



NOWINY SZPITALNE

ISSN 1643-0980

NR 3/4 (5/6) Rok II – MARZEC/KWIECIEŃ 2002

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

KONFERENCJA

„SZPITAL KLINICZNY NA ZAKRĘCIE”

Poznań, 19 kwietnia 2002 r.



- Organizatorzy: Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 1 Przemienienia Pańskiego AM w Poznaniu
Wydział Nauk o Zdrowiu Akademii Medycznej im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu
Wydział Zdrowia i Spraw Społecznych Urzędu Miasta Poznania
- Miejsce obrad: Sala Sesyjna Urzędu Miasta Poznania
Plac Kolegiacki 17
- Patronat honorowy: prof. dr hab Mariusz Łapiński, Minister Zdrowia
JM prof. dr hab. Leon Drobnik, Rektor Akademii Medycznej im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu

Sponsorzy strategiczni:



Dlaczego Konferencja?

Sytuacja w opiece zdrowotnej w Polsce przypomina od kilku lat burzliwie przebiegającą reakcję chemiczną. Do pierwotnych substratów mających dać w efekcie spodziewany produkt dodano już co najmniej kilka nowych katalizatorów, które nie tylko miały przyspieszyć reakcję, ale i zmienić jej bieg. Kolejne zespoły reformatorów – z nowymi wizjami zmian – starają się ocenić aktualną sytuację i znaleźć najlepsze rozwiązania. Tymczasem sytuacja zdaje się być z dnia na dzień trudniejsza do oceny – jest bowiem coraz bardziej zróżnicowana.

Na przebieg każdej reakcji chemicznej wpływają przecież nie tylko substraty, ale i warunki zewnętrzne – temperatura, ciśnienie, wilgotność powietrza i wiele innych. Te zaś były zgoła odmienne w różnych miejscach wprowadzania reformy. Dlatego inaczej wygląda obraz po 3 latach w różnych częściach Polski, w różnego rodzaju zakładach opieki zdrowotnej i w różnych dziedzinach medycyny.

Wymiana doświadczeń, a także próba zarysowania i zdefiniowania problemów, które obecnie najbardziej dotyczą szpitali klinicznych – to główny powód, który skłonił organizatorów do przygotowania konferencji „Szpital kliniczny na zakręcie”. Podobne cele stawia sobie z pewnością Stowarzyszenie Dyrektorów Szpitali Klinicznych, którego obrady poprzedzają konferencję. Wydawało się jednak istotne aby problemy prawne, finansowe i związane z zarzą-

daniem, jakością usług zostały wyrażone na szerszym forum, stały się przedmiotem dyskusji również lekarzy pracujących w szpitalach, ordynatorów oddziałów, kierowników klinik. Znajomość tej problematyki – ułatwi być może codzienną pracę i komunikację wewnątrz zakładów opieki zdrowotnej.

Identyfikacja trudności jest zawsze pierwszym krokiem do ich rozwiązywania. Szpitale kliniczne zajmują szczególne miejsce w opiece zdrowotnej z ich potrójną misją – gdzie pomoc pacjentom jako najważniejsze zadanie musi być łączona z prowadzeniem badań naukowych i pracą dydaktyczną. Są to zawsze szpitale trzeciego stopnia referencji, w których wykonuje się najwięcej wysoko specjalistycznych procedur medycznych i gdzie trafiają pacjenci często po wielu nieudanych próbach leczenia. Ta specyfika powinna być zauważana i doceniana przez zarządzających całym systemem opieki zdrowotnej w Polsce, przez organy założycielskie, którymi stały się Akademie Medyczne, a także płatników – kasy chorych lub mający powstać Narodowy Fundusz. Potrzebne są rozwiązania prawne, które porządkowałyby wiele nieustalonych dotychczas kwestii oraz spowodowałyby znalezienie takich systemów finansowania szpitali klinicznych i kontraktowania ich świadczeń, które odzwierciedlałyby ich specyfikę. Organizatorzy mają nadzieję, że myśli wypowiedziane przez prelegentów i uczestników dyskusji staną się pomocą dla znajdowania skutecznych rozwiązań.

Lek. med. Halina Bogusz
Komitet Organizacyjny

SZANOWNI PACJENCI! JESTEŚMY DLA WAS, DZIĘKI WAM.

Z ŻYCIA SZPITALA

Pani dr Marzena Chajewska-Ciekańska została nowym kierownikiem Poradni Kliniki Onkologicznej.

W dniach 15-17 lutego br. w Kręgu koło Koszalina odbyło się spotkanie, na którym podsumowano pierwszy kwartał funkcjonowania prowadzonego przez I Klinikę Kardiologii AM Programu Leczenia Ostrej Zespołów Wieńcowych w Województwie Wielkopolskim (szerzej – strona 4).

23 lutego br., w Rokosowie ok. 200 lekarzy uczestniczyło w Dniu Pulmonologicznym, zorganizowanym pod patronatem prof. Witolda Młynarczyka przez Klinikę Ftyzjopneumonologii AM.

W dniu 8 marca br. odbyło się kolejne spotkanie Rady Klinicznej.

28 marca br. odbyło się nadzwyczajne spotkanie Rady Klinicznej poświęcone pożegnaniu prof. Krzysztofa Słowińskiego, który wraz z całą Kliniką Chirurgii Urazowej, Leczenia Oparzeń i Chirurgii Plastycznej przeniósł się do budynku szpitala przy ul. Kurlandzkiej.

W dniach 5-7 kwietnia br. została podłączona w naszym Szpitalu nowa centrala telefoniczna, która będzie obsługiwać budynki przy ul. Długiej, ul. Łąkowej i ul. Szamarzewskiego. Nowy numer centrali telefonicznej: 854 90 00. Dla wszystkich jednostek szpitalnych jest taki sam początek numeru bezpośredniego: 854 9 - - . Szpital Łąkowa – numery: 854 9001 do 9079, Szpital Długa – numery: 854 9080 do 9319, Szpital Szamarzewskiego – numery: 854 9320 do 9399. Na Łąkowej i Długiej zastąpimy więc pierwszą cyfrę dotychczasowego numeru wewnętrznego (3) cyfrą 9, a na Łąkowej dodatkowo dotychczasową drugą cyfrę 4 – cyfrą 0.

Nasz Szpital odwiedził prof. dr hab. Leon Drobnik Rektor AM, który spotkał się z przedstawicielami pracowników i związków zawodowych. Podczas spotkania Rektor Drobnik zaprezentował plany rozwoju Akademii Medycznej, w tym także SPSK Nr 1.

Z dniem 1 kwietnia br. na emeryturę przeszła Pani Aleksandra Samek, która pracowała w naszym Szpitalu jako pielęgniarka od 1 września 1958 roku. 22 sierpnia 1962 roku Pani Aleksandra objęła stanowisko pielęgniarki oddziałowej w oddziale H, a od 1 września 1979 roku koordynowała pracę personelu średniego i niższego w Poradniach Kliniki Onkologicz-



nej. Z początkiem kwietnia na emeryturę odeszły również Pani Iwona Grabkowska, która pracowała w Zakładzie Radiologii, na stanowisku starszego statystyka medycznego od 1 stycznia 1987 roku oraz Pani Maria Owczarczak, zatrudniona w Dziale Księgowości, na stanowisku starszej księgowej od 2 maja 1967 roku.

Klinika Chorób Wewnętrznych i Zaburzeń Metabolicznych została uznana w rankingu przeprowadzonym przez redakcję polskiego wydania tygodnika Newsweek (31.03.2002) za najlepszy oddział internistyczny w województwie wielkopolskim. Pani Profesor Danucie Pupek-Musialik i wszystkim pracownikom Kliniki serdecznie gratulujemy.

Serdecznie zapraszamy wszystkich Pracowników naszego Szpitala do redakcyjnej współpracy.

Polskie Towarzystwo Opieki Paliatywnej Oddział w Poznaniu uprzejmie informuje, że w roku 2001 ze zbiorów publicznych łącznie uzyskało kwotę 2.428,87 zł. Całość zgromadzonych funduszy przekazano do kasy i przeznaczono na zakup wyposażenia dla Hospicjum Palium.

Skarbnik PTOP Oddział w Poznaniu — Elżbieta Ignasiak

Programy

Chemioterapia przeciwnowotworowa

Nadrzędnym celem modułu programowego „Chimio No 118035” (z ogólnym budżetem 630737 Euro) jest przede wszystkim międzynarodowy transfer najnowszych technologii i procedur stosowanych w chemioterapii, szeroko pojęta edukacja personelu fachowego tj. farmaceutów szpitalnych, techników farmaceutycznych i pielęgniarek oraz w konsekwencji – przygotowanie materiałów i pomocy dydaktycznych służących w podyplomowym szkoleniu fachowego personelu szpitalnego. Kierowanie i sprawowanie nadzoru nad prawidłową realizacją zadań i etapów programowych powierzono Komitetowi Pilotażowemu, w skład którego jako

przedstawiciel strony polskiej wszedł Edmund Grześkowiak. Komitet zbierać się będzie według zaplanowanego harmonogramu, między innymi w czerwcu 2003 w Poznaniu).

Realizację przyjętych w ramach programu Leonardo da Vinci II zadań rozłożono na cztery fazy, od marca 2002 do września 2004. Nad prawidłową realizacją każdej z faz programu czuwać będzie Międzynarodowy Komitet Naukowy programu Leonardo da Vinci – Chimio No 118035. Ze strony polskiej w pracach tego Kom-

tetu będą uczestniczyć: Faza I – Stanisław Dyderski, Edmund Grześkowiak, Kazimierz Jakubiec; Faza II i III – Elżbieta Chojecka, Stanisław Dyderski, Edmund Grześkowiak, Kazimierz Jakubiec, Hanna Jankowiak-Gracz; Faza IV – Stanisław Dyderski, Edmund Grześkowiak.

Zakończenie programu przewidziane jest na listopad 2004, kiedy to zostanie przyjęty i zaakceptowany przez Agencję Leonardo, końcowy bilans naukowy oraz finansowy modułu Chimio No 118035.

(Red)

Europejski projekt LEONARDO da VINCI II

W dniach od 7 do 10 marca br. odbyło się w Paryżu pierwsze spotkanie krajowych koordynatorów partnerów uczestniczących w programie Leonardo II pt. „Chemioterapia przeciwnowotworowa – od zmniejszenia ryzyka do optymalizacji jakości”. Obok ośrodków medycznych z Belgii, Francji, Hiszpanii, Portugalii i Szwecji w programie uczestniczy Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 1 AM w Poznaniu, a także Katedra Farmacji Klinicznej AM i KM w Poznaniu, Wielkopolskie Centrum Onkologii i Wojewódzki Inspektorat Inspekcji Farmaceutycznej.

Batalia o utrzymanie dinozaurów

Rozmowa z dr med. Stanisławem Markiewiczem, dyrektorem Departamentu Medycznego Wielkopolskiej i Regionalnej Kasy Chorych

— *Panie Doktorze, czy Kasa Chorych ma kłopoty ze szpitalami klinicznymi?*

— Szpital kliniczne zawsze były dla nas jednym z trudniejszych tematów rozmów; mają swoją specyfikę, która wynika z ich organizacji i funkcji-niepowtarzalnych w innych szpitalach, mają inne powołanie, inne cele. Są to szpitale o najwyższym stopniu referencyjności, a ich dodatkową funkcją jest funkcja dydaktyczna. Kasa Chorych jest zobowiązana przez ustawę do finansowania świadczeń medycznych, a więc nie może płacić za nic innego. Nie wynika to ze złej woli Kasy, ale z wymogów ustawy. I tu pojawia się problem: kto ma płacić za amortyzację sprzętu, budynki, czy właśnie dydaktykę. Trudno jest bowiem połączyć finansowanie dydaktyki i świadczeń medycznych. Kwestia finansowania szpitali uniwersyteckich jest problemem ogólnostanowiskowym. Z góry zakłada się, że szpital kliniczny powinien być finansowany w odmienny sposób. Jedna i druga strona ma swoje słuszne racje, a sprawa jest naprawdę trudna. Kolejnym problemem jest duża struktura szpitali klinicznych. Trudno jest dyrektorem zarządzać kadrą Akademii Medycznej. Ścierają się tu dwa spojrzenia na medycynę. Pierwsze to spojrzenie menedżera, z troską o to, by szpital nie przynosił strat. Drugie natomiast, to spojrzenie autorytetu medycznego i dbałość o podwyższenie poziomu usług. Jest to starcie się rzeczywistości z ambicjami w medycynie, to konflikt dwóch stanowisk, konflikt nie do uniknięcia. Podobna sytuacja pojawia się w relacji szpital kliniczny – Kasa Chorych. Od ułożenia relacji, sposobu rozwiązywania konfliktów zależy sposób finansowania szpitali. Nie należy stawać w opozycji. Racje obu stron trzeba odnieść do rzeczywistości. Widzę już postęp w rozmowach. Na początku każda ze stron silnie obstawała przy swoim stanowisku. W tej chwili negocjacje przebiegają dużo lepiej, między innymi dzięki obecności profesorów-specjalistów z danych dziedzin.

Szpital kliniczne można porównać do dinozaurów, które wyginęły, bo nie potrafiły dostosować się do zmieniającej się rzeczywistości, do zmieniającego się środowiska. Były nieruchliwe i nie potrafiły znaleźć sobie pożywienia. Rzeczywistość wokół nas się zmienia i szpitale kliniczne muszą ewaluować wraz z nią. Trwa niejako batalia o utrzymanie dinozaurów. Trzeba połączyć myślenie ekonomiczne z medycznym. Dlatego też w Wielkopolskiej Regionalnej Kasie Chorych zatrudniono osoby z wykształceniem medycznym, by podejmowane tu decyzje były sensowne.

— *W ostatnich miesiącach współpraca WRKCh i SPSK Nr 1 rzeczywistość układa się dobrze. Są jednak jej punkty bolesne, między innymi finansowanie procedur hematologicznych. Dlaczego tak się dzieje?*

— W przypadku hematologii problem konfliktu realności i ambicji jest spotęgowany do granic. Stosuje się najnowocześniejsze metody nie odstające od reszty świata, odbiegające natomiast od polskich realiów. Podejmując próbę doprowadzenia do zbieżności stanowisk i do zwiększenia finansowania, Kasa Chorych zdaje sobie sprawę z niedoskonałości wyników rozmów. Na pewno konieczne są dalsze rozmowy.

— *Wspomniał Pan Doktor o najwyższej referencyjności szpitali klinicznych. Jak powinna być według Pana rozwiązana ta kwestia w kontraktach?*

— Poziom referencyjności istnieje w życiu, nie istnieje jednak formalnie. Poziom usług nie ma nic wspólnego z nazwą jednostki. Były projekty, by referencyjność dotyczyła oddziałów, nie szpitali. Obecny system polega na finansowaniu poprzez hospitalizację. Liczony jest osobodzień. Na oddziałach psychiatrycznych, czy medycyny

(dokończenie na str. 6)

W obronie hematologii ?!

Jednym z najłatwiejszych zdań, jakie mogą paść w dyskusji o przyczynach zadłużenia naszego Szpitala, jest wskazywanie na niedostateczne opłacanie przez płatników procedur hematologicznych. Niejeden raz stwierdzano, że Szpital bez hematologii mógłby być ekonomicznie wydolny. Przecież działalność ta przyniosła w ubiegłym roku ponad 5 milionów złotych „strat”.

W tym stwierdzeniu jest zapewne wiele słuszności, o ile nie potraktuje się sprawy nieco głębiej.

Powstaje na pewno pytanie, czy pacjenta hematologicznego można leczyć nieco taniej. Choć każdy z lekarzy chciałby mieć możliwość użycia wszelkich dostępnych medycznych środków, pojawia się zderzenie z rzeczywistością ograniczonych możliwości.

Każdy chciałby też leczyć swojego bliskiego czy każdego pacjenta według najbardziej wyśrubowanych standardów, jednak powstaje tragiczne pytanie o możliwości bezpośrednio Szpitala, a pośrednio całego naszego społeczeństwa. Choć życie jest na pewno bezcenne, jakie koszty możemy jako społeczeństwo ponieść dla ratowania i przedłużania życia ludzkiego?

W analizach farmakoekonomicznych bardzo przejrzyste jest stwierdzenie, że można ponieść taki koszt przedłużenia życia o rok, który jest równoważny kosztowi przedłużenia o rok życia wskutek stosowania dializote-

rapii w niewydolności nerek. W Polsce jest to około 25000 zł. Uważa się, że społeczeństwo jest w stanie ponieść koszt takiego właśnie leczenia. Przy jego przekroczeniu pojawia się dylemat i niebezpieczeństwo powstania braku możliwości zapewnienia finansowania innych świadczeń medycznych.

Niewątpliwie jednak przy przeciąganiu przykrótkawej koldry niedostatecznego finansowania pacjenci hematologiczni (i wraz z nimi hematolodzy) mają co najmniej nogi poza koldrą.

Cieszy, że w ostatnich miesiącach płatnik, jakim jest Wielkopolska Regionalna Kasa Chorych, zaczyna dostrzegać rzeczywiste problemy opłacania świadczeń hematologicznych i podejmować wspólnie z przedstawicielami Szpitala próby uzdrowienia sytuacji. Wiąże się to z olbrzymią pracą wykazania rzeczywistych kosztów wykonywanych procedur, która od kilku miesięcy nieustannie jest dokonywana. Nadal także wątpliwości budzi sposób finansowania niektórych procedur hematologicznych opłacanych przez ministerstwo. Droga więc do zapewnienia „opłacalności” hematologii wydaje się jednak daleka. Wypadałoby życzyć takiej sile przebicia środowisku hematologicznemu, jakie charakteryzuje kilka innych specjalności medycznych, być może często osiągniętych bardziej spektakularne (choćby medialnie) efekty lecznicze.

Wydaje się jednak, że obarczanie hematologów winą za złą kondycję finansową jest zbyt dużym uproszczeniem. W każdej specjalności mamy prawo leczyć z taką intensywnością, na jaką nas stać. Choć nam – jako lekarzom – jest na pewno trudno z tym się pogodzić.

Szczepan Cofta

Nowe zasady antybiotykoterapii w naszym Szpitalu

W przeciwieństwie do innych grup leków, skuteczność terapeutyczna antybiotyków systematycznie spada. Wyprodukowanie nowego antybiotyku kosztuje ok. 500 mln dolarów, trwa przynajmniej 7-10 lat, a co najbardziej niepokojące, rzadko opiera się na wykorzystaniu nowego mechanizmu niszczenia bakterii. Z drugiej strony drobnoustroje znajdują coraz bardziej skuteczne mechanizmy oporności na antybiotyki, opierające się nie tylko na częstych mutacjach, ale również na bardzo skutecznej wymianie materiału genetycznego zawierającego „geny oporności”. Rządy wielu krajów oraz Komisja Zdrowia przy UE opracowują strategie zapobiegania narastaniu oporności, wymagające od krajów członkowskich podejmowania kroków racjonalizujących stosowanie antybiotyków. Polskie szpitale, w tym również nasz, nie posiadały do tej pory żadnych mechanizmów ochraniających pacjentów przed zakażeniem wieloopornymi drobnoustrojami: gronkowcami opornymi na metycylinę (MRSA), enterokokami opornymi na wankomycynę (VRE) oraz wieloopornymi pałeczkami gram ujemnymi, (głównie *Pseudomonas aeruginosa*, *Acinetobacter baumannii*). Podjęte przez Dyрекcję Szpitala działania, zmierzające do ochrony Szpitala przed wytworzeniem niebezpiecznego pod względem epidemiologicznym środowiska dla hospitalizowanych pacjentów, będą dwutorowe: racjonalizacja konsumpcji antybiotyków oraz opracowanie programu kontroli zakażeń szpitalnych.

Zespół ds. antybiotykoterapii, w skład którego weszli – Kierownik Apteki, Pani dr Hanna Jankowiak-Gracz, Kierownik Pracowni Bakteriologicznej, Pani mgr Łucja Kuźniak oraz Przewodniczący Zespołu ds. kontroli zakażeń, lek. Tomasz Ozorowski – opracował propozycje organizacji gospodarki antybiotykami. Propozycje zostały w zeszłym miesiącu zaakceptowane przez Komitet Terapeutyczny i przedstawione na spotkaniu Rady Kierowników Klinik. Szpitalna polityka antybiotykowa jest zbudowana z trzech elementów

- rekomendacje do profilaktyki i terapii zakażeń
- kontrolowane wydawanie antybiotyku z Apteki
- konsultacje pacjentów z zakażeniami

Rekomendacje są oparte na aktualnych publikacjach, informacjach o wrażliwości bakterii na antybiotyki na terenie Polski i stałym monitorowaniu flory bakteryjnej występującej w Szpitalu. Jakkolwiek ogólne wytyczne zostały w miarę możliwości dostosowane do specy-

fiki Szpitala, nie każdy pacjent będzie mógł być według nich leczony – wywiad może wskazywać na konieczność odstąpienia od rekomendacji. Oprócz propozycji do leczenia empirycznego zakażeń, zawarte zostały wskazania do stosowania antybiotyków oraz ich dawkowanie.

W części szpitala przy ul. Długiej zostały wydzielone grupy antybiotyków kontrolowanych i zastrzeżonych. Antybiotyki kontrolowane są wydawane z Apteki „na pacjenta”, na podstawie diagnozy postawionej przez lekarza i zaznaczonej na „formularzu zamawiania antybiotyku”. Limitowany jest czas pierwszego zlecenia antybiotyku do 3 lub 5 dni, po których, lekarz podejmuje decyzję o kontynuacji lub zmianie leczenia, na podstawie odpowiedzi klinicznej na dotychczasowe leczenie oraz wyniku badania bakteriologicznego. Zlecenie antybiotyku zastrzeżonego wymaga autoryzacji lekarza ds. kontroli zakażeń, która musi być dokonana przed złożeniem formularza do Apteki. Obie grupy antybiotyków nie są magazynowane na Oddziałach. Poza godzinami pracy Apteki Szpitalnej są wydawane przez pielęgniarkę dyżurną Oddziału A.

Konsultacje pacjentów mają na celu analizę wywiadu, na podstawie której określana jest prawdopodobna etiologia zakażenia, interpretacja dotychczasowych badań bakteriologicznych oraz próba dobrania skutecznego antybiotyku. Konsultacja pacjenta jest prowadzona przez lekarza ds. kontroli zakażeń, na życzenie lekarza prowadzącego lub automatycznie po zleceniu antybiotyku zastrzeżonego, zastępując tym samym dotychczasową weryfikację prowadzoną przez Dyрекcję mającą – co zrozumiałe – czysto administracyjny charakter. W części Szpitala poza ul. Długą leczenie antybiotyków odbywa się na dotychczasowych zasadach, natomiast w Klinice Hematologii, najważniejszej jednostce dla wdrażanego programu szpitalnej polityki antybiotykowej, monitorowane jest zużycie wszystkich leków przeciw-zakaźnych na podstawie oddzielnego formularza oraz aktywnego monitorowania zakażeń prowadzonego przez zespół ds. kontroli zakażeń szpitalnych.

Ostatecznym celem programu szpitalnej polityki antybiotykowej jest poprawa jakości leczenia pacjentów z zakażeniami oraz spowolnienie tempa narastania oporności na antybiotyki flory bakteryjnej. Zespół ds. antybiotykoterapii będzie wdzięczny za pozytywne spożycie na zaproponowane procedury oraz liczy na współpracę w rozwiązywaniu problemów diagnostyki, terapii i profilaktyki zakażeń.

Lek. med. Tomasz Ozorowski
Przewodniczący Zespołu ds. kontroli zakażeń szpitalnych

PROCEDURY

PROGRAM LECZENIA OSTRYCH ZESPOŁÓW WIĘCOWYCH

Mineło pół roku odkąd funkcjonuje całkowicie finansowany przez Wielkopolską Regionalną Kasę Chorych program Leczenia Interwencyjnego Ostrego Zespołu Węscowych w Województwie Wielkopolskim. Koordynatorem merytorycznym programu jest dyrektor Instytutu Kardiologii w Poznaniu prof. dr hab. med. Andrzej Cieślński. Oprócz I Kliniki Kardiologii, w programie uczestniczy Szpital Miejski im. Strusia.

W dniach od 15 do 17 lutego, w Kręgu koło Koszalina odbyło się spotkanie, na którym dr med. Maciej Lesiak przedstawił dotychczasowe wyniki programu. Przez ponad trzy miesiące przyjęto 474 pacjentów, głównie mężczyzn (73,1%), w średnim wieku 61,5 lat. 69% spośród pacjentów przyjęto ze świeżym zawałem serca, a 31% cierpiących na dławicę piersiową niestabilną. W przypadku ok. 82% cho-

rych zastosowano interwencję wieńcową, pozostałych natomiast leczono zachowawczo lub kardiokirurgicznie. Skuteczność bezpośrednia w przypadku świeżego zawału, łącznie w obu ośrodkach wyniosła 96,9%. U 71,6% pacjentów zastosowano stenty, natomiast u ok. 40% – nowoczesne leki przeciwplatekcyjne, tak zwane superaspiryny.

Biorąc pod uwagę wyniki leczenia interwencyjnego, można bez wątpliwości stwierdzić, że jest to leczenie bardzo skuteczne. W przypadku leczenia konwencjonalnego, średnia śmiertelność w szpitalach polskich stanowi ponad 10%, natomiast w leczeniu interwencyjnym w ramach programu, śmiertelność szpitalna wyniosła niecałe 3%. Ponadto, jest to również leczenie mniej kosztowne dla szpitala, ponieważ średni czas pobytu chorego to jedynie ok. 5 dni.

(ZCh)

Na podstawie materiałów dr M. Lesiaka

WIELCY W ŚWIECIE OKA

Wywiad z prof. dr hab Krystyną Pecold

Prof. dr hab. Krystyna Pecold. Kierownik Katedry i Kliniki Okulistycznej Szpitala Klinicznego nr 1 Akademii Medycznej im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu. Prezes Wielkopolskiego Towarzystwa Okulistycznego i Sekcji Retinologicznej Polskiego Towarzystwa Okulistycznego, Przewodniczący Delegacji Polskiej we Francuskim Towarzystwie Okulistycznym, delegat Krajów śródkowo-wschodnich w Retinologicznym Towarzystwie w Niemczech, konsultant Wojewódzki w dziedzinie okulistyki. Staże naukowe w licznych klinikach Europy.



— Pani Profesor, jakie są główne obszary działalności medycznej Katedry Okulistyki i Kliniki Okulistycznej?

— Zainteresowania Kliniki koncentrują się głównie wokół schorzeń siatkówki i ciała szklanego oka. Początki tej działalności związane są z prof. W. J. Orłowskim. Klinika Okulistyczna zajmując się od 35 lat schorzeniami siatkówki jest obecnie ośrodkiem wiodącym w zakresie chirurgii witreoretinalnej. W skali ogólnopolskiej poznański ośrodek wykonuje najwięcej tych operacji. Z zagadnieniami siatkówki związane są również diagnostyka i leczenie nowotworów wewnątrzgałkowych – czerniaków. Ośrodek nasz zajmuje się ich leczeniem: termoterapią, naszywianiem płytek promieniotwórczych i chirurgicznym ich usuwaniu.

Wiodącą dziedziną Kliniki jest także mikrochirurgia przedniego odcinka oka – nowoczesna chirurgia zaćmy przeprowadzana metodą fakoemulsyfikacji, operacje przeciwjaskrowe oraz kombinowane operacje zaćmy i jaskry.

Od kilku lat rozszerzyliśmy znacznie chirurgię plastyczną powiek. Dzięki współpracy ze specjalistą chirurgii plastycznej i rekonstrukcyjnej wykonujemy w Klinice najbardziej skomplikowane operacje w przypadkach nowotworów powiek, oczodołów oraz nowocześnie zabiegi odbarczenia oczodołu w chorobie Graves-Basedowa. Warto podkreślić, że ośrodek poznański zajmując się w/w zagadnieniami podejmuje się leczenia przypadków najtrudniejszych – chorych często przybywających z całej Polski. W swojej strukturze Klinika posiada jedną z nielicznych w Wielkopolsce poradnię leczenia jaskry zajmującą się jej diagnostyką i leczeniem.

Klinika Okulistyczna bierze udział także w programach zdrowotnych, jak np. ogólnopolski program wczesnego wykrywania jaskry. Pragnę zaznaczyć że jaskra jest poważnym problemem społecznym i dzięki temu programowi został poczyniony ogromny postęp, przede wszystkim we wczesnym jej wykrywaniu. Przejawia się to także wzrostem świadomości ludzi, którzy sami zgłaszają się z pierwszymi niepokojącymi objawami.

W strukturze Kliniki posiadamy jedną z nielicznych w Wielkopolsce poradnię leczenia jaskry zajmującą się leczeniem najtrudniejszych przypadków chorobowych.

— Proszę przybliżyć rolę kliniki w kształceniu przed i podyplomowym.

— Klinika podołać musi wielu obowiązkom dydaktycznym. Spoczywa na niej bowiem kształcenie studentów Wydziału Lekarskiego, Stomatologii, fizyki lekarskiej i studentów anglojęzycznych. Kształceni są także u nas lekarze stażyści i oraz lekarze rodzinni. Główny ciężar specjalizacji w zakresie okulistyki w Wielkopolsce spoczywa właśnie na Klinice. Prowadzimy także ogólnopolskie szkolenia dla lekarzy specjalizujących się w Okulistyce. Są to szkolenia comiesięczne w Klinice oraz sześć kursów rocznie zleczanych przez Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego.

— Dużo uwagi poświęca się ostatnio problematyce jakości w usługach medycznych. Co jest dla Pani Profesor wyznacznikiem jakości w okulistyce?

— Od zawsze proces diagnostyczno-terapeutyczny w naszej Klinice był na jak najwyższym poziomie. Wyznacznikiem postępu jest dla nas szybka diagnostyka dzięki nowoczesnej aparaturze i współpracy z licznymi ośrodkami np. z Radiologią. Całą diagnostykę i leczenie zachowawcze wykonujemy ambulatoryjnie, osiągając tym samym bardzo wysoki wskaźnik chorych operowanych w stosunku do hospitalizowanych. Jesteśmy również przygotowani do chirurgii „jednego dnia”, co może mieć miejsce w przypadkach operacji zaćmy. Wyznacznikiem jakości i efektywności naszej pracy jest również skrócenie pobytu chorego w Klinice, który wynosi średnio 4 dni.

— Klinika okulistyki nie może narzekać na brak pacjentów, co jest niewątpliwie wyrazem zaufania do lekarzy i ich profesjonalizmu. Jak Pani Profesor ocenia zachodzące zmiany w systemie opieki zdrowotnej?

— Dla chorego dużym postępem jest możliwość wyboru lekarza i placówki medycznej celem leczenia. Pacjenci często więc wybierają Kliniki – ośrodki akademickie jako miejsca, które posiadają duże kompetencje. Niesie to jednak za sobą niekorzystne zjawisko a mianowicie ograniczonego konsultacyjnego badania chorych w Klinice.

Chory powinien być w miarę możliwości leczony na niższych szczeblach, a dopiero w przypadku trudności powinien być skierowany przez specjalistę do nas. Obecnie każdy zgłaszający się bez skierowania pacjent musi być diagnozowany przez nas, często w zakresie podstawowym. Wydłuża to znacznie czas oczekiwania na wizytę, niejednokrotnie dla osób które naprawdę potrzebują pilnej wyspecjalizowanej opieki. To jest więc mankament zachodzących zmian, ale tylko z punktu widzenia możliwości przyjęcia nieograniczonej ilości pacjentów. Gdyby były one większe z wielką radością przyjęlibyśmy wszystkich chorych pragnących się u nas leczyć. Niestety wiadomą rzeczą jest że jest to niemożliwe, poza tym struktura obejmuje poradnię które powinny kwalifikować do leczenia klinicznego. W Wielkopolsce mamy świetnie wyszkolonych lekarzy okulistów którzy zapewniają chorym odpowiednie leczenie na poziomie podstawowym.

— Klinika będąc jednostką uczelni prowadzi także programy naukowe.

— Prowadzimy europejskie programy badawcze współpracując z wieloma ośrodkami naukowymi np. program badający stosowanie nowych leków w schorzeniach witreoretinalnych, czy też program wczesnej diagnostyki jaskry korzystając z najnowocześniejszego sprzętu medycznego. Badamy także wpływ niektórych leków na rozwój zaćmy.

— Z jakimi trudnościami boryka się obecnie Klinika

— Największą bolączką jest obecnie sprzęt, który jest wykorzystywany od wielu lat. Staramy się jednak sukcesywnie uzupełniać wyposażenie pozyskując fundusze z innych źródeł jak np. z programów badawczych, z Wielkopolskiej Fundacji Rozwoju Okulistyki,

(c.d. na str. 6)

pomocy Lions Clubu. Duży wkład w dostosowanie się Kliniki do standardów wyposażenia miała także Fundacja Współpracy Polsko-Niemieckiej dzięki której został otwarty jeden z najbardziej nowoczesnych bloków operacyjnych okulistycznych.

— Dużą wagę przywiązuje Pani Profesor do kształcenia personelu.

— Tak, jest to bardzo ważne w rozwoju personelu medycznego. Lekarze uczestniczą w wielu szkoleniach, kursach i stażach krajowych, zagranicznych m.in. w Niemczech, Austrii, Anglii i Francji. Obecnie jeden z naszych lekarzy jest na stażu w USA. Współpracujemy z Klinikami zagranicznymi w Niemczech, Francji i Anglii.

Chciałabym szczególnie podkreślić, że sukcesy Kliniki nie byłyby możliwe bez zaangażowania i poświęcenia całego zespołu

lekarskiego i pielęgniarskiego, który z olbrzymim oddaniem pracuje dla dobra naszych chorych.

Rozmawiał: Rafał Staszewski

Oddział okulistyki J i K w liczbach:

	Oddział J	Oddział K
Liczba łóżek	32	23
Liczba pacjentów leczonych w 2001 roku	1527	1228
Średni czas pobytu pacjenta	5,1	5,5

PORADNIE OKULISTYCZNE

Integralną funkcję w diagnostyce i leczeniu z Kliniką Okulistyki pełni przykliniczny zespół poradni okulistycznych zajmujących się poszczególnymi jednostkami chorobowymi. W zespół poradni wchodzi: Poradnia Okulistyczna Dzieciątka zajmująca się m.in. leczeniem zezu, Poradnia Leczenia Jaskry, Poradnia Chorób Siatkówki zajmująca

się także laseroterapią siatkówki oraz Poradnia Okulistyczna Ogólna.

Warto podkreślić, iż w przeprowadzanym badaniu satysfakcji pacjentów Poradnie Okulistyczne uzyskały najwyższą wśród wszystkich poradni ocenę. Mówi dr med. Ewa Czaplicka, kierującą pracą Poradni Okulistycznych: „praca w poradni niezależnie od jej charakteru w dobie przekształceń w ochronie zdrowia i niedoborów finansowych jest niewątpliwie bardzo ciężka. Myślę, że receptą na sukces jest przede wszystkim sposób postępowania z pacjentem, by czuł, że ktoś przejmuje się jego schorzeniem, jego problemami. Waż-

ne jest, by znaleźć dla niego chwilę czasu, tak by nie tylko postawić diagnozę, ale także przedstawić sposoby rozwiązania tego problemu w życiu codziennym. Często bowiem zgłaszają się do nas chorzy, którzy pomimo leczenia posiadają trwałe upośledzenie zdolności widzenia i jest to na pewno dla pacjentów wielki cios. Dlatego też trzeba pacjentowi pomóc pogodzić się z istniejącym stanem. Poza tym wszystkim naszym pacjentom poświęcamy wiele czasu, troski, co daje im niewątpliwie większy komfort leczenia.”

R.S.

(dokończenie ze str. 3)

opiekuńczo-zachowawczej nie ma wolnych łóżek, bo to się po prostu nie opłaca. W szpitalu chodzi o to, by leczyć jak najwięcej pacjentów w jak najkrótszym czasie.

W przypadku szpitali klinicznych musiałoby nastąpić uszczegółowienie finansowania w zależności od poziomu usług, różnicowanie ceny hospitalizacji w oddziałach, by przybliżyć do realności poziom danej usługi.

— Nadzieją dla szpitali klinicznych jest finansowanie przez WRKCh procedur chirurgicznych. Czy istnieje szansa, że dojdzie do realizacji tego projektu?

— Szansa na finansowanie procedur zabiegowych oczywiście istnieje i Kasa nadal do tego dąży. Nie mamy jednak wciąż ostatecznego i jednoznacznego stanowiska dyrektorów wszystkich szpitali.

— Bardzo dziękuję za rozmowę.

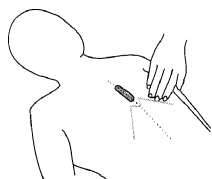
Zofia Chałupka

POSTĘPOWANIE W STANACH ZAGROŻENIA ŻYCIA (część III)

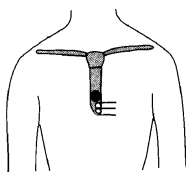
Resuscytacja krążeniowo oddechowa dorosłego – podstawowe zabiegi

3. Masaż pośredni serca

- kładziemy dwa palce (wskazujący i środkowy) na łuku żebrowym i przesuwamy je aż do kąta żebrowego, tak by palec środkowy znajdował się nad wyrostkiem mieczykowatym, a wskazujący na rękojeści mostka (rys. 8, 9),

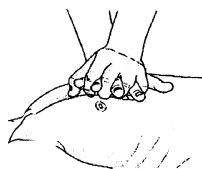


Rys. 8



Rys. 9

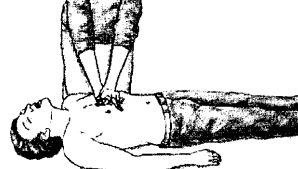
- tuż powyżej palca wskazującego przykładamy powierzchnię dłoniową nadgarstka, a na nią drugą rękę (rys. 10),



Rys. 10

- ręka leżąca u góry spleta palce ręki dolnej i odciąga je ku górze aby nie przylegały do klatki piersiowej,
- schylając się nad ratowanym, rękami wyprostowanymi w łokciach naciskamy na mostek tak, aby obniżył się on o 4 - 5 cm, a następnie

zwalniamy ucisk (rys.11). Czynność tę powtarzamy z częstością ok. 100/min.,



Rys. 11

- Niezależnie od ilości ratowników – naprzemiennie 2 wdech: 15 uciśnięć mostka.

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

Optimalizacja kosztów

Wprowadzone programy optymalizacji kosztów przynoszą dla Szpitala wymierne efekty. Zarówno miesięczne limity leków uzależnione od wielkości kontraktów, jak i system indywidualnego rozliczania leków na pacjenta w coraz większym stopniu wpływają na poprawę sytuacji finansowej Szpitala.

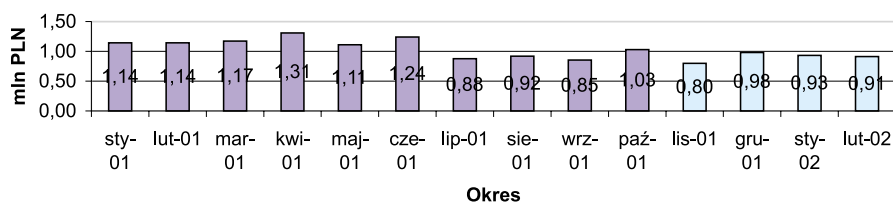
Rozpoczęte w listopadzie 2001 roku ewidencjonowanie rozchodu leków na oddziałach przy użyciu programu komputerowego lub w formie pisemnej pozwoliło zmniejszyć koszty leków o 15% w stosunku do wartości wyjściowych przed wprowadzeniem tego systemu

Zestawienie wydatków na leki wraz z oszczędnościami

Okres	Wartość w PLN	Oszczędność w %	Oszczędność w PLN
01.01-31.10 (średnia)	1 079 556	0	0
listopad 01	797 576	26	281 980
grudzień 01	980 770	9	98 786
styczeń 02	930 607	14	148 949
luty 02	912 181	16	167 375
	Razem za 4 mies.		697 091

Porównując zestawienia na wydatki leków 2001 i 2002 roku daje się zauważyć korzystną tendencję do spadku miesięcznych wydatków na leki.

Wartość zużycia leków



Oszczędności te nie były by jednak możliwe, gdyby nie zaangażowanie ze strony pracowników.

Składamy serdeczne podziękowania dla personelu medycznego, bez pomocy którego nie sposób byłoby wprowadzić optymalny system dystrybucji leków w szpitalu.

W miesiącu marcu szczególnie wyrazy uznania kierujemy dla zespołów Oddziałów, które nie przekroczyły limitów leków – Oddziały: Kardiologii S, Chorób Wewnętrznych i Nadciśnienia Tętniczego H, Chorób Wewnętrznych i Zaburzeń Metabolicznych, Okuliastyki J i K, Chirurgii Onkologicznej, Transplantacji i Hematologii.

Warto także podkreślić fakt wyjątkowej staranności Pań Oddziałowych i Pań Pielęgniarek w prowadzonym rozliczaniu leków na pacjenta, szczególnie na Oddziałach: Kardiochirurgii, Chirurgii Naczyń C i D, Nadciśnienia Tętniczego, Chemioterapii, Ginekologii Onkologicznej i Oddziale Chirurgii Onkologicznej.

(Red.)

(na podstawie danych opracowanych przez Dr n. farm. Hannę Jankowiak-Graczą)

Zespół ds. Diagnostyki Laboratoryjnej

Decyzją Dyrektora Szpitala lek. med. Jana Talagi powołany został Zespół ds. Diagnostyki Laboratoryjnej. W skład Zespołu weszli nie tylko specjaliści z diagnostyki laboratoryjnej, ale również specjaliści z dyscyplin klinicznych oraz ekonomiści i osoby zajmujące się organizacją służby zdrowia: prof. dr hab. n. med. Zygmunt Kopczyński (przewodniczący), mgr Piotr Bogacz, dr Halina Bogusz, dr Piotr Bręborowicz, dr Szczerpan Cofta, dr Bogusław Grabowski, dr hab. n. med. Sylwia Grodecka-Gazdecka, dr Piotr Kokoszka, dr Jarosław Kopczyński, mgr Łucja Kuźniak, mgr Dorota Liczbańska, dr hab. n. med. Krzysztof Lewandowski, dr Jolanta Nagadowska, mgr Mariola Stalińska, mgr Magdalena Staniszevska, dr Maria Zozulińska. Zespół wytyczył zadania na najbliższe miesiące, a do najważniejszych z nich należy:

1. Usprawnienie organizacji pracy w Centralnym Laboratorium Diagnostycznym.

2. Opracowanie procedur analitycznych, co będzie podstawą do naliczania kosztów za usługi laboratoryjne.
3. Opracowanie biuletynu informacyjnego o rodzajach wykonywanych badań uwzględniając sposób pobierania, przechowywania i przekazywania materiału biologicznego do laboratorium.
4. Rozszerzenie oferty badań laboratoryjnych.
5. Promocja badań laboratoryjnych dla zlecniodawców pozaszpitalnych.

Zespół przygotował projekt restrukturyzacji Centralnego Laboratorium SPSK Nr 1, który zakłada, że celem strategicznym jest wdrożenie systemu jakości i właściwe zarządzanie tym systemem tak aby umocnić jego pozycję nie tylko w strukturze organizacyjnej szpitala, ale również wzmocnić jego pozycję rynkową w województwie wielkopolskim.

Cele te laboratorium planuje osiągnąć poprzez:

- usprawnienie organizacji i zarządzania laboratorium,
- usprawnienie komunikacji i informacji,
- szczegółowe opisanie procedur analitycznych uwzględniając etap przedanalityczny, analityczny i poanalityczny, co pozwoli na dokład-

ne naliczenie kosztów za usługi laboratoryjne. Nadrzędnym celem tych działań jest utrzymanie dobrej jakości badań laboratoryjnych przy jednoczesnym obniżeniu kosztów za te badania.

- pozyskanie klientów / zlecniodawców pozaszpitalnych,
- aktywniejszą i bardziej klarowną współpracę w zakresie badań naukowych,
- stworzenie takich warunków aby w najbliższej przyszłości uzyskać można akredytację laboratorium celem zwiększenia zaufania klientów /pacjentów/ zlecniodawców w kompetencje laboratorium oraz w wiarygodność i porównywalność dostarczonych wyników, opinii i ekspertyz.

Podczas odbytych już spotkań omówiono funkcjonowanie Pracowni Gospodarki Krwią oraz dyskutowano nad tezami projektu programu restrukturyzacji Centralnego Laboratorium SPSK Nr 1, przygotowanego przez prof. dr hab. n. med. Zygmunta Kopczyńskiego.

Prof. dr hab. n. med. Zygmunt Kopczyński
Przewodniczący Zespołu
ds. Diagnostyki Laboratoryjnej

