



## Przeszczep szpiku bez transfuzji

W Klinice Hematologii, Nowotworów Krwi i Transplantacji Szpiku Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego we Wrocławiu przeprowadzono po raz pierwszy w Polsce autologiczny przeszczep szpiku bez stosowania transfuzji krwi. Pacjent, który nie zgodził się na wykonywanie transfuzji z powodów wyznaniowych, zмага się z nawrotem nowotworu węzłów chłonnych – chłoniakiem Hodgkina.

**Czytaj na str. 5**

### Powstaje Zespół Wczesnego Reagowania

Od 1 lipca w USK będzie działał trzyosobowy Zespół Wczesnego Reagowania. Jego zadaniem będzie aktywny nadzór i ocena pacjentów leczonych na oddziałach szpitala, u których pojawi się wysokie ryzyko wystąpienia ostrych zaburzeń stanu zdrowia.

Szef Kliniki Anestezjologii i Intensywnej Terapii USK prof. Waldemar Goździk podkreśla, że nie chodzi wyłącznie o interwencje związane z nagłym zatrzymaniem akcji serca.

– Takie interwencje są najważniejsze, ale idea funkcjonowania zespołu opiera się przede wszystkim na działaniach prewencyjnych. Każdy członek personelu medycznego szpitala będzie mógł wezwać ZWR, gdy w jego opinii dojdzie do niebezpiecznego zagrożenia stanu zdrowia pacjenta – tłumaczy prof. Waldemar Goździk.

Na podstawie oceny kilku podstawowych wskaźników funkcji życiowych, (m.in. ciśnienie krwi, akcja serca, częstość oddechów i saturacja krwi) będzie można określić, czy do pacjenta należy wezwać ZWR. W jego składzie znajdzie się lekarz anestezjolog, rezydent anestezjologii i pielęgniarka. Zespół będzie wyposażony w specjalistyczny sprzęt, m.in. do trudnej intubacji, aparat usg do lokalizacji dużych naczyń krwionośnych i urządzenie do masażu zewnętrznego serca.

– Dotychczas w USK funkcjonował lekarz interwencyjny oddziału intensywnej terapii, który reagował na zdarzenia krytyczne czasem kilkanaście razy w ciągu doby. Teraz jego obowiązki, w znacznie rozszerzonym wymiarze, przejmie ZWR specjalnie wyposażony, wzmocniony personalnie i dyżurujący całą dobę – mówi prof. Goździk.

Idea funkcjonowania ZWR opiera się na kilku założeniach: system powiadomienia ratunkowego uruchamiany jest przez osoby pierwszego kontaktu z chorym, odbywa się na podstawie jednoznacznych kryteriów, opartych o zdefiniowane protokoły komunikacji i dedykowany numer telefonu alarmowego. W rezultacie powinno to umożliwiać kontynuację skutecznego leczenia pacjenta na oddziale macierzystym i zapobiegać konieczności przekazania go na oddział intensywnej terapii przy braku jednoznacznych wskazań.



### Pół wieku z medycyną



– Ze wszystkich moich specjalizacji zdecydowanie najważniejsza jest chirurgia ogólna. Wszystkie inne są jej pochodną. Nie można być dobrym ortopedą, jeśli się nie jest chirurgiem. Podobnie jak nie będzie dobrym endokrynologiem czy kardiologiem ten lekarz, który nie jest internistą – mówi prof. dr hab. Piotr Szyber, kierownik Kliniki Chirurgii Naczyniowej, Ogólnej i Transplantacyjnej USK, który po 23 latach kierowania kliniką i 47 latach pracy na wrocławskiej uczelni medycznej odchodzi z tego stanowiska.

**Czytaj na str. 3**

### Nie bój się szczepień!



Odmawianie szczepień ochronnych w Polsce staje coraz większym problemem. Z każdym rokiem problem narasta i obecnie liczba osób niezgadzających się na zaszczepienie dzieci przekracza 25 tys. rocznie. Ekspert ostrzega: to może się źle skończyć! Pierwsze negatywne skutki działań ruchów antyszczepionkowych już są widoczne. O tym, że lęk przed szczepieniami jest nieuzasadniony i jak ważna dla naszych dzieci jest taka ochrona mówi dr Agnieszka Matkowska-Kocjan z Kliniki Pediatrii i Chorób Infekcyjnych USK.

**Czytaj na str. 6**

### Opieka po szpitalu



Jednym z krytycznych momentów dla rodziny jest wypisanie ze szpitala osoby niesamodzielnej. Podstawowym dylematem, przed którym staje chory i jego bliscy, jest kwestia sposobu zapewnienia opieki. W praktyce są tylko dwie możliwości: warunki domowe lub skorzystanie z placówki, która zajmie się pacjentem przez całą dobę. Wybór jest trudny z wielu powodów. Często bliscy po prostu się boją, że nie dadzą sobie rady. Tymczasem okazuje się, że nie muszą z tym problemem borykać się zupełnie same. Gdzie uzyskają pomoc?

**Czytaj na str. 7**

## „Bene Meritus” dla pielęgniarek USK



Sześć pielęgniarek i położnych z Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego we Wrocławiu otrzymało w tym roku honorowe odznaczenie „Bene Meritus”, przyznawane przez samorząd zawodowy za profesjonalizm, postawę zawodową i społeczną, przestrzeganie zasad etyki zawodowej, a także wzorowe wykonywanie obowiązków zawodowych.

Tegoroczne dolnośląskie obchody Międzynarodowego Dnia Pielęgniarki i Dnia Położnej, zorganizowane zostały przez Dolnośląską Izbę Pielęgniarek i Położnych we Wrocławiu w Hali Stulecia. Wydarzenie miało uroczysty charakter, wzięli w nim udział przedstawiciele władz województwa, prezes Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych Zofia Małas, dyrektorzy szpitali, konsultanci wojewódzcy w dziedzinach pielęgniarstwa, a także reprezentanci władz uczelni i samorządów zawodowych oraz liczne grono

pielęgniarek i położnych.

Po raz drugi zostały wręczone odznaczenia zawodowe „Bene Meritus” (łac. „dobrze zasłużony”), ustanowione przez Dolnośląską Izbę Pielęgniarek i Położnych we Wrocławiu dla uhonorowania osób wyróżniających się w swojej pracy.

W Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym we Wrocławiu odznaczenia „Bene Meritus” otrzymały:

- Maria Budzińska – specjalista pielęgniarka Kliniki Angiologii, Nadciśnienia Tętniczego i Diabetologii,
- Teresa Dutkiewicz – Miła-

nowska – starsza pielęgniarka Kliniki Gastroenterologii i Hepatologii,

- Bożena Hajok – pielęgniarka koordynująca Kliniki Transplantacji Szpiku, Onkologii i Hematologii Dziecięcej,
- Zofia Karska – Położna Oddziałowa Bloku Porodowego,
- Maria Witczak – specjalista pielęgniarka Działu Bloków Operacyjnych,
- Grażyna Szarata – starsza pielęgniarka Ponadregionalne Centrum Chirurgii Endowaskularnej.

## Neurochirurgia w wersji dla najmłodszych

Nawet o najtrudniejszych sprawach można mówić prosto i w taki sposób, by być rozumianym przez dzieci. Gromkie brawa, jakimi został nagrodzony wykład dr. hab. Pawła Tabakowa podczas spotkania na Uniwersytecie Dzieci we Wrocławiu, to najlepszy tego dowód.

Szef Kliniki Neurochirurgii USK przybliżył młodym studentom tajniki nowoczesnej neurochirurgii oraz wytłumaczył, jak jej rozwój zmienia oblicze współczesnej medycyny. Studenci dzięki materiałom filmowym mieli okazję zobaczyć, jak przebiegają skomplikowane operacje na otwartym mózgu, gdy pacjent jest w pełni świadomy. Dowiedzieli się również, jakie cechy powinien posiadać dobry neurochirurg oraz jak przebiega jego ścieżka kariery. Były nie tylko brawa, ale i mnóstwo pytań do lekarza i naukowca. Może wśród uczestników tego wykładu narodzi się przyszły neurochirurg?



## Twardziele na torze, wrażliwcy na co dzień

Żuźlowcy Betard Sparty Wrocław odwiedzili w maju małych pacjentów Kliniki Transplantacji Szpiku, Onkologii i Hematologii Dziecięcej Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego we Wrocławiu. Reprezentacja klubu przyjechała do Przylądka Nadziei w silnym składzie.

Na spotkaniu byli obecni wrocławianie Maciej Janowski i Przemysław Liszka, dwukrotny indywidualny mistrz świata Brytyjczyk Tai Woffinden, mistrz świata juniorów Maksym Drabik, oraz dwa „spartańskie asy”, czyli ci zawodnicy, którzy dumnie rozslawiają nasz klub także w lidze angielskiej, broniąc barw Belle Vue Aces: Damian Drózd i Max Fricke.

Spartanie przygotowali dla dzieci niespodziankę – przywieźli klubowy motocykl. Każdy chętny mógł wczuć się w rolę zawodnika i dosiąść żuźłową maszynę. W tym dniu spełniło się marzenie 13-letniego Mikołaja, który chciał zobaczyć zawodników na żywo. Mikołaj od wielu lat jest fanem żuźla. Podczas spotkania miał okazję porozmawiać o swojej pasji z zawodnikami ukochanej drużyny Betard Sparta Wrocław, której od lat kibicuje.

– To był szczególny dzień.

Nasi zawodnicy, postrzegani często jako twardziele na torze, to bardzo wrażliwi młodzi ludzie. Takie spotkania, jak to w Przylądku Nadziei, są ważne i potrzebne. I to nie tylko z punktu widzenia naszych małych kibiców – pacjentów, których odwiedziliśmy. Dla zawodników to też było bardzo emocjonalne przeżycie – mówi Krzysztof Gałańdziuk, dyrektor sportowy WTS Sparty Wrocław. – Następnego dnia mieliśmy ligowy mecz z Falubazem Zielona Góra, a atmosfera tego przedpołudnia, taki przyjazny, wręcz rodzinny charakter, spowodowała, że nasze myśli nagle uwolniły się od speedway’a. Byliśmy całkowicie pochłonięci tym spotkaniem. To nie była pierwsza nasza wizyta w Przylądku Nadziei i obiecujemy, że nie ostatnia. Z przyjemnością będziemy odwiedzać to miejsce, by dawać radość innym – podsumował Krzysztof Gałańdziuk.



## Zawody pożarnicze „onkoludków”

W sobotę 2 czerwca przyjaciele Fundacji Orange oraz Stowarzyszenie Strażacy Wspólnie przeciw Białaczce zorganizowali dla dzieci leczonych w Klinice Transplantacji Szpiku, Onkologii i Hematologii Dziecięcej Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego we Wrocławiu niespodziankę z okazji Dnia Dziecka.

Impreza rozpoczęła się od przyjazdu korowodu motocyklistów i samochodów Ochotniczej Straży Pożarnej wokół kliniki. Dla małych pacjentów wolontariusze zorganizowali także pierwsze zawody pożarnicze dla „onkoludków”. Strażacy ochotnicy dotarli także z upominkami do dzieci, które nie mogły opuścić swoich łóżek z powodu stanu zdrowia.



# Pół wieku z medycyną

– Ze wszystkich moich specjalizacji zdecydowanie najważniejsza jest chirurgia ogólna. Wszystkie inne są jej pochodną. Nie dotyczy to zresztą tylko moich specjalizacji, ale wielu innych, m.in. urologii czy ortopedii. Nie można być dobrym ortopedą, jeśli się nie jest chirurgiem. Podobnie jak nie będzie dobrym endokrynologiem czy kardiologiem ten lekarz, który nie jest internistą – mówi prof. dr hab. Piotr Szyber, kierownik Kliniki Chirurgii Naczyniowej, Ogólnej i Transplantacyjnej USK.

Odchodzi Pan w tym roku ze swojego stanowiska po 23 latach kierowania Kliniką Chirurgii Naczyniowej, Ogólnej i Transplantacyjnej USK i 47 latach pracy na wrocławskiej uczelni medycznej. To rekord?

**Prof. Piotr Szyber:** Jestem chyba najstarszym pracownikiem naukowo-dydaktycznym Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu i w pierwszej trójce pod względem stażu kierowania kliniką. Nie odejmuję sobie tych lat, a wręcz przeciwnie: dodaję jeszcze trzy. Byłem aktywny w działalności społecznej już jako student, zatem mój związek z wrocławską uczelnią szacuję na równo pół wieku.

W tym czasie uzyskał Pan cztery specjalizacje: z chirurgii ogólnej, chirurgii naczyniowej, transplantologii i angiologii. Zapewne królową ich wszystkich jest „naczyniówka”?

**Prof. Piotr Szyber:** Nie, zdecydowanie najważniejsza jest chirurgia ogólna. Wszystkie inne są jej pochodną. Nie dotyczy to zresztą tylko moich specjalizacji, ale wielu innych, m.in. urologii czy ortopedii. Nie można być dobrym ortopedą, jeśli się nie jest chirurgiem. Podobnie jak nie będzie dobrym endokrynologiem czy kardiologiem ten lekarz, który nie jest internistą.

Jest Pan przeciwnikiem wąskich specjalizacji w medycynie? Chyba dziś już nie ma od tego ucieczki.

**Prof. Piotr Szyber:** I to jest właśnie tragedia. Wąskie specjalizacje to jedna z przyczyn osłabienia poziomu leczenia, z którym paradoksalnie mamy do czynienia. Lekarz musi patrzeć na człowieka całościowo, bo on nie składa się z osobnych chorych części. W naszej klinice na porządku dziennym są sytuacje, w których np. operujemy pacjenta z tętniakiem, a w trakcie zabiegu okazuje się, że ma on także np. raka jelita. Musimy umieć sobie z tym poradzić, co w obecnym systemie nie jest takie oczywiste. Świadczą o tym ci wszyscy biedni ludzie, którzy krążą od lekarza do lekarza, otrzymując kolejne skierowania do kolejnych specjalistów i niejednokrotnie miesiącami czekając na pomoc. Nie tak to powinno wyglądać. Uszczegółowienie lekarskich specjalizacji poszło za daleko. Tak naprawdę w medycynie są cztery

podstawowe specjalizacje: chirurgia, interna, pediatria i ginekologia z położnictwem. Wszystkie pozostałe się z nich wywodzą.

Kiedyś było inaczej?

**Prof. Piotr Szyber:** Kiedy zaczynałem pracę chirurga, spektrum moich zadań było bardzo szerokie. Musiałem operować dosłownie wszystko: od krwiałków wewnątrzczaszkowych, poprzez płuca, jelita, zabiegi ortopedyczne, itp. Dziś jest to nie do pomyślenia, żaden chirurg tego by się nie podjął. Z jednej strony przy ogromnym postępie medycyny wąskie specjalizacje są dziś koniecznością, ale z drugiej - cierpi na tym człowiek. Zawsze powtarzam studentom, że ta wiedza, która jest trzonem medycyny, zmieściłaby się w 16-20 kartkowym zeszycie. A te wszystkie opasłe tomy, które muszą zgłębić, to jedynie jej rozwinięcie. Ale właśnie one są świadectwem tego, jak wiele jeszcze jest do odkrycia i jak mało w gruncie rzeczy wiemy.

Całościowe podejście do pacjenta oferują za to różnego rodzaju „cudotwórcy”. Moda na nich wciąż ma się dobrze, może jako efekt uboczny wąskich specjalizacji w medycynie, co też wiąże się z jej odhumanizowaniem?

**Prof. Piotr Szyber:** Jestem daleki od lekceważenia tego zjawiska. Trzeba pamiętać, że cała medycyna zrodziła się z pierwotnej wiedzy. Do dziś są miejsca na świecie, gdzie rolę podstawowej opieki zdrowotnej pełnią szamani. Kiedy ukąsi nas wąż w puszczy amazońskiej, możemy szukać ośrodka, który dysponuje odpowiednią surowicą, ale też możemy nie zdążyć do niego dotrzeć. Niejednokrotnie jedyną alternatywą jest pomoc miejscowego uzdrowiciela, który skorzysta z jakiejś rośliny, stosowanej w takich sytuacjach od stuleci. Leczenie będzie trwało dłużej, ale przeżyjemy. W naszych warunkach najczęściej sięga się po tzw. alternatywną medycynę w sytuacjach skrajnych. Jeśli nieuleczalnie chory na raka, cierpiący człowiek pyta mnie, czy może skorzystać z jakiejś tego typu metody, a jestem przekonany, że mu to nie zaszkodzi, odpowiadam: jeśli pan wierzy, że to pomoże, to nie ma przeszkód. Problem z różnymi „cudotwórcami” jest inny. Szarlatani nie mogą zastępować lekarzy, nie powinno dochodzić



do sytuacji, w której ktoś rezygnuje z leczenia opartego na nauce i oddaje się całkiem w ręce uzdrowiciela. Efekty tego bywają tragiczne w skutkach. Bywa, że pod wpływem jego sugestii pacjent nawet lepiej się czuje. To usypia jego czujność. A potem zjawia się u lekarza w tak zaawansowanym stadium choroby, że niewiele już można zrobić. W takim pojęciu uzdrowiciele są wręcz śmiertelnym zagrożeniem.

Ludzie szukają pomocy u uzdrowicieli także dlatego, że oni zwykle mają dla nich czas, potrafią wysłuchać, a przez to zdobyć zaufanie.

**Prof. Piotr Szyber:** I to często jest kluczowa kwestia. Zawsze powtarzam, że nie będzie dobrym lekarzem ten, kto nie jest dobrym psychologiem. Od lat też postuluję wprowadzenie do programu studiów medycznych psychologii. W naszym zawodzie potrzebna jest także empatia i umiejętność komunikowania się z pacjentem. To wymaga sporej wiedzy, której często brakuje oraz po prostu inteligencji.

Z perspektywy 50-letniego doświadczenia można chyba dobrze ocenić postęp w poszczególnych dziedzinach medycyny. Jak to wygląda w chirurgii naczyniowej?

**Prof. Piotr Szyber:** Tu ogromny postęp dokonał się przede wszystkim w diagnostyce chorób naczyń. Np. zmiany miażdżycowe w tętnicach można zdiagnozować tylko badaniem fizykalnym, ale ich dokładną lokalizację da się ustalić jedynie przy użyciu metod wizualnych. Dawniej wykonywaliśmy arteriografię, czyli podawaliśmy kontrast bezpośrednio

do naczyń. Dziś mamy do dyspozycji USG, angiogramy komputerowe, rezonans magnetyczny – to są nieporównywalne metody, dzięki którym diagnoza staje się precyzyjna. Diagnostycznie zmieniły się także metody leczenia. Duże, inwazyjne i bardzo rozległe operacje, m.in. z otwarciem klatki piersiowej, zostały zastąpione przez zabiegi endowaskularne, wymagające tylko niewielkiego nacięcia, np. w pachwinie.

Z punktu widzenia pacjenta to chyba ogromny postęp?

**Prof. Piotr Szyber:** Na pewno, bo odsetek powikłań ze skutkiem śmiertelnym jest nieporównywalnie mniejszy. Przy tradycyjnych metodach wiele lat temu śmiertelność w operacjach tętniaków wynosiła nawet kilkanaście proc., a dziś to tylko 1-2 proc. Jednak warto mieć na uwadze, że jak zawsze jest druga strona medalu. Przez dziurkę od klucza można wejść, ale łatwiej się wchodzi przez otwarte wrota. Przy zabiegach np. laparoskopowych czy endowaskularnych pojawiają się inne powikłania, z jakimi wcześniej nie mieliśmy do czynienia. Czasem pacjent po takiej operacji wraca do nas jeszcze wielokrotnie. Tradycyjna chirurgia wciąż jest potrzebna, bo też bywają sytuacje, gdzie dostęp do pola operacyjnego musi być większy i nie da się operować „przez dziurkę od klucza”.

Ile Pan wykonał operacji w życiu?

**Prof. Piotr Szyber:** Nie sposób tego zliczyć. Liczyłem przez pierwsze dwa lata pracy, potem przestałem. Na pewno kilka tysięcy. Więk-

szość z nich to zabiegi naczyniowe, ale – jak już wspominałem – operowałem niemal wszystko. Najmniej chyba mam na koncie operacji urologicznych i neurochirurgicznych.

Co Pan uważa za swój największy sukces zawodowy?

**Prof. Piotr Szyber:** Jeśli myślimy o czymś najbardziej spektakularnym, to chyba był to przeszczep wątroby, który wykonałem jako jeden z pierwszych w Polsce. A już na pewno byłem pierwszym, który zrobił to bez przejścia szkolenia za granicą. Można powiedzieć, że jako samouk. W medycynie jednak nie wszystko, co można uznać za osiągnięcie, kończy się sukcesem. Np. wiele lat temu wykonaliśmy replantację nogi pacjentce, która wpadła pod tramwaj. Nie udało się, bo jeszcze nie było immunosupresji, trzeba było nogę amputować. Mimo wszystko, tę próbę uważam za rodzaj osiągnięcia zawodowego.

Co Pan będzie robił na emeryturze? Trudno sobie wyobrazić osobę z taką energią, jak siedzi na kanapie.

**Prof. Piotr Szyber:** Odchodzić z funkcji kierownika kliniki, ale nie zamierzam pożegnać się ze szpitalem. Realizować się będę i pomagać szpitalowi na innych odcinkach związanych ze służbą zdrowia. A poza tym będę miał czas na pisanie, malowanie, wędkarstwo, łowiectwo oraz działalność rotariańską. Po głowie mi chodzi wydanie „alfabetu uczelni”, ale wobec nowych przepisów RODO może być to trudne.



## Przeszczep szpiku bez transfuzji

W Klinice Hematologii, Nowotworów Krwi i Transplantacji Szpiku Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego we Wrocławiu podjęto się po raz pierwszy w Polsce przeprowadzenia autologicznej transplantacji komórek krwiotwórczych bez stosowania transfuzji krwi. Pacjent, który nie zgodził się na wykonywanie transfuzji z powodów wyznaniowych, zмага się z nawrotem nowotworu węzłów chłonnych – chłoniakiem Hodgkina.

Autologiczne przeszczepienie komórek krwiotwórczych, podczas którego wykorzystuje się krwiotwórcze komórki macierzyste wcześniej pobrane od pacjenta, nie jest niczym nowym w leczeniu chorób nowotworowych krwi i układu chłonnego w Polsce. Jest to leczenie standardowe w przypadku chorych z nawrotem chłoniaka Hodgkina (dawniej nazywanym ziarnicą złośliwą), który najczęściej dotyka młodych ludzi w wieku 20-30 lat.

Jak wyjaśniają specjaliści, nowotwór ten zazwyczaj (ok. 80 proc przypadków) można wyleczyć za pomocą chemioterapii. Pozostałe

20 proc. to grupa chorych, u których podstawowe leczenie nie jest skuteczne i oni są potencjalnymi kandydatami do autotransplantacji. I to szczególnie w tych przypadkach w trakcie terapii konieczne jest przetaczanie krwi, w celu zniewolowania pojawiających się skutków ubocznych leczenia.

– Jeśli pacjent nie odpowiada na leczenie chemioterapią, to musimy je zintensyfikować – wyjaśnia prof. dr hab. Tomasz Wróbel, kierownik Kliniki Hematologii, Nowotworów Krwi i Transplantacji Szpiku USK. – Chemioterapeutyki to są jednak leki, które w odpowiednio wysokich dawkach nieodwracalnie uszkadzają szpik, nie możemy więc tak po prostu zwiększyć dawki, bo pacjent by tego nie przeżył. Dlatego najpierw pobieramy komórki macierzyste z jego krwi obwodowej, zamrażamy je i wtedy możemy pozwolić sobie na podanie ogromnych dawek chemioterapii. Następnym krokiem jest przetoczenie choremu z powrotem jego komórek macierzystych. I tu się zaczyna problem, bo zanim ten nowy szpik zacznie pracować, pacjent jest przez ok. 3 tygodnie bardzo podatny na infekcje. Pojawia się niedokrwistość czy skaza krwotoczna. I właśnie w tym czasie chronimy pacjenta przetaczając mu krew, płytki krwi, różne preparaty krwiopochodne. Po to, żeby go przeprowadzić przez tzw. okres aplazji szpiku – kiedy starego

już nie ma, a nowego wciąż brak.

### Zaangażowanie całego zespołu

Specjaliści z wrocławskiej kliniki hematologii podjęli się – według ich wiedzy – jako pierwsi w Polsce wyzwania, jakim jest przeprowadzenie autotransplantacji komórek krwiotwórczych bez stosowania transfuzji krwi podczas okresu aplazji szpiku. Dr hab. Anna Czyż, odpowiedzialna za działanie oddziału transplantacyjnego podkreśla, że musieli się zmierzyć z tym trudnym zadaniem, kiedy pomimo braku zgody na przetoczenia preparatów krwi, należało za pomocą innych metod ochronić pacjenta przed krwawieniami i konsekwencjami głębokiej niedokrwistości.

– O skuteczności chemioterapii decyduje w przypadku autotransplantacji jej intensywność, co wiąże się zwykle z koniecznością przetaczania preparatów krwi – podkreśla dr Czyż. – Zaniechanie ich przetaczania zwiększa ryzyko śmierci w okresie okołotransplantacyjnym. Jest m.in. taki moment, kiedy płytki krwi obniżają się niemal do zera. Nie mamy wtedy większego wpływu na to, czy chory będzie miał skazę krwotoczną czy nie – i było to związane ze zwiększonym ryzykiem w przypadku naszego pacjenta, w porównaniu do standardowej procedury. Mu-

► Dr hab. Anna Czyż podkreśla zaangażowanie całego zespołu kliniki w opiekę nad nietypowym pacjentem.

► – W środowisku hematologów leczenie Świadców Jehowy jest istotnym problemem, jednak tak jak każdy, mają oni prawo do podejmowania decyzji o swoim życiu – przyznaje prof. Tomasz Wróbel.

sialiśmy go odpowiednio przygotować. Przygotowania takie polegają na podawaniu wcześniej preparatów żelaza, by miał wyższą hemoglobinę, rozważenia podania erytropoetyny, hormonu stymulującego szpik do produkcji krwinek czerwonych, a w okresie głębokiej małopłytkowości leków uszczelniających naczynia. Niezbędny był też bardzo wnikliwy nadzór lekarski, który bezpośrednio na oddziale transplantacji sprawowała nad chorym lekarz prowadząca dr Monika Biernat. Bardzo ważne było również zaangażowanie w opiekę zespołu pielęgniarskiego.

Pacjent, który poddał się tej terapii, to dwudziestoparoletni mężczyzna, ojciec małego dziecka. Zanim świadomie podjął swoją decyzję przeprowadzono szereg rozmów, podczas których przedstawiono mu wszelkie możliwe korzyści, ale i ryzyko związane z zabiegiem. Bardzo istotne było też to, że pacjent nie miał żadnych dodatkowych obciążeń innymi chorobami.

### Obserwacja jeszcze trwa

– Nasz pacjent należy do wyznana Świadców Jehowy, którzy nie wyrażają zgody na przetoczenia krwi – wyjaśnia prof. Tomasz Wróbel. – Większość ośrodków nie kwalifikuje takich pacjentów do autotransplantacji, ponieważ to się wiąże z dużym ryzykiem oraz obciążeniem dla wszystkich. Według naszej wiedzy nie słyszeliśmy, aby w Polsce ktoś już to wcześniej zro-

bił. Ale na świecie są ośrodki, które takie zabiegi wykonują i dostępne są publikacje opisujące te przypadki. Dla nas było to ogromne wyzwanie. Posiłkując się zagranicznymi publikacjami wykonaliśmy tę procedurę, która zakończyła się sukcesem. Cieszymy się, że pacjent przeszedł przez to bez ciężkich powikłań. Wciąż jednak czekamy na wyniki badań kontrolnych.

Choć transplantację komórek krwiotwórczych przeprowadzono już kilka miesięcy temu, lekarze podkreślają, że wciąż jest za wcześnie, aby mówić o wyleczeniu pacjenta.

– To, że zabieg się udał nie świadczy o tym, że pacjent jest wyleczony – podkreśla prof. Wróbel. – Takie stwierdzenia wymagają dłuższej obserwacji. Teraz kończy się czas obserwacji krótkoterminowej – czekamy na wyniki. Jednak sam fakt, że procedura przeszła bez większych powikłań, na pewno napawa optymizmem – dodaje.

### Uszanować prawo do odmowy

Udany zabieg przeszczepienia bez konieczności stosowania transfuzji krwi jest ważnym krokiem w leczeniu nowotworów krwi u Świadców Jehowy.

– Po badaniu rozmawiałem z przedstawicielami tego wyznania, którzy wyrazili zadowolenia z tego, że zabieg został przeprowadzony w Polsce. Bo zazwyczaj takich ośrodków muszą szukać poza krajem – przyznaje kierownik kliniki.





► W odrestaurowanych salach XIX-wiecznego szpitala mieści się jedna z największych w Polsce klinik hematologicznych.

– W środowisku hematologów leczenie Świadców Jehowy jest istotnym problemem. Kiedy byłem młodszy, nie rozumiałem ich podejścia, jednak zrozumiałem, że trzeba uszanować ich prawa do odmowy i nie można ich zmuszać do czegoś, czego nie chcą. To są dorośli ludzie i mają prawo podejmować decyzje dotyczące ich zdrowia i życia. Mają prawo do trzymania się swoich zasad, a ja jeśli mogę, to powinienem dostosować do nich swoje postępowania jako lekarz, nie łamiąc zasad etyki lekarskiej.

Lekarze podkreślają także, że bardzo ważne było zaangażowanie całego zespołu. Nie bez znaczenia jest fakt, że wrocławska klinika hematologii (wraz z kliniką hematologii dziecięcej) jest jednym z największych ośrodków zajmujących się przeszczepami szpiku w Polsce. Rocznie w USK we Wrocławiu wykonuje się ok. 250 transplantacji komórek krwiotwórczych. Szpital był także bardzo dobrze przygotowany pod względem kwestii prawnych.

– Poprosiliśmy o opinię dział prawny szpitala, który nam wydał jednoznaczna opinię, że jeśli pacjent podpisze odpowiednie dokumenty, to mamy prawo postępować zgodnie z jego wolą. Nawet jeśli wiemy, że wiąże się to z większym ryzykiem jego śmierci – tłumaczy dr hab. Anna Czyż. – Wydaje mi się, że część lekarzy

powstrzymuje się przed tego typu zabiegami właśnie m.in. z powodu obaw o konsekwencje prawne w przypadku śmierci chorego. Bo pomimo tego, że pacjent nie wyraził zgody na przetoczenie krwi, w momencie, gdy będzie umierał właśnie z tego powodu, to obok może być też rodzina z odmiennym od pacjenta poglądem na tę sprawę.

Kierownik oddziału transplantacyjnego zwraca także uwagę na to, że zastosowanie tej niestandardowej w warunkach polskich procedury jest ważnym przełomem dla całego środowiska medycznego.

– Na pewno dużym wyzwaniem było przekroczenie pewnej bariery psychologicznej – mówi dr Czyż. – Bo jeśli wiemy, że zazwyczaj podczas przeszczepienia komórek krwiotwórczych przetacza się od kilku do kilkunastu jednostek preparatów krwiopochodnych, to bardzo blokuje nas świadomość, że nie możemy tego wykonać. Ale zobaczyliśmy, że jest to możliwe, dlatego mam nadzieję, że następnym razem podjęcie tej decyzji będzie nieco łatwiejsze, choć zawsze bardzo rozważnie podejmowane, w oparciu o kalkulację wszystkich dodatkowych czynników ryzyka.

Wrocławscy lekarze po uzyskaniu ostatecznych wyników badań obrazowych planują opisać przypadek leczenia tego chorego w czasopismach naukowych.

Nr 1 w Polsce

Klinika Hematologii, Nowotworów Krwi i Transplantacji Szpiku USK według tegorocznego rankingu tygodnika Wprost jest najlepszym szpitalem hematoonkologicznym w Polsce. Ranking przygotowano w oparciu o kilka tysięcy ankiet, opracowanych przez zespół ekspertów w poszczególnych dziedzinach. Eksperti (pracownicy NFZ, profesoria, konsultanci wojewódzcy i krajowi) stworzyli system wag i algorytmów, na podstawie których oceniono oddziały. Brano pod uwagę to, co najważniejsze dla pacjentów, m.in.: zakres diagnostyki dostępnej w szpitalu, liczbę wykonywanych procedur leczniczych, współczynnik zakażeń pooperacyjnych, a także liczbę lekarzy ze specjalizacją z danej dziedziny medycyny zatrudnionych w oddziale. Na pozycję na liście wpłynęła również liczba łóżek i sal operacyjnych na oddziale. Redakcja informuje też, że nadsyłane odpowiedzi były weryfikowane przez ekspertów, a dane przekazane przez szpitale selektywnie porównano z danymi NFZ. Wrocławska klinika otrzymała 555,5 punktów, zajmując zdecydowane pierwsze miejsce.

Duży szpital to większe możliwości

– Czas pokazał, że decyzja o konsolidacji dwóch wrocławskich szpitali klinicznych była słuszną i przyniosła obu placówkom wymierne korzyści – ocenia prof. dr hab. Romuald Zdrojowy, prorektor ds klinicznych Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu.

Od połączenia Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego i Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego nr 1 (tzw. stary kampus) minęło już pół roku. Z tej perspektywy można już ocenić, czy to ogromne administracyjne i logistyczne przedsięwzięcie się udało. Prorektor ds klinicznych Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu (uczelnia jest organem założycielskim szpitala) nie ma co do tego wątpliwości. Prof. Romuald Zdrojowy podkreśla przede wszystkim fakt, że związane z konsolidacją obawy pracowników (zwłaszcza SPSK nr 1) okazały się nieuzasadnione.

– Zgodnie z obietnicą rektora, nikt nie został zwolniony z pracy, nikomu nie pogorszyły się warunki finansowe – wylicza prof. Zdrojowy. – Na pewno też widać poprawę możliwości zarządzania, a z punktu widzenia pacjentów – lepszą jakość leczenia. Nie dostrzegam przy tym żadnych negatywnych skutków połączenia, a wręcz przeciwnie. Tak duży ośrodek, jakim po konsolidacji stał się USK, jest jeszcze silniejszym

partnerem, m.in. w negocjacjach z Narodowym Funduszem Zdrowia. Prorektor wrocławskiej uczelni przyznaje, że w uniwersyteckim szpitalu nie brakuje problemów do rozwiązania, ale w większości nie mają one związku z konsolidacją. Np. największą bolączką szpitali uniwersyteckich od lat pozostaje niedoszacowanie wykonywanych tu procedur medycznych. NFZ stosuje uśrednione stawki, podczas gdy w ośrodkach uniwersyteckich leczone są najtrudniejsze przypadki. W rezultacie płatnik tak samo wycenia prostą operację, po której pacjent szybko jest wypisany do domu, jak i leczenie skomplikowanego przypadku, wymagającego wielu dodatkowych działań medycznych. Na ten błąd systemowy władze uczelni medycznych wskazują od dawna, jednak na razie nie widać rozwiązania.

Kolejnym problemem jest konieczność dostosowania starych, często XIX-wiecznych obiektów tzw. starego kampusu do nowych, obowiązujących od początku tego roku,



wymogów sanitarno-epidemiologicznych i norm budowlanych. Rewitalizacja wysłużonych budynków m.in. przy ul. Chałubińskiego czy Curie-Skłodowskiej wymaga jednak gigantycznych nakładów finansowych.

– Mamy nadzieję, że uda się pozyskać środki na wybudowanie budynku C przy ul. Borowskiej, by przenieść tam kliniki starego kampusu – dodaje prof. Zdrojowy. – Z pewnością pozycja negocjacyjna USK po konsolidacji daje większe możliwości i na to liczymy.

Aktywne dzieci są zdrowsze



35 wrocławskich szkół podstawowych i gimnazjów wzięło udział w tegorocznej akcji promującej zdrowy tryb życia „Uruchamiamy dzieciaki”. Finał został rozegrany podczas festynu rodzinnego „Przewietrz się na Olimpijskim” 26 maja br.

Zwycięzcy szkolnych testów rozegrali wielki finał na Stadionie Olimpijskim. Był test Coopera i szkolne zawody streetballowe, zorganizowane przez Akademię Wychowania Fizycznego we Wrocławiu, która nie tylko udostępniła teren, ale też obsłuży sędziowską i pomoc wolontariuszy. Pomysłodawcą akcji dr hab. Tomasz Zatoński z Kliniki Otolaryngologii, Chirurgii Głowy i Szyi od początku podkreśla, jak ważne jest profesjonalne traktowanie nawet najmłodszych zawodników. Temperatura imprezy była wysoka, nie

tylko z powodu sportowych emocji. Żar lał się z nieba, ale dzieciaki dały radę!

Zapisz się na bieg

Tegoroczna, czwarta już edycja BUMKids, czyli biegu dla dzieci organizowanego w ramach Biegu Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu, odbędzie się 29 września br. Już można się zgłaszać. Zapisy ruszyły 1 czerwca.

– Ruch jest naturalną potrzebą najmłodszych, jest też najlepszym lekarstwem na powikłania wynika-

jące z otyłości. Łączymy więc przyjemnie z pożytecznym – podkreśla dr hab. Tomasz Zatoński, dyrektor Biegu Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu. – Dodatkowo pokazujemy najmłodszym, że pomaganie jest fajne, bo w każdym roku wszystkie pieniądze z opłat startowych na BUMKids przekazujemy na cel charytatywny. Niedługo ogłosimy, komu pomagać będzie w tym roku.

Biegi dla dzieci odbędą się na 3 dystansach dostosowanych do możliwości wiekowych. Dzieci urodzone w latach 2011 i 2012 pobiegą na 400 metrów, roczniki 2010 i 2009 na 800 metrów, a roczniki 2006 i 2008 pokonają najdłuższy dystans 1200 metrów. Wszyscy zawodnicy dostają swoje numery startowe, a ci którzy ukończą bieg otrzymają medale – dokładnie tak, jak w biegach dla dorosłych. Dr hab. Tomasz Zatoński podkreśla, że dzięki temu dzieci nabierają nawyku aktywnego spędzania czasu i tym samym dbają o swoje zdrowie.

Zachęcamy też do udziału w BUM dorosłych zawodników. Zapisy już trwają. Dla nich przygotowano bieg na atestowanym dystansie 10 km. Zarówno do biegu dzieci, jak i dorosłych, można się zgłosić poprzez stronę:

<https://online.datasport.pl/zapisy/portal/zawody.php?zawody=4055>

# Epidemia nieszczepienia zaczyna zbierać żniwo

Odmawianie szczepień ochronnych w Polsce staje coraz większym problemem. Z każdym rokiem problem narasta i obecnie liczba osób niezgadzających się na zaszczepienie dzieci przekracza 25 tys. rocznie. Ekspert ostrzegają: to może się źle skończyć! Pierwsze negatywne skutki działań ruchów antyszczepionkowych już są widoczne.

Zdaniem dr n. med. Agnieszki Matkowskiej-Kocjan z Kliniki Pediatrii i Chorób Infekcyjnych Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego we Wrocławiu bierze się to z nieuzasadnionego lęku przed szczepieniami, powszechności dostępu do internetu, w którym każdy może publikować co i jak chce bez weryfikacji merytorycznej oraz z działalnością ruchów antyszczepionkowych.

– Żyjemy w czasach, w których rodzice przy podejmowaniu decyzji dotyczących swoich dzieci zaglądną przede wszystkim do internetu. A w nim znajduje się wiele informacji nierzetelnych, publikowanych przez osoby niebędące ekspertami w dziedzinie szczepień. W rezultacie rodzice budują sobie jednostronną, opartą na fałszywych przesłankach opinię – mówi dr Agnieszka Matkowska-Kocjan.

## Nierzetelna publikacja

Na tę sytuację i rozwój ruchów antyszczepionkowych miała wpływ między innymi wywołana pod koniec lat 90-tych afera, związana z pochopnym powiązaniem szczepień z autyzmem. Na skutek publikacji w brytyjskim piśmie „The Lancet” lekarza Andrew Wakefield wybuchła panika, ponieważ artykuł sugerował związek przyczynowo-skutkowy szczepienia przeciw odrze, śwince i różyczce z zaburzeniami ze spektrum autyzmu.

– Ludzie przestali szczepić swoje dzieci, najpierw w Wielkiej Brytanii, potem w innych krajach. Na-

tomiast kilka lat później okazało się, że artykuł Wakefielda był fałszerstwem naukowym, ponieważ autor dobrał swoje dane tak, by mu wyszło coś ciekawego i „antyszczepionkowego”. A o wiele większe badania na wielotysięcznych grupach pacjentów, przeprowadzone w sposób rzetelny naukowo dowiodły, że nie ma żadnego związku pomiędzy autyzmem i szczepieniami. Ostatecznie publikacja została wycofana przez „The Lancet”. Natomiast istnieje grupa ludzi, którzy nadal wierzą w to, co było w artykule – mówi dr Matkowska-Kocjan.

Zdaniem lekarki, epidemia odrzy, która toczy się przez Europę, jest w dużym stopniu pokłosiem tego artykułu Wakefielda oraz dalszych działań ruchów antyszczepionkowych. Nie przekonuje ich fakt, że Wakefield został ostatecznie pozbawiony prawa wykonywania zawodu. Płaci też odszkodowania rodzicom, którzy nie zaszczepili swoich dzieci z powodu tej publikacji, a które zmarły na skutek zachorowania na odrę. Mimo to nierzetelna publikacja nawet po kilkunastu latach jest nadal pożywką dla ruchów antyszczepionkowych oraz tych osób, które mają wątpliwości, czy zaszczepić dziecko.

– Są w tej grupie ludzie niezdecydowani, którzy po prostu potrzebują medycznych argumentów. Można do nich trafić, da się z nimi rozmawiać i ich można przekonać do szczepień. Natomiast jest też pewna grupa takich, powiedziałabym ortodoksyjnych antyszczepionkowców, których przekonanie

nie jest możliwe żadną rozmową, żadnymi dowodami – ocenia dr Matkowska-Kocjan.

## Odra się odradza

Obecnie największy problem dotyczy właśnie zachorowań na odrę, których w zeszłym roku w Europie było ponad 20 tys. – przede wszystkim w Rumunii, we Włoszech, we Francji, Grecji czy Irlandii. Ta choroba odradza się też na Ukrainie i na Białorusi.

– Te przypadki zachorowań faktycznie wynikają przede wszystkim z rezygnacji ze szczepień ochronnych. Zmniejsza się tzw. wyszczepialność przeciwko odrze i pojawiają się nowe zachorowania. Odra jest chorobą niezwykle zakaźną, bo po kontakcie bezpośrednim u osoby nieuodpornionej ryzyko zachorowania wynosi 90 procent. W związku z tą wysoką zaraźliwością choroby, by populacja była zabezpieczona przeciw odrze, musi być zaszczepiona w 95 procentach – mówi lekarka z Kliniki Pediatrii i Chorób Infekcyjnych USK.

W wielu krajach odsetek zaszczepionej populacji jest znacznie niższy, co generuje zagrożenie. W opinii eksperta, niestety, możemy się spodziewać również epidemii w Polsce, ponieważ wyszczepialność w naszym kraju zmniejsza się coraz bardziej i obecnie mniej niż 94 proc. populacji jest zaszczepiona dwiema dawkami szczepionki przeciwodrowej.

Mitem jest też to, że odra to tylko choroba dzieci. Łatwo mogą zachorować na nią również dorośli,



jeśli nie są uodpornieni. O trwałej ochronie możemy mówić dopiero po przyjęciu dwóch dawek szczepionki w ciągu życia. Osoby dorosłe mogą zachorować nawet mimo szczepienia, np. w sytuacji zmniejszonej odporności, gdy są poddawane chemioterapii. Odra kiedyś była uważana za chorobę dziecięcą z tego powodu, że większość populacji przechodziła ją w okresie dziecięcym. Teraz to już choroba rzadka, która może dotknąć każdego, który nie jest uodporniony.

## Ochrona konieczna jak najwcześniej

Obok odrzy problem szczepień dotyczy też różyczki i świnki. Odradza się również krztusiec, ale wynika to również z faktu, że szczepionka nie daje bezterminowej gwarancji, że uniknie się zachorowania.

– Szczepionka daje ochronę przed krztuścem maksymalnie na kilka lat, więc na razie nie jesteśmy w stanie zapobiec epidemii. Z drugiej strony u osób dorosłych krztusiec przebiega zazwyczaj łagodnie, natomiast dla niemowląt i dzieci bywa nawet śmiertelny. Dlatego tak ważne jest szczepienie od najmłodszych miesięcy życia. Niestety, są też przypadki zachorowań na gruźlicę z powodu odmowy szczepień na tę chorobę. To występuje rzadko, ale się zdarza – podkreśla lekarka.

Nie ma w Polsce problemu z polio, błonicą, maleje też problem wirusowego zapalenia wątroby typu B w populacji dziecięcej i u młodych dorosłych. Taką sytuację osiągnęliśmy dzięki wieloletnim programom powszechnych szczepień przeciw tym chorobom. Wszelkie dane dotyczące zdrowia publicznego udowadniają, że bilans potencjalnych korzyści i ryzyka związanych ze szczepieniami ochronnymi jednoznacznie wskazuje na przewagę korzyści.

– Nie widać na co dzień, że nie chorujemy właśnie dzięki szczepieniom. Starsze pokolenia pamiętają śmiertelne i ciężkie choroby zakaźne, ale obecne matki małych dzieci ich nie znają, bo wychowywały się w bezpiecznych warunkach właśnie dzięki temu, że żyją w czasach powszechnych szczepień – mówi dr Matkowska-Kocjan.

Sama dobitnie miała szansę docenić wartość szczepień i doświadczyć zagrożenia epidemią, gdy we Wrocławiu w 2012 roku w pewnej społeczności dzieci nieszczepionych wybuchły jednocześnie epidemie dwóch chorób: krztuśca i odrzy. – Wówczas było to ograniczone ognisko epidemiczne w niewielkiej populacji dzieci, ale i tak te kilkadziesiąt przypadków w ciągu kilku tygodni niemal sparaliżowało pracę naszej kliniki. Dopiero wtedy można było docenić, jak wielką wartość mają szczepienia ochronne – mówi dr Agnieszka Matkowska-Kocjan.

► Dr Agnieszka Matkowska-Kocjan zapewnia, że nie ma związku między autyzmem a szczepieniami.



# Opieka w domu czy w zakładzie?



## Czym jest skala Barthel?

Jest to międzynarodowa skala powszechnie stosowana w ocenie sprawności chorego i jego zapotrzebowania na opiekę. W Polsce została wprowadzona rozporządzeniem ministra zdrowia z 23 grudnia 2010 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej. Formularz wypełniają np. pielęgniarki środowiskowe, by pacjent mógł uzyskać skierowanie do opieki długoterminowej. W skali Barthel ocenia się zdolność do samodzielnego wykonywania codziennych czynności. Można uzyskać maksymalnie 100 pkt. 0-20 pkt oznacza całkowitą niesamodzielną, 20-80 pkt – że pacjent potrzebuje pomocy innych, natomiast 80-100 pkt to dla chorego sygnał, że przy niewielkiej pomocy może funkcjonować samodzielnie. Pacjent kwalifikuje się do opieki długoterminowej, jeśli uzyskanie 40 i mniej pkt w skali Barthel.

Skala Barthel obejmuje 10 czynności, które zdrowy człowiek wykonuje samodzielnie, natomiast chory może potrzebować częściowej lub całkowitej pomocy. Są to: spożywanie posiłków, przemieszczanie się, utrzymanie higieny osobistej, korzystanie z toalety, mycie, kąpiel całego ciała, poruszanie się po powierzchniach płaskich, wchodzenie i schodzenie po schodach, ubieranie i rozbieranie się, kontrolowanie stolca, kontrolowanie moczu. W każdym z tych aspektów podane można uzyskać 0, 5, 10, 15 pkt, w zależności od samodzielności. Np. osoba, która nie jest w stanie sama jeść, otrzymuje 0 pkt, jeśli potrzebuje pomocy, dostanie 5 pkt, a gdy jest pod tym względem samodzielną, otrzyma 10 pkt.

Jednym z krytycznych momentów dla rodziny jest wypisanie ze szpitala osoby niesamodzielnej. Podstawowym dylematem, przed którym staje chory i jego bliscy, jest kwestia sposobu zapewnienia opieki. W praktyce są tylko dwie możliwości: warunki domowe lub skorzystanie z placówki, która zajmie się pacjentem przez całą dobę. Wybór jest trudny z wielu powodów.

Często bliscy po prostu się boją, że nie dadzą sobie rady. Przecież pracują, nie znają zasad postępowania z osobą niepełnosprawną, nie mają odpowiednich warunków, itp. Tymczasem okazuje się, że nie muszą z tym problemem borykać się zupełnie same.

– Osoby bliskie choremu, które przychodzą do naszej szkoły, często zastanawiają się co zrobić w takiej sytuacji – przyznaje Małgorzata Gdesz, kierownik Działu Organizacji Opieki Nad Pacjentami USK i jedna z prowadzących wykłady dla pacjentów na temat poszpitalnej opieki nad osobami niesamodzielnymi. – Z jednej strony są przekonane, że dom jest najlepszym miejscem dla osoby chorej, ale jednocześnie boją się, że sami nie podołają wyzwaniu, jakim jest opieka nad osobą niesamodzielną w domu.

Podczas zajęć osoby te uzyskują informację, że jeśli zdecydują się na zapewnienie bliskiej osobie opieki w domu, mogą liczyć na profesjonalną pomoc lekarską i pielęgniarską. W naszym systemie zapewnia ją podstawowa opieka zdrowotna (POZ) i długoterminowa opieka domowa. Jak z nich skorzystać?

### Podstawowa opieka zdrowotna

– Świadczenia pielęgniarki i lekarza POZ przeznaczone są dla osób, które ze względu na istniejące problemy zdrowotne (stany poszpitalne lub schorzenia przewlekłe) wymagają udzielania systematycznych świadczeń pielęgnacyjnych - wyjaśnia Małgorzata Gdesz.

Zadania pielęgniarki POZ to szeroka gama różnych usług. Najczęściej wykonywane i najbardziej

potrzebne są świadczenia diagnostyczne, lecznicze, pielęgnacyjne, rehabilitacyjne i profilaktyczne. Są one realizowane na podstawie zlecenia lekarza rodzinnego lub lekarza specjalisty na podstawie umowy z NFZ. Należą do nich: iniekcje – zastrzyki domięśniowe, podskórne, dożylny, kroplówki; opatrunki-rany po operacjach, oparzenia, rany przewlekłe (odleżyny, owrzodzenia podudzi, stopa cukrzycowa); zdjęcie szwów; pomiar ciśnienia tętniczego, tętna, masy ciała, wzrostu, określenie BMI; pomiary glukozy we krwi za pomocą glukometru; cewnikowanie pęcherza moczowego u kobiet; wlewki doodbytnicze, udzielanie pierwszej pomocy w stanach zagrożenia życia, w nagłych zachorowaniach; usprawnianie ruchowe (siadanie, pionizacja, nauka chodzenia, samoobsługi); czynności zapobiegające odleżynom; toaleta ciała; ustalanie diety u osób przewlekłe chorych; profilaktyka – doradzania, edukacja w zakresie samoopieki, samopielęgnacji dzieci i dorosłych; poradnictwo w zakresie zdrowego trybu życia.

Od lekarza POZ mamy natomiast prawo oczekiwać zlecenia i monitorowania leczenia farmakologicznego, wykonywania lub zlecenia zabiegów i procedur medycznych, kierowania do oddziałów udzielających stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych (zakłady opiekuńczo-lecznicze, pielęgnacyjno-opiekuńcze). Ponadto lekarz kieruje do pielęgniarskiej długoterminowej opieki domowej,

zleca zabiegi rehabilitacyjne i wyroby medyczne.

Warunki niezbędne do objęcia opieką to: złożona deklaracja wyboru lekarza, pielęgniarki POZ oraz informacja telefoniczna lub wizyta opiekuna w gabinecie lekarza lub pielęgniarki POZ, której celem jest zgłoszenie konieczności objęcia opieką.

Częstotliwość i czas wizyt u danego pacjenta ustalana jest indywidualnie po wizycie wstępnej. Pielęgniarka lub lekarz POZ świadczą opiekę od poniedziałku do piątku w godzinach 8.00-18.00. W tym czasie pielęgniarka lub lekarz odbywają wizyty u podopiecznych.

### Domowa opieka długoterminowa

– Inną formą opieki jest domowa opieka długoterminowa, refundowana ze środków NFZ – tłumaczy Małgorzata Gdesz. – Jest to opieka nad przewlekłe chorymi przebywającymi w domu, którzy nie wymagają leczenia szpitalnego, ale ze względu na istniejące problemy zdrowotne wymagają systematycznej, intensywnej opieki pielęgnacyjnej udzielanej w warunkach domowych. Wskazaniem do takiej opieki może być np. występowanie ran przewlekłych lub odleżyn. Kwalifikacja do opieki występuje na podstawie skali Barthel, pozwalającej na określenie stopnia samodzielności chorego.

Świadczenie to jest bezpłatne, a wizyty przysługują cztery razy w tygodniu, od poniedziałku do piątku w godzinach 8.00-20.00 (jest to czas, w którym odbywają się wizyty domowe, liczba godzin jest ustalana indywidualnie). W medycznie uzasadnionych przy-

padkach wizyty są również możliwe w soboty, niedziele oraz dni ustawowo wolne od pracy. Okres objęcia opieką jest uzależniony od stanu zdrowia danej osoby i jej oceny w skali Barthel.

Zakres zadań pielęgniarki długoterminowej opieki domowej jest szeroki. To m.in. przygotowanie pacjenta i jego rodziny do samodzielnej opieki i pielęgnacji, edukacja zdrowotna chorego i jego rodziny, pomoc w rozwiązywaniu problemów zdrowotnych związanych z samodzielnym funkcjonowaniem w środowisku domowym. To także pomoc w pozyskiwaniu sprzętu medycznego i rehabilitacyjnego niezbędnego do właściwej pielęgnacji i rehabilitacji w domu oraz świadczenia pielęgnacyjne.

Dokumenty niezbędne do objęcia opieką to skierowanie, które może wystawić lekarz prowadzący pacjenta w oddziale lub lekarz POZ oraz karta oceny w skali Barthel. Dokumenty należy składać w podmiotach leczniczych świadczących długoterminową opiekę domową.



## Szkoła dla pacjentów i ich bliskich w USK

„Szkoła Radzenia Sobie w trudnych sytuacjach zdrowotnych i społecznych pacjentów” to cykliczne zajęcia organizowane w module pięciodniowym. W każdym dniu tygodnia poruszany jest inny temat. W poniedziałki są to zadania pielęgniarki i lekarza POZ oraz opieka długoterminowa. We wtorek można poznać organizację środowiska domowego do potrzeb chorego. W środy omawiana jest pomoc instytucjonalna po zakończonym leczeniu szpitalnym. W czwartki podczas warsztatów uczestnicy zgłębiają zasady opieki nad obłożnie chorym, a w piątki dowiadują się o potrzebie wsparcia psychicznego dla pacjentów i ich opiekunów. Działalność szkoły wspiera Fundacja „Razem Zmieniamy Świat”. Szczegółowe informacje dostępne są na oddziałach szpitalnych.

### Jak się zgłosić?

Nie ma zapisów na zajęcia, do Szkoły Radzenia może przyjść każdy bez wcześniejszego zgłaszania się do prowadzących. Zajęcia są zawsze prowadzone w tym samym miejscu o stałej porze. Decydując się na udział w wybranych zajęciach należy udać się o godz. 13.45 na III piętro w budynku J do Uniwersyteckiego Centrum Rehabilitacji. Zajęcia zawsze odbywają się w sali nr 2.

► – Rodziny osób niesamodzielnych, które już nie wymagają pobytu w szpitalu, często od nas się dowiadują, dokąd się zwrócić o pomoc – mówi Małgorzata Gdesz.

# Komfort przede wszystkim



Zakończył się drugi etap remontu holu szpitala przy ul. Borowskiej. Teraz już jest on w całości dostępny pacjentom. Przebudowa była gruntowna, trwała kilka miesięcy, bo od listopada ub. r., wiązała się z nieuniknionymi uciążliwościami, ale było warto.

Pacjenci oraz ci, którzy odwiedzają chorych w szpitalu, z ulgą przyjęli powrót punktu informacyjnego w centralne miejsce głównego holu. Podczas remontu siłą rzeczy był on umiejscowiony z boku, teraz znowu jest widoczny z daleka. Sprawnie działający i łatwo dostępny punkt informacyjny jest niezwykle ważny w tak dużym obiekcie, jakim jest USK. W dziesiątkach korytarzy nietrudno zabiłdzić, bez dokładnych instrukcji można się zagubić, zwłaszcza gdy jest się

w szpitalu po raz pierwszy. Hol został przebudowany od podłóg do sufitów. Zyskano większą przestrzeń, w której łatwiej się poruszać, także dzięki czytelnym oznaczeniom kolorystycznym. Kolor pomarańczowy oznacza część rejestracji do specjalistycznych poradni, a granatowy te okienka, w których przyjmowani są planowi pacjenci do szpitala. Dla pacjentów najważniejsza jest związana z przebudową zmiana systemu rejestracji, dzięki czemu nie trzeba stać w ko-

lejkach do okienek. Po otrzymaniu numerka pacjenci czekają na swoją kolej, korzystając z wygodnych kanap lub odwiedzając przy okazji punkty usługowe. W efekcie zniknęły kolejki, a samo oczekiwanie – choć nieuniknione z powodu ogromnej liczby osób potrzebujących pomocy specjalistów – nie jest tak uciążliwe. Planowane są kolejne udogodnienia dla pacjentów, które będą wprowadzane stopniowo, bez zakłócania już dostępnych funkcji.

## Krzyżówka panoramiczna

Rozwiązanie krzyżówki z poprzedniego numeru:  
Kradzione nie tuczy.  
Nagrody (książki „Stulecie chirurgów”) otrzymują:  
Iwona Płachta, Zdzisław Jończy,  
Tadeusz Skubikowski.

Rozwiązanie można przesłać na e-mail: [kowalskam@usk.wroc.pl](mailto:kowalskam@usk.wroc.pl) lub wrzucić wypełniony kupon do skrzynki w informacji (hol główny). Nagrodzonych wybieramy 9 lipca.



Rozwiązanie krzyżówki:

Imię:

Nazwisko:

Telefon:

SUROWIEC FIGLOWANIE, BAWIENIE SIĘ	15	WALUTA JAKUTA	REJESTR W RUBRYKACH GIMNASTYCZ- NA	WYMARŁY PTAK NOWOZELANDZKI KRAINA	PRZEPIŁYWA PRZEZ BORY TUCHOLSKIE	... GÓRNA - MIEJSCOWOŚĆ W WOJ. MAZOWIECKIM CICHA W KOŁĘDZIE	WYCIĘ- CZKA Z HIMILS- BACHEM	7		
			18							
WZMACNIA GEOS				DAWNY PŁUG SKŁADNIK MASCI LECZNICZYCH	17	11,19		BYWA OBLANY BEZ WODY		
					ZGŁOSZENIE CHĘCI UDZIAŁU					
BUNT PRZE- CIW WŁADCY SPRAWO- ZDANIE						DOWÓDCA JANCZARÓW	4	GROŹNY DŁA ZDROWIA WIRUS	1	ZESPÓŁ Z WIOLONCZE- LISTKĄ ANNA WÓJTOWICZ
				IMIĘ BEARZO- TA, DAWNEGO PIEKARZA I TRENERA	RODOWÓD POWIEŚĆ EMILA ZOLI	6	5		3	
MIARA DŁUGOŚCI	10	NAJWYŻSZY WULKAN W EUROPIE CZEŚĆ WIELKIEJ ENCYKLOPEDII		13		MIĘDZYNARO- DOWY NUMER RACHUNKU BANKOWEGO				
					ZIMNA TAFLA ZESPÓŁ, KTÓRY WYKONUJE DAWNY TANECHNY PRZEBÓJ "LAMBADA"			8		
UTARCZKA, ZWADA NAJWYŻSZY SZCZYŁ DOLOMITÓW, WE WŁOSZACH		GAZ O ORZEZWI- JACYM ZAPACHU						MIEJSCO- WOŚĆ NAD LWCEM	16	
	9	14						IMIĘ KONIUK, TENISISTKI CHORWAC- KIEJ		12

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----

