

Humanitarna sala

Rozmowa z prof. Krzysztofem Bieleckim, kierownikiem Kliniki Chirurgii Ogólnej i Gastroenterologii CMKP w Warszawie

Czy centralny blok operacyjny to najważniejsza jednostka w szpitalu?

Centralny blok operacyjny w wieloprofilowym szpitalu jest, w moim przekonaniu, najważniejszą jednostką organizacyjną szpitala. Myślę, że dożyję czasów, gdy będzie on zarabiał na cały szpital. Procedury chirurgiczne powinny być bowiem najwyżej finansowane, nie tylko ze względu na wkład techniczny, materiałowy, ale i olbrzymi wysiłek oraz doświadczenie zespołu operacyjnego. *Czasy sztuki jednego aktora* na sali operacyjnej się skończyły. Na sukces pracuje zespół. Oczywiście, liderem jest chirurg główny, ale sam nic nie zdziała. Teraz bloki operacyjne oraz chirurgia ogólna generują największe długi szpitali. Niestety, NFZ tak skalkulował ceny procedur chirurgicznych, że wielu z nich nie opłaci się wykonywać. Finansowanie wielu procedur ogólnochirurgicznych pokrywa 50–60 proc. ich realnych kosztów. Niebawem w wielu szpitalach dojdzie do takiego absurdu, że to marketing zacznie dyktować, jakie operacje opłaca się wykonywać. I ja, chirurg z 45-letnim stażem, mam taką sytuację zaakceptować i robić nie to, co potrafię i na co jest zapotrzebowanie, lecz tylko to, co się opłaci? Od kiedy to urząd i urzędnik ma ustalać wskazania i zasady leczenia chirurgicznego?

Czy dodatkowe ubezpieczenia zdrowotne pomogłyby w rozwiązaniu problemu?

Dodatkowe ubezpieczenia rozwiązałyby wiele spraw. Zgłasza się np. pacjent, który musi mieć usuniętą trzustkę, a mój limit na tę procedurę właśnie się wyczerpał. Jeżeli byłby dodatkowo ubezpieczony, ubezpieczyciel poniósłby wszystkie koszty zabiegu. Teraz NFZ pokrywa 60 proc. kosztów pankreatoduodenektomii. Wyposażenie sali operacyjnej też jest bardzo kosztowne, ale przecież bez nowoczesnego sprzętu współczesna chirurgia nie istnieje. Skąd na to wziąć pieniądze? Podam przykład złego finansowania. Za leczenie chorego na ostre zapalenie trzustki NFZ może zapłacić 12 tys. zł. Jeśli chory będzie leżał na IOM-ie, szpital dostanie za niego 60–70 tys. zł, natomiast rzeczywiste koszty leczenia takiego pacjenta to mniej



„ Czasy sztuki jednego aktora na sali operacyjnej się skończyły. Na sukces pracuje zespół ”

więcej 200 tys. zł. Uczciwie byłoby wtedy, gdyby NFZ płacił rzeczywiste koszty leczenia. Wszystko to można bardzo dokładnie wyliczyć.

Kiedy sala operacyjna zacznie być dochodowa?

Kiedy będziemy mieli dobrą organizację, czyli wtedy, kiedy będzie w pełni wykorzystywana. Szpitali i sal operacyjnych jest za dużo. Można by zamknąć 200 szpitali, a i tak byłoby ich wystarczająco dużo. Niestety, w Polsce ciągle każda miejscowość broni swojego szpitala, bo często jest to jedyny duży zakład, który zatrudnia ludzi w danym miejscu. Najtrudniejszą sytuację mają szpitale trzeciego stopnia referencyjności, gdzie przeprowadza się najtrudniejsze zabiegi. Jakość życia pacjenta zależy od jakości życia chirurga,



fot. (Zx) Archiwum

„ Najlepszym rozwiązaniem jest centralny blok operacyjny, a powinien nim kierować jeden człowiek, znający procedury, potrafiący prowadzić zespół, świadomy faktu, że najważniejszą osobą na bloku operacyjnym jest pacjent ”

a w żadnej procedurze nie uwzględniono kompetencji lekarza. Tyle samo będzie kosztował zabieg wykonany przez rezydenta, jak i ordynatora oddziału.

Kto powinien kierować blokiem operacyjnym?

Kiedy 20 lat temu przyszedłem do tego szpitala, każda klinika miała swoją salę operacyjną. To nie było dobre rozwiązanie, bo każda z nich rządziła się swoimi prawami, miała własny zespół instrumentariuszek. Najlepszym rozwiązaniem jest blok centralny, a powinien nim kierować jeden człowiek, znający procedury, potrafiący prowadzić zespół, świadomy faktu, że najważniejszą osobą na bloku operacyjnym jest pacjent.

Czy uświadomienie i wyszkolenie personelu pomaga uniknąć na bloku operacyjnym zakażeń, które są najczęstszym i najcięższym powikłaniem?

Trudno ich uniknąć, ponieważ na salach operacyjnych tylko pozornie przestrzega się zasad bezpieczeństwa. Przykładem jest chociażby nasz nowy blok operacyjny. Wchodzi się na niego z korytarza, na prawo jest pokój socjalny, do którego może wejść każdy. Czerwona kreska oznacza *stop*, ludzie w cywilnym ubraniu stoją przy tej granicy, jakby bakterie wiedziały, że nie mogą iść dalej. Powinny być przy-

najmniej trzy strefy o wzrastającym stopniu czystości. Na każdym miejscu umywalki do mycia rąk, bo palce to najczęstsze źródło zakażeń. Należy pamiętać, że np. nie wolno nam wyjść na zewnątrz sali operacyjnej w operacyjnym mundurku chirurgicznym. Kierownik bloku musi egzekwować procedury – to najważniejsza sprawa. W każdym bloku powinna być sala przygotowawcza, gdzie pacjent jest usypiany, intubowany i wjeżdżając na salę, nie widzi narzędzi. Cały ten komfort należy do organizacji bloku operacyjnego. W stosunku do personelu należy stosować zasadę ograniczonego zaufania.

Jakie elementy są najważniejsze na bloku operacyjnym?

Pomieszczenia powinny mieć powierzchnię przynajmniej 40 m². Narzędzia powinny być w pakietach, do każdego zabiegu przygotowane osobno. Stoły powinny mieć przesuwalne blaty – na takim blacie pacjent wjeżdża na salę operacyjną. Nowoczesny blok powinien mieć również tomografię komputerową, bo wtedy mamy możliwość wykonania pełnej diagnostyki. Jest to szczególnie ważne w przypadku chorych z mnogimi obrażeniami ciała. W sali operacyjnej powinien być nowoczesny system wentylacyjno-klimatyzacyjny, a temperatura powinna być dostosowywana do ubioru chirurga. Przy pełnym ubiorze powinna się wahać między 20–24 stopniami. Trzeci element to wentylacja, która powinna zapewniać przynajmniej 15 wymian powietrza na godzinę. Powinien to być przepływ laminarny czystego, jałowego powietrza. Pacjent powinien mieć też podgrzewany materac, bo jeżeli temperatura ciała spadnie o dwa lub trzy stopnie, to 3-krotnie zwiększa się możliwość rozwoju zakażenia pooperacyjnego u pacjenta. W sali operacyjnej musi być oczywiście doskonale oświetlenie. Powinna też być porządna sala wybudzeniowa.

Jak najlepiej wykorzystać salę operacyjną?

Aby sala operacyjna była wydajna i dobrze wykorzystana, powinna pracować 18 godz. na dobę. Problem w tym, że nikt nie chce w pełni wykorzystywać sal operacyjnych, bo za przekroczenia limitu kontraktu z NFZ nikt nie chce płacić. Może sytuacja wygląda trochę lepiej w szpitalach akademickich, ale w szpitalach terenowych wykorzystanie bloków operacyjnych jest niewystarczające. Warto też przypomnieć, że technika idzie do przodu, tworzy się już roboty operujące, sterowane przez chirurga. Takie nabory na specjalizację, tzw. *robotic burglary*, prowadzi się już w USA. Grozi nam automatyzacja, a jednocześnie dehumanizacja chirurgii. Ciągłe jednak pozostaje pytanie, kto zapłaci za tę wysoką technologię w chirurgii i kto się tego nauczy?

Rozmawiała Małgorzata Wawrzyniak