



Przewodnik Pacjenta

www.szpitaljp2.krakow.pl

Numer 1 (37) Styczeń 2016

*Dr med. Dorota Sobczyk
Kierownik Centralnej Izby Przyjęć,
Pełnomocnik Dyrektora ds. Rozwoju Kardiologii,
Chirurgii, Neurologii i Transplantologii,
Krakowski Szpital Specjalistyczny im. Jana Pawła II*

■ POMOC W NAGŁYCH WYPADKACH: IZBA PRZYJĘĆ, SOR CZY CAŁODOBOWA OPIEKA MEDYCZNA?



Dr med. Dorota Sobczyk

Małopolska jest jednym z województw o wysokiej liczbie miejsc zabezpieczających pomoc w stanach nagłych. Opiekę nad takimi pacjentami realizuje 20 Szpitalnych Oddziałów Ratunkowych (SOR) oraz 11 Izb Przyjęć. Mogą się do nich zgłaszać pacjenci w razie nagłego pogorszenia stanu zdrowia lub urazów, natomiast chorzy z lżejszymi dolegliwościami powinni korzystać z przychodni podstawowej opieki zdrowotnej lub jednego z 52 ambulatoriów opieki nocnej i świątecznej. W samym Krakowie funkcjonuje 5 szpitalnych oddziałów ratunkowych i 6 izb przyjęć. Jedna z nich działa w Krakowskim Szpitalu Specjalistycznym im. Jana Pawła II.

Szpitalny oddział ratunkowy (SOR) to jednostka organizacyjna szpitala i systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego, której zadania, zgodnie z ustawą (według Dz. U. z 2011 r. Nr 237, poz. 1420), obejmują: wstępną diagnostykę i podjęcie leczenia w zakresie niezbędnym dla stabilizacji funkcji życiowych osób, które znalazły się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego. Szpitalna Izba Przyjęć, poza osobami zgłaszającym się z planowym skierowaniem na hospitalizację, obsługuje pacjentów przywiezionych przez zespół ratownictwa medycznego oraz chorych zgłaszających się samodzielnie w stanie zagrożenia życia lub nagłego pogorszenia stanu zdrowia skutkującego zagrożeniem życia.

Centralna Izba Przyjęć Krakowskiego Szpitala Specjalistycznego im. Jana Pawła II powstała z połączenia zespołu Centralnej Izby Przyjęć Oddziału Klinicznego Chirurgii Serca, Naczyń i Transplantologii oraz Zespołu Medycyny Ratunkowej (założonego w ramach Programu Ostra Klatka Piersiowa). Od kwietnia 2014 roku Centralna izba Przyjęć działa w nowym budynku (pawilon M-V) i całodobowo przyjmuje zarówno planowych pacjentów na wszystkie oddziały szpitala jak i w trybie pilnym - chorych w stanach za-

grożenia życia. W chwili obecnej na Centralnej Izbie Przyjęć dziennie obsługiwanych jest 50-120 pacjentów. Specjalistyczny profil szpitala (kardiologia, kardiochirurgia, chirurgia naczyniowa, pulmonologia, torakochirurgia, neurologia) znajduje swoje odzwierciedlenie również w przekroju pacjentów obsługiwanych na Centralnej Izbie Przyjęć. Zdecydowanie dominują wśród nich chorzy z ostrym zespołem wieńcowym, ostrym zespołem aortalnym, udarem mózgu czy ostrym niedokrwieniem kończyn dolnych. Całodobowe zabezpieczenie diagnostyczne (pracownia tomografii komputerowej, zabezpieczenie echokardiograficzne), interwencyjne (pracownia hemodynamiki i angiokardiografii) oraz chirurgiczne (kardiochirurgia, chirurgia naczyniowa, torakochirurgia), umożliwia rozpoznanie i natychmiastowe wdrożenie celowanego leczenia.

Warto przypomnieć, że ani szpitalny oddział ratunkowy, ani izba przyjęć nie zastępuje lekarza podstawowej opieki zdrowotnej czy poradni specjalistycznej.

Jeśli stan zdrowia chorego nie wymaga skorzystania z pomocy szpitala, powinien on skorzystać raczej z przychodni podstawowej opieki zdrowotnej lub ambulatorium nocnej i świątecznej pomocy. Ze świadczeń SOR-u lub izby przyjęć nie należy korzystać w celu uzyskania recepty na przewlekłe stosowane leki, konsultacji specjalistycznych bez wskazań nagłego zagrożenia życia lub zdrowia, zwolnienia lekarskiego, zaświadczenia czy też skierowania na badania specjalistyczne. Niestety, na SOR-y i izby przyjęć często zgłaszają się chorzy z lekkimi dolegliwościami, które mogłyby zostać zaopatrzone w przychodni. Pacjenci wciąż jeszcze nie pamiętają, że system pomocy medycznej w stanach nagłych obejmuje trzy formy świadczeń, które wybieramy w zależności od rodzaju dolegliwości: w stanach zagrożenia życia należy zadzwonić po pogotowie, w przypadku wystąpienia poważniejszych objawów bądź urazów - skierować się na SOR lub izbę przyjęć, a z lżejszymi lub przewlekłymi dolegliwościami - udać się do przychodni podstawowej opieki zdrowotnej lub ambulatorium nocnej i świątecznej opieki.



Centralna Izba Przyjęć Szpitala im. Jana Pawła II w Krakowie mieści się w pawilonie oznakowanym M-V, wejście D

Święty Mikołaj przyjechał na motorze!



W grudniu 2015 r. Święty Mikołaj odwiedził małych pacjentów z oddziałów dziecięcych Szpitala im. Jana Pawła II w Krakowie. Radości nie było końca: dzieci, wiedząc, że czeka ich niespodzianka, stały przy oknach, wypatrując znajomej postaci. Pod budynek podjechała ekipa krakowskiej „drogówki” i górnicy z Kopalni Soli w Wieliczce, a wraz z nimi postawny Święty Mikołaj! Rodzice prosili o zrobienie pamiątkowych zdjęć, a dzieciakom śmiały się buzie. Serdecznie dziękujemy krakowskiej Policji oraz Górnikom z Kopalni Soli w Wieliczce.



*mgr Małgorzata Dudzińska
mgr Katarzyna Wójtowicz
Centralne Laboratorium Analityczne
Krakowski Szpital Specjalistyczny im. Jana Pawła II*

- PRAKTYCZNE WSKAZÓWKI DOTYCZĄCE UŻYTKOWANIA GLUKOMETRÓW



mgr Małgorzata Dudzińska



mgr Katarzyna Wójtowicz

Glukometry są zminiaturyzowanymi, najpowszechniej używanymi przyrządami do pomiaru stężenia glukozy we krwi pełnej. Poza samokontrolą glikemii u chorych na cukrzycę są bardzo szeroko stosowane na oddziałach szpitalnych oraz we wszystkich placówkach służby zdrowia. Wykorzystują metody suchej chemii, gdzie stałym podłożem dla substancji biorących udział w reakcjach są paski testowe. Cały proces analityczny przebiega w dwóch etapach i rozpoczyna się w momencie nałożenia kropli krwi na pole reakcyjne paska. W pierwszym etapie glukoza zawarta w próbce krwi wchodzi w reakcję z enzymami. W drugim etapie następuje pomiar ilości produktów reakcji glukozy. Obecnie stosowane są dwie techniki pomiarowe – elektrochemiczna i fotometryczna. W przypadku techniki elektrochemicznej, reakcja pomiędzy glukozą a enzymami na pasku testowym powoduje zmianę natężenia prądu, która jest wprost proporcjonalna do ilości glukozy w badanej próbce. Technika fotometryczna wykorzystuje z kolei zmianę barwy związku na pasku testowym jako efekt reakcji enzymatycznej. Podsumowując – stężenie glukozy zawartej w próbce krwi przekształcane jest na odpowiedni sygnał, możliwy do odczytania przez glukometr.

Mimo wielu zalet, do których niewątpliwie należą prostota oraz szybkość oznaczeń, urządzenia te nie mogą być stosowane do celów diagnostycznych. Otrzymany wynik może być traktowany jedynie jako wartość orientacyjna. Wynika to z faktu podatności pomiarów na liczne czynniki zakłócające, będące przyczyną fałszywych wyników. Główną przyczyną rozbieżności wyników oznaczeń stężenia glukozy są błędy związane z nieprzestrzeganiem zasad pomiaru przez użytkownika:

- nieprawidłowa aplikacja lub użycie niewystarczającej ilości krwi,
- nieprawidłowy sposób pobrania (niedostateczne ukłucie i „wyciskanie” krwi, zabrudzenia na skórze),
- nieprawidłowe umieszczenie paska testowego,
- niewłaściwe przechowywanie płynu kontrolnego, pasków oraz glukometru,
- przypadkowe zmiany parametrów, np. jednostek,
- nieprawidłowe zakodowanie glukometru,
- niedokładne ustawienie daty i czasu,
- używanie naprzemiennie różnych glukometrów,
- wyczerpana bateria w glukometrze.

Kolejną przyczyną zmienności oznaczeń stężenia glukozy są błędy związane z niewystarczającą swoistością metody, a więc podatnością na składniki inne niż glukoza. Do parametrów wpływających na dokładność pomiaru możemy zaliczyć czynniki śro-



Glukometr

dowiskowe, jak również substancje interferujące – endogenne i egzogenne. Uwarunkowania zewnętrzne mają bardzo istotne znaczenie, ze względu na fakt monitorowania glikemii przez chorych w trakcie podróży. Mowa tutaj przede wszystkim o wpływie temperatury oraz wilgotności. Ekspozycja na temperaturę czy wilgotność, poza określonymi przez producenta zakresami, może prowadzić do niedokładnych wyników.

- Miejsce pomiaru na glukometrze utrzymywać w czystości.
- Uważać, aby nie zanieczyścić miejsca aplikacji krwi.

Zgodnie z zaleceniami Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego z 2015 roku kontrola jakości glukometrów powinna być przeprowadzana w sytuacji podejrzenia nieprawidłowości w ich działaniu oraz co najmniej raz w roku we wszystkich placówkach służby zdrowia. Ocena stanu glukometru przeprowadza się porównując wynik oznaczenia uzyskany na glukometrze z wynikiem badania wykonanego metodą referencyjną w laboratorium. Różnica nie powinna przekraczać 15% dla stężeń glukozy powyżej 5,6 mmol/l (100 mg/dl). Dla niższych stężeń wynik z glukometru nie może różnić się od wyniku laboratoryjnego więcej niż o 0,8 mmol/l (15 mg/dl). Tak więc przestrzeganie powyższych zaleceń oraz systematyczne kontrolowanie jakości glukometrów są elementami zapewniającymi uzyskanie wiarygodnych wyników, od których zależy pomyślność leczenia.

KATEGORIA	CZYNNIK
ŚRODOWISKO	<ul style="list-style-type: none"> • temperatura • wilgotność • wysokość • promieniowanie elektromagnetyczne • światło słoneczne
CZYNNIKI ENDOGENNE	<ul style="list-style-type: none"> • hematokryt (poniżej 20 – fałszywie wysokie stężenie glukozy, powyżej 60% - fałszywie niskie stężenie glukozy) • pH krwi (spadek pH – fałszywie niskie stężenie glukozy) • zwiększone stężenie substancji endogennych, jak: bilirubina, mocznik, kwas moczowy, kwas askorbinowy – zawyżają wyniki
CZYNNIKI EGZOGENNE	<ul style="list-style-type: none"> • węglowodany (galaktoza, ksyloza, maltoza) • leki oraz ich metabolity

Tab. Potencjalne źródła błędów w monitorowaniu stężenia glukozy we krwi.

Zatem, aby ustrzec się przed błędnymi wynikami należy pamiętać, aby:

- Przed rozpoczęciem pomiaru należy dokładnie umyć ręce wodą z mydłem, nie powinny być one posmarowane kremem lub innymi kosmetykami; jeżeli ręce są zimne należy je ogrzać (w celu lepszego ukrwienia).
- Pomiaru należy dokonać z drugiej kropli krwi, unikając zbyt mocnego uciskania opuszki palca.
- Przechowywać paski testowe w suchym i chłodnym miejscu (ale nie w lodówce), z dala od źródeł ciepła (grzejniki, kuchenki), chronić przed bezpośrednim działaniem promieniowania słonecznego i elektromagnetycznego (kuchenka mikrofalowa, telefon komórkowy).
- Po wyjęciu paska testowego należy niezwłocznie zamknąć fiolkę korkiem, a pomiaru dokonać w ciągu kilku minut.
- Nie wolno używać pasków testowych po przekroczeniu daty ważności.
- Nie należy używać uszkodzonego lub raz użytego paska testowego (przeznaczone są do jednorazowego użytku).
- Temperatura otoczenia, w której wykonywany jest pomiar powinna być zbliżona do temperatury pracy glukometru.
- Glukometr powinien być regularnie kontrolowany (płyny kontrolne, kontrola w laboratorium).



IMPLANT „SZYTY NA MIARĘ”

Pierwszą w kraju operację, podczas której wykorzystano tak duży i skomplikowany tytanowy implant klatki piersiowej wykonali chirurdzy z Oddziału Klinicznego Klatki Piersiowej ze Szpitala im. Jana Pawła II w Krakowie. Operacja była wykonana w październiku 2015 r., pod kierunkiem prof. dra hab. med. Jarosława Kuźdźała – Ordynatora Oddziału oraz dra Andrzeja Brzychczego z Oddziału Chirurgii Naczyń oraz dra med. Mariusza Szuty z Kliniki Chirurgii Szcękowo-Twarzowej UJ.

Pacjent trafił do naszego szpitala z rozległym nowotworem ściany klatki piersiowej, który zniszczył strukturę żeber i mostka. Operacja trwała 23 godziny. Uczestniczyli w niej zarówno chirurdzy, którzy byli cały czas przy pacjencie, jak i specjaliści, którzy zmieniali się podczas zabiegu. Operacja polegała na rozległym wycięciu ściany klatki piersiowej, tj. mostka, dużego fragmentu żeber i tkanek miękkich, a następnie wszyciu tytanowej protezy. Trzeba było wykonać plastikę siecią większą oraz przeszczepy płata mięśniowo-skórnego skomplikowanymi mikrozespoleniami naczyniowymi. Kosztowny implant, dostosowany do kształtu i wielkości ubytku, zamówiony został we Francji. Operacja się udała, obecnie pacjent jest rehabilitowany i wraca do zdrowia.

PRAWO PACJENTA DO INFORMACJI

Prawa pacjenta, w tym również prawo do informacji, określa Ustawa z dn. 6.11.2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2012, poz. 159). Tak naprawdę, źródłem wiedzy prawnej o prawach pacjenta są również inne przepisy, jednak dla naszych potrzeb pominiemy ich przywoływanie, skupiając się na wątku: co to znaczy „prawo do informacji”?

W praktyce oznacza to przede wszystkim, że pacjent ma prawo do informacji o swoim zdrowiu, o tym, co się z nim dzieje.

Lekarz powinien dokładnie wyjaśnić pacjentowi, na czym będą polegały przeprowadzane zabiegi i badania oraz w jakim celu przyjmujemy dany lek. Mamy również prawo do informacji o wynikach przeprowadzonych badań.

Należy tutaj od razu wspomnieć o osobach małoletnich, które ukończyły 16 lat – zarówno taka osoba lub jej przedstawiciel ustawowy mają prawo do uzyskania od lekarza informacji o stanie zdrowia pacjenta, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych i leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu. Obowiązkiem lekarza jest przekazanie tej wiedzy w sposób przystępny. Jeśli nie rozumiemy, co lekarz mówi, nie wahajmy się pytać, to żaden wstyd. Pozwoli to uniknąć niepotrzebnych nieporozumień.

Co z osobami małoletnimi, przed 16-tym rokiem życia? Informacji o stanie zdrowia dziecka udzielamy, oczywiście rodzicom lub opiekunom prawnym, ale też wiedzieć trzeba, że osoba małoletnia ma prawo wiedzieć, co się z nią dzieje, przy czym zakres i forma tej informacji musi być adekwatna do wieku i możliwości zrozumienia pacjenta. Wiedza taka jest konieczna dziecku do tego, aby mogło współpracować z lekarzem w procesie terapeutycznym. Tego rodzaju potrzebne informacje, przystępnie podane, pacjent małoletni ma prawo uzyskać również od pielęgniarki, odnośnie podejmowanych zabiegów pielęgnacyjnych.

Czy inne, postronne osoby mogą dowiadywać się o stan naszego zdrowia? Tak, pod warunkiem, że wyrazimy na to zgodę. Prawo to działa również „w drugą stronę”: możemy żądać od lekarza, aby nie udzielał określonym osobom informacji o stanie naszego zdrowia. Tajemnica lekarska obejmuje wszelkie informacje dotyczące stanu zdrowia, rozpoznania i przebiegu leczenia, jak również życia prywatnego, rodzinnego i zawodowego. Mamy prawo tego rodzaju informacje chronić.

Często mówimy o udzielaniu informacji „osobom bliskim”, mając wątpliwości, o kogo tak naprawdę chodzi. Warto zatem pamiętać, że osoba bliska w rozumieniu ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta to: współmałżonek, krewny lub powinowaty do drugiego stopnia w linii prostej, przedstawiciel ustawowy, osoba pozostająca we wspólnym pożyciu lub osoba wskazana przez pacjenta.

Co powinno zawierać upoważnienie?

- miejscowość i datę,
- Twoje dane (imię i nazwisko, adres zamieszkania, numer PESEL),
- dane osoby upoważnionej (imię i nazwisko, adres zamieszkania, nr dowodu tożsamości),
- Twój wyraźny podpis.

Często pytamy o to, jak również lekarze zadają sobie takie pytanie, czy mówić „całą prawdę”; dylemat taki dotyczy zwłaszcza trudnych i ciężkich przypadków, na przykład chorób w sposób bezpośredni zagrażających życiu. Odpowiedź na to pytanie jest trudna i zależy od aspektu, w tym również etycznego i psychologicznego. Lekarz musi umieć ocenić stan pacjenta i wybrać najwłaściwszą drogę komunikacji. Jednak z punktu widzenia prawa pacjent ma prawo żądać, aby lekarz udzielił mu informacji, o której mowa w ust. 2, w pełnym zakresie.

Jeśli lekarz zamierza odstąpić od leczenia pacjenta, musi wskazać możliwości uzyskania świadczenia zdrowotnego u innego lekarza lub podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych.

Opracowanie: *Małgorzata Rygiel, Biuro Marketingu i Edukacji*



Osoba małoletnia również ma prawo do informacji o swoim zdrowiu, przy czym forma komunikowania musi być dla pacjenta przystępna, dostosowana do jego poziomu rozumienia.

Wydawca: Krakowski Szpital Specjalistyczny
im. Jana Pawła II

Redakcja: Biuro Marketingu i Edukacji
e-mail: promocja@szpitaljp2.krakow.pl

Druk: Drukarnia Kraków, styczeń 2016

Nakład: 2,5 tys. egz.

Fotografie: 123rf.com, arch. Szpitala, własność Autorów.

