



ISSN 1643-0980

NOWINY SZPITALNE

NR 4 (18) Rok III – LIPIEC/SIERPIEŃ 2003

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

180 lat Szpitala

1823 – 2003

W dniu 6 sierpnia br. z okazji uroczystości Przemienienia Pańskiego w ogrodzie SPSK-1 Ks. Bp Grzegorz Balcerek odprawił odpustową mszę św. Tradycja odpustu związana jest z pierwotną przynależnością szpitala do Sióstr Szarytek, pracujących tu do dziś, oraz z położeniem kościołem Przemienienia Pańskiego na terenie szpitala.

W dniu 1 stycznia 2003 r. minęło 180 lat od powstania Szpitala przy ul. Długiej, założonego przez Zgromadzenie Sióstr Św. Wincentego a Paulo. Specyfiką wspólnoty jest praca w służbie zdrowia.

Senat AM w dniu 31 maja 1990 r. przyjął wniosek Dyrektora ówczesnego PSK-1 o przywrócenie dawnej nazwy Szpitalowi Klinicznemu im. J. Pawłowa na „Szpital Kliniczny Nr 1 Przemienienia Pańskiego Akademii Medycznej w Poznaniu”. Nowa nazwa obowiązuje od 1 lipca 1991 r.

Kalendarz uroczystości jubileuszowych SPSK-1:

17 października 2003 — Konferencja „Aspekty medyczne, prawne i ekonomiczne stosowania krwi i jej składników”

październik 2003 — Drzwi Otwarte Hospicjum Palium

19 listopada 2003 — Konferencja „Poznań wolny od dymu tytoniowego – Wielkopolskie Rekomendacje Antytytoniowe”

listopad/grudzień 2003 — uroczysta akademii jubileuszowa połączona z promocją monografii Szpitala

12 grudnia 2003 — XI Koncert Charytatywny zamykający rok jubileuszowy, organizowany przez Hospicjum Palium.

KZ

W numerze:

- Ponad limity – kto zapłaci za leczenie?
- Sądy, sądy, sądy...
- Patrząc pod nogi, spoglądając w dal...
- Kosztowne zapasy
- Zgłaszanie chorób zakaźnych i zakażeń
- „POLKARD 2003-2005”
- Komitet Terapeutyczny
- Unikalne leczenie w Klinice Onkologii
- Kardiologia na europejskim poziomie – rozmowa z Prof. Andrzejem Cieślińskim
- Pracownia Zaburzeń Rytmu Serca
- Książka nie tylko na wakacje
- Fotoreportaż z uroczystości odpustowych
- Pełną parą – pralnia szpitalna
- Sylwetki Szpitala
- Informacje Działu Technicznego

Z KART HISTORII

Szpital Sióstr Miłosierdzia „Przemienienie Pańskie” na przełomie lat dwudziestych i trzydziestych

LATA DWUDZIESTE,
LATA TRZYDZIESTE....

W roku jubileuszowym przyglądamy się szczególnie dziejom Szpitala *Przemienienia Pańskiego*. Dotarliśmy do najstarszych materiałów źródłowych zachowanych w archiwach szpitala. Są to m.in. *Sprawozdania roczne z ruchu chorych*, ilustrujące działalność naszej lecznicy w okresie międzywojennym.

W 1922 r. Szpital liczył 250 łóżek etatowych, a w ciągu całego roku przyjęto 1402 pacjentów. W 1924 roku liczbę łóżek ograniczono do 215, i rozmieszczono je na trzech Oddziałach: Wewnętrznym, Gruźliczym oraz Chirurgicznym. Na jednego chorego, jak podają sprawozdania roczne Szpitala, przypadało przeciętnie 32 dni leczenia. Szpital prowadził także przychodnię, w której w 1924 roku udzielono 2340 porad. Wyposażony był w specjalistyczny sprzęt diagnostyczny. Działały tu laboratoria chemiczne, bakteriologiczne oraz gabinet RTG.

Podstawową bolączką szpitala był... brak dostatecznego miejsca dla chorych. W roku 1926 liczba

chorych zwiększyła się – przyjęto ponad 2100 pacjentów. Pracowało tu wówczas 10 lekarzy, 30 sióstr zakonnych pełniących posługę przy chorych oraz 50 osób w charakterze *służby pielęgniarstwa*. Administracją Szpitala zajmowały się także siostry. Najwięcej pacjentów przebywało w 1926 roku na Oddziale Chirurgicznym. Wśród zabiegów „królowały” operacje usunięcia wyrostka robaczkowego (185 zabiegów). W roku 1930 przyjęto już 3247 pacjentów, a średni okres pobytu wynosił 25 dni!

Według danych z roku 1932 szpital posiadał 7 budynków, na jednego chorego przypadało 12-15 m², a ogólna liczba łazienek wynosiła 17. W roku tym urządzono także *mechaniczną pralnię*. Szpital Sióstr Miłosierdzia przy Placu Bernadyńskim w Poznaniu był niewątpliwie, jak na owe czasy, bardzo nowoczesnym zakładem lecznictwa zamkniętego.

RS



Fot. Archiwum

SZANOWNI PACJENCI! JESTEŚMY DLA WAS, DZIĘKI WAM.

Z ŻYCIA SZPITALA

W dniu 18 lipca odbyło się spotkanie Dyrekcji SPSK-1 z dyrektorem Wielkopolskiego Centrum Onkologii, Julianem Małickim.



W dniu 23 lipca odbyło się okresowe spotkanie Komitetu Terapeutycznego. Sprawozdanie ze spotkania publikujemy w niniejszym numerze „Nowin”.



Dnia 28 lipca w Hospicjum Palium otwarto wystawę prac o. Mariana Żelazka (zdjęcie poniżej), współorganizowaną przez fundację Redemptoris Missio, działającą przy Akademii Medycznej w Poznaniu. Refleksyjne fotogramy z Puri można oglądać w budynku na os. Rusa do końca października br. Jednocześnie w Hospicjum prezentowane są czarno-białe fotografie Tomasza Ciesielskiego, członka Związku Młodych Artystów Fotografików. Kolaż pocztówek z przełomu XIX i XX w. stanowi swoisty zapis pamięci.



Dnia 14 sierpnia Dyrektor Jan Talaga oraz Naczelny Lekarz Szpitala Szczepan Cofta



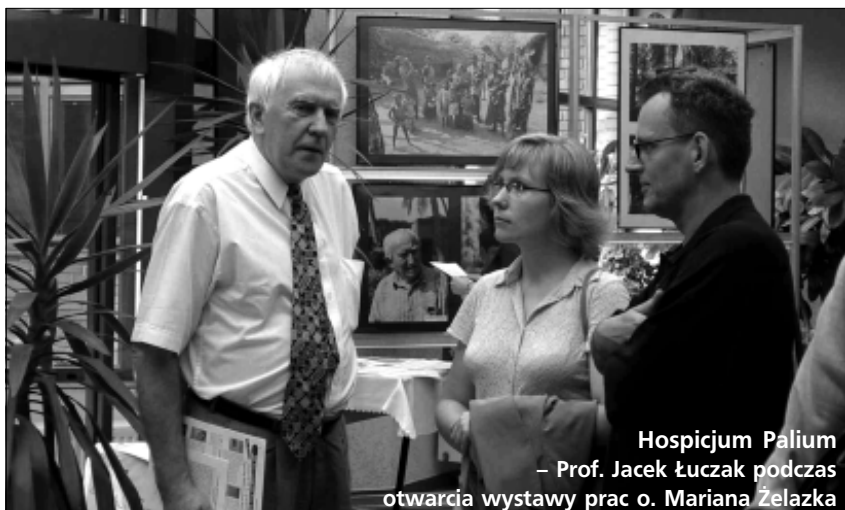
spotkali się z dyrektorem NFZ Ryszardem Stangierskim. Omawiano zasady zawierania kontraktów.



Dobiegają końca prace nad monografią Szpitala z okazji jubileuszu 180-lecia

H. J., oprac. red.

Numer zamknięto 1 września 2003 r.



Hospicjum Palium
– Prof. Jacek Łuczak podczas
otwarcia wystawy prac o. Mariana Żelazka

Fot. Archiwum Kliniki

Zaproszenie

Dnia 22 września br. o godz. 17.00 rozpocznie się w Hospicjum recital Barbary Jędrzychowskiej, solistki Teatru Wielkiego w Poznaniu, występującej z akompaniującym zespołem. Recital zatytułowany jest „Hanka Ordonówna”, ma formułę otwartą, a zaproszenie na występ skierowane jest do pracowników, pacjentów i przyjaciół Hospicjum Palium.

GORĄCY TEMAT



Ponad limity — kto zapłaci za leczenie?

System opieki zdrowotnej coraz bardziej boryka się z problemem finansowania świadczeń medycznych. W pewnym zakresie płatnicy starają się to rozwiązać wprowadzając limitowanie dostępu do usług medycznych. Sytuacja ta dotyczy także naszego Szpitala.

Jest rzeczą wiadomą, że obecne kontrakty SPSK Nr 1 AM nie są wystarczające w stosunku potrzeb zdrowotnych, a Szpital nasz mógłby świadczyć więcej usług. Niestety, każda działalność kosztuje. Świadczenia medyczne są opłacane przez NFZ zgodnie z zawartymi kontraktami. Fundusz płaci więc za wykonane przez nas planowe usługi, ale tylko w ilości, którą obejmuje kontrakt. **NFZ nie ma obowiązku płacenia za zabiegi w liczbie przekraczającej ilość zakontraktowanych świadczeń** – to konkluzja wyroku Sądu Najwyższego z dnia 7 sierpnia 2003 r. Co ten wyrok oznacza w praktyce? Otóż **za wszystkie wyko-**

nane usługi ponad limity, które nie były procedurami w stanie zagrożenia życia, nikt nie zapłaci. To sytuacja bardzo trudna, bo przecież poruszamy się w obszarze szczególnym – zdrowia i życia. Trzeba jednak pamiętać, że w wielu krajach stosuje się procedury określające dostępność do usług medycznych, a na niektóre zabiegi czeka się czasem miesiącami. Wprowadzenie jasnego systemu zarządzania listami oczekujących wydaje się więc tylko kwestią czasu. W codziennej działalności SPSK Nr 1 AM musimy dostosować się do sytuacji zewnętrznej. Racjonalne planowanie ilości świadczonych usług może w pewien

sposób zapewnić ciągłość procesu udzielania świadczeń. Korzystanie choćby z danych znajdujących się programie *Eskulap* umożliwia na bieżąco śledzenie ilości wykonanych przez dany oddział usług.

Zdaję sobie sprawę, że „trzymanie” się wielkości kontraktowych może powodować jeszcze większe wydłużenie czasu oczekiwania na hospitalizację. Szpital nasz jednak nie może pozwolić sobie na dalsze zadłużanie się, by te świadczenia sfinansować.

Piotr Bogacz

Z-ca Dyrektora ds. Ekonomicznych



Sądy, sądy, sądy...

Do tej pory nie było w zwyczaju pozywania tych, którzy łożyli środki na nasze utrzymanie czy też nas dotowali. Wszystko ulega jednak zmianie. Obecna sytuacja założeń opieki zdrowotnej spowodowała, że i my w naszej działalności, musimy dochodzić swoich praw przed obliczem Temidy. Piszemy więc pozwy przeciw prawnemu spadkobiercy Kasy Chorych – Narodowemu Funduszowi Zdrowia. Sąd zawsze jest ostatecznością, to fakt. Trzeba najpierw wykorzystać wszystkie możliwe sposoby, by

dojść do porozumienia, umiejętnie rozwiązując sytuacje konfliktowe. Niestety, wszyscy adresaci naszych dotychczasowych prośb, pism, dezyderatów itp. pozostają ... głusi. My staraliśmy się przedstawić racjonalne argumenty, opisać sytuację, która dotyczy przecież ludzi potrzebujących pomocy – naszych pacjentów... Skoro jednak druga strona nie jest skora do zaproponowania rzeczowych rozwiązań, pozostaje nam upomnieć się o nasze racje, m. in. pisząc pozwy sądowe.

Można się zastanawiać, czy to słuszne, że występujemy przeciw instytucji, od której jesteśmy tak zależni. W moim przekonaniu, zważywszy na wszelkie okoliczności, jest to działanie całkowicie uzasadnione. Jednym z wyznaczników państwa prawa

jest hołdowanie zasadzie sprawiedliwości społecznej. Nie można godzić się na sytuację, gdzie występuje nierówne traktowanie podmiotów (np. nierówne zmniejszanie wartości kontraktów). Skoro wykonujemy usługi medyczne ratujące życie, to zgodnie z obowiązującym prawem należy za nie zapłacić. Przecież szpital, choć pełni misję społeczną, nie jest instytucją charytatywną.

Ktoś kiedyś powiedział, że sprawiedliwość bardzo łatwo znaleźć w słowniku pod literą S. Ja mam nadzieję, że dzięki dochodzeniu przysługujących nam praw, sprawiedliwość ta w stosunku do naszego Szpitala stanie się rzeczywistością, a nie tylko literowym zapisem.

Jan Talaga
Dyrektor Szpitala

OKIEM NACZELNEGO LEKARZA SZPITALA



Patrząc pod nogi, spoglądając w dal...

Rzeczywistość tak wielu bieżących problemów, jakie pojawiają się w funkcjonowaniu szpitala, zwłaszcza w ostatnich kilku miesiącach, deprymuje na tyle, że w trosce o jego byt, często mielibyśmy ochotę żyć rozwiązaniami doraźnymi, na krótką metę. Nie byłoby już żadnej perspektywy, gdybyśmy nie mieli siły spojrzeć szerzej, w dal...

PATRZĄC POD NOGI...

Na szczęście pojawiające się ostatnio przesilenia nie mają takiego charakteru jak przed dwoma laty. Wówczas to nasz Szpital – jako jeden ze znajdujących się w regionie w najgorszej kondycji – wymieniany był niemalże we wszystkich rankingach dramatycznych sytuacji. **Obecnie problem jest wspólny dla niemalże wszystkich szpitali, nie jesteśmy w tym względzie wyjątkiem.**

Do naszej kasy szpitalnej – dzięki administracyjnym decyzjom – wędruje każdego miesiąca około 800 tysięcy złotych mniej. Dla ukazania skali wartości trzeba przytoczyć, że miesięczny budżet naszego szpitala wynosił w ubiegłym roku około 6,5 miliona złotych. Większe cięcia niż za opłaty za hospitalizacje spotkały procedury wysokospecjalistyczne – wartość ich umniejszono o ponad 20%. Katastrofálne okazało się zniesienie promes dla pacjentów z innych regionów kraju. W sytuacji, gdy wykonujemy usług za ponad 5 mln zł rocznie dla tych pacjentów, nie uwzględnienie ich finansowania – a z tym mamy do czynienia – wymusza na naszym Szpitalu ryzyko finansowania procedur, które może zachwiać naszą stabilnością ekonomiczną.

Szpital nasz – kosztem swej infrastruktury i personelu – niejako przymuszony naciskami konieczności zaspokojenia bezwzględnych potrzeb zdrowotnych – w pierwszym tylko półroczu sfinansował w formie usług ponadlimitowych procedury zdrowotne za około 5 mln złotych, co czyni nas na pewno jednym z najbardziej hojnych dobroczyńców naszego społeczeństwa.

Limity sprawiają, że szpital pracuje wykorzystując około połowy swoich możliwości: tak jakby lokomotywa mogąca pędzić z prędkością 160 km/godzinę, rozwijała nieco powyżej sześćdziesiątkę.

Niewątpliwie jesteśmy świadkami erozji systemu szpitalnej opieki zdrowotnej, bez możliwości dostrzegania szans twórczych i konstruktywnych rozwiązań na miarę wyzwań tworzenia nowoczesnej opieki. Odpowiedzialność za jej funkcjonowanie wydaje się być w tej chwili tak rozmyta, że wszelkie – nawet dramatyczne wołanie – wydaje się być wołaniem na puszczy. Przykładem może być chociażby rozchwywanie finansowania drogich procedur farmakologicznych u chorych z nowotworami. Liczni pacjenci – wraz ze swoimi rodzinami i bezradnymi lekarzami – znajdują się w swego rodzaju – śmiertelnym pacie.

Największym wyzwaniem wydaje się być przede wszystkim – mimo ograniczonej skuteczności – wywieranie konsekwentnych i przejrzystych nacisków na płatników dla zapewnienia najważniejszych potrzeb zdrowotnych pacjentów.

Dla bezpieczeństwa szpitala niestety wydaje się bezwzględnie istotne przestrzeganie przyznanych nam limitów. Trzeba jeszcze raz podkreślić – co niestety jest dla środowiska medycznego niezwykle bolesne – **najskuteczniejszym sposobem poddania się limitowaniu jest wykonywanie procedur pilnych z jednoczesnym odwlekaniem procedur planowych.** Wiemy jednak, jakie

(ciąg dalszy na str. 4)

Energia dla życia. Baterie dla szpitali

W dniu 23 lipca 2003r. w Samodzielnym Szpitalu Klinicznym nr 1 *Przemienienia Pańskiego* Akademii Medycznej w Poznaniu została zainaugurowana akcja „Energia dla życia. Baterie dla szpitali”. Dyrektor handlowy firmy GP Battery (Poland) Mateusz Orkisz przekazał na rzecz szpitala 1000 sztuk bate-

rii paluszków. Szpital reprezentowali prof. dr hab. Romuald Ochotny z Kliniki Kardiologii oraz zastępca dyrektora szpitala ds. ekonomicznych, Piotr Bogacz. Dodatkowo GP przekazała dwie ładowarki PowerBank z kompletem akumulatorów.

Darowizna to zapas dla pracowni holterowskiej szpitala na 10 miesięcy. Dodatkowo GP zadeklarowało pomoc w sfinansowaniu wydawnictwa, które ma powstać z okazji obchodów 180-lecia szpitala, które wypada właśnie w tym roku.



Red.

Uroczyste przekazanie baterii.

Fot. Propublic

Patrząc pod nogi, spoglądając w dal...

(ciąg dalszy ze str. 3)

może rodzić to konsekwencje patrząc bardziej dalekosiężnie. Odpowiedzialność za tak wymuszony sposób postępowania spoczywa jednak na czynnikach modelujących właśnie taki system funkcjonowania opieki zdrowotnej, który – na dłuższą metę – może prowadzić do zdarzeń katastrofalnych.

Kolejnym elementem, który jest od nas zależny, jest **podejmowanie logicznych działań oszczędnościowych, które mają jednak swoje granice**. Warto przywołać jeszcze stwierdzenie, że działania te są często bardzo trudne ze względu na rozliczne wewnętrzne i zewnętrzne uwarunkowania, związane często z brakiem świadomości nieuchronnych wyzwań, jakie stają przed współczesnym szpitalnictwem. Nie uda się w trybie pilnym zmienić przyzwyczajeń i manier, nie uda się od razu rozbudzić świadomości słusznych tendencji. **Warto wyzbywać się podejmowania decyzji gwałtownych optując raczej za kontynuowaniem konsekwentnego kierunku zmian.**

SPOGLĄDAJĄC W DAL...

Zajęci bieżącymi bolesnymi wyzwaniami nie zawsze mamy siły budować konsekwentnie perspektywę w miarę dalekosiężnego i kompleksowego rozwoju szpitala. Często w labiryncie potrzeb i konieczności zbyt dużo jest niewiadomych i przeciwności.

Warto wznosić się jednak ponad działania bieżące i podejmować refleksje i działania długofalowe. Taką szansą jest wprowadzane – oby z jak największą skutecznością i konsekwencją – budżetowanie. Dobrze byłoby, gdyby perspektywicznie udało się doprowadzić do systemowego uporządkowania zasad wynagradzania, co nie jest jednak zadaniem z gatunku łatwych. Niezwykle istotnym zadaniem jest kompleksowa informatyzacja sprzyjająca uporządkowaniu działalności szpitala.

Jednymi z podejmowanych działań długofalowych są szkolenia obejmujące różne grupy pracowników. Dyrekcja szpitala nie zamierza ingerować w tak liczne szkolenia, związane z tyłoma medycznymi dziedzinami reprezentowanymi w naszym szpitalu. **Ambicją jednak powinno być objęcie szkoleniami tych zagadnień, których przeprowadzenie – jako istotne dla różnych dziedzin medycznych – mogą skutkować w poprawie funkcjonowania**

szpitala i polepszeniu jakości opieki nad pacjentem. Tak więc przedstawiamy w bieżących *Nowinach Szpitalnych* całą strategię szkoleń na najbliższe miesiące zapraszając, a częściowo też obli- gując, do korzystania z nich.

Całemu personelowi medycznemu powinny być nieobce wyzwania związane z gospodarką krwią i preparatami pochodnymi, gospodarką lekiem, zakażeniami wewnątrzszpitalnymi, opieką paliatywną. Przygotowywana przez nas na październik konferencja dotycząca gospodarki krwią nabiera charakteru regionalnego wychodząc naprzeciw niezwykle potrzebom uporządkowania problemów w tym względzie. Wszystkim pracującym przydadzą się też chociażby wskazówki psychologów mogące ułatwić nasze wzajemne relacje oraz relacje między nami i pacjentami. Wyrazić żywić nadzieję, że udział w szkoleniach – który był związany z olbrzymimi dysproporcjami w udziale między poszczególnymi jednostkami szpitala – będzie służył skuteczności konstruktywnego oddziaływania.

Szczególnie w czasie Jubileuszu 180-lecia Szpitala ważne jest też nasze wyjście na zewnątrz: ukazanie bogactwa działalności Szpitala jako najdłużej nieprzerwanie pozostającego w służbie mieszkańców Miasta i Regionu. Wśród kilku planowanych za- mierzeń warto wspomnieć o przygotowywanej monografii Szpitala, kontynuacji wykładów dla mieszkańców z cyklu: *Zdrowie warte Poznania*. A także o planowanej na listopad konferencji antytytoniowej, którą organizujemy ze środowiskami najistotniejszymi dla kształtowania polityki zdrowotnej. Wszak w naszym Szpitalu sko- pia się szereg dziedzin (w tym kardiologia z kardiologią, onko- logia, pulmonologia) obarczonych walką ze skutkami nikotynizmu, które jest tak istotnym współczesnym uzależnieniem. Jeśliby pro- mowane działania antytytoniowe okazały się skuteczne, być może nie musiałyby w przyszłości krępować nas tak bolesne limity.

* * * * *

Życie nie będzie nigdy niosło satysfakcji i spełnienia, o ile bę- dziemy w stanie reagować tylko mając na widoku czubki swoich butów (bądź – jeszcze gorzej – czubek naszego nosa). Choć spo- glądanie w dal wymaga opanowania i większej odwagi, warto się jednak jego podejmować.

Szczepan Cofta
Naczelný Lekarz Szpitala

KURS

Patomechanizm, rozpoznawanie i leczenie objawów w zaawansowanej chorobie nowotworowej (cz.III)

Już trzecia część kursu odbędzie się w Hospicjum Palium w dniach 19-21 września br. w godz. 8.30–17.00 (w niedzielę do 13.30).

19 września

Tematyka referatów:

- Zaburzenia świadomości, zespół majaczeniowo-zamroczeniowy;
- Zaawansowana choroba nowotworowa, zaburzenia snu, próby samobójcze;
- Korzyści a niepożądane objawy leczenia farmakologicznego, interakcje leków;
- Przerzuty do kości, załamania patologiczne – leczenie zachowawcze i chirurgiczne;
- Objawy związane z nienowotworowymi chorobami układu kostno-stawowego z długotrwałym unieruchomieniem

Prezentacja Firmy Polfarma

Prelegenci: prof. J. Łuczak, dr D. Łojko, dr J. Jaracz, dr M. Krajnik, dr W. Twardosz, dr A. Kołczewska.

20 września

Tematyka referatów:

- Obrzęk chłonny, patofizjologia, diagnostyka, leczenie;
- Stany naglące w opiece paliatywnej;
- Hiperkalcemia;
- Sterydy i inne leki hormonalne – za i przeciw;

- Profilaktyka i leczenie owrzodzeń odleżynowych;
- Owrzodzenie nowotworowe, guzy grzybiaste i przetoki.

Prelegenci: J. Bieda, M. Kluźniak, dr M. Bączny, dr M. Sopata, A. Głowacka, prof. J. Łuczak.

21 września

Tematyka referatów:

- Objawy towarzyszące guzom pierwotnym przerzutowym mózgu;
- Powikłania neurologiczne w przebiegu chorób nowotworowych;
- Jatrogenne przyczyny objawów neurologicznych;
- Choroba neuronu ruchowego;
- Leki w celu stosowania objawów;
- Korzyści a niepożądane następstwa leczenia farmakologicznego, wpływ niewydolności nerek i wątroby na działanie leków;
- Zespół kompresji rdzenia – zagrażający, dokonany;
- Znaczenie szybkiej diagnostyki i szybkiego wdrożenia leczenia.

Prelegenci: dr S. Michalak, dr A. Adamczyk, doc. R. Jankowski, prof. J. Łuczak.

Red.

Osoby zainteresowane prosimy o kontakt z panią Małgorzatą Makowską tel. 876-94-52

Październik – miesiącem profilaktyki raka piersi

To hasło organizowanej corocznie przez doc. Sylwię Grodecką-Gazdeczką konferencji onkologicznej. Niekomercyjna sesja szkoleniowo-naukowa promuje nasz Szpital oraz Akademię Medycyną w Poznaniu.

Tegorocznym tematem są postępy w rozpoznawaniu i leczeniu raka gruczołu piersiowego. IV Konferencja odbędzie się **16 października br.** w sali *World Trade Center* (na terenie MTP) w godz. 9.00 – 15.00.

KONFERENCJA

„Aspekty medyczne, prawne i ekonomiczne stosowania krwi i jej składników”

Konferencja odbędzie się w dniu **17 października 2003** roku w Poznaniu w Sali Sesyjnej Urzędu Miasta Poznania przy Placu Kolegiackim 17 w godz. 9.00-14.00.

Organizuje ją SPSK Nr 1 *Przemienienia Pańskiego*, Kliniki Hematologii i Chorób Rozrostowych Układu Krwiotwórczego AM, Wydział Zdrowia i Spraw Społecznych Urzędu Miasta w Poznaniu oraz Regionalne Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Poznaniu. Konferencja odbywa się pod patronatem Prezydenta Miasta Poznania i JM Rektora AM w Poznaniu. Celem konferencji jest przede wszystkim wymiana doświadczeń w zakresie leczenia krwią i jej składnikami oraz wypracowanie zasad racjonalnej gospodarki krwią. Do udziału został zaproszony Centralny Szpital Kliniczny Śląskiej Akademii Medycznej w Katowicach.

Zagrożenia medyczne, koszty ekonomiczne oraz uwarunkowania prawne leczenia krwią i jej składnikami wymagają stałego monitorowania tego procesu. Wdrażanie osiągnięć naukowych powoduje konieczność bieżącej modyfikacji zaleceń do przetaczania krwi i jej składników.

- Otwarcie konferencji prof. dr hab. med. Mieczysław Komarnicki, Katedra i Klinika Hematologii i Chorób Rozrostowych Układu Krwiotwórczego AM w Poznaniu; dr med. Szczepan Cofta, SP Szpital Kliniczny Nr 1 *Przemienienia Pańskiego* AM w Poznaniu;
- Regulacje prawne krwiolecznictwa – stan obecny dr Hanna Skalisz, Regionalne Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Poznaniu;
- Nowe wyzwania krwiolecznictwa w strukturach UE dr Hanna Skalisz, Regionalne Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Poznaniu;
- Preparaty krwi i krwio pochodne dostępne w RCKiK dr Ewa Mądra, Regionalne Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Poznaniu;
- Współczesne wskazania do przetaczania (krwinki czerwone, osocze świeżo mrożone, krwinki płytkowe i preparaty granulocytarne, czynniki krzepnięcia) dr Jolanta Goździk, dr hab. Krzysztof Lewandowski, prof. dr hab. Krystyna Zawilska, Katedra i Klinika Hematologii i Chorób Rozrostowych Układu Krwiotwórczego AM w Poznaniu;
- Obecne możliwości wdrożenia postępowania zmierzającego do ograniczenia zużycia krwi i preparatów krwio pochodnych dr Zygmunt Krasinski, Dr Maciej Walczak, SP Szpital Kliniczny Nr 1 *Przemienienia Pańskiego* AM w Poznaniu;
- Funkcjonowanie pracowni gospodarki krwią w warunkach restrukturyzacji szpitali, doświadczenia innych ośrodków dr Małgorzata Wąs, SP Centralny Szpital Kliniczny Śląskiej Akademii Medycznej w Katowicach;
- Funkcjonowanie pracowni gospodarki krwią w szpitalu specjalistycznym, zadania i możliwości ich realizacji, doświadczenia SPSK Nr 1 AM dr Bogusław Grabowski, SP Szpital Kliniczny Nr 1 *Przemienienia Pańskiego* AM w Poznaniu.

Osoby zainteresowane prosimy o kontakt tel. – Monika Kamińska (854 92 94) lub na adres e-mail: szpital@sk1.am.poznan.pl. Szczegóły na stronie www.sk1.am.poznan.pl

Red.



Kosztowne zapasy

Jedną z zasad racjonalnej gospodarki lekami jest stałe zmniejszanie zapasów leków na oddziałach.

Można przyjąć, że zapas leków i wyrobów medycznych na oddziałach na okres 7-10 dni jest zapasem **maksymalnym**, gdyż każdy oddział planowo zaopatruje się w apteczkę szpitalnej w leki 2 razy w tygodniu, oczywiście nie licząc tzw. „citówek”, a więc leków ratujących życie, które pobierane są z apteki w każdym dniu.

Nasze wydatki na leki miesięcznie stanowią około 1 miliona złotych – wartość apteczki oddziałowej nie powinna przekraczać wię-

cej niż 30 % przyznanego limitu. A jaką mamy sytuację na dzień dzisiejszy? – wartość zapasu w apteczkach oddziałowych wynosi ponad 100 % przyznanego limitu. Trzeba uświadomić sobie, że na oddziałach znajdują się miesięczny zapas leków. Kredyt kupiecki to 2% w skali miesiąca, 2% od 700 000 to jest 14 000 x 12 miesięcy = 168 000 / rok. Jest to ewidentna strata szpitala, wynikająca z nadmiernych zapasów lekowych, a nie mająca wpływu na proces leczenia pacjenta. Sumę tę na pewno można by zagospodarować inaczej, np. na remont oddziału czy też wzrost wynagrodzenia.

Chciałabym jednak wskazać, że kilka oddziałów wzorowo prowadzi gospodarkę lekami, co z pewnością jest zasługą Pielęgniarki Oddziałowej należąc do nich:

- oddział kardiologii G zapas 20,43% przyznanego limitu,
- oddział chemioterapii zapas 24,31 % przyznanego limitu.

dr Hanna Jankowiak-Gracz
Kierownik Apteki Szpitalnej

Wakacyjne praktyki

Miesiące wakacyjne to tradycyjny okres odbywania w naszym Szpitalu praktyk przez studentów Akademii Medycznej w Poznaniu. Jak co roku swoje

umiejętności praktyczne doskonalili tu studenci Wydziału Lekarskiego, a pierwsze kroki przy łóżku chorego stawiali studenci I roku medycyny. *To możliwość zobaczenia medycyny z bliska, skonfrontowania naszego dotychczasowego wyobrażenia o szpitalu z rzeczywistością. Tak naprawdę po raz pierwszy mamy kontakt z pacjentem, wykonujemy proste zabiegi pielęgniarskie –*

mówił nam jeden ze studentów. Także studenci pielęgniarstwa AM w Poznaniu przechodzili u nas obowiązkowe szkolenie. Wśród praktykantów byli również studenci kierunku zdrowie publiczne, którzy prowadzili m.in. badania satysfakcji pacjentów oraz uczestniczyli w przygotowywaniu przewodnika wewnątrzszpitalnego.

Red.

CHOROBY ZAKAŻNE

Zgłaszanie chorób zakaźnych i zakażeń

Zespół ds. kontroli zakażeń szpitalnych uprzejmie informuje wszystkich lekarzy o konieczności zgłaszania do Stacji Sanitarno-Epidemiologicznych zachorowania, podejrzenia zachorowania lub zgonu z powodu niektórych chorób zakaźnych lub zakażeń. Konieczność ich zgłaszania wynika z Ustawy o zakażeniach i chorobach zakaźnych oraz ze stosownych Rozporządzeń Ministerstwa Zdrowia z kwietnia br.

Wykaz chorób podlegających zgłoszeniu oraz kary zgłoszeniowe są aktualnie rozsyłane do wszystkich Klinik. Lekarz prowadzący jest zobowiązany do zgłoszenia w ciągu 24 godzin faktu wystąpienia zakażenia podlegającego rejestracji. Wypełniona karta zgłoszeniowa jest przesyłana w zamkniętej kopercie do Kancelarii Szpitala z opisaniem adresu: „Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny, ul. Sieroca 10, 60-761 Poznań”.

Lista chorób zakaźnych jest bardzo obszerna i zawiera 79 pozycji. Poniżej wymieniono niektóre zakażenia, które

podlegają rejestracji, a które mogą być stwierdzone u pacjentów hospitalizowanych w SPSK nr 1: AIDS i zakażenie HIV, czerwotka bakteryjna, dur brzuszny i zakażenia pałeczkami durowymi, dur wysypkowy i inne riketsjozy, dury rzekome A, B, C i zakażenia pałeczkami rzekomodurowymi, gruźlica i inne mykobakteriozy, grypa i inne wirusowe zakażenia układu oddechowego, grzybice, inwazyjna choroba pneumokokowa, kiła, mykoplasmoza wywołana przez *Mycoplasma pneumoniae*, opryszczka narządów płciowych i inne wirusowe zakażenia przenoszone drogą płciową, ospa wietrzna i półpasiec, pneumocystoza, posocznica, róża, salmonellozy, wirusowe zapalenia wątroby i zakażenia wirusami hepatotropowymi (HAV, HBV, HBV i HDV, HCV, I HEV), zakażenia wirusem cytomegalii, zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych, zapalenia płuc o etiologii zakaźnej, zatrucia i zakażenia pokarmowe, zgorzel gazowa.

Tomasz Ozorowski

PROGRAMY ZDROWOTNE

POLKARD

W bieżącym roku Ministerstwo Zdrowia rozpoczęło realizację trzyletniego programu polityki zdrowotnej „POLKARD 2003-2005 – postęp w walce z epidemią zawałów serca i udarów mózgu w Polsce”. 2 lipca 2003 roku w Ministerstwie Zdrowia odbyła się konferencja prasowa z udziałem Ministra Zdrowia Leszka Sikorskiego oraz zespołu ekspertów (współautorem tego projektu jest prof. dr hab. Andrzej Cieśliński, Kierownik I Kliniki Kardiologii, Ordynator Oddziałów Kardiologicznych naszego Szpitala). Przyjęte w dokumencie „POLKARD 2003-2005” zadania są zbieżne z celami projektów Unii Europejskiej.

Głównym celem programu jest utrzymanie tempa redukcji umieralności z powodu chorób układu sercowo-naczyniowego w Polsce co najmniej na poziomie obserwowanym w latach 1990-2000. Jak podkreślają autorzy programu optymalnym wynikiem byłoby zmniejszenie do 2012 roku umieralności u osób poniżej 65 roku życia o ponad 30%. Zespół ekspertów uważa, iż jednym z głównych zagrożeń dla kardiologii, kardiologii oraz neurologii w Polsce stanowi coraz trudniejsza sytuacja sprzętowa, która powoduje realne niebezpieczeństwo zmniejszenia dostępności procedur wysoko-specjalistycznych. Szpital nasz w ramach konkursów ofert na realizację poszczególnych etapów projektu wygrał konkurs na dofinansowanie zakupu sprzętu medycznego dla kardiologii. Realizacja programu ma zapewnić dostęp do świadczeń zdrowotnych w zakresie chorób sercowo-naczyniowych w Polsce na poziomie średnich wskaźników europejskich.

RS

Protokół z posiedzenia Komitetu Terapeutycznego z dnia 23.07.2003

Na wstępie spotkania dr n. farm. Hanna Jankowiak-Gracz przedstawiła Rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie zasad i trybu wstrzymania i wycofania z obrotu produktów leczniczych i wyrobów medycznych (wady jakościowe) oraz Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 17 lutego 2003 r. w sprawie monitorowania bezpieczeństwa produktów leczniczych – zgłaszanie działań niepożądanych. Decyzją Komitetu Terapeutycznego wprowadzono do Receptariusza Szpitalnego:

- Memotropil 12g – Kategoria A;
- Fibraty (Liphantyl 267 M) tab. – kategoria B;
- Pantoprazol – Kategoria B;
- Timentin 3,2g fiol. – Kategoria C.

Dr n. farm. Hanna Jankowiak-Gracz przedstawiła wydatki na leki w odniesie-

niu do ustalonego limitu za okres I półrocza 2003 r. oraz wydatki na antybiotyki za okres I półrocze 2003 r.

Dr Tomasz Ozorowski zaproponował, aby cefazolin (biofazolin) 1,0g zaliczał się do kategorii antybiotyków kontrolowanych dla oddziałów F, G, H, gdyż jest zarezerwowany dla profilaktyki i będzie podawany w Pracowni Wszczepień Stymulatorów 30 minut przed zabiegiem. Dr Tomasz Ozorowski zasygnalizował, iż w miesiącu czerwcu znacznie wzrosło zużycie antybiotyków na oddziale Hematologii. Dr n. farm. Hanna Jankowiak-Gracz przedstawiła także zapas leków w apteczkach oddziałowych. Podkreśliła jednocześnie, iż wartość zapasów magazynowych do 30% przyznanego limitu mieści się w zakresie prawidłowej gospodarki lekami. Dr n. farm. Han-

na Jankowiak-Gracz omówiła także wyniki przetargu nieograniczonego na leki, który odbył się 27 czerwca 2003 r., niestety tylko około 30% wystawionych pakietów zostało rozstrzygniętych. Przedstawiono także dane dotyczące trwałości leków do oczu, wykonywanych w Apteczce Szpitalnej (krople do oczu zawierające środek konserwujący przechowuje się do 10 dni od chwili rozpoczęcia wkraplania, natomiast krople bez środka konserwującego 24 godziny, krople z neomycyną – 14 dni).

Ponadto przypomniano o konieczności przekazywania wszelkich darowych leków do Apteki Szpitalnej. Nadal znajdują się w apteczkach dary, które nie były zarejestrowane w Apteczce Szpitalnej.

Mgr farm. Izabela Kołodziej
Sekretarz Komitetu Terapeutycznego

PROCEDURY MEDYCZNE

Unikalne leczenie w Klinice Onkologii

Oddział Ginekologii Onkologicznej SPSK Nr 1 AM, któremu szefuje Prof. dr hab. med. Janina Markowska, prowadzi badania nad unikatową na skalę światową metodą leczenia raka jajnika. Polega ona na dostarczeniu do organizmu chorej kobiety przeciwciał monoklonalnych, będących substancjami naturalnie produkowanymi przez organizm. Przeciwciała te, które są, wiążą się z pewną częścią komórek raka jajnika. Specyfika tego leczenia polega na dołączeniu do przeciwciała radioaktywnego izotopu ^{90}Y . To właśnie ten izotop ma za zadanie zniszczyć komórki nowotworowe.

Procedura leczenia rozpoczyna się od zabiegu operacyjnego, podczas którego zostają usunięte tkanki zaatakowane nowotworem. W dalszym etapie wprowadzona jest chemioterapia. Dopiero potem, po dokonaniu oceny stanu zmian chorobowych, prowadzona jest kwalifikacja kobiet do leczenia przeciwciałami monoklonalnymi. Warto podkreślić, iż Oddział Ginekologii Onkologicznej uczestniczy w prestiżowym badaniu SMART, które dotyczy właśnie nowego leku. Było to tzw. badanie trzeciej fazy, które jest niezbędne do zarejestrowania leku.

Do tej pory przeciwciała monoklonalne zawierające izotop podano 14 pacjentkom. Ośrodek prowadził także badania w ramach programu „Midas”, który poza podaniem przeciwciał monoklonalnych zawierał także element podania radioizotopu ^{111}In emitującego promieniowanie X. Dzięki temu możliwa jest obserwacja rozmieszczenia substancji promieniotwórczej i precyzyjne mierzenie dawki promieniowania.

Red.

Załącznik

ZGŁASZANIE DZIAŁAŃ NIEPOŻĄDANYCH

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 17 lutego 2003 r. w sprawie monitorowania bezpieczeństwa produktów leczniczych

Lekarze i farmaceuci zgłaszają działanie niepożądane produktu leczniczego na formularzach, z tym że w przypadku ciężkich niepożądanych działań produktu leczniczego dokonują tego nie później niż w terminie 15 dni od dnia uzyskania informacji.

Lekarze są zobowiązani zwracać szczególną uwagę na działanie niepożądane:

- 1 Produktów leczniczych zawierających nową substancję czynną, czyli dopuszczoną do obrotu nie dłużej niż 5 lat w dowolnym państwie;
- 2 Produktów leczniczych złożonych, zawierających nowe połączenie substancji czynnych;
- 3 Produktów leczniczych, zawierających znaną substancję czynną, ale podawanych nową drogą;
- 4 Występujące w wyniku podawania nowych postaci produktów leczniczych;
- 5 Produktów leczniczych, które zyskały nowe wskazania;
- 6 W przypadku gdy niepożądane działanie produktu leczniczego stało się powodem zmiany leczenia;
- 7 Występujące w trakcie lub bezpośrednio po rozwiązaniu ciąży.

Jeżeli w chwili wysyłania zgłoszenia lekarz lub farmaceuta nie dysponuje pełnymi danymi opisywanego przypadku, powinien niezwłocznie przedstawić zgłoszenie uzupełniające.

Zgłoszenie działań niepożądanych dokonuje się do Regionalnego Ośrodka Badań Działań Niepożądanych (znajduje się w naszym Szpitalu w Zakładzie Farmakologii Klinicznej u Pani dr hab. Anny Jabłockiej tel. 0-61 854 91 71).

Kardiologia na europejskim poziomie

Klinika Kardiologii, mieszcząca się w SPSK Nr 1 AM, jest spadkobiercą I Katedry i Kliniki Chorób Wewnętrznych, która w roku 1970 weszła w skład Instytutu Chorób Wewnętrznych. W 1980 r. nastąpiło włączenie I Kliniki Kardiologii do powstałego wtedy Instytutu Kardiologii.

O Klinice, jej działalności i nowym programie badawczym rozmawiamy z Prof. dr hab. med. Andrzejem Cieślińskim, Kierownikiem I Kliniki Kardiologii, Ordynatorem Oddziałów Kardiologicznych naszego Szpitala.

— *Panie Profesorze, Klinika, którą Pan kieruje, wykonuje bardzo szeroki zakres świadczeń kardiologicznych.*

— Tak. Nasz ośrodek posiada najwyższy stopień referencji w dziedzinie kardiologii, wykonujemy wszystkie procedury kardiologiczne, mamy nowoczesnie prowadzone oddziały, a także dysponujemy zapleczem kardiochirurgicznym. Nasze nowoczesne pracownice prowadzą pełną diagnostykę nieinwazyjną, a także diagnostykę i terapię inwazyjną chorób serca. Jednym z bardzo ważnych czynników, wpływających na nasze osiągnięcia jest niewątpliwie duże doświadczenie i zaangażowanie Zespołu Kliniki.

— *Klinika uczestniczy w realizacji tzw. programu leczenia ostrych zespołów wieńcowych. Na czym polega jego realizacja?*

— W naszej Klinice powstał program leczenia ostrych zespołów wieńcowych, który w roku 2001 stał się programem Wielkopolskim. Jest to program obejmujący leczenie chorych z ostrym zespołem wieńcowym w całym województwie, chociaż najwięcej danych posiadamy z powiatu poznańskiego. Do końca sierpnia br. łącznie ze Szpitalem im. Józefa Strusia., który na przemian z nami dyżuruje w systemie 24-godzinny, leczymy 3138 pacjentów w ramach tego programu. Tylu pacjentów poddano leczeniu interwencyjnemu. Spośród nich ponad 2000 chorych było leczonych z powodu klasycznego, typowego zawału serca. Pozostali chorzy mieli tzw. ostry zespół wieńcowy z wysokim ryzykiem, bez zawału serca. Jest to unikalny program nie tylko w Polsce, ale i w skali międzynarodowej. Wszyscy chorzy powiatu poznańskiego ze wspomnianej wcześniej grupy po-

nad 2000 pacjentów z zawałem byli leczeni za pomocą pierwotnej angioplastyki, w roku 2002 tylko u 34 zastosowano klasyczne leczenie fibrynolityczne. Zawał polega na tym, że zamyka się tętnica wieńcowa i dochodzi szybko do wytworzenia martwicy objętego niedokrwieniem obszaru mięśnia sercowego. Najskuteczniejszym sposobem leczenia jest angioplastyka naczyniowa pozwalająca na uzyskanie pełnego przepływu krwi w tętnicy wieńcowej. Bardzo często w to miejsce wprowadza się stent i podaje się specjalne leki tzw. superyspiryny, które zapobiegają wykrzepianiu w naczyniu i poprawiają przepływ krwi w obwodowych odcinkach tętnic wieńcowych. Program leczenia ostrych zespołów wieńcowych spowodował, że znacznie zmniejsziliśmy 30-dniową śmiertelność w zawałe serca. Przeciętnie wynosi ona ok. 10%, a w naszej grupie, leczonej za pomocą angioplastyki pierwotnej, wynosiła zaledwie 3,6%. Tu muszę przypomnieć, że jeszcze 30 lat temu śmiertelność w ciągu miesiąca od wystąpienia zawału serca wynosiła aż 30%!

— *Panie Profesorze, w Klinice prowadzony jest unikalny program badawczy „pomocy sercu”, które przeżyło zawał...*

— Zależało nam na utrzymaniu dobrego efektu wczesnego i poprawie odległej przeżywalności chorych z zawałem serca. Część mięśnia sercowego w zawałe i tak ulega martwicy, nawet przy zastosowaniu najlepszej metody leczenia. Zadaliśmy sobie pytanie – co można zrobić, by wspomóc pracę mięśnia sercowego? Dlatego też postanowiliśmy, wykorzystując dotychczasowe doświadczenia innych ośrodków, wprowadzić dodatkowo inną metody leczenia pacjentów. U około 30% chorych, nawet po pomyślnej angioplastyce, dochodzi do niekorzystnej przebudowy mięśnia sercowego, szczególnie do poszerzenia lewej komory serca. Może to doprowadzić do niewydolności serca. Jak temu zapobiec? Istnieją w organizmie komórki – tzw. komórki macierzyste, które mogą przekształcać się w komórki mięśniowe, a także powodować angiogenezę, czyli tworzenie nowych naczyń krwionośnych. W jednym z niemieckich ośrodków przeprowadzono badania u 10 osób, gdzie po kilku miesiącach po podaniu komórek macierzystych zauważono poprawę pracy mięśnia sercowego. To nas skłoniło do wystąpienia do Komisji Etycznej o zgodę na przeprowadzenie badań w naszym ośrodku. Do tej pory wykonaliśmy ten zabieg u trzech pacjentów.

— *Panie Profesorze w programie POLKARD mówi się o konieczności wyrównania w Polsce dostępu do świadczeń w zakresie kardiologii. Czy jest z tym aż tak źle?*

— Daleko nam do średniej europejskiej w zakresie dostępności. Stosowane przez nas metody diagnostyki i leczenia nie odbiegają swoim standardem od standardów krajów Europy zachodniej. Niestety, liczba świadczeń nie może być porównywana ze średnią europejską. Oczywiście są takie dziedziny, w których nie odbiegamy od krajów UE, jak np. liczba operacji wrodzonych wad serca. Niestety, w chorobie niedokrwiennej serca liczba udzielanych świadczeń w skali kraju jest niewystarczająca – i tu mamy jeszcze dużo do zrobienia.

— *Czyli znowu pojawia się problem finansowania?*

— Z punktu widzenia etycznego jest sprawą nie do przyjęcia, by ograniczyć liczbę refundowanych terapii u pacjentów



Fot. Rafał Staszewski

z zagrożeniem życia. Każdego pacjenta z zagrożeniem życia musimy traktować jednakowo. Tu nie może być kolejki. Musimy leczyć każdego w pierwszych minutach, godzinach po przybyciu do szpitala, bo często czas decyduje o życiu człowieka. Każdy chory musi mieć jednakowe prawa bez względu na liczbę zakontraktowanych pacjentów, a tymczasem NFZ odmawia finansowania wysokospecjalistycznego leczenia u wszystkich takich chorych. Jeśli np. mamy kontrakt na 61 pacjentów miesięcznie, to 62 – kolejnemu pacjentowi który się do nas zgłosi z zawałem mamy odmówić tego standardu leczenia? Leczenie chorego w ostrym zespole wieńcowym nie może być limitowane! Niestety, Narodowy Fundusz Zdrowia zalega nam z zapłaceniem ponad 540 tys. zł za leczenie ostrych zespołów wieńcowych w roku bieżącym.

— *Panie Profesorze, Klinika to także dydaktyka. Jak wygląda sytuacja kształcenia przyszłych kardiologów w aspekcie ich specjalizacji?*

— Ponieważ polski program kształcenia kardiologów jest archaiczny, utworzyliśmy program zgodny z programem europejskim. Program ten odbiega od stosowanych dotychczas w Polsce, głównie z tego względu, że dotychczas każdy lekarz w Polsce najpierw musi zostać internistą, czyli przejść specjalizację w zakresie chorób wewnętrznych, trwającą co najmniej 5 lat. Dopiero potem rozpoczyna specjalizację z kardiologii, trwającą co najmniej dwa lata.

Zanim zostaje się specjalistą kardiologiem, mija zbyt wiele lat. Kardiologia powinna być specjalizacją podstawowa, z zachowaniem 2-letniego szkolenia z interny, a nie jak dotychczas, traktowana jako podspecjalność. Tak jest w Europie i takie są w tej chwili zalecenia Europejskiej Unii Specjalistów (UEMS). Nowy program kształcenia polskich kardiologów został opracowany i złożony w styczniu Ministerstwu Zdrowia. Wprowadzenie radykalnych zmian jest niezwykle ważne, bo mamy za mało specjalistów kardiologów. Już dzisiaj brakuje kardiologów w poradniach. Może dojść do tego, że jeżeli sytuacja w kształceniu specjalistycznym nie zmieni się, za kilka lat będzie ich jeszcze mniej i możemy mieć w Polsce „zapaść” kardiologiczną. To można z góry przewidzieć – może zabraknąć lekarzy wszechopiekających defibrylatory, stymulatory, wykonujących koronarografię, angioplastykę, badania elektrofizjologiczne, ablacje. A w tym czasie na pewno pojawią się i nowe metody leczenia, do których zastosowania tylko kardiolog będzie odpowiednio przygotowany.

W Polsce mamy teraz ok. 20 kardiologów na 1 mln mieszkańców, w Europie Zachodniej jest ich 40, a we Włoszech nawet 80! Świadczy to o konieczności pilnej zmiany systemu kształcenia specjalistycznego. U nas w Klinice mamy 18 kardiologów. Myślę że jesteśmy w tym względzie jedną z niewielu klinik w Polsce. Konieczność stałego kształcenia i zdobywania specjalizacji z kardiologii zawsze należała w Klinice do priorytetów.

— *Choroby układu krążenia są w czołówce statystyk epidemiologicznych. Jaka jest rola profilaktyki, zarówno pierwotnej, jak i wtórnej?*

— Powinniśmy nie tylko leczyć, na pewno korzystniej zapobiegać chorobom niż je później leczyć. W tej chwili już uzyskaliśmy pierwsze wyniki badania „Polscreen”. Jest to badanie prowadzone przez Polskie Towarzystwo Kardiologiczne przy wsparciu firmy farmaceutycznej Polpharma. Polega ono na przebadaniu pod kątem czynników ryzyka chorób sercowo-naczyniowych 1 miliona Polaków, a następnie wdrożeniu w wybranych regionach aktywnej profilaktyki i jej ocenie po okresie roku. Mamy już pierwsze wyniki 1/3 założonej populacji. Chociaż czynników ryzyka jest wiele, to jednak do najważniejszych w Polsce należą obecnie trzy: nadciśnienie, podwyższony poziom cholesterolu i palenie papierosów. Wiemy doskonale że doświadczeń innych państw, że gdyby potraktować poważnie prewencję pierwotną, to można zdecydowanie zmniejszyć ryzyko zachorowań i śmiertelności z powodu chorób układu krążenia. W Polsce jeszcze 10 lat temu 52 % wszystkich zgonów związanych było z chorobami układu krążenia. Zahamowaliśmy już ten postęp dzięki pewnym programom naprawczym, no i odsetek ten obniżył się o 4%, ale nadal niemal połowa zgonów w Polsce jest spowodowana chorobami układu krążenia. Niestety, zajmujemy tu jedno z niechlubnych pierwszych

Na czym polega zabieg z użyciem komórek macierzystych

Komórki macierzyste znajdują się w szpiku człowieka. Dlatego też podjęto współpracę z Kliniką Hematologii, kierowaną przez Pana Prof. Mieczysława Komarnickiego, by można było pobierać szpik i izolować z niego komórki macierzyste. Szpik pobiera się od pacjenta w okresie 5 do 10 dni po zawałe serca. Pobrany szpik należy tak przygotować, by było w nim jak najwięcej komórek macierzystych. Następnego dnia podaje się ten „wyciąg ze szpiku” pacjentowi po przebytym zawałe serca. Komórki macierzyste pochodzące od tej samej osoby nie są odrzucane, bowiem mają zgodność tkankową z ich dawcą. Sprawą wprowadzania komórek do tętnicy wieńcowej zajmuje się Pan Prof. Stefan Grajek. Komórki macierzyste przechodzą przez ścianę naczyń krwionośnych w sercu i w ten sposób wytwarzają nowe komórki mięśniowe serca tzw. miocyty.

miejsca na świecie! W związku z tym powinniśmy wprowadzić szeroką edukację społeczeństwa, przede wszystkim pokazać, jakie czynniki ryzyka wiodą do miażdżycy i jak człowiek osobiście może wpływać na swoje zdrowie i tym samym na swoją przyszłość.

Przed wszystkim więc należy zwalczać czynniki ryzyka. A prewencja wtórna – w zasadzie jest prowadzona u wszystkich, którzy są u nas leczeni. Nie wszyscy zdają sobie sprawę z niebezpieczeństwa i wychodząc ze szpitala, nadal palą papierosy czy nie biorą wszystkich leków. Pacjent, który szybko pozbywa się bólu, czasami nie rozumie, że choroba się nie skończyła, że zmiany miażdżycowe trwają nadal. Jeśli nie będzie prowadzić właściwego trybu życia może pojawić się kolejny epizod chorobowy.

To jest szalenie ważne, by zapobiec kolejnym epizodom. Często dotyczy to młodych ludzi. 40-latkowie mogą już mieć zmiany, bo miażdżycy rozwija się, ale na początku „nie boli”. Ktoś może grać w tenisa mając tętnicę wieńcową zwężoną o 40%. Dopiero gdy nastąpi krytyczne zwężenie, daje znać o sobie bólem. Najczęściej pękają blaszki miażdżycowe, które nie zwężają krytycznie tętnicy wieńcowej, np. o 30% i nie powodują bólów, więc pacjent nie jest świadomy swej choroby. Dopiero, kiedy taka blaszka pęknie i zamknie całkowicie światło naczynia może dojść do tragedii.

— *Na zakończenie proszę określić najbliższe plany Kliniki.*

— Przed wszystkim stworzenie odpowiednich warunków dla pacjentów, tj. generalny remont, zwiększenie zbyt małej powierzchni Kliniki tak, by stworzyć dobre warunki ich pobytu w szpitalu. Jednocześnie należałoby rozgęścić pracownię, które „pękają w szwach”, np. pracownia echokardiografii, pracownia testów wysiłkowych czy pracownia zaburzeń rytmu serca. Stworzy to także możliwość poprawy warunków kształcenia naszych studentów. Z czasem pacjenci będą też coraz bardziej wymagający i zaczęną cenić nie tylko sam proces i wyniki leczenia, ale i warunki w jakich przebywają. Jestem przekonany że do przyszłego roku, do czasu wejścia do Unii Europejskiej, będziemy mogli przyjmować pacjentów w godnych warunkach.

— *Serdecznie dziękujemy za rozmowę.*

Katarzyna Zagórska

Rafał Staszewski

Pracownie I Kliniki Kardiologii:

- Pracownia Badań Wysiłkowych
- Pracownia Elektrofizjologii Serca
- Pracownia Elektrokardiografii
- Pracownia Hemodynamiki
- Pracownia Medycyny Nuklearnej
- Pracownia Patomorfologii Serca
- Pracownia Zaburzeń Rytmu Serca



Pracownia Zaburzeń Rytmu

Pracownia Zaburzeń Rytmu Serca powstała w I Klinice Kardiologii w roku 1986, od tego czasu działa nieprzerwanie do chwili obecnej. Kierownikiem Pracowni od samego początku jest prof. dr hab. med. Romuald Ochotny. W pracowni wykonuje się głównie analizę 24-godzinnej ambulatoryjnego monitorowania ekg metodą Holtera. Metoda została wprowadzona do kliniki w 1961 r. przez Normana Holtera – stąd potoczna nazwa metody.

W ciągu ostatnich 40 lat zaobserwowano znaczny postęp technologiczny, który doprowadził do zastąpienia 40-kilogramowego przekątnika radiowego niewielkim rejestratorem cyfrowym o wielkości walkmana i wadze kilkuset gram. Elementy ruchome zostały zastąpione pamięcią półprzewodnikową, zapis analogowy – zapisem cyfrowym, zwiększono liczbę analizowanych kanałów ekg z jednego do trzech, sześciu a nawet dwunastu. Wprowadzono także elementy analizy w czasie rzeczywistym (w czasie zapisu krzywych ekg przez rejestrator). Urządzenia analizujące potrafią wstępnie zaklasyfikować zarejestrowaną arytmie. Poza analizą arytmii i zmian odcinka ST, które były dostępne już na początku rozwoju metody, obecnie dostępne systemy pozwalają na analizę: zmienności rytmu zatokowego (HRV, czasową i spektralną), późnych potencjałów (LP), zmienności odstępu QT, zmienności załamka T (*T-wave alternans*, TWA), turbulencji rytmu, zaburzeń pracy elektrostymulatorów serca.

Badanie to jest niezastąpione w diagnostyce utrat przytomności, stanów przedomdleniowych, kołatań serca. Przewyższa w tym względzie klasyczne ekg, gdyż pozwala na naturalne odtworzenie warunków, w jakich dochodzi do pojawienia się tych objawów w życiu codziennym, a ponadto 24-godzinny zapis pozwala z większą pewnością zdiagnozować napadowe zaburzenia rytmu. Wykonuje się je także u bezobjawowych chorych, u których rozpoznano chorobę, w której przebiegu może dochodzić do groźnych komorowych zaburzeń rytmu. Metoda ta ma także wartość rokowniczą u chorych po

zawale serca, gdyż pozwala na ocenę istnienia substratu niedokrwienego, autonomicznego, anatomicznego i elektrofizjologicznego groźnych dla życia arytmii komorowych. Pozwala także na ocenę skuteczności działania leków antyarytmicznych i ewentualnego działania proarytmicznego.

Każdego roku w Pracowni wykonuje się około 2000 badań – włączając w to niezwykle żmudne analizy HRV, LP, turbulencji rytmu itd., które są wykonywane tylko w nielicznych laboratoriach tego typu w kraju. Do unikalnych należy także wykonywana w pracowni wysoce wiarygodna analiza pracy stymulatorów serca. Pracownia dysponuje możliwością zastosowania w diagnostyce, w przypadku rzadko występujących zaburzeń, rejestratorów zdarzeń, które uruchamiane przez chorego pozwalają na rejestrację krzywej ekg w momencie pojawienia się objawów.

Pracownia Zaburzeń Rytmu i Kliniki Kardiologii jako jedna z 10 w kraju, po spełnieniu wysokich wymagań, uzyskała akredytację Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego, a dwie osoby z pracowni (prof. Ochotny, dr Baszyńska) uzyskały indywidualne certyfikaty. Wysoka jakość wykonywanych badań, poziom merytoryczny reprezentowany przez pracowników Pracowni, aktywność naukowa i organizacyjna zyskały uznanie wśród lekarzy zajmujących się tą metodą diagnostyczną. Członkowie Sekcji Elektrokardiologii Nieinwazyjnej PTK w roku 2002 wybrali na jej Przewodniczącą prof. Romualda Ochotnego.

Przemysław Mitkowski

Badania kliniczne

Jako szpital kliniczny, o wysokich referencjach, jesteśmy zobowiązani do testowania nowych leków i nowych sposobów leczenia – mówi prof. Roman Szulc, Kierownik Kliniki Anestezjologii i Inwazyjnej Terapii – Dnia 27 sierpnia zasto-

sowaliśmy nowy lek, rekomendowany do analgesjacji, czyli uspokojenia czy zniesienia bólu po operacji. Dexmedetomidyna, pochodna klonidyny, jest szczególnie wskazana w leczeniu pacjentów z problemami krążeniowymi, np. po operacji aorty. Pierwsza próba zakończyła się sukcesem, pacjentka przebywa krótko na naszym oddziale, a potem – jak zwykle po tego typu operacji, zostanie przewieziona na chirurgię.

KZ

Jubileuszu 180 lecia

Pogratulowali nam...

Przez cały rok jubileuszowy napływają dla naszego Szpitala życzenia. W ostatnim okresie otrzymaliśmy wyrazy pamięci, sympatii i uznania od:

■ Wojewody Wielkopolskiego „...w całej swej historii palcówka cieszyła się dużym uznaniem zarówno w środowisku medycznym, jak i wśród pacjentów. Renoma i osiągnięcia profesorów oraz lekarzy znane są w całym kraju... Na szczególne uznanie zasłu-

je profesjonalizm, zaangażowanie i otwarcie na potrzeby pacjenta. W trudnym dla służby zdrowia okresie Państwa pełne determinacji działania zmierzające do utrzymania wysokiej jakości usług medycznych są godne uznania. Życzę Państwu zasłużonej satysfakcji z pracy, wszelkiej pomyślności oraz by SPSK Nr 1 AM nadal tak dynamicznie się rozwijał i służył pacjentom wielkopolski przez kolejne lata. Andrzej Nowakowski”

■ Dyrektora Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia „...Od wielu lat Szpital przywraca zdrowie i ratuje życie wszystkim potrzebującym. Trud ponoszony przez lekarzy i pielęgniarki opiekujące się chorymi został nagrodzony wdzięcznością pacjentów. Placówka

ta wrosła bowiem na stałe nie tylko w krajobraz Poznania, ale również w serca jego mieszkańców, stanowiąc jedną z wizytówek miasta... Gratulując wspianiałej rocznicy składam Pracownikom Szpitala najlepsze życzenia szczęścia, zadowolenia z pracy, dalszych sukcesów oraz pomyślności w realizowaniu planów życiowych. Ryszard Stangierski”

■ Dyrektora Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego w Warszawie „...pozwalam sobie przestać życzenia dalszego, równie świetnego jak dotychczas zarządzania szpitalem, a wszystkim Pracownikom życzę wspianiałych sukcesów w pracy zawodowej. Prof. Jadwiga Słowińska-Szrednicka”

Red.

Książka nie tylko na wakacje



Kończące się wakacje zmuszają do zrobienia małego rachunku sumienia, oczywiście bez sprawozdań, protokółów, zarządzeń czy notatek służbowych, z tego, co ostatnio czytaliśmy albo kiedy przed urlopem mieliśmy czas, by stworzyć książkę i nie zasnąć w ciągu – przyjmijmy wersję optymistyczną – kilkunastu minut. Powakacyjnie przypominamy, że wolno przecież czytać nie tylko czasopisma konieczne w rozwoju zawodowym bądź teksty służące rozrywce nad jeziorem czy na działce. Ścieżkę do szpitalnej biblioteki można odnaleźć nie tylko wtedy, kiedy pociechy potrzebują „na jutro” lekturę szkolną. Wraz z nowym rokiem szkolnym, zdobyty po powrocie z wakacji zapalem do organizowania sobie roztropniej czasu wolnego, pozwalamy sobie na czytelnictwo zachętę i przypomnienie, że w naszym szpitalu istnieje biblioteka. Blisko, tanio i skutecznie. Jak w szkolnych podręcznikach łaciny: *Qvo vadis? In bibliotekam!* Szpitalna biblioteka i czytelnia umożliwiają skupienie nad ważnym artykułem, pomoc w znalezieniu potrzebnych materiałów albo wyciągnięcie ręki po ulubiony tekst, zapomniany na starej półce. A wieczorem, zmęczeni, w poczuciu intelektualnej satysfakcji, będziemy mogli, przyjmując wariant optymistyczny, zasnąć po kilkunastu minutach...

BIBLIOTEKA BELETRYSTYCZNA

Biblioteka beletrystyczna na terenie Szpitala im. Pawłowa została założona 16 listopada 1955 r. Księgozbiór obejmował pozycje wpisywane do księgi inwentarzowej, która zawierała 222 stron i 4440 pozycji druków zwartych. Inwentarz książek fachowych, przeznaczonych dla personelu medycznego, dziś obejmuje 529 pozycji, a ostatni zakup zakontraktowano w dniu 5 lutego 1982 r.

Biblioteką kierowały kolejno: Czesława Kwaśniewska (do 1969 r.), mgr Aniela Piotrowicz, Bożena Pielachowska oraz Barbara Paul (od 1998 r. do dnia dzisiejszego).

Obecnie inwentarz księgozbioru obejmuje trzy księgi. Niestety ostatni zakup został zrealizowany jeszcze w 1993 r. Do tego czasu nowości kupowano raz na kwartał dzięki środkom przekazywanym przez głównego księgowego, Michała Juszczaka. Pozycje beletrystyczne przeznaczone były dla dzieci pracowników oraz dla pacjentów szpitala, którzy do dziś korzystają z naszych zbiorów. Zapisanych jest ok. 300 stałych czytelników, chociaż obecnie biblioteka utrzymuje się tylko z darów. Jak podkreśla mgr Barbara Paul: *Do najważniejszych ofiarodawców biblioteki należą prof. Bożena Raszeja-Wanic, prof. Andrzej Ziemiański, dr Tadeusz Filipiak, dr Justyna Bieda, mgr Aniela Piotrowicz, dr Maciej Lesiak.*

Z czytelnia oraz wypożyczalni korzystają także sporadycznie pacjenci po wyjściu ze szpitala. W ciągu roku z naszych zbiorów korzysta ok. 40 przebywających na oddziałach pacjentów.

Co dwa lata przeprowadzany jest przez komórkę inwentarzową skontrol, czyli spis kontrolny książek ujawniający braki, wykazuje ok. 30 zagubionych egzemplarzy. Beletrystyka oraz pozycje specjalistyczne dla lekarzy i apteki pozostają na rewersie długoterminowym.

FILIA NR 1 BIBLIOTEKI GŁÓWNEJ AM W POZNANIU

Akademia Medyczna posiadała na terenie szpitala trzy biblioteki: Kliniki Okulistycznej, Kliniki Chorób Wewnętrznych oraz Kliniki Chirurgii Naczyni. W 1971 r. zostały one połączone i przekształcone w Filię nr 1 Biblioteki Głównej AM. Księgozbiór nowo utworzonej biblioteki filialnej obejmował 5 248 woluminów druków zwartych oraz 1416 woluminów oprawnych czasopism.

W latach siedemdziesiątych dokonywano zakupów książek polskich wydawanych przez Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich. Nabywanie książek zagranicznych odbywało się w Księgarniach Wydawnictw Importowanych lub podczas Międzynarodowych Targów Książki w Warszawie. Prenumerata bieżących czasopism obejmowała ok. 60 tytułów polskich i zagranicznych. Księgozbiór Biblioteki został centralnie skatalogowany, zawierał książki w układzie alfabetycznym oraz przedmiotowym. Dokonywano bieżącej oprawy czasopism, również alfabetycznie katalogowanych.

Aby w pełni zaspokoić potrzeby czytelników, biblioteka zaczęła prowadzić wypożyczalnię międzybiblioteczną, sprowadzając potrzebne materiały z polskich bibliotek akademickich oraz Głównej Biblioteki Lekarskiej w Warszawie.

Początkowo Filia Biblioteki Głównej działała w lokalach dotychczasowych zbiorów Kliniki Chirurgii Naczyni oraz Kliniki Okulistycznej.

Ponieważ jednak wzbudzała duże zainteresowanie lekarzy z licznych klinik i zakładów szpitala, w roku 1979 r. przeniesiono ją do odrębnego pomieszczenia, w którym została zorganizowana czytelnia, pracownia biblioteczna oraz magazyn księgozbioru.

Filią kierowały kolejno mgr Aniela Piotrowicz, mgr Małgorzata Duczmal-Charyna, a od 1984 r. mgr Barbara Paul, która pełni tę funkcję do dnia dzisiejszego. Pracowały tu również Hanna Chwiłowicz (1982-1984) i Jadwiga Andrzejewska (1984-1998). Od 1998 roku do chwili obecnej w filii pracuje mgr Iwona Łapszewicz-Budaj.

Dzięki komputeryzacji biblioteki możliwe jest otrzymywanie i realizowanie zamówień międzybibliecznych, a także szybki dostęp do dokumentów źródłowych poprzez system doc@med.

Barbara Paul, KZ

„Zdrowie warte Poznania”

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

Poniżej prezentujemy plan dalszych spotkań – wykładów zdrowotnych, które po wakacyjnej przerwie powracają do kalendarza działań w zakresie profilaktyki i promocji zdrowia Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego nr 1 *Przemienienia Pańskiego* Akademii Medycznej w Poznaniu

Patronat Medialny: Głos Wielkopolski, Radio Merkury, Fakty AM

WRZESIEŃ

- ☐ „Nadciśnienie tętnicze – problem ciągle niedoceniany”
17.09.2003, godz. 17.00 ul. Długa 1/2

PAŹDZIERNIK

- ☐ „Wyzwania diagnostyki i leczenia chorób oczu”
15.10.2003, godz. 17.00 ul. Długa 1/2

LISTOPAD

- ☐ „Miesiąc zdrowych płuc – współczesne wyzwania pulmonologii”
26.11.2003, godz. 17.00 ul. Szamarzewskiego 84

GRUDZIEŃ

- ☐ Choroby Naczyń – „Miażdżyca”
10.12.2003, godz. 17.00 ul. Długa 1/2.



Uroczystości odpustowe i jubileuszowe w Szpitalu Klinicznym Nr 1 *Przemienienia Pańskiego* Akademii Medycznej w Poznaniu



Tegoroczne uroczystości odpustowe Sióstr Szarytek połączono ze świętowaniem jubileuszu szpitala. Dnia 6 sierpnia br. do ogrodu przy ul. Długiej licznie przybyli zaproszeni goście, pracownicy i pacjenci SPSK-1 oraz poznaniacy, chcący – jak co roku – uczestniczyć w odpuscie *Przemienienia Pańskiego*.



Z okazji odpustu Przemienienia Pańskiego w ogrodzie szpitalnym przy ul. Długiej zaproszeni kapłani pod przewodnictwem Ks. bp. Grzegorza Balcerka odprawili mszę św.

Zdjęcia, teksty:
Katarzyna Zagórska



Alicja Chrzęsz (córka pielęgniarki zakładowej) zagrała podczas mszy św. m.in. *Ave Maria*.

Ks. Bp. Grzegorz Balcerk wygłosił homilię, w której podkreślił służebność pracowników służby zdrowia i sióstr w leczeniu ciała i ducha.



Jego Eminencja Ks. Bp Grzegorz Balcerk, księży koncelebranci oraz Dyrektor Naczelny SPSK Nr 1 Jan Talaga po mszy św. podczas koncertu zespołu *Moon Light Express*.



Siostry Szarytki przed procesją z darami. Zgromadzenie Sióstr Miłosierdzia Św. Wincentego a`Paulo zostało założone 29 listopada w 1633 r. we Francji jako pierwsze żeńskie zgromadzenie apostołskie – czynne. Szarytki służą ubogim w duchu ewangelicznej prostoty i pokory. Zgromadzenie Sióstr Miłosierdzia bardzo szybko rozwinęło się we Francji i na świecie. W szpitalu przy ul. Długiej w Poznaniu pracują od 1823 r. do dziś.



Odpustową mszę św. uświetniła Wojskowa Orkiestra Dęta. Na pierwszym planie p. Paweł Joks, kierownik orkiestry.



Siostra Stefania Szweda, przełożona Szarytek pracujących w SPSK-1, prof. Stanisław Zapalski oraz p. Urszula Piotrowska podczas spotkania po mszy św. odpustowej.



Zespół *Moon Light Express* wykonał podczas koncertu w ogrodzie szpitalnym utwory znane i lubiane – standardy jazzowe. Zespołem dyryguje p. Ewa Mazur.



W uroczystościach odpustowych i jubileuszowych uczestniczyła s. Krystyna Jaroszevska, wizytatora Sióstr Wincen- tego a`Paulo Prowincji Chełmińsko-Poznańskiej.

Rozpoczynamy nowy cykl w „Nowinach Szpitalnych”. Szpital, by mógł funkcjonować i spełniać swoje podstawowe zadanie – leczyć pacjentów – wymaga zaangażowania wielu osób i form działalności pomocniczej. To właśnie „szpital od kuchni”, który nie zawsze jest znany, choć bywa ciekawy, będziemy się starać przybliżyć naszym Czytelnikom. Zaczynamy od pralni. Niby rzecz oczywista – trochę proszku, wody, a jednak... Ruszamy pełną parą!

Pełną parą...

SPSK Nr 1 AM w Poznaniu może poszczycić się jedną z najnowocześniejszych pralni szpitalnych w Wielkopolsce. Modernizacja tego obiektu mieszczącego się w przyziemiu naszego Szpitala miała miejsce w 1994 r. Praca w niej po tych zmianach oparta jest o wysokiej klasy maszyny i urządzenia produkcji niemieckiej. Warto zaznaczyć, iż zastosowano tu barierę higieniczną, która przedzieliła halę pralni na tzw. stronę „czystą” i „brudną”. Pomiędzy tymi częściami znajduje się szatnia i śluza dla personelu wyposażona m.in. w środki do dezynfekcji. W części brudnej zlokalizowano pomieszczenia do przyjmowania bielizny, jej załadunku oraz składowania środków piorących, mycia i dezynfekcji wózków. Część czystą natomiast tworzą pomieszczenia do wyładunku prania i jego suszenia oraz prasowania, a także składowania materiałów wypranych i zdezyn-

fekowanych. Tu także odbywa się wydawanie bielizny na oddziały. Bielizna prana jest w pralkach zwanych fachowo pralnicami-wirówkami, które zaprojektowano tak, że załadunek bielizny do prania odbywa się po stronie brudnej, a wyładunek po stronie czystej.

— *Urządzenia te sterowane komputerowo, posiadają możliwość indywidualnego programowania dla każdego typu bielizny, bądź procesu technologicznego* – mówi Anna Różańska – Kierownik Pralni. Cały proces technologiczny jest ściśle określony i nadzorowany. *Mamy odpowiednie procedury w celu zachowania reżimu sanitarnego i świadczenia usług o wysokiej jakości* – dodaje Anna Różańska. Przykładowo w razie wystąpienia warunków szczególnych w oddziałach pralnia wykonuje także dezynsekcję i dezynfekcję bielizny, materacy i kocy w komorze dezynfekcyjnej. *Dostarczana do pralni bielizna jest ważona i składowana na wózkach* – mówi A. Różańska. *Następnie jest poddawana procesowi prania wraz z dezynfekcją środkami na bazie tlenu. Bieliznę umieszcza się w pralnicy w workach, które pozwalają na uwolnienie jej w kąpeli piorącej trwającej od 1 do 1,5 godz.*

Najwyższą temperaturę prania jest 90°C. Po zakończonym procesie prania i rozładunku następuje jej prasowanie. Prasowanie w zależności od typu bielizny odbywa się automatycznie z wykorzystaniem specjalistycznych urządzeń.

Bielizna fasonowa (np. fartuchy) jest „kierowana” do prasy do mankietów i kołnierzyków oraz manekinu parującego-suszącego – wyjaśnia Kierownik Pralni. Przeciętnie w ciągu jednego dnia Pralnia SPSK Nr 1 AM pierze 820 kg bielizny, co w skali miesiąca daje ok. 20 ton! Najwięcej usług świadczy oczywiście dla bloków operacyjnych (np. Blok Operacyjny Chirurgii Naczyniowej – ok. 2030 kg miesięcznie) oraz Pracowni Hemodynamiki (ok. 1660 kg miesięcznie). Pralnia wykonuje także usługi dla firm zewnętrznych.

Tekst: Rafał Staszewski
Zdjęcia: Zofia Owecka

Bezpieczeństwo

Zaistniała w ostatnim okresie awaria zasilania elektrycznego w Stanach Zjednoczonych i Kanadzie, która to spowodowała całkowity paraliż energetyczny inspirowała nas do oceny istniejącego stanu zabezpieczeń energetycznych. Jak wygląda sytuacja najstarszego budynku szpitala – obiektu przy ul. Długiej wyjaśnia Główny Energetyk, Andrzej Juszcak.

Obiekt ul. Długa 1/2 zasilany jest z sieci energetyki zawodowej dwoma niezależnymi liniami kablowymi średniego napięcia do dwóch trafostacji konsumenckich wyposażonych w agregat prądotwórczy. Napędzany jest on silnikiem wysokoprężnym stanowiąc rezerwowe źródło zasilania. Także obiekt przy ul. Łąkowej zasilany linią kablową niskiego napięcia z trafostacji obiektu Szpitala przy ul. Długiej oraz linią kablową niskiego napięcia z sieci energetyki.

Obiekt przy ul. Długiej posiada kotłownię centralną parowo-wodną zasilaną gazem ziemnym. Rezerwowe źródło pary technologicznej stanowi wytwornica pary zasilana olejem opałowym.

Kotłownia parowa po modernizacji w 2001 roku w pełni zabezpiecza potrzeby Szpitala na parę technologiczną, kotłownia wodna wymaga jednak przeprowadzenia dalszej modernizacji.

Podsumowując powyższe należy stwierdzić, że obiekt Szpitala przy ul. Długiej przy awarii zasilania energetycznego będzie funkcjonować przy zachowaniu niezbędnych reżimów oszczędności t.j. zakazie użytkowania wszelkich elektrycznych urządzeń grzewczych oraz użytkowaniu tylko niezbędnej aparatury medycznej i instalacji elektrycznych koniecznych przy leczeniu chorych, przez około 24 godziny na zapasach własnych paliwa do agregatu prądotwórczego.

Przy utrzymaniu dostawy wody miejskiej będziemy ponadto mogli dostarczać parę technologiczną dla obiektu Szpitala przy ul. Długiej. Przy utrzymaniu dostaw gazu istnieje możliwość pracy kotłowni parowej i wodnej przy ul. Długiej, stwarzając tym samym możliwość funkcjonowania centralnego ogrzewania.

Red.



Na żółto i na niebiesko

Pan Marian Binert
maluje Szpital od wielu lat

Marian Binert to pastelowa sylwetka naszego szpitala. Od 14 lat zawodowo związany z naszym szpitalem, dopiero w 1998 r. został pracownikiem służb technicznych. Wcześniej miał podobne obowiązki, wykonywane dla szpitala przez firmę W. Brylskiego. Leszek Sikorski, ówczesny dyrektor, a obecnie minister, zlecił Marianowi Binertowi skompletowanie zespołu. Pan Marian zaproponował wszystkich, z którymi już wcześniej pracował w firmie dla SPSK-1.

Zdaniem kierownika Zygmunta Czyży, pan Marian jest obowiązkowy i dokładny. Potrafi zorganizować pracę dla brygady, chociaż brygadziście nie jest, no, jest może takim nieformalnym – dodaje z uśmiechem Z. Czyż.

W zakres obowiązków Mariana Binerta i brygady malarzy wchodzi nie tylko prace malarskie, ale wszystkie, jakie zleca kierownik. Pracę – jak mówi sam pan Marian – trzeba wypełnić najlepiej, jak tylko pozwalają na to warunki. Rzetelnie realizuje swoje obowiązki także po godzinach pracy i bez dodatkowych wskazówek, bo czasem na oddziale odpada farba i nie można tego tak zostawić...

Pan Marian od z zapałem opowiada o pracy:

— Właśnie skończyliśmy malowanie szpitala od strychu do piwnic, klatek schodowych, wewnątrz dźwigu, korytarzy; w częściach przy oddziałach G, H, C, J i K. Ostatnio odnowiliśmy sekretariat prof. Pecold. Na Łąkowej wykonujemy szybkie prace, jeśli Sanepid ma wymagania, które trzeba zrealizować w trybie natychmiastowym, np. odnowienie wózków kostniczych. Czasem oddziałowa prosi o coś konkretnego, w związku z wymaganiami Sanepidu – z panem Binertem rozmawiamy w odnawianym właśnie, łososiowym korytarzu oddziału K – Teraz malujemy okna i korytarze na okulistyce kobiecej. W najbliższym czasie czeka nas praca na oddziale dzie-



Marian Binert.

Fot. Zofia Owecka

ciącym na Szamarzewskiego, malować będziemy kuchnię oraz pokój lekarski.

Pan Marian jest ojcem trzech córek i dziadkiem pięciu wnuczek, z których najstarsza uczy się w gimnazjum, a najmłodsza w pierwszej klasie podstawówki. Pomaga bliskim, nie tylko w malowaniu. Lubi przebywać z ludźmi. W czasie wolnym wybiera się z wnuczkami na wycieczki piesze i rowerowe. Szczególnie, gdy rodzinie wyjeżdżają do Rogoźna Wielkopolskiego, gdzie jest las i jezioro, i domek córki. Nie miał nigdy serca do wędkowania, ale ma jesienną słabość – zbieranie grzybów. W leśnych wyprawach uczestniczy też zięć, który jest doskonałym kucharzem. To on przygotowuje potrawę z grzybów. Pan Marian za to lubi zmywać naczynia.

Dziś powszechnie znany i lubiany, często radzi lekarzom, jak przygotować farbę, która jest najlepsza; udziela fachowych porad technicznych. Nam zdradził, że chociaż lubi wszystkie kolory, to wyróżnia jednak jasne barwy, pastele.

KZ

REMONTY

Wymalowana została klatka schodowa i hola następujących oddziałów: Okulistyki, Chirurgii Naczyń, Kardiologii. Zakończono remont łazienki Zgromadzenia Sióstr Miłosierdzia św. a' Paulo oraz remont sekretariatu Okulistyki. Prace wykonali pracownicy szpitala.

Dobiega końca modernizacja bloku operacyjnego chirurgii. Realizuje ją firma zewnętrzna przy pomocy służb technicznych Szpitala.

Przez firmę zewnętrzną remontowany jest oddział C, natomiast w celu obniżenia kosztów korytarz będzie malowany przez pracowników służb technicznych Szpitala.

Trwa adaptacja pomieszczeń po chłodniach dla potrzeb magazynu apteki, prace wykonują służby techniczne Szpitala.

We wrześniu rozpocznie się remont pomieszczeń po oddziałach B i B1 dla

Informacje Działu Technicznego



Remont Bloku Operacyjnego Chirurgii Naczyń dobiega już końca

Fot. Rafał Staszewski

potrzeb oddziału H, prace wykona firma zewnętrzna.

Pod koniec roku planowane jest rozpoczęcie prac remontowych całego piętra, mieszczącego dotychczas oddział G i H.

Zakończyły się przetargi:

- na oddziałach B i B1 (nowe H),
- na oddziale C (prace zakończą się we wrześniu).

Trwają starania o uzyskanie zezwolenia głównego konserwatora zabytków na rozpoczęcie remontu instalacji elektrycznych przez służby techniczne szpitala w kościele.

Usterki naprawiane są na bieżąco, a prace wykonuje się zgodnie z planem oraz przydzielonymi środkami.

Red.

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)



INFORMATYZACJA

W miesiącu czerwcu i w lipcu trwały kolejne prace z zakresu informatyzacji szpitala. Uruchomiona została sieć komputerowa w obiekcie na osiedlu Rusa, a dzięki przyłączeniu za pośrednictwem telewizji kablowej w

Hospicjum Palium uzyskano połączenie z Internetem. W oddziałach można było wdrażać system Eskulap, co niezwłocznie nastąpiło w Oddziale Opieki Paliatywnej i Oddziale Dziennego Pobytu Hospicjum Palium.

Rozpoczął się również kolejny etap informatyzacji – wdrażanie modułów obsługi bloków operacyjnych. Uruchomiony został moduł na Bloku Operacyjnym Okulistyki oraz na nowo otwartym Bloku Kardiochirurgii. Po zakończeniu remontu uruchomiony zostaje Eskulap na Bloku Operacyjnym Chirurgii.

Od czerwca został wprowadzony również nowy system rozliczenia z Narodowym Funduszem Zdrowia. Rozliczenie z wykonanych umów dotyczących hospitalizacji można dokonywać obecnie tylko drogą elektroniczną poprzez aplikację internetową, zainstalowaną na stronach NFZ. Dzięki zastosowanemu wcześniej systemowi Eskulap, uniknięto wprowadzania podwójnie danych do Eskulapa i do aplikacji Funduszu. Obecnie, po zakończeniu okresu rozliczeniowego, po uprzednim sprawdzeniu oraz skorygowaniu danych przez Dział Organizacji i Nadzoru wysłała się odpowiednie dane do NFZ.

Trwają również intensywne prace nad informatyzacją laboratoriów naszego szpitala. Cyklicznie odbywają się spotkania grupy roboczej pod przewodnictwem prof. Z. Koczyńskiego. W skład tej grupy wchodzi kierownicy laboratoriów, pracownicy Sekcji Informatyki i przedstawiciele twórców oprogramowania Eskulap. Grupa ta ma na celu dopasowanie oprogramowania do warunków istniejących w naszym szpitalu oraz do obowiązujących w tej dziedzinie norm.

Wojciech Ficner



Informatyzacja szpitala

GORĄCY TEMAT

RESTRUKTURYZACJA zmiany systemowe ochrony zdrowia

Ministerstwo Zdrowia ogłosiło w drugiej połowie sierpnia założenia ramowe procesu restrukturyzacji zakładów opieki zdrowotnej. Najbardziej znaczące zmiany dotyczą ustawy o ZOZ, a co jest z tym związane nowej formy działania instytucji opieki zdrowotnej. Planuje się bowiem przeprowadzenie komercjalizacji spzoz-ów, która ma być zakończona przekształceniem w spółkę kapitałową użyteczności publicznej.

Ministerstwo zapewnia o możliwości umorzenia zobowiązań publiczno-prawnych po zakończeniu procesu prywatyzacji ZOZ-ów. Nowa forma działalności prawnej stwarzać będzie jednak także szerszą możliwość prowadzenia procesu upadłości wobec części zakładów opieki zdrowotnej. Prawną formą funkcjonowania ZOZ-u ma być spółka z ograniczoną odpowiedzialnością lub spółka akcyjna. Pewne zastrzeżenia będą wynikać z odrębności wynikających z idei działania zakładu opieki zdrowotnej jako podmiotu użyteczności publicznej (spółka użyteczności publicznej ZOZSUP). Do końca sierpnia wg zapewnień Ministerstwa przeprowadzone zostaną konsultacje wstępnych projektów założeń. Program pilotażowy, który ma być wdrożony w życie w 2004 roku, będzie przeprowadzony w dwóch województwach, w tym w województwie Wielkopolskim. Jak informuje Ministerstwo Zdrowia, projekt ten dotyczy także szpitali klinicznych. Jeśli więc na etapie uzgodnień i prac w parlamencie nie zajdą określone zmiany, wszystko na to wskazuje, iż szpitale kliniczne też będą funkcjonować jako spółka prowadzona na zasadach kodeksu spółek handlowych.

Red.

Zespół redakcyjny: Zofia Owecka, Katarzyna Zagórska, 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