



SZLACHTNE ZDROWIE

Kwartalnik Śląskiego Centrum Chorób Serca



Pracownia Mikrobiologii. Na zdjęciu od lewej: mgr Mirosława Stola (kierownik), Elżbieta Chwistek, Barbara Pasieka, mgr Magdalena Krawczyńska, Anna Dudek, Grazyna Szagl, Beata Wandas
zdjęcie : Aleksander Jaworski

**Szlachetne zdrowie
Nikt się nie dowie
Jako smakujesz
Aż się zepsujesz**
Jan Kochanowski

W numerze:

- Rejs kardiologów i kardiochirurgów
- Punkt widzenia— dobry, zwyczajny dzień
- I Kliniczny Oddział Kardiologii Śląskiego Centrum Chorób Serca
- Akredytacja— zewnętrzna ocena jakości usług medycznych
- Szkolenie z zakresu programu akredytacyjnego w jednostkach służby zdrowia
- Wrodzona wada serca współistniejąca z odwrotnym ułożeniem narządów wewnętrznych - w daw-nym piśmiennictwie medycznym
- XII Międzynarodowa Konferencja Kardiologiczna i VI Warsztaty Kardiologii Inwazyjnej – okiem sekretarza
- Sesja pielęgniarska
- Urlopy wypoczynkowe
- Przewlekła obturacyjna choroba płuc (POChP)– niedoceniony problem społeczno-medyczny
- Uroki lata
- Przemyslenia dziesięciolecia
- Hyde Park
- Prawa pacjenta.

Adres Redakcji:
41-800 Zabrze ulica
Szpitalna 2
Tel/fax 273-23-20

Redakcja:
Tadeusz Bujak (redaktor naczelny),
Grażyna Szymura
Iwona Trzcinińska

Normalny, spokojny dzień w szpitalu. Rytmiczna, dobrze zorganizowana praca, systematyczne przebiegające operacje i inne zabiegi. A przecież w ten zwykły dzień ratuje się życie, czy choćby nawet poprawia się samopoczucie wielu chorych. Ten zwykły, spokojny dla lekarzy dzień, dla niejednego pacjenta jest dniem nadzwyczajnym, o którym będzie pamiętał do samej śmierci— bo właśnie minął ból, a on sam wierzył, że będzie żyć, że nie będzie uzależniony od opieki otoczenia, że może jeszcze być przydatny dla innych. Wspaniały dzień. A przecież dla lekarzy to tylko taki zwykły, dobry dzień.

patrz felieton profesora Mariana Zembali na str.3

Rejs kardiologów i kardiochirurgów

Z inicjatywy kardiologów i kardiochirurgów Śląskiego Centrum Chorób Serca w Zabrzu zorganizowany został Rejs Jubileuszowy „Stockholm 2005”. Sam pomysł został życzliwie przyjęty i oficjalnie poparty przez Polskie Towarzystwo Kardiologiczne.



12-osobowa załoga, złożona z kardiologów i kardiochirurgów, wypłynęła z Gdańska, na pięknym starym żaglowcu s/y BRYZA H w dniu 30 sierpnia br. o godz. 16.00. Założono, że w dniach 2 lub 3 września żaglowiec dotrze do Sztokholmu i zacumuje w porcie w centrum miasta przy Muzeum Okrętu Waza (Vasamuset).

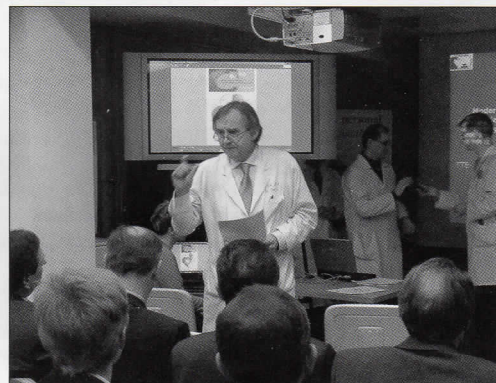
Zamiarem organizatorów rejsu było, aby uczestnicząc w uroczystej gali flagowej w dniach 2-7 września, nasz polski żaglowiec przypominał miesz-

kańcom stolicy Szwecji i turystom zarówno o ważnym wydarzeniu, jakim jest Europejski Kongres Kardiologiczny (który w tym roku ma miejsce w Sztokholmie), jak też o Polsce, jej miejscu w Europie i jej medycznych osiągnięciach. Przy okazji obserwatorzy gali dowiedzą się, że Polskie Towarzystwo Kardiologiczne obchodzi Jubileusz 50-lecia.

więcej na stronie 14

Aktualności

1. Zespół Kardiologii Dziecięcej uczestniczył czynnie w następujących Konferencjach Naukowych:
 - 15-16.04. – „Problemy w kardiologii dziecięcej”, Warszawa.
 - 29.04. – 25 lat kliniki Kardiologii Instytutu „Pomnik-Centrum Zdrowia Dziecka”, Warszawa.
 - 7.05. – „50-lecie kardiologii we Wrocławiu”, Wrocław.
 - 13-14.05. – XII Międzynarodowa Konferencja Kardiologiczna „Postępy w rozpoznawaniu i leczeniu chorób serca, płuc i naczyń”, Zabrze.
 - 13-14.05. – Konferencja kardiologiczna „Noworodek z wadą serca”, Łódź.
 - 26-28.05. – I Wspólny kongres kardiochirurgów Ukrainy i Polski „Aktualne problemy kardiologii”, Lwów.
2. Zostały przyjęte prace naukowe Zespołu Kardiologii Dziecięcej do druku w zachodnich czasopiśmie:
 - „Albert Wojciech Adamkiewicz – the discoverer of the variable vascularity of the spinal cord”, *The Annals of Thoracic Surgery*.
 - “Experience of recombinant factor VIIa for the management of post-operative bleeding in paediatric patients after cardiac surgery”, *European Journal of Paediatric Surgery*.
3. W dniu 30.05.2005r. profesor Janusz SKALSKI został wybrany na stanowisko prodziekana ds. stopni naukowych na Wydziale Lekarskim w Zabrzu SAM w Katowicach na następną kadencję.



XIII Międzynarodowa Konferencja Kardiologiczna, która była zorganizowana w Zabrzu w dniach 13-14 maja br., w pierwszym dniu była poświęcona zagadnieniom kardiologii i transplantologii. Uhonorowano w ten sposób jubileusz kardiologii zabrzańskiej (20 lecie).

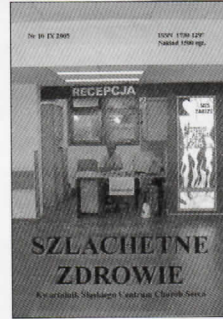
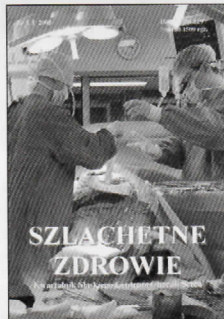
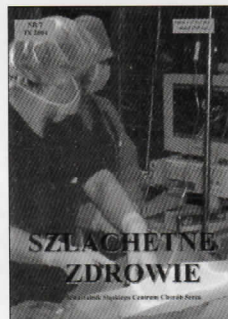
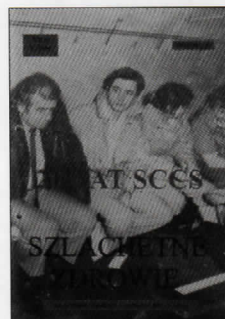
więcej na stronie 12

Od Redakcji



To już dziesiąty numer „Szlachetnego Zdrowia” – a więc mamy jubileusz. Rozpoczynając redagowanie pisma 3 lata temu, byliśmy pełni obaw. Liczyliśmy się z tym, że numer pierwszy będzie zarazem ostatnim. Na szczęście tak się nie stało i nasza redakcyjna przygoda trwa nadal. Poniżej prezentujemy okładki wszystkich dotychczasowych numerów. Niewątpliwie korzystnym czynnikiem jest fakt, że w Śląskim Centrum Chorób Serca stale się dzieje coś interesującego nie tylko dla pacjentów i pracowników, ale także dla osób zupełnie nie związanych z ochroną zdrowia. Bo tylko w tym szpitalu mógł narodzić się pomysł wykorzystania jachtu żaglowego, jako środka transportu dla lekarzy wyruszających na konferencję naukową do Sztokholmu. Na ogół uczestnicy zjazdów i konferencji poruszają się samolotami – chyba, że odległość zezwala na krótki dojazd samochodem.

W najbliższych numerach zajmiemy się, rozpoczętą już, budową nowego obiektu szpitalnego, w którym znajdą pomieszczenia poradnie, administracja i niektóre oddziały. Tym samym straci rację bytu opinia, że SCCS to wspaniały szpital ale gnieźdzący się w zbyt ciasnych murach.



Udział w zjazdach— Katedra i Oddział Kliniczny Kardiochirurgii i Transplantologii ŚAM

- International Society for Heart and Lung Transplantation, 6-9.04.2005r., Philadelphia, USA**
Uczestnicy: prof. M.Zembala, dr M.Zakliczyński, dr M.Maruszewski, dr J.Nożynski, dr J.Foremny
prezentacja prac
 - American Association for Thoracic Surgery, 10-13.04.2005r., San Francisco, USA**
Uczestnicy: prof. M.Zembala, dr J.Pacholewicz
 - Kongres Nadciśnienie tętnicze jako problem interdyscyplinarny, 21-23.04.2005r., Wrocław**
Uczestnicy: prof. M.Zembala – wykład „Dlaczego nadciśnienie może być wyjątkowo groźne – spojrzenie kardiochirurga”
 - V Walbrzyska Konferencja Kardiologiczna, 7.05.2005r., Wałbrzych**
Uczestnicy: dr D.Puszczewicz – wykład „Przydatność śródoperacyjnej ekkardiografii w wyborze strategii leczenia chirurgicznego i ocena jego wyników. Demonstracja przypadków”
 - Konferencja „50-lecie kardiochirurgii we Wrocławiu”, 7.05.2005r., Wrocław**
Uczestnicy: prof. M.Zembala, prof. J. Skalski
 - VII Międzynarodowy Kongres Polskiego Towarzystwa Transplantacyjnego, 12-14.05.2005r., Wisła**
Uczestnicy: prof. M.Zembala, dr M.Zakliczyński, dr J.Wojarski
prof. M.Zembala „Przeszczepianie płuc”
dr M.Zakliczyński „Przeszczepianie serca”
Wykład dr J.Wojarski „Lung transplantation in Poland – where are in 2005”
 - XII Międzynarodowa Konferencja Kardiologiczna, VI Warsztaty Kardiologii Inwazyjnej, 13-14.05.2005r., Zabrze**
Uczestnicy: prof. M.Zembala, dr M.Krason, dr R.Przybylski, dr J.Pacholewicz, dr T.Hrapkowicz, dr B.Zych, dr B.Szafron, dr P.Pasek, dr T.Styn, dr A.Partyka, dr K.Kubacki, dr B.Ryński.
Prowadzenie sesji:
prof. M.Zembala – „Pulmonologia, transplantacje płuc”
prof. M.Zembala – „Postępy w kardiochirurgii”
prof. M.Zembala – „Postępy w rozpoznawaniu i leczeniu chorób serca i płuc”
- Wykłady:
dr J.Wojarski „Doświadczenia ośrodka w Zabrzu w transplantacji płuc”
prof. M.Zembala „Asymptomatyczna wada mitralna – kiedy operować”
prof. M.Zembala „Ogólnopolski Rejestr Ostrego Zespołu Włocławskiego – co z niego wynika dla

- nas kardiochirurgów”
dr R.Przybylski „Niedokrwienność niedomykalność mitralna”
dr M.Krason „Stenografia aortalna w tętniakach”
dr J.Pacholewicz „Wybieram OPC AB”
dr T.Hrapkowicz „Zastosowanie IABP w kardiochirurgii – doświadczenia własne”
prof. M.Zembala – wiceprzewodniczący Komitetu Organizacyjnego, udział w Radzie Naukowej
- 54th International Congress, The European Society for Cardiovascular Surgery, 19-22.05.2005r., Ateny, Grecja**
Uczestnicy: prof. M.Zembala, dr B.Szafron, dr T.Hrapkowicz, dr R.Przybylski
prezentacja prac w formie ustnej i plakatowej
 - American Transplant Congress, 20-24.05.2005r., Seattle, USA**
Uczestnicy: dr M.Zakliczyński
prezentacja 2 prac (plakat + prezentacja ustna)
 - I wspólny Kongres Kardiochirurgów Ukrainy i Polski „Aktualne problemy kardiochirurgii”, 26-28.05.2005r., Lwów, Ukraina**
Uczestnicy: prof. M.Zembala, prof. J.Skalski, prof. J.Białkowski, dr R.Przybylski, dr B.Ryński, dr D.Pyplacz.
Prof. M.Zembala – udział w Komitecie Naukowym i prowadzenie sesji
„Patologia mięśnia sercowego oraz zastawki mitralnej”
„Aktualne problemy leczenia guzów serca i zatokowości tętnic płucnych”
Prezentacja 7 prac w formie ustnej (po 10 min.)
 - Heart Failure, 9-11.06.2005r., Mediolan, Włochy**
Uczestnicy: dr R.Przybylski, doc. T.Kukulski
 - Heart Failure 2005, European Society of cardiology, 11-14.06.2005r., Lisbona, Portugalia**
Uczestnicy: dr M.Zakliczyński
dr M.Zakliczyński – prezentacja 2 prac
 - 15th World Congress World Society of Cardio-Thoracic Surgeons, 19-23.06.2005r., Wilno, Litwa**
Uczestnicy: prof. M.Zembala, prof. J.Białkowski, dr M.Zakliczyński, dr J.Pacholewicz, dr K.Kubacki, dr M.Krason, dr B.Zych, dr M.Zembala, prof. A.Kocher
 - Third Biennial Meeting of The Society for Heart Valve Disease, 17-20.06.2005r., Vancouver, Kanada**
Uczestnicy: dr P.Trzeciak



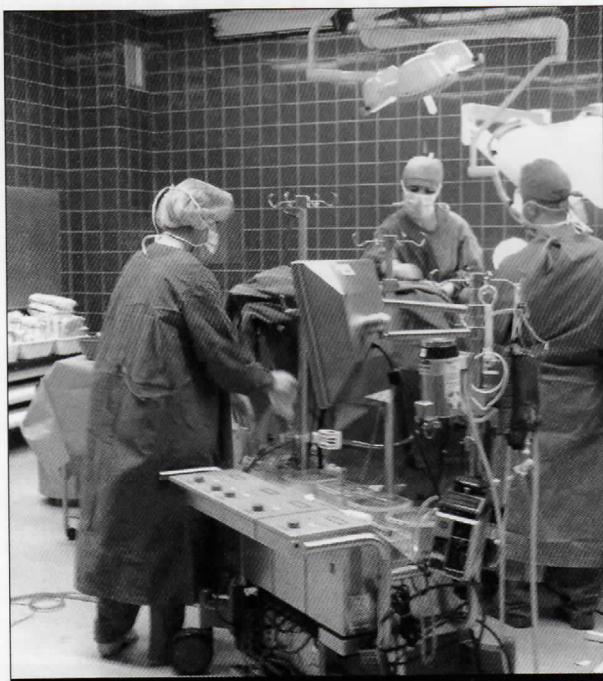
Punkt widzenia.

Dobry, zwyczajny dzień

7.15 Codzienna, 30- minutowa wizyta na oddziale kardiologii. Ilekroć ją rozpoczynam wspólnie z Kolegami, zastanawiam się czy rzeczywiście jest potrzebna i komu ma służyć. Potrzebna jest nam – leczącym – aby można było chorych powitać, a więc i lepiej poznać, zobaczyć jak przebiega ich proces leczenia, dostrzec czasami niewinnie pojawiające się zagrożenia, aby można było im w porę zapobiec. Potrzebna jest przede wszystkim naszym chorym, aby zauważyć jak powoli, w ciągu zaledwie kilku dni po operacji maleją lęki, obawy. Jak poprawia się ich wydolność, jak powraca im radość i życie. Jest to pierwsze każdego dnia spotkanie z naszymi chorymi, nasze wspólne dzień dobry. Dlatego nie może być rutynowym spacerem po salach chorych, ani demonstracją tego kto jest najważniejszy w zespole. Jest swoistym hołdem nas leczących wobec każdego indywidualnego chorego.

7.45 Odprawa, a właściwie narada zespołu kardiologów i anestezjologów, aby bardzo szczegółowo ocenić stan zdrowia u wszystkich chorych przebywających na oddziale pooperacyjnym i znajdujących się w bardzo wczesnym okresie po operacji. To spotkanie wyznacza pewną strategię całodziennego wysiłku zespołu kardiologiczno-anestezjologicznego wobec najtrudniejszych chorych, aktualnie znajdujących się na oddziale po operacji. Największy ciężar spoczywa na zespole anestezjologicznym i kardiologicznym lekarsko-pielęgniarskim. Często nie dostrzegamy także wielkiego wysiłku, jaki wnoszą w opiekę nad chorymi po zabiegu stale współpracujący z nami kardiologowie, mikrobiologowie, rehabilitanci i specjaliści z zakresu gospodarki krwią i hemostazy.

7.30 Zaczynają się zabiegi na trzech salach operacyjnych. Aby wykonać ogółem prawie 2000 operacji serca, naczyń,



*Prof. dr hab.
Marian Zembala*

*Dyrektor Śląskiego
Centrum Chorób Serca*



tym ponad 1700 w krążeniu pozaustrojowym, trzeba włożyć ogromny wysiłek. Wysiłek chirurgów, anestezjologów, ale także pielęgniarek operacyjnych, anestezjologicznych, perfuzjonistów i pracowników służb pomocniczych. Dwa, częściej trzy zabiegi na jednym stole operacyjnym, to wielki wysiłek całego Zespołu ludzi, który dopiero około godziny 19:00-20:00 zakończy swoją całodzienną działalność.

21.00 Zakończone przyjęcia i badania chorych przygotowanych do operacji dnia następnego. U większości z nich ustąpił lęk i pojawiły się symptomy uspokojenia i zaufania do zespołu leczącego. W trakcie rozmów z anestezjologiem i kardiologiem, pielęgniarką, psychologiem i specjalistą ds. rehabilitacji, nasi pacjenci upewnili się, że wybrali dobrego, przyjaznego dla nich szpitala.

Na oddziale pozostali dyżurni – dla nich praca zakończy się dopiero jutro rano. Reszta Zespołu rozjeżdża się do domów i tak naprawdę nie jest w stanie zbyt wiele czasu poświęcić swoim bliskim. Nie jest tajemnicą, że każdy z nas zabiera do swojego domu także wszystkie ważniejsze problemy związane z chorymi i szpitalem. Te wydarzenia bardzo mocno oddziałują na nasze codzienne, także rodzinne życie.

23.00 Widoczny spokój w szpitalu mimo, iż Ośrodek przez całą dobę codziennie jest tak bardzo aktywny i dynamiczny, pełniąc nieprzerwanie od kilkunastu lat 24-godzinny dyżur. Jedynie na oddziałach intensywnej opieki nadal trwa nieprzerwanie praca.

7.00 Następnego dnia rano, w drodze z parkingu spotykam pielęgniarki powracające do domu po zakończeniu dyżuru. Z ich twarzy można wiele dowiedzieć się z przebiegu dyżuru. Uśmiech nie wymaga dodatkowych pytań. Smutek, niepewność są sygnałem, że mogło być lepiej. Na szczęście dzięki Bogu i ludziom odpowiedzialnym, kompetentnym i zaangażowanym, powodów do lęku jest mało i coraz mniej.

Tak wygląda nasze codzienne życie szpitala. Od powitania pacjenta i zapewnienia go, że tak naprawdę to ON w całym naszym wspólnie spędzonym nie tylko dniu, ale i zawodowym życiu jest najważniejszy. Szpital to najważniejsza część naszego całego życia. Pamiętajmy o tym, że to wyzwanie dotyczy całego Zespołu, także administracji szpitala.

I Kliniczny Oddział Kardiologii Śląskiego Centrum Chorób Serca

Chcemy przedstawić w krótkim opisie osiągnięcia zespołu I Klinicznego Oddziału Kardiologii Śląskiego Centrum w 2004 roku.

Nasze najważniejsze zadanie to leczenie chorych. W ubiegłym roku leczylimy 2.907 osób, czyli o około 20% więcej niż w roku 2003. Nadal jest to, wobec liczby chorych oczekujących do przyjęcia, niewiele, biorąc pod uwagę liczbę łóżek na oddziale, to duży sukces.

Dzięki zastosowaniu nowych metod leczniczych byliśmy bardziej skuteczni w niesieniu pomocy chorym. Wdrażane do praktyki klinicznej w latach wcześniejszych nowoczesne techniki leczenia, tj.:

- metody leczenia niewydolności serca za pomocą implantacji kardiostymulatorów resynchronizujących BIV oraz BIV+ICD
- opartych na wykorzystaniu systemu CARTO, metod inwazyjnego leczenia zaburzeń rytmu serca (migotanie przedsionków, trzepotanie przedsionków, ogniskowe ekstrasystolie)
- nieoperacyjne leczenie tętniaków aorty piersiowej poprzez implantację stentgraftów
- stentowanie tętnic obwodowych

stały się już powszechne. Nowe metody, które zastosowaliśmy w minionym roku po raz pierwszy to zabiegi koronarografii z nakłucia tętnicy promieniowej, dające możliwość szybkiego uruchomienia chorego.

Zespół Pracowni Elektrofizjologii i Elektrostymulacji Serca rozpoczął leczenie zaburzeń rytmu serca za pomocą systemu mapowania elektroanatomicznego serca – LocaLisy. Sprzęt ten został nam używany nieodpłatnie przez firmę medyczną.

Cieszymy się, że możemy być nauczycielami lekarzy z innych ośrodków, gdyż świadczy to o wysokiej jakości wykonywanych przez nas zabiegów medycznych. Przeprowadzaliśmy zabiegi implantacji kardiowerterów-defibrylatorów oraz kardiostymulatorów resynchronizujących w ośrodkach w Krakowie, Tarnowie, Rzeszowie i Opolu. W szpitalu w Wałbrzychu i Gorzowie Wielkopolskim wykonywaliśmy zabiegi hemodynamiczne.

Drugim ważnym aspektem naszej pracy jest ciągły rozwój i doksztalcanie się. Osiągnięciami na tym polu jest uzyskanie przez dwóch lekarzy: R. Lenar-

czyka i G. Honisza, z wyróżnieniem, stopnia doktora nauk medycznych. Dr dr E. Markowicz-Pawlus i A. Duszańska przeprowadziły wszczęcie przewodu doktorskiego. Poszerzyło się również grono specjalistów z zakresu kardiologii o dr A. Sokala i doc. T. Kukulskiego.

Wymiernym efektem pracy naukowej zespołu są publikacje i streszczenia prezentowane na zjazdach krajowych i zagranicznych. W roku 2004 zostały opublikowałyśmy 22 prace (21 polskich i 1 w czasopiśmie posiadającym IF) oraz 76 streszczeń zjazdowych (52 polskich i 24 zagranicznych) a także 5 rozdziałów w książkach. Wyniki naszej pracy przedstawialiśmy na 2 najważniejszych światowych kongresach kardiologicznych: American Heart Association USA oraz European Society of Cardiology w Monachium czy Europace we Francji

Ubiegły rok dał nam wiele satysfakcji zawodowej. I choć nie brakowało również chwil smutnych, możemy stwierdzić, że był to dobry czas.

kierownik I Klinicznego Oddziału Kardiologii SCCS
dr hab. n med. Zbigniew Kalarus

Zespół lekarski I Klinicznego Oddziału Kardiologii SCCS
(opis - patrz na ostatnią stronę okładki)



CERTYFIKAT

Przynany organizacji:
ŚLĄSKIE CENTRUM CHOROÓB SERCA
ul. Szpitalna 2
41-800 Zabrze

Biurowo Certyfikacji Polskiego Rejestru Statków S.A. zaświadcza, że System Zarządzania Jakością wyżej wymienionej organizacji został oceniony i stwierdzono zgodność z wymaganiami:

ISO 9001:2000

Zakres certyfikacji:
ŚWIADCZENIE USŁUG MEDYCZNYCH STACJONARNYCH I AMBULATORYJNYCH W ZAKRESIE KARDIOLOGII DOROSŁYCH I DZIECI, KARDIOCHIRURGII, TRANSPLANTOLOGII, ANGIOLOGII, BADAŃ PODSTAWOWYCH DOTYCZĄCYCH CHOROÓB SERCA, PŁUC I NACZYŃ ORAZ EFEKTYWNOŚCI MEDYCZNO-EKONOMICZNEJ LECZENIA

Certyfikat jest ważny do: **25.01.2008**

Nr Certyfikatu: **NC-1000**
Certificate No.:

Gdańsk, 26.01.2005

PCA

AC 014


Jan Jankowski

Bogdan Przybylski

Bogusława Serzysko

Akredytacja - zewnątrzna ocena jakości usług medycznych

Idea akredytacji powstała w USA przeszło osiemdziesiąt lat temu. Pierwsze standardy, ujmowały podstawowe wymagania stawiane szpitalom dla zapewnienia odpowiedniego poziomu świadczeń. Opracowano je z myślą o bezpieczeństwie pacjentów. Twórcą pionierskich standardów było AMERYKAŃSKIE KOLEGIUM CHIRURGÓW w 1917 roku. Swoją tematyką obejmowały one nie tylko działania związane z praktyką lekarską, lecz także z innymi zakresami działalności opieki zdrowotnej np. zarządzaniem, bezpieczeństwem. W 1926 roku został wydany pierwszy podręcznik zawierający standardy dla szpitali. W 1951 roku Kolegium Chirurgów wspólnie z Amerykańskim Stowarzyszeniem Lekarzy, Amerykańskim Kolegium Lekarzy oraz Kanadyjskim Stowarzyszeniem Medycznym stworzyło Komisję Wspólną Ds. Akredytacji i Organizacji Opieki Zdrowotnej. Jest to obecnie największa w Stanach Zjednoczonych organizacja przeprowadzająca akredytację zakładom opieki medycznej.

W Polsce Procedura Akredytacji została opracowana, przez jedyną jak dotąd instytucję – CENTRUM MONITOROWANIA JAKOŚCI W OCHRONIE ZDROWIA w KRAKOWIE. W 1998 roku Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia opracowało i opublikowało Program Akredytacji Szpitali, podstawę pierwszego systemu akredytacji placówek medycznych w Polsce. Zawiera on komplet obowiązujących standardów akredytacyjnych oraz omawia procedurę wiodącą do uzyskania certyfikatu.

Definicja i cel akredytacji

Według Centrum Monitorowania Jakości **akredytacja jest to wewnętrzny proces oceny, który dotyczy instytucji zdrowotnej, dobrowolnie poddającej się ocenie opartej na określeniu stopnia zgodności z wcześniej znanymi standardami akredytacyjnymi, przeprowadzony przez bezstronną, niezależną placówkę akredytacyjną, która przyznając akredytację wydaje stosowne świadectwo.** Zatem akredytacja jest to system dobrowolnej, zewnętrznej i bezpośredniej oceny, mającej na celu wskazanie placówek zapewniających dobry poziom świadczeń. W sensie dosłownym organizacja udzielająca zakładom akredytacji tym samym potwierdza, że zakład ten będzie dobrze spełniał rolę względem pacjentów. To zawierzenie jest oparte na możliwie kompleksowej i wyczerpującej, a jednocześnie bezstronnej i wiarygodnej ocenie placówki. Ocena opiera się nie na wrażeniach wizytujących, lecz na porównywaniu stanu faktycznego z kryteriami, jakie placówka powinna spełniać, czyli standardami.

Ocena odnosi się do jakości trzech składowych każdego systemu jakim są:

Jakość struktury – obejmuje charakterystykę szpitala: - o jakości struktury decyduje głównie

- liczba i kwalifikacje personelu
- organizacja szpitalna
- środki finansowe szpitala
- wyposażenie szpitala w środki obrotowe

Mimo, że struktura szpitala ma istotny wpływ na wykonywanie świadczeń. Szpital, aby mógł świadczyć usługi na wysokim poziomie musi posiadać określone cechy strukturalne.

Jakość procesu – czyli podejmowanie działalności. Obejmuje środki, zabiegi, które w czasie leczenia są podejmowane lub nie. Przebieg leczenia może być różny. Jest uzależniony od specyfiki sytuacji oraz indywidualnych objawów chorobowych pacjenta. Zapewnienie jakości w toku procesu następuje często na podstawie standardów specyficznych dla danej jednostki chorobowej. Aby dokonać dobrej oceny procesu, należy wziąć pod uwagę wchodzące w skład procesu leczniczego osiągnięcia jednostkowe (cząstkowe).

Jakość rezultatu, wyniku – jest to najważniejsza ocena realizowanych świadczeń. Tu wynik procesu leczniczego wyraża się w zmianie stanu zaawansowania choroby. Innym miernikiem może być również stopień zadowolenia pacjenta. Ocena jakościowa odniesiona do wyniku, ukierunkowana jest przede wszystkim na ustalenie poprawy stanu zdrowia pacjentów oraz ich zadowolenia.

Zdecydowana większość standardów dotyczy procesów – sposobów funkcjonowania i zarządzania instytucją oraz praktyki postępowania z pacjentem. Według badań ostateczne wyniki znacznie silniej zależą od procesów, niż struktury. Korekty procesów można przeprowadzać mniejszym kosztem, niż korekty struktury.

Wyróżnia się dwa cele akredytacji:

1. **Główny** – którym jest poprawa jakości świadczeń zdrowotnych
2. **Pośrednie** – którymi są:
 - rozpoznawanie zakładów oferujących świadczenia o wyższej jakości
 - umiejętność pokazania przez poszczególnych świadczeniodawców własnej wartości
 - pobudzenie aktywności pracowników na rzecz jakości
 - samoedukacja
 - osiągnięcie ściślejszego współdziałania wewnątrz zakładu na rzecz jakości
 - edukacja personelu
 - ułatwienie uzyskania umów z płatnikami na usługi medyczne

Rola akredytacji

- stymulowanie poprawy jakości opieki medycznej
- edukacja personelu
- redukcja kosztów i zwiększenie efektywności działania
- poprawa strategii marketingu
- umożliwienie pozyskania dodatkowych środków
- popularyzacja dobrych wzorów organizacyjnych
- powstawanie inicjatyw wewnątrzszpitalnych
- zwiększenia motywacji personelu medycznego w zakresie jakości świadczonych usług
- ułatwienie zawierania dobrych kontraktów

Zalety i korzyści z akredytacji

- zmiana sposobu myślenia o pacjencie i własnej pracy
- poprawa jakości i organizacji pracy
- zwiększenie wydajności pracy
- poprawa jakości świadczonych usług
- poprawa wizerunku firmy szpitala
- satysfakcja pacjentów i pracowników
- poprawa stanu technicznego oddziałów
- możliwość wykorzystania certyfikatu, jeżeli nie obecnie to w przyszłości

Podstawowe założenia systemu akredytacji to:

1. Dobrowolne uczestnictwo

- dobrowolne zgłoszenie chęci ubiegania się o status szpitala akredytowanego
- przygotowanie wniosku
- poddanie się przeglądowi przez wizytatorów wyznaczonych przez Ośrodek Akredytacyjny

2. Oparcie o standardy

Ocena faktycznego funkcjonowania zakładu opieki zdrowotnej porównywana jest z wcześniej opracowanymi i opublikowanymi standardami, które tworzą podstawę do dokonywania oceny. .

3. Cel edukacyjny

- publikacja standardów
- przeprowadzenia szkoleń
- wydawanie publikacji i biuletynów
- współpraca z innymi szpitalami

4. Autonomiczność

W zakresie procedury i podejmowania decyzji akredytacyjnych system akredytacji jest niezależny. Program kieruje się jednakowymi, ustalonymi wymogami w stosunku do wszystkich jednostek ochrony zdrowia starających się o przyznanie akredytacji.

5. Postępowanie zgodne z określoną procedurą

Weryfikacja zakładu opieki zdrowotnej oparta jest o wcześniej wypracowaną procedurę

6. Jedność i równość oceniania, podejmowania decyzji

Oceny są jednakowe dla wszystkich podmiotów. Znane wcześniej i rygorystycznie przestrzegane zasady gwarantują rzetelność oceny i wiarygodność podejmowanych decyzji.

Przebieg procesu akredytacji

Akredytacja jest procesem, w którym wyróżnia się etapy

Etap wstępny – polegający na zgłoszeniu się jednostki do akredytacji, ustaleniu struktury w celu rozpoczęcia procesu akredytacyjnego.

Etap przygotowawczy – przegląd dokonywany przez zespoły wewnętrzne, może trwać kilka lat.

Etap akredytacji właściwej - Decyzja o przyznaniu lub odmowie akredytacji jest podejmowana przez **Radę Akredytacyjną**, na podstawie raportu sporządzonego przez wizytatorów. W raporcie są wyszczególnione standardy niespełnione wraz z dokładnym uzasadnieniem punktacji.

Istnieją trzy typy akredytacji :

- **Akredytacja pełna** – przyznawana placówce gdy spełnia ona 100% do 75% wymogów standardów. Jednostka otrzymuje status jednostki akredytowanej na 3 lata.

- **Akredytacja warunkowa** – przyznawana placówce gdy spełnia ona od 74% do 70% wymogi standardów. Jednostka otrzymuje status jednostki akredytacyjnej na okres 1 roku.
- **Odmowa akredytacji** – przyznawana jest placówce gdy spełnia poniżej 70% wymogów standardów.

Szpital zainteresowany uzyskaniem akredytacji musi podjąć działania, które przebiegają w następujący sposób:

Zgłoszenie szpitala - do 6 miesięcy przed wizytacją szpital zgłasza do Ośrodka Akredytacyjnego (OA) chęć poddania się procesowi akredytacji

Ustalenie terminu wizytacji - od 2 do 4 miesięcy przed

Harmonogram wizytacji - 2 tygodnie przed wizytacją szpital gromadzi dokumenty i dane konieczne do przeglądu

Wizytacja

Czynności stosowane podczas wizytacji:

- przegląd dokumentacji szpitala
- wywiad z kierownictwem i komitetem jakości
- wizytacja oddziałów, ocena miejsc pobytu pacjenta, przegląd dokumentacji medycznej, rozmowy z personelem i pacjentami

Standardy akredytacyjne

Polski Program Akredytacyjny Szpitali – składa się z 210 standardów podzielonych na 15 grup. Standard zostały sformułowane w postaci krótkich zadań

Lp.	Działy standardów	Symbol	Liczba
1.	Zarządzanie ogólne	ZO	26
2.	Zarządzanie zasobami ludzkimi	ZZ	18
3.	Zarządzanie informacją	ZI	34
4.	Kontrola infekcji	KI	8
5.	Prawa pacjenta	PP	13
6.	Ocena stanu pacjenta	OS	10
7.	Opieka nad pacjentem	OP	11
8.	Anestezjologia	AN	10
9.	Leki	LI	17
10.	Odżywianie	OD	7
11.	Ciągłość opieki	CO	5
12.	Poprawa jakości	PJ	9
13.	Środowisko opieki	SO	24
14.	Izba przyjęć	IP	10
15.	Laboratorium	LA	8

określających stan pożądany. standardy są oceniane w skali punktowej..

- I – Standardy odnoszące się do funkcjonowania szpitala i zarządzania nim – Z
- II – Standardy nawiązujące w treści do opieki nad pacjentem – P
- III – Standardy dotyczące poszczególnych rodzajów usług świadczonych pacjentowi przez szpital – O

Łącznie jest 130 standardów głównych, wraz ze szczegółowymi ponad 200, do każdego ze standardów dołączone są trzy elementy:

1. **Wyjaśnienie** – które stanowi dodatkowe wyjaśnienie jego istoty
 2. **Sprawdzenie** – które określa miejsce i sposób sprawdzenia
 3. **Punktowanie** – które określa skalę i zakres punktowania standardu
- Szpital może poznać standardy na długo przed przeglądem i je samodzielnie ocenić, na ile je spełnia. Może wprowadzić pewne usprawnienia oraz zlikwidować braki.

OMÓWIENIE – POSZCZEGÓLNYCH STANDARDÓW

1. Zarządzanie ogólne

Standardy znajdujące się w tym obszarze odnoszą się do zarządzania organizacją i mają za zadanie umożliwienie oceny spełniania podstawowych funkcji w zakresie zarządzania organizacją zakładu opieki zdrowotnej. Obejmują m.in. istnienie aktualnego schematu organizacyjnego jednostki, statutu,

zakresu odpowiedzialności kadry zarządzającej, misji zakładu.

Kierownicy oddziałów czy innych jednostek są odpowiedzialni osobiście lub poprzez osoby uprawnione m.in. za opracowanie i wdrożenie procedur i zasad wspomagających świadczenie usług, stosowanie programów jakości, określenia potrzeb przestrzennych i materialnych oddziału itp. Każda komórka organizacyjna, oddział i dział posiada pisemny wykaz usług i realizowanych procedur. Każdy pracownik musi znać zakres swoich obowiązków. Szczególną rolę w zarządzaniu jakością pełni określenie misji.

Misja jest najbardziej ogólnym celem organizacji, wyznaczającym kierunki działania dla tej organizacji oraz tworzącym podstawę dla podejmowania strategicznych decyzji. Misja zakładu opieki zdrowotnej przyczynia się do wzmożenia poczucia integracji z miejscem pracy. Jej określenie pozwala pracownikom na lepsze zrozumienie głównego celu funkcjonowania organizacji. Powinna być znana wszystkim pracownikom.

2. Zarządzanie zasobami ludzkimi

Mając na uwadze fakt, iż pracownicy każdego zakładu opieki zdrowotnej są jego najważniejszymi i zarazem najkosztowniejszym działem – standardy określone w tym obszarze obejmują m.in. wymagania kwalifikacyjne pracowników na poszczególnych stanowiskach pracy, adaptacja osób nowoprzyjętych, systematyczna ocena pracownika, podnoszeniem kwalifikacji. Powinna być ustalona liczba i kwalifikacje personelu wraz z zakresem obowiązków. Kierownictwo szpitala posiada plan szkoleń w zakresie kluczowych zagadnień, w tym zapewnienia jakości. Opracowane są także projekty opisów stanowisk pracy oraz sposób prowadzenia akt osobowych. Są to standardy trudne do wprowadzenia, ponieważ wymagają zmiany w podejściu do oceny stanu zatrudnienia w zakładzie opieki zdrowotnej.

3. Zarządzanie informacją

Jest to jeden z najbardziej obszernych standardów zajmujących się zbieraniem, przetwarzaniem oraz wykorzystywaniem informacji niezbędnych do poprawy działalności leczniczej zakładu opieki zdrowotnej, a także do kierowania i zarządzania zakładem. Obejmuje informacje związane m.in. z bazą danych szpitalnych, monitorowaniem jakości prowadzonej dokumentacji medycznej, spójnością dokumentacji lekarskiej z całą dokumentacją prowadzoną przez personel medyczny, przede wszystkim z dokumentacją pielęgniarską, dzięki której możliwe jest uzyskanie pełniejszego obrazu postępowania z pacjentem. Informacja w zakładzie opieki zdrowotnej powinna być czytelna, kompletna, na bieżąco uzupełniana i autoryzowana.

4. Kontrola zakażeń szpitalnych

Standardy w tym obszarze obejmują m.in. definicję zakażenia wewnątrzszpitalnego, która powinna być znana wszystkim pracownikom, standardy zapobiegania i zwalczania zakażeń szpitalnych. Szpitale powinny mieć opracowany program monitorowania zakażeń szpitalnych, szkoleń personelu w tym zakresie, ale i standardy obejmujące „mycie rąk”, „mycie i sterylizacje sprzętu”, itp. Kontrola zakażeń szpitalnych jest niezwykle istotna, gdyż jest to jedno z największych potencjalnych zagrożeń, na które narażony jest pacjent leżący w szpitalu oraz jeden z największych kosztów ponoszonych przez szpitale czy innych świadczeniodawców.

5. Pacjent

W tym obszarze standardy odnoszą się do:

- **Praw pacjenta** – standardy dotyczą informacji o przysługujących mu prawach w szpitalu m.in.: o możliwości korzystania z telefonu, dostępie do opieki duszpasterskiej, zapewnieniem informacji o stanie zdrowia, wydaniem pisemnej zgody pacjenta na wykonanie zabiegu.
- **Oceny stanu pacjenta** – standardy dotyczą posiadania przez pracowników medycznych kwalifikacji do wykonywania świadczeń medycznych, ale i bieżącej codziennej oceny stanu zdrowia pacjenta przez lekarzy, a także opieki pielęgniarskiej przez pielęgniarki/położne, itp. Ocena stanu zdrowia musi być dokonywana z zachowaniem zasad prywatności.
- **Opieki nad pacjentem** – standardy obejmują zakres indywidualnego planu opieki w ciągu 24 godzin. Wypisani pacjenci powinni otrzymać skróconą kartę wypisu ze szpitala. Usługi są świadczone przez osoby posiadające odpowiednie wysokie standardy zdrowotne.
- **Ciągłość opieki** – standardy obejmują procedur np. planowego przyjęcia pacjentów, przenoszenie pacjentów wewnątrz i na zewnątrz szpitala, itp.

6. Anestezjologia

Standardy w tym zakresie obejmują np.: badania pacjentów przez lekarza anestezjologa przed znieczuleniem ogólnym lub miejscowym, sprawdzenie czy stan zdrowia pacjenta jest mierzony i oceniany w czasie trwania zabiegu i udokumentowany, określenie odpowiedzialności za opiekę kooperacyjną, opracowanie procedur związanych z przetaczaniem krwi i preparatów krwiopochodnych, systematyczne sprawdzenie sprzętu do znieczulenia i zapew-

nienie, że posiada aktualne świadectwo sprawności, itp.

7. Leki

Standardy związane są z posiadaniem i stosowaniem przez szpital receptariusza szpitalnego/listy leków, który jest przeglądany i aktualizowany na bieżąco, funkcjonowaniem zespołu ds. farmakoterapii, kwalifikacjami personelu odpowiedzialnego za gospodarkę lekami oraz personelu podającego leki pacjentom, opracowaniem procedur niszczenia niewykorzystanych leków narkotycznych. Leki wykorzystywane w opiece doraźnej powinny znajdować się pod kontrolą, być zabezpieczone w oddziałach i w aptece szpitalnej, itp.

8. Odżywianie

Standardy obejmują tu zarówno sposób przygotowania posiłków (zgodnie z zasadami higieny), jak i kwalifikacje personelu wyznaczonego i odpowiedzialnego za przygotowanie, przechowywanie, dystrybucję żywności, a także podawanie posiłków m.in. o odpowiedniej temperaturze, w odpowiednim czasie, wg ustalonych diet, itp.

9. Poprawa jakości

Standardy dotyczą opracowania i wdrożenia programu zarządzania jakością. Szpital powinien mieć powołany zespół dla realizacji tego programu oraz posiadać opracowane algorytmy postępowania praktycznego w zakresie stosowania opieki nad pacjentem. Powinna być prowadzona systematyczna ocena satysfakcji pacjentów, a wnioski wykorzystywane w bieżącej pracy szpitala. Opracowany i stosowany jest standard bieżącej, regularnej oceny zgonów pacjentów (łącznie np. z oceną przyczyn zgonów okołoperacyjnych, itp.) czy standardy postępowania dotyczące izolacji pacjenta.

10. Zarządzanie środowiskiem opieki

Standardy obejmują m.in. opracowanie instrukcji bezpieczeństwa przeciwpożarowego oraz systematyczne szkolenie personelu zakładu opieki zdrowotnej w tym zakresie, przeprowadzanie ćwiczebnej ewakuacji przeciwpożarowej chorych (co roku) w ramach planu przeciwpożarowego itp. Opracowane są standardy zabezpieczenia w system awaryjnego zasilania w energię elektryczną, wodę, gazy medyczne oraz standard dotyczący odpadów medycznych, itp.

11. Izba przyjęć

Obszar ten obejmuje standardy dotyczące m.in. wyposażenia w aparaturę i leki do ratowania życia, personelu medycznego (stałego, wykwalifikowanego) zatrudnionego w izbie przyjęć, w systemie całodobowym. Stosowane są standardy zasad współpracy z innymi działami. Standardy dotyczą również posiadania przez izbę przyjęć spisu leków niezbędnych dla jej funkcjonowania, dojazdu do izby przyjęć (dogodność i prawidłowe oznakowanie), a także standardy postępowania w ostrym stanie choroby.

12. Laboratorium

W tym obszarze opracowane i stosowane obejmują m.in.: limity występowania błędów, ustalenia listy badań dostępnych całą dobę, ale i wytyczne dla medycznych laboratoriów mikrobiologicznych obowiązujących przy ubieganiu się o akredytację itp.



Od lewej: lek. Joanna Stabryła-Deska, dr Blandyna Karwot, mgr Joanna Trzemiemiech, inż. Grzegorz Chwojnicki, dr Bartłomiej Zych, Jadwiga Wysocka



Beata Marciniak (z lewej) i Joanna Bulawa



Beata Szymaniak (z lewej) i Małgorzata Pander

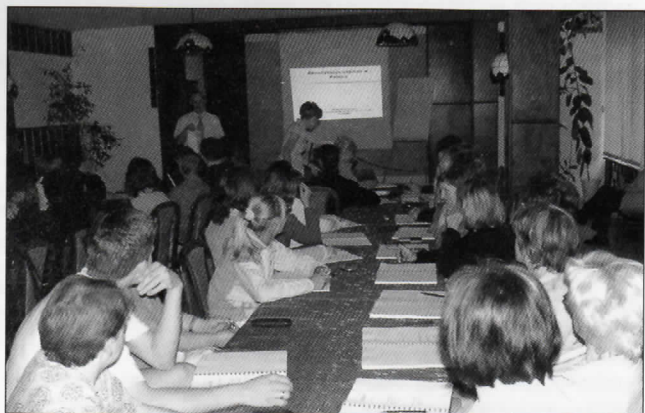
Szkolenie z zakresu programu akredytacyjnego w jednostkach służby zdrowia

23-25 maja 2005 roku



Od lewej:

mgr Magdalena Lukoszczyk, Bernadeta Szymańska, Iwona Wolanowska, Anna Bednarczyk, Grażyna Szymura, dr Bożena Zeifert



wyklady

prof. dr hab. Janusz H. Skalski

Wrodzona wada serca współistniejąca z odwrótnym ułożeniem narządów wewnętrznych - w dawnym piśmiennictwie medycznym



Zaburzenie podstawowej orientacji narządów trzewnych stanowiło od niepamiętnych czasów wyraz tak wielkiej patologii, że nie tylko zdumiewało dawnych lekarzy, ale nawet odkryte przypadkowo w ciele człowieka budziło lęk przed nieznanym, niezrozumiałym i nie mieszczącym się w ustalonych regułach przyrody wynaturzeniem. Co więcej, w dawnych wiekach, raport o takim znalezisku medycznym mógł być z jednej strony odebrany jako herezja, z drugiej nieszczęśliwie obciążony anomalią z dziedziny „potworności” zostawał naznaczony piętnem odszczepieństwa. Być może ta prosta zależność, poza oczywistym faktem, że wady ułożenia narządów trzewnych należą do dużych rzadkości w patologii człowieka, wyjaśnia tajemnicę, dlaczego nieliczne w historii medycyny były doniesienia o takich anomaliach.

Zaburzenie fundamentalnej asymetrii narządów wewnętrznych klatki piersiowej i jamy brzusznej, przy zachowaniu symetrii zewnętrznej ciała człowieka, może przybierać formy prostego odwrócenia, jakby „lustrzanego odbicia” lub też odmian pozbawionych typowego podziału na lewą i prawą stronę ciała, przyjmujących formy pośrednie, określane dzisiaj jako „heterotaxia”, „situs ambiguus”, „situs indeterminatus” lub „izomeryzm” (obustronnie lewo lub prawostronny), stosowane jest również określenie zespół Ivemarka (równoznaczne z zespołem asplenia/polysplenia).

„Heterotaxia” jest zlepkim greckich słów: *heteros* – różny, i *taxis* – ułożenie, uporządkowanie. Pochodzący również z języka greckiego - „izomeryzm” (*izomeres* – równo podzielony) odnosi się do podobnej budowy obu stron (ale przy porządkowanej jednej z nich), taciński termin „ambiguus” – to dwuznaczny, dwojaki, „indeterminatus” – nieokreślony. Wszystkie te terminy określają zatem stan wynikający z braku prawidłowo występującej asymetrii budowy i położenia narządów jamy brzusznej i klatki piersiowej, w tym serca. Obustronne lub nieokreślone położenie narządów oznacza układ odmienny od prawidłowego lub odwróconego, czemu towarzyszy duża różnorodność wad rozwojowych różnych układów i narządów, występująca w zespołach współcześnie określanych najczęściej mianem „heterotaksji”.

W polskim nazewnictwie medycznym termin przewidziany dla odwróconego ułożenia narządów pojawia się w Słowniku Terminologii Lekarskiej Polskiej w roku 1881 w brzmieniu „przełożenie trzew” oraz „układ odwrótny trzew” – jako tłumaczenie tacińskiego „transpositio viscerum”, później w Słowniku Lekarskim Polskim z 1905 roku podano „situs inversus” albo „perversus”, z tłumaczeniem „odwrótnie położenie trzew” oraz „heterotaxia” – jako „układ odwrótny trzew”. Warto wspomnieć, że nie rozróżniano dawniej stanu „situs inversus viscerum” od „heterotaksji”, nazwy te przyjmowano (zgodnie z dzisiejszą wiedzą – błędnie), jako zamienne określniki tej samej wady, podczas gdy dzisiejsze

znaczenie obu tych terminów odnosi się do zupełnie różnych form wad ułożenia i ukształtowania narządów trzewnych.

Tego rodzaju patologia rozmieszczenia organów znana była od starożytności. Rzecz jasna – nie jako konkretny stan patologiczny, czy też wada wrodzona – ale w kategoriach ciekawostki przyrodniczej – odnotowanej prawdopodobnie po raz pierwszy przez Arystotelesa (384 – 322 przed Chr.). Według wszelkiego prawdopodobieństwa Arystoteles jest również autorem pierwszego opisu heterotaxii, bowiem w dziele *De Generatione Animalium* odnajdujemy wzmiankę o braku śledziony (asplonii), a zatem prawdopodobnie prawostronnym izomeryzmie. Izomeryzm mógł u denata sekcjonowanego ponad 23 wieki temu (czy też u zwierzęcia), łączyć się jeszcze ze złożoną wadą serca (prawdopodobieństwo wysokie), o czym genialny uczony nie mógł przecież wiedzieć. Intrygujące jest jednak zestawienie tego faktu, z pokutującym przez wieki arystotelesowskim opisem serca posiadającego 3 zatoki (części, przestrzenie, jamy?). Informacja o 3 „zatokach” serca powtarzana jest w przyrodniczych księgach Arystotelesa wielokrotnie. Zakładamy poza tym, że Arystoteles wyjątkowo rzadko sekcjonował zwłoki ludzkie – zazwyczaj zaś dokonywał sekcji zwierząt. W ten sposób przypadkowo rozpoznana anatomia wadliwego serca mogła zostać uznana za normę. Czyżby niezwykle przypadek miał zrządzić, że fenomenalny obserwator przyrody, jeden z najgenialniejszych myślicieli wszech czasów, ale wykonujący autopsje tylko wyjątkowo i okazjonalnie, trafił na takie serce, którego budowa

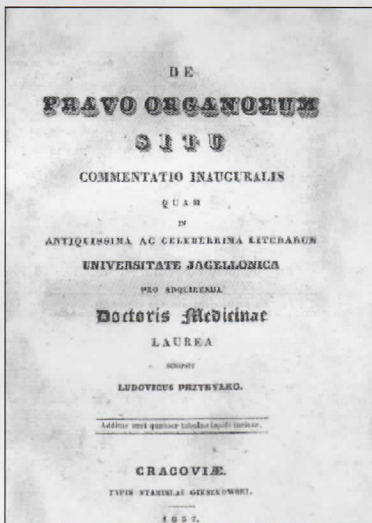
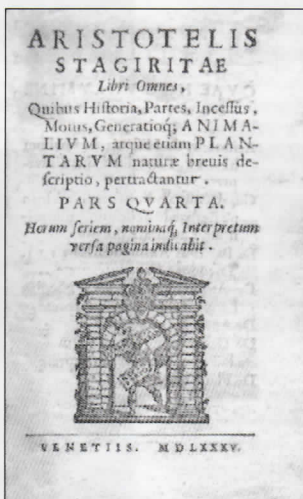
wprowadziła go w błąd (np. serca jednokomorowego), pokutujący później przez stulecia wśród naśladowców jego nauk? Mroki dziejów kryją tajemnicę, a współczesne rozstrzygnięcie wyników sekcji mającej miejsce w starożytności, może zostać potraktowane jako wywód co najmniej karkołomny, niemniej z perspektywy kardiopatologii współczesnej – niezwykle atrakcyjny. Również Arystoteles jest autorem wzmianki o odwrótnym ułożeniu narządów u zwierzęcia, sugerując równocześnie, że taka konfiguracja jest rzadkością, ale o możliwości pojawienia się jej – powszechnie wiadomo:

...widziano zwierzę (przyp. - osobnika?) nie mające śledziony, albo mające dwie śledziony (...). Widziano także pozamieniane miejsca dla części (przyp. - narządów): wątroba po lewej, a śledziona po prawej stronie.

W czasach nowożytnych z kolei, znany jest opis *situs inversus* Fabriciusza Aquapendente (Girolamo Fabrizzi – 1537-1619), pochodzący z 1600 (opisuje odwrótnie ułożenie śledziony i wątroby), Serviusa z 1643 oraz Moranda z 1660 roku. Ten ostatni dokonał zdumiewającej obserwacji całkowitego przełożenia narządów trzewnych podczas badania sekcyjnego żołnierza, zmarłego w wieku 72 lat, nie obciążonego ponadto jakkolwiek nieprawidłowością rozwojową. Wśród osobliwości w historii medycyny zapisała się jeszcze francuska królowa Maria Medycejska (1573-1642) z powodu odwróconego ułożenia narządów wewnętrznych. Kolejny opis *situs inversus* - Matthew Baillie'ego pojawia się w 1788 roku.

W czasach nowożytnych asplenię opisuje Schenk von Grafenburg w 1594 roku. Pierwsze spostrzeżenie asplonii skojarzonej z wadą wrodzoną serca opisuje Martin w roku

1826, niemniej dopiero w 1952 roku określony zostaje związek między asplenią i wadą serca, zaś w 1955 roku Ivemark opisuje asplenię ze złożonymi konfiguracjami wad serca.



Z tym większym szacunkiem odnotować musimy dwa ciekawe polskie opracowania: doktorat Ludwika Przybyłki z 1837 roku „De pravo organorum situ” (napisany po łacinie) oraz kazuistyczny artykuł z 1912 roku Marcelego Gromskiego – „Dwa przypadki choroby Rogera (maladie bleau)” omawiający, jako jeden z pierwszych w świecie niezwykłą konfigurację wady wrodzonej serca w zespole odwrócenia trzewi, będący być może formą heterotaksji.

Ludwik Przybyłko

Już sam tytuł doktoratu Przybyłki (w przekł. - O nieprawidłowym ułożeniu narządów) informuje o wyjątkowym zakresie pracy badawczej. Był najprawdopodobniej pierwszym polskim autorem, który odważył się pisać o tej grupie anomalii. W pracy młodego krakowskiego doktora, napisanej zresztą bardzo poprawną łaciną, a wyprzedzającej oryginalnością wielu badaczy europejskich, dokonano rzetelnego przeglądu wcześniejszej literatury, odnoszącej się do odwrócenia trzewi w zakresie jamy brzusznej i klatki piersiowej. Podano przykłady dextrokardii, do tej grupy wad Przybyłko zaliczył też opisane przez Bailliey'a (w 1797 roku) całkowite przełożenie wielkich pni naczyniowych.

Osią konstrukcyjną doktoratu była przepuklina przeponowa u noworodka, którą zresztą autor zaliczył również do wad ułożenia narządów wewnętrznych. Trudno odmówić mu pewnych racji (trzewia przemieszczone były do klatki piersiowej), skoro nie dokonywano głębszej analizy przyczyn wzajemnego przemieszczania się narządów, ograniczając zakres badań do stwierdzenia faktu wadliwej ich lokalizacji. *Nota bene* był to pierwszy polski i jeden z pierwszych w świecie opis przepukliny przeponowej u noworodka, 11 lat wcześniejszy niż raport Aleksandra Bochdalecka, od którego przepuklina przeponowa bierze swą nazwę eponimiczną.

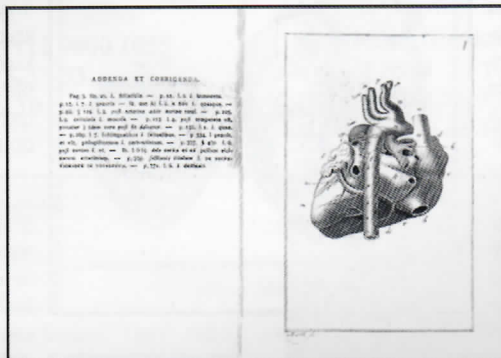
Doktorat wydano w drukarni Stanisława Gieszkowskiego a obrona odbyła się w dniu 20 czerwca 1837 roku. Z żalem należałoby podkreślić, że ta znakomita praca naukowa była zapomniana przez lata, dopiero ostatnio doczekała się opracowań.

Najpewniej fakt, że o pracy tej zupełnie zapomniano tłumaczyć może fakt, że powstała w języku łacińskim, trudnym i zawiłym w swej formie, a w tej postaci od kilku dziesięcioleci nieznanym w świecie medycznym. Ponadto doktorat nie mógł trafić do zbyt wielu czytelników ze względu na ograniczony nakład wydania - z reguły 24 egzemplarze pracy przedkładanej dziekanowi i wydawanej na koszt autora. Zarówno warsztat naukowy pracy Przybyłki jak i jej forma są tym bardziej godne podziwu, że młody autor dysertacji doktorskiej nie mógł mieć wówczas dużego doświadczenia w pracy naukowej albowiem studiował medycynę tuż wcześniej, w latach poprzedzających doktorat tj. 1832-36. Po studiach poświęcił się pracy zawodowej i praktyce jako akuszer i lekarz obwodowy w Kielcach.

Praca *De pravo organorum situ* stanowi kompendium ówczesnej wiedzy na temat wrodzonych ułożeniowych nieprawidłowości anatomicznych. We wstępie podano liczne

przykłady rozmaitych wrodzonych deformacji ciała, z których przytaczamy ważniejsze (niektóre z nich są pierwszymi wymienianymi w polskim piśmiennictwie medycznym): przepuklina sznura pępowinowego, rozszczep kręgosłupa, zarosnięcie odbytu, „plód Syreni” - (*symelus* lub *sirenomelus* - zrost kończyn dolnych), bezzczaszkowiec, zrosłaki (w tym także dwugłowiec - *bicephalus*) itd.

W części I Autor dokonuje przeglądu wad ułożenia trzewi (przemieszczenia w orientacji bocznej, lewo-prawej), które z punktu widzenia naszego niniejszego opracowania są najciekawsze. Opisuje więc przemieszczenia w obrębie jamy brzusznej, klatki piersiowej, odwrócenie trzewi i to zarówno całkowite jak i częściowe, izolowane - brzuszne lub piersiowe, dextropozycję serca.

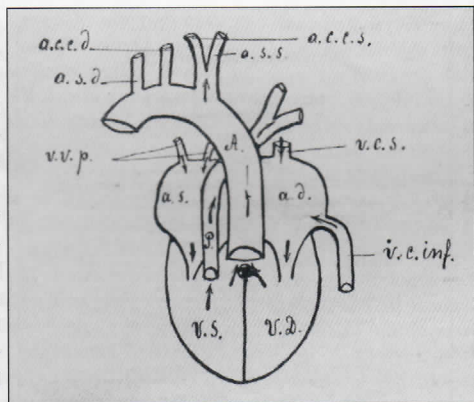


O wzajemnym przemieszczaniu się narządów pomiędzy lewą i prawą stroną ciała autor przedstawia swój sposób pojmowania tego zjawiska (zamieszczone fragmenty tekstu są przekładem z oryginału pracy Przybyłki):

Nieprawidłowe położenie narządów, o którym teraz należy powiedzieć, polega na tym, że albo cały narząd, albo pojedyncze części jakiegoś narządu, który zwykł zajmować miejsce po prawej stronie (...), ma swoje miejsce po lewej

i odwrotnie. Najniższy stopień tego rodzaju odchylenia przedstawiają pojedyncze narządy, których części boczne nie odpowiadają sobie, albo prawa część jest ukształtowana zgodnie z obrazem lewej i z przeciwnej strony; te jednak przypadki należą do rzadszych zjawisk.

Dalej następują liczne przykłady bocznych przemieszczeń narządowych (rzeczywistych błędów lateralizacji w dzisiejszym rozumieniu tej nieprawidłowości) zebranych skrupulatnie z piśmiennictwa. Są one równocześnie doskonałym źródłem wiedzy o najstarszych tekstach dotyczących tego pasjonującego zagadnienia, których zresztą na próżno by poszukiwać we współcześnie opracowywanych zestawieniach historycznych. Odnajdujemy więc niezwykły fragment mówiący, bez cienia wątpliwości, o nieokreślonym położeniu narządów (*situs ambiguus*), w którym autor pisze: (...) o przypadku całkowitego odwrócenia trzewi położonych w klatce piersiowej, gdzie wątroba o objętości ledwo odbiegającej od normalnej, położona w środku brzucha, rozciągała się równomiernie w obydwu częściach podbrzusza; żyła wrotna wylewała krew do samej żyły głównej dolnej; żyły zaś wątrobowe tworzące jeden pień wchodziły do klatki piersiowej przez lewą część przepony.



Warto poza tym przytoczyć przypomniane przez Przybyłkę przykłady anomalii dotyczących serca i dużych naczyń, zaliczonych tutaj również do grupy „przemieszczeń narządów”.

Zagadnienie przełożenia narządów zostaje przez Przybyłkę skwitowane pod koniec rozdziału podsumowaniem: (...) *odchylenia narządów, o których była mowa, mają niewielki wpływ na czynności życiowe; ludzie w większości są zdrowi i długo żyją; także dla ułatwienia czynności używają prawej ręki (czemu należy się dziwić) do zwykłych prac, które mają być wykonane (...). To nadnaturalne położenie trzewi ma duże znaczenie nie tylko dlatego, że polega na swojego rodzaju odchyleniu siły kształtującej, albo że pokazuje przejście od stanu normalnego do*

najwyższego stopnia zniekształcenia, lecz także dlatego, że okazuje podobieństwo z niektórymi zwierzętami...

Część II doktoratu Przybyłki, omawiająca przepuklinę przeponową, jest rozbudowana najbardziej i stanowi oś pracy doktorskiej (umieszczono tutaj rozmaite przykłady przemieszczenia narządów pomiędzy klatką piersiową i jamą brzuszną). Część III, potraktowana skrótowo i kończąca pracę (dotycząca głównie przemieszczeń naczyń krwionośnych), miała w założeniu odnosić się do przemieszczeń narządów w projekcji przód-tył.

Pominąwszy znakomity, kazuistyczny opis przepukliny przeponowej u noworodka, wszystko co znajdujemy ponadto w tym niezwykle ciekawym opracowaniu, jest wiedzą zapożyczoną, a zatem wartość dla nauki światowej przedstawia umiarkowaną. Zupełnie inaczej powinniśmy postrzegać ją w odniesieniu do rodzimej literatury kardiologicznej - zawiera bowiem pierwsze wzmianki na temat zarówno odwrócenia trzewi, jak i współistniejących wad rozwojowych serca. Tyle o pracy doktorskiej Ludwika Przybyłko pochodzącej z czasów zupełnie pionierskich dla kardiologii wad wrodzonych serca w Polsce.

Druga z pozycji naukowych poruszających temat *situs inversus* i współistniejącej wady serca, którą chciałbym przypomnieć, powstała znacznie później - w roku 1912, niemniej nadal w czasach daleko odległych od współczesnych nam zapatrywań na problemy wadliwego ułożenia narządów trzewnych.

Marceli Gromski

Jego oryginalne doniesienie kazuistyczne, pochodzi z roku 1912, a opisane obserwacje kliniczne zostały przeprowadzone w Szpitalu Anny Marii dla Dzieci w Łodzi. Gromski rok wcześniej rozpoczął pracę w szpitalu Św. Anny Marii w Łodzi, jako 28-letni młody lekarz. Studia medyczne ukończył na Uniwersytecie Jagiellońskim 3 lata wcześniej, w 1909 roku, i tamże otrzymał tytuł doktora wszech nauk medycznych. Pisząc swoje pierwsze, kardiologiczne doniesienie naukowe, nie mógł zatem dysponować ani zbyt dużą praktyką pediatryczną w odniesieniu do wad wrodzonych serca, ani doświadczeniem w przeprowadzaniu autopsji.

Mylący jest tytuł pracy („Dwa przypadki choroby Rogera ...”). Praca bynajmniej nie dotyczy rozpoznania ubytków w przegrodzie międzykomorowej serca, a dwóch złożonych wad, z których jedna jest wg opisu klinicznego najprawdopodobniej zespołem Fallota, lub zespołem „fallotopodobnym”, druga zaś - interesująca nas szczególnie - jest złożoną wadą siniczą, skojarzoną z odwrotnym ułożeniem organów jamy brzusznej. Choroba Rogera w rozumieniu Gromskiego to zgoła zupełnie inna wada niż ta, którą współcześnie w ten sposób określibyśmy. W ten sposób bowiem lekarze mieli w zwyczaju określać wszelkie wady serca z obecnością ubytku w przegrodzie międzykomorowej serca, często także skojarzone z sinicą. Co do pierwszego opisywa-

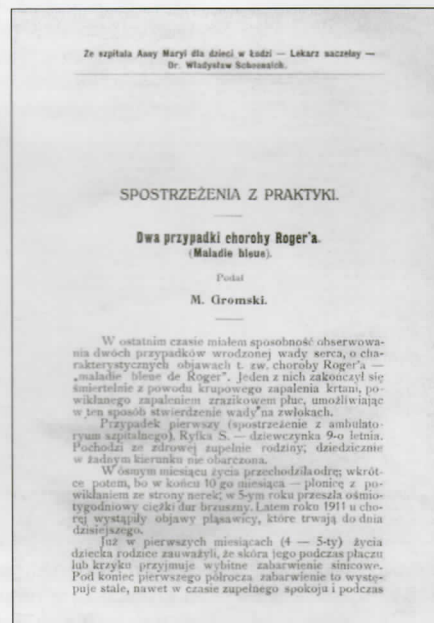
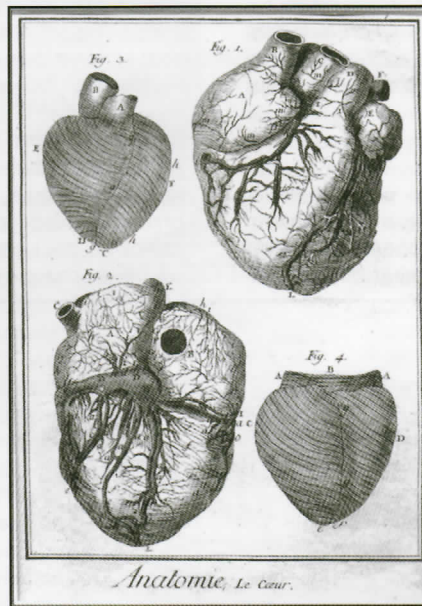
nego przypadku klinicznego (9 letnie dziecko), u którego ocenę ograniczono wyłącznie do badania klinicznego, autor popełnił niewątpliwie poważny błąd diagnostyczny rozpoznając u sinego dziecka jedynie ubytek w przegrodzie międzykomorowej z towarzyszącą niedomykalnością zastawki trójdzielnej. Nie wiemy jak potoczyły się dalsze losy dziecka, jednak przyczyna sinicy musiała mieć związek z upośledzeniem przepływu płucnego, bowiem pojawiła się po raz pierwszy między 4 a 5 miesiącem życia a w chwili badania dominowała w obrazie klinicznym. Popętniono błąd w ocenie hemodynamiki i morfologii wady, ale miejmy świadomość jakimi metodami diagnostycznymi dysponował lekarz w 1912 roku? Opukiwaniem, osłuchiwaniami, szczupłą wiedzą o wadach serca (głównie nabytych) i intuicją lekarską - jeśli taką posiadał.

Inaczej przedstawia się opis drugiego przypadku. Opis jest nieporównanie cenniejszy, bo nie został ograniczony do klinicznego badania przyżyciowego. Jeśli nawet praca Gromskiego zawiera wiele nieścisłości i błędów naukowych, odnotowujemy ją z wielkim uznaniem. Po dokonanej obserwacji klinicznej u dziecka z siniczą wadą serca i ostrym krupem, po niepomyślnym zejściu choroby, lekarz ten dokonał analizy autopsyjnej, o której informuje (cyt. dosłownie):

...Badanie pośmiertne, pomimo wyżej przytoczonych, a za życia rozpoznanych spraw, nadspodziewanie dało obraz tzw. odwrotnego ułożenia trzewi - *situs viscerum inversus*. W krótkości tylko zaznaczę, że płuco prawe składało się z dwóch płatów, górny zaś płat płuca lewego niezbyt głęboką bruzdą dzielił się na dwie części; że wątroba zajmowała lewe podżebrze, w prawym zaś leżała śledziona; że część wstępująca kiszki grubej wraz z kiszka ślepą i wyrostkiem robaczkowym znajdowały się po stronie lewej jamy brzusznej, gdy w prawej okolicy biodrowej spoczywało zagięcie esowate. Przechodzę do opisu serca (położenie serca pozostało niezmiennym)[...]. Mamy przedewszystkim w danym przypadku do czynienia z tzw. *transpositio arteriarum* i z odwrotnym ułożeniem obu połów serca. Mianowicie przedsionek lewy wraz z odpowiednią komora zajmuje prawą stronę serca, zaś prawy przedsionek i komora leżą po stronie lewej. Dalej następuje opis szczegółów zaobserwowanej anomalii wewnątrzsercowej.

Tyle zacytowany opis pośmiertnej oceny serca, pozostawiającej wiele zapytań. Z opisu możemy sądzić, że serce koniuszkiem skierowane było ku stronie lewej, sprawiając wrażenie normalnej orientacji. Prędsionki (jeśli tylko nie popełniono omyłki w ocenie spływów żylnych), były odwrócone - a zatem ich usytuowanie zezwala na precyzyjne określenie wady jako właściwego odwrócenia trzewi (wg

powszechnie przyjętych obecnie kryteriów - *situs inversus viscera et atria*). Chyba rzeczywiście tak było w istocie, skoro Gromski szkicował na swoim schemacie żyłę główną dolną (określającą zawsze jako najpewniejszy wskaźnik pozycję pra-



DODATEK DRUGIE SERCE

KWARTALNIK STOWARZYSZENIA TRANSPLANTACJI SERCA

OD REDAKCJI : Minęło lato— ledwie się zaczęło a już musimy zacząć przygotowania do zimy. Jesień to okres zbiorów, ale także czas rozliczeń i pożegnań— czasem bolesnych. Zmarła nasza koleżanka, której zasługi dla STS są nie do przecenienia. Będzie nam znacznie trudniej prowadzić bieżącą pracę bez Niej. Ale życie biegnie dalej, w związku z czym przedstawiamy krótkie wspomnienia z imprez zorganizowanych wiosną i latem. Za parę dni zaczyna się turnus rehabilitacyjny, ale o nim napiszemy w kolejnym numerze .

Stowarzyszenie Transplantacji Serca koło Zabrze
ul. Szpitalna 2 41-800 Zabrze

Konto: BPH 85 1060 0076 0000 4112 9000 1055

Tel/fax (32) 273-23-20 tel. (32) 373-37-33

Dyżury : poniedziałek, środa godz. 10.00— 13.00

Stowarzyszenie Transplantacji Serca

Zarząd Główny- sekretariat

ul. Niemodlińska 33 04-645 Warszawa

Konto: BPH 23 1060 0076 0000 3200 0098 4550

**Tel. (22) 812 78-95 Dyżury: poniedziałek 10.00-12.00,
czwartek 14.00-16.00**

Beata *wspomnienie*



Pod koniec 1997 roku, parę miesięcy po transplantacji, znalazłem się na naradzie (nie pamiętam już dzisiaj jak tam trafiłem) w której uczestniczyli lekarze i pacjenci po przeszczepach. Przyśluchiwałem się wypowiedziom. Sam nie miałem odwagi ani też wystarczających informacji i doświadczenia, żeby zabierać głos. Nie znalazłem nikogo z zebranych i

wszystkie artykułowane opinie odbierałem jako jednotonowo brzmiący wielogłos. I nagle zabrała głos siedząca na uboczu młoda, ładna kobieta, która zaprotestowała przeciwko absurdalnym decyzjom wojewody, godzącym w prawa pacjentów. To była Beata, która zaprezentowała jedną ze swoich cech charakteru - bezkompromisowość w przypadku naruszania prawa lub gdy w grę wchodziły decyzje krzywdzące chorych, ubogich czy też w inny sposób pokrzywdzonych przez los. W czasie posiedzenia poprzedniej kadencji Zarządu Głównego tylko Beata twarzą protestowała przeciw ulgowemu traktowaniu nieprawidłowości w pracy jednego z kół. Przyszłość pokazała, że właśnie Ona miała rację.

Później przez 8 lat pracowaliśmy razem w Stowarzyszeniu Transplantacji Serca— praktycznie aż do Jej śmierci, bo jeszcze kilka dni przed odejściem podpisała kilka ważnych dokumentów. Była idealnym współpracownikiem. Wykształcona, inteligentna, niezwykle odpowiedzialna i sumienna. Dokładna i wręcz pedantyczna we wszystkim co robiła— cecha zrozumiała jeżeli uwzględnić, że była magistrem inżynierem-geodetą. Wcześniej choroba wyrwała ją z pracy w Akademii Górniczo-Hutniczej- gdzie już później nie mogła powrócić. Ale wróciła do zawodu i jak długo pozwalało Jej zdrowie, pracowała w biurze geodezyjnym.

Miała kochającą rodzinę (mąż i dwoje dzieci w wieku szkolnym) nakładającą normalne dla kobiet obowiązki, z których wywiązywała się bez zarzutu.

Była bezkonfliktowa; nigdy się nie skarżyła; nie opowiadała o swoim zdrowiu czy kłopotach . Była powszechnie lubiana i ceniona. Miała wielu przyjaciół natomiast (co jest ewenemen-



**mgr inż. Beata Grądek, członek Zarządu Głównego STS i wiceprezes Zarządu Koła w Zabrzu zmarła w dniu 6 września 2005 — oczekując na retransplantację - 9 lat po przeszczepie serca .
W uprzedniej kadencji pełniła obowiązki sekretarza Zarządu Głównego STS. Była Pełnomocnikiem ZG STS ds. organizacji imprez sportowych , rehabilitacyjnych i integracyjnych.**

tem) nie miała wrogów.

Jej przyjaciele ze studiów i pierwszych lat pracy, nie odmawiali nam pomocy, kiedy prosiła o to Beata. Pokoje hotelowe, z których korzystają niemal wszyscy „przeszczepieńcy” przyjeżdżający na badania do Zabrze - powstały dzięki wstawiennictwu Beaty. Bezpłatną (lub prawie bezpłatną) oprawę plastyczną zjazdów zapewniał nam (przez ostatnie 5 lat) inny Jej kolega. Na nasze konto wpływały pieniądze od sponsorów— kolegów z czasów studenckich, prowadzących dzisiaj własne firmy.

Prowadziła bardzo aktywne życie. Pływała, jeździła na nartach i na rowerze, chętnie uczestniczyła w wycieczkach, imprezach integracyjnych i turnusach rehabilitacyjnych, które z dużym nakładem sił współorganizowała i czasami prowadziła. Brała udział w międzynarodowych zawodach dla osób po transplantacji, w których zdobywała medale— w pływaniu i tenisie stołowym— w Krakowie, w lekkiej atletyce i tenisie stołowym w Klagenfurcie, oraz w tenisie stołowym w Dublinie.

Perfekcyjnie organizowała biura zjazdowe i na bieżąco rozwiązywała wszystkie problemy, z jakimi zwracali się uczestnicy tych spotkań. Już niedługo odbędzie się kolejny zjazd STS— pierwszy od 6 lat, bez Jej udziału. Będzie nam Jej brakowało i w czasie zjazdu i przez wszystkie kolejne lata.

W naszej pamięci pozostanie na zawsze !!

Tadeusz Bujak

Spotkanie dzieci i młodzieży po transplatacji serca w Zduńskiej Woli kwiecień



Agnieszka i Jakub Klemżyńscy, ponownie zaprosili dzieci i młodzież po transplatacji serca, do swojego hotelu w Zduńskiej Woli, gdzie pod koniec kwietnia odbyło się II Ogólnopolskie Spotkanie. Zorganizowana z rozmachem impreza była połączona z uroczystością wręczenia profesorowi Marianowi Zembali Orderu Uśmiechu oraz gorąco przez dzieci oklaskiwanym występem Majki Jeżowskiej (w czerwonej sukience - na zdjęciu poniżej, w towarzystwie członków Zarządu Głównego Stowarzyszenia Transplatacji Serca). Drugiego dnia rano, zaraz po śniadaniu - cała grupa (wraz z opiekunami) wyjechała autokarem do Lichenia, gdzie kapelan STS, ksiądz infułat Edward Majcher odprawił Mszę przed cudownym obrazem Matki Bożej Licheńskiej.

Po mszy zwiedziliśmy sanktuarium - z przewodniczką, która w przystępny i zrozumiały dla dzieci sposób, przybliżyła nam historię świątyni i klasztoru



oraz oprowadziła po najciekawszych miejscach. Następnego dnia organizatorzy przygotowali pokaz psów pełniących służbę w oddziale zajmującym się poszukiwaniem ludzi zasypanych w czasie kataklizmów (trzęsienia ziemi, katastrofy budowlane, pożary). Psy były fantastyczne, a w dodatku na koniec dzieci mogły je z bliska obejrzeć, pogłaskać i przytulić. To dopiero była rewelacja.

TB



Obóz sportowy w Juracie maj



Przygotowania do Europejskich Zawodów w Neapolu będą pełną parą. W Juracie szeroka kadra przeszła eliminacje, w wyniku których wybrano ekipę objętą dalszymi treningami. Skompletowano drużynę siatkówki dającą poważne nadzieje na ponowne zwycięstwo, a także wyłoniono najlepszych pingpongistów (po lewej kłęczą przy gwiazdce Andrzej Grubby) i pływaków. Skład ekipy będzie uzupełniony o najlepszych biegaczy — zwycięzców Biegu Serc w Bocheńcu.



Wycieczka do Lwowa

Sierpień



Lwów - miasto za granicą a jednocześnie tak silnie związane z polską tradycją i kulturą, że nawet Ślązacy i Wielkopolanie— nie mający żadnych związków rodzinnych z kresami - odnajdują w nim, na każdym kroku ślady polskość.

Nasze koło zorganizowało 5-dniową wycieczkę autokarową, w trakcie której spędziliśmy we Lwowie pełne 3 doby. Inicjatorem wyjazdu był Janek Statuch— mający wędznie na wschodzie (i nie tylko) przyjaciół, których serdeczność i gościnność spłynęła także na naszą grupę. Jadąc w tamtą stronę przenocowaliśmy w zajeździe w Tomaszowie Lubelskim, gdzie do kolacji (i później) przygrywała nam Kapela Krasnobrodzka. Rano— po śniadaniu przejechaliśmy do Lwowa— przeżywając kulturoznawczą przygodę przy przekraczaniu granicy. Ominając kolejkę (dzięki wstawianictwu konsulatu polskiego) i zaliczając wszystkie formalności biegiem, staliśmy na granicy ukraińskiej (po załatwieniu przez Polaków w ciągu kilku minut) ponad 2 godziny.

Czyste i wygodne noclegi w katolickim seminarium w Brzuchowicach (dzielnica Lwowa), smaczne wyżywienie i świetna przewodniczka (nauczycielka polskiej szkoły) - wszystko to sprawiło, że pobyt był znakomity. Wspaniała pogoda (słoneczna, ale nie upalna), dostosowany do możliwości i oczekiwań uczestników program, oraz zabytki (zwłaszcza starego miasta) dopełniły znakomitej całości. Cmentarze— Lyczakowski i

Orłat zawierają piórnujący ładunek polskość, chociaż na każdym kroku widoczne są starania o zamazanie śladów przeszłości. Sobotni wieczór spędziliśmy na przyjęciu przygotowanym przez właściciela luksusowego zajazdu - przyjaciela Jasia Statucha. Jadło i napitki— znakomite, ukraińskie specjały, obficie serwowano (łącznie z pieczonym na rożnie baranem) do późnego wieczora.

W powrotnej drodze zatrzymaliśmy się w Jarosławiu, gdzie po kolacji, przy grillu śpiewaliśmy piosenki wraz ze znakomitą lwowską kapelą Zawilskich z Leżajska.

Lwów nas zauroczył— to nie mógł być nasz ostatni pobyt. Ten wyjazd trzeba koniecznie powtórzyć!

Tadeusz Bujak



Piknik w Radzionkowie - wrzesień



„Drugie Serce” dodatek do kwartalnika Śląskiego Centrum Chorób Serca „Szlachetne Zdrowie”

Redakcja: 41902 Zabrze ul. Szpitalna 2

Telefon/fax 273-23-20 tel. 373-37-33

wego przedsionka), po lewej stronie serca. Bez wątplenia możemy przyjąć, że naczynia główne ustawione były w tzw. „skorygowanej” transpozycji (aorta z przodu i ku stronie lewej ciała), ubytek międzykomorowy był ogromnych rozmiarów (1,5 cm to około połowy przegrody u rocznego dziecka), aorta usadowiła się okrakiem nad przegrodą.

Gromski jako praktyk – pediatra, nie mający odpowiedniego przygotowania z zakresu patologii, nie miał szans na dobre rozeznanie morfologii tak złożonej wady serca. Nauka tamtych czasów nie znała skojarzeń wad serca z wadami pozycyjnymi narządów. Rozpoznał po prostu *situs inversus* i z pewną intuicją podkreślił fakt przemieszczenia wraz z narządami jamy brzusznej przedsionków serca (tak uczyniłby współczesny specjalista kardiopatologii). Jego osąd fizjologii krążenia daleko jednak odbiega od prawideł hemodynamiki. Komora systemowa, której rolę spełniała komora usytuowana po prawej stronie, zaopatrywała bowiem (w układzie transpozycji lub malpozycji naczyń) w krew mieszaną oba naczynia tętnicze, a rozległy ubytek międzykomorowy był odpowiedzialny za istotną domieszkę krwi żyłnej do krążenia systemowego (fizjologia krążenia podobna do tetralogii Fallota). Nie mamy zatem pełnego zaufania dla niektórych opisanych przez Autora szczegółów anatomii.

Pracowite są późniejsze lata doktora Gromskiego i droga jego kariery zawodowej. Był znanym i cenionym lekarzem. W latach 1920-21 pracował w Klinice Chorób Dziecięcych w Warszawie. Tytuł doktora habilitowanego uzyskał w 1924 roku na Uniwersytecie Warszawskim. Podczas okupacji pracował jako pediatra w warszawskim Szpitalu dla Dzieci. Po wojnie, w 1945 roku skierowano go do pracy do Bytomia, w celu zorganizowania lecznictwa pediatrycznego. W Bytomiu pełnił funkcje dyrektora Szpitala Dziecięcego i kierownika stacji Opieki nad Matką i Dzieckiem. W latach 1961-65 był ordynatorem Oddziału Dziecięcego w Zespolonym Szpitalu Dziecięcym, zmarł w 1969 roku w Bytomiu.

Przytoczone przez nas prace naukowe sprzed wielu lat obu dawnych polskich lekarzy, antenatów i pionierów krajowej kardiologii wad wrodzonych są zgoła różne, inaczej skonstruowane i mające inny ciężar gatunkowy. Pierwszy z nich sędziwy, łacińskojęzyczny doktorat donoszący o problemie wad ułożenia narządów trzewnych, nie odkrywa pozornie niczego nowego, przekazuje jedynie wiadomości bibliograficzne. Jest jednak pierwszym polskim opracowaniem z tej dziedziny i tym bardziej interesującym, że podejmuje próbę zbiorczego opracowania tematu - na owe czasy zupełnie niezwykłego. Również w skali międzynarodowej takie kompleksowe potraktowanie problemu wad ułożeniowych było ewenementem. Praca stanowi, jak wspomniano powyżej, niemalże kompendium wiedzy na temat wielu narządowych wad wrodzonych.

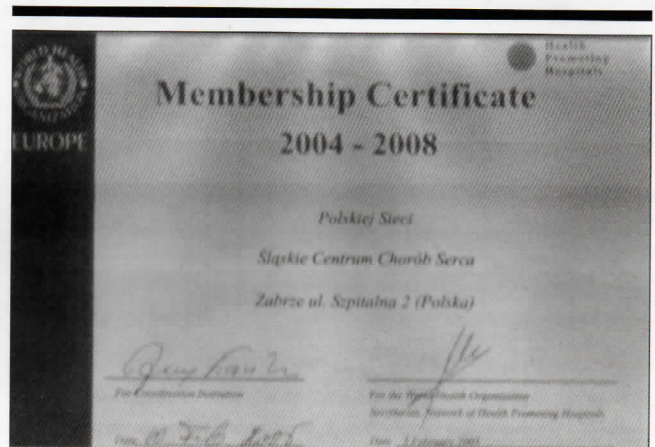
Praca Gromskiego jest z kolei czystą kazuistyką, ograniczoną do opisów przypadków, nie podpartą żadnym piśmiennictwem (a panował już wówczas taki, powszechnie przyjęty, zwyczaj w metodologii doniesień naukowych). Możemy tylko przypuszczać, że autor był nie tylko zdumiony swym odkryciem sekcyjnym, ale nie wiedział jak i czego w piśmiennictwie naukowym szukać. W czasie kiedy praca Gromskiego powstawała, lekarze wiedzieli już jednak sporo o różnorodności i wielkiej liczbie wad wrodzonych serca, w tym także sinicznych, znana była i powszechnie akceptowana klasyfikacja wad ser-

ca Karla von Rokitsky'ego (1804-1878). Spostrzeżenie kliniczne Gromskiego miało miejsce w 1911 roku, a przygotowując swoje doniesienie do druku autor nie miał prawdopodobnie możliwości zapoznania się z opublikowanym w Monachium, kompleksowym i obszernym opracowaniem Karishimy dotyczącym wad ułożenia narządów, które ukazało się podobnie jak i praca Gromskiego w 1912 roku. Jeśli nawet młodemu lekarzowi znane były takie opracowania, zapewne trudno byłoby „dopasować” swoje odkrycie do tego, co już wcześniej opisano. Tym bardziej, że przypadek obserwowany przez Gromskiego nawet dzisiaj mógłby zostać określony przez znawców tematu jako niezwykły i wyjątkowy.

W tym tkwi szczególna wartość pracy, która powstała w Łodzi w roku 1912. Nie ma podstaw aby umiejscowić ją jako pierwszy opis tak złożonej wady w światowej kardiologii, ale możliwe, że tak było w istocie. W tej grupie wad trudno znaleźć dwie identyczne postaci morfologiczne i hemodynamiczne. Zbędne zatem i małostkowe byłoby poszukiwanie jej miejsca jako pierwszego opisu takiej właśnie wady. Ale w kraju? Była bodaj pierwszą pracą szczegółowo omawiającą anatomie złożonej wady serca, a tym bardziej pierwszą dotyczącą równoczesnego odwrócenia trzewi.

Prace Przybyłki i Gromskiego mają coś wspólnego. Obie powstały w czasie kiedy autorzy byli bardzo młodymi lekarzami (niemalże rówieśnikami), mieli skromne doświadczenia w pracy naukowej, a później poświęcili się raczej praktyce zawodowej, niż roztrząsaniu zawitości w naukach medycznych. Odważyli się jednak pisać o sprawach niezwykłych i jeśli nawet popełnili szereg błędów, to byli bez wątpienia pionierami w jakiejś częście dziejów medycyny. Do dnia dzisiejszego rzetelne publikacje dotyczące heterotaksji należą do rzadkości, nie tylko w Polsce. Współczesne opracowywanie naukowe z tej dziedziny wymaga bowiem dużej, ugruntowanej wiedzy, nie tylko w zakresie kardiologii, ale także embriologii i genetyki oraz niemałego doświadczenia zawodowego. Nasze dzisiejsze możliwości są nieporównywalnie bogatsze niż dawnych poprzedników. Ale przynajmniej z pokorą, że przeciętny współczesny lekarz posiada niewiele większą rozeznanie o heterotaxii niż prezentowani pionierzy polskiej kardiologii - a zatem przed Przybyłką i Gromskim - *chapeau bas!*

Janusz H. Skalski



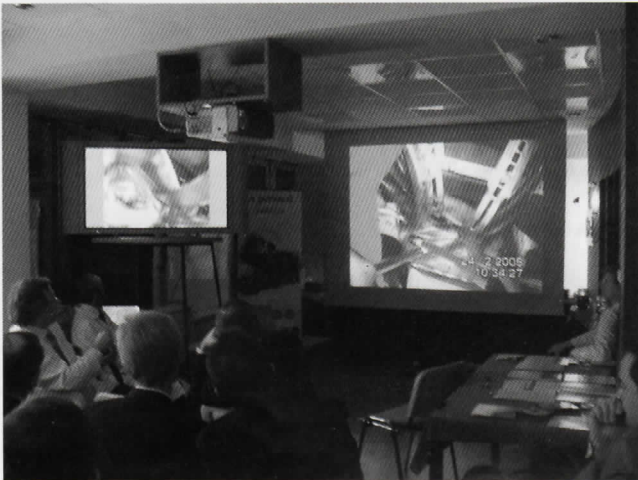
dr Krzysztof Dyrbuś

XII Międzynarodowa Konferencja Kardiologiczna i VI Warsztaty Kardiologii nwazyjnej – okiem sekretarza.



Po sukcesie ubiegłorocznej, 67 Wiosennej Konferencji Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego, oczywistym stało się, że Śląskie Centrum Chorób Serca kontynuować będzie idee dużych, międzynarodowych spotkań poświęconych nowościom w kardiologii i kardiochirurgii. Dodatkowo rok 2005 jest rokiem wielkiego święta zabrzańskiej kardiochirurgii – mija, bowiem 20 lat od powstania Kliniki Kardiochirurgii. Podobnie jak w latach ubiegłych przewodnictwem w Komitecie Organizacyjnym objął prof. dr hab. Lech Poloński, kierownik III Katedry i Oddziału Klinicznego Kardiologii, a wiceprzewodniczącymi – prof. dr hab. Marian Zembała, Dyrektor Szpitala i kierownik Katedry i Oddziału Klinicznego Kardiochirurgii i Transplantologii i dr hab. Zbigniew Kalarus, kierownik I Katedry i Oddziału Klinicznego Kardiologii. Członkami Komitetu Organizacyjnego byli lekarze stanowiący trzon obu klinik kardiologii szpitala.

Konferencja odbyła się w dniach 13 i 14 maja 2005 w zabrzańskim „Multikinie”. Biorąc pod uwagę święto zabrzańskie



kardiochirurgii zaplanowano, że w czasie imprezy pierwszy dzień poświęcony będzie kardiochirurgii i transplantologii, a drugi – ostrym zespołom wieńcowym. W pierwszym dniu odbyły się sesje poświęcone kardiologii i kardiochirurgii doświadczalnej, postępowi w transplantacji płuc, a wreszcie – sesja poświęcona postępowi w kardiochirurgii, której najważniejszym elementem był wykład honorowy twórcy kardiochirurgii w Zabrze – prof. dr hab. Zbigniewa Religi. Od godzin popołudniowych toczyły się również specjalistyczne warsztaty poświęcone leczeniu zwężenia w tętnicach szyjnych, nowościom w leczeniu krańcowej niewydolności krążenia – resynchronizacji, leczeniu wrodzonych wad serca, nowym technikom oceny zwężenia tętnic wieńcowych oraz praktyczne aspekty zastosowania kontrapulsacji wewnątrzaoortalnej. Należy tu wspomnieć również o specjalnej sesji personelu średniego.

Drugi dzień poświęcony był leczeniu ostrych zespołów wieńcowych oraz nowościom w kardiologii. Najważniejszym elementem tego dnia, oprócz cieszących się niesamowitym zainteresowaniem przekazów z Pracowni Hemodynamiki, była sesja pokazująca różnice w leczeniu ostrych zespołów wieńcowych na terenie Polski oraz dyskusja jak te różnice niwelować. Ma do tego przyczynić się rozpoczęty pod kierownictwem prof. Lecha Polońskiego rejestr ostrych zespołów wieńcowych, który od roku działa na terenie województwa śląskiego, a od nie-

dawna obejmuje cały kraj.

Pisząc o sesjach nie sposób nie napisać o wykładowcach. Byli nimi specjaliści zaproszeni zarówno z Europy jak i z terenu Ameryki Północnej, a także najwybitniejsi polscy specjaliści. Nie sposób wymienić wszystkich, stąd wspomnę tylko o nie-



których: ze Stanów Zjednoczonych: prof. M. Radomski z Houston, prof. J.J. Vitek z Nowego Jorku, dr G. Cieślewicz ze Seattle, prof. T. Malinski z Athens, dr B. Czerska z Detroit; z Kanady: J. Russell z Edmonton; z Europy: dr O. Bruder z Essen, dr V. Klauss z Monachium, dr R. Cichoń z Drezna, doc. O. Breithardt z Mannheim, doc. P. Urbański z Bad Nauheim, dr A. Kocher z Wiednia, prof. E. Salas z Barcelony. Wnieśli oni podsumowanie nowości dotyczących tych dziedzin kardiologii, które dla chorych mogą stać się nadzieją za lat kilka.

Muszę tu wspomnieć o niesamowitym sukcesie frekwencyjnym Konferencji i Warsztatów. Przekroczyliśmy „magiczną” dla nas liczbę 1800 uczestników – która wydawała się nie do pokonania po 67 Wiosennej Konferencji PTK, a nieoficjalne wyliczenia podają liczbę 2200 osób, które przyjechały do Zabrze, żeby wziąć udział w obradach. Jest to tym większy sukces organizatorów, że lekarze mają możliwość wyboru spośród wielu spotkań poświęconych podobnym zagadnieniom.



Na pewno przyczyną tego sukcesu nie była chęć wzięcia uczestnictwa w „Majówce”, gdzie – jak co roku poza świetną atmosferą pikniku – można było wziąć udział w koncercie gwiazdy – niespodzianki, którą w tym roku był zespół „Czerwone Gitary”, co udało się organizatorom, utrzymać w tajemnicy prawie do samego końca. Przyczyną takiej liczby gości w Zabrze jest wysoka jakość prezentacji i duża ilość

informacji podanych w przystępny sposób zarówno specjalistom, jak i lekarzom podstawowej opieki zdrowotnej. Dotyczy to też sesji pielęgniarskiej, unikatowej w swojej formule w całym kraju, co sprawia, że co roku sal pęka w szwach.

Ogromne wrażenie sprawił na uczestnikach wykład honorowy prof. Religi, który w przeddzień konferencji spotkał się ze swoimi przyjaciółmi i wszystkimi wychowankami w Promnicach, a następnie przypomniał początki, rozwój i obecny sukces śląskiej kardiologii. Sala w „Multikinie” w czasie wykładu prof. Religi wyglądała jak oblężona twierdza, a wiele osób tłoczyło się w przejściu, aby chociaż przez chwilę współuczestniczyć w tym wydarzeniu.

Nie zabrakło w trakcie Konferencji również kilku incydentów w chwili obecnej brzmiących humorystycznie, jak zakleszczenie się autobusu wiozącego zagranicznych gości pod niskim wiaduktem kolejowym, co spowodowało opóźnienie rozpoczęcia jednej z sesji o godzinę, czy zablokowanie przez namiot wystawienniczy wozu transmisyjnego Telewizji Katowice. Wtedy – na gorąco – brzmiało to raczej groźnie, dopiero w miarę upływu czasu, groza z tych wydarzeń opadła.



Na koniec chciałbym napisać kilka osobistych refleksji: praca sekretarza jest o tyle niewdzięczna, że musi on koordynować wszystkie działania związane z organizacją od początku, do końca.

Musi działać w ramach stworzonego (zawsze zbyt małego) budżetu, a jednocześnie

spełniać funkcję bufora pomiędzy wystawcami, uczestnikami a organizatorami. Koordynuje wszystko – począwszy od organizacji przyjazdu zaproszonych gości, poprzez wynajem sal i szczegółów transmisji telewizyjnej, do ustalenia listy potencjalnych sponsorów i ulokowania ich w części wystawienniczej, tak, żeby wszyscy byli zadowoleni. Do tego należy aranżacja „Majówki”, zapewnienie wszystkim jej uczestnikom żywienia i dojazdu do Maciejowa – pięknego, ale oddalonego od centrum, Zabrze punktu. Należało monitorować wszystkie zmiany w programie i na bieżąco wprowadzać je do materiałów informacyjnych oraz na bieżąco monitorować wszystkie problemy w trakcie obrad.

Tym niemniej okres tak gorącej organizacji poza niesamowitym uczuciem zmęczenia dał mi wiele satysfakcji i mam nadzieję, że część z tej pracy jest moim wkładem w coraz wyższą rangę naszego Ośrodka.

Krzysztof Dyrbuś

Sesja pielęgniarska

W czasie organizowanej przez nasz ośrodek konferencji kardiologicznej odbyła się również sesja pielęgniarska. Wykłady cieszyły się dużym zainteresowaniem naszych koleżanek i kolegów. Sala była wypełniona po brzegi.

Sesję otworzyła pani mgr Teresa Piątek, a gościem honorowym była pani mgr Maria Brzezińska oraz przedstawicielki PTP.

Prelegenci wykazali się dużą wiedzą i bardzo dobrym przygotowaniem – wykłady były ciekawe i różnicowane;



Konrad Zbrocki - Pierwszy ostry dyżur na terenie Podkarpacia, pokazał nam jak rozwija się pielęgniarstwo na tym terenie.

Marzena Krzezińska - Niewydolność serca - problemy pielęgnacyjne, - zgłębił naszą wiedzę w tym zakresie,

Anna Ochala - Brachyterapia w świetle restenozy - pokazał nam jak ważną rolę pełni pielęgniarka i jaką wiedzę posiada.

Ewa Molka - Ochrona radiologiczna - aspekty prawne - jeszcze raz uświadomił wszystkim, że musimy dbać również o siebie i nasze bezpieczeństwo.

Iwona Trzczińska - Opieka nad pacjentem po przeszczepie jednonarządowym i wielonarządowym - różnice i podobieństwa, - przybliżył koleżankom trudny proces pielęgnowania chorych po przeszczepie i na co mają zwracać uwagę.



Grażyna Szczygł - Wszczepienie kardiowertera defibrylatora - profesjonalna opieka pielęgniarska - uzupełniony filmem pokazowym pozwolił zrozumieć nam zawiloci tego zabiegu oraz jak w czasie jego trwania opiekować się chorym.



Dziękujemy wszystkim za zaangażowanie, profesjonalizm i głęboką wiedzę. Z niecierpliwością czekamy na dalsze konferencje.

I.T.

Rejs kardiologów i kardiochirurgów (cd. ze strony 1)



Jacht poprowadzi medyk – kapitan Jacek Waclawski, który za trudny rejs żeglarski na Przylądek Horn i do Antarktydy w roku 2003 uzyskał wysoką i prestiżową ocenę - Nagrodę „Rejs Roku 2003”.

W celu promocji Jubileuszu 50-lecia Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego, na widocznym z daleka 24-metrowym, pięknie zbudowanym żaglowcu s/y BRYZA H, widoczne będą napisy bezpośrednio nawiązujące do tego Jubileuszu. Hasło rocznicowe – PAMIĘTAJ O SWOIM SERCU, ZATROSZCZ SIĘ O SWOJE SERCE /MIND YOUR HEART/ – jest przesłaniem, które wskazuje na celowość kontynuowania przez klinicystów i naukowców wieloletnich wysiłków dotyczących nowoczesnej diagnostyki i terapii chorób serca. Leczonym, a więc naszym potencjalnym pacjentom, ale i nam samym przesłanie MIND YOUR HEART ma przypominać o ważności profilaktyki i stałej dbałości o własne serce i jego uwolnienie od groź-

Z rosnącym zadowoleniem należy podkreślić wieloletnie wysiłki całego środowiska kardiologicznego i kardiochirurgicznego w Polsce, dzięki którym - po wprowadzeniu przez Ministra Zdrowia i Regionalne Kasy Chorych w roku 1999 reformy w ochronie zdrowia - sytuacja w Polsce uległa zdecydowanej poprawie. Jej świadectwem jest wykonanie 120 667 zabiegów w zakresie kardiologii interwencyjnej, 60 608 zabiegów angioplastyki wieńcowej (PCI), wszczepienie 18 077 stymulatorów serca, 1 216 implantacji defibrylatorów- kardiowerterów oraz 22 020 operacje serca, w tym 4 656 małoinwazyjnych operacji wieńcowych, 2 797 operacji wrodzonych wad serca, 3 282 operacje nabytych wad serca, 1 438 operacji złożonych zastawkowych i wieńcowych, 635 tętniaków aorty i 106 transplantacji serca. O zagrożeniu niezapłacenia przez NFZ nadwykonań za leczenie zawału nie będziemy informować „zagranicę”, mając nadzieję, że uda nam się tę ważną sprawę rozwiązać w drodze porozumienia z centralą NFZ.

Polska kardiologia i kardiochirurgia, pod egidą Unii Europejskiej, od wielu lat aktywnie realizuje programy pomocowe dla takich krajów jak Kosowo (2002-2003) oraz programy współpracy szkoleniowej dla Ukrainy, Rosji, Cypru, Izraela. Przyjmuje również do diagnostyki i leczenia kardiologicznego (także operacyjnego), chorych z krajów UE.

Świadectwem rosnącej pozycji naukowej polskiej kardiologii i kardiochirurgii jest również widoczny i stale rosnący udział przedstawianych referatów na Europejskich Kongresach Kardiologicznych, jak np. w Monachium w roku 2004 i obecnie w Sztokholmie, a także liczny udział tego środowiska w najważniejszych w Europie międzynarodowych kongresach.

W oczekiwaniu na spotkanie w Sztokholmie podczas obrad ESC, pozostajemy z serdecznymi pozdrowieniami,

W imieniu Organizatorów Rejsu „ESC Congress – Stockholm 2005”

Prof. Marian Zembala
Dyrektor Śląskiego Centrum
(reprezentant załogi)

Prof. Andrzej Budaj
(Reprezentant Polskiego
Towarzystwa Kardiologicznego)

**Podziękowanie**

Składamy podziękowania za pracę pani mgr Małgorzacie Straż, która odeszła na emeryturę, ale wciąż jest z nami.

Swoje życie zawodowe Pani Małgorzata poświęciła pracy w służbie zdrowia. Pracę w Wojewódzkim Ośrodku Kardiologii rozpoczęła w trakcie pracy w Państwowym Szpitalu Klinicznym nr 3 w Zabrze, w którym kierowała sekretariatem Kliniki Kardiologii. W WOK-u zajęła się organizacją sekretariatu dyrektora naczelnego.

Dobrze przygotowana do pracy, w swoim zawodzie była perfekcjonistką. Zawsze pełna werwy i zaangażowania, nie dzieliła czasu na prywatny i zawodowy. Chętnie przyjmowała nowe wyzwania i oczekiwania, z którymi zawsze potrafiła zwycięsko się zmierzyć. W swojej dziedzinie wdrażała wzorce przejmowane ze szpitali zagranicznych. Nauczyła pracy młodsze koleżanki, które dzisiaj z powodzeniem prowadzą sekretariaty oddziałów klinicznych. Postawa, styl i forma pracy pani mgr Małgorzaty Straż są godne odzworowania i naśladowania. Dziękujemy Małgosiu

Anna Bednarczyk—Kierownik Działu Spraw Pracowniczych



Anna Bednarczyk

Kierownik Działu Spraw Pracowniczych
Śląskiego Centrum Chorób Serca

Co nowego
w prawie pracy?



Urlopy wypoczynkowe

W tym oraz w kolejnym numerze kwartalnika „Szlachetne Zdrowie” omówimy zagadnienia związane z urlopami wypoczynkowymi pracowników.

Każdemu pracownikowi przysługuje prawo do corocznego nieprzerwanego płatnego urlopu wypoczynkowego z zachowaniem prawa do pełnego wynagrodzenia za pracę, tj. wynagrodzenia, jakie by otrzymał, gdyby w tym czasie pracował. Prawo pracownika do wypoczynku jest zagwarantowane w Konstytucji RP.

W świetle przepisów Kodeksu Pracy urlop wypoczynkowy stanowi coroczną, ciągłą i odpłatną przerwę w świadczeniu pracy, przysługującą pracownikowi w ustalonym wymiarze, uzależnionym od jego stażu pracy, udzielaną dla regeneracji zdolności psychofizycznej do pracy.

Roszczenia pracowników o udzielenie urlopu w naturze ulegają przedawnieniu z upływem 3 lat od dnia, w którym stały się one wymagalne.

Wymiar urlopu wynosi:

- 20 dni – dla pracowników zatrudnionych krócej niż 10 lat
- 26 dni – dla pracowników zatrudnionych powyżej 10 lat

Wymiar urlopu dla pracownika zatrudnionego w niepełnym wymiarze czasu pracy ustala się proporcjonalnie do wymiaru czasu pracy tego pracownika, biorąc za podstawę wymiar urlopu 20 lub 26 dni. Niepełny dzień urlopu zaokrągla się w górę do pełnego dnia.

Do okresu pracy, od którego zależy wymiar urlopu, wlicza się z tytułu ukończenia:

- 1) Zasadniczej szkoły zawodowej – nie więcej niż 3 lata
- 2) Średniej szkoły zawodowej – nie więcej niż 5 lat
- 3) Średniej szkoły zawodowej dla absolwentów zasadniczych szkół zawodowych – 5 lat
- 4) Średniej szkoły ogólnokształcącej – 4 lata
- 5) Szkoły policealnej – 6 lat
- 6) Szkoły wyższej – 8 lat

Okresów nauki nie wolno sumować, np. z powodu ukończenia szkoły średniej, a następnie studiów wyższych – pracownikowi zalicza się tylko 8 lat z tytułu ukończenia studiów.

Jeżeli pracownik równocześnie pobiera naukę i pracuje, okres nauki wlicza się pracownikowi do okresu zatrudnienia, od którego zależy wymiar urlopu tylko wtedy, gdy będzie to korzystniejsze dla pracownika.

Urlop wypoczynkowy powinien być wykorzystany w roku kalendarzowym, w którym pracownik nabył do niego prawo. Co najmniej jedna część urlopu wypoczynkowego powinna obejmować nie mniej niż 14 kolejnych dni kalendarzowych.

Przesunięcie terminu urlopu może nastąpić na wniosek pracownika, umotywowany ważnymi przyczynami oraz ze względu na szczególne potrzeby pracodawcy.

W takim wypadku urlopu niewykorzystanego należy pracownikowi udzielić do końca pierwszego kwartału następnego roku kalendarzowego. Urlop wypoczynkowy udzielony pracownikowi później niż w roku kalendarzowym, w którym pracownik nabył do niego prawo jest urlopem zaległym.

W okresie wypowiedzenia umowy o pracę pracownik jest obowiązany wykorzystać przysługujący mu urlop, jeśli pracodawca udzieli mu urlopu. Wymiar urlopu w okresie wypowiedzenia nie może przekraczać urlopu w wymiarze proporcjonalnym, który przysługuje pracownikowi do dnia ustania stosunku pracy.

Urlop wypoczynkowy udzielany jest pracownikowi wyłącznie w dni, które są dla pracownika dniami pracy, zgodnie z obowiązującym go rozkładem czasu pracy. A zatem urlop może być udzielony także w niedzielę lub święto, jeśli są to dla pracownika dni pracy.

W naszym przypadku powyższy zapis odnosi się do pracowników zatrudnionych w równoważnym systemie czasu pracy.

Prawo do urlopu w zwiększonym wymiarze w roku kalendarzowym, w którym pracownik nabywa prawo do wyższego wymiaru urlopu, powstaje w terminie zaistnienia okoliczności powodującej podwyższenie wymiaru, czyli w ostatnim dniu okresu uprawniającego do urlopu w niższym wymiarze.

Zachęcamy do czytania kolejnej części, w której omówimy:

- pierwszy oraz kolejny urlop wypoczynkowy pracownika,
- urlop wypoczynkowy proporcjonalny,
- urlop na żądanie
- wymiar urlopu w dodatkowym miejscu pracy
- wynagrodzenie za urlop
- ekwiwalent za urlop



Pani mgr Małgorzata Straż

W dniu 27.06.2005 odbyło się spotkanie z pracownicami, które odeszły bądź w najbliższym czasie odejdą na emeryturę:

- mgr Małgorzatą Straż
- Heleną Zawiszą
- Aleksandrą Kos,
- Anną Gorianowicz oraz
- Krystyną Czają.

Pożegnanie


Z ramienia dyrekcji SCCS w spotkaniu uczestniczyły: pani Dyrektor Urszula Gašior, główna księgową Bożena Duda oraz kierownik Działu Spraw Pracowniczych Anna Bednarczyk.

W czasie spotkania, przebiegającego w przyjemnej atmosferze, wspomniano minione lata pracy oraz zmiany zachodzące w ośrodku. Dwadzieścia lat wspólnej pracy minęło bardzo szybko— we wspomnieniach wydaje się, że początki były niedawno— tak jakby wczoraj, lub przedwczoraj.... Na zakończenie wręczono pamiątkowe albumy z dedykacją profesora Mariana Zembała.

Dziękujemy za wkład pracy i życzymy, aby dobre wspomnienia towarzyszyły tym, którzy teraz będą spędzać czas inaczej niż w pracy.

Anna Bednarczyk

Patrz ilustracja na przedostatniej stronie



mgr Irena Młynarczyk

mgr Joanna Foik

Przewlekła obturacyjna choroba płuc (POChP) – niedoceniony problem społeczno-medyczny

O szkodliwości palenia słuha się jak bajki o żelaznym wilku.

Przyjmuje się, że groźnym czynnikiem ryzyka, na który jednak mamy wpływ, jest palenie tytoniu. Przestrzega o tym prasa, telewizja, ulotki i akcje promujące zaprzestanie palenia. Kto z nas nie słyszał deklaracji ludzi znanych, głośno i dobitnie przyrzekających, że właśnie wypalili ostatniego.

Siła przyzwyczajenia, słaba wola, brak przekonania o szkodliwości palenia – trudno określić, dlaczego ten nałóg dominuje nad rozsądkiem i naszą wiedzą, że każdy wypalony papieros to większe zagrożenie chorobą. Z całą pewnością nie wynika to z chęci bycia chorym. Zatem dlaczego osoby odpowiedzialne za nasze zdrowie stale przestrzegają nas o szkodliwości palenia tytoniu?

Ponieważ jest to najważniejszy czynnik etiologiczny przewlekłej obturacyjnej choroby płuc (POChP), i także dlatego, że tylko w Polsce umiera na nią ok. 15 000 osób rocznie.

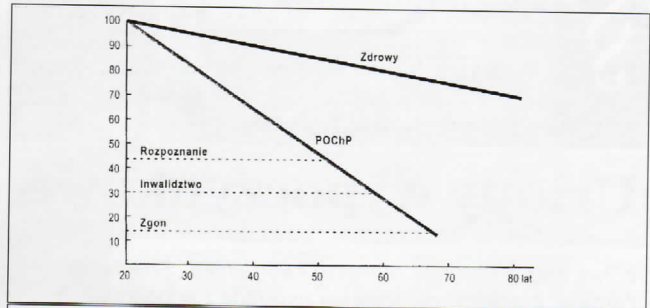
POChP to jeden z najważniejszych problemów zdrowia publicznego, zarówno w krajach rozwiniętych jak i rozwijających się. Zajmuje piąte miejsce wśród przyczyn chorobowych powodujących skrócenie życia człowieka. W zależności od kraju choruje na nią od 8-15% mężczyzn i od 3-5% kobiet powyżej 30 r.ż.

W tym nałogu nie ma równouprawnienia. Płuca kobiet są bardziej wrażliwe na nikotynę niż mężczyzn. Być może mężczyźni mają jakieś enzymy niwelujące szkodliwe działanie nikotyny, których brakuje kobietom. Nie wiadomo.

Badania epidemiologiczne potwierdziły, że występowanie przewlekłej obturacyjnej choroby płuc jest właśnie najmocniej związane z paleniem tytoniu, nieco słabiej z wiekiem, a w mniejszym stopniu z zanieczyszczeniami powietrza atmosferycznego.

Za rozwój POChP odpowiedzialne są także zanieczyszczenia powietrza w pomieszczeniach mieszkalnych. Należą do nich głównie bierne palenie tytoniu oraz zanieczyszczenia wynikające z opalania mieszkań węglem lub gazem. Udokumentowany jest też związek z narażeniem zawodowym na pyły organiczne i nieorganiczne oraz zanieczyszczenia gazami drażniącymi. Wszystkie te czynniki prowadzą do przewlekłego procesu zapalnego toczonego się w drogach oddechowych w miąższu płuc i naczyńach płucnych.

Główną trudnością w rozpoznawaniu tej choroby jest jej podstępny charakter. Może ona rozwijać się przez wiele lat nie powodując żadnych dolegliwości. A pierwszym jej objawem może być chociażby zadyszka przy wchodzeniu po schodach, poranny kaszel czy chrypka. Tak banalnie zaczyna się choroba, przy której płuca nie mogą wypełniać się tlenem. Często chory pojawia się u lekarza dopiero wtedy, gdy jest zaniepokojony



Ryc. 1. Historia przebiegu POChP. Największymi rezerwami oddechowymi człowiek zdrowy dysponuje między 20 a 30 rokiem życia. Później płuca zaczynają się starzeć. Czynności płuca starzej się bardzo wolno. FEV₁ obniża się każdego roku o 10-15 ml. W wieku 80 lat człowiek dysponuje jeszcze 70 % rezerw oddechowych posiadanych w młodości. Główną cechą POChP jest przyspieszenie spadku FEV₁ do ponad 40 ml rocznie. Spadek FEV₁ jest tak szybki, że u osoby palącej papierosy od 20 roku życia około 60 roku pojawia się duszność podczas wysiłku, skłaniająca do szukania pomocy lekarskiej. Wtedy stawia się rozpoznanie. Około 60 roku życia duszność jest już tak duża, że powoduje inwalidztwo zawodowe i społeczne. Około 70 roku życia płuca są tak zniszczone, że nie pobierają niezbędnej ilości tlenu i chory umiera

jony uczuciem duszności podczas wysiłku, który do niedawna wykonywał bez trudności.

Wczesne rozpoznanie POChP powinno być traktowane jak rozpoznawanie nadciśnienia tętniczego. Nadciśnienie tętnicze najczęściej stwierdza się u chorych, których lekarz bada z powodu dolegliwości niezwiązanych z ciśnieniem krwi. Pomiar ciśnienia tętniczego jest obowiązującą częścią badania lekarskiego. POChP jest chorobą niewiele rzadszą od nadciśnienia i może być rozpoznawana we wczesnym stadium za pomocą badania spirometrycznego.

Od 2001 roku dostępność tego badania jest łatwiejsza dzięki Narodowemu Programowi Wczesnego Rozpoznawania i Profilaktyki POChP. Do poradni chorób płuc na bezpłatną spirometrię i poradę antynikotynową można kierować osoby z grupy wysokiego ryzyka (palaczy papierosów, którzy ukończyli 40 r.ż., osoby mające kontakt z pyłem węglowym, kurzem bawełny, kadmem i cementem).

Spirometria jest prostym i bezbolesnym badaniem pozwalającym zmierzyć objętości płuc i wielkość przepływu powietrza przez oskrzela.

Jedną z najczęściej stosowanych metod obiektywizacji uczucia duszności jest skala opisowa zaproponowana przez brytyjską Medical Research Council (MRC). Wyróżniono w niej 5 stopni nasilenia duszności, zależnych od rodzaju wywołującej

Nasilenie duszności	Okoliczności występowania duszności
Stopień 0	nie odczuwa duszności
Stopień 1	duszność tylko podczas znacznego wysiłku
Stopień 2	duszność występująca podczas szybkiego marszu po terenie płaskim lub podczas marszu pod górę, albo wchodzenia na pierwsze piętro normalnym krokiem
Stopień 3	duszność przy dotrzymywaniu kroku w marszu po terenie płaskim osobie zdrowej w tym samym wieku
Stopień 4	duszność podczas marszu po terenie płaskim we własnym tempie
Stopień 5	duszność podczas niewielkich wysiłków, jak jedzenie, mycie i ubieranie się

Tab. 1. Zmodyfikowana skala duszności MRC

ją aktywności fizycznej.

W zaawansowanym stopniu choroby u chorych na POChP stwierdza się sinicę dalszych części kończyn, płatków usznych, nosa i warg oraz błon śluzowych jamy ustnej i języka. Typy kliniczne choroby. Biorąc pod uwagę wyniki badań czyn-

Typ A - różowy, wychudzony	Typ B - siny, obrzęknięty
Różowe zabarwienie skóry	Sinica centralna
Znaczna duszność	Niewielka duszność
Wychudzenie	Nadwaga
Cechy rozděcia płuc	Bez cech rozděcia płuc
Podwyższona wartość TLC	Prawidłowa wartość TLC
PaO ₂ →/↓, PaCO ₂ →/↓	PaO ₂ ↓/↓↓; PaCO ₂ ↑/↑↑
Rzadko nadciśnienie płucne	Często nadciśnienie płucne
Obrzęki rzadko	Obrzęki często
Prawidłowy Ht	Podwyższony Ht

Tab 2. Typy kliniczne POChP

nościowych układu oddechowego gazometrii i spirometrii oraz pewne cechy kliniczne, wyodrębnia się wśród chorych dwie grupy:

Leczenie POChP obejmuje zapobieganie postępowi choroby, leczenie rozszerzające oskrzela, leczenie zaostrzeń choroby, rehabilitację i leczenie powikłań.

U chorego na obturacyjną chorobę płuc ważnym motywem zaprzestania palenia jest zapobieganie postępowi choroby. Motywujące do niepalenia może być także niemożność wykonywania wysiłków fizycznych, ryzyko utraty pracy i możliwości zarobkowania, utrata pozycji w rodzinie, konieczność oddychania tlenem, zależność od osób trzecich lub ryzyko przedwczesnej śmierci.

Stopień uzależnienia od nikotyny można ustalić za pomocą skali Fagerstroma.

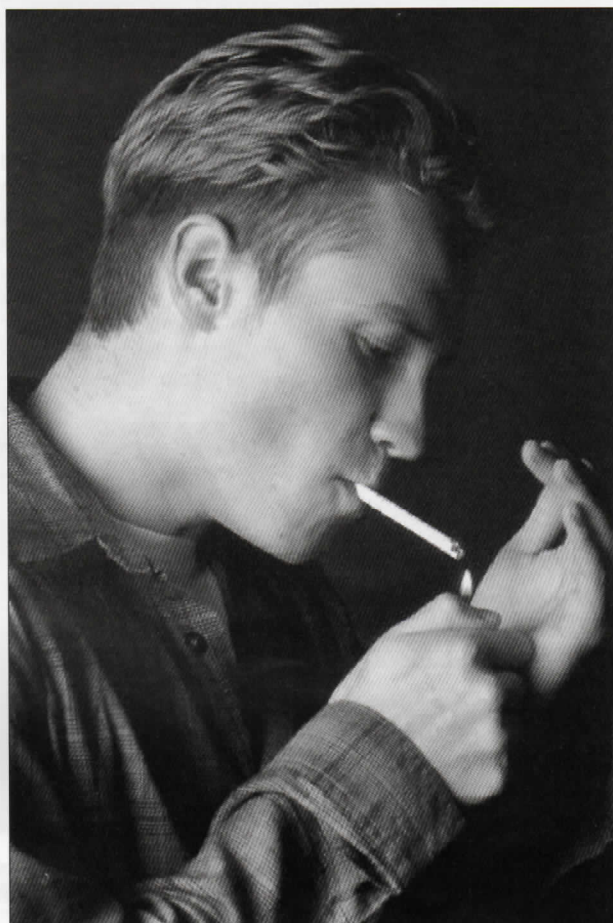
Pytania	Odpowiedzi	Punkty
1. Po jakim czasie po przebudzeniu zapalasz papierosa?	do 5 min 6-30 min 31-80 min po 80 min	3 2 1 0
2. Czy trudno jest Ci powstrzymać się od palenia w miejscach publicznych, gdzie jest to zabronione?	Tak Nie	1 0
3. Z którego papierosa jest Ci najtrudniej zrezygnować?	Z pierwszego rano Z każdego innego	1 0
4. Ile papierosów wypalasz dziennie?	<10 11-20 21-30 31 i więcej	0 1 2 3
5. Czy wypalasz więcej papierosów rano niż w pozostałej części dnia?	Tak Nie	1 0
6. Czy palisz podczas choroby, która zmusza Cię do leżenia w łóżku?	Tak Nie	1 0
Stopień uzależnienia od nikotyny	Razem: 4-6 7-10	niski wysoki

Tab.3. Kwestionariusz uzależnienia od nikotyny wg Fagerstroma.

Rehabilitacja. W umiarkowanym i średnio zaawansowanym okresie choroby chorzy powinni mieć zalecaną rehabilitację. Podstawowym jej celem jest zmniejszenie objawów choroby, poprawa jakości życia, zwiększenie codziennej aktywności życiowej oraz edukacja pacjenta i jego otoczenia o specyficę i przebiegu schorzenia.

Wszyscy chorzy na POChP, niezależnie od stadium, odnoszą korzyści z ćwiczeń fizycznych zarówno ze względu na polepszenie tolerancji wysiłku, jak i zmniejszenie objawów duszności i zmęczenia.

Przekazanie choremu podstawowych wiadomości o chorobie, sposobie działania i spodziewanych efektach stosowanych leków, uczyni go aktywnym i świadomym uczestnikiem leczenia. Zespół leczący powinien dawać choremu poczucie bez-



pieczeństwa i wskazać możliwości pokonywania choroby. Należy zachęcać chorych do wysiłku fizycznego, aby nie dopuścić do wystąpienia błędnego koła następstw: duszność-niechęć do wysiłku-zanik mięśni i upośledzenie wykorzystania przez nie tlenu-wzmożone zapotrzebowanie na tlen zwiększony wysiłek oddechowy-większa duszność. Również po okresie zaostrzenia choroby, zmuszającego do leżenia w łóżku, konieczne jest prowadzenie kilkutgodniowego programu poprawy sprawności fizycznej. Z powodzeniem polecić można 20-30 minutowe ćwiczenia na cykloergometrze rowerowym lub półgodzinne spacerowanie w czasie ładnej, bezwietrznej pogody przez 5 dni w tygodniu jako prosty sposób przywrócenia podstawowej zdolności do wysiłku. Nauka odpowiedniej techniki oddychania przeponą oraz wydech przez zwężone usta złagodzi uczucie duszności.

Powinniśmy i będziemy, zatem nadal długo i cierpliwie przekonywać wszystkich o konieczności zaprzestania palenia - aż do skutku.

Irena Młynarczyk
Joanna Folk

Na podst:

Przewlekła Obturacyjna Choroba Płuc prof.dr hab.med. Jana Zieliński, (Kierownik Kliniki Chorób Płuc Instytutu Gruźlicy i Chorób Płuc w Warszawie), Górnicki Wydawnictwo Medyczne Wrocław 2001.

Iwona Trzcińska

Uroki lata

Przyszło lato, wszystko obudziło się do życia nie tylko przyroda ale również my. Chce nam się żyć, zawiązywać nowe znajomości a niejednokrotnie mamy ochotę na chwilę szaleństwa i zapomnienia. Chcemy się bawić, opalać i pływać. Chcemy naładować akumulatory na cały rok. Jesteśmy weselsi, lżejsi i chcielibyśmy zrobić coś nowego, ciekawego i niezapomnianego. Gubimy swój zdrowy rozsądek - „a co nam tam”. Jesteśmy przecież szczęśliwi! Fajnie, prawda? I ten jeden jedyny moment może zaważyć na całym naszym życiu. Mam tego przykłady na co dzień w mojej pracy, kiedy niewiedza, zapomnienie a niejednokrotnie głupota doprowadza do poważnych konsekwencji.

Korzystając z okazji chciałabym udzielić kilku wskazówek szczególnie moim podopiecznym, czyli tym którzy przeszli przeszczep narządów i nie tylko.

Piękna pogoda, upał – pij jak najwięcej wody mineralnej nie mniej niż 2 litry na dobę, a nawet w te upalne dni więcej aby się nie odwodnić i pamiętaj że przez skórę tracisz ok. 1 litra płynu.



Woda aż prosi aby w niej popływać - jeżeli skończyłeś już rok po przeszczepie i nie masz żadnej otwartej rany, proszę bardzo. Pamiętaj jednak aby po kąpieli wziąć prysznic.

Piękne słońce aż prosi aby zażył kąpieli słonecznych – niestety nie!! Unikaj słońca, używaj kremów z jak największym filtrem przeciwsłonecznym i osłaniaj głowę. Leki immunosupresyjne pod wpływem słońca narażają Cię na różne zmiany na skórze a nawet nowotwór skóry.

Wieczorny spacer po mieście, wszędzie gwar, zabawa, stoiska

z różnymi gadżetami a pomiędzy nimi piękna kobieta proponująca tatuaże. Pod wpływem jej namowy i chwili uniesienia decydujesz się na wykonanie tatuażu... Absolutnie NIE! Pamiętaj że nikt tam nie dba o sterylność i możesz zarazić się różnymi chorobami i to nie tylko HIV ale również wirusowym zapaleniem wątroby typu B (HBS) i C (HCV) a także zakażeniem bakteryjnym co prowadzi w Waszym przypadku do bardzo poważnych powikłań a także i śmierci.

Jesteś sam, spotykasz piękną panią, pana – nastrój i okoliczności aż proszą się aby nawiązać niezobowiązujący flirt. To już twoja sprawa ale pamiętaj o zabezpieczeniu, które uchroni Cię nie tylko przed chorobami wenerycznymi, a także przed HBS, HCV i HIV. Nie bądź również egoistą i pamiętaj że Ty też możesz zarażać. Myśl o partnerze.

Wieczorek taneczny – Wszyscy tańczą, śmieją się, piją alkohol. Proszę bardzo baw się i Ty. Śmiej się i tańcz do woli. Jak się zmęczysz usiądź i odpocznij i ponownie kontynuuj zabawę. Co do alkoholu to nie radzę. Rozważ sam czy zależy Ci na Nowym życiu i żeby cieszyć się nim jak najdłużej czy nie? Mam nadzieję że tak bo przecież tak długo walczyłeś z chorobą i tak długo czekałeś na nowy narząd czyli nowe lepsze życie.

Zakazy, zakazy i zakazy, a gdzie odrobina szaleństwa?! Ja też ich nie lubię, ale kiedy pomyślę co mogę stracić rozsądek bierze górę. Też bym chciała zapomnieć, zaszaleć, przecież jestem tylko człowiekiem. Ale czy to jest tego warte? Można cieszyć się, bawić i czerpać pełną garścią z życia zachowując te zasady. Spróbuj a nie pożałujesz. Tylko mam do Was wielką prośbę – UŚMIECHNIJ SIĘ i bądź życzliwy a wszystko będzie łatwiejsze.

Iwona Trzcińska

Przemyślenia 10 latka

Sebastian
Barylski

W wirze życia umykają istotne wartości. Te mniejsze, codzienne i wielkie. Ja, na przykład, na co dzień nie dostrzegam tego, że mam „Zabrze”. Gdy od czasu do czasu przyjeżdżam tu na kontrolę łatwiej widzę niedostatki. Chcę, żeby „moja” klinika była jeszcze lepsza. Do tego, co niezmiennie mi daje, zdążyłem się szybko przyzwyczaić.

Byłem pacjentem wielu innych szpitali. Takich, w których chory człowiek był tylko kolejnym przypadkiem. Poznałem lekarzy, którzy swą uwagę poświęcali albo ludziom zamożnym, albo ustosunkowanym. Spotkałem takich, co cię nigdy nie wysłuchają, bo zawsze wiedzą lepiej. Albo innych, którzy pozmieniają zaordynowane leki, bo mają wrodzoną żylkę do eksperymentowania.

W pewnej klinice, w dużym mieście utytułowany ordynator po wyjściu z sali nie mógł nadziwić się, że „ci po przeszczepie mogą nie czuć zawału, bo mają nerwy odcięte od serca”. A wcześniej, przy moim łóżku opryskliwym tonem zbywał prośby o kontakt z Zabrzem. Takich, którzy byli skłonni zadzwonić do mojej kliniki mogą policzyć na palcach jednej ręki. Najchętniej zrobił to nonwesk lekarz, gdy byłem na wakacjach pod kręgiem polarnym.

Dla mnie Zabrze to inny świat. Prawdziwa wyspa na morzu niekompetencji, pośpiechu, prywatnych interesów i arogancji. Tu spotykam zaangażowane, komunikatywne i rzetelne pielęgniarki. Podobnie jak i myślicy, profesjonalnych lekarzy. Nigdzie indziej nie widziałem tak oddanych, nietuzinkowych postaci kierujących kliniką. Ani takiej gotowości, by pomóc człowiekowi z ulicy, który nie znalazł miejsca w innym szpitalu.

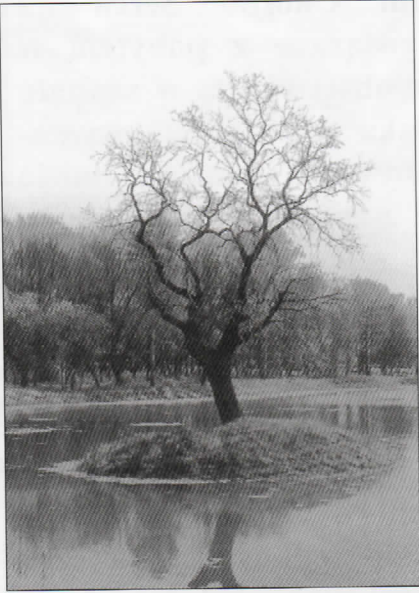
Wiem, że ta „moja” klinika ma wiele problemów, których nie widać, gdy przyjeżdżam raz, czy dwa razy do roku. Na pewno praca nie jest tu łatwa, ani nie jest pasmem radości i wzruszeń. Tym bardziej warto Wam wiedzieć, że ten wysiłek codzienny przeradza się w konkretną, niezwykle istotną wartość. W taką oto, że tylko do mojej kliniki mam zaufanie. I tylko tu się czuję bezpieczny.

Post scriptum

Ostatnio, w Zabrze, na korytarzu kliniki rozmawiało dwóch pacjentów. Ten bardziej okrzepły w szpitalnym życiu, z pełnym przekonaniem i właściwą swojemu wiekowi pewnością, wyluszczał drugiemu - Ja to jeszcze nie słyszałem, że po operacji ktoś tutaj umarł. Tu, panie, ci umrzeć na pewno nie dadzą.

Sebastian Barylski
(10 lat po przeszczepie serca)
Gorzkie Pole, lipiec 2005

Z twórczości ojca i syna - Andrzeja i Aleksandra Jaworskich



Hyde Park

*Teksty zamieszczone bez ingerencji redaktorskiej—
przesyłane przez czytelników (w dowolnej formie i na dowolny temat)*

*

Na transplancie jest prof. Zembala
To człowiek dusza, każde serce składakowi rozru-
sza
Robi poważne operacje i zabiegi
Bo nie chce mieć na oddziale chorego lebiegi.
Doktor Zakliczyński Często myje ręce
Bo chce być ekologiczny, ale to lekarz fantastyczny.
Uzdrowia, lecz nas jak może
I wiemy że każdemu pomoże.
Siostra przelożona jest wesola i milutka
Chce z nas zrobić wesole krasnale
A my poddajemy się stale.
Jest siostra Halina szybka jak pocisk w pistolecie
Bo robi szybkie opatrunki na taborecie.
Są siostry Iwonki co wiosną będą śpiewać im
skowronki.
Wy w tych tygodniach jesteście dla nas
zonami, narzeczonymi, kochankami i wspaniałą
rodziną
I sobie m owicie, że te składaki z wami nigdy nie
zginą
Cały personel na transplancie dba o nowego składa-
ka,
Bo to jest ich rola taka. JS

**

Jadę do Zabrza bo minął roczek
I chcą bym położył tam szyję na boczek.
Doktor Świerad zrobi na żyłe cięcie
Bo to jego zajęcie.
Włoży do żyły koszulkę i pobierze z serca
próbkę.
Bo on robi to szybko i bezboleśnie
I z tego zabiegu wychodzimy wcześniej
I się zastanawiamy jaki wynik mamy.
My składacy mamy szyję poznakowane.
Lecz te znaczki ratują nam życie
W ten sposób sprawdzamy czy odrzutów nie
mamy.
Gdy odrzut jest duży czy mały
Trzęsiemy się cali.
Lecz doktor Zakliczyński jest facet do rzeczy
I on nam to wyleczy.
Jest tam Iwona siostra wspaniała
Tylko, żeby nas mniej opieprzała
I to jest najgorsze, bo ona ma rację
Musimy zaprosić ją kiedyś na wspólną kolację. JS

Imuran i Sandimum Neoral
To są dwa ulubione nasze leki
Jeśli ich nie mamy to skaczymy do rzeki
To są leki bez których żyć nie możemy
Leki, nowe serce i ja
To rodzina nowa ma
Jesteśmy z sobą związani
Niczym snopek słomy
Jak dwa labędzie pływające po stawie
Niczym para kochająca się do końca życia
Ale miejmy nasze leki zawsze do spożycia
Unikniemy wtedy dziwnych reakcji i głupich
sytuacji.

*Janusz Stroniawski
pacjent po transplancji serca*



**Jesień
idzie -
nie
ma na
to
rady**

(A. Waligórski)

Prawa pacjenta

Od 1998 roku obowiązuje w Karta Praw Pacjenta, w której Minister Zdrowia zebrał przepisy określające prawa, jakie przysługują pacjentom w czasie korzystania z usług szeroko pojętej służby zdrowia. Przedstawione poniżej punkty dotyczą kilku zagadnień – wybranych pod kątem warunków pobytu w szpitalu.

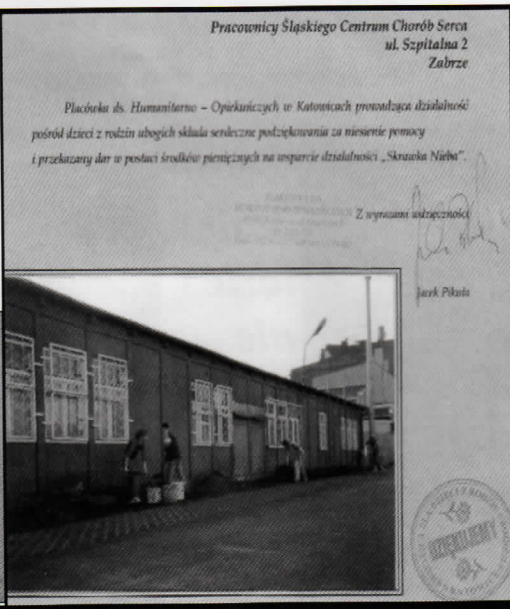
Pacjent ma prawo do:

- Udzielenia świadczeń zdrowotnych przez lekarza, zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, dostępnymi lekarzowi metodami i środkami zapobiegania, rozpoznawania i leczenia chorób, zgodnie z zasadami etyki zawodowej oraz należytą starannością,
- uzyskania przystępnych informacji o swoim stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, rokowaniu oraz wynikach leczenia,
- udostępnienia dokumentacji medycznej lub wskazania innej osoby, której ta dokumentacja może być udostępniona,
- intymności i poszanowania godności w czasie udzielania świadczeń zdrowotnych,
- wyrażenia zgody albo odmowy na uczestnictwo innych osób niż personel medyczny niezbędny przy udzielaniu świadczeń,
- nie wyrażenia zgody na przeprowadzenie przez lekarza badania lub udzielenie innego świadczenia zdrowotnego,
- wyrażenia zgody lub odmowy na udzielenie określonych świadczeń zdrowotnych, po uzyskaniu odpowiedniej informacji,
- wyrażenia zgody albo odmowy na wykonanie zabiegu operacyjnego albo zastosowania metody leczenia bądź diagnostyki stwarzającej podwyższone ryzyko,
- Uzyskania od lekarza informacji, jeżeli w trakcie wykonywania zabiegu lub stosowania określonej metody leczenia bądź diagnostyki, wystąpiły okoliczności stanowiące zagrożenie dla zdrowia lub życia.

Każdy pacjent napotyający w Śląskim Centrum Chorób Serca na problemy związane z pobytem w szpitalu, albo obserwujący w szpitalu fakty i zjawiska negatywne – wymagające zmiany lub poprawy, może zwrócić się o pomoc do rzecznika praw pacjenta – osobiście, telefonicznie lub wykorzystując skrzynkę na liście obok portierni (pod skrzynką pocztową).

Po zgłoszeniu telefonicznym (nr. 273-23-20) oraz podaniu nazwy oddziału i numeru pokoju, rzecznik skontaktuje się z Państwem w celu przyjęcia wniosku, skargi lub uwagi – czy nawet tylko opinii o personalu, warunkach pobytu, organizacji badań, lub też stosunku do pacjentów.

Nawet ci, którzy sami mają niewiele, mogą podzielić z jeszcze biedniejszymi. Dochody w służbie zdrowia są jakie są, ale pomimo to, wielu pracowników Śląskiego Centrum wspiera placówkę opiekuńczą w Katowicach, zajmującą się zaniedbanymi i niedożywionymi dziećmi, chroniąc je przed demoralizacją. W podziękę za pomoc, jakiś maluch namalował obrazek – widoczny poniżej.



Pacjenci, którzy chcą w Szlachetnym Zdrowiu zamieścić wyrazy wdzięczności dla lekarzy, pielęgniarek i personelu Śląskiego Centrum Chorób Serca powinni przygotowany tekst przesłać na adres redakcji lub wrzucić do skrzynki z napisem „korespondencja dla rzecznika praw pacjenta”. Skrzynka znajduje się obok portierni – pod skrzynką pocztową.

Uwaga! Redakcja zastrzega sobie prawo dokonywania skrótów.



Pożegnanie zasłużonych pracownic odchodzących na emeryturę:
Od lewej: Krystyna Czaja, mgr Małgorzata Straż, Aleksandra Kos,
Anna Goryanowicz, Helena Zawisza

zdjęcie - Aleksander Jaworski



Pracownia Krzepnięcia Krwi i HBS/HIV. Na zdjęciu od lewej: Bogusława Szymanik, Danuta Zasada, inż. Joanna Wiecheć, Grażyna Hebda, mgr Jacek Kaczmariski—kierownik

zdjęcie : Aleksander Jaworski



Zespół lekarski I Katedry i Oddziału Klinicznego Kardiologii - kierowanej przez dr hab. n. med. Zbigniewa Kalarusa. (pierwszy z prawej w pierwszym rzędzie)

Na zdjęciu od lewej: w pierwszym rzędzie:

lek. Andrzej Świątkowski, dr Janusz Prokopczuk, lek. Mariola Szulik, dr Agata Musiałik Łydka, dr **Teresa Zielińska**, dr Beata Średniawa, dr Ewa Markowicz-Pawlus, lek. Anna Sliwińska, lek. Patycja Pruszkowska-Skrzep,
w drugim rzędzie: Student Wojciech Sołtys, lek. Sławomir Piłta, dr Grzegorz Homisz, lek. Witold Streb, lek. Adam Golda, lek. Jacek Kowalczyk, dr Oskar Kowalski, lek. Tomasz Kurek, dr Piotr Jarski, dr Hubert Krupa, lek. Joanna Stabryła-Deska,
lek. Mariusz Kalinowski, dr Agnieszka Sędkowska, dr Tomasz Kukulski