (np. przy zakażeniach septycznych drobnoustroje wysiewane są do krwi co pewien czas). Bakteriolog zawsze służy pomocą lekarzowi i w przypadku niepewności warto zasięgnąć u niego porady. Dla nas z kolei, istotną w prawidłowym przeprowadzeniu analizy, jest informacja przekazywana wraz ze skierowaniem. Dane w niej zawarte pomagają nam w określeniu czy w sposób prawidłowy możemy dla danego pacjenta wykonać oznaczenia. Jeżeli o pacjenci nic nie wiemy, jeżeli materiał długo czekał na badanie, może to zafałszować wyniki.

— *Każda antybiotykoterapia empiryczna, może być obciążona pewnym stopniem ryzyka, bowiem oparta jest na domniemanej etiologii. Czy więc należałoby zawsze wykonywać antybiogramy?*

— W niektórych przypadkach antybiotykoterapia empiryczna może być obciążona błędem, pojawiają się bardziej odporne i zmutowane szczepy, wielu rzeczy nie można przewidzieć. Dlatego też, szczególnie dla pacjentów *krytycznych*, wykonanie posiewów i antybiogramów powinno być stosowane standardowo. Wbrew pozorom spowoduje to ograniczenie kosztów, bowiem wszyscy zdajemy sobie sprawę z cen niektórych antybiotyków. Badanie mikrobiologiczne nie jest tak drogie jak włączenie nietrafionego leku. Wynik antybiogramu pozwala skorygować dotychczasowe leczenie. Badania mikrobiologiczne są kluczowe dla pacjentów z obniżoną odpornością. Tu powinien być prowadzony stały monitoring pacjenta. Wiedza w zakresie tego, czy dany antybiotyk jest skuteczny u konkretnego pacjenta pozwala stosować antybiotyki celowane. Należy zdawać sobie sprawę, że im więcej stosuje się antybiotyków o szerokim spektrum działania, tym większe zjawisko oporności. Niestety są już takie bakterie na które nie ma antybiotyku.... Trzeba więc stosować je rozsądnie.

— *Czas nie jest sprzymierzeńcem bakteriologii?*

— Niestety to prawda. Potrzebujemy czasu, a raczej bakterie go potrzebują, by można było zidentyfikować drobnoustroje i ich liczbę – 24 godziny to minimum. Dodatkowo jeżeli mamy mie-

szane zakażenie, to wyizolowanie czystej hodowli jest jeszcze bardziej czasochłonne. Są jednak metody przyspieszające uzyskanie pierwszych wyników. Mamy specjalny aparat do monitorowanego posiewu krwi, który „wyrzasa” materiał, inkubuje i kiedy stwierdzi, że najprawdopodobniej jest wzrost drobnoustrojów sygnalizuje to nam. Wówczas z materiału możemy ocenić kształt i sposób zabarwienia drobnoustrojów (czyli ocenić, czy w preparacie znajdują się np. pałeczki gramm ujemne, czy gram dodatnie). To już może być podstawą do decyzji terapeutycznych lekarzy. To jednak tylko wstępny wynik badania, bowiem dopiero następnej doby możemy dookreślić, jakie drobnoustroje znajdują się w pobranym materiale.

— *Czy od czasów prekursora bakteriologii – Ludwika Pasteura – wiele zmieniło się w technikach badań?*

— Choć praca mikrobiologa – na przestrzeni lat – ze względu na postęp medycyny i nauk biologicznych znacznie się zmieniła, to cały czas ważny jest mikroskop, a kluczowa pozostaje osoba, która wykonuje ocenę materiału. Począwszy od oceny pobranego materiału, a na wyniku skończywszy.

Moim marzeniem w przyszłości jest stworzenie – w miarę możliwości – przy naszym Szpitalu pracowni badań molekularnych. Określone drobnoustroje mogą nie wyrastać w warunkach sztucznych, albo jest ich tak mało, że nie są do zidentyfikowania. Wtedy poszukiwanie, nawet pojedynczych kopii DNA w materiale pobranym od pacjenta, będzie dawać praktycznie 100 procentową gwarancję, czy dany patogen występuje. Przyszłość mikrobiologii stanowić będzie diagnostyka molekularna. Tymi metodami można wykryć geny oporności.

— *Czy od zawsze zawodowo związana była Pani z drobnoustrojami?*

— Poniekąd tak. Ukończyłam biologię na Uniwersytecie im. Adama Mickiewicza w Poznaniu, posiadam specjalizację II st. z mikrobiologii. Praktycznie moja praca od początku związana była z niewidocznymi gołym okiem drobnoustrojami, najpierw w poznańskim Sanepidzie, gdzie zaczynałam pracę, później w laboratorium przy ul. Serbskiej. I wreszcie dziś, w Szpitalu *Przemienienia Pańskiego*, gdzie z całym, niezwykle kompetentnym zespołem, staramy się pomagać lekarzom w podejmowaniu wielu decyzji terapeutycznych.

— *Dziękuję za rozmowę*

Rafał Staszewski

Regulamin organizacyjny SPSK Nr 1

Kolejnym dokumentem organizacyjnym Szpitala, którego uzupełnienie wypełniło oczywisty brak, jest Regulamin

organizacyjny. Po Regulaminie porządkowym – to kolejny podstawowy dokument, regulujący zasady działania Szpitala, zadania dyrektora, Rady społecznej, zastępców dyrektora i wszystkich komórek organizacyjnych. Załącznik do niego stanowi schemat organizacyjny Szpitala i wykaz komórek organizacyjnych z kodami, które powinny być używane w korespondencji.

Nie zachęcamy do czytania regulaminu. Zadaniem takich dokumentów jest po-

prostu być – a nie dostarczać ciekawej lektury. Należy do nich sięgać tylko w wypadku wątpliwości i wtedy ich porządkująca rola jest nie do przecenienia.

Mamy nadzieję, że tak się stanie – także w naszym Szpitalu, w którym zależności organizacyjne na styku działalności szpitalnej i akademickiej bywają skomplikowane i nie dla wszystkich na codzień oczywiste.

HB

SPRAWY ORGANIZACYJNE

Rozmowa z naszym Dziekanem

prof. dr hab. med. Andrzejem Tykarskim

Dziekanem Wydziału Lekarskiego II

(ciąg dalszy ze str. 1)

— Muszę dbać o interesy szpitala, więc zapytam jak to możliwe, że to, co Pan robił przez cały dzień, załatwia Pan teraz w 3 godziny?

— No tak. Po pierwsze prof. Głuszek zwolnił mnie z części obowiązków klinicznych, za co jestem mu wdzięczny. Nadzoruję tylko 8-12 łóżek, a i tak, gdy są gorące dni w dziekanacie, na przykład przygotowanie Rady Wydziału, proszę o przejęcie obowiązków docent Małaczyńską. Zresztą wszyscy mi pomagają, bo zespół jest super. Po drugie, zrezygnowałem z gabinetu lekarskiego w Jarocinie i przeniósłem go do Poznania, żeby żadne konsultacje "towarzyskie" nie odbywały się w szpitalu. I po trzecie staram się spraw dziekańskich nie załatwiać w szpitalu.

— Pewnie cierpi na tym praca naukowa?

— Kiedyś publikacje przygotowywałem w szpitalu. Teraz to niemożliwe, więc zostają weekendy. Ale nauki nie chcę opuścić. I nadal redaguję dwumiesięcznik „Nadciśnienie Tętnicze” i daję wykłady z hipertensjologii dla firm farmaceutycznych.

— W jaki sposób – patrząc z perspektywy „Urzędu Dziekańskiego” – szpital kliniczny powinien pełnić w relacji z Akademią Medyczną swą – przecież trojaką (bo dydaktyczną, naukową i usługową) rolę?

— Nowa funkcja niewiele zmieniła w moich poglądach na kwestie usługowe, wolę je nazywać klinicznymi i naukowymi. Jest dla mnie oczywiste, że z uwagi na to, że podstawowym źródłem finansowania szpitala klinicznego jest umowa z NFZ, ta sfera działalności powinna być podporządkowana dyrekcji szpitala, a obowiązkiem kadry, także akademickiej, jest ściśle wypełnianie kontraktu klinicznego. Z drugiej strony działalność naukowa powinna być domeną jednostek Akademii Medycznej, przy przestrzeganiu zasady, że badania te nie mogą generować kosztów po stronie szpitala klinicznego. Natomiast organizowanie działalności na Wydziale uświadomiło mi jak ważna jest w kwestiach dydaktycznych dobra współpraca władz Uczelni i dyrekcji szpitala. Poświęcenie dużej powierzchni szpitala na bazę dydaktyczną, finansowanie jej remontów, prowadzenie zajęć dydaktycznych przez lekarzy na etatach szpitalnych, czy koszty zajęć dydaktycznych – wszystko to wymaga zrozumienia z obu stron.

— W jaki sposób pełnienie funkcji Dziekana wpłynęło na Pana postrzeganie tych relacji w naszym szpitalu klinicznym?

— Mam teraz okazję obserwowania działalności klinicznej, naukowej i dydaktycznej, szczególnie w sytuacjach konfliktowych w różnych szpitalach klinicznych i z przyjemnością oceniam relacje kierownictwo klinik – dyrekcja Szpitala i władze Uczelni – dyrekcja Szpitala w tych sferach działalności jako bardzo dobre, o czym wcześniej nie byłem przekonany. Proszę mi wierzyć, że w innych szpitalach klinicznych te problemy są większe i rozwiązywane mniej koncyliacyjnie.

— Co w relacjach między Organem Założycielskim, tj. Akademią Medyczną, a szpitalem klinicznym powinniśmy zmienić, wypracować?

— Opisał Pan to wnikliwie, z punktu widzenia Szpitala, w ciekawym artykule „Pytania o szpital kliniczny”, który wart jest obszernej analizy, niemożliwej w formule tego wywiadu. Zasygnalizuję tylko, że osobiście nie jestem zwolennikiem radykalnych zmian w tych relacjach, ponieważ może to doprowadzać do niepotrzebnych napięć, podczas gdy decydujący głos i tak będą miały władze Uczelni. Ważniejsze byłoby jasne określenie dotychczasowych kompetencji w kwestiach klinicznych, naukowych i dydaktycznych, a przypadku istotnych decyzji, które dotyczą wszystkich tych sfer działalności, np. sprawy lokalowe, przestrzeganie kolejności procedur – propozycja dyrekcji szpitala klinicznego, następnie konsensus kierowników klinik, a w razie trudności w porozumieniu, mediacja i ostateczna decyzja Rektora i Senatu Akademii Medycznej. Możemy być tu wzorem dla innych szpitali klinicznych.

— Na koniec lżejsze pytanie. Czy przy tym wszystkim ma Pan trochę czasu dla siebie? Jakies hobby?

— No pewnie. Inaczej bym zwariował. Trochę czasu poświęcam Klubowi Sportowemu „Budowlani” gdzie jestem prezesem. Sam lubię pograć w tenisa stołowego, a od kilku tygodni zmusiłem się do codziennego biegania na bieżni. Hobby – kolekcjonuję zegarki i książki o nich.

— Dziękując za rozmowę pozostaje życzyć skutecznego – dla dobra Uczelni – wypełniania tej zaszczytnej i zobowiązującej funkcji. A poza tym wypada życzyć też i szpitalowi, by i w przyszłości był silny obecnością władz dziekańskich, ale i rektorskich.

Rozmawiał: Szczepan Cofta

Lista oczekujących

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 września 2005 roku od dnia 1 października 2005, wprowadza, jako uzupełnienie zasad prowadzenia list oczekujących, pojęcie kategorii medycznych decydujących o kolejności udzielania świadczenia:

- przypadek pilny – jeżeli istnieje konieczność pilnego udzielenia świadczenia ze względu na dynamikę procesu chorobowego i możliwości szybkiego pogor-

szenia się stanu zdrowia lub znaczącego zmniejszenia szans na powrót do zdrowia;

- przypadek stabilny – to stan inny niż nagły i przypadek pilny.

Wyżej wymienione przypadki decydują o kolejności udzielenia świadczenia, a tym samym mają wpływ na umieszczanie pacjentów na liście oczekujących.

Lekarz kwalifikuje pacjenta do właściwej kategorii medycznej na podstawie:

- stanu zdrowia,
- rokowań, co do dalszego przebiegu choroby,

- chorób współistniejących mających wpływ na chorobę z powodu której ma być udzielone świadczenie,
- zagrożeń wystąpienia, utrwalenia lub pogłębienia niepełnosprawności.

Bardzo ważne, aby fakt zakwalifikowania pacjenta do kategorii – przypadek pilny był odnotowany w dokumentacji medycznej pacjenta.

Instrukcja prowadzenia list oczekujących na udzielanie świadczeń zdrowotnych dostępna jest na stronie intranetowej Szpitala.

mgr Krystyna Piątkowska

Kontraktowanie świadczeń w roku 2006

W **lecnictwie szpitalnym** w roku 2006 NFZ wprowadził istotną zmianę w zakresie rozliczania i finansowania wykonywanych procedur. Dotychczas istniała możliwość rozliczenia przez każdy oddział procedur z całego katalogu świadczeń szpitalnych. W roku bieżącym NFZ finansuje tylko procedury wykonane w ramach poszczególnych oddziałów, które zostały przyporządkowane w katalogu świadczeń zgodnie ze specjalnością oddziału. Dodatkowo NFZ wyraził zgodę na rozliczanie procedur kardiologicznych w ramach Oddziału Nadciśnienia Tętniczego oraz Oddziału Nadciśnienia Tętniczego i Chorób Metabolicznych, a także wybranych procedur chirurgii ogólnej w ramach Oddziałów Chirurgii Ogólnej i Naczyni.

Przyjęty przez NFZ sposób rozliczania procedur wymaga zwrócenia szczególnej uwagi na sytuację, kiedy pacjent hospitalizowany w oddziale ma wykonywane procedury, których katalog świadczeń, w danej specjalności, nie przewiduje możliwości rozliczenia. W takich przypadkach istnieje konieczność hospitalizacji (przeniesienia pacjentów nawet na czas wykonania procedur) na oddziały w ramach, których

mogą być one sfinansowane przez NFZ, z pełną konsekwencją zaprowadzenia dokumentacji medycznej pacjenta.

W **lecnictwie szpitalnym w ramach chemioterapii** NFZ wprowadził zasadnicze zmiany dotyczące sposobu rozliczania leków oraz zakresu gromadzonych informacji o wykonanych procedurach. NFZ wymaga, w stosunku do każdego leczzonego pacjenta, podania szczegółowo informacji na temat ilości zużytego leku, masy i powierzchni pacjenta, dnia podania leku wg schematu chemioterapii. NFZ prowadzi na bieżąco szczegółową weryfikację przekazywanych przez Szpitala raportów dotyczących podanych leków i wymaga wyjaśnienia i korygowania wszelkich nieścisłości i nieprawidłowości.

Ponadto NFZ w zakresie preparatów, schematów leczenia, których nie przewiduje w swoich katalogach wymaga złożenia **wniosku na chemioterapię czy farmakoterapię niestandardową**. Wzór wniosków został szczegółowo określony. Przyjęty schemat leczenia będący przedmiotem niniejszych wniosków, dla wyrażenia zgody przez NFZ, wymaga pozytywnej opinii Konsultanta Wojewódzkiego.

W ramach **lecnictwa ambulatoryjnego**, w stosunku do roku ubiegłego, poszerzyła się lista badań diagnostycznych tzw. współfinansowanych w zakresie, których Szpital zawarł umowę z NFZ. Dotyczy to następujących badań:

- echokardiografia próba dobutaminowa,
- bronchofiberoskopia diagnostyczna,
- badanie elektrokardiograficzne – próba wysiłkowa,
- badanie elektrofizjologiczne narządu wzroku,
- diagnostyka laboratoryjna – badania molekularne (PCR/PFGE): mutacja G16911A genu czynnika V krzepnięcia krwi, oznaczenia obecności polimorfizmu G20210A genu protrombiny u chorych z trombofilia.

Dodatkowo dla pacjentów ambulatoryjnych w roku 2006 została podpisana umowa na świadczenia rehabilitacyjne wykonywane w Pracowni Fizjoterapii na Os. Rusa 25a oraz w Ośrodku Rehabilitacji przy ul. Szamarzewskiego 82/84 dla pacjentów ze schorzeniami pulmonologicznymi.

mgr Krystyna Piątkowska

Z prac zespołu ds. Diagnostyki Laboratoryjnej...

W dniu 17 stycznia 2006 roku odbyło się zebranie Zespołu ds. Diagnostyki Laboratoryjnej Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego Nr 1 *Przemienienia Pańskiego* Akademii Medycznej w Poznaniu, podczas którego obecni byli: Przewodniczący – prof. dr hab. n. med. Zygmunt Kopczyński, przedstawiciele Dyrekcji Szpitala: dr n.med. Szczepan Cofta, mgr Piotr Bogacz oraz mgr Dorota Liczbańska; członkowie: mgr Aleksandra Baszczuk, dr Halina Bogusz, dr hab. n. med. Sylwia Grodecka-Gazdecka, dr Bogusław Grabowski, mgr Grażyna Kowalska, dr Piotr Kokoszka, dr

Jarosław Kopczyński, mgr Anna Mól, dr Jolanta Nagadowska, dr Maria Zozulińska oraz goście: Iwona Wesołowska, Grzegorz Rowiński, Marek Błochowiak oraz Jakub Greczka.

Podczas zebrania, któremu przewodniczył Profesor Zygmunt Kopczyński, poruszono następujące zagadnienia:

1. Stan zaawansowania prac przy wdrażaniu systemu informatycznego w Dziale Diagnostyki Laboratoryjnej. Podstawowym problemem ograniczającym pracę jest brak wystarczającej ilości sprzętu komputerowego.

2. Opis stanowisk pracy w Dziale Diagnostyki Laboratoryjnej.
3. Opracowanie procedury obiegu i nadzoru nad dokumentacją.
4. Opracowanie planu szkoleń wewnętrznych i zewnętrznych.
5. Ocena dotychczasowej procedury przetargowej na odczynniki i aparaturę badawczo-pomiarową. Dotychczasowe doświadczenia wskazują, że należy zweryfikować sposób przeprowadzania przetargu na odczynniki i aparaturę laboratoryjną.

dr Bogusław Grabowski

Strategia informatyzacji

W 2006 roku planujemy wdrożyć następujące moduły programu Esculap: Pracownia Cytostatyków, Centralna Sterylizatornia. Zostały dokończzone prace wdrożeniowe w Pracowni RTG przy ul. Łąkowej oraz w Laboratoriach.

Rozpocznemy również pilotaż modułu „Historii Choroby” na Oddziałach: Ginekologii, Pulmonologii oraz Kardiologii.

Będzie to wymagało rozbudowy sieci komputerowej oraz zakupu nowego sprzętu komputerowego.

Całość działań ma duże znaczenie w poprawie funkcjonowania części „białej” Szpitala.

Red.

Słowo o dokumentacji medycznej, czyli *te okropne papiery*

Lekarze są znani ze swej niechęci do pisania i papierów, a ich niewyraźne pismo jest przysłowiowe. A przecież wydaje się, że zasady prowadzenia dokumentacji są tak trywialne i oczywiste, że prawie nie wypada o nich mówić. Ci, którzy próbują przypominać o konieczności prowadzenia dokumentacji zgodnie z prawem, czytelnie i starannie – często uciekają się do straszenia sprawami roszczeniowymi i procesami sądowymi. To prawda – niepełna i niestaranna, a co gorsza, niekompletna dokumentacja medyczna przysparza prawnikom w postępowaniach sądowych wiele trudności. Wydaje się, że może być też problemem dla konsultantów lub kontynuujących leczenie. Dokumentacja jest też jednym z kluczowych świadectw naszej staranności, wymaganych w systemie zarządzania jakością.

Norma ISO nie poświęca jej zbyt wiele miejsca:

Zapisy (records) powinny być zawsze czytelne, łatwe do zidentyfikowania i odszukania. Należy ustanowić udokumentowaną procedurę w celu określenia nadzoru potrzebnego do identyfikowania, przechowywania, zabezpieczania, wyszukiwania, zachowywania przez określony czas zapisów oraz dysponowania nimi.

Ta udokumentowana procedura powstanie niebawem i ukaże się w Intranecie. My tymczasem pozwolimy sobie przypomnieć kilka zasad. Może przydadzą się początkującym – na przykład stażystom naszego Szpitala. Poniższy fragment pochodzi z podręcznika *Wywiad i badanie przedmiotowe* Allana i Marsha, wydane w wydawnictwie Urban & Partner:

„Pisząc historię choroby, należy pamiętać o obiektywnym, rzeczowym stylu i zachowaniu systematyczności. Dokumentacja jest trwałym zapisem Twoich spostrzeżeń, dotyczących chorego w określonym czasie. Zapisy powinny być czytelne i zrozumiałe dla pozostałego personelu medycznego. Poniższe zasady, mogą się wydawać oczywiste. Pomimo to są zastraszająco często łamane. Pamiętaj:

- Na każdej stronie historii choroby powinno znajdować się imię i nazwisko pacjenta – jej kartki mają niezwykle skłonność do rozpadania się!
- Każdy wpis powinien rozpoczynać się od daty i najlepiej godziny.
- Każdy wpis kończy się czytelnym podpisem, Twoje imię, nazwisko, stopień naukowy (drukowanymi literami), specjalność, numer telefonu służbowego (w Polsce podobne informacje są z reguły zawarte na pieczęcie lekarskiej – przyp. tłum.) Niewyraźne parafki są niewystarczające. Każdy, czytający historię choroby, powinien mieć możliwość zidentyfikowania autora.
- Zapisy powinny być czytelne. Ta zasada wydaje się być śmiesznie oczywista, jednak każdy, kto próbował czytać historie choroby, może zaświadczyć jak często się o niej zapomina.
- Wszystkie stwierdzenia powinny być obiektywne. Zapisywanie w historii choroby jakichkolwiek osądów wartościujących bez uzasadnienia jest niedopuszczalne. Należy też unikać nic nieznaczących określeń w rodzaju: „miły pan”, (MSP miła starsza pani). Używanie ich jest niedopuszczalne. Jeżeli taka dokumentacja dostałaby się w ręce prawników, łatwo mógłbyś znaleźć się w sądzie.
- Każde badanie pacjenta powinno być odnotowane w dokumentacji. Nie musisz pisać powieści – krótki opis zmian w stanie chorego jest także istotnym zapisem. Równie ważne jest odnotowanie braku zmiany w stwierdzanych poprzednio objawach.
- Unikaj używania skrótów – jeżeli to możliwe. Jeżeli już używasz skrótów – stosuj te powszechnie przyjęte, jak np. RR (ciśnienie tętnicze), ASD – ubytek przegrody międzyprzedsionkowej.
- Zamiast długich opisów można posłużyć się schematycznym rysunkiem – często informacja jest wtedy o wiele czytelniejsza.
- Staraj się aby opisy były możliwie jak najbardziej zwarte.

(...) Na koniec należy również zanotować, jakie informacje zostały przekazane pacjentowi. Wielokrotnie niezadowolone pacjentów z relacji z lekarzem, ich skargi a nawet pozwy sądowe mają u swego źródła nieprawidłową komunikację. Znajomość zaleceń i wskazówek, przekazanych choremu, jest niezwykle pomocna podczas następnej konsultacji, zwłaszcza jeśli bada go inny lekarz.”

Tyle angielskich uwag. Warto również pamiętać o tym, czego wymaga polski prawodawca. Zasady prowadzenia dokumentacji medycznej opisane są w Rozporządzeniu „Rodzaje dokumentacji medycznej w zakładach opieki zdrowotnej, sposób jej prowadzenia oraz szczegółowe warunki jej udostępniania”¹. Pełen tekst znajduje się w Intranecie. Oto kilka cytatów:

§ 5.1. Dokumentację należy prowadzić czytelnie.

2. Kolejne wpisy sporządza się w porządku chronologicznym, zaznaczając koniec każdego wpisu, i opatruje podpisem osoby je sporządzającej, z podaniem danych ją identyfikujących – oznacza to konieczność używania pieczęci przy dokonywaniu wpisów.

3. Wpis dokonany w dokumentacji nie może być z niej usunięty, a jeżeli został dokonany błędnie, należy go skreślić oraz opatrzyć datą skreślenia i podpisem osoby dokonującej skreślenia. Warto w tym miejscu przypomnieć, że stosowne korekty powinna dokonywać ta sama osoba, która tworzyła dokumentację oryginalną lub inna osoba uprawniona do jej tworzenia.

4. Każdą stronę dokumentacji indywidualnej oznacza się co najmniej imieniem i nazwiskiem pacjenta.

Warty przypomnienia wydaje się także zapis:

§ 6.4. Do prowadzonej dokumentacji wewnętrznej włącza się kopie przedstawionych przez pacjenta dokumentów medycznych lub odnotowuje się zawarte w nich informacje istotne dla procesu diagnostycznego, leczniczego lub pielęgnacyjnego.

5. Dokument włączony do dokumentacji wewnętrznej nie może być z niej usunięty.

W historiach choroby często można znaleźć karty informacyjne chorego z poprzednich hospitalizacji. Z przedstawionych zapisów wynika, że ich kopie powinny pozostać w dokumentacji pacjenta.

A oto zasady dotyczące zleceń i dokumentowania ich wykonania:

§ 14.3. Wpisy w kartach zleceń lekarskich są dokonywane i podpisane przez lekarza prowadzącego lub lekarza sprawującego opiekę na pacjentem. Osoba wykonująca zlecenie dokonuje adnotacji o wykonaniu zlecenia i opatruje ją podpisem.

Typowym sposobem zaznaczania wykonania zleceń jest odznaczanie ich „fajką”. To niewystarczające. Jak widać konieczny jest także podpis.

Lek. med. Halina Bogusz

¹ Dz.U.01.88.966 rozp. z dnia 2001.08.10

Nasi stażyści

W dniu 26 stycznia 2006 r. odbyło się spotkanie z lekarzami, odbywającymi w naszym Szpitalu staż podyplomowy.

Spotkanie miało na celu przede wszystkim zbadanie stopnia zadowolenia z dotychczasowego przebiegu stażu oraz poznanie opinii, dotyczących wprowadzenia ewentualnych zmian w następnych etapach stażu. Lekarze stażyści otrzymali anonimową ankietę, za pomocą której mieli między innymi wypowiedzieć się, dlaczego wybrali nasz Szpital na miejsce odbywania stażu, z czego

go są do tej pory zadowoleni, a co należało by zmienić w przyszłości.

Jakie są wyniki tej ankiety? Młodzi lekarze trafili do tutejszego Szpitala przeważnie z własnego wyboru, głównie ze względu na zainteresowania naukowe, wyniesione już z czasów studiów, a także z powodu znajomych lekarzy oraz bliskiej odległości szpitala od miejsca zamieszkania.

Stażyści oczekują przede wszystkim dobrego przygotowania do wykonywania przyszłej pracy lekarza, możliwości zapoznania się z nowoczesnymi metodami diagnostyki i leczenia oraz pomocy w przygotowaniu do zbliżającego się lekarskiego egzaminu państwowego.

Wszyscy wyrażają się pozytywnie o dotychczasowym przebiegu stażu, są z niego

zadowoleni. Wśród najważniejszych zalet wymienianych: wyspecjalizowaną, kompetentną i miłą kadrę lekarską Szpitala, profile jego działalności, prowadzenie diagnostyki i leczenia przy pomocy nowoczesnych metod, szkolenia specjalistyczne oraz „fajną” atmosferę.

Woleliby jednak, by szkolenia wewnętrzne bardziej przygotowywały ich do tzw. LEP-u. Brakuje także oddziałów pozwalających na odbycie stażu z wszystkich przewidzianych harmonogramem dziedzin z możliwością dyżurowania. Martwią się dużą konkurencją wśród kadry lekarskiej na oddziałach. Niektórzy woleliby być bardziej prowadzeni za rękę przez koordynatorów stażu.

Agnieszka Seredyńska

Informacje Działu Technicznego

1. Zakończono prace remontowe pracowni RTG przy ul. Długiej, Łąkowej i jednej Pracowni przy ul. Szamarzewskiego. Przygotowano do montażu aparatów rentgenowskich.
2. Zakończono prace remontowe pomieszczeń przeznaczonych dla potrzeb Apteki w obiekcie szpitalnym przy ul. Szamarzewskiego.
3. Rozpoczęto remont korytarza w piwnicy przy ul. Szamarzewskiego łącznie z wymianą instalacji wodnej.

4. Zakończono remont pomieszczenia z przeznaczeniem na salę rehabilitacyjną przy ul. Szamarzewskiego.
5. Ogłoszono przetarg na rozbudowę skrzydła „A” i „B” w obiekcie Szpitala przy ul. Długiej.
6. Wymalowano sale dydaktyczne w pomieszczeniach piwnicznych Hospicjum Palium na os. Rusa.
7. Na Oddziale „H” wykonano adaptację sali chorych na gabinet oceny podatności naczyń.
8. W Klinice Okulistyki dokonano adaptacji pomieszczenia kuchni na salę zabiegowo-ambulatoryjną.
9. Wykonano remont dla Pracowni Pletyzmograficznej w obiekcie szpitalnym przy ul. Szamarzewskiego.

Irena Usowicz

Zbiórki publiczne Polskiego Towarzystwa Opieki Paliatywnej

Oddział w Poznaniu

Zarząd Polskiego Towarzystwa Opieki Paliatywnej Oddział w Poznaniu zawiadamia, że podczas zbiorów publicznych przeprowadzonych w roku 2005 zebrano 5.827,70 zł. Cała kwota została przeznaczona na cele statutowe, w tym przede wszystkim na wspieranie działalności Hospicjum Palium.

Skarbnik Małgorzata Makowska

Wielkopostne Zamyślenia

dla środowiska medycznego 3-5 kwietnia 2006 roku
kościół Przemienienia Pańskiego przy Rynku Bernardyńskim

3 kwietnia (poniedziałek) godz. 19.30

- Medycy czytają poezje księdza Jana Twardowskiego
- Koncert gongów i mis tybetańskich – Katarzyna Jeleń i Irena Musiał

4 kwietnia (wtorek) godz. 19.30

- Wieczór staropolskich pieśni wielkopolskich ze śpiewem i komentarzem Jacka Kowalskiego

5 kwietnia (środa) godz. 19.30

- Msza Święta oraz konferencja:
W czym biskup – profesor filozofii – może pomóc w pracy służebnej dla chorego?
– ks. prof. dr hab. Marek Jędraszewski

6 kwietnia (czwartek)

- „Pasja”, reż. Mel Gibson – seans w kinie MALTA, ul. Filipińska – Śródką.

Poniżej prezentujemy wiersze, które powstały w naszym Szpitalu, z potrzeby serca naszych Pacjentów.

* * *

Doktora fajnego
szybko chodzącego
niejednego
mamy takiego
spiesz do pacjenta
od wczesnego rana
ta nasza opieka kochana
Bo tutaj
na Szamarzewie
czujemy się wszyscy jak w niebie
te nasze doktorki
kochane potwory
zawsze zabiegane
serca pacjentom mają oddane
A siostrzyczki
ukochane duszyczki
śmieją się a nawet płaczą
gdy nas zobaczą
mamy lepsze zdrowie
gdy któraś powie
dobre słowo
zabawną mową
zastrzyków się nie boimy
bo pigułki – dziewczyny
delikatnie acz śmiało
podają je dbale
Nam się wcale nie śniło
że może być miło
szpital to jest
lecz atmosfera “the best”.

Do Zdrowia...

Kochane zdrowie – Gdzieś jest?
Czekamy na ciebie
Zostawiać w potrzebie
Cóż to za test
Wracaj na raz, dwa...
Trzy
Prosimy my!

Agnieszka Malinowska

Katedra i Klinika Ftyzjopneumonologii AM w Poznaniu oraz Stowarzyszenie Wspierania Pulmonologii Poznańskiej uprzejmie zapraszają lekarzy na



III REPETYTORIUM PULMONOLOGICZNE

które odbędzie się 24-25 marca 2006 r. w Poznaniu

Opiekunowie naukowci:

dr hab. med. Halina Batura-Gabryel, prof. dr hab. med. Witold Młynarczyk

ZGŁOSZENIA: formularz rejestracyjny na stronie Kliniki:

www.sk1.am.poznan.pl/ftyzjo pod odnośnikiem konferencja, przez e-mail: repetytoriumpoznan@poczta.fm, telefonicznie nr (0-61) 854 93 95 lub faxem 854 93 91 / 841 70 61

INFORMACJE: Sekretariat Konferencji: Katedra i Klinika Ftyzjopneumonologii Akademii Medycznej w Poznaniu, ul. Szamarzewskiego 84, tel. (061) 854 93 95 lub tel./fax: (061) 841 70 61.

ZAPISY: do 28 lutego 2006 r. Ilość miejsc ograniczona. Decyduje kolejność zgłoszeń.

MIEJSCE WYKŁADÓW: Centrum Konferencyjne – „World Trade Center Poznań”, ul. Bukowska 12.

OPŁATA: 150zł; dla osób poniżej 30 roku życia 70 zł.

WPLATY NA KONTO: Stowarzyszenie Wspierania Pulmonologii Poznańskiej, ul. Szamarzewskiego 84, 60-569 Poznań WBK S.A. 82 1090 1362 0000 0001 0200 1772 z dopiskiem „KONFERENCJA”

Proszę o potwierdzenie zgłoszenia po wpłacie pieniędzy na konto drogą telefoniczną 0-61 854 93 95, faxem 0-61 854 93 91 / 841 70 61 lub drogą mailową.

Konferencja objęta jest punktami edukacyjnymi. Uczestnicy konferencji otrzymają certyfikat.

PROGRAM KONFERENCJI

PIĄTEK 24 marca 2006

KONFERENCJA SATELITARNA

Gruźlica – choroba, o której nie wolno zapomnieć

Rozpoczęcie Konferencji • Czy gruźlica jest nadal problemem społecznym? (dr hab. med. Halina Batura-Gabryel) • Mikrobiologiczne metody wykrywania gruźlicy (mgr Paweł Gruszczyński) • Obrazy kliniczne gruźlicy płuc (dr med. Małgorzata Rzymkowska) • Odrebnosci gruźlicy wieku rozwojowego (dr med. Marek Popielarz) • Rola radiologa w diagnozowaniu i leczeniu gruźlicy (dr med. Małgorzata Nowicka) • Standardy leczenia gruźlicy płuc (dr med. Małgorzata Kołaczewska) • AIDS a gruźlica (dr med. Krzysztof Świerkocki, dr med. Grażyna Barełkowska) • Problem gruźlicy lekoopornej i pozapłucnej (dr med. Anna Pachlewska) • Prezentacje przypadków klinicznych (dr Magdalena Kostrzevska, dr Agata Nowicka).

SESJA I

Diagnostyka chorób układu oddechowego

Trójęł: krwioplucie jako ważny objaw kliniczny – spojrzenie kardiologa, pulmonologa i hematologa (prof. Andrzej Szyszka, prof. Jerzy Kozielski, prof. Krzysztof Lewandowski) • Zasady doboru badań czynnościowych układu oddechowego ze szczególnym uwzględnieniem wskazań do body-pletyzmografii (dr med. Andrzej Krzywiecki) • Współczesne metody obrazowania płuc (prof. Piotr Sosnowski) • Gazometria w chorobach płuc i jej zastosowanie w domowym leczeniu tlenem (dr med. Tomasz Piorunek) • Prezentacja przypadku (dr Barbara Kuźnar-Kamińska).

SOBOTA 25 marca 2006

SESJA II — Zakażenia układu oddechowego

Praktyczne aspekty diagnostyki mikrobiologicznej w chorobach układu oddechowego (prof. Stefania Kalembe) • Uwagi mikrobiologa na temat zakażeń wewnątrzszpitalnych (mgr Anna Mól) • Gryz-bice układowe jako problem interdyscyplinarny (dr hab. Halina Batura-Gabryel) • Infekcyjne choroby opłucnej (dr med. Szczepan Cofta) • Grypa (prof. Jacek Wysocki) • Prezentacja przypadków klinicznych (dr Beata Brajer, dr Joanna Goździk).

SESJA III — Choroby obturacyjne układu oddechowego

Co nowego w POChP? (prof. Paweł Śliwiński) • Co nowego w astmie oskrzelowej? (prof. Ewa Jassem) • Stan astmatyczny (prof. Anna Doboszyńska) • Beta 2 mimetyki w chorobach obturacyjnych (dr med. Małgorzata Kołaczewska) • BODE – nowy czynnik prognostyczny w POChP (prof. Dorota Górecka)

SESJA IV – SESJA INTERDYSCYPLINARNA

W jakich problemach związanych z diagnozowaniem i leczeniem chorób układu oddechowego może pomóc: laryngolog (prof. Andrzej Obrębski) • dermatolog (dr hab. med. Magdalena Operacz) • gastroenterolog (prof. Krzysztof Linke) • reumatolog (prof. Włodzimierz Samborski).

1% dla Polskiego Towarzystwa Opieki Paliatywnej

Głównym celem działającego ponad 17 lat Towarzystwa jest pozyskiwanie środków dla Hospicjum Palium w celu wspierania różnych form Opieki Paliatywnej nad cierpiącymi, ciężko chorymi pacjentami oraz ich bliskimi.

1% przekazanego przez darczyńców podatku od dochodów osobistych stanowi ważną pomoc finansową niezbędną dla zapewnienia stosownej do potrzeb opieki i leczenia objawowego przez interdyscyplinarny zespół lekarzy, pielęgniarek łącznie z rehabilitacją oraz wsparciem socjalnym, psychicznym i duchowym.

PTOP Oddz. Poznański jest Organizacją Pożytku Publicznego wpisaną do Krajowego Rejestru Sądowego pod nr KRS 0000031654; Regon: 631038238; NIP: 778-13-50-772

Konto PKO BP S.A. I Oddział w Poznaniu nr: 7910204027 000017 0200 310326
Wszystkim Państwu dziękujemy za hojność!

*Prof. Jacek Łuczak
Prezes PTO*

Kierownik Medyczny Hospicjum

Zespół redakcyjny: Halina Bogusz, Szczepan Cofta, Patrycja Rakowska, Rafał Staszewski, Anna Zgórecka (redaktor prowadzący)

telefony: 0-61 854-91-90, 854-91-21
e-mail: nowiny.szpitalne@sk1.am.poznan.pl

Wydawca: Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 1 Przemienienia Pańskiego Akademii Medycznej w Poznaniu; ul. Długa 1/2, 61-848 Poznań, Stowarzyszenie „Bono Serviamus” oraz Wydawnictwo Kontekst

Skład i druk: Wydawnictwo Kontekst – e-mail: kontekst2@o2.pl • www.wkn.com.pl

REDAKCJA ZASTRZEGA SOBIE PRAWO DO ZMIANY TYTUŁÓW I SKRACANIA TEKSTÓW