



ISSN 1643-0980

NOWINY SZPITALNE

NR 5 (7) Rok II – MAJ 2002

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

Dziękuję JM Panu Rektorowi AM oraz Senatowi AM za zaufanie, jakim mnie obdarzyli, powierzając zadanie kierowania Szpitalem. Jednocześnie pragnę podkreślić, że nadal kierować się będą dewizą współodpowiedzialności za zarządzanie Szpitalem. Wydaje się to szczególnie istotne w przypadku szpitala klinicznego – ze względu na dużą autonomię jednostek będących strukturami Akademii Medycznej. Jestem głęboko przekonany, że siłą tego Szpitala są Pracownicy, którzy wspólnym zaangażowaniem i swoją pracą służą rozwiązywaniu trudnych problemów, przede wszystkim dla dobra pacjenta. Z mojej strony dołożę wszelkich starań, by Szpital odnosił sukcesy. Cały czas wierzę, że nadchodzący czas będzie lepszy dla szpitali klinicznych. Przed nami perspektywa przystąpienia do Unii Europejskiej. Wiąże się to z koniecznością dostosowania naszego obiektu oraz organizacji pracy do wymogów Unii, tak byśmy byli konkurencyjni na nowym, szerokim rynku usług medycznych. Mam nadzieję, że wszyscy Pracownicy pomogą mi w tym trudnym, odpowiedzialnym zadaniu oraz że razem osiągniemy sukces.

Z wyrazami szacunku

Lek. med. Jan Talaga — Dyrektor Szpitala

W numerze:

- O harmonię szarego i białego
- Z kart historii
- Kącik chorych serc
- Sukces w służbie choremu
- Farmakoekonomika
- Szpitalna polityka antybiotykowa

„Szpital kliniczny na zakręcie”



Szpitaly kliniczne przeżywają niewątpliwie okres wielkich trudności. Ciężka sytuacja finansowa, nieścisłości prawne, przykłady zawyżonych i skomplikowanych uwarunkowań dotyczących szpitali akademickich można by podać bardzo wiele. Najprościej byłoby więc usiąść z założonymi rękoma myśląc, że to wszystko zależy od czynników zewnętrznych i tak naprawdę w naszym Szpitalu nic nie można zrobić. Faktem jest, że duży wpływ ma np. jasna i stabilna polityka w zakresie ochrony zdrowia (a nie mgliste perspektywy). Tym niemniej nawet w obecnej sytuacji możliwe są pozytywne rozwiązania. Przekonywali o tym uczestnicy konferencji „Szpital kliniczny na zakręcie”, której organizatorami byli: SP Szpital Kliniczny nr 1 AM w Poznaniu, Wydział Zdrowia i Spraw Społecznych Urzędu Miasta Poznania oraz Wydział Nauk o Zdrowiu AM w Poznaniu. Ponad 100 uczestników z całej Polski przybyło 19 kwietnia do Poznania, by nie tylko zastanowić się nad trudnościami szpitali klinicznych, ale przede wszystkim, by próbować znaleźć inspirację do rozwiązania wielorakich problemów ochrony zdrowia.

Jako pierwszy swój referat przedstawił dr n. med. Jerzy L. Kurkowski, Dyrektor Centralnego Szpitala Klinicznego Śląskiej Akademii Medycznej w Katowicach. Na przykładzie własnego szpitala ukazał założenia misji i zadania szpitala klinicznego. Dyrektor Kurkowski omówił także możliwości optymalizacji wydatków poprzez HTA (Health Technology Assessment) – Ocenę Technologii Medycznych. Dużym zainteresowaniem cieszył się wy-

kład dr Krzysztofa Kuszewskiego z państwowego Zakładu Higieny w Warszawie, który obecnie pełni funkcję członka Zespołu Konsultantów Prezidenta RP. W swoim wystąpieniu poruszył on wybrane aspekty nowej sytuacji szpitali klinicznych. Oprócz omówienia zmian w zakresie organów założycielskich, perspektywy nowych płatników, sytuacji ekonomicznej, wystąpienie dr Kuszewskiego koncentrowało się wokół zmian demograficznych powodujących odmienną sytuację zdrowotną populacji. Podsumowując swoje wystąpienie, dr Kuszewski, zaznaczył, iż rzeczą bardzo ważną jest obecnie opracowanie długoterwałej strategii dotyczącej szpitali akademickich. Mgr Ewa Bąk reprezentująca Wydział Nauk o Zdrowiu zwróciła uwagę na kwestie prawne prowadzonych często na terenie szpitali badań klinicznych. Przy-



kład możliwości restrukturyzacji zakładów opieki zdrowotnej przedstawili Dyrektorzy SP ZOZ z Rawicza – mgr inż. Janusz Atachowicz i lek. med. Maciej Sokołowski. Szpital w Rawiczu efektywnie dostosował się do zmieniających się warunków otoczenia – nie generuje strat, a przy tym leczy skutecznie. Wiele z przedstawionych rozwiązań można by, zdaniem prelegentów, implementować na grunt szpitala klinicznego. Na temat skutecznego „zarządzania klinicznego” mówił dr Jacek Łukomski, Dyrektor Szpitala Wojewódzkiego w Poznaniu, który przedstawił wiele inspirujących danych porównujących różnorodne wskaźniki systemu ochrony zdrowia na świecie. W imieniu współorganizatorów konferencji – Wydziału Zdrowia i Spraw Społecznych Urzędu Miasta Poznania o znaczeniu szpitali klinicznych w dużej aglomeracji miejskiej mówił Dyrektor Stanisław Bobrzyk.

Druga część konferencji poświęcona była nie mniej ważnemu jak zarządzanie aspektowi działalności szpitala, a mianowicie farmakoekonomice. W tej części głos zabrał dr Marcin Czech z Polskiego Towarzystwa Farmakoekonomicznego oraz prof. dr hab. Jacek Sławiński. Wystąpienia te spotkały się ze sporym zaciekawieniem słuchaczy, autorzy bowiem skupili się nie tylko na

(ciąg dalszy na str. 3)

SZANOWNI PACJENCI! JESTEŚMY DLA WAS, DZIĘKI WAM.

Z ŻYCIA SZPITALA

16 maja br. podczas posiedzenia Senatu AM, dr Jan Talaga pełniący dotychczas obowiązki Dyrektora, otrzymał nominację na stanowisko Dyrektora Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego Nr 1 AM w Poznaniu. Z tej okazji składamy serdeczne gratulacje, życzymy wielu sił i sukcesów w trudnym zadaniu kierowania szpitalem klinicznym.



W dniu 16 kwietnia 2002 r. odbyło się kolejne posiedzenie Komitetu Terapeutycznego, któremu przewodniczył prof. dr hab. Aleksander Mrozikiewicz. Na spotkaniu omówiono nowe zasady antybiotykoterapii obowiązujące w naszym Szpitalu oraz wprowadzono do Receptariusza Szpitalnego następujące leki: Carvedilol 6,25 mg, Carvedilol 12,5 mg, Tertensif 1,5 SR tabl., Esmeron 50 mg fiol., Esmeron 100 mg fiol. (tylko w niewydolności nerek i jaskrze). Następnie dr Hanna Gracz przedstawiła rozchody leków w marcu oraz zaktualizowane wytyczne Komitetu Terapeutycznego dotyczące czasu przechowywania ampulek i fiolek po pierwszym nakłuciu. Podniesiono też kwestię finansowania przez Szpital Opieki Paliatywnej i Poradni Obrzęku Limfatycznego, a także finansowania przez WRKCh kuracji niektórymi bardzo drogimi lekami dla indywidualnych pacjentów.

Komitet Terapeutyczny przypomina, że wszystkie **dary lekowe** muszą być zarejestrowane w Aptece Szpitalnej. Szpital nie będzie mógł **brać odpowiedzialności** za leki nie zgłoszone, a stosowane u pacjentów.



W dniach 22-24 kwietnia br. w Krakowie odbyła się Siódma Ogólnopolska Konferencja Jakość w Opiece Zdrowotnej poświęcona m.in. problemom błędów w sztuce medycznej. Uczestniczyli w niej przedstawiciele naszego Szpitala.



W dniu 26 kwietnia br. w siedzibie Dyrekcji SPSK Nr 1 miało miejsce spotkanie Zespołu ds. Profilaktyki i Promocji Zdrowia. W spotkaniu uczestniczyli przedstawiciele Kliniki Chorób Wewnętrznych i Zaburzeń Metabolicznych, Kardiologii i Okulistyki reprezentanci administracji Szpitala oraz Dyrekcji w osobie Naczelnego Lekarza Szpitala oraz Naczelnego Pielęgniarki. Omówienie realizacji programów profilaktyczno-promocyjnych rozpoczęto od przedstawienia uwag WRKCh, dotyczących braków w sprawozdawczości oraz niedostatecznej realizacji programów. Istotną przeszkodą w pełnej realizacji programów okazały się być zbyt małe środki finansowe, przeznaczone przez Kasę Chorych na działalność promocyjną. Zaproponowano więc negocjacje w sprawie podwyższenia cen wykonywanych świadczeń lub możliwości przesuwania funduszy między

segmentami, w ramach jednego programu profilaktycznego. W dalszej części spotkania dr Wiesław Bryl i dr Maciej Cymerys przekazali informacje z realizacji najbardziej zaawansowanego programu Profilaktyki Chorób Układu Krążenia. Sprawozdanie z realizacji Programu Wczesnego Wykrywania i Zapobiegania POChP przekazał dr Szczepan Cofta. Na zebraniu podjęto ponadto kwestię czasu pracy i udziału pielęgniarek w programach profilaktycznych. Na zakończenie zapowiedziano wrześniową konferencję pt. „Udział Szpitali Promujących Zdrowie w kształtowaniu polityki zdrowotnej”.



W dniu 9 maja br. mgr Dorota Liczbańska – Naczelnia Pielęgniarka, Wanda Szymaniak – Pielęgniarka Epidemiologiczna, mgr Piotr Bogacz – Z-ca Dyrektora ds. Ekonomicznych i inż. Ryszard Kalemba – Kierownik Działu, który będzie się zajmował utrzymaniem czystości w Szpitalu, odwiedzili Szpital Specjalistyczny w Kościerzynie i zapoznali się tam z organizacją pracy ekip sprzątających i transportu wewnętrznego oraz centralnej sterylizacji i pralni.



Przygotowano ankietę dla lekarzy dotyczącą współpracy wewnątrzszpitalnej. Niebawem trafi ona do dyżurek lekarskich. Mamy nadzieję, że wnikliwe odpowiedzi ułatwią choć po części rozwiązanie istniejących problemów.



Rewident zakładowy zakończył wewnętrzną kontrolę prawidłowości pracy w Poradniach Przyszpitalnych w budynku przy ul. Długiej.



Od dnia 15 maja br. badania tomografii komputerowej dla pacjentów naszego Szpitala wykonywane są w Zakładzie Radiologii Wielkopolskiego Centrum Onkologii przy ul. Garbary. Badania realizowane są na jutro po zgłoszeniu, a w miarę możliwości w dzień zgłoszenia. Konieczne jest, by każde skierowanie było akceptowane przez lekarza radiologa, który wyznaczy termin badania. W związku z tym skierowania do badań KT należy składać w zależności od umiejscowienia jednostki, w sekretariacie Pracowni Naczyniowej w budynku przy ul. Długiej (dr n. med. Robert Juszkat), w sekretariacie Pracowni Radiologicznej przy ul. Łąkowej (dr n. med. Andrzej Pietrzak) lub w sekretariacie Pracowni Radiologicznej przy ul. Szamarzewskiego (dr n. med. Małgorzata Nowicka). Wyniki badań będą do odbioru w w/w sekretariatach. Wszelkie badania wykonywane poza wskazanym ośrodkiem muszą uzyskać akceptację Dyrekcji Szpitala.



W ostatnich dniach maja odbyły się szkolenia dotyczące przetargów, w których obowiązkowo uczestniczyli kierownicy wszystkich jednostek naszego Szpitala. 23 maja o 8.00 – administracja, o 12.00 – pielęgniarki



ki i technicy; 24 maja o 8.00 – wszyscy ci, którzy nie mogli w pozostałych terminach, o 12.00 – lekarze.



Z dniem 15 maja br. wszedł w życie program szpitalnej polityki antybiotykowej, zaakceptowany przez Komitet Terapeutyczny. Zasady leczenia i profilaktyki zakażeń oraz ramy organizacyjne gospodarki lekami przeciw-zakaźnymi zostały zawarte w opracowaniu „Rekomendacje do profilaktyki i leczenia zakażeń”, które zostały rozesłane do wszystkich Klinik. Aktualnie przeprowadzane są spotkania informacyjne z lekarzami wszystkich Klinik, wyjaśniające podstawy programu.



Kolejne posiedzenie Rady Klinicznej odbędzie się 14 czerwca br. o godzinie 13.00 w Sali Hemodynamiki.



Nasz Szpital podpisał umowę na następujące konsultacje specjalistyczne: dermatologiczna – dr n. med. Małgorzata Alexiewicz (tel. 869 12 83), nefrologiczna – dr n. med. Bogna Roszkowiak (tel. 869 16 63), neurologiczna – dr n. med. Adam Niezgoda (tel. 869 14 61, 869 15 35), gastroenterologiczna – dr n. med. Agnieszka Dobrowolska-Zachwieja (tel. 869 13 43). Pod podanymi telefonami lekarze są dostępni w godzinach od 8.00 do 14.30. Specjaliści zobowiązani są do konsultacji przy łóżku chorego w terminie do 48 godzin od zgłoszenia. Każde skierowanie na konsultację musi być opatrzone zgodą Ordynatora Oddziału. W najbliższych tygodniach zostanie podany wykaz kolejnych specjalistów.

Dyrekcja składa podziękowanie Panu Janowi Szudobajowi, który podczas pełnienia dyżuru w dniu 12.05 br., narażając swoje życie i zdrowie, dopomógł w obezwładnieniu agresywnie zachowującego się napastnika, zagrażającego pacjentom i personelowi Szpitala.

Zapraszamy do współpracy redakcyjnej! Czekamy na listy, opinie, artykuły, informacje, którymi chcecie się Państwo podzielić ze współpracownikami.
Adres redakcji: nowiny.szpitalne@wp.pl

„Szpital kliniczny na zakręcie”

(ciąg dalszy ze str. 1)



wyjaśnieniu podstaw farmakoekonomiki, ale także zaprezentowali praktyczne jej zastosowanie – wybór leków najbardziej opłacanych i to zarówno z punktu widzenia medycznego, jak i ekonomicznego. Konferencja zakończyła się dyskusją panelową dotyczącą przyszłości szpitali klinicznych, w której brali udział m.in. prof. dr hab. Romuald Ochotny i prof. dr hab. Krzysztof Wiktorowicz. Dyskusja poprzedzona była wystąpieniami Dyrektora SPSK Nr 1 – lek. med. Jana Talagi, który mówił o dylematach dyrektora szpitala klinicznego oraz Naczelnego Lekarza Szpitala SPSK Nr 1 – dr Szczepana Cofty omawiającego specyfikę pracy medyka w szpitalu klinicznym z perspektywy własnych doświadczeń.

Zapewne podczas konferencji poruszono jedynie część z wielu zagadnień dotyczących szpitali klinicznych. Na pewno jednak była ona twórcza i pokazała, że przy zaangażowaniu wszystkich stron związanych z ochroną zdrowia można zdziałać wiele. Przede wszystkim w pokonywaniu barier i problemów

skomplikowanej struktury szpitali klinicznych liczy się współodpowiedzialność i partnerstwo, co zaznaczał dyr Talaga. To fakt – jesteśmy na zakręcie. Ale przed nami rysuje się prosta – przekonywali uczestnicy konferencji.

Rafał Staszewski

Organizatorzy składają serdeczne podziękowania firmom, dzięki którym możliwa była organizacja konferencji – sponsorom strategicznym:



GlaxoSmithKline



oraz firmom: AstraZeneca, Baxter Oncology, Ascor, Anmed, MSD, Lilly, Aventis. Szczególne podziękowania pragniemy złożyć firmie SERVIER, sponsora sesji farmakoekonomicznej oraz mecenasa „Nowin Szpitalnych”.



Na zmieniającej się scenie ochrony zdrowia w Polsce temat jakości usług staje się coraz bardziej aktualny. Dzięki wprowadzeniu ubezpieczenia zdrowotnego, już od trzech lat usługi medyczne są traktowane jako swoisty produkt podlegający prawom kupna, sprzedaży i oceny przez klientów. Również konkurencja pomiędzy poszczególnymi zakładami opieki zdrowotnej skłania ku procesom zapewniania jakości świadczeń na jak najwyższym poziomie.

Nic dziwnego, że zorganizowana w Krakowie, już po raz siódmy, konferencja *Jakość w Opiece Zdrowotnej* zgromadziła duże grono zainteresowanych. Tematami głównymi konferencji były między innymi błędy postępowania medycznego oraz zewnętrzne systemy zapewniania jakości.

John Helfricck z Joint Comission International przedstawił interesujący pogląd mówiący, że dla zmniejszenia liczby błędów postępowania medycznego konieczna jest przede wszystkim poprawa komunikacji.

Osuszyć bagno

Nagłaśnianie problemu błędów przez media publiczne stało się przyczyną tworzenia strategii zapobiegania tym wydarzeniom. Opracowanie sposobów zbierania informacji o występowaniu niepożądanych wydarzeń, ustalenie głównych przyczyn oraz rodzajów działań zaradczych jakie powinny być podejmowane – to główne elementy przyjętych strategii. Istotę prezentowanego podejścia do problemu obrazuje hasło: „NIE WYSTARCZY ZABIJANIE KOMARÓW... TRZEBA OSUSZYĆ BAGNO” Zgodnie z tym powiedzeniem do najsukceszniejszych działań podejmowanych w celu uniknięcia błędów nie należy karanie winnych, ale ponowne przeszkolenie i doradztwo, określenie zasad prawidłowego postępowania, zmian złych nawyków organizacyjnych, poprawa systemów technologicznych oraz zmiana kultury organizacji. Jako

bardzo przydatną określono też szczegółową i głęboką analizę przyczyn zaistniałych błędów.

Opracowywanie nowych standardów postępowania oraz szerzenie informacji o zasadach dobrej praktyki są również korzystnymi działaniami na rzecz ograniczenia błędów.

Systemy poprawy jakości wprowadzane i ulepszone na całym świecie coraz powszechniej są nie tylko przedmiotem zainteresowania organizacji jaką jest szpital czy inny zakład opieki zdrowotnej. Ich ocena zewnętrzna podlega również dynamicznym zmianom zarówno w zakresie celów jak i metod.

Referaty kolejnych gości zagranicznych konferencji pokazywały obecnie istniejące i funkcjonujące systemy oceny i zapewniania jakości w opiece zdrowotnej; podstawowe z nich to akredytacja i certyfikacja ISO. Sama akredytacja – będąca jak się wydaje najbardziej kompleksowym systemem oceny jakości podlega także różnym zmianom. Liczba programów akredytacyjnych wzrosła kilkakrotnie w ciągu ostatniego

(ciąg dalszy na str. 4)

PIKNIK ZDROWOTNY

W dniu 13 kwietnia br. na terenie Szpitala przy ul. Szamarzewskiego 84 odbył się piknik zdrowotny. Stanowi on jeden z elementów realizowanego przez Katedrę i Klinikę Chorób Wewnętrznych i Zaburzeń Metabolicznych we współpracy z Wielkopolską Regionalną Kasą Chorych programu profilaktycznego w zakresie chorób układu krążenia.

W programie pikniku przewidziano cztery wykłady dotyczące czynników ryzyka chorób układu krążenia, otyłości, zasad prawidłowej diety, zaburzeń lipidowych i nadciśnienia tętniczego. U wszyst-

kich uczestników pikniku dokonano pomiarów ciśnienia tętniczego, wzrostu i masy ciała, tkanki tłuszczowej, a także cholesterolu



i glukozy. W trakcie trwania pikniku uruchomiono dwa punkty konsultacyjne, w których udzielano porad lekarskich dotyczących powyższych zagadnień. Pomimo złej pogody piknik cieszył się dużym zainteresowaniem; udział w nim wzięło około 60 osób.

Jednocześnie informujemy, iż kolejny piknik odbędzie się w dniu 11 maja br. również na terenie Szpitala przy ul. Szamarzewskiego 84. Ponadto Katedra i Klinika Chorób Wewnętrznych i Zaburzeń Metabolicznych organizuje festyn zdrowotny, który będzie miał miejsce 9 czerwca br. na terenie Poznańskiego Ośrodka Sportu i Rekreacji Malta w Poznaniu.

Dr med. Wiesław Bryl

O HARMONIĘ SZAREGO I BIAŁEGO

Sprzeciw mogą budzić używane dość często określenia pracowników szpitala różnicujące nas na tak zwaną sferę szarą, czyli administrację i personel służb pomocniczych, oraz sferę białą, pracujących w bezpośrednim kontakcie z chorymi. W animowaniu przekształceń dotyczących szpitala klinicznego niezwykle istotnym wyzwaniem wydaje się być mobilizowanie do tworzenia harmonii w działaniu tych dwóch różnych służb.

BIAŁE KONTRA SZARE

Lekarz pracujący w szpitalu czuje w ostatnich latach coraz bardziej wyrażać na sobie więzy administracji, która wymaga zaangażowania w pewne swoiste dla niej procedury. Określa się, że środowisko sfery białej dotykać zaczyna syndrom wchłoniętych w tryby administracyjne.

Nie po to jesteśmy lekarzami, byśmy wypełniali tony papierów – buntujemy się.

Mówić jednak odważnie wypada nie tylko o konieczności solidnego podejścia do prowadzenia dokumentacji medycznej, bo to przecież podstawa. W opinii kontrolujących przedstawicieli Kas Chorych dokumentacja w szpitalach klinicznych prowadzona jest zasadniczo najmniej starannie. Wygląda ona w wielu wypadkach żenująco urągając wszelkim wymogom, nawet tym najbardziej podstawowym.

Zaangażowani jesteśmy w realizację umów z Kasą Chorych czy ministerstwem, których znajomość jest podstawą poprawnej ich realizacji. Brak znajomości może być kardynalnym błędem środowiska sfery białej, co bywa okupione wieloma ekonomicznymi skutkami, które stają się jedną z przyczyn niewydolności finansowej.

Podobnie liczenie kosztów procedur medycznych – wymagające mozolnej administracyjnej pracy – które może być podstawą przedstawiania roszczeń płatnikowi, wiąże się z niepopularnymi administracyjnymi działaniami.

Brakuje także często podstawowego zrozumienia, że każda decyzja medyczna ma także swój aspekt ekonomiczny. *My leczymy chorych, robimy to, co w życiu jest najszlachetniejsze. Nikt nie ma prawa nam tego utrudniać. Muszą nam być dostarczone środki dla wypełnienia tego zadania* – taka jest dość powszechna opinia.

Często spotykamy się z paternalistycznym podejściem do administracji. Rzeczywiście powinna ona zawsze przyjmować rolę służebną, jednak takie podejście nie sprzyja na pewno wzajemnemu zrozumieniu i skutecznej współpracy.

SZARE KONTRA BIAŁE

Z drugiej jednak strony brak zrozumienia ze strony administracji, jej skostnienie i zamknięcie się w sobie nie ułatwia wzajemnych kontaktów.

Współczesna administracja szpitalna wymaga niezwykle dynamicznego i twórczego podejścia poszczególnych jej struktur, dalekiego od znanego w przeszłości administrowania biernego. Taki bierny styl działania, nie nastawiony na wyzwania zmieniających się struktur służby zdrowia, szarość sfery szarej, mogą być także i w naszym Szpitalu jednym ze źródeł jego ekonomicznych niepowodzeń.

Bardzo istotnym więc wyzwaniem staje ciągle przepajanie struktur pozamedycznych służebnym medycznym duchem, gdyż rola ich dla całości organizmu szpitalnego jest kluczowa. Nawet jeśli z ich perspektywy prawie nie widać leczonego pacjenta. Prawidłowe ich funkcjonowanie jest integralnym elementem sprawnego działania szpitala.

W tym miejscu nie można nie docenić olbrzymiego, często ponadprzeciętnego wysiłku, wielu twórczych osób wypełniających mozolne administracyjne prace. Tym bardziej, że ich trud jest o wiele trudniej dostrzegany i rzadziej doceniany niż praca na przykład lekarza, rehabilitanta czy pielęgniarki.

Potrzeba niezwykle subtelnego zrozumienia przestrzeni wzajemnych stosunków, w sytuacji, gdy nieco innymi prawami kieruje się każda ze stron i nieco inna po obu stronach jest logika i styl myślenia i działania. Nawet czas nieco inaczej biegnie dla sfer szarej i białej.

KONKLUZJA

Mimo skomplikowanego systemu klinicznego molocha warto dbać o wprowadzenie takiego stylu funkcjonowania administracji i partnerskiego współdziałania z pionem medycznym, które sprzyjać będzie w sposób skuteczny wszelkim twórczym inicjatywom polepszenia działalności szpitala.

Jako pracownicy białej sfery nie unikniemy konieczności dopełniania wielu czynności administracyjnych, rzecz jednak w tym, by je maksymalnie uprościć i ułatwić.

Dobrze byłoby, gdyby biała sfera zachowała swoją nieskazitelną biel nie tylko w działalności diagnostycznej i leczniczej, ale także i w wypełnianiu swoich administracyjnych powinności. A sfera szara nie musi być wcale szara. Szarość powinna (i może) mieć w sobie coś z ponadprzeciętnego powabnego blasku.

Szczepan Cofka

KONFERENCJE

Osuszyć bagno

(ciąg dalszy ze str. 3)

dziesięciolecia. Coraz więcej programów jest wspieranych finansowo przez rządy, są one coraz częściej uznawane za narzędzie ustalania reguł i zasad prawidłowego funkcjonowania. We Francji i we Włoszech akredytacja jest obowiązkiem. Przede wszystkim jednak głównym wymaganiem jakie stawiane jest przed programem akredytacyjnym jest taka jego konstrukcja, aby wymuszał stały proces na rzecz poprawy jakości. Poprawa rozwiązań organizacyjnych – systemów i procesów według których odbywa się działanie w każdej organizacji uznawane jest za podstawową drogę zapewnienia jakości.

Przeważająca większość wszystkich problemów jest spowodowana przez wadliwy system i złe funkcjonujące procesy, a nie głupich lub nieodpowiedzialnych ludzi.

Bardzo interesująca sesja konferencji była poświęcona przedstawieniu doświadczeń szpitali pracujących na rzecz poprawy jakości. Przedstawiono na niej prace o bardzo szerokim spektrum problemów, które obrazują różnorodność podejmowanych wyzwań dotyczących poprawy jakości usług. Blok referatów dotyczących prawidłowej kontroli zakażeń szpitalnych pokazuje, że problem ten jest dostrzegany coraz częściej jako kwestia jakości. Kilka referatów poświęcono również szeroko pojętym problemom personelu. Interesujący projekt dotyczący oceny personelu lekarskiego szpitala klinicznego przedstawił dr Tomasz Romanczyk z Katowic.

O nowoczesnej opiece na oddziale ginekologiczno-położniczym w szpitalu powiatowym w Rawiczu mówił dr M. Neuberg. Wychodzenie naprzeciw oczekiwaniom klientów doprowadziło do otwarcia tam nowej sali do porodów w wodzie.

Pacjent jako podmiot opieki medycznej to inny główny temat konferencji wpływający z rozumienia jakości jako zabezpieczenia po-

treb i oczekiwań klientów. Pani Angela Coulter z Picker Institute przedstawiła badania pokazujące przydatność oceny doświadczeń pacjenta w szpitalu dla projektowania zmian. Dotychczasowe badania satysfakcji pacjenta zwykle przedstawiały zbyt pozytywny obraz opieki. Zastosowanie innego typu pytań może być źródłem bardzo cennych informacji o koniecznych zmianach.

Poprawa jakości usług jest wyzwaniem, na które odpowiada coraz więcej zakładów świadczących usługi medyczne. Wymaga ono stałej gotowości do zmian całego personelu i dydaktyki, umiejętności współdziałania w grupach multidyscyplinarnych i wytrwałości. W obecnej sytuacji tego rodzaju działania podejmowane systematycznie wydają się być nieodzowne. Ich istota jest rzeczywiście podobna do osuszania bagien w miejscach gdzie komary są ciągle narastającym problemem i nie ma już chętnych na to aby je niszczyć.

Halina Bogusz

Jak powstał nasz Szpital

Koncepcja szpitala jako zakładu o funkcji wyłącznie leczniczej datuje się na ziemiach polskich od czasów porzecznych. W Poznaniu natomiast fatalny stan szpitalnictwa, już w początkach Prus Południowych spowodował utworzenie społecznego komitetu, który wraz z władzami miejskimi zamierzał zbudować pierwszą lecznicę cywilną. Mimo zgromadzenia znacznych funduszy, po 1815 roku możliwość urzeczywistnienia planów ustąpiła. Dodatkowo w latach 1815-1816 zrodził się pomysł ufortyfikowania Poznania. W tej sytuacji nie można było liczyć na wystarczającą pomoc finansową ze strony władz miasta przy innych inwestycjach. Mimo to, zawiązał się nowy społeczny komitet budowy

szpitala, składający się wyłącznie z Polaków. Na honorową patronkę komitetu wybrano żonę namiestnika Wielkiego Księstwa Poznańskiego Antoniego Radziwiłła, księżnę Ludwikę – kuzynkę króla Fryderyka Wilhelma III. Księżna, wielokrotnie wyświadczająca Polakom przysługi i mająca niewątpliwie wpływy na berlińskim dworze, mogła gwarantować powodzenie podjętej akcji. To zapewne za jej sprawą budowę poznańskiego szpitala zainteresował się pruski król. Po wizycie w paryskim szpitalu Hôtel Dieu, widząc poświęcenie z jakim oddają się służbie chorym pielęgniarki zakonne ze zgromadzenia Sióstr Miłosierdzia, król zapragnął by Siostry objęły opieką również chorych w mającej powstać lecznicy poznańskiej.

Po wielkiej akcji składkowej w latach 1821-1822, na którą odpowiedziała niemal wyłącznie ludność polska, a hrabia Edward Raczyński ofiarował olbrzymią w owych czasach sumą 20 000 talarów – zgromadzono fundusz pozwalający na uruchomienie szpitala.

W dniu 1 stycznia 1823 roku nastąpiło otwarcie Szpitala SS. Miłosierdzia – pierwszego i przez pewien czas jedyne go cywilnego zakładu leczniczego w Poznaniu. Nadzór nad szpitalem sprawowało kuratorium, w którego skład wchodził każdorazowo naczelny prezes Wielkiego Księstwa Poznańskiego. Zgodnie z drugim statutem z 16 kwietnia 1877 roku, szpital był instytucją państwową i podlegał bezpośrednio resortowi naczelnego prezesa prowincji. Fundusze na utrzymanie lecznicy pochodziły z różnych źródeł, natomiast tzw. łóżka etatowe były utrzymywane z subwencji państwowych i dodatku z kasy prowincjonalnej.

Szpital umieszczono w starym gmachu poklasztornym przy Placu Bernardyńskim.

(red)

Źródło:

Z dziejów szpitali poznańskich; Władysław Twardosz, Roman Meissner; Poznań 1983

Refundacje kosztów kształcenia w 2002 r.

DLA LEKARZY

Wielkopolska Izba Lekarska w Poznaniu, uchwałą nr 8/2001 XV Okręgowego Zjazdu Lekarzy ustaliła zasady i tryb udzielania pomocy finansowej na cele kształcenia medycznego dla swoich członków. Do finansowania może dotyczyć:

- specjalizujących się lekarzy odbywających obowiązkowe szkolenie i staże specjalizacyjne – do wysokości 600 zł rocznie,
- lekarzy odbywających staż podyplomowy w formach nie objętych programem stażu – do wysokości 100 zł przyznawanych 1 raz podczas stażu podyplomowego,
- lekarzy po stażu podyplomowym przed rozpoczęciem specjalizacji, odbywających szkolenia i kursy – do wysokości 200 zł rocznie,
- lekarzy nie będących pracownikami Akademii Medycznej ani słuchaczami studiów doktoranckich, uzyskujących stopień naukowy doktora nauk medycznych – do wysokości 1.500 zł.

DLA PIEŁĘGNIAREK

Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych w Poznaniu, uchwałą nr III-182 ustaliła wysokość refundacji kosztów kształcenia w 2002 roku w wysokości do 50 % kosztów dydaktycznych.

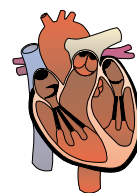
Nadzieja kardiologii interwencyjnej

Wszystko wskazuje na to, że kardiologia stoi u progu prawdziwego przełomu. Restenoza – zmora każdego kardiologa interwencyjnego – być może wkrótce straci na znaczeniu lub wręcz przejdzie do historii.

Od czasu pierwszego zabiegu angioplastyki wieńcowej wykonanego przez Andreasa Gruentziga w 1997 roku, nawroty zwężenia w poszerzonym naczyniu spędzały sen z powiek wszystkim zabiegowców. Zanim stenty weszły do rutynowego użycia częstość nawrotów niejednokrotnie przekraczała 30-40%. Cudownym środkiem przeciwdziałającym temu procesowi miały być stenty. Istotnie, te metalowe „sprężynki” znacznie zmniejszyły ryzyko ponownych interwencji na tym samym naczyniu. Zmniejszyły, ale nie usunęły. Co więcej, okazało się, że wystąpienie restenozy w obrębie stentu związane jest ze znacznym ryzykiem kolejnych nawrotów (50-70%!). Restenoza w stencie to nic innego jak rozplem komórek ściany naczynia, które namnażają się, by goić uraz wywołany stosowaniem wysokich ciśnień w balonikach przy implantacji stentu (14-16 atmosfer). Ponadto komórki mnożą się by pokryć to „ciało obce” od strony światła tętnicy, tak aby krew nie miała z nim bezpośredniej styczności (bo grozi to wykrzepianiem i zawałem). Doskonałym sposobem walki z restenozą w stencie, jeśli już do niej dojdzie, jest brachyterapia, czyli napromieniowanie naczynia w obrębie „zarosniętego” stentu, po jego wcześniejszym poszerzeniu.

Nasz Szpital ma to szczęście, że posiada możliwość zastosowania tej drogiej procedury u naszych pacjentów. Prawdziwym przełomem będzie jednak zastosowanie stentów pokrytych substancją hamującą podziały komórek. Dotychczasowe badania wykazały, że stent Cypher™, pokryty rapamycyną (lek cytostatyczny i immunosupresyjny) hamuje restenozę w 100%! Choć przebadano go na niewielkiej grupie (kilkuset pacjentów), to wyniki badań są tak przekonujące, że w kwietniu stent uzyskał rejestrację europejską, a zatem może być stosowany także u nas. Z dumą trzeba powiedzieć, że Poznań będzie pierwszym polskim ośrodkiem, w którym zastosuje się te stenty w rutynowej praktyce. Uznania należą się Wielkopolskiej Regionalnej Kasie Chorych, która rozumiejąc wagę tej nowej metody zdecydowała się finansować powyższe zabiegi. Od razu trzeba dodać, że stent będzie stosowany tylko według ściśle określonych, przy jego rejestracji wskazanych. Ze względu na wysoki koszt (ok. 2500 USD) na razie nie ma mowy by stosować go u wszystkich chorych. Jednakże już pod koniec roku mają uzyskać rejestrację kolejne stenty tego typu, zatem należy się spodziewać szybkiego spadku ich ceny. Jeśli rzeczywistość potwierdzi rewelacyjne wyniki wstępnych badań to z pewnością będziemy wkrótce świadkami prawdziwej rewolucji w leczeniu choroby niedokrwiennej serca.

Dr n. med. Maciej Lesiak



Sukces w służbie choremu

Wywiad z prof. dr hab. Danutą Pupek-Musialik, kierownikiem Katedry i Kliniki Chorób Wewnętrznych i Zaburzeń Metabolicznych AM

Katedra i Klinika Chorób Wewnętrznych i Zaburzeń Metabolicznych AM została uznana w rankingu polskiego wydania tygodnika „Newsweek” za najlepszy oddział internistyczny w województwie wielkopolskim. O sukcesie Kliniki zdecydowało przede wszystkim poparcie środowiska medycznego – główne kryterium oceny. Klinika została doceniona za bardzo dobrze świadczone usługi, za atmosferę przyjazną pacjentom, warunki panujące w oddziale, oraz ilość wykonywanych zabiegów diagnostycznych, w tym holterowskiego badania EKG i 24-godzinne monitorowania ciśnienia tętniczego (ABPM).

Wręczenie dyplomów we wszystkich kategoriach rankingu nastąpiło podczas Siódmej Ogólnopolskiej Konferencji „Jakość w Opiece Zdrowotnej” w Krakowie. Było to duże wyróżnienie dla całego zespołu. W budynku przy ul. Szamarzewskiego 84 oddział faktycznie zaczął działać w styczniu 2000 roku, kontynuując tradycje Kliniki Chorób Wewnętrznych z ul. Szkolnej, kierowanej niegdyś przez prof. dr hab. med. Leszka Przybyła.

— Pani Profesor, jakie są główne kierunki rozwoju Oddziału Nadciśnienia Tętniczego i Zaburzeń Metabolicznych, uznanego za najlepszy oddział internistyczny w Wielkopolsce?

— Prowadzimy działalność naukową i dydaktyczną – obie w służbie choremu. W ramach działalności naukowej, Klinika zajmuje się następującymi zagadnieniami:

- patogenezą i leczeniem nadciśnienia tętniczego, ze szczególnym uwzględnieniem aspektów metabolicznych tej choroby,
- patogenezą i leczeniem otyłości oraz zespołu metabolicznego, na który składa się nadciśnienie, otyłość, cukrzyca, dna mocznicowa i zaburzenia gospodarki lipidowej,
- badaniami genetycznymi dotyczącymi nadciśnienia tętniczego i otyłości,
- nowatorskimi badaniami dotyczącymi zachowania się cytokin i interleukin oraz oceną gospodarki hormonalnej w nadciśnieniu tętniczym i otyłości.

Ponadto, do działalności naukowej można zaliczyć udział w wielu kongresach naukowych, krajowych i zagranicznych.

Nasza działalność dydaktyczna to przede wszystkim zajęcia ze studentami III i VI roku Wydziału Lekarskiego, studentami IV roku stomatologii i V roku analityki lekarskiej oraz studentami anglojęzycznymi. Organizujemy

również szkolenia dla ordynatorów i internistów z całej Wielkopolski, a niemalże co sobotę odbywają się warsztaty dla lekarzy rodzinnych we współpracy z firmami farmaceutycznymi. Prowadzimy także dwukrotnie w ciągu roku „Szkołę otyłości”, która opiera się na wykładach dotyczących etiologii, patogenezy, leczenia dietetycznego i farmakologicznego w/w jednostki chorobowej. Szkoła otyłości adresowana jest do lekarzy naszego regionu zainteresowanych powyższą problematyką. Ponadto, w Klinice kształcą się osoby w systemie szkoleń dyplomowych oraz studiów doktoranckich.

Nasza działalność to również programy profilaktyczne i Poradnia Nadciśnienia Tętniczego i Zaburzeń Metabolicznych. Niezależnie od poradni, prowadzimy cykle wykładów dla pacjentów z zakresu prozdrowotnego trybu życia, leczenia niefarmakologicznego nadciśnienia i otyłości.

— Czy zdaniem Pani Profesor odżywianie jako jeden z elementów leczenia niefarmakologicznego, powinno być jednym ze sposobów terapii w ramach leczenia szpitalnego? Kto powinien zajmować się szkoleniem pacjentów w zakresie zmiany nawyków żywieniowych?

— Oczywiście, nawyki żywieniowe są nieodłącznie związane przede wszystkim z otyłością. Zadaniem lekarza, ale również dietetyka jest edukacja pacjentów w zakresie odpowiedniego żywienia. Mamy pacjentów otyłych, ze wszystkimi tego konsekwencjami metabolicznymi – kardiologicznymi, diabetologicznymi itp. Konieczne jest więc zróżnicowanie diety pod względem jej składu i kaloryczności. Ponadto, w przypadku leczenia otyłości konieczny jest udział nie tylko lekarza i dietetyka, ale również rehabilitanta i psychologa. Ten ostatni jest niezbędny, dla modyfikacji zachowań i zmiany stylu życia pacjenta.

— Proces leczenia otyłości jest bardzo długi. Czy na niezbędne leczenie tego schorzenia wystarczy pacjentowi kilkudniowy pobyt w Klinice?

— Oczywiście, że nie. Niezwykle często pacjent taki cierpi również na nadciśnienie i cukrzycę. Pobyt pacjenta z otyłością to 7 do 10 dni. Ustalamy najpierw przyczynę otyłości (pierwotna czy wtórna), wykonujemy szereg

badan hormonalnych, ustalamy dzienne spożycie przez chorego kalorii i na tej podstawie stopniowo modyfikujemy kaloryczność i skład posiłków. W ciągu tego pobytu pacjent odbywa pierwszą rozmowę z psychologiem oraz szereg ćwiczeń z rehabilitantem. W przypadku chorych z otyłością olbrzymią, kwalifikujemy do interwencji chirurgicznej. Dalsze leczenie to regularne wizyty w poradni, gdzie lekarz nadal stopniowo redukuje dietę, leczy farmakologicznie, kontroluje ciśnienie tętnicze i cukrzycę. Pacjenci zapraszani są na warsztaty psychologiczne, dotyczące diety. Powodzenie leczenia w dużej mierze zależy od samego pacjenta, od jego motywacji i poważnego podejścia do sprawy. Zasadą jest obniżenie wagi o 4 kilogramy miesięcznie. Leczenie to wymaga więc również cierpliwości i regularności. W tej chwili pod opieką Poradni mamy ok. 1000 osób, w tym 650 z chorobą nadciśnieniową.

— Proszę powiedzieć jakie są plany Kliniki na najbliższe miesiące?

— Będziemy kontynuować naszą działalność medyczną w zakresie leczenia zaburzeń metabolicznych, rozwijając się jednocześnie naukowo. Jeszcze w maju przedstawimy prace dotyczące cukrzycy na Pierwszej Podkarpackiej Konferencji Diabetologicznej, a następnie na Światowym Kongresie Internistów w Tokio. Ponadto, weźmiemy udział w Ogólnopolskim Kongresie Endokrynologicznym w Warszawie, a w czerwcu w Europejskim Zjeździe Nadciśnienia Tętniczego w Pradze, na którym otrzymam dyplom Europejskiego Specjalisty ds. Nadciśnienia Tętniczego.

W lipcu br. zaprezentujemy nasze prace dotyczące zaburzeń metabolicznych na Europejskim Zjeździe Towarzystwa Miażdżycowego w Salzburgu.

— Bardzo dziękuję za rozmowę i życzę Pani i całemu zespołowi dalszych sukcesów.

Zofia Chałupka

Prof. dr hab. Danuta Pupek-Musialik – Kierownik Katedry i Kliniki Chorób Wewnętrznych i Zaburzeń Metabolicznych Akademii Medycznej w Poznaniu, koordynator licznych, krajowych i międzynarodowych badań naukowych, przewodniczący poznańskiego oddziału Towarzystwa Internistów Polskich, wiceprzewodniczący Komitetu Organizacyjnego Ogólnopolskiego Zjazdu Nadciśnienia Tętniczego, Poznań, Październik 2002.



Fot.: Romuald Świątkowski

Można zaoszczędzić!

Zgodnie z Instrukcją nr 2/84 MZiOŚ § 13 zapas leków na oddziale nie powinien przekraczać tygodniowego zużycia, a więc stanowić ok. 25% miesięcznego limitu.

Można przyjąć, że wartości oscylujące w granicach 30-40% są jeszcze do przyjęcia. Stawia to 10 dniowy zapas leków. Biorąc pod uwagę, że każdy oddział zaopatruje się w leki 2 x w tygodni, a leki na **cito** wydawane są codziennie, nie ma więc żadnego uzasadnienia dla gromadzenia tak dużych ilości leków na oddziałach. Wydatki na leki są poważnym kosztem dla Szpitala. Żadna z racjonalnie gospodarujących firm nie może pozwolić sobie na takie marnotrawstwo środków finansowych. Magazynowanie nadwyżek to strata ok. 2% w skali miesiąca, a więc jeśli w szpitalu jest ciągle nadwyżka blisko 210.000 zł, to roczna strata wynosi ok. 48.000 zł!

Trzeba sobie uświadomić, że jesteśmy zbyt biedni, aby magazynować leki!

Wyrazem tego, że można prowadzić racjonalną gospodarkę lekiem są Oddziały Transplantacji Szpiku przy ul. Szkolnej oraz Nadciśnienia Tętniczego H, które zasługują na **szczególne uznanie**. W pozosytałych oddziałach należałoby się zastanowić nad zmniejszeniem stanów magazynowych leków. Drastyczne przekroczenia są na Oddziałach Chirurgii Onkologicznej (250%), Ftyzjopneumonologii wieku rozwojowego (190%), Chorób Wewnętrznych i Zaburzeń Metabolicznych (176%) oraz Hematologii przy ul. Szamarzewskiego (131%).

Warto jeszcze raz podkreślić – racjonalna gospodarka lekiem, której wyrazem są m.in. małe zapasy w apteczkach oddziałowych nie jest próbą ograniczenia dostępu do leków! Jest to raczej przejaw optymalizacji wydatków i podjęcia współodpowiedzialności za finanse swojego miejsca pracy.

Dr n. farm. Hanna Jankowiak – Gracz
Kierownik Apteki Szpitalnej

Oddział	% zapasu w odniesieniu do limitu miesięcznego
A	87,50%
C	84,40%
D	52%
E	57%
F	52,75%
G	brak oprogramowania
H	36,50%
I	40%
J	brak oprogramowania
Ftyzjopneumonologii	75,30%
Ftyzjopneumonologii Wieków Rozwojowych	190%
Chorób Wewnętrznych i Zaburzeń Metabolicznych	176%
Hematologii	131,14%
Transplantacja	37%
Chirurgii Onkologicznej	250%
Ginekologii	96,70%
Chemioterapii	53,46%

Organizacja szpitalnej polityki antybiotykowej

1. Z grupy leków stosowanych w leczeniu zakażeń zostały wyszczególnione kategorie antybiotyków kontrolowanych i zastrzeżonych.

2. Kategoria antybiotyków kontrolowanych: acyklowir i/v, amfoterycyna, amikacyna, amoksycylina/klawulanian i/v, ampicylina/sulbaktam i/v, cefepim, cefoperazon, cefotaksym, ceftazydim, ceftriakson, cefuroksym i/v, ciprofloksacyna i/v, ganyklowir, flukonazol i/v, imipenem, itrakonazol, klarytromycyna, klindamycyna i/v, meropenem, netylmocyna, piperacylina, piperacylina/tazobaktam, rifampicyna, teikoplanina, wankomocyna.

3. Cechy antybiotyków kontrolowanych:

- wydawanie z Apteki Szpitalnej na podstawie formularza zlecenia antybiotyku;
- monitorowane są wskazania do stosowania antybiotyków kontrolowanych;
- w przypadku stwierdzenia wątpliwości dotyczących relacji między postawionym rozpoznaniem, a zleconym antybiotykiem, lekarz zlecający może być proszony o dodatkowe wyjaśnienia; w tych przypadkach lekarz ds. kontroli zakażeń dokonuje konsultacji chorego w zakresie leczenia zakażenia;
- wydawanie antybiotyków kontrolowanych: ograniczenie czasu zlecenia I zamówienia: na 3 dni w leczeniu empirycznym, 5 dni w leczeniu celowanym;
- brak zapasów na Oddziałach;
- w godzinach gdy Apteka Szpitalna nie pracuje: antybiotyk jest wydawany z Oddziału A; antybiotyk wydaje pielęgniarka dyżurna Oddziału A, na podstawie formu-

larza zamawiania antybiotyku, którego kopia zostaje na miejscu, jako potwierdzenie wydania.

4. Z grupy antybiotyków kontrolowanych jest wydzielona grupa antybiotyków zastrzeżonych:

- imipenem, meropenem, wankomocyna, teikoplanina, cefepim, piperacylina/tazobaktam, flukonazol i/v, ganyklowir, amfoterycyna, klarytromycyna i/v;
- zlecenie antybiotyku zastrzeżonego musi zostać poprzedzone wcześniejszą konsultacją lekarza ds. kontroli zakażeń; zgłoszenie konsultacji na numer tel. kom. 0603136159; od poniedziałku do piątku w godzinach 8-18; w sytuacjach szczególnych, gdy nie jest możliwa konsultacja telefoniczna, lekarz prowadzący proszony jest o kontakt z Kierownikiem Apteki lub jego zastępcą; w pozostałym czasie zgodę na wydanie antybiotyku zastrzeżonego wydaje Lekarz Dyżurny Szpitala.

5. System dotyczy tylko części Szpitala przy ul. Długiej.

6. Zlecenie antybiotyków w Klinice Hematologii:

- wszystkie leki stosowane w profilaktyce i leczeniu zakażeń zlecane są na „formularzu zlecenia leków stosowanych w profilaktyce i terapii zakażeń”;
- po wypisaniu pacjenta, kopia formularza spływa do Apteki Szpitalnej; jest analizowana przez zespół ds. kontroli zakażeń;
- zlecenie antybiotyków jest na bieżąco monitorowane przez zespół ds. kontroli zakażeń.

7. Na innych Oddziałach, poza częścią Szpitala przy ul. Długiej, zużycie antybiotyków analizowane jest retrospektywnie, zamawianie antybiotyków odbywa się tak jak dla innych grup leków.

8. W przypadku wątpliwości dotyczących organizacji szpitalnej polityki antybiotykowej, możliwości diagnostycznych oraz problemów klinicznych związanych z opieką nad pacjentem z zakażeniem, konsultacje przeprowadzone są, odpowiednio w zakresie swoich kompetencji, przez członków zespołu ds. antybiotykoterapii.

Zespół ds. antybiotykoterapii

Dr n. farm. Hanna Jankowiak Gracz
– Kierownik Apteki Szpitala wew. 9291
Mgr Łucja Kuźniak
– Kierownik Pracowni Bakteriologicznej wew. 9290
Lek. med. Tomasz Ozorowski
– lekarz ds. kontroli zakażeń
tel. 0603136159

Uwaga !

Podstawą wydania antybiotyku kontrolowanego z Apteki Szpitalnej jest prawidłowo wypełniony formularz z zaznaczonym rozpoznaniem klinicznym (rodzajem zakażenia lub profilaktyki); źle wypełniony formularz, w szczególności postawienie rozpoznania, z którego nie wynika konieczność zlecenia antybiotyku, może spowodować cofnięcie formularza do lekarza zlecającego.

Zlecenia kilku antybiotyków dla jednego pacjenta odbywa się na tej samej karcie; po wypisaniu chorego karta spływa do Apteki Szpitalnej.

LISTA ANTYBIOTYKÓW DOSTĘPNYCH W SZPITALU

kategoria I:
antybiotyki ogólnie dostępne

Amoksycylina
Ampicylina
Ampicylina/sulbaktam
Cefadroksyl
Cefazolina – zarezerwowane do pro-
filaktyki okołoperacyjnej

Doksycyklina
Erytromycyna
Gentamycyna
Ketokonazol
Klotrimazol
Kloksacylina
Metronidazol
Nitrofurantoina
Nystatyna
Penicylina benzylowa
Penicylina fenoksylowa
Trimetoprim/
Sulfametoksazol
Sulfafuroksym aksetylu
Ciprofloksacyna p/o
Flukonazol p/o
Acyklowir p/o
kларыtromycyna p/o

klindamycyna p/o
Norfloksacyna
Amoksycylina / klawulonian p/o
Tobramycyna

kategoria II:
antybiotyki kontrolowane

Acyklowir iv
 Amikacyna
 Ampicylina/sulbaktam iv
 Amoksycylina / klawulonian i/v
 Cefuroksym iv
 Cefoperazon
 Ceftriakson
 Ceftazydim
 Ciprofloksacyna iv
 Itrakonazol

Piperacylina	
Netylmycyna	
Klindamycyna	iv
Rifampicyna	

kategoria III:
antybiotyki zastrzeżone

Amfoterycyna B
Cefepim
Flukonazol i/v
Gancyklowir
Imipenem/Cilastatyna
Klarytromycyna iv
Meropenem
Piperacylina/ Tazobaktam
Teikoplanina
Wankomvcyna

WYDANIE MIESIĘCZNIKA W CAŁOŚCI SPONSORUJE FIRMA SERVIER



TERTENSIF SR
1,5 mg
WIECEJ NIŻ KONTROLA CIŚNIENIA TĘTNICZEGO

ZGODNIE Z WYTYCZNYMI¹

1,5 mg
**ZREDUKOWANA
 DAWKA**



SR
**FORMA O POWOLNYM
 UWALNIANIU**

DLA DOBRA PACJENTA





Długotrwała kontrola ciśnienia tętniczego bez wahań dobowych²

LEPSZA OCHRONA NARZĄDOWA

Niższe ryzyko hipokaliemii³

POPRAWA BEZPIECZEŃSTWA TERAPII

Niski odsetek działań niepożądanych⁴

LEPSZA TOLERANCJA LECZENIA

*niski koszt
 oryginalnym
 lekiem!* **terapii**

¹ JAC-V Report. Arch Intern Med. 1997; 157: 2413-2448. WHO/ISH Guidelines. J Hypertens. 1999; 17: 151-183. Staronisko PTNT. Nadciśnienie tętnicze. (zajęł. RJ 01-024, 2. Mallon J. M., Auerer R et al., J Cardiovasc Pharmacol. 1998; 32: 631-678, 3. Guiz D, Mallon J. M. et al., Arch Mal Coeur Vaisc. 1998; 89: 171-201, 4. Auerer R et al., Eur Heart J. 1998; 1 (supl. P).
² Szwed. i szwedzki przewidywalny 1,5 mg i 3 mg. Długotrwała 24-godzinna kontrola ciśnienia tętniczego i powolne uwalnianie. Wskazano, że nadciśnienie tętnicze z objawy dobowe. Jest niezwykle skuteczny w długotrwałym i powolnym uwalnianiu i w efektywności w kontrolowaniu ciśnienia tętniczego. Wyniki dawki leku nie wykazywały istotnych różnic w skuteczności terapeutycznej. Wyniki dawki leku nie wykazywały istotnych różnic w skuteczności terapeutycznej. Wyniki dawki leku nie wykazywały istotnych różnic w skuteczności terapeutycznej.
³ Wyniki dawki leku nie wykazywały istotnych różnic w skuteczności terapeutycznej. Wyniki dawki leku nie wykazywały istotnych różnic w skuteczności terapeutycznej. Wyniki dawki leku nie wykazywały istotnych różnic w skuteczności terapeutycznej.
⁴ Wyniki dawki leku nie wykazywały istotnych różnic w skuteczności terapeutycznej. Wyniki dawki leku nie wykazywały istotnych różnic w skuteczności terapeutycznej. Wyniki dawki leku nie wykazywały istotnych różnic w skuteczności terapeutycznej.

Pytanie do... SEKCJI PŁAC

Czy nastąpiły zmiany dotyczące uprawnień do zasiłku rodzinnego?

Tak. Zgodnie z ustawą z dnia 17.12.01 r. w okresie zasiłkowym od dnia 1.06.02 do 31.05.03 r. będą obowiązywały dwie nowe granice dochodu uprawniające do zasiłku rodzinnego. Zasiłek be-

dzie przysługiwał jeżeli przeciętny miesięczny dochód na osobę nie przekroczy kwoty **548,00**, a dla osób samotnie wychowujących dzieci oraz osób wychowujących dzieci uprawnione do zasiłku pielęgnacyjnego **612,00**.

Dokumentami wymaganymi do ustalenia uprawnień do zasiłku rodzinnego jest, oprócz wniosku o ten zasiłek, zaświadczenie z właściwego urzędu skarbowego o dochodach uzyskanych w 2001 roku oraz zaświadczenia potwierdzające wyso-

kość dochodów nie podlegających opodatkowaniu podatkiem dochodowym od osób fizycznych.

Osoby, które prowadzą działalność gospodarczą opodatkowaną na zasadach określonych w przepisach o podatku zryczałtowanym nie przedstawiają zaświadczeń z urzędów skarbowych. Dochody z tej działalności przyjmuje się w kwocie zadeklarowanej podstawy wymiaru składek na ubezpieczenie społeczne.

Maria Halasz

Zespół redakcyjny: Zofia Chałupka, 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, 854-93-05
e-mail: nowiny.szpitalne@wp.pl

Przygotowanie: Wydawnictwo Kontekst
e-mail: wyd_kontekst@poczta.onet.pl

REDAKCJA ZASTRZEGA SOBIE PRAWO DO ZMIANY TYTUŁÓW I SKRACANIA TEKSTÓW.