

Nr 3, V 2003

ISSN 1730-1297

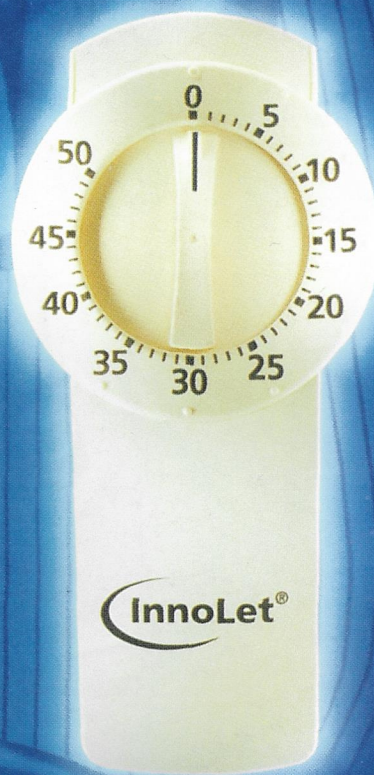
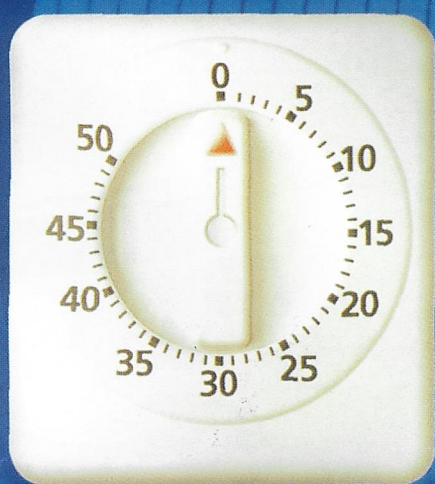


# SZLACHETNE ZDROWIE

Kwartalnik Śląskiego Centrum Chorób Serca



Skoro pacjenci wiedzą  
jak posługiwać się  
minutnikiem...



...łatwo nauczą się  
obsługi nowego dozownika  
insuliny InnoLet®

**InnoLet®**

Trudna decyzja  
– łatwy wybór

- Słaby wzrok i mniejsza sprawność manualna u wielu osób z cukrzycą poważnie utrudniają samodzielną insulinoterapię
- InnoLet® to jedyny dozownik insuliny umożliwiający insulinoterapię, gdy ciężkie powikłania cukrzycy utrudniają samodzielne podawanie insuliny
- Duże pokrętło ułatwia nastawianie dawki

- Bardzo duże cyfry, które łatwo odczytać
- Kompaktowy kształt umożliwia łatwy chwyt dozownika na kilka różnych sposobów
- Kod kolorowy i oznakowanie dotykowe preparatu insuliny zapewniają bezpieczeństwo i wygodę użytkownika

Szczegółowych informacji udziela:  
Novo Nordisk Pharma Sp. z o.o.  
ul. Mineralna 15, 02-274 Warszawa  
tel. (22) 668 08 88, fax (22) 668 08 89  
[www.novonordisk.pl](http://www.novonordisk.pl)

Dla osób, których ręce i wzrok nie są już tak sprawne...



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

## Zarządzanie i jakość

Szpital to nie tylko miejsce gdzie pacjenci powracają do zdrowia. To także duże przedsiębiorstwo zatrudniające kilkaset osób, które musi być zarządzane w sposób sprawny i efektywny. Problematyce zarządzania poświęcono szereg artykułów zamieszczonych w tym numerze.

## W numerze:

- Punkt widzenia – felieton
- Śląskie Centrum w oczach pacjentów
- Dlaczego w 2003 roku jest trudniej
- Poradnia Lipidowa
- Dawne dzieje resuscytacji i reanimacji
- wirtualny kardiolog
- Przegląd prasy medycznej
- Wyzwanie przyszłości
- Zarządzanie jakością w szpitalach
- Administracja Śl.C.Ch.S
- Jacy jesteście?
- Proces pielęgnowania a jakość opieki
- Rola pielęgniarki oddziałowej w kierowaniu zespołem
- Zawód – pielęgniarka
- Daj szansę swojemu sercu
- Pogoda i serce
- Cukrzyca
- Gospodarka węglowodanowa
- Wiosna przywitała nas ciepło
- Reminiscencje hiszpańskie

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

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



Dr hab. Zbigniew Kalarus w czasie konferencji w dniu 13 maja br

## Aktualności

1. W dniach 19-22. 02. 2003 roku lekarze I Katedry i Oddziału Klinicznego uczestniczyli w Hong-Kongu w XII Światowym Kongresie dotyczącym elektrofizjologii
2. Dnia 26. 02 br na zaproszenie profesora Mariana Zembała przyjechał dr med. Paweł Urbański z Bad Neustadt-Rhön Klinikum, który jako wykładowca uczestniczył w seminarium pt. „Tętniaki aorty”
3. W dniu 1 marca zorganizowano dodatkową atrakcję dla dzieci pracowników Śląskiego Centrum. Dzieci miały okazję dosiąść konia, przejechać się bryczką a także spróbować własnoręcznie upieczonych kiełbasek.
4. W dniu 14 marca rozpoczęły się ćwiczenia z zakresu pielęgniarstwa kardiologicznego dla studentów licencjatu pielęgniarstwa Śląskiej Akademii Medycznej. Zajęcia odbywają się pod kierunkiem mgr Marzeny Kowalskiej.
5. 15 marca br przewodnicząca Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych mgr Maria Brzezińska dokonała w Śląskim Centrum uroczystego otwarcia pierwszej w Polsce Specjalizacji Kardiologicznej dla pielęgniarek.
6. W dniu 10 kwietnia dyrektor ds. medycznych dr Mariusz Gašior oraz adiunkt dr Lekston odebrali w Krakowie wyróżnienia przyznane za zajęcie pierwszego miejsca w rankingu szpitali kardiologicznych tygodnika Newsweek.
7. 17 maja Śl.C.C.S zorganizowało „białą sobotę” dla mieszkańców Zabrze i okolicy. W ramach „soboty” lekarze udzielali bezpłatnych konsultacji, a także wykonano liczne badania ryzyka wystąpienia choroby wieńcowej, poziomu cholesterolu i cukru oraz mierzono ciśnienie tętnicze.
8. W dniach 30-31. 05 odbędzie się X Zabrzańska Konferencja Kardiologiczna połączona z IV Warsztatami Kardiologii Inwazyjnej.
9. W dniach 2-8 czerwca w Klinicznym Oddziale Wrodzonych Wad Serca i Kardiologii dziecięcej będą organizowane Warsztaty Cewnikowań Interwencyjnych. Gośćmi warsztatów będą wybitni kardiologowie – m.in. Prof. Sreeram (USA), prof. Ch. Mullins (USA), dr. L. Ballerini (Włochy), prof. J. Masura (Słowacja).

GSz

W dniu 30 maja (piątek) rozpocznie się dwudniowa X Zabrzańska Konferencja Kardiologiczna połączona z IV Warsztatami Kardiologii Inwazyjnej. Organizatorami są: Śląskie Centrum Chorób Serca; III Katedra i Klinika Kardiologii GCM Katowice-Ochojec oraz Klinika Kardiologii i Angiologii z Essen (Niemcy)

X Zabrzańska Konferencja Kardiologiczna  
30-31.05.2003

**Postępowanie w ostrych zespołach wieńcowych**

IV Warsztaty (kardiologii inwazyjnej)

## ...Ten szpital jest szpitalem europejskim...

...tymi słowami profesor Marian Zembała otworzył w dniu 13 maja br konferencję w Śląskim Centrum Chorób Serca w Zabrzu. Następnie głos zabrał kierownik III Katedry i Oddziału Klinicznego ŚIAM profesor Lech Poloński, który przedstawił zalety zabrzańskiego modelu leczenia zawału mięśnia sercowego w kontekście wyników leczenia przy użyciu technik jakie są stosowane w ŚCCS w porównaniu do standardów krajowych. Angioplastyka zastosowana w zawałe pozwala nie tylko istotnie zmniejszyć śmiertelność, ale także powoduje szybszy powrót większego odsetka chorych do pracy. Chory ma wyraźnie lepszy komfort życia a także możliwość powrotu do normalnej aktywności.

Z kolei dr hab. Zbigniew Kalarus – Kierownik I Katedry i Oddziału Klinicznego ŚIAM - przedstawił model leczenia zaburzeń rytmu serca za pomocą ablacji prądem o częstotliwości radiowej. Model ten był niedawno omawiany na kongresie w Chicago. Kierownik Katedry i Oddziału Klinicznego Wrodzonych Wad Serca i Kardiologii Dziecięcej ŚIAM profesor Białkowski omówił metody nie operacyjnego leczenia wrodzonych wad serca. Na zakończenie swojego wystąpienia wyjaśnił, że kierowany przez Niego oddział, jako pierwszy w Polsce zajmuje się wadami serca zarówno u dzieci jak i u dorosłych. Po wystąpieniach programowych profesor Marian Zembała przedstawił osiągnięcia zespołu (prof. Białkowski, prof. Skalski i doc. Kalarus), który opracował unikalny w skali światowej program EKMO – ratujący dzieci mające po urodzeniu trudności z podjęciem samodzielnego oddychania. Na zakończenie konferencji profesor Zembała podziękował Wiceprezydentowi Miasta za pomoc okazaną Śląskiemu Centrum w zakresie estetyki otoczenia ośrodka a także za szybkie reagowanie w przypadkach awaryjnych (takich jak np. uszkodzenie głównego wodociągu zaopatrującego szpital). Prosił przy tym o przekazanie podziękowań Radzie Miejskiej Zabrze.

GSz

**Od Redakcji**

Śląskie Centrum Chorób Serca jest jednym z najlepszych szpitali w Polsce. Świadczą o tym wyniki rankingów opracowywanych przez poczytne gazety ogólnopolskie, świadczą osiągnięcia naukowe zatrudnionych tu wybitnych przedstawicieli świata medycznego i co najważniejsze – świadczą opinie pacjentów leżących, czy też tych, którzy kiedyś się tutaj leczyli. Jednakże trzeba pamiętać o tym, że poziom odniesienia jest niestety bardzo niski – na tle ogólnej miserii Służby Zdrowia warunki zapewniane przez Śląskie Centrum sprawiają wrażenie nadzwyczajne.

A już niedługo nadejdzie moment, kiedy płaszczyzną odniesienia będą warunki zapewniane przez szpitale zachodnioeuropejskie, gdzie sale szpitalne z węzłami sanitarnymi, czy wysokokwalifikowane, uprzejme pielęgniarki są normą, a nie czymś wyjątkowym. Dyrekcja Śląskiego Centrum podejmuje działania zmierzające do przygotowania całej placówki do momentu, kiedy będzie się ją porównywać nie ze szpitalem powiatowym w miejscowości „X” a z kliniką w Lipsku, Dreźnie czy Wiedniu. I nie chodzi tu o wyniki leczenia, których to porównań już dzisiaj nikt się nie musi wstydzić (są takie same lub lepsze niż tam), ale o warunki pobytu chorego w oddziale szpitalnym – a tu poza bazą hotelową i wyżywieniem, ważną rolę odgrywa organizacja pracy (przyjęć, badań, zabiegów), stosunek personelu do pacjenta itp. Temu celowi służyć ma m.in. doskonalenie zarządzania zakończone uzyskaniem certyfikatu zgodności z normą ISO 9001:2000. Dlatego tyle miejsca poświęciliśmy w tym numerze zagadnieniom zarządzania.

**Biblioteka ŚCCS**

Biblioteka Śląskiego Centrum Chorób Serca jest czynna jest od poniedziałku do piątku. Dwa razy w tygodniu (środy, piątki) działa w godzinach popołudniowych. Placówka posiada bogaty zbiór książek medycznych. W czytelni dostępne są również czasopisma polsko- i anglojęzyczne. Aktualnie prenumerowane są:

1. American Heart Journal
2. American Journal of Cardiology
3. Annals of Thoracic Surgery
4. Circulation
5. Current Anaesthesia and Critical Care
6. Diabetes Care
7. Journal of the American College of Cardiology
8. Journal of Cardiothoracic and Vascular Anaesthesia
9. Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation
10. Journal of Heart and Lung Transplantation
11. Pediatric Cardiology
12. New England Journal of Medicine.
13. Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery
14. Anestezjologia, Intensywna Terapija
15. Badanie i Diagnoza
16. Diabetologia Polska
17. Kardiologia Polska
18. Medycyna Intensywna i Ratunkowa
19. Medycyna Praktyczna
20. Medycyna po Dyplomie
21. Pielęgniarka i Położna
22. Polskie Archiwum Medycyny Wewnętrznej
23. Polski Mercuriusz Lekarski
24. Polski Przegląd Chirurgiczny

Pomieszczenia gruntownie odnowiono i wyposażono w nowe meble.

W przyszłości będzie również dostępny internet, z którego zainteresowani będą mogli korzystać przy oddzielnym stanowisku komputerowym. Czytelnia wyposażona jest w kserokopiarkę, dzięki której można kopiować artykuły z czasopism.

Biblioteka prowadzi współpracę z Biblioteką Śląskiej Akademii Medycznej w Katowicach i innymi ośrodkami w kraju.

**Czas paschalnej radości**

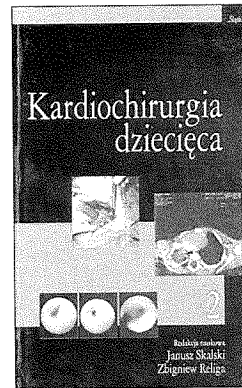
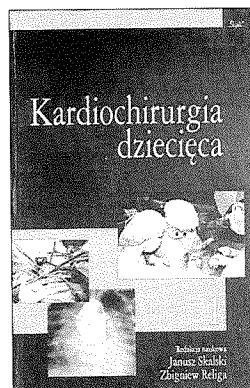
Patrząc na otaczający świat widzimy wokół nas jakieś gwałtowne poruszenie. Najprostszym wyjaśnieniem tego faktu jest nadejście wiosny. Spoglądając wokół siebie dostrzegamy już gołym okiem zmiany. Świat nabiera kolorów, przyspiesza po zimowym zastoju, budząc do życia wszystko co jest wokół nas, nie pozostawiając również nas samych obojętnych na to ożywienie. Jesteśmy częścią przyrody, więc i w nas można dostrzec napływ energii, nowych sił i ambitnych planów. Wiosna zawsze kojarzona jest z życiem, z jego odnową, która przemienia otoczenie i nadaje mu szczególnie miły wyraz.

Kościół właśnie wiosną każdego roku obchodzi święto życia. To czas paschalny, czyli przejścia ze śmierci grzechu do nowego życia rozumianego jako odkupienie dokonane przez Chrystusa na krzyżu. Wszystko co najważniejsze w dziele naszego odkupienia prowadzi do niedzieli zmartwychwstania, do poranka, pełnego słońca i blasku pochodzącego od Dawcy Życia.

Kiedy w ten niedzielny poranek słowa Chrystusa *Ja jestem zmartwychwstaniem i życiem* stają się radosną nowiną obiegającą cały okrąg ziemi, wtedy jako uczniowie Jezusa stajemy pełni nadziei i pokoju w sercu - nasza wiara ma swój sens, kończy się tryumf szatana i grzechu.

Życzę wszystkim aby tegoroczne obchody Paschy Pana zaowocowały spotkaniem z żyjącym Jezusem, aby były w nas zwycięstwem życia i miłości nad śmiercią i grzechem. Czas radości wielkanocnej niech nas pokrzepia, niech budzi w nas potrzebne siły, odnawiając i uzdrawiając nasze wnętrza. Nie zamykajmy naszego świętowania tylko w jednym niedzielnym poranku. Z każdego zwycięstwa powinniśmy umieć się cieszyć dzień po dniu. Zwycięstwo Chrystusa jest szczególnie i powinno być świętowane o świcie każdego, nowego dnia naszego życia. Przemiana w nas niech doda kolejnej nowej barwy, nowego światła do tego co już wraz z wiosną przemienia się wokół nas.

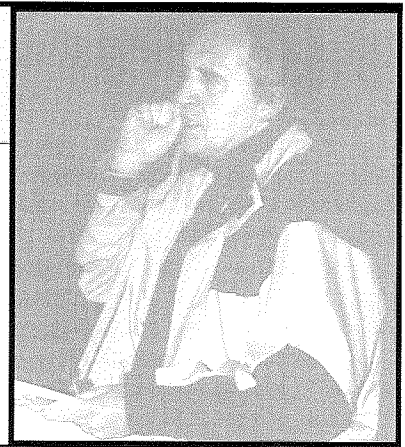
O. Ireneusz Sajewicz OSCam  
Kapelan

**Nowe książki**





# Punkt widzenia.



Refleksje z okazji Jubileuszu 10 letniego rejsu - fragmenty z dziennika pokładowego S/y „Śląskie Centrum Chorób Serca w Zabrze.”

**Prof. dr hab.  
Marian Zembala**

**Dyrektor Śląskiego  
Centrum Chorób Serca**

**Zabrze 2 kwietnia 1993** . W pierwszym dniu zaokrętowania otrzymałem od sekretarki dość wytartą kapitańska czapkę wraz z dwoma starymi segregatorami zawierającymi tylko 11 pożółkłych kartek. Nie zawierały niestety żadnych zestawień bilansowych Ośrodka ani protokołów inwentaryzacji której przecież nie było przez poprzedzające kilkanaście lat. „No cóż” – pomyślałem – „zanikają nie tylko dobre zwyczaje ale i obowiązki ustawowego przekazywania następcy dokumentacji, analiz opracowań”. Liczyłem jednak na życzliwość znakomitej Załogi i na dobry wiatr. Ten wyraźnie nam sprzyjał.

**16 kwietnia 1993** . Rozpoczęła się pierwsza od 9 lat inwentaryzacja i wówczas okazało się że sporo naszego sprzętu zostało pożyczonego innym instytucjom. Część niestety zaginęła. Nie do odzyskania był bardzo kosztowny sprzęt z pracowni doświadczalnej/ mikrosfery/. W tej pracowni w latach 1985–1993 /marzec/ nie mogli pracować zabrzańscy kardiochirurdzy. Wiedzieliśmy, że wraz ze zmianą załogi musi odejść w zapomnienie cała sfera panujących wówczas obyczajów .

**Kwiecień 1994** Jeszcze nie zdołałem uzyskać najlepszego kursu a już moim jachtem zatrzęsło. Na wyraźne życzenie Rady Nadzorczej i Wojewody przeprowadzono bardzo starannie bilans działalności ośrodka za okres 1992–1993 /do 31 marca/. Werdykt Państwowej Komisji Skarbowej z dnia 27 września 1994 roku był jednoznaczny i nie pozostawiał wątpliwości. Okazało się że w momencie przejścia przez mnie steru statek był już poważnie uszkodzony.

A jednak dokonanie tego bilansu otwarcia pozwoliło mnie i i mojej nowej załodze wyruszyć w rejs pomimo zniszczonych masztów, dziurawego takielunku i bardzo nieszczelnego kadłuba. Zabraliśmy się za niezbędny remont zaczynając od bloku operacyjnego i kompletnej modernizacji oddziału R dla dorosłych. Zaproszona austriacka firma wyjaśniła przyczynę naszych ciągłych kłopotów z klimatyzacją odkrywając że uprzednio zamontowano stare, zdezcelowane urządzenia klimatyzacyjne i to za pokaźną kwotę. Niestety firma remontująca blok operacyjny w roku 1990 rozplynęła się i szukanie winnego przy użyciu środków prawnych okazało się już niemożliwe.

Pomimo tych trudności wystartowaliśmy dobrze . Przywrócono znaczenie słowom „wartość publiczna” „dobro publiczne” – w odniesieniu do chorego i szpitalnego majątku. Przedstawicielom Ambasady polskiej w Kolonii długo i mozolnie tłumaczyliśmy, że MY, nowa załoga nie będziemy wystawiać niezgodnych z obowiązującym prawem faktur za leczenie cudzoziemców a przedstawicielom niemieckich i amerykańskich firm ubezpieczeniowym udowodniliśmy że działania i zjawiska nieprawidłowości finansowych nie są polską specjalnością a jedynie świadectwem jednostkowej, ludzkiej zachłanności .

Pomimo tych dodatkowych trudności wypłynęliśmy na szerokie wody. Mieliśmy już w żaglach mocniejszy wiatr.

**maj 1994** .Przyszedł czas wyraźnego zaistnienia w polskiej medycynie. W dniach 14 i 15 kwietnia zorganizowaliśmy w Zabrze I Międzynarodową Konferencję Kardiologiczną poświęconą postępowi w rozpoznawaniu i leczeniu chorób serca i nieprzypadkowo zatytułowaną *Następna dekada*. Pobyt

uświetnił swoją obecnością i wykładem Minister Zdrowia – prof. Jacek Żochowski i Rektor SIAM prof. Pierzchała. Znane nazwiska polskich klinicystów Profesorowie i Docenci: L. Ceremużyński, L. Goldstein, Z. Religa, M. Lao, J. Wątaszewski, J. Wodniecki, M. Tendera, L. Połoński, S. Paszyk . Także wybitni przedstawiciele międzynarodowej nauki wśród nich prof. Gotesman inicjator wczesnej tzw. domowej trombolizy z Izraela, prof. Kakkar – twórca niskocząsteczkowej heparyny czy czołowy kardiochirurg francuski A. Delouche, przedstawiający imponujący materiał rekonstrukcji zastawki mitralnej realizowany pod kierunkiem słynnego A. Carpanier z Paryża. Dr G. Cimochoński z USA uczył nas nowoczesnej chirurgii wieńcowej nawet u chorych bardzo dużego ryzyka. Na poprzedzających warsztatach kardiologicznych dr Cimochoński i G. Strzelecki z USA zastosowali po raz pierwszy w Polsce kardioplegię krwistą podawaną wstecznie także do zatoki wieńcowej. Na Konferencji był obecny ówczesny Minister Zdrowia Litwy znakomity i podziwiany kardiochirurg prof. J. C. Bredykis który przedstawił chirurgiczne leczenie zaburzeń rytmu serca. Jeżeli dodamy do tej uczty nowości medycznych wspaniałą koncert fortepianowy pani Ewy Osińskiej w Pałacu w Rybnej to możemy rzeczywiście stwierdzić że już po kilku miesiącach nasz ośrodek wzmocnił się i zaczął być wyraźniej widoczny na kardiologicznej mapie Polski.

Dzisiaj **po upływie 10 lat** jesteśmy świadkami dynamicznego rozwoju placówki i uzyskania miejsca wśród najlepszych ośrodków na kardiologiczno-kardiologicznej mapie kraju. To zasługa znakomitych ludzi i wprowadzonych tutaj innowacyjnych rozwiązań.

Pomimo niepokojąco dużych zawirowań w Narodowym Funduszu Zdrowia w roku bieżącym wierzymy, że reforma w ochronie zdrowia rozpoczęta przed laty przez ś.p. prof. Jacka Żochowskiego i następnie w latach 1999–2002 realizowana poprzez Regionalne Kasy Chorych, będzie się dalej rozwijać z poparciem Funduszu. Nie ma bowiem żadnej innej alternatywy nie tylko dla naszych chorych ale również dla rosnącego zadłużenia szpitali i niezadowolonych z obecnej sytuacji świadczeniodawców.

Także tegoroczna, już 10 Międzynarodowa Konferencja Kardiologiczna ma służyć temu celowi Oprócz problematyki ściśle naukowej należało podjąć trudny problem optymalizacji kosztów leczenia w interwencyjnej kardiologii. Mamy nadzieję że obok znakomitych sesji klinicznych i naukowych także ta dziedzina odśłoni nam lecącym mało znane w Polsce oblicze rzeczywistego liczenia kosztów leczenia i wskaże racjonalne pod względem medycznym i ekonomicznym rozwiązania.

Marian Zembala

Zabrze 18.maja 2003



## 10 lat

Już od profesor Marian Zembala zajmuje stanowisko dyrektora Śląskiego Centrum Chorób Serca. Niezwłocznie po nominacji, profesor Zembala rozpoczął porządkowanie spraw finansowo organizacyjnych a następnie podjął systematyczne starania o unowocześnienie i rozwój podległej jednostki. I co najważniejsze starania te okazały się skuteczne. Schemat organizacyjny jest prosty i funkcjonalny, pracownicy mają precyzyjnie określone zakresy swoich obowiązków i kompetencji, a obieg dokumentacji dostosowany jest do wymogów nowoczesnego zarządzania.

Szpital przeszedł poważne przeobrażenie. Dzięki wykonanym remontom i modernizacji obiektu leżący chorzy mają warunki odpowiadające standardom europejskim (węży sanitarne w każdej sali, lodówki i nowoczesne umeblowanie).

Wysiłek organizacyjny i finansowy skierowany na unowocześnienie sprzętu i aparatury medycznej oraz dokształcanie kadry zaowocował wzrostem ilości wyleczonych pacjentów. Świadczą o tym następujące dane:

- o ile w roku 1995 wykonano w Śl.C.Ch.S. 706 operacji serca w krążeniu pozaustrojowym, a w roku 1998 było ich 1014, to w roku 2002 zoperowano 1689 osób. Ilość operacji wzrosła 2,4 –krotnie,
- ilość wykonanych zabiegów koronarografii wzrosła z 1328 w roku 1995 do 4416 w roku 2002 to jest 3,3 – krotnie,
- ilość wykonanych zabiegów koronaroplastyki wzrosła z 459 w roku 1995 do 2808 w roku 2002 to jest ponad 6,1 krotnie.

Za tymi liczbami kryją się pacjenci, którym uratowano życie – przyrost ilości zabiegów, to większa liczba wyleczonych i o tyle mniej ludzkich tragedii.

W 1996 roku profesor Zembala otrzymał w Maastricht w Holandii „Wyróżnienie Europejskiej Rady Dyrektorów Szpitali” za działalność organizacyjną i menadżerską.

W kolejnych latach przyszły liczne nagrody dla szpitala – m.in.. Marzec 2001r. Nagroda przyznana w plebiscycie ALTER EGO 2000 dla Śląskiego Centrum Chorób Serca w Zabrze za wybit-



Profesor Marian Zembala – Dyrektor Śląskiego Centrum Chorób Serca w czasie spotkania z pacjentami

ne osiągnięcia w leczeniu chorób serca. Czerwiec 2002 w rankingu szpitali dziennika „Rzeczpospolita”: II miejsce w Polsce i I w województwie katowickim Kwiecień 2003 – I miejsce w rankingu szpitali kardiologicznych w polsce zorganizowanym przez tygodnik „Newsweek”. Te prestiżowe wyróżnienia potwierdzają słuszność założeń i trybu realizacji strategii zarządzania przyjętej przez profesora Mariana Zembalę.

Z okazji tak efektywnego jubileuszu życzymy Panu Profesorowi (i sobie) – dalszej, równie efektywnej, wieloletniej pracy w roli menadżera kierującego Śląskim Centrum.

Mgr Alicja Michalak Mgr Grażyna Szymura

## Śląskie Centrum Chorób Serca

W Śląskim Centrum Chorób Serca została wprowadzona stała analiza satysfakcji pacjentów z jakości opieki medycznej i warunków pobytu podczas leczenia w naszym szpitalu.

Zastosowaliśmy anonimową ankietę, przy pomocy której pacjenci mogą określić stopień swojego zadowolenia z poszczególnych elementów opieki medycznej oraz warunków pobytu na oddziale a także przedstawić własną opinię na dowolny nurtujący ich problem. Proszeni są również o określenie swojego samopoczucia emocjonalnego odczuwanego podczas przebiegu leczenia w naszym szpitalu.

Wyniki badań z czwartego kwartału 2002 roku ukazują, że większość naszych pacjentów jest w pełni lub prawie w

pełni usatysfakcjonowana z jakości opieki medycznej i warunków pobytu W Śląskim Centrum Chorób Serca.

Ankietowani w szczególny sposób podkreślili swoje pełne zadowolenie:

- \* z zaangażowania w przebieg leczenia i poszanowania godności chorego ze strony lekarzy, pielęgniarek, rehabilitantów i psychologa.
- \* z udzielanej pomocy przez personel medyczny w uśmierzeniu odczuwanego przez chorego bólu.
- \* z ilości i sposobu informowania pacjenta przez personel pielęgniarski i pomocniczy o przebiegu jego leczenia, o właściwym sposobie przygotowania się chorego do operacji/ zabiegu oraz o jego właściwym postępowaniu podczas pobytu w oddziale i po opuszczeniu szpitala.
- \* z umożliwienia pacjentowi kontaktu z jego bliskimi.
- \* z czystości w oddziale, dostępności i jakości pomieszczeń sanitarnych.
- \* z jakości posiłków i pory ich podawania.



Mgr Urszula Gąsior

## Dlaczego w 2003 roku jest trudniej?



Wielu pracowników Śląskiego Centrum może sięgnąć pamięcią wstecz. Jest rok 1998. Oczywiście, spostrzeżenia rzeczywistości są różne, zależne od tego czym się zajmujemy. Ale pracuje się trudniej, brakuje pieniędzy. Wspomniany rok kończy erę budżetowego systemu finansowania służby zdrowia. To czas kiedy przydział rocznego budżetu dla szpitala zależał od tzw. bazy i kadry czyli wskaźników ilości posiadanych łóżek, sprzętu, odgórnie limitowanej liczby zatrudnionych.

Ostatni rok przed reformą to rok niełatwy. Z jednej strony daleko niewystarczająca ilość środków przyznanych na wydatki bieżące, z drugiej perspektywa na rok następny, w którym liczba wykonanych „historycznie” zadań (przyjętych pacjentów, wykonanych zabiegów hemodynamicznych, kardiologicznych i transplantacyjnych) będzie podstawą do kontraktowania w pierwszym roku reformy. Decyzja Dyrektora o udzielaniu maksymalnej liczby świadczeń (oczywiście bez obniżenia jakości) i zadłużeniu szpitala okazała się słuszną. Dawała wymierne efekty przez następne cztery lata.

Szpital, zgodnie z obowiązującym ustawodawstwem przy przekształceniu z jednostki budżetowej w Samodzielny Publiczny ZOZ został oddłużony. Dyrekcji postawiono zarzut przekroczenia dyscypliny finansów publicznych za dopuszczenie do powstania kilkumilionowego zadłużenia.

Jednak kontrakt szpitala na rok 1999 po raz pierwszy utworzony w oparciu o zasadę „pieniądz idzie za pacjentem” był wyższy od poprzedniego o ponad 100%. Każde świadczenie wykonywane w Śląskim Centrum zostało sfinansowane z budżetu Ministerstwa Zdrowia w zakresie procedur wyspecjalizowanych lub przez Regionalną Kasę Chorych, z której pochodził pacjent, na podstawie zawartej umowy czy indywidualnej promesy.

Przez cztery ostatnie lata ośrodek dzięki zespołowej intensywnej pracy większości zatrudnionych w nim ludzi, świadczeniu usług na wysokim poziomie oraz dobrej współpracy z Regionalnymi Kasami Chorych i Ministerstwem Zdrowia (które realnie finansowały „kupowane” usługi) mógł się rozwijać.

W okresie 1999-2002 płace utrzymywały się na wyższym niż w większości szpitali poziomie, pracownicy otrzymywali dwa razy do roku dodatkową premię, oraz nagrodę roczną tzw. „13-tkę”. Ponad czterdziestu lekarzy zatrudniono na kontraktach. W ślad za wzrostem zadań zatrudnienie zwiększyło się o 20%. Wprowadzono wiele nowych metod leczenia, rozwiązań służących pacjentom, efektywnie wykorzystując wyspecjalizowaną kadrę szpitala. W przeciągu ostatnich czterech lat na zakupy majątku trwałego wydatkowano prawie 11

mln zł. Większość wyeksploatowanego sprzętu i aparatury medycznej została wymieniona.

Na modernizację szpitala (głównie podniesienie standardu sal chorych) przeznaczono kwotę ponad 4 mln zł.

Każdy rok został zamknięty niewielkim dodatnim wynikiem finansowym.

Mamy rok 2003. Z niezrozumiałych przyczyn Kasa macierzysta obniża ceny niektórych świadczeń dla pacjentów województwa śląskiego poniżej realnych kosztów. Zmniejsza też nieznacznie liczbę możliwych do udzielenia usług. Pozostałe Kasy Chorych, z którymi Śląskie Centrum co roku podpisywało umowy przekształcając się w Narodowy Fundusz Zdrowia, z uwagi na dbałość o finanse własnego regionu zawiera ze Śląskim Centrum umowy na znacznie mniejsze ilości świadczeń.

Okazało się nagle, że szpitale takie jak Śląskie Centrum – ponadregionalne, wysokospecjalistyczne, służące pacjentom z całego kraju znalazły się w „finansowej” pułapce.

Agregacja umów, która ma na celu połączenie dotychczasowych umów zawartych z byłymi Kasami Chorych i stworzenie

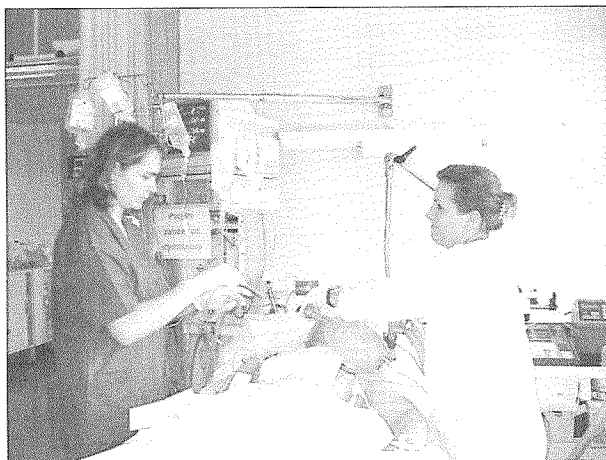
jednego budżetu dla szpitala z pominięciem ilości „historycznie” udzielanych świadczeń na rzecz pacjentów z poszczególnych regionów (ponad 550 pacjentów przyjętych w roku 2002 na podstawie indywidualnych promes – „obecnie gdzieś zapomnianych” powoduje, że budżet Śląskiego Centrum na rok 2003 jest mniejszy o ponad 20%. Czy szpital jest w stanie dokonać oszczędności? Oczywiście tak. Ale oszczędności rzędu kilkunastu milionów złotych, które należy przeznaczyć na dodatkowe pokrycie kosztów stałych oraz nieefektywnie wykorzystanych pracowników i oddziałów wynikają

z małej liczby zakontraktowanych świadczeń, na pewno nie.

Ponadto czy ośrodek świadczący usługi ratujące życie, posiadając odpowiednio przygotowaną kadrę oraz warunki sprzętowe i lokalowe może znacznie ograniczyć dostęp pacjentów do świadczeń, stosując się do zaniżonych limitów przyznanych w wyniku agregacji umów?!

Szpital może oczywiście zaciągnąć zobowiązania, lecz w dłuższym okresie taki stan wywoła problemy z utrzymaniem płynności finansowej.

Reforma reformy ochrony zdrowia winna poprawić wiele nieprawidłowości i błędów systemu. Ale nie powinna zmieniać tego, co działa od początku wprowadzonych zmian dobrze. System finansowania świadczeń zdrowotnych w Polsce poprzez utworzenie Narodowego Funduszu Zdrowia zmierza do wprowadzenia tzw. finansowania „za przypadek” (podobnie jak system DRG w USA), gdzie świadczeniodawca jest rozliczany za wykonanie pewnej usługi lub pakietu usług. Nie powinno mieć zatem miejsca ustanawianie sztywnego budżetu dla szpitala, jak to miało miejsce w gospodarce budżetowej, przy jednoczesnej świadomości pacjenta o jego prawie do do-





Dr Jerzy Foremny

## Poradnia Lipidowa

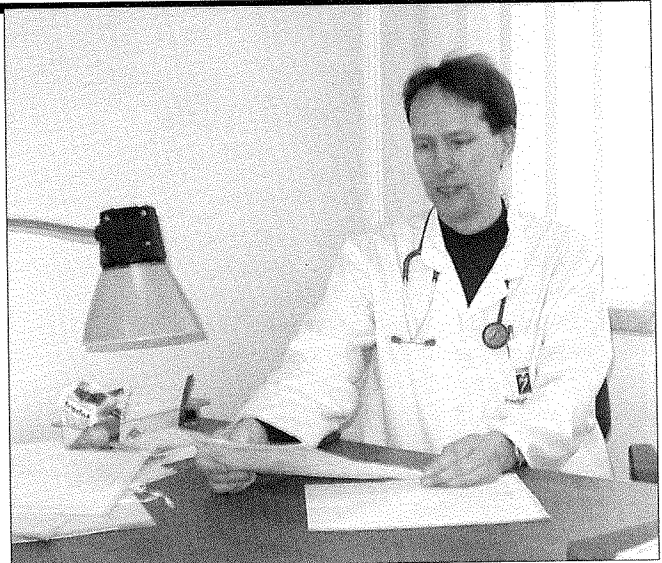
W marcu tego roku mija piąta rocznica oficjalnego zaistnienia w strukturze organizacyjnej Śląskiego Centrum Chorób Serca Poradni Zaburzeń Lipidowych i Profilaktyki Zdrowia!

Utworzono ją w celu uzupełnienia luki istniejącej w poradnictwie kardiologicznym, które zajmując się ludźmi już chorującymi na chorobę wieńcową, będącymi po zawale serca lub po leczeniu zabiegowym, niewiele uwagi poświęca profilaktyce. Natomiast niepodważalną prawdą jest, że zapobieganie (profilaktyka) wszelkim chorobom jest tańsza niż ich leczenie i to zarówno w wymiarze czysto finansowym jak i społecznym. Z drugiej strony u chorych już poddanych leczeniu zabiegowemu, zaniechanie skutecznego ograniczania czynników prowadzących do miażdżycy sprzyja szybkiemu nawrotowi choroby.

Profilaktyka wtórna, czyli działania mające u osób z rozpoznaną chorobą serca zapobiec jej pogłębieniu lub nawrotowi jest dość dobrze wypełniana przez lekarzy lecznictwa podstawowego i „typowych” poradni kardiologicznych. Znacznie trudniejsza jest jednak profilaktyka pierwotna mająca w założeniu wykryć zagrożenia lub skłonność do danej choroby i jak najlepiej jej zapobiec. Pierwszym krokiem musi być szerokie uświadamianie o przyczynach, czyli czynnikach ryzyka, które zwiększają prawdopodobieństwo zachorowania na choroby układu krążenia. Wśród najważniejszych wymienia się: hipercholesterolemię, nadciśnienie tętnicze, palenie papierosów, otyłość i małą aktywność fizyczną, cukrzycę.

W roku 2002 Akademia Medyczna w Gdańsku zrealizowała badanie epidemiologiczne pod nazwą Natpol III Plus na reprezentatywnej grupie 1051 osób aktualizując rozpowszechnienie głównych czynników ryzyka. Badania te wykazały, że najpowszechniej występują zaburzenia lipidowe. Oceniono, że tylko jeden na trzech Polaków w wieku 45-64 lata ma prawidłowy poziom cholesterolu! Na drugim miejscu rozpowszechnienia występuje nadciśnienie tętnicze rozpoznawane u 8,4 mln Polaków, ale niepokojące jest, że 10% nie jest leczonych, a 45% jest leczonych nieskutecznie - głównie za sprawą nieregularnego stosowania leków do czego przyznaje się ponad połowa chorujących. Trzecie miejsce to palenie papierosów. W grupie 30-40 latków pali aż 46%! Czwarty czynnik to otyłość. Nadwagę ma ponad połowa społeczeństwa. Identyfikacji tych czynników ryzyka powinny służyć powszechne badania okresowe. Szczególnie ważne jest to w rodzinach gdzie występują przypadki chorób układu krążenia w młodym wieku, tj. u mężczyzn przed 55 rokiem życia i kobiet przed 65 rokiem życia (dodatkowe obciążenia dziedziczne).

W początkowym okresie pacjentów do Poradni Lipidowej rekrutowano wśród leczonych z powodu choroby wieńcowej w Ś.C.Ch.S. - zachęcając również do przebadania się ich bliskich. Drugim kierunkiem było rozreklamowanie wśród lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej istnienia takiej Poradni, co często było przyjmowane z ulgą. Każdy z nich ma pod swoją opieką chorych z ciężką hipercholesterolemią, nie poddającą się na przeciętne leczenie, a brak było możliwości udzielenia specjalistycznej pomocy.



Pierwszych pacjentów od połowy lat 90-tych, jeszcze nieformalnie (m.in. poradnia nie miała swojego stałego pomieszczenia) prowadziły kolejno Pani dr Milena Gębska, dr Bożena Kocztorz oraz dr Małgorzata Bartnik – mając w mojej osobie stałe wsparcie. Po reorganizacji szpitala już pod nazwą ŚICChS, utworzono Poradnię Zaburzeń Lipidowych i Profilaktyki Zdrowia (z jej własnym nareszcie gabinetem), w ramach zespołu poradni przyszpitalnych.

Nareszcie zakończył się dotychczasowy okres, który można nazwać kartonowym (cały dobytek poradni i kartoteki chorych mieściły się w jednym pudełku z kartonu). Stworzono od podstaw istniejący do dzisiaj model opieki nad pacjentem obejmujący szczegółowy wywiad oraz badania identyfikujące czynniki ryzyka miażdżycy lub ewentualnie istniejące objawy chorób układu krążenia. U wszystkich wykonuje się szeroki zakres badań laboratoryjnych obejmujący m.in. pełny lipidogram, ocenę układu krzepnięcia, diagnostykę w kierunku cukrzycy i innych chorób metabolicznych itd.

Leczenie opiera się na poradnictwie w zakresie zmiany trybu życia, np. zwiększeniu aktywności fizycznej, rzuceniu nałogu palenia, redukcji wagi ciała, zmiany diety. W drugiej kolejności zastosowuje się metody nowoczesnej farmakoterapii. Równocześnie lekarze uzyskali wsparcie w terapii ze strony dietetyczki oraz psychologa klinicznego. Wyposażenie pokoju Poradni w niezbędne meble, wagę lekarską itp. zapewniła jedna z firm farmaceutycznych. Wtedy też ustalono skład lekarski Poradni w osobach Pani dr dr Teresy Zielińskiej, Małgorzaty Bartnik i Jerzego Foremnego. W tym miejscu trzeba mocno podkreślić rolę Pani Dr Teresy Zielińskiej, która swą wielką wiedzą i doświadczeniem w zakresie chorób metabolicznych i kardiologii do samego początku wspierała ideę i pracę Poradni. Sama wcześniej uzyskiwała wspaniałe efekty lecznicze u ludzi cierpiących na choroby serca z współistniejącą cukrzycą i hiperlipidemią.

Po odejściu z zespołu dr Małgorzaty Bartnik, jej miejsce zajęła do końca 2000 r. dr Gabriela Mercik-Lyp. Właśnie Ona stała się inicjatorem i siłą napędową uruchomienia w naszym szpitalu unikatowej nie tylko w skali Polski, Pracowni LDL-aferezy, gdzie leczy się najcięższe przypadki hipercholesterolemii metodą oddzielania cholesterolu z krwi po przepuszczeniu jej przez specjalną aparaturę filtrującą.



Obecnie Poradnia to około 700 porad udzielanych rocznie, a regularnie uczęszcza prawie 200-tu pacjentów. A sporą grupę stanowią osoby bez objawów chorobowych, które mają świadomość zagrożenia zdrowia czynnikami przyspieszającymi miażdżycę starają się je wyeliminować. Rola lekarza w Poradni Zaburzeń Lipidowych i Profilaktyki Zdrowia jest o tyle trudna, że leczy schorzenia, które nie dają bólu fizycznego, często musi zabraniać niektórych „przyjemności” życiowych, a na efekty w postaci przedłużenia czasu życia trzeba czekać wiele lat.

Bytoby nietaktem nie wspomnieć o wielkiej pomocy firm farmaceutycznych w tworzeniu wyposażenia Poradni, dostar-

Prof. dr hab. Janusz H. Skalski

## Dawne dzieje resuscytacji i reanimacji



Pierwszy przykład ożywienia człowieka (kilkuletniego dziecka) odnajdujemy w Starym Testamencie – w drugiej Księdze Królewskiej, w rozdziale 4 omawiającym cuda Elizeusza:

...i wstąpił [Elizeusz] i położył się na dziecięciu i położył usta swe na usta jego i oczy swe na oczy jego i ręce swe na ręce jego: i nachylił się na nie i zagrzało się ciało dziecięcia... (Biblia Ks. Jakóba Wujka, wyd. 4-te, Lipsk 1860). Można przypuszczać, że przyczyną zatrzymania krążenia u uzdrowianego dziecka mógł być np. udar mózgu (krwawienie - tętniak, naczyniak?), bowiem dziecko to chwile wcześniej... Rzekło ojcu swemu: głowa mię boli, głowa mię boli. A on rzekł słudze: weź a dowiedz go do matki jego...

Ok. 2000 lat przed Chr. – starożytny Egipcjacy i w Japonii usiłowano doprowadzić do ożywienia ciała umierającego człowieka poprzez powieszenie głowy w dół, rolowanie na beczce, czy też wożenie na grzbiecie wolu lub konia.

Egipt - pierwsza wiarygodna informacja o wykonywaniu tracheotomii pochodzi sprzed ok. 5000 lat, z okresu I Dynastii (król Aha lub król Djer). Z tego bowiem okresu pochodzi relief przedstawiający wykonywanie otworu w tchawicy u chorego człowieka.

Grecja - V w. przed Chr. - Hippokratesowi (460-377 pne) przypisuje się wykonywanie tracheotomii podczas ratowania życia, o czym miałaby świadczyć wzmianka z Corpus Hippocraticum: *“fistula in fauces ad maxillas intrudenta, qua spirytus in pulmones traktatur...”*. Dopiero ponad 5 wieków później Asklepiades z Bitynii jest autorem pierwszej udokumentowanej tracheotomii.

O stosowaniu tracheotomii pisze również Galen i Caelius Aurelianus. Tracheotomia była również znana wielkim arabskim lekarzom średniowiecza - Rhasesowi (850-923), i Avicennie (980-1037).

W okresie Renesansu interesującym spostrzeżeniem w dziejach resuscytacji był przełomowy eksperyment (1555 rok) Andreasa Vesaliusa polegający na podtrzymywaniu wentylacji u psa – poprzez wdmuchiwanie powietrza do tchawicy poprzez trzcinę.

Kolejnym interesującym spostrzeżeniem mogącym mieć wpływ na rozwój technik ratowania życia jest eksperyment Roberta Hooke'a (1667) z rozdymaniem płuc za pomocą miecha, pozwalającym na podtrzymywanie życia zwierząt doświadczalnych

### Wiek XVII

Lorenz Heister (1683-1758) będący twórcą terminu „tracheotomia” stosuje ten sposób ratowania chorych w przebiegu zagrażającej życiu duszności i swoim podręczniku zaleca jej wykonywanie, jako sprawdzonej metody.

Nasilony ruch przeładunkowy w Londynie i portach holenderskich, z mnożącymi się wypadkami utonięć przyczynia się do zawiązania w latach 1760 – 1770 – w Holandii i Wielkiej Brytanii – towarzystw naukowych zajmujących się organizacją ratowania tonących, a w szczególności podjęcie prób zapewnienia odpowiedniej wentylacji podczas udzielania pierwszej pomocy. W roku 1776 William Cullen (1710-1790) – prof. medycyny w Glasgow i Edynburgu oraz Lord Cathcart opisują szczegóły intubacji tchawicy i wentylacji płuc. Ponadto przy nieskutecznej wentylacji usta-usta lub usta-nos zalecają podawanie powietrza strzykawką przez rurkę dotchawiczą.

1776 John Hunter ogłasza wyniki eksperymentu, w którym serce psa podejmuje czynność w efekcie wentylacji dotchawiczej, zaś przy zaprzesta-

czaniu materiałów edukacyjnych w formie ulotek i broszur, w organizowaniu ogólnodostępnych badań profilaktycznych chorób układu krążenia, wspomaganiu nieodpłatnymi próbkami swych leków, co w wielu przypadkach stanowi dużą pomoc dla chorych przy przecież niemałych kosztach leczenia oraz w zapraszaniu lekarzy na szkolenia i zjazdy naukowe pogłębiające wiedzę z zakresu chorób metabolicznych.

Pacjentów w Poradni Lipidowej wciąż przybywa, w miarę jak zwiększa się świadomość w środowisku lekarzy roli czynników ryzyka chorób sercowo-naczyniowych, ale i też w całym społeczeństwie.

Jerzy Foremny

niu wentylacji akcja serca ustaje. W 1778 roku proponuje zakładanie własnej konstrukcji rurki dotchawiczej w celu zapewnienia wentylacji w stanach ostrej duszności, zaś w 1796 Herhold i Rafn donoszą o wprowadzaniu w tym celu do tchawicy rurek podobnych kształtem do męskiego katedru.

### Wiek XIX

Jędrzej Śniadecki w 1805 roku w Wilnie publikuje: *“O przypadkach pozornej śmierci i sposobach przywracania tak obumarłych osób do życia”*. Ten wielki uczo-ny, opierając się na doświadczeniach europejskich lekarzy i własnych spostrzeżeniach, przedstawia kompendium najnowocześniejszej wiedzy na temat postępowania w stanach nagłego zagrożenia życia. Zachęcając do podejmowania prób ratowania umierających – stwierdza: *“... Rozróżnienie śmierci od pozornej jest jedną z rzeczy w doświadczeniu najtrudniejszych. Często pozorne znaki zdają się nas o niewątpliwym zapewnieniu zgonie, kiedy należyta staranność życie przywraca...”*. Pisząc o metodzie usta-usta zaleca aby: *“...pobudzić piersi do czynności i detchnięcia. Na ten koniec przyłożywszy usta do ust obumarłego płodu, wydać mu zwolna piersi, a potem przez powolne uciśnięcie żołądka wdmuchnione powietrze na nowo wycisnąć i to dopóty powtarzać, dopóki dziecię własną siłą oddychać nie zacznie...”*.

W przypadku niepowodzenia Śniadecki zaleca wykonanie tracheotomii:

*“...chirurgowie robią sztuczny, tym celem w samym gardzieli otwór, wprowadzając weń rurkę spłaszczoną, przez którą łatwo można płuca obumarłego wydymać, operacją tą nazywają bronchotomią. Lecz w niebytności człowieka zdolnego wykonać operację tę należyście, pierwsza przytomna osoba, powinna, jedną ręką mocno zamknąć otwory nosa, a usta swoje do ust obumarłego przyłożywszy, wydać mu w płuca świeżo wciągnionym w siebie powietrzem...”*.

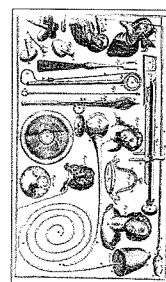
Ustosunkowuje się również do możliwości stosowania specjalnej aparatury reanimacyjnej:

*“...wymyślone na ten koniec miechy podwójne, tak opatrzone kłapami, iż za pomocą jednego wpędza się do płuc powietrze, kiedy za pomocą, drugiego z nich się napowrót wyciąga (...) lecz, że podobne miechy nie wszędzie mieć można, ani można natychmiast mieć je w miejscu, w którym się wydarzyła śmierć pozorna, wdmuchiwanie powietrza proste, może wszystkie te sztuczne sposoby zastąpić (...), oddechane byź może...”*

Jako entuzjasta stosowania prądu elektrycznego w medycynie zaleca:

*“...przepuszczać iskrę elektryczną przez piersi, tak ażeby uderzenie przez same płuca i serce trafiło i tym sposobem pobudzić je do ściągnięcia się mogło...”*

Organizuje i projektuje wyposażenie punktu ratunkowego dla tonących:



Rys. 1



Rys. 2



Rys. 3



Rys. 4



Rys. 5



Cd ze strony 7

„...w kraich wodnych, w których zwyczaj kapania się wiele osób na niebezpieczeństwo utopienia się naraża...”

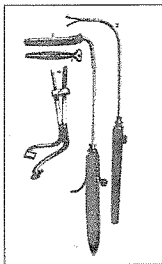
Kontynuacją szkoły reanimacji - Śniadeckiego możemy odnaleźć w publikacjach m.in. Paulizkiego (*Medycyna Ludu Wiejskiego - 1820*) oraz Mikołaja Mianowskiego (*Nauka Szkoły Położniczej dla Niewiast - 1818*), w której znajdują się znakomite opisy resuscytacji i reanimacji noworodka.

W Krakowie w 1837 roku powstaje praca doktorska Jana Bobrzyńskiego, kolejny polski wkład w dzieje resuscytacji.

We Francji P.F. Bretonneau zaleca w latach 1821-25 rutynową tra-cheotomię w stanie bezpośredniego zagrożenia życia w leczeniu ostrej duszności błoniczej. Tymczasem kilka lat później, z uwagi na wysoką śmiertelność Królewskie Towarzystwo Ratowania Tonących w Londynie zakazuje stosowania rurek dotchawiczych i „miechów”.

Postęp medycyny XIX wiekowej zmusza do poszukiwań innych (niekoniecznie lepszych) metod przydatnych w resuscytacji. Wdmuchiwanie powietrza zastępuje się wykonywaniem ruchów biernych ciała: D'Etoile (Francja) proponuje stosowanie biernych ruchów klatki piersiowej (rys. 7), H.R. Silvester (Anglia, 1858) - unoszenie kończyn górnych, M. Schiff (1882) dokonuje próby stosowania bezpośredniego masażu serca. W 1882 Arbuthnot Lane usiłuje ratować umierającego pacjenta na stole operacyjnym prowadząc masaż serca poprzez przeponę w czasie appendektomii, a Maas - przywraca do życia chorego dzięki zastosowaniu zewnętrznego ucisku klatki piersiowej - po zatrzymaniu krążenia, w czasie znieczulenia chloroformem, wreszcie Jan Prus we Lwowie - w 1899 dokonuje skutecznego ożywienia poprzez bezpośredni masaż serca na sali operacyjnej (podczas operacji brzusznej).

Kontynuowane są próby udoskonalania rurek dotchawiczych mających być bezpieczniejszymi niż dotychczasowe - w 1885 roku J. O'Dwyer wprowadza odczepiane rurkę do kraniową wprowadzaną na specjalnym przewodniku pod kontrolą palca. (rys. 6)



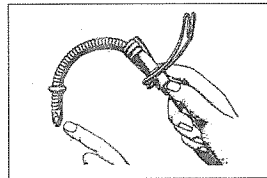
Rys. 6

## Wiek XX

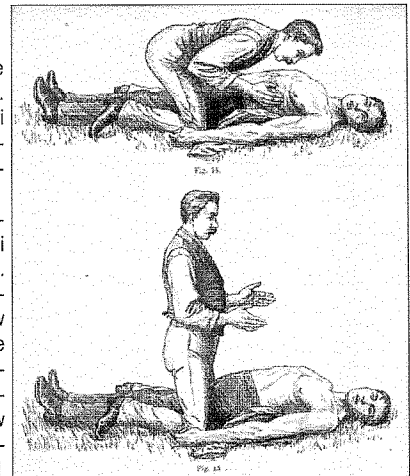
Na przełomie wieku, w latach 1900-1912 F. Kuhn pracuje nad giętkimi metalizowanymi rurki dotchawiczymi, bezpieczniejszymi układającymi się w okolicy nagłośni. Trwają poszukiwania skutecznego przywracania oddechu i akcji serca. W 1904 roku A.E. Schafer wykazuje, że rytmiczny ucisk klatki piersiowej w położeniu na brzuchu wiąże się z mniejszym prawdopodobieństwem zachłyśnięcia treści żołądkowej. Nielsen E w 1931 zaleca dodatkowo, niezależnie od uciskania klatki piersiowej unoszenie rąk, aby zwiększyć objętość wdechu.

Innym, dawno zapomnianym pomysłem było zastosowanie przez F.C. Eve'a (1947) kolyszącej się deski ułatwiającej sztuczne oddychanie.

Ostatnie półwiecze przynosi powszechną akceptację najprostszymi i stosowanych współcześnie, metod przywracania oddechu i funkcji krążenia: J.O. Elam proponuje usprawnienie oddechu usta-usta, P. Safar publikuje wyniki obserwacji klinicznych, wedle których metoda usta-usta jest najskuteczniejszą metodą w resuscytacji, a W. B. Kouwenhoven i wsp. opisują technikę zewnętrznego masażu serca.



rys. 8



rys. 7

Janusz H. Skalski

**Lek. Med. Michał Hawranek**

**Wirtualny Kardiolog rozpoczął działalność 6 grudnia 2001**

[www.sccs.pl](http://www.sccs.pl)

Śląskie Centrum Chorób Serca

**Ponad 30.000 porad w ciągu pierwszych 48 godzin**

## Wirtualny Kardiolog

został przygotowany przez firmę e-con, a opracowany przez Marka Gierlotkę i Michała Hawranka. Program jest tak ułożony by przypominał zwykłą rozmowę. W jej trakcie nasz „doktor” zadaje

pytania dotyczące przede wszystkim, występowania czynników ryzyka choroby wieńcowej (wlicza BMI, pyta o poziom cholesterolu, palenie papierosów, nadciśnienie tętnicze, rodzinne występowanie choroby wieńcowej), komentuje nasze odpowiedzi, doradza, ostrzega, chwali, proponuje wizytę u specjalisty, zachęca do zdrowego stylu życia. Za każdą odpowiedź rozmawiający otrzymuje odpowiednią ilość punktów, których suma, po zakończeniu rozmowy, pozwala na zakwalifikowanie pytającego do jednej z grup ryzyka określającej możliwość wystąpienia choroby wieńcowej w ciągu najbliższych 10 lat.

Określając zakres pytań, przynależną punktację do poszczególnych odpowiedzi oraz podział na grupy ryzyka oparliśmy o wiadomości pochodzące z trzech źródeł: Wilson PW i wsp. „Prediction of coronary heart disease using risk factors categories”, *Circulation* 1998, 97, 1837-47, Wood D i wsp. “Prevention of coronary heart disease in clinical practice” *Eur Heart J* 1998, 19, 1434-1503 oraz ze standardów PTK.

Wirtualny Kardiolog otworzył swój gabinet 6 grudnia 2001 roku. Już pierwszego dnia (dzięki reklamie jaką zrobiły właściwie wszystkie ogólnopolskie telewizje) naszego „doktora” odwiedziło 30 tysięcy pacjentów. Część z nich musiała niestety czekać w kolejce - nie byliśmy przygotowani na tak duże zainteresowanie. Z czasem kolejki się

zmniejszyły, a i wydajność wirtualnego doktora znacznie wzrosła. Po upływie 6 miesięcy liczba osób korzystających z jego porad przekroczyła 100 tysięcy.

Średni wiek naszego pacjenta to 38 lat, 65% odwiedzających to mężczyźni, u 13% osób rozpoznano nadwagę, 1/3 odpowiadających to palące papierosów (pałą średnio 20 papierosów dziennie od 17 lat). Ponad połowa deklaruje uprawianie sportu. 35% osób choruje na nadciśnienie, a ponad 35% miało podwyższony poziom cholesterolu.

Zdecydowana większość (ponad 60%) badanych zakwalifikowała się do grupy o niewielkim zagrożeniu chorobą wieńcową, około 7% osób znalazło się w grupie 4, gdzie ryzyko wystąpienia choroby niedokrwiennej określiłmy na ponad 25%.

Dodatkowym efektem działalności wirtualnego kardiologa była ogromna ilość e-maili, która przychodziła na jego adres. Zakres pytań i wątpliwości znacznie wykraczał poza temat choroby wieńcowej i dotyczył właściwie wszystkich dziedzin kardiologii co pozwala myśleć o stworzeniu kolejnych programów związanych z problematyką chorób serca.

Popularność jaką zyskał Wirtualny Kardiolog znacznie przerosła nasze oczekiwania. Wydaje się, że obawa przed chorobami serca, a zwłaszcza zawałem, powoduje bardzo duże zainteresowanie możliwością szybkiej oceny, nawet pobieżnej, ryzyka wystąpienia choroby niedokrwiennej serca. Tym samym programy, które szybko, przystępnie i przejrzysto informują o chorobach serca mogą zdobyć dużą popularność, będąc jednocześnie skuteczną metodą promocji zdrowia i propagowania profilaktyki pierwotnej.

Michał Hawranek

**Statystyka pacjentów Wirtualnego Kardiologa**

- Średni wiek 38 lat
- 65% mężczyzn, 35% kobiet
- 13% ma nadwagę (BMI > 30)
- Nigdy nie paliło 50%, przeszło 21%, pali nadal 29% (średnio 20 papierosów od 17 lat)
- Nie uprawia sportu 41%, raz w tygodniu 23%, 2-3 razy 21%, codziennie 12%
- Badano ciśnienie 88% (tę nie pamięta wyniku 25%), nadciśnienie 35%
  - Lekki bierze 21% (w tym regularnie 69%), a 83% ma dzięk temu niższe ciśnienie
- 3% ma cukrzycę
- 48% oznaczyło poziom cholesterolu
  - Zna wartość 41%, podwyższony cholesterol u 12%
  - Ponadto 24% wie że był podwyższony ale nie pamięta wartości
  - 11% stosuje leki na podwyższony cholesterol (81% regularnie)
  - U 78% uległ obniżeniu

[www.sccs.pl](http://www.sccs.pl)



## PRZEGLĄD PRASY MEDYCZNEJ

Redagują:  
dr Piotr Rozentryt  
dr Jarosław Wasilewski

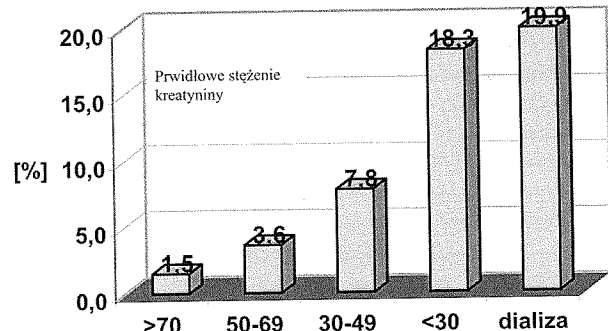
1. P.J.M. Best, R. Lennon, H.H. Ting, M.R. Bell, C.S. Rihal, D.R. Holmes, P.B. Berger.  
The Impact of Renal Insufficiency on Clinical Outcomes in Patients Undergoing Percutaneous Coronary Interventions  
J. Am. Coll. Cardiol. 2002;39:1113-9.
  2. C.M. Clase, A.X. Garg, B.A. Kiberd.  
Prevalence of Low Glomerular Filtration Rate in Nondiabetic Americans: Third National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES III).  
J. Am. Soc. Nephrol. 2002;13:1338-1349.
- Łagodna niewydolność nerek wpływa na rokowanie po udanej interwencji wieńcowej.

Chorzy z przewlekłą niewydolnością nerek mają bardzo znacznie podwyższone ryzyko śmierci z powodów sercowo – naczyniowych. Roczna śmiertelność z powodu takich powikłań przekracza 20%. W ostatnich latach coraz więcej doniesień sugeruje, iż we wczesnym okresie niewydolności nerek, wyrażającym się jedynie upośledzeniem filtracji kłębuszkowej, bez wzrostu stężenia kreatyniny we krwi, ryzyko powikłań sercowo – naczyniowych jest zwiększone. Prezentowane tutaj badanie pochodzi z Rejestru Zabiegów Przeszkórnej Rewaskularyzacji prowadzonej przez Mayo Clinic w Rochester. Autorzy przeanalizowali 3 letnią śmiertelność wśród 5727 chorych, u których wykonano skuteczny zabieg angioplastyki wieńcowej w zależności od wielkości kalkulowanej filtracji kłębuszkowej. Obliczeń filtracji kłębuszkowej dokonano posługując się wzorami Coccofta-Gaulta, które podano poniżej. Chorych podzielono na klasy zależnie od wielkości filtracji kłębuszkowej w następujący sposób:

- A) filtracja > 70 ml/min\*1,76m<sup>2</sup>, (co oznacza prawidłową czynność wydalniczą nerek),
- B) filtracja pomiędzy 50 a 69 ml/min\*1,76m<sup>2</sup> (co oznacza niewielką niedomogę czynności wydalniczej nerek ale z prawidłowym stężeniem kreatyniny),
- C) filtracja pomiędzy 30 a 49 ml/min\*1,76m<sup>2</sup> (co oznacza umiarkowaną niedomogę czynności wydalniczej nerek, u części spośród takich chorych, przy niskiej masie mięśniowej, stężenie kreatyniny we krwi mogło być prawidłowe lub nieznacznie podwyższone),
- D) poniżej 30 ml/min\*1,76m<sup>2</sup>, (co oznacza znaczną niedomogę wydalniczą nerek z podwyższonym stężeniem kreatyniny we krwi, niezależnie od masy mięśniowej),
- E) chorych dializowanych.

Autorzy stwierdzili, że niezależnie od innych czynników obciążających rokowanie, czynność wydalnicza nerek określana za pomocą szacowanej filtracji kłębuszkowej jest niezależnym czynnikiem rokowniczym poważnie wpływającym na przeżycie pacjentów po udanej interwencji wieńcowej. Śmiertelność w okresie 3 letnim przedstawiono na poniższej rycinie.

Śmiertelność 3 letnia u chorych po udanym zabiegu PCI w zależności od obliczonej filtracji kłębuszkowej



Przedstawione wyniki wskazują, iż upośledzenie filtracji kłębuszkowej poważnie obciąża rokowanie, jednakże to co szczególnie istotne, na co warto zwrócić uwagę, to fakt że nawet w obrębie klasy chorych z prawidłowym stężeniem kreatyniny we krwi występuje znaczne zróżnicowanie ryzyka (15% wobec 3,6%). Wobec powyższego warto analizować czynność nerek nie w oparciu o proste stężenie kreatyniny we krwi, ale przy pomocy obliczonej filtracji kłębuszkowej. Spostrzeżenie to jest ważne również z powodu znacznie większej niż do tej pory sądzono częstości występowania upośledzonej filtracji kłębuszkowej o wartościach pomiędzy 50 a 69 ml/min\*1,76m<sup>2</sup>. Częstość ta według innych dużych badań może wynosić nawet kilka procent w wieku powyżej 50 lat (Clase2002).

Wzory Coccofta-Gaulta:

Mężczyźni: filtracja = masa ciała [kg]\*(140-wiek) / 72\* stężenie kreatyniny we krwi [mg/dl],

Kobiety: filtracja = masa ciała [kg]\*(140-wiek) / 72\* stężenie kreatyniny we krwi [mg/dl], \*0,85

Piotr Rozentryt

Ponownie doniesienia z Europejskiego Kongresu Towarzystwa Kardiologicznego, który miał miejsce w 2002 roku w Berlinie

Dr F. Zijstra ze Zwolen (Holandia) przedstawił wyniki badania DIPS. 940 pacjentów z zawałem serca leczonego za pomocą pierwotnej angioplastyki wieńcowej losowo przydzielono do grupy otrzymującej wlew ptasu-glukozy i insuliny (KIG) lub placebo. 30 dniowa śmiertelność chorych leczonych aktywnie zmniejszyła się o 17% i wyniosła 4,8% wobec 5,8% w grupie placebo. Redukcja śmiertelności była jeszcze większa, jeżeli KIG stosowano u chorych w I klasie Killipa. Redukcja śmiertelności u tym przypadku wyniosła, bowiem 71% (1,2% wobec 4,2% w grupie placebo). Na tej podstawie można sformułować zalecenie "stosujemy KIG u wszystkich chorych z zawałem serca leczonych inwazyjnie". Przytoczone dane wskazują, że KIG być może w większym stopniu zmniejsza śmiertelność w zawałe niż stenty lub leki blokujące receptory IIb/IIIa.

Drugie doniesienie z tej samej konferencji nie dotyczy codziennej praktyki klinicznej, choć jest równie ważne i to z dwóch powodów: z uwagi na osobę prezentującą a był nim Polak Prof. Tomasz Simiok z Poznania oraz nowe perspektywy lecznicze. Profesor Simiok zaprezentował wyniki badania pierwszej fazy z zastosowania autologicznego przeszczepu mioblastów uzyskanych z mięśni szkieletowych wprowadzanych do serca w trakcie pomostowania tętnic wieńcowych. Po 5 miesiącach u wszystkich 10 chorych z pozawałową niewydolnością lewej komory i brakiem żywotnego mięśnia sercowego leczonych tą metodą stwierdzono poprawę funkcji skurczowej lewej komory. Obserwacja ta wydaje się być ważna nie tylko z powodu osoby polskiego uczonego, lecz również celem zwrócenia uwagi na fakt, że kardiologia i kardiocirurgia stają się coraz bardziej dziedzinami interdyscyplinarnymi.

Jarosław Wasilewski

mgr Grażyna Szymura,  
mgr Urszula Gąsior,  
Anna Bednarczyk

## Wyzwanie przyszłości

Certyfikat ISO i Certyfikat Akredytacyjny są przedmiotem starań coraz większej liczby szpitali. Zdobycie certyfikatu wymaga jednak wdrożenia systemu zarządzania jakością oraz systemu akredytacji. Spełnienie określonych norm ISO i standardów akredytacyjnych, jest wprawdzie osiągalne dla każdej podejmującej wysiłek instytucji jednakże stawia przed nią wysokie wymagania. Wysiłek ten jednak się opłaca, ponieważ szpital spełniając określone normy i standardy, udziela gwarancji usług dobrej jakości – na wysokim poziomie.

Certyfikat ISO wydawany jest na okres trzech lat, raz lub dwa razy w roku w zależności od procedury jednostki weryfikującej przeprowadzony jest tzw. audit nadzorczy. Jego celem jest stwierdzenie skuteczności działania systemu ISO. Certyfikat akredytacyjny uzyskuje się na jeden rok.

Na temat jakości w opiece zdrowotnej dyskutuje się na całym świecie od wielu lat. Prawie we wszystkich krajach dąży się do wprowadzania elementów gry rynkowej w zakładach świadczących usługi z zakresu opieki medycznej w celu poprawy efektywności i jakości świadczeń.

W Polsce rynek świadczeń zdrowotnych, uległ na przestrzeni ostatnich lat znacznym przeobrażeniom. Pojawiło się zjawisko konkurencyjności i „zabiegania” o pacjenta. Często zwracać uwagę na strategię marketingowe placówek służby zdrowia i jakość oferowanych przez nie usług.

Jakość usług medycznych należy rozpatrywać z perspektywy:

- ✓ korzystających z opieki,
- ✓ świadczących opiekę,
- ✓ administratorów.

Inaczej rozważa się jakość pracy lekarzy, pielęgniarek, pracowników diagnostyki, apteki. Jeszcze inaczej dokonuje się oceny jakości pracy personelu technicznego, pomocniczego, czy administracyjnego. W opiece zdrowotnej produktem jest zespół świadczonych usług. Podstawowymi są usługi ściśle zdrowotne. Obok nich znaczenie coraz większe mają usługi towarzyszące np. żywnościowe, hotelowe, informacyjne, parkingowe. Ich jakość wpływa na subiektywną opinię pacjentów i ich rodzin na temat danej placówki medycznej.

Jednak ocena jakości usług medycznych ukierunkowana jest przede wszystkim na ustalenie stopnia poprawy zdrowia pacjentów i ich zadowolenia.

Szpital, który ubiega się o certyfikat musi wykazać się odpowiednim przygotowaniem, a mianowicie, musi opracować dokumentację systemową, wdrożyć pilotażową wersję tejszej dokumentacji i opracować wersję finalną, w oparciu o doświadczenia i rezultaty auditów wewnętrznych. Dokumentacja systemu zarządzania jakością jest podstawą funkcjonowania każdego przedsiębiorstwa, a tym samym jest ważnym narzędziem kierowania. Usystematyzowana dokumentacja wprowadza przejrzystość w funkcjonowaniu przedsiębiorstwa. Pra-

cownicy mają wgląd w jego działalność w stopniu odpowiednim dla dobrze wykonywanej pracy przez udokumentowanie struktury, kompetencji i odpowiedzialności. Etap przygotowawczy wymaga również poprawy łączności pomiędzy poszczególnymi strukturami organizacyjnymi oraz poprawy pracy zespołów i poszczególnych pracowników.

Kluczowym elementem dokumentacji są procedury w postaci graficznej i tekstowej, które trzeba zaprojektować, sprawdzić w praktyce i skoordynować (w razie potrzeby nawet kilkakrotnie). A zatem osiąganie pożądanej jakości polega na sformułowaniu szczegółowych norm, a następnie na dokładnym ich przestrzeganiu. Procedury muszą być także modyfikowane po otrzymaniu certyfikatu ze względu na rozwój i zmiany w placówkach służby zdrowia. W Śląskim Centrum Chorób Serca personel usilnie pracuje, aby usprawnić jakość pracy i dać większe uprawnienia pacjentom do podejmowania decyzji dotyczących ich zdrowia i choroby. Opracowywaniu procedur, instrukcji musi jednak towarzyszyć atmosfera wspólnego działania.

Jakie więc korzyści będzie miał szpital po otrzymaniu certyfikatu? Należą do nich:

- ✓ poprawa opieki nad pacjentem i bezpieczeństwem podczas hospitalizacji,
- ✓ udoskonalenie dokumentacji medycznej,
- ✓ promocja szpitala i usług medycznych,
- ✓ konkurencyjność szpitala i popularyzacja dobrych wzorów organizacyjnych,
- ✓ uporządkowanie zasad współpracy,
- ✓ wskazanie pewnych niedoskonałości, które wcześniej nie były zauważone,
- ✓ poprawa organizacji pracy,
- ✓ integracja poszczególnych zespołów,
- ✓ wzrost aktywności personelu do wprowadzania zmian,
- ✓ atmosfera wspólnej pracy dla wspólnego celu,
- ✓ identyfikacja pracowników ze szpitalem,
- ✓ uzyskanie wyższych cen na świadczenia zdrowotne kontraktowane z NFZ, zawieranie umów na badania odpłatne,
- ✓ ułatwienie pozyskiwania pożyczek (kredytów),
- ✓ zwiększenie zaufania społecznego do szpitala,
- ✓ pomoc w uzupełnieniu źródeł finansowania,
- ✓ zwiększenie dostępności do opieki,
- ✓ redukcja kosztów, zwiększenie efektywności,
- ✓ ogromna satysfakcja z pracy w szpitalu, który posiada potwierdzoną wysoką jakość świadczonych usług,
- ✓ posiadanie większej liczby informacji o tym, co dzieje się w szpitalu.

✓  
Aktualnie wiadomo, że wdrożenie systemu akredytacji i systemu zarządzania jakością nie jest przedsięwzięciem łatwym. Jednak uzyskanie certyfikatu wpłynie na jakość opieki nad pacjentem - będzie potwierdzeniem wysokiego standardu w naszym szpitalu oraz wielkim osiągnięciem zarządu i wszystkich pracowników szpitala.

*(czekamy na deklaracje osób chętnych do pracy w Zespole do spraw Sterowania Jakością)*

Grażyna Szymura  
Urszula Gąsior  
Anna Bednarczyk



Dariusz Hejmej

## Zarządzanie jakością w szpitalach

Jednym z najistotniejszych problemów opieki zdrowotnej jest jakość świadczonych usług. Od kiedy w obszarze opieki zdrowotnej coraz większego znaczenie nabiera aspekt rynkowości, okazywanie ciągłej poprawy jakości świadczonych usług stało się rzeczą naturalną. Przestały nas dziwić inwestycje zmierzające do poprawy wygody pacjentów, wyglądu otoczenia (kolorowe obrazki na ścianach oddziałów dziecięcych), czy też jakości wyposażenia. Dla pacjenta, który korzysta z usług medycznych, działania te zmierzają do materialnego potwierdzenia jakości świadczonej opieki. Niematerialnym potwierdzeniem jakości usług, poza wyleczeniem pacjenta, jest między innymi stosunek personelu do jego osoby tj. podmiotowe traktowanie pacjenta, przestrzeganie praw pacjenta, uprzejmość, jak również zaangażowanie pracowników, uczciwość i wiarygodność oraz ich kompetencje, których często pacjent sam nie jest w stanie ocenić.

Coraz więcej szpitali w walce o zadowolonego pacjenta, który poleci placówkę innym, stosuje wdrożenie systemu zarządzania jakością zgodnego z normą ISO 9001: 2000, uniwersalnego systemu usprawniającego funkcjonowanie i pozwalającego na doskonalenie działalności szpitala. Uzyskanie Certyfikatu potwierdzającego wdrożenie i funkcjonowanie systemu zgodnie z normą jest kolejnym potwierdzeniem poziomu jakości świadczonych usług, dowodem materialnym, który może zostać wykorzystany do celów marketingowych i który ułatwia podpisywanie umów, uzyskanie kredytów jak również ulg w ubezpieczeniach. W rankingach szpitali coraz trudniej zająć jest wysokie miejsce nie posiadając certyfikatu, a ranking to też element gry rynkowej.

Z powyższych rozważań wynika, że zasada: *Primum non nocere* jako podstawowe zapewnienie dobrej jakości wykonywanej pracy nie wystarczy. W obecnych czasach poziomem jakości trzeba zarządzać i stale doskonalić metody pracy, kwalifikacje personelu oraz niezbędną infrastrukturę. Wdrożony i funkcjonujący w placówce służby zdrowia system zarządzania jakością zgodny z wymaganiami ISO 9001 jest doskonałym narzędziem dla celów zarządzania oraz oceny wewnętrznej i zewnętrznej.

Systemy jakości zgodne z normami serii ISO 9000 wdrażane są na świecie od lat osiemdziesiątych i do tej pory wdrożyło je ponad 300.000 różnych organizacji. Norma ISO 9001: 2000 jest ostatnią edycją normy dotyczącej zarządzania jakością i określa minimalne wymagania dotyczące systemu zarządzania jakością, które organizacja musi spełnić, aby:

- wykazać zdolność do ciągłego dostarczania usług spełniających wymagania klienta i wymagania mających zastosowanie przepisów,
- uzyskać wysoki poziom zadowolenia klientów poprzez skuteczne wdrożenie systemu, rozwój procesów oraz ciągłe doskonalenie i zapobieganie popełnianiu błędów i pomyłek.

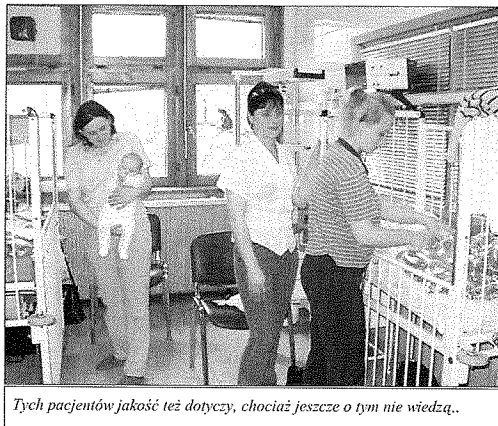
Wymagania normy przedstawione są w pięciu rozdziałach:

**System zarządzania jakością:** Rozdział ten opisuje wymagania ogólne i wymagania dotyczące dokumentacji opisującej system zarządzania jakością i funkcjonującej w organizacji. Norma wymaga, aby określić procesy jakie zachodzą w organizacji, przedstawić powiązania między procesami, określić potrzebne zasoby oraz sposoby monitorowania procesów. Wymaga również, aby działania mające wpływ na jakość usług realizowane były zgodnie ze znanymi pracownikom procedurami.

**Odpowiedzialność kierownictwa:** Rozdział ten wskazuje na najwyższe kierownictwo, jako odpowiedzialne za zarządzanie systemem jakości. Musi ono znać wymagania klientów na strategicznym poziomie i być zaangażowane w ich spełnienie jak również w spełnienie wymagań przepisów prawnych obowiązujących w obszarze funkcjonowania organizacji. Najwyższe kierownictwo musi również ustanowić politykę jakości, określić cele dotyczące jakości oraz określić jak te cele osiągnąć. Najwyższe kierownictwo powinno także zapewnić jasną komunikację wewnętrzną oraz dokonywać regularnych przeglądów systemu zarządzania jakością.

**Zarządzanie zasobami:** Rozdział ten zawiera wymagania dotyczące kwalifikacji potrzebnych pracownikom do realizacji procesów. Określa również jakie wymagania związane z zarządzaniem infrastrukturą i środowiskiem pracy organizacja musi spełnić.

**Realizacja wyrobu / usługi:** Rozdział ten określa wymagania w stosunku do procesów koniecznych do dostarczenia usługi. Wskazuje między innymi na konieczność planowania wszystkich działań, na przegląd możliwości ich realizacji, na nadzorowanie zakupów wszystkich wyrobów i usług mających wpływ na poprawność funkcjonowania procesów oraz na nadzór nad



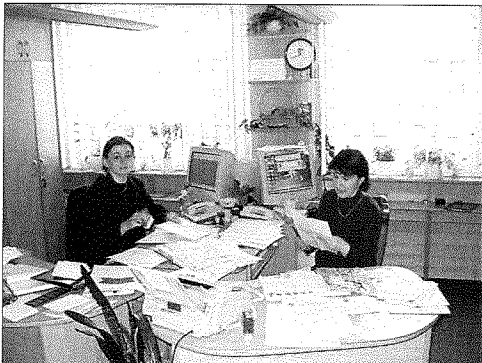
*Tych pacjentów jakość też dotyczy, chociaż jeszcze o tym nie wiedzą..*

wyposażeniem do pomiarów i badań.  
**Pomiary, analiza i doskonalenie:** Rozdział ten wskazuje jakie wskaźniki powinny być monitorowane przez system, jak powinien być skonstruowany proces auditów wewnętrznych, jak należy badać zadowolenie klientów i jak powyższe informacje powinny być analizowane i przekształcane w działania doskonalące system jakości.

Norma określa wymagania, organizacja określa jak je spełnia. W określeniu sposobów spełnienia przez organizację wymagań normy powinni się

włączyć wszyscy pracownicy, a w szczególności kierownictwo. System, który opisany będzie w udokumentowanych procedurach, instrukcjach i księdze jakości określać będzie sposoby pracy i jej dokumentowania, odpowiedzialność za poszczególne etapy pracy, miejsca kontroli oraz parametry procesu, których osiągnięcie oznaczać będzie, że dany proces przebiega prawidłowo. Opracowana i wdrożona dokumentacja weryfikowana będzie najpierw przez auditorów wewnętrznych, a później przez akredytowaną jednostkę certyfikacyjną. Weryfikowane będzie przede wszystkim czy to, co zostało zapisane w procedurach, jest przestrzegane. Aby audyty powiodły się, aby nie było niezgodności, wskazane jest przy opracowywaniu dokumentacji opisującej system jakości trzymać się zasady „nic o nas bez nas” i samemu opisać swój odcinek pracy.

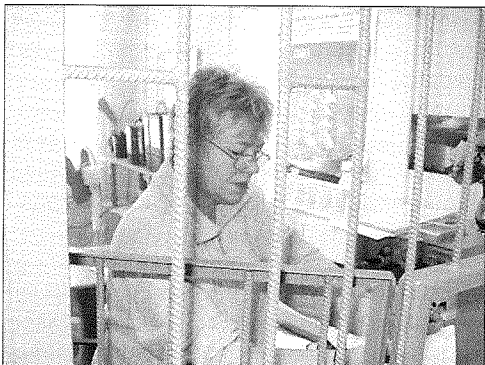
Mgr inż. Dariusz Hejmej jest ekspertem w zakresie wdrażania systemów jakości



Na zdjęciach:  
Po prawej:  
*Mgr Urszula Gąsior*  
Dyrektor ŚiCChS ds.

Po lewej:  
Sekretariat ekono-  
miczny: *Alicja Cha-  
chaj* oraz *Anita Dol-  
ska*

Poniżej- „za kratami”  
*Urszula Ressel –kasa*



Administracja Śląskiego Centrum Chorób Serca to zespół ludzi w większości kreatywnych, zaangażowanych, znających przepisy prawa (w obrębie zagadnień, którymi się zajmują). Mimo iż liczy stosunkowo niedużo pracowników jest znacznie liczniejsza od tej z przed dziesięciu lat. Przyczyną tego było utworzenie (w oparciu o zmieniające się przepisy) nowych działów oraz znaczący wzrost zadań medycznych a przez to i administracyjnych. Dodatkowo istotny był fakt, że inna większa niż w gospodarce budżetowej jest rola jednostek usługowych, których działalność systematycznie dostosowywana jest do przepisów Unii Europejskiej.

W zakresie jednostek administracyjnych Śląskiego Centrum funkcjonuje :

Dział Finansowo-Księgowy; Dział Spraw Pracowniczych; Dział Statystyki Medycznej; Dział Zaopatrzenia i Gospodarki Magazynowej; Dział Organizacyjno-Prawny i Zamówień Publicznych; Dział Administracyjno-Techniczny powiązany z Obsługą nie medyczną szpitala; Dział Marketingu; Dział Elektroniki Medycznej; Dział Informatyki

oraz samodzielne stanowiska:

audytora wewnętrznego; specjaliści ds. jakości i szkoleń – pełnomocnika ds. systemu zarządzania jakością; radców prawnych; inspektorów ds.: bhp, p.poż., obronnych, ochrony danych osobowych; administratora sieci komputerowej.

Zdjęcia przedstawiają pracowników Działu Księgowo-Finansowego oraz Zaopatrzenia i Gospodarki Magazynowej.

Szefem Działu Księgowo-Finansowego jest pani Bożena Duda - Główny Księgowy. W ramach Działu funkcjonują sekcje :

✓ Księgowości Finansowej; Alokacji środków i kalkulacji kosztów; Ewidencji majątku i inwentaryzacji, Płac; Kasa.

Tam właśnie dokonuje się ewidencji wszystkich zdarzeń gospodarczych, które mają miejsce w Śląskim Centrum Chorób Serca.

Dział Zaopatrzenia i Gospodarki Magazynowej, to zespół osób zajmujących się zamówieniami, ich realizacją oraz magazynowaniem sprzętu i materiałów niezbędnych do prowadzenia

Zdjęcie od góry: 3 - *Marzena Porwol*, 4 - *Lidia Pisarska*

Dolny rząd od lewej:

1. *Iłona Chmielnicka*, *Bożena Pieniążek*, *Zofia Skiba*

2. *Joanna Bulawa*

3. Zespół działu Zaopatrzenia:

*Sabina Jankowska*, *Grażyna Jarmuszewicz*, *Grażyna Iwanicka*, *Ryszard Kempniński*, *Damian Pniowski*





Mgr Andrzej Delebiński

## Jacy jesteśmy?

Śląskie Centrum Chorób Serca zatrudnia wysoko kwalifikowaną kadrę medyczną której charakterystyczną cechą jest stałe podnoszenie już posiadanych kwalifikacji, poparte bogatą i uznaną w świecie działalnością naukową.

Na podstawie charakterystyki i opisu badanego Ośrodka, oraz na podstawie przeprowadzonych wywiadów i analiz, sporządzono analizę „SWOT” (Strengths, Weakneses, Opportunity, Threats) w wyniku której otrzymano istotne pozycje zawierające mocne i słabe strony oraz szanse i zagrożenia.

### MOCNE STRONY

- 1. Wysoka jakość świadczonych usług.**- Na wysoką jakość świadczonych usług składa się kilka elementów. Jednym z nich jest zatrudniona w jednostce specjalistyczna kadra medyczna o wysokim poziomie przygotowania zawodowego, wśród której nie brakuje uznanych na świecie autorytetów z zakresu medycyny. Kolejnymi elementami są ogromne doświadczenie wynikające z faktu, iż Centrum jest jedną z pionierskich placówek w dziedzinie kardiologii i kardiologii oraz ilość pacjentów którzy byli już hospitalizowani.
- 2. Wiodąca rola Centrum na rynku kardiologicznym i kardiologicznym.** - Wiąże się z szeroko zakrojoną działalnością naukową prowadzoną przez Ośrodek, jak i z bardzo dobrymi wynikami w leczeniu najtrudniejszych przypadków klinicznych, także z organizacją corocznych Międzynarodowych Konferencji Kardiologicznych w Zabrzu przy zastosowaniu pionierskiej formy przekazu obrazu rejestrowanego w trakcie zabiegów interwencyjnych, do sali wykładowej, poprzez łącza telewizyjne. W Centrum wykonywany jest najszerszy w Polsce zakres operacji kardiologicznych – łącznie z transplantacjami serca.
- 3. Wyposażenie w nowoczesną aparaturę medyczną.** - Zwiększa skuteczność leczenia pacjentów oraz powoduje wzrost ich zaufania do placówki.
- 4. Całodobowy cykl pracy Pracowni Hemodynamiki.**- Zapewnia stałą pomoc chorym dotkniętym zawałem mięśnia sercowego bez względu na miejsce zamieszkania. Umożliwia również efektywniejsze wykorzystanie drogiej aparatury i wysoko wykwalifikowanego personelu.
- 5. Innowacyjność.**- Cechą charakterystyczną kadry zarządzającej jest stałe dążenie do polepszania jakości świadczonych usług i związane z tym wprowadzanie innowacyjnych metod zarządzania i leczenia. Wyprzedzają one znacznie styl myślenia i działania uznawany za normatywny a będący faktycznie przestarzałym. Przykładem jest wprowadzenie tzw. szybkiej ścieżki leczenia pacjenta – co wiąże się ze znacznym skróceniem hospitalizacji oraz radykalnym obniżeniem kosztów leczenia.
- 6. Stała modernizacja ośrodka. ( remonty)**- Przeprowadzone inwestycje dotyczą nie tylko sprzętu medycznego i urządzeń. Etapowo przeprowadzane są remonty budowlane z elementami wyposażenia, które dostosowują Centrum do wymogów stawianych przez Unię Europejską. Wprowadzone węzły sanitarne w salach chorych 2 lub 1 osobowych są w krajach zachodnich normą, a nie luksusem.
- 7. Uznana działalność naukowa.**- Wynika ze stałego dążenia do osiągnięcia coraz wyższych postawionych celów oraz twórczego myślenia wybitnej kadry specjalistów. Częste publikacje prac naukowych i kształcenie kadr zarówno lekarskich, jak i pielęgniarskich są tego oczywistym dowodem.
- 8. Zasięg geograficzny.**- W chwili obecnej Centrum obejmuje swoim zasięgiem działania nie tylko województwo Śląskie, ale i większość województw w związku z podpisanymi umowami z wieloma NFZ.
- 9. Dobra opinia pacjentów.**- Z wypowiedzi respondentów (byłych pacjentów Centrum) i z przedstawionych już faktów wynika, że Centrum cieszy się bardzo dobrą opinią zarówno w kraju jak i zagranicą. Dodatkowo świadczą o tym przyznane miejsca w ogólnopolskim rankingu „Rzeczpospolitej”: Pierwsze miejsce - „Najlepszy Szpital w Woje-

wództwie Śląskim”, drugie miejsce - „Najlepszy Szpital w Polsce” (2002 r.), oraz pierwsze miejsce w tankingu tygodnika Newsweek- „Najlepszy szpital kardiologiczno-kardiologiczny w Polsce” ( marzec 2003).

### SZANSE

#### 1. Popyt na specjalistyczne usługi.

Region Śląska nadal należy do zagrożonych ekologicznie. Skażenie środowiska jest zauważalne w jednostkach chorobowych. Potwierdzeniem tego są wysokie wskaźniki zachorowalności na niewydolność układu krążenia oraz nadciśnienie tętnicze. W większości przypadków pacjenci trafiają do Centrum w stanie wymagającym natychmiastowej interwencji kardiologicznej lub kardiologicznej. Specyfika działalności pozwala na zastosowanie natychmiastowych zabiegów kardiologicznych w tym przeszczepów serca, płuc, jak również interwencyjnych zabiegów hemodynamicznych m.in. koronarografii, koronaroplastyki, implantacji stentów, wszczepiania rozruszników itp. Centrum jest jedną z nielicznych placówek w skali regionu i kraju, które wykonują tego typu wysoko specjalistyczne procedury, co jest jego mocną stroną przy kontraktowaniu świadczeń zdrowotnych przez Ministerstwo Zdrowia.

**2. Wzrost zachorowań na choroby serca.**- Wynika z tendencji jakie obserwuje się w ostatnich latach. Konsumpcyjny styl życia, niezdrowe odżywianie, statyczne spędzanie wolnego czasu, stres i tempo życia to tylko niektóre z czynników powodujących wzrost zachorowalności na choroby układu krążenia.

**3. Zmiany demograficzne** – Świat doznaje swoistej demograficznej rewolucji, w której zdecydowanemu spadkowi poziomu urodzeń towarzyszy przedłużenie się przeciętnego trwania życia i tym samym

Klasyfikacja czynników wpływających na pozycję Ś.C.Ch.S.

### Śląskie Centrum Chorób Serca

Mocne strony	Słabe strony
1. Wysoka jakość świadczonych usług 2. Wiodąca rola na rynku. 3. Nowoczesne wyposażenie. 4. Uznana działalność naukowa. 5. Zasięg geograficzny. 6. Dobra opinia pacjentów.	1. Konieczność budowy nowego obiektu. 2. Niedostatek powierzchni użytkowej 3. Brak własnej pralni i kuchni. 4. Wzrost zatrudnienia spowodowany zmianami systemowymi.
Otoczenie	Zagrożenia
Szanse 1. Popyt na specjalistyczne usługi. 2. Wzrost zachorowań na choroby serca. 3. Zmiany demograficzne. 4. Integracja z Unią Europejską.	1. Niepewność losów wprowadzonej reformy służby zdrowia. 2. Konkurencja.

Waga	Czynniki zewnętrzne	Waga	Czynniki wewnętrzne
	Szanse		Mocne strony
0,4 0,2	Popyt na specjalistyczne usługi. Wzrost zachorowań na choroby serca.	0,3 0,2	Wys. jakość świadczonych usług. Wiodąca rola na rynku. Nowoczesne wyposażenie.
0,1 0,3	Zmiany demograficzne. Integracja z Unią Europejską.	0,1 0,1	Uznana działalność naukowa. Zasięg geograficzny. Dobra opinia pacjentów.
	Zagrożenia		Słabe strony
0,6 0,4	Niepewność losów wprowadzonej reformy ochrony zdrowia. Konkurencja.	0,3 0,3	Konieczność budowy nowego obiektu. Niedostatek powierzchni użytkowej
		0,2 0,2	Brak pralni i kuchni. Wzrost zatrudnienia spowodowany zmianami systemowymi.

ciąg dalszy na str. 14

Cd ze str. 13

wzrost udziału ludzi starszych w społeczeństwie. Polska należy do tego typu krajów, w których zjawisko starzenia się społeczeństwa występuje dość wyraźnie i nadal wskazuje na tendencje wzrostowe. Zgodnie z wstępnie opracowaną prognozą rozwoju ludności Polski do roku 2020 przewiduje się, że liczba ludności osiągnie wówczas 40,7 mln. osób co oznacza, że w porównaniu z rokiem 1995 powiększy się o ona o około 2,1 mln. osób. W okresie 25 lat objętych prognozą należy liczyć się ze znaczną zmianą zjawisk demograficznych takich jak urodzenia i zgony. Zauważalny będzie znaczny spadek liczby narodzonych dzieci, a szczególnie liczby młodzieży jak i osób dorosłych w średnim wieku z równoczesnym wzrostem liczby osób w wieku podeszłym.

- 4. Integracja z Unią Europejską.**- Spowoduje wzrost zainteresowania mieszkańców krajów zachodnich możliwością leczenia w Polsce, ze względu na znacznie niższe koszty przy porównywalnym poziomie usług medycznych świadczonych przez w pełni przygotowane do nowych warunków

## ZAGROŻENIA

### 1. Niepewność losów wprowadzanej reformy Służby Zdrowia.

Trudno jest w chwili obecnej przewidzieć jakie będą losy wprowadzanej reformy. W przypadku powrotu do mechanizmu centralnego sterowania wypracowane już metody rynkowego zarządzania i uzyskana praktyka mogą okazać się bezużyteczne. Spodziewać się należy, że zniknie element współzawodnictwa i konkurencji, tak bardzo potrzebny w gospodarce rynkowej, której sens oparty jest na „zdrowych” zasadach ekonomicznych.

## SLABE STRONY

### 1. Konieczność pilnej budowy obiektu dla poradni przyszpitalnej oraz pionu administracji.

Przychodnia dla pacjentów czyli poradnia oraz pomieszczenia biurowe placówki mieszczą się w chwili obecnej w tzw. kontenerach. Jest nadzieja, że ta nowa i zarazem konieczna inwestycja zostanie niebawem zrealizowana. Procedury formalne dotyczące gruntu pod budowę zostały już pozytywnie sfinalizowane. W chwili obecnej uruchomione zostały procedury przetargowe dotyczące projektu inwestycyjnego.

- 2. Niedostatek powierzchni użytkowej.**- Wynika z tego, iż budynek Centrum miał przewidziane początkowo t.j. w fazie projektu i budowy zupełnie inne przeznaczenie. Po zakończeniu prac budowlanych został adaptowany do potrzeb Wojewódzkiego Ośrodka Kardiologii, a obecnie Śląskiego Centrum Chorób Serca.

- 3. Brak własnej pralni i kuchni.**- Powoduje konieczność zakupu usług u dostawców zewnętrznych.

### 4. Wzrost zatrudnienia spowodowany zmianami systemowymi.

Wynika między innymi: z konieczności dokonywania stałej ewidencji procedur medycznych oraz ich monitorowania i rozliczania, wprowadzenia zmian w przepisach

( przykł. o zamówieniach publicznych czy ochrony danych osobowych), a także wzrostu zadań koniecznych do utrzymania płynności finansowej placówki wymagających wypracowania i realizacji zakontraktowanych procedur medycznych.

Po ustaleniu tzw. systemu wag, czyli określeniu hierarchii ważności dokonano tabelarycznej analizy zależności, uwzględniając liczbę istotnych interakcji i ich znaczenie dla firmy

Uzyskane wyniki w toku przeprowadzonej analizy wskazują jedno-

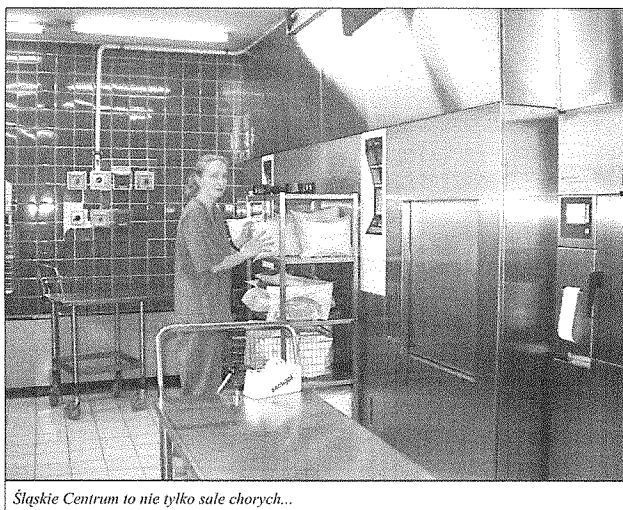
znacznie, że przy zdefiniowanej konfiguracji czynników zewnętrznych i wewnętrznych oraz przyjętym systemie wag, najlepszym wariantem strategii dla Śląskiego Centrum Chorób Serca w Zabrze będzie przyjęcie strategii ekspansji agresywnej, tak zwanej "Maxi-Maxi". Z analizy danych zawartych w tabelach jednoznacznie wynika, że najważniejszymi mocnymi stronami na jakich powinna być budowana strategiczna przewaga Centrum są:

- **wysoka jakość świadczonych usług,**
- **wiodąca rola na rynku kardiologicznym i kardiologicznym,**
- **nowoczesne wyposażenie,**
- **dobra opinia pacjentów.**

Utrzymanie tych mocnych stron pozwoli dalej wykorzystywać jego trzy najbardziej istotne atuty z punktu widzenia rozwoju sektora szans, a którymi są:

- **popyt na specjalistyczne usługi,**
- **wzrost zachorowań na choroby serca,**
- **integracja z Unią Europejską.**

Dotychczasowe osiągnięcia oraz przewidywany popyt na usługi specjalistyczne rokują dalszy intensywny rozwój Centrum a gwarancją jego jest już istniejący potencjał oraz wysoko wykwalifikowana kadra medyczna.



Śląskie Centrum to nie tylko sale chorych...

Istotnym warunkiem umożliwiającym przyjęcie i realizację wspomnianej strategii jest działająca w Centrum odpowiednia aparatura i urządzenia medyczne, spełniające wymogi współczesnej medycyny oraz dalszy znaczny rozwój posiadanej bazy diagnostycznej. Podjęte odpowiednio wcześniej inwestycje umożliwiły dostosowanie warunków pobytu chorych do standardów europejskich, przyczyniając się tym samym do wzrostu atrakcyjności Centrum w stosunku do jednostek konkurencyjnych.

Gwarantem utrzymania znaczącej pozycji na rynku jest bardzo wysoki poziom świadczonych usług oraz dalekowszycy i strategiczny "styl my-

ślenia" kadry menedżerskiej.

Dla realizacji określonej strategii w nowej rzeczywistości rynkowej oraz rodzącymi się szansami wejścia na rynek wschód i zachód, wskazane było utworzenie działu marketingu, odpowiedzialnego za kreowanie wizerunku Centrum na obecnym i nowych rynkach usług kardiologicznych, pozyskiwanie nowych rynków oraz środków na jego działalność i rozwój.

Podjęto również działania zmierzające do uzyskania certyfikatu jakości ISO.

Śląskie Centrum Chorób Serca w Zabrze jest dobrze przygotowane do zmian systemowych zachodzących na rynku kardiologicznym. Stałe podnoszenie jakości kompleksowych usług, stworzenie komfortowych warunków dla pacjentów, bardzo wysoko wykwalifikowana i stale aktywna naukowo kadra pracowników stawia Centrum w czołówce tego typu ośrodków leczenia chorób serca w Polsce oraz otwiera mu drogę do nowych rynków w sferze leczenia i diagnostyki po wejściu Polski do Unii Europejskiej.

Przeprowadzona analiza "SWOT" potwierdza silną pozycję Śl.C. Ch.S. na rynku oraz bardzo efektywny i kompetentny styl zarządzania nim, który przynosi wymierne efekty w postaci dobrej kondycji finansowej oraz optymistycznie zarysowanej przyszłości.

Natomiast dla zrealizowania uprzednio wspomnianej strategii "Maxi-Maxi" należałoby poczynić pewne kroki i działania, które będą



wymagały podjęcia dalszych decyzji, m.in. w sferze rozszerzenia oferty usług wykonywanych przez Centrum.

Z tym wiąże się takie problemy jak : efektywniejsze wykorzystanie pracowni diagnostycznych i laboratoryjnych, dalsza rozbudowa sieci komputerowych, połączenie w jeden system informacji budynku szpitala oraz administracji, wprowadzenie oprogramowania baz danych we wszystkich komórkach Centrum oraz szeregu pomniejszych działań organizacyjnych, co w efekcie pozwoliłoby na bardziej wydajną pracę placówki i jej dalszy rozwój.

Podjęcie prac nad wprowadzeniem w/w strategii to oddzielne zadanie wymagające oddzielnego omówienia.

Andrzej Delebiński

## Proces pielęgnowania a jakość opieki

Pielęgniarstwo jako dziedzina naukowa rozwija się równie dynamicznie, jak i inne nauki medyczne. Wraz z tą przemianą zmienia się również podejście do samego pielęgnowania. Od pewnego czasu postrzega się je jako proces wieloetapowy, ciągły i dynamiczny. W świetle różnych nowoczesnych teorii i modeli pielęgnowania, opisuje się je jako proces samodzielnej i całościowej opieki pielęgniarstwiej.

Wg. Górajek- Józwik: „ *proces pielęgnowania* jest systematycznym stosowaniem przez pielęgniarkę rozpoznania stanu bio- psycho- społecznego (a nawet kulturowo- duchowego) jednostki i środowiska oraz podejmowanie celowych i planowych działań wynikających z wcześniejszego rozpoznania, a także oceniania uzyskanych wyników”.

Proces pielęgnowania automatycznie kojarzy się z dokumentacją pielęgniarstwą i słusznie, ponieważ jednym z podstawowych wymogów prowadzenia procesu pielęgnowania jest jego dokumentowanie. Ma to podstawowe znaczenie dla opieki pielęgniarstwiej, ponieważ zgromadzone dane o pacjencie, a także plan opieki, jego realizacja będą miały wartość teoretyczną i praktyczną tylko wówczas, kiedy zostaną udokumentowane. Dzięki takiej dokumentacji można zebrać w jednym miejscu wszystkie dane o pacjencie, niezbędne do świadczenia zindywidualizowanej opieki pielęgniarstwiej. Poprzez uzyskanie wglądu w stan pacjenta możliwe jest lepsze jego poznanie, a tym samym proponowanie takiej opieki, jakiej aktualnie on wymaga.

Dokumentacja procesu pielęgnowania stanowi wiarogodne źródło informacji, które daje czytelny obraz (dla każdego członka zespołu terapeutycznego) tego, co i dlaczego w zakresie opieki jest aktualnie robione lub też będzie realizowane w dalszej lub bliższej przyszłości w stosunku do pacjenta. Dopiero to pozwala na zindywidualizowanie opieki opartej na racjonalnych podstawach. Taka dokumentacja służy również jako jedna z metod komunikowania się personelu w sprawach opieki.

Mimo oczywistych zalet dokumentowania opieki pielęgniarstwiej, w polemice na łamach publikacji pielęgniarstwiej można dostrzec i negatywne opinie. A jednak wbrew opiniom przeciw, podjęto próbę wprowadzenia dokumentacji

procesu pielęgnowania w Śląskim Centrum Chorób Serca. Nie było łatwo! Wiązało się to ze zmianą świadomości personelu pielęgniarstwiej, reorganizacją pracy pielęgniarek na niektórych oddziałach. Po kilkumiesięcznym próbnym prowadzeniu dokumentacji wydaje się, że było warto.

**W skład dokumentacji weszły następujące arkusze:**

- \* Karta indywidualnej pielęgnacji,
- \* Plan pielęgnowania,
- \* Realizacja planu pielęgnowania,
- \* Karta obserwacji wkluc obwodowych/ centralnych,
- \* Karta procesu pielęgnowania i gojenia ran po zabiegu operacyjnym.

W wyniku tych zmian szybko dało się zaobserwować korzyści:

1. pielęgniarki potrafią w sposób profesjonalny rozpoznać stan bio- psycho- społeczny pacjenta oraz określić problemy pielęgnacyjne,



Zespół pielęgniarstwiej z Oddziału Kardiologii

2. pracują jako samodzielni specjaliści we współpracy z pacjentem, rodziną, członkami zespołu terapeutycznego, poprzez realizację planu pielęgnowania,
3. pracy pielęgniarek towarzyszą merytoryczne dyskusje na temat pielęgnowania, co powoduje wzrost wiedzy zawodowej pielęgniarek,
4. personel pielęgniarstwiej wykształcił fachowy język, adekwatny do czynności pielęgnacyjnych wykonywanych przy pacjencie,
7. pacjent stał się holistycznym podmiotem,
8. opieka sprawowana jest wspólnie z pacjentem, opiekunem co powoduje aktywizację pacjenta i jego rodziny.

To wszystko niewątpliwie podnosi jakość opieki pielęgniarstwiej, choć na pewno jest jeszcze nad czym pracować. *Ale działania te pokazały, że pielęgniarki chcą pracować profesjonalnie i zgodnie z najnowocześniejszymi trendami w pielęgniarstwie.*

BK

## Małgorzata Ulatowska

### ROLA PIELEŃNIARKI ODDZIAŁOWEJ W KIEROWANIU ZESPOŁEM

Pielęgniarka oddziałowa wykonuje pracę kierowniczą w danym oddziale, a kierowanie jest niezwykle ważnym procesem polegającym na organizowaniu, przewodzeniu i kontrolowaniu pracy. Organizacja jest zbiorem różnych elementów współistniejących, służącym jednemu celowi. Organizowanie natomiast - jest celowym łączeniem w jedną całość elementów czasowych, przestrzennych i rzeczowych. Dobra organizacja jest podstawowym warunkiem tego, aby zespołowa praca (a taka jest praca pielęgniarek w oddziale) była dobrze wykonana.

Pielęgniarka oddziałowa, bezpośrednio kieruje wykonawcami prac. Dlatego też powinna nie tylko znać teoretycznie, ale także praktycznie umieć wykonać każdą pracę pielęgniarki w zakresie wykonywanym w oddziale. Musi umieć ją wykonać przy zastosowaniu najwłaściwszej metody wykonawczej. Pielęgniarka oddziałowa pełniąc rolę organizatora pracy w oddziale powinna legitymować się umiejętnościami zawodowymi, autorytetem, zdolnościami przywódczymi, odpowiedzialnością, sprężegawczością, twórczym podejściem do swoich zadań, sprawiedliwością, odwagą, silną wolą itp. Winna również dbać o podnoszenie kwalifikacji zawodowych swoich, jak również podwładnych.

Dobry zorganizowany zespół pracuje szybko, porozumiewa się krótkimi słowami, hasłami, gestem, spojrzeniem. Wszyscy są opanowani, każdy wie co do niego należy, co robić, jeden drugiemu pomaga. Uczestnicy pracy zespołowej, a taką jest właśnie praca pielęgniarek, powinni wzajemnie znać swoje zadania i obowiązki na tyle by nie wkraczać w zakresy swoich kompetencji lub specjalności. Każdy powinien realizować swoje zadania w sposób odpowiedzialny, zgodnie z kompetencjami. Od podejścia pielęgniarki oddziałowej i sposobu przekazania dyspozycji zależy jakość pracy podległego zespołu, Aby zespół dobrze pracował wszyscy jego członkowie powinni identyfiko-



wać się z tematem pracy i jej celem. Wtedy zapomina się o sobie, wybaczając ewentualne urazy, wszyscy myślą o jednym: jak pomóc choremu, cierpiącemu i niejednokrotnie bezradnemu człowiekowi. Pielęgniarka nie może pracować sama i nawet źle jest, jeśli jedna osoba chce wszystko zrobić sama.

W każdej pracy zespołowej konieczny jest podział ról, obowiązków - nie wykluczając jednocześnie wzajemnej pomocy tam, gdzie jest to uzasadnione. Z dobrą organizacją łączy się odpowiednie wyposażenie pracownika w aparaturę, narzędzia, sprzęt i materiały. Lepsze lub gorsze zorganizowanie pracy zależy od podziału i przydziału pracy. Jeżeli ludzie nie pracują tak, jakby się tego oczekiwało, trzeba szukać błędów w systemie oddziaływania na nich. Tak więc czynnością należącą do obowiązków pielęgniarki oddziałowej jest przekonanie pracowników o celowości wyznaczonych zadań i o tym, że prawidłowym ich wykonaniem nie tylko spełniają swój obowiązek, nie tylko pomagają chorym, lecz że ta praca wywrze również dodatni wpływ na spełnienie ich własnych pragnień lub zamierzeń.

Przełożony powinien widzieć w podwładnych ludzi i jeśli jest to możliwe, spełniać ich drobne życzenia istotne dla ułatwienia im życia. Kierując ludźmi musi pamiętać o tym, że nawet najlepsze metody zastosowane bez właściwego dystansu lub w pośpiechu dają często złe rozwiązania rzeczywistych problemów. Aby uzyskać pozytywne wyniki pracy wykonawca musi znać możliwie najlepszą metodę pracy, a w trakcie wykonywania nie powinien napotykać przeszkód wynikających ze złej organizacji.

Pielęgniarka oddziałowa powinna orientować się w warunkach domowych podległego personelu. Zrozumie wtedy sytuację, które mogą wpływać na obniżenie wydajności pracy. Aby praca w oddziale była dobrze zorganizowana, pielęgniarka oddziałowa powinna kierować ludźmi w sposób autokratyczny - demokratyczny.

Niezbędna jest przy tym jest atmosfera wzajemnego zaufania i życzliwości, bowiem wygórowane ambicje są przeszkodą w sprawnej i skutecznej pracy zespołowej i często uniemożliwiają osiągnięcie celu, a w pielęgniarstwie przecież najwyższym celem jest dobro chorego.

Małgorzata Ulatowska





Iwona Trzcńska

**Zawód pielęgniarka**

Kim jest pielęgniarka w dzisiejszym świecie ?

Z czym kojarzy się ten zawód każdemu Polakowi? Z obserwacji wiem, że nadal obowiązuje stereotyp, iż pielęgniarka zrobi zastrzyk, poda leki, basen lub kaczkę oraz umyje chorego i na tym jej rola się kończy. Nic bardziej błędnego. W dzisiejszej dobie pielęgniarka musi i chce się ciągle dokształcać. Musi śledzić nowości medyczne i wdrażać je w swojej pracy. Przede wszystkim musi być bardzo sumienna i spostrzegawcza, ponieważ to od jej obserwacji i dużej wiedzy niejednokrotnie zależy życie i zdrowie pacjentów. Pielęgniarka jest przecież najbliżej chorego i nie tylko wykonuje zlecenia lekarskie, ale także obserwuje i analizuje stan zdrowia pacjenta. To przecież ona pierwsza przegląda wyniki badań i sygnalizuje lekarzowi ich nieprawidłowości. To ona biegnie na dzwonek i pierwsza udziela pomocy. I to od jej wiedzy i kompetencji niejednokrotnie zależy powodzenie leczenia. Jednym słowem pielęgniarka jest partnerem lekarza w drodze do uzyskania zdrowia pacjenta.

Często słyszymy i widzimy w telewizji naukowe konferencje lekarskie gdzie omawiane są osiągnięcia medycyny oraz wymiana doświadczeń. Niestety żadne media nie interesują się konferencjami pielęgniarskimi. Czyżby takich konferencji nie

było? Nic bardziej błędnego. Pielęgniarskie konferencje się odbywają i pielęgniarki nie tylko są ich słuchaczkami ale także wykładowcami. Edukacja nasza nie kończy się na konferencjach. Rozszerzamy swoją wiedzę na różnych kursach, specjalizacjach, a także kończymy studia uzyskując tytuł magistra pielęgniarstwa.

Dlaczego to piszę? Bo boli mnie ciągły brak zaufania do słów i naszych porad. Niejednokrotnie w swoim życiu zawodowym spotkałam się z tym, że pacjenci sprawdzali moją trafność porad zadając to samo pytanie lekarzowi. I co się okazywało? Lekarz mówił to samo co wcześniej pielęgniarka. Nie mam tutaj do nikogo pretensji bo zdaję sobie sprawę, że ten zawód był przez te wszystkie lata nie doceniany i lekceważony. Na szczęście zaczyna się to powoli zmieniać i dzisiaj pacjent ma więcej zaufania do nas pielęgniarek. Odczuwam to na każdym kroku.

Na szczęście kocham ten zawód i nigdy się nie poddam ani nic mnie nie zniechęci. Mam ciągle nadzieję, że w mediach będą nas pokazywać nie tylko jako sfrustrowane, rozgoryczone, strajkujące przedstawicielki naszego zawodu ale także jako mądre samodzielnie myślące partnerki lekarza pomagające wrócić naszym chorym do upragnionego zdrowia. Czego sobie, swoim koleżankom i pacjentom życzę.

Iwona

**SZCZĘŚCIE - CO TO ZNACZY BYĆ SZCZĘŚLIWYM?**

*Czy można być szczęśliwym?*

*Czy jesteśmy szczęśliwi?*

*Każdy inaczej rozumie swoje szczęście.*

*Są ludzie którzy mają bardzo mało, żyją skromnie, jest im ciężko*

*A są bardzo szczęśliwi.*

*Są ludzie bogaci, a wcale nie są szczęśliwi.*

*A niektórzy są bogaci i szczęśliwi.*

*Co znaczy dla każdego szczęście?*

*Szczęśliwa rodzina*

*Dzieci*

*Zdrowie*

*Piękny wygląd*

*Wycieczki zagraniczne*

*Dużo pieniędzy*

*Szczęście to czasami zwykła chwila, piękny poranek gdy wstajemy z łóżka.*

*Szczęście to chwila w parku- zielone liście, śpiew ptaków, słońce.*

*Szczęście to uśmiech dziecka.*

*Szczęściem może być wszystko.*

*Szczęściem jest to że żyje.*

*Może jesteśmy szczęśliwi a wcale o tym nie wiemy.*

*Czy jesteś szczęśliwy?*

*Nie wiesz*

*A co to jest szczęście?*

*Wszystko co się odbiera pozytywnie, co nas cieszy, co nas uszczęśliwia.*

*Czy szczęściem może być coś trudnego - wypadek, samotność, choroba?*

*Może - bo zawsze nas czegoś uczy.*

*Uczy nas wychodzić z tego, a gdy wyjdziemy ze smutku znów jesteśmy szczęśliwi*

*Uczy nas szczęścia, szczęście to nasze wnętrze.*

*Człowiek szczęśliwy dzieli się swoim szczęściem z innymi.*

*Każdy chce być szczęśliwy*

*Każdy jest szczęśliwy*

**DAJ TROCHĘ SZCZĘŚCIA INNYM**

Janina Sobczak



Joanna Wyciskiewicz Karina Łysakowska

## Daj szansę swojemu sercu!

W Polsce coraz więcej ludzi zapada na zawał serca. Choroba dotyczy tętnic wieńcowych, które oplatają serce, dostarczając tlen i składniki odżywcze do mięśnia sercowego. Przyczyną choroby jest miażdżycy rozwijająca się w tętnicach. Przez długi czas może ona przebiegać bezboleśnie, a zawał serca może być pierwszym sygnałem choroby.

Wykryto szereg czynników zwiększających ryzyko choroby niedokrwiennej serca. Do najważniejszych należą:

-wysokie stężenie cholesterolu we krwi, nadciśnienie tętnicze, stres, wiek, skłonności genetyczne, palenie tytoniu.

Badania wykazały, że redukcja tych czynników zmniejsza ryzyko wystąpienia choroby niedokrwiennej serca.

### Poznaj wroga, czyli kilka słów o cholesterolu.

Cholesterol produkowany jest przez wątrobę, dostaje się do organizmu również w wielu spożywanych przez nas produktach. Mimo, iż substancja ta niezbędna jest do prawidłowego funkcjonowania organizmu, jej nadmiar może odkładać się w tętnicach w całym organizmie. Utrudnia to swobodny przepływ krwi, a co za tym idzie transport tlenu i składników odżywczych. W efekcie następuje niedokrwienie części ciała zaopatrywanej przez chorą tętnicę, co odczuwamy jako ból. Jeżeli jest to serce- mówimy o chorobie wieńcowej, która często prowadzi do zawału serca.

Pożądaną stężenie cholesterolu całkowitego we krwi to wartość poniżej 200 mg/dl (5,2 mmol/L). Wartości powyżej 200 mg/dl są nieprawidłowe (hipercholesterolemia). W zależności od stopnia podwyższenia cholesterolu wyróżniamy hipercholesterolemię:

- łagodną**- od 200-249 mg/dl (od 5,2-6,5 mmol/L)
- umiarkowaną**- od 250-299 mg/dl (od 6,5-7,8 mmol/L)
- ciężką**- powyżej 300mg/dl (powyżej 7,8 mmol/L)

Pożądaną stężenie trójglicerydów we krwi to wartość 200 mg/dl (2,3 mmol/L). Dzięki obniżeniu cholesterolu i trójglicerydów we krwi można spowolnić rozwój miażdżycy. Czasami wystarczy zmiana sposobu odżywiania.

### Najważniejsze zasady diety.

Głównym zadaniem diety jest obniżenie poziomu lipidów a szczególnie cholesterolu w surowicy krwi. Najistotniejszą cechą tej diety jest ograniczenie nasyconych kwasów tłuszczowych i częściowe zastąpienie ich jednonienasyconymi oraz wielonienasyconymi kwasami tłuszczowymi- ma to zapobiegać wzrostowi stężenia cholesterolu we krwi. Należy uwzględnić w diecie dość znaczny dodatek olejów roślinnych bogatych w wielonienasycone kwasy tłuszczowe, a więc oleju sojowego lub słonecznikowego, oliwy z oliwek lub oleju rzepakowego.

Równocześnie aby dietę zubożyć w nasycone kwasy tłuszczowe trzeba wyeliminować wszystkie dodawane do niej tłuszcze zwierzęce tj. masło, słonina, smalec oraz ograniczyć tłuste produkty pochodzenia zwierzęcego, głównie mięso, wędliny, drób. Ogranicza się również produkty bogate w cholesterol na przykład żółtka jaj, masło, podroby. Badania wykazały, że samo zmniejszenie ilości cholesterolu w pożywieniu bez zmiany rodzaju spożywanego tłuszczu, nie daje znaczącego spadku cholesterolu w surowicy. Jeżeli natomiast zredukuje się cholesterol w pożywieniu i równocześnie tłuszcze bogate w nasycone kwasy tłuszczowe zastąpi się tłuszczami bogatymi w wielonienasycone kwasy tłuszczowe spadek cholesterolu w surowicy jest widoczny.

Dzienna stawka spożywanego cholesterolu nie powinna przekraczać 300mg. Istotne znaczenie w tej diecie ma przede wszystkim ograniczenie podaży sodu. Spożycie soli należy zwykle do utrwalałych nawyków żywieniowych, z których nie jest łatwo zrezygnować. Do skutecznych sposobów jego ograniczenia należy eliminacja gotowych przetworów spożywczych, w których sól stanowi środek konserwujący np. wędzone wędliny, solone śledzie, wędzone ryby, żółte sery, gotowe przyprawy, kiszzone ogórki, gotowe sałatki, sosy. Pożądaną walory smakowe potraw przy użyciu mniejszych ilości soli uzyskuje się przez solenie ich tuż przed podaniem lub pod koniec gotowania, zastępowanie soli innymi przyprawami jak pieprz, papryka, oregano, cząber, ocet, chrzan.

Ograniczeniu podlegają również inne używki jak kawa, herbata, alkohol. Głównym źródłem energii powinny być produkty zbożowe. Powinny one pokrywać ponad 30% dziennego zapotrzebowania energetycznego. Preferowane są przetwory zbożowe o dużej zawartości błonnika np. pieczywo razowe, pyłkowe, pszenne, makarony (z wyjątkiem makaronu na żółtkach), wszystkie gatunkaszy.

### Zawartość cholesterolu w 100g produktu- przykłady:

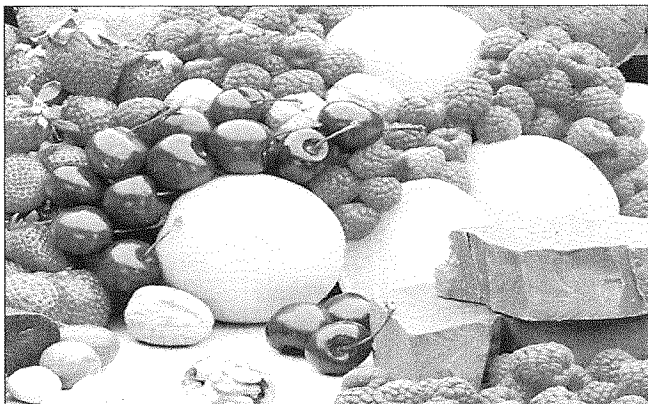
Mleko 2 %	8mg
Mleko 3,2%	13mg
Ser twarogowy chudy	5mg
Ser topiony Edamski kremowy	87mg
Ser Gouda pełnotłusty	76mg
Camembert	73mg
Jaja kurze	1790mg
Wieprzowina	63mg
Wołowina	55mg
Wątróbka drobiowa	380mg
Żołądki drobiowe	110mg
Kabanosy	107mg
Szynka wędzona surowa	110mg
Parówka	60mg
Sandacz	17mg
Dorsz	29mg
Morszczuk	38mg
Węgorz wędzony	51mg
Masło stołowe śmietankowe	220mg
Smalec	95mg
Makaron dwujajeczny	54mg
Makaron czterojajeczny	107mg

Dużą ilość błonnika dostarczają nam także warzywa i owoce. Pożądaną jest spożywanie około 1 kg owoców i warzyw (łącznie z ziemniakami) dziennie. Również mleko ze względu na wysoką zawartość wapnia powinno być spożywane w dużych ilościach, zaleca się co najmniej 0,5 l dziennie. Przy wyborze mleka sugeruj się zawartością tłuszczu. Powinno się spożywać zawsze mleko chude 0,5-1,5% tłuszczu. Mięso i jego przetwory powinny być spożywane w małych ilościach około 100g dziennie. Mięso białe, szczególnie drobiowe uważane jest za zdrowsze. Zawiera ono mniej tłuszczu. Pożądaną jest zastępowanie mięsa rybami lub nasionami roślin strączkowych. Spośród nasion roślin strączkowych szczególnie polecana jest soja, ze względu na dużą zawartość białka, nienasyconych kwasów tłuszczowych i błonnika, które należą do grupy przeciwutleniających. Jaja, podroby i krewetki powinny być ograniczone ze względu na dużą zawartość cholesterolu. Dopuszcza się spożywanie 2 jaj tygodniowo wliczając w tą ilość jaja spożywane w gotowych produktach.

W diecie tej baczna uwagę należy zwrócić na sposób przygotowania potraw. Preferowane jest gotowanie na parze, pieczenie w folii lub na ruszcie, grilla, smażenie na patelni teflonowej bez dodatku tłuszczu, duszenie bez wcześniejszego obsmażania.

Ogranicz ilość spożywanych słodczy- ciast z kremem, pączków, czekolad. Oprócz wysokiej liczby kalorii pochodzącej z węglowodanów spożywasz dużo tłuszczu. Ograniczać powinno się również jedzenie słonych przekąsek: -chipsów, słonych orzeszków, paluszków, krakersów itp. W nich także czai się ukryty tłuszcz.

Joanna Wyciskiewicz, Karina Łysakowska





Irena Młynarczyk

## Pogoda i serce

Wszyscy wiemy, że pogoda nie pozostaje bez wpływu na nasze samopoczucie. Część z nas przy dużej wilgotności powietrza doświadcza zaostrzenia dolegliwości stawowych. Wielu w ciepły, wietrzny dzień narzeka na ból głowy.

Można wierzyć lub nie, ale aura oddziałuje na naszą psychikę i stan fizyczny.

Już 400 lat p.n.e. Ludzie obwiniali pogodę za wszelkiego typu schorzenia i cierpienia. I robimy to nadal.

Media uwzględniając wpływ niżów i wyżów często przestrzegają nas przed nasileniem różnych dolegliwości. Regionalne stacje pogodowe przekazują w swoich informacjach nie tylko dane meteorologiczne, ale także wpływ ciśnienia atmosferycznego, temperatury powietrza, wiatru czy wilgotności na stany bólowe, czy stan naszego „ducha”. Kto z nas nie usprawiedliwia porannego niepokoju i znużenia wypowiedzią redaktora Zalewskiego z Eko-Radia zapowiadającą „zły” biomet.

Czy te wszystkie informacje są oparte na czymś więcej niż tylko odczucia starszych ludzi? Klimatolodzy i naukowcy są zgodni, że niektóre warunki pogodowe i czynniki środowiska człowieka oddziałują negatywnie na układ krążenia, oddechu, nasilają dolegliwości ze strony stawów i mięśni, sprzyjają silnym migrenom.

Co zatem decyduje w pogodzie o jej wpływie na zapadalność na zawał serca? Jaki jest tego mechanizm? O oddziaływaniu czynników meteorologicznych na układ krążenia pisze szereg autorów zwracając uwagę na istotny udział w tym zjawisku czynnika nerwowego, a właściwie wpływu aerojonizacji na układ wegetatywny.

Teoria odruchów ekstero- i intero receptywnych tłumaczy wpływ czynników meteorologicznych na chorobę wieńcową i zawał mięśnia sercowego. Przyjmując współdziałanie czynników zewnętrznych i wewnętrznych na układ sercowo-naczyniowy rozumiemy, że oprócz wysiłku, podniecenia, trawienia i innych okoliczności sprzyjających, działanie czynników meteorologicznych może zbiegać się z powstaniem zawału serca. Znane jest zjawisko zmian w napięciu układu wegetatywnego w pierwszych godzinach zaburzeń meteorologicz-

nych (halny, fen).

U osób z chwiejnym układem wegetatywnym spotyka się zmienne zachowanie się wskaźnika protrombiny. Wagotonicy i dystonicy są skłonni do hiperprotrombinemii ze skróceniem czasu krzepnięcia, co nie jest bez znaczenia w tworzeniu się zawału.

Większość naukowców uważa temperaturę powietrza, a szczególnie nagłe jej zmiany, za najsilniejszy bodziec mający wpływ na serce. Głównie niskie temperatury (0 st. i mniej) są powodem zaostrzenia dolegliwości wieńcowych. Obserwowano częstsze występowanie zawału przy zmieniającej się wilgotności powietrza, która pozostaje w ścisłym związku z wahaniami temperatury, ciśnienia atmosferycznego i innych czynników meteorologicznych.

Wpływ na serce ma także okres przed i w czasie burz, co wiąże się ze zmianą jonizacji i napięcia elektrycznego powietrza. Badania w tym zakresie potwierdziły, że w czasie burzy występuje charakterystyczny niepokój w powierzchniowych naczyniach włosowatych. Zaburzenia takie mogą zachodzić także w narządach wewnętrznych, a dłużej trwające skurcze tych naczyń często stanowią tło dla przełomów naczyniowych.

Wiele publikacji podkreśla, że zarówno czynniki meteorologiczne pojedynczo, jak i wszystkie razem mogą wpływać niekorzystnie na układ krążenia. Szczęśliwie jednak nie znaczy to, że mogą one stanowić przyczynę wystąpienia zawału. Jednak bywają czynnikami wyzwalającymi.

Te spostrzeżenia potwierdzają, że schorzenia naczyń wieńcowych są klimatotropowymi. Ma to znaczenie praktyczne przy braniu pod uwagę środków zapobiegawczych w zależności od przewidywanych zmian meteorologicznych. Odnieść to można przede wszystkim do chorych na nadciśnienie tętnicze i schorzenia naczyń wieńcowych, a także do osób z chwiejnym układem neurovegetatywnym.

Dyspozycje do zawałów w okresie zaburzeń pogody bywają przejściowe, dlatego celowe jest uwzględnienie warunków meteorologicznych dla profilaktyki ostrej niewydolności krążenia wieńcowego.

Nawet przy najgorszej pogodzie, na przekór aurze zachowajmy chociaż „pogodę ducha”.

Irena Młynarczyk

Mgr Irena Młynarczyk jest kierownikiem działu rehabilitacji w ŚICChS.

Ankietowani pozytywnie ocenili również:

- \* poszanowanie intymności pacjentów podczas wykonywanych badań i zabiegów.
- \* wyposażenie sal chorych i zachowanie ciszy umożliwiającej chorym odpoczynek.

Aby zapewnić pełne zadowolenie naszych pacjentów powinniśmy ponadto zwrócić uwagę na udoskonalenie:

- \* organizacji przyjęcia chorego, jego oczekiwania na operację/ zabieg, rozkładu dnia pacjentów.
- \* sposobu zapoznania pacjenta ze zwyczajami panującymi w oddziale i jego topografią.

Jakość opieki medycznej i warunki pobytu zostały również wy-

soko ocenione przez obserwujących leczenie członków rodziny naszych chorych.

Serdecznie dziękujemy wszystkim ankietowanym pacjentom za podzielenie się z nami własną opinią. Uzyskane wyniki analizy traktujemy bowiem nie tylko jako podsumowanie zaangażowania i wysiłku wielu pracowników i współpracowników Śląskiego Centrum Chorób Serca. Są one dla nas przede wszystkim punktem wyjścia do podjęcia dalszych działań w kierunku udoskonalania opieki sprawowanej nad naszymi pacjentami.

przeprowadzenie badań i opracowanie analizy:

mgr Alicja Michalak mgr Grażyna Szymura

# Cukrzyca

**Cukrzyca jest chorobą metaboliczną, która może prowadzić do wielu powikłań uszkadzających wzrok, nerki i serce.** Przyczyną choroby jest niedobór w organizmie **insuliny** – hormonu produkowanego przez trzustkę. Zadaniem insuliny w organizmie jest umożliwienie transportu glukozy przez błony komórkowe – wbrew gradientowi stężeń chemicznych.

**INSULINA** jest hormonem, którego zadanie polega na obniżaniu poziomu cukru we krwi. Jest ona wydzielana do krwi, a produkowana w komórkach beta trzustki. Insulina wydzielana jest do krwi w małych ilościach przez całą dobę oraz w dostrzyknięciach przed każdym posiłkiem. Komórki trzustki mają "własny" zegar, który decyduje o porze i ilości wydzielonej insuliny. Zegar informuje, kiedy i ile w danej chwili jej potrzeba.

Dzięki insulinie następuje transport glukozy w kierunku od stężenia niższego do wyższego. W komórkach mięśniowych glukoza służy jako materiał energetyczny. Niedobór insuliny prowadzi do braków glukozy w komórkach przy znacznym nadmiarze cukru we krwi. Nerki nie zatrzymują cukru w organizmie, wskutek czego pojawia się on w moczu. Poziom cukru u człowieka nie mającego cukrzycy nawet po bardzo dużym i słodkim posiłku nie będzie odbiegał od normy, tzn. nie przekroczy wartości 160 mg%, czyli progu nerkowego dla glukozy. Cukrzyca jest chorobą społeczną dotykającą, szczególnie w społeczeństwach wysoko rozwiniętych 3-4 % populacji.

W Polsce na cukrzycę choruje ponad milion osób. Przepuszczalnie kolejny milion choruje nie wiedząc o tym. Istotą schorzenia jest podwyższony poziom glukozy (cukru) we krwi, co może doprowadzić z czasem do różnorodnych zaburzeń funkcjonowania organizmu. Powikłania cukrzycy są najczęściej związane z uszkodzeniem naczyń krwionośnych, choroba nerek, uszkodzeniami siatkówki oka, uszkodzeniami stóp, i chorobą wieńcową. Do roku 1922 (kiedy odkryto insulinę) cukrzyca była chorobą śmiertelną.

## Rodzaje cukrzycy

**Cukrzyca typu 1** (zwana także cukrzycą młodzieńczą bądź insulinozależną) - wywołana jest zniszczeniem komórek beta trzustki, odpowiedzialnych za produkcję i wydzielanie insuliny. Ten rodzaj cukrzycy występuje częściej u ludzi młodych (ale nie tylko) oraz u dzieci. Spośród chorych na cukrzycę, na typ 1 choruje 15 - 20 % chorych. Jedynym możliwym leczeniem tej choroby jest podawanie insuliny oraz właściwe odżywianie i wysiłek fizyczny.

**Cukrzyca typu 2** (cukrzyca dorosłych, insulinoniezależna) - w tym rodzaju cukrzycy przyczyną podwyższonego poziomu cukru nie jest brak insuliny, ale jej nieprawidłowe działanie w organizmie (oporność na działanie insuliny). Najczęściej cukrzycy typu 2 towarzyszy otyłość oraz bardzo często nadciśnienie tętnicze. Ten rodzaj cukrzycy występuje najczęściej u ludzi starszych. Około 80 - 85 % wszystkich pacjentów z cukrzycą stanowią chorzy na cukrzycę typu 2. Początkowo leczenie tej choroby opiera się na stosowaniu odpowiedniej diety, dostosowanego do możliwości chorego wysiłku fizycznego oraz doustnych leków hipoglikemizujących (przeciwcukrzycowych).

**Cukrzyca ciężarnych** - cukrzyca po raz pierwszy rozpoznana w ciąży i występująca do momentu urodzenia dziecka. Leczenie tej postaci cukrzycy powinno być prowadzone tylko w wyspecjalizowanych ośrodkach ginekologiczno-diabetologicznych.

**Cukrzyca wtórna** - to najbardziej zróżnicowana grupa cukrzyc, które łącznie stanowią około 2-3% wszystkich postaci cukrzycy w Europie i Ameryce Południowej. Charakterystyczne dla tej postaci są współwystępujące z cukrzycą inne zaburzenia lub zespoły chorobowe. Najczęstsze przyczyny cukrzycy wtórnej to:

- niektóre leki stosowane w chorobach układu krążenia oraz w chorobach gruczołów dokrewnych (endokrynopatie)),
- choroby trzustki - przewlekłe zapalenie trzustki, rak trzustki, stan po pankreatomiektomii (operacyjnym usunięciu trzustki)/

**Cukrzyca na tle niedostatecznego i wadliwego odżywiania** - występuje głównie wśród ludności tubylczej strefy międzyzwrotnikowej w krajach Azji, Afryki i Ameryki Południowej, w których niedożywienie i głód są powszechne.

## Objawy cukrzycy

Jeśli trzustka wytwarza za mało insuliny lub nie produkuje jej wcale, glukoza nie dociera do komórek, lecz pozostaje w krwiobiegu. Ma to dwojakie konsekwencje:

- z jednej strony pojawia się **zbyt duże stężenie cukru we krwi** (hiperglikemia),

- z drugiej powstaje stan tak zwanego **głodu komórkowego**.

Organizm, broniąc się przed niedożywieniem, uruchamia mechanizmy zwiększające apetyt. Obrona ta jest jednak nieskuteczna, ponieważ z powodu braku insuliny glukoza z pożywienia i tak nie trafia do tkanek, lecz wydalana jest wraz z moczem. Ale najpierw musi zostać rozpuszczona, do czego zużywane są obecne w organizmie płyny. W konsekwencji dochodzi do odwodnienia, które objawia się zwiększonym pragnieniem.

**Nadmierne pragnienie przy jednoczesnym zwiększonym oddawaniu moczu oraz chudnięcie mimo wzrostu apetytu są zwykle pierwszymi symptomami cukrzycy. Bardzo często towarzyszy im ogólne osłabienie, uczucie stałego zmęczenia.**

Jeśli choroba nie zostanie w porę wykryta i leczona, dochodzą inne dolegliwości, np. bolesne skurcze mięśni podudzi, różne zmiany skórne, zaburzenia wzroku (np. nieostre widzenie).

## Powikłania cukrzycy

Cukrzyca towarzyszą często liczne powikłania. Najczęściej są to:

a) **nefropatia cukrzycowa** (uszkodzenie nerek) - We wczesnej fazie uszkodzenia nerek dochodzi do wydzielania z moczem małych ilości białek. Zmiany te mogą ustąpić, jeżeli poprawi się kontrolę leczenia cukrzycy. Po 15-30 latach trwania cukrzycy prowadzi do niewydolności nerek.

b) **retinopatia cukrzycowa** (uszkodzenie siatkówki) - stwierdza się ją u 50% chorych po 10 latach cukrzycy. Badanie wzroku należy przeprowadzać co najmniej 1 raz do roku.

c) **neuropatia cukrzycowa** (uszkodzenie nerwów) - u ok. 40% chorych, na ogół nasila się z wiekiem i czasem trwania choroby występująca głównie jako:

- polineuropatia obwodowa (często występująca) mrowienia, piekący ból, przećulica skóry,
- zaburzenia układu autonomicznego objawiające się szybką pracą serca, zaburzeniami perystaltyki jelit, naprzemiennymi biegunkami i zaparciami, zaburzeniami trawienia, impotencja.

d) **stopa cukrzycowa** - owrzodzenia i martwica, zwykle bez bólu, na palcach, pięcie i opuszcze stopy.

## Hipoglikemia (niedocukrzenie)

Stężenie glukozy we krwi może być opisane w badaniach w dwojaki sposób:

- w milimolach na 1 litr krwi (mmol/l);
- w miligramach na 100 ml krwi (mg%) albo na decylitr krwi (mg/dl).

**Prawidłowe stężenie glukozy na czczo wynosi 3,3-6,1 mmol/l (60-110 mg/dl)**, po posiłkach przejściowo zwiększa się, najczęściej mniej więcej do 8,9 mmol/l (160 mg/dl). Jeśli badanie krwi wykonywane przez 3 dni z rzędu o tej samej porze wykazuje **stężenie cukru ponad 10 mmol/l (180 mg/dl)**, oznacza to **cukrzycę**.

O stanie niedocukrzenia, czyli hipoglikemii mówi się wtedy, gdy jest zbyt mało glukozy we krwi. Jeżeli stężenie glukozy we krwi spada poniżej 50 mg%, mózg jest niedożywiony (jak pamiętamy, glukoza jest podstawowym źródłem energii dla każdej komórki - szczególnie dla komórki mózgowej), co powoduje zaburzenia w jego pracy, mogące doprowadzić do utraty przytomności, a czasem do drgawek. Organizm człowieka broni się przed wystąpieniem hipoglikemii (niedocukrzenia). Zwykle występują objawy sygnalizujące ten stan. Każdy chory trochę inaczej odczuwa niedocukrzenie. Warto nauczyć się rozpoznawać wczesne objawy hipoglikemii aby w porę podjąć odpowiednie środki zaradcze.

## Najczęstsze przyczyny niedocukrzenia to:

- \* nadmiar insuliny (np. na skutek pomyłkowego pobrania dodatkowej dawki)
- \* błędy w odżywianiu
- \* za duży wysiłek fizyczny
- \* wypicie większej ilości alkoholu.

## Objawy niedocukrzenia:

- \* pocenie się; uczucie głodu; uczucie słabości; kołatanie serca, niepokój; zaburzenia widzenia;; drżenie rąk; bóle głowy.

Niedocukrzenie może doprowadzić do **śpiączki hipoglikemicznej**, która może zakończyć się śmiercią.

W przypadku niedocukrzenia chory powinien zjeść 3 kostki lub trzy łyżki cukru, albo wypić słodki sok lub inny słodki napój. Obecnie zaleca się wypicie szklanki coca-coli (najszybciej podnosi poziom cukru we krwi)

-jeśli stan się nie poprawi po kilku minutach, lub chory straci przytomność- należy wezwać Pogotowie Ratunkowe.

W stanach ciężkich chorzy mają przy sobie dozownik z **glukagonem**, który na-



leży jak najszybciej podać. Glukagon zawiera jednorazową dawkę biosyntetycznego ludzkiego glukagonu (0,001 g) oraz strzykawkę z rozpuszczalnikiem.

Glukagon powoduje uwolnienie glukozy magazynowanej w wątrobie i w krótkim czasie podwyższa jej poziom we krwi. Działa skutecznie zarówno po podaniu dożylnym, jak i domięśniowym lub podskórnym.

#### Postępowanie w przypadku cukrzycy

Podstawową rolę w prawidłowym leczeniu tej choroby odgrywa edukacja pacjentów w zakresie żywienia, wpływu wysiłku fizycznego na poziom glukozy i samokontroli czyli mierzenia poziomu glukozy w warunkach domowych. Umożliwia to pacjentowi samodzielne kontrolowanie choroby i we współpracy z lekarzem osiągnięcie znacznie lepszych efektów leczenia oraz poprawę jakości życia.

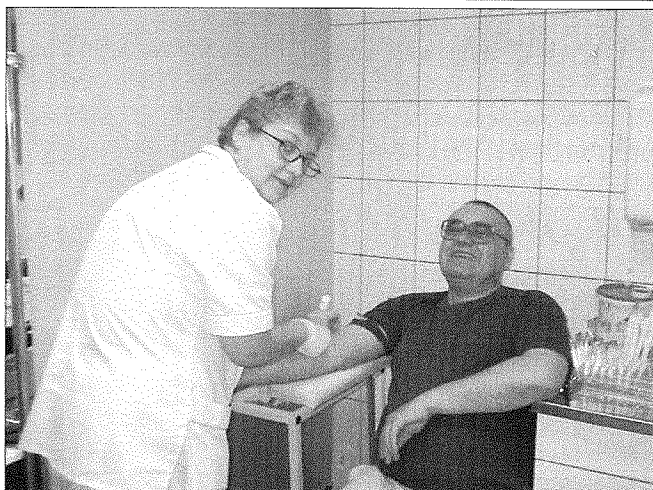
Chorzy mogą normalnie żyć i pracować, pod warunkiem:

= przestrzegania codziennej diety

- systematycznego badania poziomu cukru we krwi oraz cukru i acetonu w moczu,
- regularnego wstrzykiwania insuliny w dawkach zależnych od wyników pomiaru cukrów we krwi, lub zażywania leków doustnych,
- doboru diety,
- dawkowanie wysiłku fizycznego – stosownie do stanu zdrowia
- pomiarów ciśnienia tętniczego
- pielęgnacji stóp
- kontroli wagi.

Osoba cierpiąca na cukrzycę może normalnie żyć, pracować, a nawet uprawiać sport. W przypadku stosowania insulinoterapii trzeba jednak pamiętać, że wysiłek fizyczny przyspiesza wchłanianie insuliny i zagospodarowywanie przez organizm glukozy. Stwarza to ryzyko hipoglikemii (niedocukrzenia). Dlatego planując np. zajęcia sportowe, należy odpowiednio do ich intensywności zmienić dietę i zmniejszyć dawkę insuliny, czasem nawet o połowę.

TB



Mgr Elżbieta Gałązka-Herczakowska

## Gospodarka węglowodanowa



Gospodarka węglowodanowa pozostaje pod wpływem wielu hormonów.

Jedynym hormonem obniżającym stężenie cukru we krwi jest insulina.

Hormony podnoszące stężenie cukru we krwi to: glukagon, kortyzol, tyroksyna, katecholaminy.

Zaburzenia gospodarki węglowodanowej mogą się objawiać albo jako hiperglikemia ( podwyższony poziom glukozy we krwi) z obecnością glukozy w moczu (glikozuria) lub bez niej, albo jako hipoglikemia ( obniżony poziom glukozy we krwi).

GLUKOZA.- Jest ważnym substratem do otrzymywania energii. Źródłem glukozy w organizmie są: podaż z pożywieniem, magazyny glikogenu w organizmie oraz endogenna glukoneogeneza ( wewnątrzustro-

jowe tworzenie się glukozy w różnych procesach biochemicznych).

W nerkach glukoza filtrowana jest w kłębuszkach i wchłaniana zwrotnie w cewkach nerkowych. Przy poziomie glukozy we krwi większym niż

ok. 10 mmol/l (180 mg/dl) zdolność do zwrotnego wchłaniania glukozy jest wyczerpana i dochodzi do pojawienia się glukozy w moczu (glikozurii).

Ta wartość glukozy 10 mmol/l ( 180 mg/dl) to tzw. próg nerkowy, który rośnie z wiekiem, a obniżony może być w okresie ciąży ( glikozuria ciężarnych).

W zależności od materiału pobranego do badania laboratoryjnego poziom glukozy będzie wykazywał nieznaczne wahania. Szalenie istotne jest, aby porównywane były wyniki pacjenta wykonane tą samą metodą i z tego samego rodzaju próbek.

Każde laboratorium posiada w zależności od metody swój zakres wartości prawidłowych, który najczęściej zbliżony jest do w/w.

Pacjent, który otrzymuje wynik poziomu cukru powinien zwrócić uwagę, czy jest na nim zamieszczona wartość prawidłowa glukozy we krwi właściwa dla danego laboratorium.

Interpretacja wyników:

Do ustalenia rozpoznania cukrzycy zaleca się oznaczenie glikemii na czczo.

Glikemia na czczo, w przeciwieństwie do stanu po posiłku, nie wykazuje istotnej klinicznie różnicy tętniczo-żylną między arterializowaną krwią włosniczkową, a obwodową krwią żylną dlatego też rodzaj próbki w stanie na czczo nie odgrywa znaczącej roli.

Za pomocą testów paskowych oznaczenie poziomu glukozy jest w zasadzie mierzone poprawnie, wyniki jednak istotnie zależą od wprawy pobierającego (pobranie krwi z palca- swobodnie wypływająca kropla krwi, a nie z dużym uciskiem ).

Do rozpoznania cukrzycy nie stosuje się testów paskowych.

HbA1c.

Hemoglobina glikozylowana ( HbA1c) jest usuwana z krwi dopiero po rozpadzie erytrocytów( czas życia ok. 120 dni ), dlatego jest tzw. pamięcią poziomu glukozy we krwi w ciągu ostatnich 120 dni czyli jej poziom pozwala na wsteczną ocenę wyrównania gospodarki węglowodanowej w ciągu ostatnich 12-16 tygodni.

Wartości prawidłowe:

Osoba zdrowa ( bez cukrzycy ) 4 – 6 %

Kontrole przebiegu należy przeprowadzać zawsze w tym samym laboratorium.

Interpretacja wyników:

Optymalnie	dobrze	wymaga zmiany leczenia
< lub = 7 %	< lub = 8 %	do 65 r.ż. > 8 %
		powyżej 65 r.ż. > 9 %

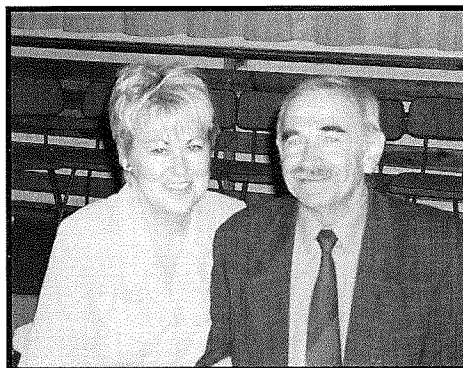
u kobiet w ciąży chorych na cukrzycę HbA1c winna być < 6,5 % ( jeśli jest to możliwe to już w okresie przed zajściem w ciążę).

Elżbieta Herczakowska

Wartości prawidłowe glukozy we krwi (glikemii) na czczo.

Rodzaj próbki	Jednostki układu SI	Jednostki układu cgs
Krew pełna ( włosniczkowa- z palca lub żylna)	3,2 – 5,6 mmol/l	56 – 100 mg/dl
Surowica lub osocze	3,7 – 6,4 mmol/l	68 –115 mg/l
Mocz	Brak ( nie powinno być glukozy)	

Współczynnik przeliczeniowy: mg/dl x 0,055 = mmol/l



Nasz nestor (16 lat po transplantacji)  
Jerzy Badurski z małżonką

Wiosenne spotkania członków koła Zabrze mają już kilkuletnią tradycję. Spotkania integracyjne organizowane są pod hasłem „Przywitanie wiosny” i poza okazją do spotkań w gronie przyjaciół stwarzają możliwość kontaktu z przyrodą budzącą się po zimie dożycia.

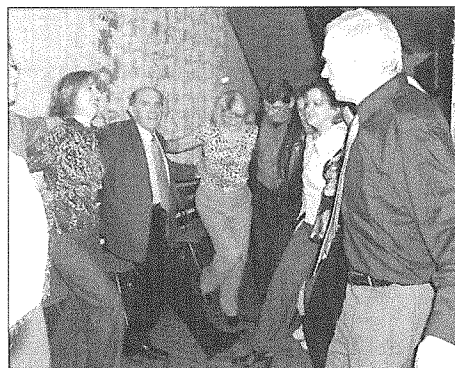
## *Wiosna przywitała nas ciepło*

Aby chociaż na chwilę oderwać się od codziennych obowiązków, zapomnieć o smutkach i pracy, lub jak kto woli zaczerpnąć świeżego powietrza, pod koniec marca bieżącego roku zwarta ekipa zabrzańskiego koła Stowarzyszenia Transplantacji Serca udała się na weekendową emigrację do Jarnońtówka koło Głuchołazów. Niepozorna ta miejscowość, dzięki pełnym wigoru opowieściom miejscowej przewodniczki, już pierwszego dnia zachwycała nas swoją historią i tajemniczymi dziejami. Cicha, malowniczo położona na południowy-wschód od Głuchołazów w Górach Opawskich, choć najlepszy okres ma już za sobą z powodzeniem może konkurować z popularnymi kurortami. Można tu zaznać bezcennej ciszy i spokoju ducha mąconych nieznacznie przez szum liści i strumyków. Jest to również doskonały punkt wyjścia na Biskupią Kopę (889 m n.p.m).

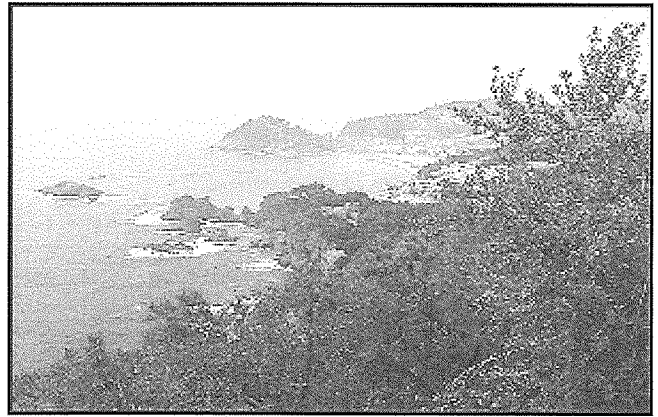
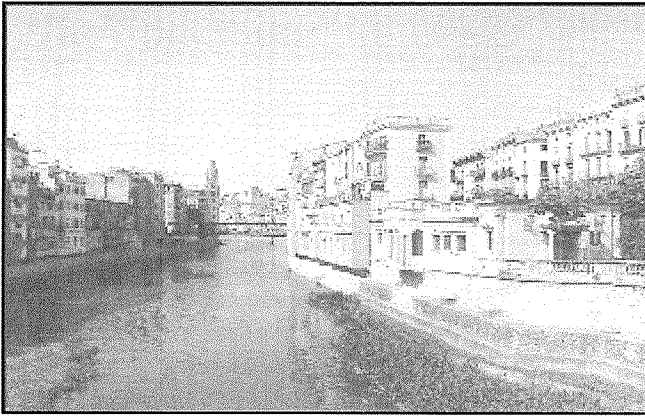
Pierwszego dnia tradycyjnie urządzono ognisko, na którym towarzystwo rozśpiewało się na całego. Następnego dnia, nieco zachrypnięci udaliśmy się na podbój Czech. W Złoty Horach czekał nas spacer i wycieczka w przeszłość - do kopalni złota. Potem urokliwa, aczkolwiek niespodziewanie śliska górską trasą. Dzień zakończyła uroczysta biesiada i tańce do późnej nocy.

W niedzielę, przed wyjazdem, w pięknym słońcu wybraliśmy się nad Żabie Oczko - tajemnicze jeziorko położone na wzgórzu. Tam usłyszeliśmy historię o zatopionym szybie, którego pilnie strzeże gadzi król. Pokryta zielenią zbutwiałych konarów woda nie zachęcała do kąpieli, więc skarb Jarnońtówka pozostał nienaruszony i nadal czeka na odkrywców.

Żaba



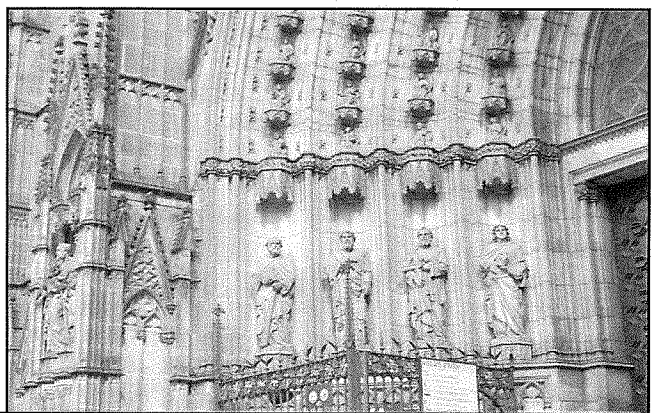
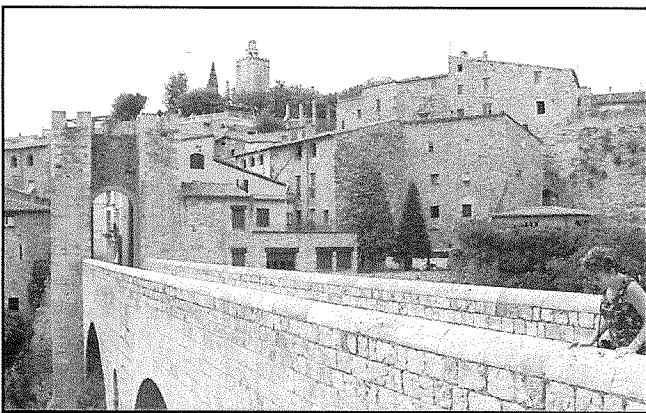
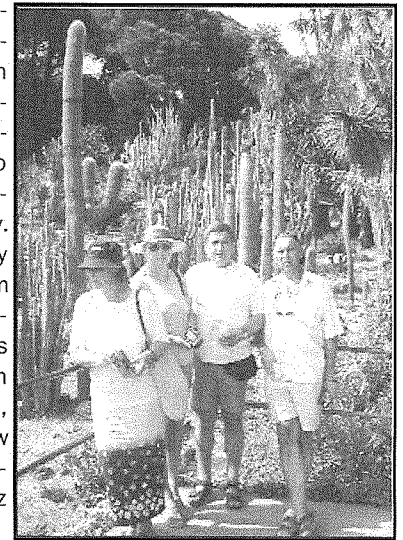
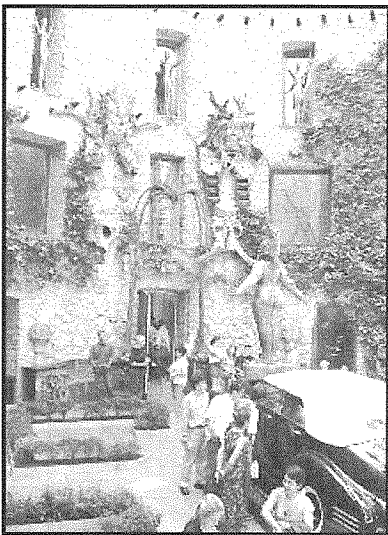
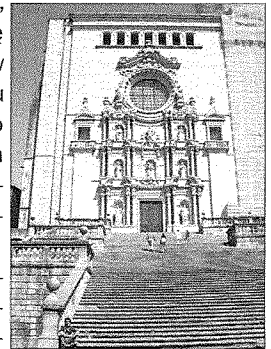




## Reminiscencje hiszpańskie

Wykorzystując wydłużony weekend na przełomie kwietnia i maja, grupa członków Stowarzyszenia Transplantacji Serca wybrała się na autokarową wycieczkę do Lloret de Mar na Costa Brava w Hiszpanii. Po pamiętnej wyprawie do Włoch w 1999 roku co roku następowały próby organizacji wyjazdów zagranicznych – kolejno do Wiednia, Lwowa i Pragi. Jednakże ilość zgłoszeń nie zezwalała na utworzenie samodzielnej grupy turystycznej – a to było warunkiem utrzymania korzystnej ceny i dostosowania programu do naszych możliwości.

W tym roku zdecydowaliśmy się na dołączenie do wycieczki organizowanej przez biuro turystyczne. Program wyjazdu przewidywał stacjonarny pobyt przez cały tydzień w jednym hotelu – z możliwością fakultatywnych wyjazdów ze zwiedzaniem interesujących miejscowości. Na wyjazd zdecydowało się 21 członków STS, z których nikt nie żałował swojej decyzji. Nawet przejazd autokarem przez całą Europę, trwający 30 godzin okazał się mniej uciążliwy, niż można było się spodziewać. Tym bardziej, że dzienny przejazd przez Alpy Austriackie i Szwajcarskie dostarczył niezapomnianych wrażeń – krajobrazy za oknami były jak z bajki. Na miejscu czekały na nas dwuosobowe pokoje z łazienkami oraz posiłki w formie szwedzkiego stołu – więc można było jeść co się chciało i ile się chciało. Samo miejsce naszego pobytu nie należy do najładniejszych kurortów nad Morzem Śródziemnym i jest niesłychanie zatłoczone turystami z całej Europy. Ale wszystkie wyjazdy (organizowane przez biuro, czy też we własnym zakresie) pozwalały nam zwiedzać niezwykle atrakcyjne miejsca. Barcelona (z budynkami Gaudiego, starym miastem, obiektami sportowymi), Montserrat (sanktuarium maryjne położone na niesamowitym masywie skalnym), Tossa de Mar (średniowieczne miasteczko nadmorskie), Blanes (z największym ogrodem botanicznym nad Morzem Śródziemnym), Figueres (z muzeum Salvadora Dali – zaprojektowanym, wybudowanym i wyposażonym przez niego samego), Girona (z murami obronnymi i starym miastem), oraz Besalu (urocze miasteczko zastygłe w średniowieczu) – to wszystko miejsca, których obraz pozostanie niezatarty w naszej pamięci. A dodatkowo każdy znalazł swoje miejsce – nad morzem czy wśród wąskich uliczek, z którym w pamięci związał się na zawsze. To był niezwykle udany wyjazd.



## Na ratunek ?

Ogłoszenie w dzienniku - jedno z wielu jakie ukazują się w prasie ogólnopolskiej, regionalnej czy lokalnej. Fundacja X informuje, że rozpoczyna zbiórkę pieniędzy dla chorego dziecka. W tym konkretnym przypadku zastanawiać musi fragment przytoczony dosłownie poniżej:

„...Lekarze nie wykluczają konieczności przeprowadzenia przeszczepu serca. Operacji tej niestety nie da się przeprowadzić w Polsce. Rodziców nie stać na pokrycie kosztów pobytu w szpitalu, nie mówiąc już o kosztach przeprowadzenia operacji przeszczepu serca, tym bardziej, że postępowanie pooperacyjne również pociągnie za sobą spore wydatki”. Po czym następują apele do ludzkich sumień i numer konta.

Przy czytaniu tego ogłoszenie nasuwa się kilka istotnych pytań. Po pierwsze: dlaczego, pomimo głośnych operacji transplantacji serca u dzieci, licznych artykułów i nawet audycji telewizyjnych przedstawiających maluchy żyjące z przeszczepionym sercem stwierdzono, że takich zabiegów w Polsce się nie wykonuje?

Dlaczego szuka się od razu trudnych, najkosztowniejszych rozwiązań a nie nawiązano kontaktu z ośrodkiem wykonującym takie operacje w kraju? Czy jest to inicjatywa rodziców, czy też za ogłoszeniem stoi ktoś inny (kto)? Czy jest to efekt braku wiedzy, czy też celowe przemilczanie rzeczywistych faktów?

Wyjaśnienie tego jest istotne, jeżeli uwzględni się fakt, że takie ogłoszenia są powszechnie czytane (są duże, ze zdjęciem

dziecka) i jeżeli nawet nie trafiają sumień i portfeli czytelników, to kształtują błędną opinię o możliwościach polskich szpitali.

Wyjaśnienia zaczęliśmy od redakcji – tu odpowiedź była prosta – płatne ogłoszenia zamieszczane są bez wnikania w ich treść – co zresztą jest jednoznacznie podkreślone przez uwagę, że „redakcja za treść ogłoszeń nie odpowiada”.

Zwróciliśmy się więc do fundacji. Owszem znają tam sprawę – uprzejma pani odnalazła właściwą kartotekę. Ale fundacja nie wnika w zasadność starań o przeprowadzenie zbiórki pieniędzy, a tylko udziela technicznej pomocy w jej przeprowadzeniu. Ważne jest tylko, że dziecko jest chore, czego dowodem są przeprowadzone operacje serca. Zdaniem przedstawicielki fundacji efekty ogłoszeń są niewielkie i w praktyce nie ma szans na zebranie kwoty zapewniającej leczenie na Zachodzie.

Kolejnym był kontakt z rodzicami dziecka. Mieszkają w małej miejscowości i przerażeni chorobą córki szukają szansy na jej uratowanie. Stwierdzili, że nikt im nie powiedział o tym, że takie operacje mogą być w Polsce wykonywane – wręcz przeciwnie. Zdaniem matki od razu sugerowano (we Wrocławiu), że ratunku można szukać tylko w zachodnich klinikach. Podobno taki sam pogląd wyrazili lekarze z kliniki w Łodzi, gdzie dziecko ponownie operowano.

Spróbujemy sprawę wyjaśnić do końca i poinformujemy czytelników o tym, jakie są dalsze losy dziecka (i zbiórki pieniędzy)

Tadeusz Bujak

16 maja rozpoczął się w Ustroniu pierwszy sanatoryjny turnus dla pacjentów po transplantacji serca prowadzonych przez poradnię Śląskiego Centrum Chorób Serca. Dzięki przychylności Śląskiej Kasy Chorych, 16 osób (członków zabrzańskiego koła STS) przyjechało w tym samym terminie do sanatorium „Równica”, gdzie objęto je programem dostosowanym do stanu zdrowia i możliwości fizycznych.

Bardzo dobre warunki pobytu w sanatorium (jedno i dwu osobowe pokoje z łazienkami i smaczne wyżywienie) znakomicie poprawiły wszystkim humory, chociaż przez kilka dni padał smętny deszcz.

Kompleks sanatoryjny posiada własny zakład przyrodolecznicy świadczący pełny zakres zabiegów. Już po kilku dniach można było zaobserwować efekty stosowanych kąpielii wirowych, inhalacji, zabiegów kriogenicznych, czy usprawniającej gimnastyki kardiologicznej. Wyraźnie wzrosła wydolność fizyczna, co część kolegów sprawdzała na parkiecie w czasie fajfów i wieczorków tanecznych w uzdrowskiej kawiarni.

Najbliższym otoczeniem jest znakomicie utrzymany park, który stanowi przeciwwagę dla gigantycznego obiektu mieszczącego równocześnie 800 kuracjuszy. Całość jest zlokalizowana



Uczestnicy turnusu sanatoryjnego w Ustroniu

wana u stóp góry Równicy, na którą można wyjechać samochodem, ale też można ją „zdobyć” pieszo – wędrując malowniczymi alejkami i ścieżkami na szczyt, z którego roztacza się piękny widok na panoramę Beskidu Śląskiego.

Pobyt w Ustroniu a pewnością wpłynie korzystnie na stan zdrowia uczestników turnusu. Mamy nadzieję, że jeszcze w tym roku będą się o tym mogły przekonać kolejne grupy. TB

## 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 napotykający 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 listy 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 przyjęcie wniosku, skargi lub uwagi – czy nawet tylko opinii o personelu, warunkach pobytu, organizacji badań, lub też stosunku do pacjentów.**

### Ku pokrzepieniu serc

Wisława Szymborska

*Jak Ja się czuję*

*Kiedy ktoś zapyta, jak ja się czuję, grzecznie mu odpowiem, że dobrze się czuję.  
To że mam artretyzm, to jeszcze nie wszystko, astma, serce mi dokucza i mówię z zadyszką,  
Puls słaby, krew moja w cholesterol bogata... Lecz dobrze się czuję, jak na moje lata.*

*Bez laseczki teraz chodzić już nie mogę, choć zawsze wybieram najłatwiejszą drogę.  
W nocy przez bezsenność bardzo się morduję, ale przyjdzie rano...znów się dobrze czuję.  
Mam zawroty głowy, pamięć figle płata, lecz dobrze się czuję, jak na swoje lata!*

*Z wierszyka mojego ten sens się wywodzi, że kiedy starość i niemoc przychodzi  
To lepiej zgodzić się ze strzykaniem kości i nie opowiadać o swojej starości.  
Zaciskając zęby z tym losem się pogódź i wszystkich wokół chorobami nie nudź!*

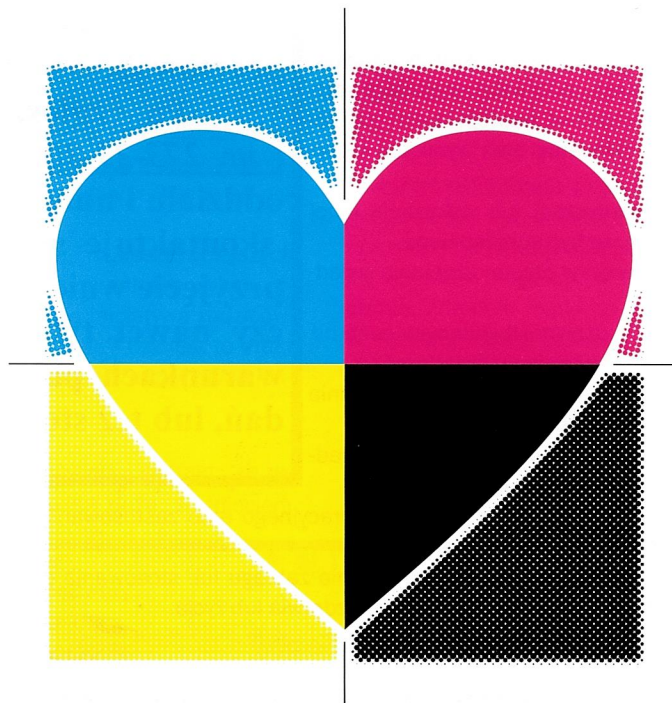
*Powiadają „starość okresem jest złotym”, kiedy spać się kładę, zawsze myślę o tym...  
„uszy mam w pudełku”, „zęby” w wodzie studzę, „Oczy na stoliku” zanim się obudzę...  
Jeszcze przed zaśnięciem ta myśl mnie nurtuje: „Czy to wszystkie części, które się wyjmuję?”*

*Za czasów młodości (mówię bez przesady) łatwe były biegi, skłony i przysiady.  
W średnim wieku jeszcze tyle sił zostało, żeby bez zmęczenia przetańczyć noc całą...  
A teraz na starość czasy się zmieniły, spacerkiem do sklepu, z powrotem bez siły.*

*Dobra rada dla tych, którzy się starzeją: niech zacisną zęby i z życia się śmieją.  
Kiedy wstaną rano, „części” pozbierają, niech rubrykę zgonów w prasie przeczytają.  
Jeśli ich nazwiska tam nie figurują to znaczy, że zdrowi są i dobrze się czują.*



# Dajemy JAKOŚĆ...



*... bo całe serce  
wkładamy w pracę*



**Drukarnia:**  
44-109 Gliwice, ul. Pszenna 2  
tel. 0\*32 2345-914, fax 0\*32 330-15-13

e-mail: [info@poligrafia.com.pl](mailto:info@poligrafia.com.pl)

**Punkt Obsługi Klienta:**  
41-800 Zabrze, ul. Wolności 287  
tel. 0\*32 271-69-37, fax 0\*32 278-17-05

[www.poligrafia.com.pl](http://www.poligrafia.com.pl)