



Szpital: ul. Długa 1/2 • ul. Szamarzewskiego 84 • Hospicjum Palium – os. Rusa 55

Periodyk informacyjny dla Pracowników i Sympatyków Szpitala Klinicznego
Przemienienia Pańskiego Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu

nr 3/2019
(86)XIX rok

lipiec – wrzesień 2019

W NUMERZE M.IN.:

- 30 lat Polskiego Towarzystwa Opieki Paliatywnej 1989-2019
- Wykład Ministra Zdrowia, Prof. Łukasza Szumowskiego
- Relacja z festynu „Długa warta Poznania – festyn rodzinny z historią w tle”



SZPITAL TRADYCYJNY I INNOWACYJNY

lipiec/

wrzesień 2019

kalendrium szpitalne

Szpital na  acebooku!

Dołącz do nas

<https://www.facebook.com/SzpitalKlinicznyPrzemienieniaPanskiego>

- W dniu 3 czerwca odbyło się spotkanie Rady Medycznej.
- W dniu 8 czerwca nasz Szpital włączył się w obchody jubileuszowe 100 lat Uniwersytetu Poznańskiego. Podczas Festiwalu Jubileuszowego przy Centrum Kultury Zamek umożliwiliśmy Poznanianom skorzystanie z profilaktycznych badań w kierunku miażdżycy tętnic kończyn dolnych.
- Dnia 10 czerwca odbyła się Rada Medyczna.
- W dniu 26 czerwca w naszym Szpitalu, jako pierwszym w Polsce i tym samym pierwszym w Europie Środkowo-Wschodniej, przeprowadzono dwa zabiegi przecewnikowego wszczepienia zastawki aortalnej (TAVI) przy użyciu innowacyjnej zastawki Lotus Edge.

czak odwiedziła Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 2 Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie.

- W dniu 18 lipca na emeryturę przeszedł Wiesław Werner, który w naszym Szpitalu pełnił funkcję kierownika techników radiologii.
- W dniu 23 lipca nasz Szpital odwiedzili ukraińscy studenci.
- W dniu 30 lipca w I Klinice Kardiologii naszego Szpitala dokonano pierwszej w Polsce implantacji najnowszej generacji rejestratora zdarzeń: Biomonitor III.



Nietypowe miejsce parkingowe

- W dniu 12 sierpnia Dyrektor Szpitala Cofta wraz z Dyrektorem Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicz-



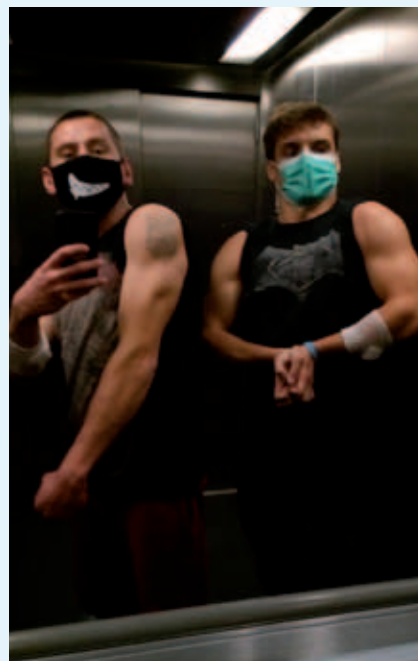
Studenci z Ukrainy wizytujący nasz Szpital – 23 lipca 2019 r.

- Także w dniu 26 czerwca odbyło się spotkanie z dietetykiem, Panią Nikolą Klepacz z Sekcji Żywnienia naszego Szpitala.
- Dnia 10 lipca delegacja naszego Szpitala, w osobach dyrektora Szczepana Cofty, dyrektora Piotra Bogacza, Beaty Młynarczyk, Agaty Michalak, Izabeli Kołodziej, Marii Przybył, Agnieszki Sereśnińskiej, Violetty Mateckiej, Anny Rusz-

Więcej na ten temat wewnątrz numeru.

- W dniu 2-3 sierpnia na terenie naszego Szpitala odbyło się wydarzenie pt. „Długa warta Poznania – festyn rodzinny z historią w tle”. Relacja z wydarzenia wewnątrz naszego periodyku.

- 5 sierpnia odbyła się Rada Medyczna Szpitala.



Pacjenci Pododdziału Mukowiscydozy

nego nr 2 PUM w Szczecinie, Panem Marcinem Sygutem oraz Naczelną Pielęgniarką naszego Szpitala Anną Głowacką złożyli wizytę u Pani Józefy Szczurek-Zelazko, Sekretarz stanu Ministerstwa Zdrowia.

Oprac. *Bartosz Sobański*
Fot. Redakcja

W Szpitalu musimy żyć (niestety) nieco skromniej



Szczepan Cofta
Dyrektor Szpitala

Postęp w medycynie nieustannie podwyższa koszty procedur przez nas wykonywanych. Jest kwestią roztropności rozstrzyganie, na ile społeczeństwo – gdyż to w sumie finalnie ono (przez swoich politycznych przedstawicieli) decyduje o nakładach na opiekę zdrowotną – jest w stanie unieść ciężar opieki, którą chcielibyśmy zaproponować naszym pacjentom.

Pewnikiem jest, że w ostatnich, co najmniej dwudziestu latach, wzrastają budżety polskich szpitali. I to znacząco. Wśród krajów Unii Europejskiej stopień tego wzrostu był faktycznie w naszym kraju najwyższy. Także budżety szpitali klinicznych wzrastają istotnie, szczególnie w kontekście wykonywanych procedur wysokospecjalistycznych oraz wysokokosztowych. Zarządzając szpitalem często nawet boczmy się, że zbyt dużo środków przeznaczanych jest na drogą procedurę kosztem rutynowo wykonywanych, także społecznie niezwykle istotnych. Tak się w sumie składa, że obecnie już ponad trzydzieści pięć procent budżetu przeznaczamy na leki, około dwadzieścia na wyroby medyczne. Czyli na wszelkie inne potrzeby bieżącego funkcjonowania szpitala – tak zresztą istotne i kluczowe – pozostaje zdecydowanie poniżej połowy naszych przychodów. Także i one wymagają pogłębionego przeglądu. Wydawać pieniądze musimy rozważnie. Problem życia „nieco ponad stan” dotyczy nie tylko naszej lecznicy, ile większości wielospecjalistycznych szpitali klinicznych. Niestety – wskutek limitowanych możliwości płatnika – nie

możemy ograniczać się tylko do prób powiększania przychodów, mimo że – jak zdajemy sobie z tego sprawę – potencjał naszego Szpitala wykorzystany jest tylko w części.

Oczywiście jesteśmy niemalże na samym końcu – odnośnie jakości oferowanej opieki (według wskaźników, które także wymagałyby odrębnego omówienia i być może kontestacji). Ale i tak – choć jesteśmy w ogonie – to bezwzględnie wśród najbogatszych. Powinniśmy też diagnozować i leczyć na miarę naszych możliwości, także finansowych. Wydaje się, że w kraju cztery – pięć razy uboższym od najbogatszych, dominujących w proponowaniu standardów, trudno bywa nam sprostać wymogom leczenia najbogatszych. Tej świadomości z oczu nie powinniśmy tracić. A na marginesie: nawet w wybranych krajach bardzo bogatych – patrz na przykład w Wielkiej Brytanii – prawa lekarskie do ordynacji bywają ograniczane w sposób o wiele większy niż w Polsce.

Często w naszych medycznych działaniach powołujemy się na standardy

krajów europejskich. Jesteśmy wspaniali, mamy mnóstwo inicjatyw i ambicji. Choć to stwierdzenie będzie niepopularne, uważam, że powinny one być dostosowane do warunków krajowych w sposób bardzo wyrazisty. Nawet niektóre najbogatsze kraje zachodnie (na pewno dotyczy to Francji) mają procedurę potwierdzania standardów postępowania.

Jestem orędownikiem bezwzględnej autonomii decyzji lekarskich, jednak wymaga ona olbrzymiej odpowiedzialności. Oprócz pojęcia dobra osobistego pacjenta, jest też pojęcie dobra wspólnego, którego kryteria musimy wypełniać. Podzielam niestety opinię prof. Andrzeja Szczeklika, że jako lekarze jesteśmy nieraz „mistrzami wydawania nie swoich pieniędzy”. Stąd tak wyrazista nasza odpowiedzialność. Musimy jej sprostać.

W ostatnich miesiącach uświadomiliśmy sobie boleśnie, że musimy w naszym Szpitalu żyć nieco skromniej. Przekazywane sukcesywnie poszczególnym jednostkom dane finansowe muszą być poddawane pogłębionemu oglądowi. Czy właśnie nie szpital akademicki powinien być przestrzenią takiej refleksji? Czy nie powinniśmy – w tym aspekcie – otwarcie rozmawiać; tak, jak to czynimy w ostatnich miesiącach? Musimy cenić sobie taką dyskusję. Jej efektem musi być przygotowanie działań naprawczych – nie tylko w skali całego Szpitala, ale także poszczególnych jego Jednostek. Choć zaproponowana ofensywa w tym zakresie spotkała się z dużym zaangażowaniem i mnogością inicjatyw, to jednak powinniśmy także obnażać obserwowane gdzieś tam działania pozorowane, czy brak jakichkolwiek inicjatyw.

Obowiązuje prosta zasada: musimy żyć po prostu nieco skromniej, na miarę możliwości i sytuacji Szpitala, a – pośrednio – społeczeństwa. Nie stawiamy jednak wszystkiego na głowie i zachowajmy to, co najistotniejsze: odpowiedzialną wrażliwość za tych, którzy – przychodząc do nas diagnozować się czy leczyć – nam właśnie zaufali.

Szczepan Cofta

Rozwój opieki paliatywnej w Poznaniu w Szpitalu Klinicznym *Przemienienia Pańskiego*

W przededniu jubileuszowej konferencji upamiętniającej ponad 30 lat trudnych, wspólnych działań na rzecz budowy fundamentów i rozwoju opieki paliatywnej, chciałbym podkreślić wiodącą rolę ośrodka poznańskiego Hospicjum Palium przy Szpitalu Klinicznym *Przemienienia Pańskiego*. Podkreślić rolę zarówno w skali lokalnej, ogólnopolskiej (przewodnictwo Krajowej Rady Opieki Paliatywnej przy Ministerstwie Zdrowia przez wszystkie kadencje, konsultant krajowy, wiodący ośrodek akademicki, utworzenie PTOP wspierającej opiekę paliatywną), jak i międzynarodowej (ECEPT, Deklaracja Poznańska). Jest to nade wszystko podziękowanie tym wszystkim, którzy od początku, przez lata towarzyszyli mi w tworzeniu wspólnego dzieła. Jest to również czas refleksji: Quo Vadis? Czy wybraliśmy właściwą drogę? W jaki sposób możemy wzbogacić naszą działalność?



Logo Towarzystwa Opieki Paliatywnej
Uśmierzenia Cierpień u Osób z Chorobą
Nowotworową im. A. Lewińskiego i A. Mazur

Mysł o trudnych warunkach umierania chorych w poznańskich szpitalach i potrzebie pomocy Im dojrzała podczas sprawowania przeze mnie funkcji dziekana Wydziału Lekarskiego I (1981-1982) i podczas rozmów z dr Jolantą Ruszkowską – jedną z założycieli Hospicjum Jana Kantego, kierownikiem Laboratorium Centralnego w szpitalu im. Heliodora Święcickiego, gdzie byłem zatrudniony w charakterze anestezjologa. Do zajęcia się opieką paliatywną przekonała mnie Antonina Mazur – chora z zaawansowanym nowotworem, jako pierwsza leczona morfiną doustnie w Poznaniu, którą opiekowałem się na probostwie ks. Zbigniewa Pawlaka (duchowego kapelana naszego Zespołu) w Kicinie w latach 1983-1985. Decyzją mojego szefa, prof. Witolda Jurczyka, zostałem przeniesiony do zespołu anestezjologicznego w Klinice Onkologii. Pozwoliło mi to spotkać

się z cierpiącymi z powodu nieuśmierzonego bólu i zacząć podejmować skuteczne działania uśmierzenia go. Początki formalnej działalności sięgają roku 1987, kiedy powstała, przy Klinice Onkologii, Poradnia Walki z Bólem z Zespołem Wyjazdowym (kierowanym przez lek. med. Hannę Gattner) i została wpisana do rejestru Szpitala im. Pawłowa (obecnie SKPP). Początkowo razem z Marią Karalus i Eleonorą Szymańską, pielęgniarkami anestezjologicznymi, obejmowaliśmy opieką domową chorych (wolontaryjnie, do pacjentów dojeżdżaliśmy moim prywatnym samochodem) z tunelizowanymi implantowanymi, cewnikami zewnątrzoponowymi ZO (z techniką ZO zapoznałem się w Finsen Institute w Danii) na bloku operacyjnym szpitala przy ul. Łąkowej. Monitorowaliśmy skuteczność podawanej tą drogą bupiwakainy i morfiny oraz coraz częściej stosowanej doustnie



Ks. Zbigniew Pawlak z prof. Jackiem Łuczakiem przed kościołem w Kicinie



Prof. Jacek Łuczak z prof. Vittorio Ventafridda



Zespół opieki domowej. Od lewej Wiesława Piotrowska, Jarosław Bartóg i Janina Nogalska



Od lewej: prof. Jacek Łuczak z prof. Robertem Twycyccosem, liderem opieki paliatywnej z Oksfordu



I Sympozjum Opieki Paliatywnej – Poznań 1988 r.

morfiny. Leki te były podawane przez wyuczone przez nas osoby z rodziny. W latach 1987-88 opiekowano się w domach kilkudziesięcioma chorymi, w tym naszymi nauczycielami odwagi i wiedzy o cierpieniu, umierającymi, młodocianymi Maciejem i Robertem. Byłem bezradny, gdy Maciej spytał mnie: „Dlaczego Bóg wybrał mnie na moje cierpienie”? Robert przed śmiercią żegnał się z każdym z osobna mówiąc: „Umieram, dziękuję, kocham Was”.

W 1988 roku, wraz z dr Grażyną Zengteler z wzorcowo prowadzonego Hospicjum im. św. Jana Kantego, w ramach stypendium WHO, odbyliśmy staż w czołowym mediolańskim ośrodku domowej opieki paliatywnej i leczenia bólu, kierowanym przez prof. Vittorio Ventafridda. Po powrocie ze szkolenia w mediolańskim ośrodku starałem się wykorzystać dobre wzory. Jednym z nich była działalność „Fundatio Florianii”, organizacji o zasięgu krajowym i międzynarodowym, ukierunkowanej na wspieranie rozwoju opieki paliatywnej, w szczególności szeroko pojętej edukacji. Poradnia wyjazdowa zasilona została przez anestezjologów: lek. Darka Adamskiego, Jerzego Furmanowskiego oraz

Krzysztofa Kuszę, a także studentki wydziału pielęgniarstwa: Wiesławę Piotrowską i Danutę Pacześny, ss. Zbigniewa Pawłaka, dr Małgorzatę Okupny oraz pracowników socjalnych: Iwonę Wesołowską i Małgorzatę Makowską. Skromne środki pozwoliły na częściowe opłacanie pracy lekarzy, pielęgniarek, psychologa, pracowników socjalnych, rehabilitanta oraz transportu. Dzięki lekarzowi polskiego pochodzenia, tworzącego hospicjum w Holandii, dr Zbigniewowi Żyliczowi, zapoznałem się na I Konferencji EAPC (European Association of Palliative Care) w Mediolanie z liderem opieki paliatywnej z Oksfordu, prof. Robertem Twycyccosem oraz z Elisabeth Kubler-Ross. Dzięki spotkaniu z p.p. Gilian Petrie Hunter i Muir Hunter z Polish Hospice Fund (przygotowywały miejsca szkoleniowe w angielskich hospicjach, tworzyły centra edukacyjne) otworzyły się nowe możliwości rozwoju opieki paliatywnej w skali lokalnej i krajowej. W Mediolanie poznałem metodę zakładania igły „motylek”, metodę stosowania małych pomp infuzyjnych oraz metodę mieszania różnych leków w jednej strzykawce. Mieszkańcy Mediolanu ufundowali trzy pompy infuzyjne dla mieszkańców Poznania.

Ważnym wydarzeniem w skali ogólnopolskiej było I Sympozjum Opieki Paliatywnej w Poznaniu, w listopadzie 1988 r. Spotkanie zgromadziło 300 uczestników z całej Polski i utorowało drogę do doustnego podawania morfiny. Patricia Scott, pielęgniarka oddziałowa z hospicjum w Oxfordzie, uczyła leczenia obrzęku limfatycznego, natomiast pielęgniarka Ellen Loel z McMillan szkoliła pielęgniarki w leczeniu bólu i opiece paliatywnej. W marcu 1989 roku powstało Towarzystwo Opieki Paliatywnej Uśmierzenia Cierpienia u osób z Chorobą Nowotworową im. Aleksandra Lewińskiego i Antoniny Mazur. Była to organizacja charytatywna o zasięgu ogólnopolskim, wspierająca działalność Zespołu Opieki Paliatywnej. Stowarzyszenie obrało sobie jako patronów ważne postacie: prof. Aleksander Lewiński, ceniony lekarz anestezjolog z AM w Gdańsku wiele uwagi poświęcił zwalczaniu bólu nowotworowego, a gdy sam zachorował na szybko postępujący nowotwór, uczniowie z kliniki skutecznie uśmierzali jego ból. W rozpisany konkursie na logo organizacji pierwsze miejsce uzyskał rysunek przedstawiający dwie postacie symbolizujące przekazywanie i odbieranie wsparcia. Powstałe w Poznaniu stowarzyszenie było drugim po utworzonym znacznie wcześniej, bo już w 1981 roku, krakowskim Towarzystwie Przyjaciół Chorych, stanowiącym wzorzec dla innych tego typu organizacji ukierunkowanych do przygotowywania wolontariuszy do opieki nad chorymi oraz pozyskiwaniu środków na budowę hospicjum stacjonarnego. Drugi cel, również bardzo ważny, to zdobycie środków na lokalną i zakrojoną na całą Polskę edukację, opartą o trzydniowe, podstawowe kursy wyjazdowe poznańskiego interdyscyplinarnego zespołu. Działalność ta była pomocna w tworzeniu i rozwijaniu struktur opieki paliatywnej w Polsce. W edukacji społecznej, propagowaniu zasad opieki paliatywnej w różnych niemedycznych środowiskach, służyli członkowie zarządu o wysokiej pozycji społecznej jak Rektor Akademii Sztuk Pięknych, prof. Witold Gyurkovich oraz znany historyk i publicysta prof. Waldemar Łazuga. Największy jednak wpływ na pozytywną opinię promującą działalność hospicyjną ma rozwijany od ponad 10 lat „Motyli Wolontariat”, pod przywództwem zdobywczyni Orderu Uśmiechu – Barbary Grochal.

W 1990 roku, po czterech latach starań, dzięki życzliwości śp. prof. Cezarego Ramlaui, a także przy dużej pomocy i zaangażowaniu inż. Józefa Zielezińskiego – ówczesnego dyrektora technicznego szpitala – przy Klinice Onkologii w Szpitalu Klinicznym nr 1 na ul. Łąkowej otwarty został 7-lóżkowy Oddział Opieki Paliatywnej. Oddział otworzyła Pani Minister Zdrowia, pielęgniarka, była wolontariuszka hospicyjna, p. Krystyna Sienkiewicz. Był to pierwszy oddział opieki paliatywnej w Polsce.



Personel pierwszego Oddziału Opieki Paliatywnej w Poznaniu, ul. Łąkowa 12



Z wizytą w nowootwartym hospicjum w Exeter (Wielka Brytania)



Fragment artykułu z Dziennika Poznańskiego, o zagrożeniu dla Hospicjum Palium

W 1991 roku JM Rektor, prof. Antoni Pruszewicz powołał Klinikę Opieki Paliatywnej, Anestezjologii i Intensywnej Terapii Onkologicznej (początkowo Oddział miał status IOM-u), której kierownictwo objąłem. Pierwszą oddziałową tego nowatorskiego Oddziału, pełniącą obecnie funkcję Naczelnej Pielęgniarki Szpitala, została Anna Głowacka. Znaczący wkład we wprowadzanie europejskich standardów w dziedzinie medycyny paliatywnej i działania organizacyjne wniosła dr Małgorzata Okupny. Pani Doktor wniosła do pracy zespołu doświadczenia wyniesione z kontaktów z wiodącym ośrodkiem opieki paliatywnej *Sir Michael Sobell House* w Oksfordzie, z którą Klinika Opieki Paliatywnej podpisała wieloletnią współpracę na szkolenia. Kursy w tym ośrodku odbyli również pozostali lekarze Kliniki Opieki Paliatywnej: Ewa Bączyk, Lidia Gorzelińska, Maciej Kluziak, Wojciech Leppert, Maciej Sopata, zaś Aleksandra Kotlińska odbyła szkolenie w światowym centrum Onkologii w Sloan Memorial Katering Hospital w Nowym Jorku. Nieocenione zasługi w rozwijaniu poziomu świadczeń udzielanych chorym i ich rodzinom oraz działalności edukacyjnej przed i podyplomowej mają lekarze, pielęgniarki, pracownicy socjalni i psycholodzy, terapeuta zajęciowy i rehabilitanci, kapelan zespołu oraz wolontariusze. Od 1991 roku trwały starania o utworzenie w Poznaniu hospicjum stacjonarnego, które byłoby uzupełnieniem dla ciasnego Oddziału Stacjonarnego w Szpitalu przy ul. Łąkowej, dysponującego zbyt małą liczbą łóżek dla chorych z terenu miasta i województwa. W 1994 roku Wojewoda Poznański przekazał Rektorowi Akademii Medycznej budynek w stanie surowym, wraz z własnością gruntu. Pierwotnie był przeznaczony na poradnię dla Dzielnicy Nowe Miasto przy ul. Kurlandzkiej. Zespół ekspertów, kierowany przez znanego poznańskiego architekta inż. Zbigniewa Pydę, po zapoznaniu się z architekturą i strukturą organizacyjną hospicjów brytyjskich (m.in. w Exeter) przystąpił do opracowania programu i projektu. Decydującą rolę w przygotowaniu, opłaceniu, a następnie realizacji programu adaptacji budynku na potrzeby Hospicjum odegrała Fundacja Inicjatyw kierowana przez dr. Leszka Sikorskiego. Stoczono zwycięską batalię z Departamentem Inwestycji Ministerstwa Zdrowia. Urzędnicy ministerialni znajdowali liczne uchybienia w przekazanym im, w 1993 roku, projekcie. Inne ciemne chmury zagrażały budowie ze strony mieszkańców osiedla Zodiak. Zobowiązali oni Radę Osiedla w doręczonym prof. Łuczakowi liście-proteście, w którym przedstawiono argumenty przeciwko utworzeniu w tym miejscu hospicjum. Spotkanie z grupą około 500 mieszkańców w 1994 roku, po naświetleniu dobrodziejstw płynących z utworzenia hospicjum, pomogło w przezwyciężeniu protestu. W głosowaniu Rady Osiedla uzyskano 27 głosów za utworzeniem Hospicjum przeciw 15 głosom sprzeciwiających się.

Ministerstwo Zdrowia zaaprobowало program i projekt architektoniczny Hospicjum Palium autorstwa mgr Zbigniewa Pydy i na wniosek Rektora AM, prof. Janusza Gadzinowskiego, włączyło adaptację budynku do programu inwestycji Ministerstwa Zdrowia. Budowa ruszyła w 1995 r. W październiku 1997 roku nastąpiło otwarcie pierwszego gotowego fragmentu budynku – Ośrodka Opieki Diennej im. Joanny Drażby – zmarłej w 24 roku życia poetki, autorki pamiętnika i wierszy „Za parawanem Powiek”. W tym samym czasie otworzyliśmy także Poradnię Obrzęku Limfatycznego. Od tego momentu przeniesiono do budynku Hospicjum Palium – w trakcie przebudowy, prowadzenie zajęć z opieki paliatywnej dla studentów medycyny (polskich i wydziału angielskiego).

W latach 1997-2001, ze względu na niedoinwestowanie, z wielkim trudem kontynuowano budowę Hospicjum. Oprócz dodatkowych środków otrzymanych z Ministerstwa Zdrowia, wyposażenia w sprzęt ze środków Banku Światowego wartości około 350 000, znaczne kwoty (około 1 milion złotych – pochodzące z darowizn zebranych od wielu darczyńców, zarówno firm, jak i osób indywidualnych) na zadania inwestycyjne, przeznaczył Poznański Oddział Polskiego Towarzystwa Opieki Paliatywnej (powstał w 1996 r.).

W grudniu 2001 roku w pełni ukończono prace adaptacyjne i wyposażenie budynku. Hospicjum Palium poszerzyło swoją działalność o Stacjonarny Oddział Hospicyjny, a w styczniu 2002 roku otwarto Poradnię Leczenia Bólu dla pacjentów cierpiących z powodu bólu przewlekłego spowodowanego nie tylko chorobą nowotworową. Otwarto też Hostel dla Dzieci im. Natalii Cyrkler, której testament – głoszenie wśród dzieci i młodzieży szkolnej idei opieki paliatywnej – zespół stara się realizować. Do Hostelu przyjmowane są dzieci i młodociani wraz z ich opiekunami. W grudniu 2001 r. do budynku Hospicjum przeniesiony został ze szpitala przy ul. Łąkowej Oddział Stacjonarny (7 łóżek), który poszerzono o dodatkowe 8 łóżek oraz Poradnię Opieki Paliatywnej i Leczenia Bólu z Zespołem Opieki Domowej, w ramach którego działa od 1993 roku Zespół Interwencyjny ofiarujący całodobową przez 7 dni w tygodniu pomoc choremu w domu. Obecnie całość działa pod nazwą hospicjum domowego. Oddano także do użytku salę seminaryjną wraz z wyposażeniem oraz salę biblioteczną. Przeniesiona również została siedziba Kliniki Opieki Paliatywnej, Anestezjologii i Intensywnej Terapii Onkologicznej, którą, decyzją Senatu AM z dnia 2 grudnia 2002 roku, wyłączono z Katedry Onkologii i przemianowana na samodzielną jednostkę o nazwie Katedry i Kliniki Medycyny Paliatywnej działającą w oparciu o Hospicjum Palium – oddział Szpitala Klinicznego Przemienienia Pańskiego przy Uniwersytecie Medycznym im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu. W składzie Katedry kierowanej obecnie przez prof. Katarzynę Wieczorowską-Tobis są trzy samodzielni pracownicy naukowcy: prof. AM Wojciech Leppert, dr hab. med. Aleksandra Kotlińska-Lemieszek i dr hab. med. Maciej Sopata.

W 2015 roku ze środków unijnych dobudowano nowoczesny kompleks rehabilitacyjny dla zabezpieczenia rosnących potrzeb chorych z obrzękiem limfatycznym – wiodącym ośrodkiem w tej dziedzinie, prowadzonym przez mgr Marię Naglak. Ośrodek ten założony został przez dr Justynę Biedę po powrocie ze szkolenia w Wielkiej Brytanii. W hospicjum działa także unikalna w skali kraju poradnia leczenia ran przewlekłych. Poradnia została utworzona przez pioniera nowoczesnego leczenia ran przewlekłych doc. Macieja Sopatę. Funkcjonuje tu także Poradnia Leczenia Bólu, prowadzona przez dr Grzegorza Kowalskiego. W lutym 2006 roku otwarto nową część stacjonarnego oddziału. Utworzono 9-łóżkowy oddział opieki paliatywnej, w ramach którego działał pododdział leczenia ran przewlekłych i bólu przewlekłego. Poszerzono zakres świadczeń Poradni Leczenia Bólu w oparciu o nowy sprzęt zakupiony ze środków MZ oraz PTO oddział w Poznaniu. W 2014 roku, ze środków Ministerstwa Zdrowia, dzięki uznaniu przez Rektora, prof. Jacka Wysockiego, który przyjął rozbudowę OMP za priorytet oraz dzięki zwycięstwu projektu na rozbudowę spośród 240 zgłoszonych pozyskaniu środków z Funduszu Obywatelskiego poszerzono bazę łóżek oraz OMP o 13 łóżek.

W Hospicjum działa Międzynarodowy Ośrodek Edukacji i Informacji Hospicjum Palium: Palliative Care Resource & Training Center – finansowany przez Open Society Institute (OSI) w Nowym Jorku do czasu wejścia Polski do UE, szkolący personel medyczny i pracowników przygotowywanych do pracy w ośrodkach opieki paliatywnej/hospicyjnej z krajów Europy Środkowo-Wschodniej i Azji Środkowej. Hospicjum Palium jest również siedzibą Oddziału Poznańskiego Polskiego Towarzystwa Opieki Paliatywnej oraz Stowarzyszenia Rozwijania Opieki Paliatywnej w krajach Europy Środkowo-Wschodniej (ECEPT).

Poznański model zintegrowanej opieki paliatywnej posłużył jako wzorzec do tworzenia ośrodków domowej i stacjonarnej opieki paliatywnej na terenie całego kraju, jest też wzorcem dla organizującej się opieki paliatywnej w krajach Europy Środkowej i Wschodniej. Od 2007 roku ośrodek nasz, wspólnie z Kliniką Onkologii, jako pierwszy w kraju został wyróżniony certyfikatem ESMO, przyznany przez Europejskie Stowarzyszenie Onkologii Klinicznej. W Hospicjum



Pielęgniarka Anna Głowacka (od lewej) przy łóżku Joanny Drazby, poetki. Obok prof. Jacek Łuczak



Prof. Jacek Łuczak na dachu oddanego do użytku budynku Hospicjum Palium



Deklaracja Poznańska

(dokończenie na str. 9)

PROGRAM JUBILEUSZOWEJ KONFERENCJI NAUKOWO-SZKOLENIOWEJ

30 lat Polskiego Towarzystwa Opieki Paliatywnej – akademicka opieka paliatywna i wspierająca w Szpitalu Klinicznym Przemienienia Pańskiego Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

Poznań, 14 września 2019 r.
Centrum Kongresowo-Dydaktyczne UM

9:00-9:15: Otwarcie Konferencji

Prof. dr hab. med., dr h. c. Jacek Łuczak FRCP – Honorowy Przewodniczący Komitetu Naukowego
Prof. dr hab. med. Andrzej Tykarski – Jego Magnificencja Rektor Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu
Dr hab. med. Szczepan Cofta – Dyrektor Szpitala Klinicznego Przemienienia Pańskiego w Poznaniu, Wiceprzewodniczący Komitetu Naukowego
Mgr Jędrzej Solarski – Zastępca Prezydenta Miasta Poznania
Mgr Damian Marciniak – Dyrektor Wydziału Zdrowia Wielkopolskiego Urzędu Wojewódzkiego w Poznaniu

9:15-10:50: Sesja 1: Historia opieki paliatywnej i hospicyjnej

Przewodniczący: Prof. dr hab. med. Jacek Łuczak, Dr hab. med. Szczepan Cofta

9.15-9.30 Prof. dr hab. med. Jacek Łuczak: Rozwój opieki paliatywnej w Poznaniu,
9.30-9.40 Dr med. Halina Bogusz: o książce „Moje Palium”
9.40-9.50 Dr med. Anna Jakrzewska-Sawińska: Moja droga do opieki paliatywnej
9.50-10.05 Dr Jolanta Stokłosa: Historia ruchu hospicyjnego w Polsce
10.05-10.20 Dr hab. med. Szczepan Cofta: 30 lat opieki paliatywnej w Szpitalu Klinicznym Przemienienia Pańskiego Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu
10.15-10.50 Prof. Jacek Łuczak, Dr Ewa Kaczmarek, Mgr Marek Karolczak: Historia Polskiego Towarzystwa Opieki Paliatywnej – Zarządu Głównego, Oddziałów w Poznaniu, Włocławku i Wałbrzychu

10:50 – 11:15 - Przerwa

11:15-12:15: Sesja 2: Interdyscyplinarny zespół opieki paliatywnej

Przewodniczący: Mgr Anna Głowacka, Mgr Izabela Kaptacz

11.15-11.25 Mgr Anna Głowacka: Rola pielęgniarek w opiece paliatywnej
11.25-11.35 Mgr Izabela Kaptacz: Dzienna opieka paliatywna
11.35-11.45 Mgr Katarzyna Stachnik: Wsparcie psychologiczne i socjalne
11.45-11.55 Mgr Barbara Grochal: Wolontariat Hospicjum Palium w Poznaniu
11.55-12.05 Ksiądz Prałat Andrzej Rygielski: Rola kapelana w opiece paliatywnej
12.05-12.15 Dyskusja

12:15-13:45: Sesja 3. Panel dyskusyjny: stan obecny i perspektywy rozwoju opieki paliatywnej i wspierającej w Polsce

12.15-12.30 Józefa Szczurek-Żelazko – Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia: Działania podejmowane dla poprawy dostępności do opieki paliatywnej
12.30-12.40 Dr Wiesława Pokropska: Stan opieki paliatywnej w Polsce w 2019 r.
12.40-12.50 Dr Hanna Philips: Kontraktowanie świadczeń opieki paliatywnej w województwie wielkopolskim

12.50-13.00 Wojciech Leppert: Sytuacja opieki paliatywnej w województwie wielkopolskim w 2019 r.

13.00-13.40 Dyskusja. Moderatorzy: Wojciech Leppert, Dr med. Aleksandra Ciałkowska-Rysz

13.00-13.10 Dr Jolanta Stokłosa: Problemy jednostek opieki paliatywnej bez kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia

13.10-13.20 Dr hab. med. Szczepan Cofta: Wsparcie Szpitali Klinicznych dla opieki paliatywnej

13.20-13.30 Mgr Izabela Kaptacz: Sytuacja pielęgniarek w opiece paliatywnej

13.30-13.40 Dr med. Andrzej Stachowiak: Zastosowanie nowoczesnych technologii dla poprawy jakości opieki paliatywnej

13.40-13.45 Prof. dr hab. med., dr h. c. Jacek Łuczak FRCP. Podsumowanie dyskusji. Propozycja powołania Zespołu przy Ministrze Zdrowia dla opracowania Programu Rozwoju Opieki Paliatywnej i Wspierającej w Polsce

13:45-14:30 Obiad

14:30-16:00: Sesja 4: Ocena jakości życia i jakości opieki paliatywnej

Przewodniczący: Dr med. Wiesława Piotrowska, Dr med. Tomasz Grądański

14.30-14.50 Wojciech Leppert: Ocena jakości życia chorych w opiece paliatywnej i wspierającej

14.50-15.10 Dr med. Tomasz Grądański: Kliniczne zastosowanie Palliative Outcome Scale do oceny jakości opieki paliatywnej

15.10-15.30 Dr n. biol. Małgorzata Stańczyk: Wpływ muzykoterapii na jakość życia chorych w opiece paliatywnej

15.30-15.45 Dyskusja

15:45-16:00 Przerwa

16:00-18:15: Sesja 5: Postępy w leczeniu bólu i innych objawów

Przewodniczący: Dr hab. med. Maciej Sopata, Dr hab. med. Aleksandra Kotlińska-Lemieszek

16.00-16.20 Dr hab. med. Aleksandra Kotlińska-Lemieszek: Postępy w leczeniu farmakologicznym bólu u chorych na nowotwory

16.20-16.40 Dr med. Wiesława Piotrowska: Zapobieganie bólom proceduralnemu w praktyce pielęgniarstwa

16.40-17.00 Dr med. Grzegorz Kowalski: Zastosowanie technik interwencyjnych leczenia bólu u chorych w opiece paliatywnej

17.00-17.20 Dr hab. med. Maciej Sopata: Nowe wyzwania i możliwości: leczenie owrzodzeń i ran przewlekłych

17.20-17.40 Mgr Maria Naglak: Leczenie obrzęku chłonnego

17.40-18.00 Dr med. Iwona Zaporowska-Stachowiak: Sedacja u chorych w opiece paliatywnej

18.00-18.15 Dr med. Iwona Zaporowska-Stachowiak: Opieka paliatywna dla chorych ze stwardnieniem zanikowym bocznym

18:15-18:30: Dyskusja. Podsumowanie i zakończenie Konferencji



Sonny Toolis, ojciec Autora krótko przed śmiercią

Czuwanie przy moim ojcu: lekcje radzenia sobie ze śmiertelnością

(My father's wake: lessons for facing mortality by Kevin Toolis, Commentary February 2018, Issue 1, Royal College of Physicians)

Jak Irlandczycy uczą nas żyć, kochać i umierać.

Autorzy tłumaczenia na język polski: Bartosz Łuczak, Jacek Łuczak, Katarzyna Stachowiak-Szymczak

Coraz bardziej zurbanizowane społeczeństwa i kultura medykacji głęboko zmieniły nasze relacje ze śmiercią, pisze Kevin Toolis, autor i filmowiec, zdobywca nagrody BAFTA. Kevin niedawno wydał książkę „My Father's Wake” („Czuwanie mojego ojca”. Podtytuł: „Jak Irlandczycy uczą nas żyć, kochać i umierać”). Są to osobiste wspomnienia autora, który pochyla się nad intymnością irlandzkiego czuwania, pozwalającego opłakującym zmierzyć się z ich własną śmiertelnością.

W małym, wąskim pokoju sędziwy człowiek zbliżał się ku śmierci. Dwa dni wcześniej przestał mówić, stracił przytomność, i zaczęło się ostatnie czuwanie bliskich. Choroba nowotworowa spustoszyła ciało, wgrzyzając się aż do kości, pozostawiając jedynie szkieletową łuskę. Serce biło, płuca oddychały, ale nie można było stwierdzić, czy był nadal świadomy.

W nieomal pustym, bielonym pokoju, nie większym niż więzienna cela, dziesięciu przybyłych, jak *mna caointe*, lamentujące płaczki opłakujące zmarłego, złaczonych w bólu, wspólnie przeżywało ostatnie chwile życia i umierania jednego człowieka – mojego ojca, Sonny'ego.

„Święta Maryjo, Matko Boża, módl się za nami teraz i w godzinie śmierci naszej”. W ciasnej zamkniętej przestrzeni odgłos tego chóru głosów rozbrzmiewał pośród ścian i sufitu, głośniejszy i głośniejszy, odbijając się echem, werset po wersecie, wciąż i wciąż, tuląc Sonny'ego do śmierci.

Ta śmierć tak otwarta, tak odmienna od wypierającego ją anglosaskiego świata była też ostatnią rodzicielską lekcją Sonny'ego. Jak umrzeć.

W świecie anglosaskim śmierć jest szeptem. Instynktownie czujemy, że powinniśmy przyciemnić światła i ściszyć głosy. Chcemy dać zmarłym, umierającym i żałobnikom przestrzeń. Mówimy, że robimy to, ponieważ nie chcemy się wtrącać. I to jest prawda, ale może nie te powody zawsze nami kierują.

Nie chcemy się wtrącać, ponieważ nie chcemy patrzeć w lustro naszej własnej śmierci. Nie umiemy z nią obcować.

Na tej irlandzkiej wyspie, gdzie moja rodzina mieszkała w tej samej wiosce przez ostatnie 200 lat, a także w większej części Irlandii, śmierć wciąż mówi głośniejszym głosem. Wraz z raportami pogodowymi o nadchodzących sztormach atlantyckich, lokalne stacje radiowe Mayo trzy razy dziennie „wieszczą śmierć”, wyliczając umarłych i ustalając daty na ich obrządki dla około 10 osób dziennie. Istnieje nawet płatna (95 centów na minutę) telefoniczna linia informacyjna, na którą można zadzwonić w razie braku pewności co do obecnego bilansu zmarłych.

Nie powinno być w tym nic dziwnego. W przypadku braku wojny i katastrof, ludzie umierają na całej planecie w liczbie 1 % na rok; 200 000 ludzi umiera dziennie, 73 miliony zmarłych rocznie.



Zespół Hospicjum Palium przed budynkiem przy os. Rusa 55 w Poznaniu

dycznego z Europy Środkowo-Wschodniej i Azji Środkowej. Także w związku z uzyskaniem akredytacji prowadzone są kursy i szkolenia praktyczne dla lekarzy specjalizujących się w medycynie paliatywnej. Ośrodek poznański jest zaangażowany w dalszy rozwój opieki paliatywnej lokalnie i w Polsce w oparciu o współpracę Ministerstwa Zdrowia.

Przy PTOP Hospicjum Palium działa wolontariat medyczny – zespół wolontariuszy posługujących chorym na oddziale medycyny paliatywnej i hospicjum domowym. Ruch społeczny motyli wolontariat zajmuje się działalnością przysparzającą środków dla działalności PTOP, wspomagającą Hospicjum (koncerty charytatywne, majówki w ogrodzie botanicznym, dni otwarte Hospicjum oraz udział w wielu innych imprezach jak np. Dzień Motyla). Prowadzi również szeroko zakrojoną działalność edukacyjną obejmującą większość szkół na terenie Poznania i Wielkopolski.

prof. zw. dr hab. med. dr hc FRCP Jacek Łuczak
lekarz kierujący OMP Hospicjum Palium SKPP UM
Prezes PTOP OP

prorowadzone jest szkolenie przed i podyplomowe – również dla studentów anglojęzycznych – oraz szkolącego się personelu me-

Wszystkie zdjęcia zamieszczone w artykule pochodzą ze zbiorów prywatnych Autora.

Równomierny rozkład. Dzieje się to wokół ciebie, nawet gdy czytasz ten artykuł; w bloku naprzeciwko Ciebie, przy sąsiedniej ulicy i w lokalnym szpitalu.

Gdyby lokalne radio w Londynie lub Nowym Jorku miało robić to samo, co stacja radiowa Mayo, spiker musiałby odczytywać trzy razy dziennie nazwiska 230 zmarłych, żeby nadążyć.

Oczywiście, mieszkając w mieście takim jak Londyn, gdzie każdego roku umiera 85 000 osób, nigdy nie wiedzielibyśmy o tego typu rzeczach. Takie bardzo publiczne wyczytywanie nazwisk zmarłych, powszechne zwiastowanie naszej śmiertelności, byłoby aktem objawienia w świecie anglosaskim, i prawdopodobnie wywołałoby oburzenie wobec obrazu „przyzwoitości publicznej”, co prawie na pewno doprowadziłoby do bojkotów i protestów.

Jeszcze bardziej szokujące byłoby odkrycie innego kraju, w którym tacy umierający jak Sonny, żyjący, pogrążeni w żałobie i zmarli nadal otwarcie dzielą udział w tym świecie i pozostają razem powiązani w irlandzkim czuwaniu. A śmierć, w swej zwykłej zwyczajności, nie jest obca.

Mój ojciec Sonny Toolis był także zwyczajnym człowiekiem. Nigdy nie był bogaty, nie miał władzy, ani nie był kimś ważnym. Nigdy nie pełnił funkcji publicznej, a jego nazwisko nigdy nie pojawiło się w gazetach. Świat nigdy nie zwracał na niego większej uwagi, a Sonny wiedział również, że świat nigdy tej uwagi na niego nie zwróci. Urodził się w biednej rodzinie, w wiosce na wyspie, pozabawionej elektryczności, wody z sieci i asfaltu na drogach, podobnie jak inni biedni urodzili się w takich miejscach przez większość historii ludzkości.

Sonny nigdy nie miał szansy na zdobycie wykształcenia i pracował przez większość życia jako brygadzysta na placach budowy, zarabiając pieniądze na opłacenie edukacji siedmiorga dzieci. Sonny miał jednak dar w swoich rękach. Przydawał się, gdy szwankowała elektryczność, kanalizacja lub potrzebny był transport mebli. Miał swoje ograniczenia; nie lubił dziwnych, pieprznych potraw, nie czuł się komfortowo w garniturach i nie umiał przemawiać na weselach.

Miał świetny głos, śpiewał, grał na dudach, akordeonie i uczył swoje dzieci śpiewu do różnych melodii. W latach 60. kupił niemiecki aparat fotograficzny (35 mm), robił zdjęcia i wywoływał we własnej ciemni. Nakręcił nawet film na Super 8, ale to było tylko hobby. Podobnie jak wielu z nas Sonny miał pewne talenty, których nigdy w pełni nie uświadomił sobie w życiu.

Ale Sonny naprawdę miał jedną przewagę nad większością z nas. Wiedział, jak umrzeć. I wiedział, jak to zrobić, ponieważ matki i ojcowie z jego wyspy i wszystkie poprzednie pokolenia dzieliły się śmiercią w duchu irlandzkiego czuwania i pokazały mu również, jak umierać.

Jego śmierć, jego czwanie, chęć dzielenia się własną śmiercią były również jego ostatnią lekcją rodzicielską dla jego dzieci i jego społeczności – Darem.

Kto nigdy nie był na irlandzkim czuwaniu lub widział je tylko na filmie, prawdopodobnie myśli, że czwanie to tylko kolejna irlandzka popijawa, kilka kufla piwa wokół zmarłego i otwarta trumna. I myli się.

Czwanie jest jednym z najstarszych obrzędów ludzkości, po raz pierwszy przytoczonym w „Iliadzie”, wielkim homeryckim poemacie wojennym z VIII wieku p.n.e. i powszechnie praktykowanym w całej Europie przez ostatnie 200 lat. Końcowe wersety „Iliady” przedstawiające zwłoki księcia trojańskiego – Hektora, płaczące kobiety, ucztę i gry pogrzebowe są poświęcone jego czuwaniu. Takie rytuały nie byłyby czymś nowym dla żadnego mieszkańca wyspy, w obecnych czasach „czuwającego”.

Dla naszych przodków, czwanie, obciążone pewnymi zobowiązaniami żywych wobec zmarłych żywymi vice versa, było drogą do przywrócenia naturalnego porządku na świecie, uzdrowienia naszej śmiertelnej rany i wspólnego przezwyciężenia śmierci jednej osoby. Akt, w naszym obecnym ubogim żargonie psychologicznym, zamknięcia.

Poprzez urbanizację, industrializację i medykację śmierci, czwanie przy śmierci umiera w większości świata zachodniego, a sama śmierć została uciszona przez coś, co można nazwać „machiną zachodniej śmierci”. Ale na Zachodzie, wśród Celtów wciąż żyje ta starożytna forma współprzeżywania umierania i śmierci.

W wieku 70 lat u mojego ojca Sonny’ego wykryto raka trzustki – nadal jeden z najbardziej śmiertelnych nowotworów wśród mężczyzn w zachodnim świecie. Sonny nigdy się nie wzdygnął. Nie chciał umrzeć, ale kiedy wiedział, że nie ma wyboru, nigdy nie zmarnował czasu, który mu pozostał. Nie był zły ani rozgoryczony, lecz mądry – zaakceptował swoją śmierć. Zmarł w taki sam sposób, w jaki żył, dzień po dniu, napierając naprzód, wykorzystując swoją gasnącą energią.

Nadszedł czas Sonny’ego, ale ani on, ani jego społeczność nie zaprzeczali jego nadchodzącej śmierci. Jego śmierć nie podlegała wyparciu w stylu anglosaskim; dom Sonny’ego był pełen gości, którzy przyszli go odwiedzić, ponieważ umierał.

Umieranie jest wyczerpującym, samocentrycznym aktem. Sonny zawsze był potężnym, imponującym mężczyzną, szybko tracił jednak moc jak wąż zrzucający skórę. Jego świat skurczył się do dwóch pokoi i Sonny wiedział, że nigdy nie zobaczy końca tego fatalnego lata.

Ojcostwo Sonny’ego się kończyło, gdy moje zaczynało. Nasze ostatnie słowa na łóżu śmierci były bardzo zwyczajne, bezbarwne. „Pozwól ci odejść synu”, powiedział mi na odchodne, kiedy wracałem do miasta. Kiedy wróciłem, zapadł w śpiączkę i nie mógł już mówić.

Ale nasze rozstanie było normalne. Nie było więcej tajemnic do dzielenia się. Ani objawień do odkrycia. Nasze tożsamości jako ojciec i syn zostały już zapisane w czynach naszego życia razem; Sonny, zmieniający moją pieluchę za dziecka, nie tracący panowania nad sobą w czasie mojej nastoletniej przekory, zachęcający mnie do nauki i wszystkie lata, które dzieliliśmy na placach budowy, kiedy pracowałem u niego, jednocześnie studiując. I na wszystkie niezliczone sposoby pokazał mi w swoim rzemiośle, jak być mężczyzną i ojcem.

Sonny umarł tuż przed świtem w najdłuższy dzień roku w domu, we wsi przodków. Nikt nie wezwał pomocy ani żadnych „służb”.

Był już z nami w domu. Jego ciało zostało umyte i przygotowane do trumny przez córkę i szwagierkę. Leżał we własnym salonie, w biurze, a jego wnuki, trzy-, pięcio- i dziewięcioletnie, bawiły się u stóp trumny.

Jego społeczność, jego krewni, a nawet niektórzy nieznajomi, przybyli bardzo licznie, aby modlić się u jego boku, ucztować, rozmawiać, plotkować o cenach owiec lub o giełdzie, i otwarcie zaznaczyć jego śmierć w niezliczonych uściskach dłoni i zwrocie „moje kondolencje”.

Przez całą noc budziliśmy się przy ciele Sonny’ego, by strzec przejścia dla jego odchodzącej duszy, i bronić Bram Chaosu przed hordami Hadesa, aby świat nadprzyrodzony nie próbował zaatakować świata żywych. Podobnie jak Trojanie przed nami obserwowali ciało Hektora. Wieczne kworum; umierając nawzajem wśród żywych i żyjąc ze sobą w każdej śmierci na zawsze.

To było błogosławieństwo, akt łaski. Dajemy siebie, naszą obecność, w śmiertelnych odcieniach, albo nic nie dajemy; cała nasza siła, bogactwo, pozycja, status są bezużyteczne.

Być prawdziwie człowiekiem to moc zdźwignąć ciężar naszej własnej śmiertelności i dążyć, w łasce, do niesienia pomocy innym w niesieniu ich własnej; czasami lekko, czasem odważnie. Wspólnie przyjmując śmierć w naszym życiu poprzez irlandzkie czwanie, wszyscy jesteśmy w stanie uczyć się ponownie pierwszej i najstarszej lekcji ludzkości. Jak być odważnym w nieodwracalnym smutku. Jak dotrzeć do umierających, zmarłych i pogrążonych w żałobie. Jak żyć dalej bez względu na to, jak wielkie jest uniesienie lub strata. Jak stawić czoła śmiertelności. I, jak Sonny – nauczyć swoje dzieci również stawić czoła ich własnej śmierci. ●

W pogoni za szpikiem

W dniach 20-21 maja 2019 roku w kalifornijskim Szpitalu Scripps Green Hospital na przedmieściach San Diego w Stanach Zjednoczonych odbyło się pobranie krwiotwórczych komórek macierzystych z krwi obwodowej od niespokrewnionego dawcy dla pacjentki Oddziału Hematologii i Transplantacji Szpiku Szpitala Klinicznego *Przemienienia Pańskiego* w Poznaniu. Odnalezienie genetycznego bliźniaka na drugim końcu świata oznaczało szczególnie trudne przedsięwzięcie logistyczno-transportowe. Wyzwania podjęła się firma transportowa „Zakład Usługowo-Handlowy Robert Woźniak” – dotychczas realizująca dla Szpitala Klinicznego *Przemienienia Pańskiego* przewozy komórek macierzystych i szpiku na terenie Unii Europejskiej. Firma wyznaczyła jako kuriera pana Rafała Prokopa. Pokonanie dystansu 10 tys. km w możliwie jak najkrótszym czasie przy zachowaniu wymaganej temperatury w zakresie 2-8°C w czasie całego transportu, wymagało od kuriera odpowiedzialnego za przewóz preparatu szczególnej ostrożności i zaangażowania, a od firmy transportującej dokładnego planowania i szybkiej organizacji. Nie byłoby to możliwe bez współpracy i aktywnego wsparcia ze strony Szpitala Klinicznego *Przemienienia Pańskiego* oraz organizacji Poltransplant. W koordynację działań włączyli się również kalifornijski szpital Scripps Green oraz Amerykańska Organizacja Dawców Szpiku – National Marrow Donor Program, udzielając kurierowi niezbędnej pomocy formalnej w nadaniu transportowi statusu „na ratunek życia”. Umożliwiło to szybsze przejście wymaganych procedur kontrolnych na lotniskach i ułatwiło bezpieczne i sprawne dostarczenie materiału przeszczepowego do ośrodka transplantacyjnego w Poznaniu.

W środę, 22 maja pogoń kuriera ze szpikiem została zakończona, a komórki macierzyste zostały przekazane na ręce Pracowników Banku Komórek Macierzystych Szpitala Klinicznego *Przemienienia Pańskiego*, którzy natychmiast przystąpili do bezpośredniego przygotowania preparatu do przeszczepu. Wyścig z czasem został wygrany. Zmęczenie wielogodzinną podróżą przez dziewięć stref czasowych oraz stres bycia odpowiedzialnym za przewożony materiał szybko zamieniły się w radość i nadzieję, że Komuś zostanie uratowane życie.

Szpital Scripps Green w liczbach:

- Założony w 1977 r.
- Posiada 173 łóżka.
- Obsługuje rocznie 11 692 przyjęć.
- Przeprowadza 10 000 zabiegów i operacji rocznie.
- Oferuje leczenie onkologiczne, kardiologiczne, ortopedyczne, bariatryczne.
- Jest ośrodkiem transplantacyjnym nerek, wątroby i krwiotwórczych komórek macierzystych.
- Zatrudnia personel medyczny liczący 1400 osób.
- Regularnie wyróżniany w rankingach jako jeden z najlepszych szpitali w USA.

Oprac. Rafał Prokop



Rafał Prokop przed budynkiem Szpitala (fot. archiwum prywatne)



Szpital położony w sercu natury – w bezpośrednim sąsiedztwie rezerwatu przyrody i oceanu



Najbliższa okolica Szpitala... (fot. archiwum prywatne)



Gabinety, w których przyjmowani są dawcy szpiku (fot. archiwum prywatne)

Długa warta Poznania

W dniach 2-3 sierpnia na terenie naszego Szpitala odbył się festyn rodzinny „Długa warta Poznania”. Projekt został zrealizowany ze środków finansowych Miasta Poznania pozyskanych w konkursie „Centrum Warte Poznania”.

Spotkania rozpoczęliśmy koncertem w kościele Przemienienia Pańskiego, który, od początku istnienia Szpitala, stanowi jego integralną część. O godz. 19.00 prof. Jacek Kowalski zaprezentował swój pierwszy utwór. Całość złożyła się na koncert pt. „Opiewanie Kościoła Bernardynek przy Szpitalu Przemienienia Pańskiego pieśnią i opowieścią”. Niezwykłe utwory muzyczne przeplatane były opowieścią o kościele. Pan profesor w szczególności przybliżył historię tego niezwykłego budynku, którego niespokojne czasy, na przestrzeni wieków, nie oszczędzały. Koncert zakończył się gromkimi brawami. Po spotkaniu opiekunki kościoła oraz Szpitala, siostry ze Zgromadzenia Sióstr Miłosierdzia św. Wincentego a'Paulo pozwoliły

zajrzeć w niektóre zakamarki kościoła, kaplicy i pięknego chóru, z zabytkowymi organami, uratowanymi przed wojennymi zniszczeniami.

Sobotni poranek przywitał uczestników piękną pogodą. Przyszpitalny plac pozbawiony samochodów nagle stał się duży i przestrzeny – jakże inny od tego, do którego jesteśmy przyzwyczajeni na co dzień. O godz. 10.00, przy pięknej pogodzie, rozpoczął się panel dyskusyjny pt. „Przeszłość, teraźniejszość, przyszłość okolic Placu Bernardyńskiego”. Ciekawa dyskusja połączyła wiele wątków, rozpoczynając tym samym sobotnie spotkania.

Festyn miał charakter edukacyjny – przyczynkiem organizacyjnym wydarzenia był historyczny charakter naszego Szpitala, ale także jego najbliższej okolicy. W pobliżu Długiej, oprócz Szpitala Przemienienia Pańskiego (najstarszej poznańskiej lecznicy) znajduje się również kościół Franciszka Serafickiego, Liceum św. Marii Magdaleny.

Jednak w pierwszej kolejności zwracaliśmy uwagę na naszą największą stratę, którą staramy się przywrócić na ulicę Długą – zniszczoną przez Niemców w czasie wojny studzienkę, ufundo-



Wycieczka z przewodnikami PTTK przy Liceum św. Marii Magdaleny



Festyn cieszył się dużym zainteresowaniem



Jedna z atrakcji dla dzieci – bańki mydlane



Zajęcia jogi (Zielone Ogródki im. Zbigniewa Zakrzewskiego w Poznaniu)



Koncert prof. Jacka Kowalskiego w kościele Przemienienia Pańskiego



Dystrybuowanie wody dzięki uprzejomości firmy Aquanet do okolicznościowych butelek ze zdjęciem studzienki



Animatorzy w strojach nawiązujących do historii zabytkowej studzienki – hr. Edward Raczyński z żoną Konstancją

waną przez hrabiego Edwarda Raczyńskiego. Jesteśmy na dobrej drodze – wraz z Poznańskim Oddziałem Towarzystwa Opieki nad Zabytkami rozpoczęliśmy w 2015 roku starania na rzecz odbudowy studzienki. Stoi już mur, który okalał figurę, jest także doprowadzona woda, która w przyszłości ma studzienkę zasilać. W czasie festynu prowadziliśmy kwestę na rzecz jej odbudowy.

Odbyło się wiele wydarzeń towarzyszących. Dzięki uprzejmości firmy Aquanet na terenie Szpitala stanął dystrybutor wody. Sympatyczne animatorki rozdały wodę. Na pamiątkę spotkania przekazywaliśmy butelki, na których umieściliśmy archiwalne zdjęcie studzienki Raczyńskiego. Ponadto zorganizowaliśmy wiele atrakcji dla najmłodszych: turniej szachowy z nagrodami, konkurs rysunkowy, animacje (bańki mydlane, gry wielkoformatowe, zabawy sportowe). Była też joga na terenie Zielonych Ogródków im. Zbigniewa Żakrzewskiego. W międzyczasie odbywały się wycieczki z przewodnikami PTTK po zabytkach okolic Placu Bernardyńskiego.

Festyn cieszył się bardzo dużym zainteresowaniem – również w jego trakcie można było skorzystać z bezpłatnych

badan profilaktycznych w kierunku wykrywania tętniaków aorty brzusznej, przejść analizę składu ciała oraz odbyć badania dermatoskopowe. Badania przeprowadzali (w kolejności według wymienionych): prof. Marcin Gabriel, mgr Nikola Klepacz, prof. Sylwia Grodecka-Gazdecka. Jeszcze raz dziękujemy Im za poświęcony czas.

Dziękujemy również Poznańskiemu Oddziałowi Towarzystwa Opieki nad Zabytkami, Kołu PTTK z Poznania oraz Przewodnikom, wszystkim osobom, które pomagały przy organizacji festynu. Dziękujemy także Miastu Poznań za pozytywne rozpatrzenie wniosku grantowego. Mamy nadzieję, że wydarzenie było ciekawe i przybliżyło, w sposób interesujący, historię naszej placówki oraz najbliższej okolicy. Dzieje Szpitala przy ul. Długiej to podróż przez niemal 200 lat (w 2023 roku będziemy obchodzić jubileusz) działalności leczniczej. Jesteśmy pełni nadziei, że do tego czasu uda się odtworzyć studzienkę, która jak dawniej, zdoła będzie Szpital i jego okolice. Takie mamy nieśmiało życzenie – w sam raz na dwusetlecie Szpitala Klinicznego *Przemienienia Pańskiego*.

Bartosz Sobański

Wszystkie osoby i instytucje zainteresowane wsparciem inicjatywy prosimy o dokonanie wpłaty na poczet renowacji z dopiskiem „Odbudowa studzienki”. Dane do przelewu: Bono Serviamus Stowarzyszenie Na Rzecz Rozwoju Szpitala Klinicznego Przemienienia Pańskiego UM im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu, ul. Długa 1/2, 61-848 Poznań. Nr konta: 07 1030 1247 0000 0000 7991 2018.



Panel dyskusyjny pt. „Przeszłość, teraźniejszość, przyszłość okolic Placu Bernardyńskiego”



Zabawy dla dzieci



Prof. Marcin Gabriel przeprowadza badanie profilaktyczne w kierunku tętniaka aorty brzusznej



Konkurs rysunkowy



Rycina przedstawiająca studzienkę w latach świetności



Dzięki uprzejmości Pana Ministra Łukasza Szumowskiego mamy przyjemność zamieścić autoryzowany wykład wygłoszony przez Pana Ministra w dniu 17 października 2018 r. w Poznaniu, podczas naszego corocznego Wieczoru św. Łukasza

Prof. dr hab. n. med. Łukasz Szumowski

„Jak łączyć służbę pacjentom z prowadzeniem pracy naukowej oraz z skutecznym formowaniem kolejnych pokoleń medyków – Salus aegroti, educatio, scientia.”

Bardzo dziękuję za to zaproszenie, to chyba taka forma prezentu na moje imieniny. Czuje się nieco zakłopotany. Mam mówić o tym, jak łączyć pracę naukową z pracą kliniczną. Może na początek opowiem małą anegdotę. Przypomina mi się dowcip, w którym człowiek, z kontrabasem na plecach, jedzie tramwajem. Nagle z tego tramwaju wyskakuje. Na przystanku stoi z lekką podchmielony człowiek – pyta go: „Panie, jak się dostać do filharmonii!” Tamten na niego patrzy i mówi: „Ćwiczyć panie, ćwiczyć!”

Tak więc jak łączyć pracę kliniczną nad pacjentem z działalnością naukową? Głos powinien zabrać chyba ktoś bardziej doświadczony w tej materii. Zapewne na tej sali jest wiele takich osób. Ale na pewno to „ćwiczyć” jest kluczowe, w sensie poświęcenia czasu. Patron poznańskiej uczelni, dr Marcinkowski był wybitną postacią; łączył cudownie te dwie funkcje, zarówno chirurga, ginekologa-położnika, patriotę, powstańca listopadowego, kawalera orderu Virtuti Militari, ale jednocześnie badacza i naukowca; przypominam, że dostał złoty medal francuskiej Akademii Nauk za pracę o cholery; to pokazuje, że w tamtych czasach tak było można.

Myślę, że jest możliwe w naszych czasach łączenie tych dwóch funkcji. Zaczę od tego, że lekarz to bardzo specyficzny zawód, ale i powołanie, które jest sprawą indywidualną każdego człowieka. Jeżeli ktoś łączy zawód z powołaniem, to jest już pierwszy krok, który umożliwia również łączenie pracy klinicznej z pracą badawczą. Po drugie: zawód i powołanie dotyka bardzo specyficznego obszaru, dotyka drugiego człowieka będącego samodzielną jednostką, mającego swoją godność oraz głębokie poczucie decydowania o swoim losie. Jednocześnie poddaje się lekarzowi, poddaje się w sprawach zdrowia, poddaje się w sprawach życia. Tutaj zaufanie i pewna relacja, bardzo intymna, pomiędzy lekarzem a pacjentem jest niezbędna i kluczowa.

Jeden z profesorów powiedział kiedyś, że praca lekarza to ciągły eksperyment i każde podejście do pacjenta jest w pewnym sensie eksperymentem. Myślę, że jest to klucz i odpowiedź na pytanie jak łączyć badawczą pasję z pasją kliniczną, z pasją pomagania bliźniemu. Każdy człowiek jest indywidualny, wyjątkowy. Spotykając pacjenta za każdym razem odkrywamy nową historię, nową tajemnicę, nową układankę, którą musimy pozbierać, dopasowywać wszystkie kawałki do siebie w taki sposób, żeby obraz choroby, obraz cierpienia, ale i obraz psychiki tego człowieka nam się poukładał, żebyśmy mogli mu pomóc. Nie zawsze się oczywiście da, ale naszą rolą jest pomaganie w układaniu – również samemu pacjentowi – tych wszystkich kawałków.

Mówiąc o Mistrzach, piękna publikacja, gratuluję (Pan Profesor wspominał o książce pt. „Długa. Opowieść Mistrzów”, która ukazała się nakładem Wydawnictwa Kontekst). Ja miałem ten ogromny zaszczyt i przyjemność, że miałem takiego Mistrza, Mentora. Był nim profesor Franciszek Walczak, wybitny kardiolog, elektrofizjolog, ale i wybitny człowiek, który na początku mojej drogi życiowej w medycynie powiedział mi: „Łukasz – my nie jesteśmy tutaj po to, aby wyleczyć pacjenta, my tu jesteśmy po to, żeby pomóc mu przeżyć jego chorobę”. I myślę, że to też jest klucz w naszym działaniu, w naszej pracy badawczej i klinicznej.

Natomiast wróć teraz jeszcze do nauki, czyli do dziedziny medycyny. Cóż to jest medycyna? To oczywiście dziedzina o tym jak diagnozować, leczyć, rozpoznać choroby. Ale moje doświadczenie – i myślę, że także doświadczenie wszystkich nas tutaj – jest takie, że pacjent i człowiek w ogóle jako organizm, jest tak złożonym układem – mówię tutaj z punktu widzenia badawczego oraz z punktu widzenia nauki – że naprawdę niewiele o nim wiemy. Mój brat jest z wykształcenia meteorologiem, przez całe życie kształcił się w Stanach. Tam zdobywał kolejne stopnie i tytuły, i przypomina mi to bardzo ten układ w meteorologii, gdzie efekt motyla – oczywiście przez wszystkich Państwa znany – trzepot skrzydeł motyla gdzieś nad Oceanem Indyjskim

powoduje tornado nad Stanami Zjednoczonymi; gdzie modele komputerowe, które prognozą pogodę przewidują na następne 3 dni. To są nasze limity poznawcze w zakresie prognozowania pogody i te same limity dotyczą złożoności człowieka. Nadal jest to terra incognita. W związku z tym rodzi się pytanie: czy to jest nauka, czy może jednak sztuka?

Twardzi badacze powiedzą, że to oczywiście nauka i my musimy na tych danych naukowych się opierać – evidence based medicine (medycyna oparta na faktach). Wszyscy to wiemy, ale warto przypomnieć sobie wszystkie najnowsze dane. Natomiast te dane, które do nas spływają, to próba usystematyzowania wiedzy o człowieku jako organizmie, usystematyzowania wiedzy o człowieku jako o pacjencie, nadal jest skazana w dużym stopniu na porażkę. Wiemy jak są konstruowane badania kliniczne, wiemy, że to jest jedno z najwspanialszych odkryć w medycynie. Ostatnio zastanawiałem się nad tym jakie badania, jakie innowacje zmieniły oblicze medycyny. Przeczytałem, że taką innowacją, która w największy sposób dotknęła medycynę, było wymyślenie właśnie badania klinicznego. Ono nie jest oczywiście znane od zawsze. Powinniśmy jednak udowodniać pewne prawdy – powszechnie przyjmowane – za oczywiste, za pewnego rodzaju rewolucję w myśleniu. Ja jako kardiolog, przywołuję zawsze badanie KAZ, które pokazało wbrew powszechnej opinii, że leczenie lekami antyarytmicznymi ratuje życie. Badanie to tylko zmniejszyło liczbę arytmii, a pacjenci częściej umierali. W związku z tym bez badań klinicznych, bez tej wiedzy, którą niosą, niestety jesteśmy skazani na pewne niejasności. Ale nadal pozostaje ogromny margines niewiedzy. Wiemy, że populacje pacjentów w badaniach są określone, wiemy też, że badania nie dotyczą wszystkich grup pacjentów, choroby rzadkie, rzadkie grupy pacjentów, nowe choroby. Również zdrowie publiczne – proszę spojrzeć jak niewiele mamy twardych, naukowych dowodów na zdrowy tryb życia, na zdrowe diety. Wobec tego opieramy się w jakiejś mierze na obserwacji. I oczywiście mamy całą domenę badań obserwacyjnych, doświadczenia, opinie ekspertów. Mówiąc o tym jak łączyć pracę badawczą z pracą klinicysty, opieką nad pacjentem, pojawia się podstawowe pytanie o motywację: dlaczego ktoś chce zostać lekarzem? Jest to kluczowe pytanie. Ja nie mam medycznych tradycji rodzinnych. Chciałem być zawsze fizykiem. Coś poszło nie tak i zostałem lekarzem, aczkolwiek zawsze wiedziałem, że lekarzem będę. Myślę, że moja osobista motywacja była taka, że chciałem odkrywać nowe światy. W geografii mamy już właściwie wiele odkryte, trudno jest taką terę incognito znaleźć, może obszary polarne, może obszary dna oceanicznego. Podobno mniej było tam osób niż w kosmosie. A człowiek jest nadal tym obszarem, który jest całkowicie nieodkryty, tam jest pole do odkrywania wiedzy, do odkrywania nowych łądów, nowych zależności. To eksplorowanie można właściwie porównać do odkrywców z czasów Vasco da Gamy czy pierwszych żeglarzy. W związku z tym to motywacja odkrywania tajemnicy jest kluczowa i niezbędna dla niektórych i ci ludzie na pewno będą łączyć pracę badacza z pracą kliniczną. Oczywiście mogą to być też inne motywy. Mogą to być motywy altruistyczne, motywy pomocy bliźniemu, natomiast myślę, że bez tej pasji odkrywania tajemnicy trudno jest to połączyć.

Oprócz 195 rocznicy szpitala, mamy szereg innych rocznic w tym roku. 40-sta rocznica wyboru św. Jana Pawła. Pozwolę sobie przytoczyć Jego słowa dotyczące tajemnicy nauki. Zwracając się do wspólnoty uniwersyteckiej Jan Paweł II powiedział: „Człowiek współczesny potrzebuje waszej naukowej dociekliwości, waszej wnikliwości w stawianiu pytań i uczciwości w szukaniu na nie odpowiedzi. Potrzebuje tej swoistej transcendencji, która jest właściwa uniwersytetom. Poszukiwanie prawdy nawet wówczas, gdy dotyczy ograniczonej rzeczywistości świata czy człowieka i nigdy się nie kończy, zawsze odsyła ku czemuś co jest ponad bezpośrednim przedmiotem badań, ku pytaniom otwierającym

dostęp do tajemnicy. Jak ważnym jest, by ludzka myśl nie zamykała się na rzeczywistość tajemnicy, by człowiekowi nie brakło wrażliwości na tajemnicę, by nie brakowało mu odwagi pójścia w głąb.”

Myszę, że to bardzo dobrze opisuje pracę każdego lekarza, bo każdy z tych pacjentów jest swego rodzaju tajemnicą, każdy z tych pacjentów jest zagadką. Ale zarówno praca klinicysty jak i badacza musi być ograniczona w jakiś sposób, i ograniczona jest chociażby dokumentem który nas wszystkich dotyczy – kodeksem etyki. Oczywiście pojawia się pytanie: Czy lekarze powinni mieć swój własny kodeks? To jest pytanie dużo szersze; czy w ogóle te zawody powinny mieć własne, specyficzne kodeksy etyki. Myszę, że w przypadku takich zawodów jak zawód lekarza, gdzie dotykamy bezpośrednio drugiego człowieka, jest to bardzo ważne i niezbędne. Ale również – mamy kodeksy badaczy jak choćby Polskiej Akademii Nauk, Kodeks Prowadzenia Badań. Wydaje się, że jest to bardzo ważny dokument i należy przypomnieć, że drugi cały rozdział tego kodeksu dotyczy badań naukowych, a trzeci dokument, tj. trzeci rozdział kodeksu etyki lekarskiej dotyczy relacji z drugim lekarzem, czyli dzielenia się wiedzą. Obszar badań, obszar poznawania, nowych tajemnic, nowych danych, wiedzy o leczeniu drugiego człowieka, o diagnostyce z obowiązkiem, wyraźnie to jest podkreślone, obowiązkiem przekazywania tej wiedzy innym. Dlatego, że szczególnie w tej materii, która dotyczy możliwości pomocy drugiemu człowiekowi, nie możemy chować tej wiedzy dla siebie. Musimy ją kolegom, koleżankom przekazywać najlepiej jak umiemy. Tutaj dotykamy relacji, o której była mowa, tj. Mistrz – Uczeń. Trudno mówić mi o moim doświadczeniu Mistrz – Uczeń, mogę mówić o moim doświadczeniu jako Ucznia, który miał wyjątkowego Mistrza. Myszę, że rola Mistrza jest bardzo trudna. Po pierwsze powinniśmy mieć czas, po drugie pozbyć się kompleksów – jeżeli coś zaczynamy chować dla siebie, na własny użytek, czy po to, żeby nie nauczyć młodszych kolegów, to w takiej relacji jesteśmy skazani na porażkę. Ś.P. Profesor Franciszek Walczak był taką osobą, która wszystkim się dzieliła; w związku z tym efektem jego życia jest cała szkoła Elektrofizjologii Polskiej. Dzięki temu wykształcił – czy odwrotnie może – dzięki temu bardzo wielu obecnych profesorów, którzy zajmują się elektrofizjologią, mówią, że są jego Uczniami, że są z „jego szkoły”. Dzięki takiej postawie zyskała Polska i oni zyskali, ale On zyskał także. Dzisiaj wszyscy mówią o nim jako o Mistrzu, który tę wiedzę przekazywał. Otwartość, brak pewnego rodzaju niechęci, okiełznanie swoich emocji i swojego zmęczenia.

Był on także zafascynowany – miał taką fascynację materią – że często potrafił na wykładach zatrzymać się na jednym EKG i mówić przez 40 minut, jednak sala na konferencjach siedziała i z zainteresowaniem słuchała. O jednym EKG potrafił mówić w taki sposób, że wszystkich nas fascynował. Pamiętam jak jako student pierwszego roku przyszedłem do koła naukowego w Instytucie Kardiologii i tam trafiłem na takie spotkanie, gdzie mówił o EKG. Na początku wydawało mi się to absurdalne. Człowiek mówi o jakimś jednym slajdzie i nie chce skończyć, ale w pewnym momencie zapałem, zacząłem się wciągać.

Warto także wspomnieć o umiejętności organizowania czasu innym. Padło tutaj już zdanie, że jak chcesz być dobrym lekarzem, to podążaj za swoim Mistrzem, obserwuj Go. Ja przez pierwsze dwa lata dostawałem zadanie typu: weź cyrkiel i pomierz stąd dotąd. No to siedziałem i mierzyłem na tym papierze przez ileś godzin, po tych iluś godzinach okazało się, że mierzyłem zupełnie nie to, co trzeba i trzeba było odwrotnie, jeszcze raz rozpocząć. Albo o godzinie 3 w nocy łapałem papier – bo do tego się tylko nadawałem – żeby stać i łapać ten papier, który wylatywał z elektrokardiografu, ale patrzyłem jak on, jako człowiek już starszy, jako profesor o godzinie 2 w nocy – bo wtedy dostawaliśmy salę od hemodynamistów – wchodził i robił abla-

cję pacjentowi. To było fascynujące, znaczyło, że jeżeli taki facet potrafi do 3 w nocy siedzieć i patrzeć na te papierki, no to może warto się nad tym pochylić.

Chciałem jeszcze odnieść się do roli Uniwersytetu Medycznego jako specyficznej wspólnoty Universitas, czyli wspólnoty, która wspomaga pracę kliniczną i pracę badawczą. W końcu rola Uniwersytetu, jego misja, to oczywiście misja dydaktyczna, misja badawcza i oczywiście odpowiedzialność społeczna. Ale Universitas to również wspólnota, tego nie da się zadekretować ustawą, nakazem czy jakimś kodeksem, to wspólnota, czyli wspólne wartości, które wyznają członkowie tej społeczności, no i te wartości to jest właśnie chęć odkrywania rzeczywistości, chęć przekazywania tej wiedzy kolejnym, młodszym pokoleniom. Niesamowicie jest to, że Uniwersytety, a szczególnie Uniwersytety Medyczne we wspaniałych wiekach średnich, były zawsze i są ostoją niezależności, ostoją, wspólnotą osób, które wykraczają daleko poza swoją epokę, gdzie zawsze była pewna wolność badań, szacunek do człowieka. Ja przypomnę tylko dwa przykłady Uniwersytetu Bolońskiego, gdzie Dorotea Bucca była kierownikiem Katedry Ginekologii i Położnictwa w XV wieku – kobieta kierująca katedrą czy Trotulę de Ruggiero w szkole medycznej w Salerno w VIII wieku. Ona kształciła kobiety, tak zwane Panie, Damy w Salerno w medycynie. To pokazuje, jak te wspólnoty uczelni medycznych były wyjątkowe i nadal takie są. Jestem przekonany, że bez wsparcia tego Universitas, rola łączenia badawczości z pracą kliniczną byłaby niemożliwa do takiej realizacji jaką mamy dzisiaj, gdzie większość kolegów wykonuje badania kliniczne, ale też wykonuje prace badawcze. No i oczywiście wracam do etyki badań, bo to jest nie tylko etyka badacza, ale także etyka badań. To jest niezwykle ważne żebyśmy pamiętali o tym, że szczególnie w medycynie, wolność badań nie oznacza dowolności badań, że wszystkie dokumenty czy kodeksu etyki, czy deklaracji helsińskiej, czy choćby papieskiej kongregacji mówią o tym, że wszystkie badania medyczne powinny być nakierowane na dobro chorego, nie na publikację, nie na ekonomię, nie na zysk czy indywidualne w postaci kolejnego wskaźnika Hirscha czy dla ekonomii danego kraju czy firmy, tylko na dobro chorego. To jest niezwykła rola Komisji Neonatologicznych, komisji, które mają mieć pieczę i zabezpieczać dobro pacjenta w badaniach klinicznych, w badaniach obserwacyjnych jak i w mniejszych projektach badawczych. Ale wydaje mi się, że Uniwersytet – który wspiera prace badawcze, dając swoje wsparcie całym swoim aparatem, swoją całą powagą te obie misje – jest świetnym odzwierciedleniem i przykładem takim, jakim powinien być lekarz. Bo lekarz to jest taki mały Univeritas w jednej jednostce. Połączenie wszystkich tych trzech misji, które są wyrażane na Uniwersytecie, czyli odkrywania rzeczywistości, przekazywania tej wiedzy kolegom oraz odpowiedzialności społecznej, czyli odpowiedzialności przed pacjentem i przed innymi członkami swojej korporacji czy cechu, po to żeby nie skalać dobrego imienia, żeby zaufanie do lekarza, który usypia, kroi, podaje jakiś proszek tajemniczy było na tyle duże, żeby pacjenci wierzyli w to, co mówimy.

Dzisiaj możemy usłyszeć na świecie wiele tez, które nie do końca okazują się być prawdziwe, pojawia się bardzo wiele prób podważenia autorytetu różnych osób, w tym także autorytetu lekarza. Myszę, że jest to działania, którego negatywny wpływ trudno przecenić. Zawód zaufania, którym był zawsze lekarz, czy inne zawody medyczne, zaczyna być podważany. Lekarze działają na rzecz korporacji, na rzecz tajemniczych organizacji. Podważane są kompetencje, wiarygodność i prawdomówność. Myszę, że powinniśmy z tym zdecydowanie walczyć, również sami ze sobą, żeby pacjentowi zawsze przedstawiać prawdę, żeby przekazywać informacje w zrozumiałym dla niego sposób, ale jednocześnie jasno informować, że proponujemy mu konkretną analizę, czy badanie dla jego dobra. Jeżeli wyjaśnimy to wszystko w sposób klarowny, językiem zrozumiałym dla pacjenta, to

Innowacyjna zastawka Lotus Edge

W dniu 26 czerwca w naszym Szpitalu jako pierwszym w Polsce, jak i pierwszym w Europie Środkowo-Wschodniej przeprowadzono dwa zabiegi przezcewnikowego wszczepienia zastawki aortalnej (TAVI) nową innowacyjną zastawką Lotus Edge (Boston Scientific, USA). Zabiegi przeprowadził zespół kardiologów interwencyjnych (dr hab. Marek Grygier oraz dr hab. Aleksander Araszkiewicz), kardiochirurgów (dr med. Marcin Mistowski) wraz z anestezjologiem (dr med. Estelita Camacho-Bergmann), echokardiografistą (dr med. Anna Ołasińska-Wisniewska) oraz zespołem pielęgniarskim i technicznym. Zabiegi TAVI, w oparciu o obecne standardy Europejskiego i Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego, wykonuje się u chorych z ciężką stenozą zastawki aortalnej i umiarkowanym/podwyższonym ryzykiem klasycznego zabiegu kardiologicznego lub przeciwwskazaniami do takowego zabiegu. Ostatnie wyniki badań (PARTNER 3 i Evolut Low Risk Trial)



A – zastawka Lotus Edge przymocowana do zestawu wprowadzającego, B – zestaw wprowadzający



Obraz zastawki Lotus Edge po implantacji – szkielet zastawki wykonany z nitinolu z płatkami z osierdza wołowego i widocznym zewnętrznym kołnierzem uszczelniającym



prezentowane w trakcie Kongresu American College of Cardiology (ACC) w marcu 2019 roku w Nowym Orleanie (USA) wskazują, iż zabiegi TAVI będą w przyszłości rutynowo wykonywane również u chorych niskiego ryzyka.

Nowa zastawka Lotus Edge pozwala na całkowicie precyzyjną i w pełni kontrolowaną implantację zastawki, która jest rozprężana mechanicznie w przeciwieństwie do używanych przez nasz zespół zastawek samorozprężalnych Evolut (Medtronic), Portico (Abbott) i Acurate (Boston Scientific) lub rozprężanych na balonie Sapien (Edwards Lifescience). Zastawka umożliwia także pełną i wiarygodną ocenę położenia protezy w stosunku do przyległych struktur serca a poprzez obecność kołnierza uszczelniającego pozwala na całkowite wyeliminowanie pozabiegowych przecieków okołozastawkowych. Zastawka cechuje się innowacyjną konstrukcją dzięki której zabiegi można wykonywać znacznie bezpieczniej, w tym zwłaszcza, u chorych z trudną morfologią zastawki aortalnej (np. zastawka dwupłatkowa).

Podkreślić należy, iż nasz Szpital dzięki dobrej współpracy kardiologów i kardiochirurgów, jest jedynym ośrodkiem w Wielkopolsce i jednym z trzech największych w Polsce wykonujących zabiegi TAVI. Przeprowadzenie zabiegu implantacji zastawki Lotus Edge po raz pierwszy w Polsce i Europie Środkowo-Wschodniej właśnie u nas wskazuje na niezwykle ważną pozycję jaką zajmujemy w przezcewnikowych metodach terapii chorób strukturalnych serca. Spektrum takich zabiegów oferowanych naszym chorym jest bardzo szerokie a w następnych miesiącach czekają nas kolejne nowości – to właśnie dzięki innowacjom możemy skuteczniej i bezpieczniej leczyć naszych pacjentów.

Dr hab. med. Marek Grygier



myślę, że będziemy umacniać zaufanie wobec nas. Musimy to zaufanie budować, bo na nim opiera się zarówno praca kliniczna jak i badawcza. Oczywiście są nauki podstawowe, ale laur pierwszeństwa w medycynie mają nauki kliniczne.

Życzylbym wszystkim młodym adeptom, młodym studentom, by mieli pasję, żeby chcieli się jej poświęcić, nierzadko do późnych godzin nocnych, żeby mogli spotkać Mentora i Mistrza, który zarazi ich pasją i pokaże, jak fascynującym obszarem do odkrywania jest drugi człowiek. Ale żeby mieli też ogromną ilość pokory w sobie, bo tym, co cechuje dobrego lekarza, dobrego badacza jest właśnie pokora – żeby być zawsze gotowym, powiedzieć: „nie wiem”. Jeżeli tej pokory zabraknie, to cały ten proces

badawczy i kliniczny może zejść na manowce. I życzę młodym kolegom, ale także sobie, aby ta pasja i te trzy cechy – chęć odkrywania rzeczywistości, przekazywanie tej wiedzy innym oraz odpowiedzialność społeczna – były przekazywane młodszemu pokoleniu. Uważam, że postęp w dziedzinie medycyny jest tak duży, że tych odkryć starczy dla nich wszystkich, zawsze. W związku z tym warto łączyć pracę badawczą z pracą kliniczną. Każdy lekarz powinien być również badaczem, żeby był dobrym lekarzem. Bardzo dziękuję!

Dziękujemy Pani Hannie Roloff za spisanie powyższego wykładu, autoryzowanego przez Pana Ministra.

Warsztaty „Interwencja w krążeniu płucnym”

W dniach 4-5 kwietnia w Poznaniu odbyła się III edycja warsztatów „Interwencje w krążeniu płucnym”. Obradom przewodniczył dr hab. Aleksander Araszkiewicz z I Kliniki Kardiologii Naszego Szpitala wspólnie z prof. dr hab. Marcinem Kurzyną z Kliniki Krążenia Płucnego w Otwocku oraz prof. dr hab. Grzegorzem Kopciem z Kliniki Chorób Serca i Naczyń w Krakowie. W czasie warsztatów wybitni eksperci z wiodących ośrodków klinicznych z całej Polski dzielili się najnowszą wiedzą i doświadczeniem z zakresu angioplastyki balonowej tętnic płucnych u chorych z zakrzepowo-zatorowym nadciśnieniem płucnym, interwencyjnego leczenia zatorowości płucnej (ZP) z wykorzystaniem technik przezskórnych. Omawiano też rolę ECMO w ostrej niewydolności prawej komory, jak również innowacyjnych technik zamykania przecieków wewnątrzplucnych, embolizacji tętnic oskrzelowych u chorych z krwiopluciem, ablacji arytmii u chorych z nadciśnieniem płucnym oraz interwencji na zastawce trójdzielnej.

W czasie warsztatów podkreślono rolę multidyscyplinarnych Zespołów Leczenia Zatorowości Płucnej (PERT), które mają za zadanie szybką ocenę ryzyka i leczenie pacjentów z ostrą zatorowością płucną. Dotychczas w Polsce powstały cztery formalnie funkcjonujące zespoły PERT. W Szpitalu Klinicznym *Przemienienia Pańskiego* PERT pod kierunkiem dr hab. Aleksandra Araszkiewicza powstał jako jeden z pierw-

szych w Polsce w marcu 2018 r. Multidyscyplinarny Zespół PERT. W jego skład wchodzi specjaliści z dziedziny kardiologii, kardiochirurgii, chirurgii naczyniowej, intensywnej terapii oraz radiologii. Zespół posiada zdolność wykonywania pełnego zakresu leczenia zatorowości płucnej, zarówno farmakologicznego, chirurgicznego, jak również endowaskularnego u pacjentów z zatorowością płucną.

Dziękujemy za niezwykle owocne i motywujące spotkanie! A wszystkich lekarzy sprawujących opiekę nad pacjentami z zatorowością płucną zapraszamy do współpracy w celu podniesienia jakości leczenia tej choroby wśród naszych (wielko) polskich pacjentów.

Dr hab. med. Aleksander Araszkiewicz





Prof. Mitkowski prezentuje system BIOMONITOR III (fot. archiwum Szpitala)



Zespół w trakcie zabiegu (fot. archiwum Szpitala)

zabieg

W dniu 30 lipca 2019 roku, jednocześnie w dwóch ośrodkach, dokonano pierwszych w Polsce implantacji najnowszej generacji rejestratora zdarzeń: BIOMONITOR III. Zabiegi zostały przeprowadzone w I Klinice Kardiologii Szpitala Klinicznego *Przemienienia Pańskiego* przy ulicy Długiej w Poznaniu przez zespół kierowany przez prof. Przemysława Mitkowskiego (kierownik kliniki: prof. Maciej Lesiak) oraz w I Katedrze i Klinice Kardiologii Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego – zespół kierowany przez prof. Marcina Grabowskiego (kierownik kliniki: prof. Grzegorz Opolski).

W zabiegach brali udział również przedstawiciele producenta. Poznańską pacjentką była 27-letnia kobieta z licznymi utratami przytomności, których przyczyn nie udało się ustalić pomimo przeprowadzenia licznych badań dodatkowych.

Nowe urządzenie ma ok. 5 cm długości i jest implantowane pod skórą klatki piersiowej, po lewej stronie mostka. Zabieg jest wykonywany w znieczuleniu miejscowym i trwa ok. 3 min. Blizna na skórze ma jedynie ok. 1 cm długości.

Urządzenie pozwala na rejestrację zaburzeń rytmu w okresie do 4 lat. Pacjent posiada urządzenie do transmisji danych z rejestratora na serwer. Transmisje mogą być przeprowadzane automatycznie w chwili rozpoznania przez monitor zaburzeń rytmu, albo na życzenie pacjenta w chwili, gdy odczuwa niepokojące objawy. Zmniejszenie wymiarów, bezpośrednie transmisje i możliwość zapamiętania do 6 epizodów zaburzeń rytmu na dobę wyróżniają obecne urządzenie od wcześniej dostępnych. Gratulujemy zespołom!

Prof. dr hab. n. med. Przemysław Mitkowski

Cudowna moc diety śródziemnomorskiej

Uważa się, że dieta ta jest najkorzystniejszym modelem żywienia, gdyż m.in. wpływa na regulację ciśnienia tętniczego krwi, wywiera korzystny wpływ. Stosowana w profilaktyce chorób sercowo-naczyniowych, może przyczyniać się do poprawy parametrów morfologicznych krwi. Podkreśla się również korzystny wpływ tej diety na przebieg chorób, które często towarzyszą zaburzeniom ze strony układu sercowo-naczyniowego, np. cukrzycy, nowotworów, otyłości czy insulinooporności. Dlatego dieta śródziemnomorska powinna być stosowana przede wszystkim zarówno w profilaktyce, w leczeniu chorób sercowo-naczyniowych oraz zespołu metabolicznego.

W modelu diety stosowanej przez mieszkańców Basenu Morza Śródziemnego większość potraw czy produktów, szczególnie owoców i warzyw, spożywana jest w surowej postaci. Dominującymi technikami kulinarnymi są gotowanie i duszenie potraw. Potrawy są spożywane powoli, w pozycji siedzącej, najczęściej w towarzystwie innych osób.

W diecie śródziemnomorskiej zwraca się szczególnie uwagę na odpowiedni dobór tłuszczu. W diecie tej dominują jednonienasycone kwasy tłuszczowe, gdzie przoduje kwas ALA zawarty w oliwie z oliwek. Oliwa z oliwek najczęściej jest wykorzystywana do polewania gotowych posiłków, bądź jako sos do sałatek czy pieczywa. Istotną dla zdrowia rolę mają ponadto kwasy tłuszczowe wielonienasycone, gdzie szczególną uwagę należy zwrócić na grupę kwasów omega 3, których źródłem są ryby, olej rzepakowy, lniany i sojowy, orzechy włoskie i które powinny dominować nad kwasami omega 6.

Należy tu podkreślić fakt, że niezwykle cenne kwasy tłuszczowe EPA i DHA z rodziny omega 3 zawarte są głównie w rybach, szczególnie w tłustych rybach morskich. Dzielne zapotrzebowanie dorosłego człowieka na kwasy omega 3 wynosi 1 g.

Model diety śródziemnomorskiej charakteryzuje się także rekomendowanym wysokim spożyciem błonnika pokarmowego, którego źródłem są owoce, warzywa, orzechy czy nasiona oraz pełnoziarniste produkty zbożowe.

Dietę śródziemnomorską charakteryzuje:

- niskie spożycie tłuszczów pochodzenia zwierzęcego na korzyść dużego udziału w diecie oliwy z oliwek,
- spora ilość spożywanych owoców i warzyw, w tym wysoki udział nasion roślin strączkowych,
- sezonowość produktów,
- stosowanie tylko świeżych produktów,
- wysokie spożycie produktów pełnoziarnistych,
- umiarkowane spożycie produktów mlecznych i ryb,
- duże spożycie nasion i orzechów,
- ilość jednonienasyconych kwasów tłuszczowych w codziennej diecie jest wyższa niż ilość wielonienasyconych kwasów tłuszczowych,
- spożycie wina w ograniczonej ilości, <25g dla kobiet, <50g dla mężczyzn.

Dlaczego zatem dieta śródziemnomorska posiada cudowną moc? Żywnienie według zasad diety śródziemnomorskiej może wykazywać bardzo szerokie spektrum korzystnego działania na zdrowie: prewencja i leczenie chorób sercowo-naczyniowych i zespołu metabolicznego, redukcja masy ciała, redukcja przewlekłego stanu zapalnego, poprawa samopoczucia, a co za tym idzie, jakości życia. Należy tu jednak podkreślić istotny fakt, że osoby zmagające się z chorobami czy zaburzeniami dieto-zależnymi, powinny całkowicie wyeliminować spożycie słodczy, a wino spożywać w niewielkich ilościach tylko za zgodą lekarza.

Nikola Klepacz

Źródła:

Dietetyka Kliniczna, PZWL 2019.

E. Poniewierka, *Dietetyka oparta na dowodach*, 2016.

Wiersz autorstwa Pani Jadwigi Olejniczak,
Pacjentki odbywającej leczenie w naszym Szpitalu,
dedykowany Pracownikom Oddziału Pulmonologii

Słone, sierpień 2019r

Kiedy człowiek jak stare drzewo
Z koroną rzadką
Co urodziwych liśćków
Wiosną nie urodzi
Stoi kruche, pochyłe
Już wiatru
Ani ptaków nie uwodzi,
Jednak szczęśliwe,
Bo wśród innych stoi
Kiedy potrzeba
Konary wesprze
O sąsiednie drzewa
I cichutko zaszumie
I cichutko zaspiewa przesłanie –
Bez Was
Bez Ciebie mój przyjacielu
Bez sensu byłoby
Takie moje stanie...

Veronica Olejniczak
Jadwiga Olejniczak

Z wizytą studyjną

w Samodzielnym Publicznym Szpitalu
Klinicznym nr 2 w Szczecinie

W dniu 10 lipca br. odbyła się wizyta studyjna przedstawicieli naszego Szpitala w zaprzyjaźnionym SPSK nr 2 PUM w Szczecinie – członka Polskiej Unii Szpitali Klinicznych. Szpital trzymany żołądkową ręką Dyrektora Marcina Syguta, znajdującego się w kompleksie budynków w centrum miasta, posiada 437 łóżek (porównywalna liczba łóżek znajduje się w naszym Szpitalu). Spotkanie miało na celu wymianę doświadczeń w zakresie wybranych obszarów działalności szpitala: administracji, organizacji usług medycznych, jakości, informatyki, kontroingu oraz farmacji szpitalnej. W kręgu zainteresowania dyrekcji naszego Szpitala znajdowały się kwestie optymalizacji kosztów działalności szpitala. W całonocnym spotkaniu uczestniczyli przedstawiciele obu szpitali, związani z różnymi obszarami działalności: przedstawiciele dyrekcji obu szpitali, kierownicy administracyjni, przedstawiciele

aptek szpitali. Wizyta pozwoliła na przyjrzenie się koncepcji działalności zespołów naprawczych. Powoływane przez dyrekcję SPSK nr 2 na wniosek lekarzy kierujących oddziałami wy-

pracowują programy naprawcze, które z powodzeniem są następnie realizowane na wielu oddziałach szpitala. Dla nas wizyta ta była pouczająca i pozwoliła w swobodnej atmosferze wymienić doświadczenia oraz spostrzeżenia w kontekście możliwych do wdrożenia optymalizacji na wielu obszarach działalności naszych szpitali.

O innowacyjnym podejściu do poprawy rentowności poszczególnych oddziałów Dyrektor Marcin Sygut szerzej opowie podczas XVIII Forum Szpitali

(17-18 października, Hotel Andersia), na które serdecznie zapraszamy wszystkich pracowników naszego Szpitala.

Agata Michalak



Konkurs fotograficzny

Miło nam obwieścić informację o rozstrzygnięciu naszego konkursu pt.: „Szpital znany i nieznany”. Laureatami konkursu zostali: Włodzimierz Misiak – pierwsze miejsce, Mariusz Wiśniewski – drugie miejsce oraz Józef Muszyński – trzecie miejsce. Mamy nadzieję, że zwycięstwo w konkursie będzie Waszym ostatnim krokiem do profesjonalnej fotografii!

Dziękujemy za wszystkie zgłoszenia i gratulujemy zwycięzcom.

Jury konkursu oraz Redakcja

Mariusz Wiśniewski
– II miejsce

Józef Muszyński – III miejsce



Włodzimierz Misiak – I miejsce



XI Konferencja

„Najnowsze standardy diagnostyczne i Terapeutyczne zaburzeń metabolicznych”

W dniu 13 kwietnia 2019 roku odbyła się XI Konferencja „Najnowsze Standardy Diagnostyczne i Terapeutyczne Zaburzeń Metabolicznych”. Konferencja skoncentrowana była na problemie standardów diagnostyki i terapii otyłości, cukrzycy w świetle wytycznych EASD/ ADA i zaburzeniach gospodarki lipidowej.

Powyższe zagadnienia zaprezentowali specjaliści z Warszawy, Białegostoku i Poznania. Otyłość, cukrzyca i dyslipidemia to najczęstsze zaburzenia metaboliczne polskiej populacji. Wymienione zaburzenia istotnie zwiększają ryzyko powikłań sercowo-naczyniowych.

Profesor dr hab. med. Danuta Pupek-Musialik zaprezentowała metody oceny ryzyka kardiologicznego oraz sposoby ich modyfikacji. Tematyka Konferencji skoncentrowana była

na aktualnych wytycznych diagnostyki i terapii i skierowana była do lekarzy specjalistów, a przede wszystkim do lekarzy rodzinnych.

Standardy zawierały wytyczne obowiązujące w 2019 roku. Konferencje omawiające aktualne wytyczne cieszą się dużym zainteresowaniem środowiska medycznego, czego dowodzi regularne organizowanie spotkań od 11 lat. W ostatniej Konferencji uczestniczyło około 400 lekarzy, którzy z trudem pomieścili się w sali konferencyjnej w Hotelu Mercure Poznań.

Organizatorzy Konferencji: prof. dr hab. med. Danuta Pupek-Musialik, prof. dr hab. n. med. Paweł Bogdański.

Prof. dr hab. med. Danuta Pupek-Musialik



Nowy Oddział Okulistyki przy ul. Szamorzewskiego (fot. archiwum Szpitala)

Wszystkie oczy na Szamorzewskiego

Nowy Oddział Okulistyki przy ul. Szamorzewskiego jest w zaawansowanym stadium budowy. Wciąż jednak potrzebujemy środków finansowych na jego dokończenie. Dla pracowników Oddziału Okulistyki oraz dyrekcji Szpitala jest to sprawa priorytetowa. Nowa lokalizacja przyczyni się do znaczącej poprawy warunków pobytu naszych Pacjentów.

Wyczekujemy chwili, aby nowe przestrzenie na własne oczy zobaczyli nasi Pacjenci – to z myślą o ich комфорcie zabiegamy o finansowanie niezbędne do zakończenia inwestycji.

Bartosz Sobański

REDAKCJA

REDAKCJA
ul. Długa 1/2, 61-848 Poznań
tel. 61 854 91 21, fax 61 852 94 72
szpital@skpp.edu.pl

Zespół redakcyjny:
Szczepan Cofta,
Agata Michalak, Karolina
Moszyńska, Bartosz Sobański
(redaktor prowadzący)

Wydawca:
Szpital Kliniczny Przemienienia Pańskiego
Uniwersytetu Medycznego im. Karola Mar-
cinkowskiego w Poznaniu, Stowarzyszenie
Bono Serviamus, Wydawnictwo Kontekst

Sekcja Marketingu i Konferencji:
Karolina Moszyńska
karolina.moszynska@skpp.edu.pl
tel. 61 854 92 18

Realizacja:
Wydawnictwo Kontekst
www.wkn.com.pl • kontekst2@o2.pl

Nakład: 1200 egz.

Redakcja nie zwraca materiałów niezamówionych, zastrzega sobie prawo redagowania nadsyłanych tekstów i nie odpowiada za treść zamieszczanych reklam.



Stowarzyszenie
BONO SERVIAMUS

zaprasza na
XV sesję szkoleniowo-naukową

Październik miesiąc profilaktyki raka piersi - Poznań 2019

10 października 2019 r.

Centrum Kongresowo-Dydaktyczne UMP

ul. Przybyszewskiego 37A

60-356 Poznań

Sala konferencyjna C



W programie m.in.

- Aktualności w rozpoznawaniu i miejscowym leczeniu raka piersi
- Leczenie systemowe raka piersi
- Dziedzicznie uwarunkowany rak piersi
- Jakość życia leczonych na raka piersi

Zapraszamy

W imieniu Komitetu Naukowego:
Prof. dr hab. Sylwia Grodecka-Gazdecka

Udział w konferencji jest **bezpłatny** dla osób zarejestrowanych
na stronie: www.konferencje.skpp.edu.pl

Liczba miejsc ograniczona.

NASI PARTNERZY:



**Szpital Kliniczny
Przemienienia Pańskiego**
Uniwersytetu Medycznego
im. Karola Marcinkowskiego
w Poznaniu



Vip pharm 20 lat
Z LEKARZAMI DLA PACJENTÓW



Szpital Kliniczny
Przemienienia Pańskiego
Uniwersytetu Medycznego
im. Karola Marcinkowskiego
w Poznaniu



XVIII FORUM SZPITALI

17-18 PAŹDZIERNIKA 2019
HOTEL ANDERSIA POZNAŃ



Stowarzyszenie
BONO SERVIAMUS



Polska Unia Szpitali
Klinicznych

TEMATY WIODĄCE XVIII FORUM SZPITALI

- zniewoleni ryczałtem – informacja o sytuacji wykonani i finansowej szpitali w Polsce
 - szpitale po rozsypaniu się systemu płac
 - szpital kliniczny a uczelnia medyczna
 - wyzwania kontroli zakażeń szpitalnych
- skutki regulacji prawnych związanych z normami zatrudnienia pielęgniarek w codziennej praktyce zarządzających
- Agencja badań medycznych - nadzieje na dofinansowanie badań niekomercyjnych
- tępe i ostre dyżury – praktyki z poszczególnych województwach
 - wyzwania kontroli kosztów
 - informatyzacja w szpitalu
 - outsourcing w szpitalu w praktyce
 - żonglerka lekami i wyrobami medycznymi
- ustawa "antyfałszywkowa" – doświadczenia ostatnich miesięcy
 - deficyty kadry- dobre praktyki pozyskiwania pracowników
 - strategie oszczędności w szpitalach

SESJE WARSZTATOWE DLA

- kierowników działów rozliczeń i organizacji usług medycznych
- dyrektorów medycznych

Pharma2pharma
ul. Klaudyń 58/117, 01-684 Warszawa
tel.: 22 254 86 95, fax: 22 100 56 02
e-mail: biuro@pharma2pharma.pl



www.forumszpitali.pl