

ISSN 1643-0980

nowiny szpitalne



SZPITALE: UL. DŁUGA 1/2 • UL. SZAMARZEWSKIEGO 82/84 • HOSPICJUM PALIUM – OS. RUSA 25A

PERIODYK INFORMACYJNY DLA PRACOWNIKÓW I PRZYJACIÓŁ SZPITALA KLINICZNEGO
PRZEMIENIENIA PAŃSKIEGO UNIwersYTETU MEDYCZNEGO W POZNANIU

NR 2 (59)
Rok XII

LUTY – CZERWIEC 2012





Szpitalne kalendarium

• Pierwsze spotkanie Rady Medycznej w bieżącym roku odbyło się 9 stycznia i było poświęcone m.in. strategii zarządzania Szpitalem w 2012 r. oraz wynikom kontraktowania.

• W dniach 10 stycznia, 7 lutego, 5 marca, 11 kwietnia oraz 4 czerwca omówiono kolejne wnioski oraz sytuację pacjentów objętych programami chemioterapii niestandardowej.

• 3 lutego 2012 roku w sali im. W. Jezierskiego odbyło się spotkanie zgonowe. Kolejne spotkania miały miejsce: 2 kwietnia, 9 maja oraz 15 czerwca.

• Szpital Kliniczny Przemienienia Pańskiego wraz z Katedrą i Kliniką Onkologii – w związku ze Światowym Dniem Walki z Rakiem obchodzonym w dniu 4 lutego, zorganizował w budynku onkologicznym przy ul. Szamarzewskiego białą sobotę. Pacjenci mogli skorzystać z telefonicznych konsultacji onkologicznych, wykładów otwartych, a także porad przedstawicieli poznańskiego Towarzystwa Amazonek. Akcja odbywała się pod patronatem TVP Poznań oraz Radia Emaus.

• W dniach 7 lutego oraz 27 marca odbyły się spotkania Zespołów ds. list oczekujących oraz dokumentacji medycznej. Spotkania Zespołu ds. list oczekujących odbyły się również w dniach: 12 stycznia, 25 kwietnia oraz 23 maja.

• 9 lutego oraz 16 marca 2012 roku w salce dyrekcyjnej w budynku przy ul. Szamarzewskiego Zespół ds. badań klinicznych spotkał się w celu zaopiniowania propozycji badań klinicznych.

• Spotkanie dotyczące medycznych zdarzeń niepożądanych miało miejsce 15 lutego br.

• W konkursie na stanowisko Naczelnej Pielęgniarki przeprowadzonym w

dniah 28-29 lutego, spośród jedenastu kandydatów, komisja wybrała p. Annę Głowacką, dotychczasową pielęgniarkę oddziałową Hospicjum Palium.

• W dniach 9-11 marca br. odbyło się 9 Repetytorium Pulmonologiczne. Więcej na str. 29.

• Zebrani podczas Rady Medycznej w dniu 12 marca skupili się nad sytuacją ekonomiczną Szpitala w kontekście wykonań, programów terapeutycznych, chemioterapii niestandardowej oraz zaopatrzenia w leki i wyroby medyczne.

• Zebranie Komitetu Terapeutycznego odbyło się w dniu 13 marca br. Zespół pod przewodnictwem prof. Romualda Ochotnego analizował kolejne wnioski.

• W dniu 27 marca 2012 roku kaplicy w Hospicjum Palium nadano imię bł. Jana Pawła II – patrona cierpiących i umierających. Więcej na str. 14-15.

• Z przyjemnością informujemy, że elektrycy Uniwersytetu Medycznego wybrali na stanowisko Prorektora ds. Klinicznych i Szkolenia Podyplomowego prof. Grzegorza Oszkinisa; Prorektorem ds. Organizacji, Promocji i Rozwoju Uczelni został prof. Andrzej Tykarski. Nowym Prorektorem gratulujemy! Więcej na str. 9-10.

• Klinika Kardiologii dnia 16 kwietnia 2012 roku w Centrum Konferencyjnym przy ul. Przybyszewskiego zorganizowała spotkanie pt: „Working in partnership for research and innovation in heart failure”. W ramach konferencji wykład wygłosił światowej sławy kardiolog prof. Vigneshwar Kasirajan, Kierownik Oddziału Kardiotorakochirurgii, Transplantologii Serca, Serca-Płuc oraz Mechanicznego Wspomagania Virginia Commonwealth University. Więcej na str. 5.

• 20-21 kwietnia – obchody 10-lecia Samorządu Zawodowego Diagnostów Laboratoryjnych oraz I Ogólnopolskiego Dnia Diagnosty Laboratoryjnego. Więcej na str. 30-35.

• 19 maja 2012 roku w budynku Szpitala przy ul. Szamarzewskiego 82/84 odbyło się szkolenie GCP (Good Clinical Practice), zorganizowane przez Szpital w porozumieniu z firmą Quintiles Poland Sp. z o.o.

• W tym samym dniu pod patronatem Rektora Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu Burmistrz Wolsztyna, Polskie Towarzystwo Chorób Płuc oraz Klinika Pulmonologii, Alergologii i Onkologii Pulmonologicznej zorganizowali konferencję naukową „XI Wolsztyńskie Spotkania Pulmonologiczne”.

(dokończenie na str. 5)

Wizerunek

Nowoczesna, spójna i przejrzysta strona internetowa, to jeden z najważniejszych sposobów komunikacji z pacjentem oraz element bogatej palety narzędzi służących do budowania wizerunku placówki. W naszym Szpitalu trwają obecnie prace nad wdrożeniem nowej strony internetowej, ponieważ zdajemy sobie sprawę z siły tego medium oraz możliwości wykorzystania go w błyskawicznej komunikacji z otoczeniem.

Nowa witryna internetowa tworzona jest po to, by umożliwić przedstawienie specyfiki działalności Szpitala, pracującej w nim kadry, a także oferowanych usług i nowoczesnego sprzętu. Liczymy na to, że dzięki jej lekkości, łatwej nawigacji i odpowiednim treściom, stanie się instrumentem służącym do edukowania pacjentów. Również profesjonaliści, studenci oraz inne podmioty sektora ochrony zdrowia na pewno znajdą na naszej stronie internetowej coś dla siebie.

Jednocześnie zapraszamy do współpracy przy tworzeniu poszczególnych zakładów, dotyczących Państwa Jednostek.

Mgr Daria Szaj





Ruszajmy się

Od dłuższego czasu przed Szpitalem widać coraz więcej rowerów. Przyjeżdżają nimi na zajęcia studenci oraz coraz liczniej pracownicy. Mamy nadzieję, że nadchodzące ciepłe dni zachęcą jeszcze bardziej do przyjeżdżania do Szpitala przy ul. Długiej rowerem. Tym bardziej, że rosnące przeszkody drogowe oraz koszty ko-

munikacyjne będą do tego zachęcać. Od kwietnia czynne jest pomieszczenie do przechowywania rowerów przy parkingu. Wystarczy pobrać klucz z portierni, zaparkować, zamknąć, oddać klucz i już rower jest bezpieczny. Serdecznie zachęcamy!

Jan Talaga
Dyrektor Naczelny Szpitala



Z bezpiecznego pomieszczenia do przechowywania rowerów coraz częściej korzystają nasi Pracownicy

Fot. Monika Dudziak



Nie obruszajmy się na słowo: *Siostra*

Słowa tytułu nie są wyrazem mojej inwencji, lecz jedynie cytatem za Naczelną Pielęgniarką, panią mgr Dorotą Liczbańską, która w tych dniach przestaje pełnić swoją funkcję. Dla każdej osoby żyjącej sprawami Szpitala zmiana na tym zaszczytnym, ale też trudnym i pełnym wyzwań stanowisku, jest jednym z najistotniejszych wydarzeń w tym czasie.

Wyrażanych jest wiele podziękowań za wieloletnią służbę, powtarzamy słowa uszanowania. Za kompetencję, elegancję, szczególnie oddanie sprawom personelu pielęgniarskiego i Szpitalowi. Mieliśmy zaszczyt współpracować doświadczając ukazywania przez swoją postawę najlepszych tradycji pielęgniarskich.

Odchodząca Naczelna – pytana o receptę na dobre pełnienie posługi pielęgniarskiej – wskazała dwa elementy.

Pierwszym jest zachowanie świadomości, że najpierw jest się człowiekiem, a potem dopiero realizuje się w pielęgniarstwie. Drugą przekazywaną wskazówką jest, by *traktować Drugiego tak, jak samemu chciałoby się być traktowanym*. Takie rady przekazywane były rozpoczynającym pracę.

Jednym z ważnych elementów lat współpracy było tworzenie przykładu harmonii między poszczególnymi zawodami medycznymi. Panie i Panowie pracujący w zawodzie pielęgniarskim nie musieli dobijać się z hasłami emancypacyjnymi. Ich przełożona wyrażała Personel Pielęgniarski w sposób najlepszy możliwy. W czasach, gdy część reprezentantów zawodów medycznych próbuje okopywać się przepisami prawa, procedurami, akredytacjami czy certyfikatami dla dowartościowania siebie przy ewentualnym wycenieniu czy odsuwaniu innych, ukazany sobą przykład ostatnich lat budzi duże uznanie.

Wypada też życzyć nowej Naczelnej, p. mgr Annie Głowackiej, wybranej w wyniku rzetelnego konkursu spośród wielu kandydatów, byśmy wraz z nią ocalali i rozwijali to, co

w posłannictwie pielęgniarskim, misji pomocy pacjentowi i współpracy między zawodami medycznymi, jest najważniejsze i nadaje najgłębszych wymiarów.

Zapytana nowa Naczelna na początku swej misji wskazuje trzy elementy troski o powierzonych naszej opiece, za Cecily Saunders:

- 1/ *nie opuszczaj mnie,*
- 2/ *wysłuchaj mnie,*
- 3/ *pomóż mi.*

Przywołuje też: *Jesteś ważny, bo Ty to Ty*. Osobiście cieszę się z takiej kontynuacji życząc też nam wszystkim, by rzeczywistość wyzwań sformułowana podobnie do określeń Sorena Kierkegaarda mogła realizować się w naszej rzeczywistości dzień po dniu.

Szczepan Cofta
Naczelny Lekarz Szpitala

Medal za długoletnią służbę

Naczelna Pielęgniarka mgr Dorota Liczbańska dnia 29 marca 2012 roku w Wielkopolskim Urzędzie Wojewódzkim odebrała odznaczenie nadane przez Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej – złoty Medal za Długoletnią Służbę. To polskie odznaczenie cywilne z okresu II Rzeczypospolitej, nadawane jest za „wzorowe, wyjątkowo sumienne wykonanie obowiązków wynikających z pracy zawodowej w służbie Państwa” (cyt. za Ustawą z 14 czerwca 2007 r.).

W imieniu Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej medal wręczył Wojewoda Województwa Wielkopolskiego, Piotr Florek.

Uhonorowanej podczas uroczystości towarzyszyła Dyrekcja Szpitala.

Opracowała: mgr Natalia Marciniak



Zdjęcia: Mirosław Baryga



Anna Głowacka – Naczelna Pielęgniarka Szpitala

Naczelna

Serdecznie dziękujemy Pani Dorocie Liczbańskiej za piękną, wieloletnią służbę Naczelnej Pielęgniarki Szpitala. Za okazywaną dobroć i serdeczność oraz pracę pełną pasji i zaangażowania.

Jednocześnie życzymy Pani Annie Głowackiej, obejmującej stanowisko Naczelnej Pielęgniarki Szpitala wytrwałości oraz oddania sprawom pielęgniarskim i w służbie drugiemu człowiekowi. By podejmowane dziś wyzwanie było źródłem niegasnącej satysfakcji.

Pani Anna Głowacka związana jest z naszym Szpitalem od roku 1982. Swoją pracę rozpoczynała na Oddziale Chemioterapii przy ul. Łąkowej. Z Panem Profesorem Jackiem Łuczakiem rozpoczęła opiekę w domach chorych u kresu ich życia. Na co dzień towarzyszenie umierającym chorym realizowała w Hospicjum Palium od 1989 roku. Przez 20 lat Pani Anna Głowacka pełniła obowiązki Pielęgniarki Oddziałowej Oddziału Medycyny Paliatywnej.

Redakcja

Wywiad z nową Naczelną Pielęgniarką Szpitala, Panią Anną Głowacką w następnym numerze „Nowin Szpitalnych”.

Lider

W dniach 15-18 kwietnia 2012 r. Klinika Kardiochirurgii gościła prof. Vigneshwara Kasirajana, kierownika Kliniki Kardiochirurgii ze Szpitala Pauley Heart Center należące do Virginia Commonwealth University w USA. Profesor odwiedził Poznań na zaproszenie prof. Marka Jemielity oraz prof. M. Czekałto.

Profesor Kasirajan kieruje wiodącym ośrodkiem kardiochirurgicznym na wschodnim wybrzeżu, który dotych-

czas wykonał ponad 400 transplantacji serca. Ośrodek amerykański jest liderem w swym kraju w implantacji systemów sztucznego serca, wykonuje też dużą liczbę implantacji wszczepialnych systemów wspomagania serca. Celem wizyty było zapoczątkowanie współpracy między oboma ośrodkami.

Podczas wizyty w Poznaniu, prof. Kasirajan, zapoznał zespół lekarzy z Poznania z postępowaniem u chorych poddanych transplantacji serca w USA, szczególnie zwracając uwagę na leczenie za pomocą wszczepialnych systemów do wspomagania lewej komory oraz podzielił się wynikami swojego ośrodka.

Dr med. Tomasz Urbanowicz
Oddział Kardiochirurgii



Fot. Archiwum

Ścisła współpraca

Z prof. Vigneshwarem Kasirajanem, Kierownikiem Oddziału Kardiotorakochirurgii, Transplantologii Serca, Serca-Płuc oraz Mechanicznego Wspomagania z Virginia Commonwealth University rozmawia Monika Dudziak.

Jak zdaniem Pana profesora przedstawia się przyszłość kardiochirurgii i transplantacji serca?

Myślę, że przyszłość w tej kwestii przedstawia się bardzo pozytywnie. Niestety jest coraz więcej pacjentów, którzy wymagają takiej opieki; społeczeństwo jest coraz starsze i zauważamy znaczny wzrost problemów kardiologicznych. Wielu spośród nich będzie potrzebowało pomocy kardiochirurgów i kardiotorakochirurgów. Na szczęście

rozwijają się nowe metody, po to, by pomóc tym pacjentom. Wiele z tych metod będzie wykonywana w jeszcze ściślejszej współpracy między specjalistami wspomnianych dziedzin.

Czy to zapowiedź, że wszyscy pacjenci będą mieli szansę na wyleczenie?

Niestety nie. Chcielibyśmy, żeby tak się stało, ale nie sadzę, żeby ostatecznie udało się to w zadowalającym nas stopniu. W Stanach Zjednoczonych aktual-

nie notujemy oraz przewidujemy olbrzymi wzrost chorób układu krążenia. Nie mamy jednak wystarczających możliwości, by objąć opieką tych wszystkich pacjentów i to jest największy problem.

Miał Pan profesor możliwość zobaczyć działalność naszego Szpitala – jak ją Pan ocenia?

Wy robicie wszystko to, co my robimy. Niektóre rzeczy prawdopodobnie robicie nawet lepiej od nas. To niewiarygodne, jak dużo robicie. Było mi bardzo miło to wszystko zobaczyć. Myślę, że moglibyśmy się wiele od prof. Marka Jemielity i jego zespołu nauczyć. Nasi pacjenci są inni i na tym polu moglibyśmy dzielić się doświadczeniami i wspólnie pracować.

Szpitalne kalendarium

(dokończenie ze str. 2)

- Na spotkaniu Rady Medycznej w dniu 21 maja 2012 roku omówiono wykonania za pierwszy kwartał 2012 roku, a także sytuację finansową Szpitala.
- 25 maja 2012 roku dr med. Krzysztof Bieda – Lekarz Kierujący Oddziałem dokonał otwarcia Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii w obiekcie przy ul. Szamarzewskiego w obecności zaproszonych gości.
- W dniach 25-26 maja br. miały miejsce II Ordynatorskie Dni Kardiologiczne „Nowości w Kardiologii”. Spotkanie

w Pałacu Wiejce zorganizowała Klinika Kardiologii.

- Dnia 31 maja 2012 miało miejsce spotkanie Rady Społecznej, na której m.in. przyjęto realizację planu finansowo-inwestycyjnego za 2011 rok oraz zmiany w strukturze organizacyjnej Szpitala – likwidacja pulmonologicznej Poradni Wieku Rozwojowego, przemianowanie nazwy Sekcji Żywienia Pozajelitowego na Sekcję Żywienia Do- i Pozajelitowego. Dodatkowo przyjęto propozycję powołania w Dziale Diagnostyki Obrazowej w obiekcie przy ul. Szamarzewskiego: Pracowni Rentgenodiagnostyki Ogólnej, Mammografii, Tomografu Komputerowego, USG oraz Biopsji.

- 5 czerwca 2012 w Szreniawie odbyło się spotkanie konsultantów wojewódzkich. Udział w nim wzięli m.in. dr med. Szczepan Cofta – konsultant wojewódzki w dziedzinie chorób płuc, dr n. farm. Hanna Jankowiak-Gracz – konsultant wojewódzki w dziedzinie farmacji szpitalnej, prof. dr hab. med. Mieczysław Komarnicki – konsultant wojewódzki w dziedzinie hematologii oraz prof. dr hab. med. Zygmunt Kopczyński – konsultant wojewódzki w dziedzinie diagnostyki laboratoryjnej.

Numer zamknięto: 15 czerwca 2012 roku

Opracowanie: mgr Natalia Marciniak

Zawsze będę lekarzem

Rozmowa z JM prof. dr hab. Jackiem Wysockim,
Rektorem Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu

Panie Rektorze, niebawem rozpocznie się druga kadencja rządów Jego Magnificencji, poprzedzona wyborami, w których uzyskał Pan olbrzymi mandat zaufania społeczności Uczelni. Czy zostaniemy czymś podczas tej kadencji zaskoczeni?

Na pewno dużym wyzwaniem – w skali Uczelni – jest baza Wydziału Farmaceutycznego. Wydawało się, że łatwiej będzie wybudować nową siedzibę, ale zdajemy sobie dziś sprawę z licznych ograniczeń tego projektu. Dlatego też podjęliśmy rozmowy z Władzami Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza, zwłaszcza że w najbliższym roku z budynku Collegium Chemicum przy ul. Grunwaldzkiej wyprowadzi się Wydział Chemii UAM. Niestety, przedłożona oferta – na naszą propozycję zakupu obiektu – jest nie do udźwignięcia ze względów kosztowych. Dlatego proponujemy kompromis – wydzierżawienie obiektu, z dobrze wyremontowanymi laboratoriami. Jeśli pomysł znajdzie finał w podpisaniu umowy, do czasu wybudowania nowych obiektów, znacząco poprawimy warunki pracy.

Kolejnym wyzwaniem, ważnym z perspektywy Szpitala Klinicznego Przemienienia Pańskiego, jest budowa Zachodniego Centrum Chorób Serca. Jesteśmy obecnie w dość dziwnym punkcie: choć mamy obietnice rozpoczęcia prac w 2013 r., potrzeba jeszcze oficjalnego wpisania inwestycji do budżetu państwa. Miałem zaszczyt prezentować projekt w Ministerstwie Zdrowia, gdzie uzyskał on pełną aprobatę. W opinii Ministerstwa Zdrowia dwa projekty w skali ogólnopolskiej są inwestycjami priorytetowymi – nowy szpital uniwersytecki w Lublinie i właśnie poznański projekt szpitala kardiologiczno-naczyniowego. Budowa Zachodniego Centrum Chorób Serca przy ul. Bukowskiej to kolejny etap tworzenia akademickiego kampusu naszej Uczelni. Dlatego też podejmujemy wysiłki przekonania decydentów o wadze i znaczeniu tego projektu.

Trwają także starania o pozyskanie terenu za Szpitalem Kliniknym im. H. Święcickiego. Jest to teren, który w planie zagospodarowania przestrzennego uwzględniła rozwój Uniwersytetu Medycznego. Oczywiście, kluczową kwestią pozostanie sprawa warunków przejęcia terenu i ceny, ale i tu Uczelnia ma przygotowaną strategię negocjacyjną. Gdyby udało się zrealizować ten pomysł, to zwińczylibyśmy zamyślenie kampusu zlokalizowanego w jednym miejscu, także perspektywicznie z możliwością rozwoju w tym miejscu Wydziału Nauk o Zdrowiu. To jest program strategiczny, przekraczający niewątpliwie moją kadencję,

ale musimy o tym myśleć i podejmować odpowiednie działania.

Wspomniał Pan Rektor o działalności kardiologiczno-naczyniowej Szpitala Przemienienia Pańskiego. Naszą dużą aktywnością, w blisko połowie jest także onkologia. Jakie wyzwania w tym zakresie dostrzegają władze UM?

Niewątpliwie kluczowe jest dalsze budowanie współpracy z Wielkopolskim Centrum Onkologii. Wydaje się, że tworzenie wewnętrznej konkurencji nie sprzyja możliwościom rozwoju. Musimy wypracować wspólną strategię. Takim przykładem nieudanej rywalizacji była sprawa PET-u, gdzie brak porozumienia pomiędzy Uczelnią, WCO i samorządem, wykorzystywała prywatna firma, uruchamiając w Poznaniu diagnostykę pozytonowej emisyjnej tomografii komputerowej. Oczywiście znam także sytuację i rolę Szpitala Przemienienia Pańskiego w leczeniu onkologicznym. Dziś niepokoi mnie przede wszystkim niedostateczne zaplecze dla terapii pacjentów hematologicznych. Choć z perspektywy finansowania świadczeń medycznych jest to temat dyskusyjny, to niewątpliwie istnieje olbrzymie zapotrzebowanie społeczne na te świadczenia. Klinice Hematologii trzeba dopomóc.

Panie Rektorze, ale przecież nie zawsze rozwój Klinik idzie w parze z możliwościami należytego finansowania świadczeń...

W działalności rektora trzeba kierować się racją ekonomiczną, ale nie może ona przesłaniać innych wartości. Jako przykład podam tu rozbudowę Hospicjum Palium. Gorąco popieram tę inicjatywę, choć zdaję sobie sprawę, że w wymiarze finansów może stanowić pewien ciężar dla Szpitala Klinicznego Przemienienia Pańskiego. Nie wolno się od tego problemu odwracać.

Doceniamy odwagę decyzji Pana Rektora w tym względzie, bo przecież nie wszyscy byli – delikatnie wspominając – zadowoleni z takiego doboru priorytetów inwestycyjnych na najbliższy rok.

Jestem wrogiem medycyny komercyjnej we wszystkich wymiarach. Jako uczelnia funkcjonujemy w pewnym środowisku społecznym i nie możemy zamykać oczu na realne problemy pacjentów. Będąc nauczycielami, nie możemy także wmawiać młodym ludziom, że liczą się tylko pienią-



Fot. Archiwum

dze i nic więcej. Hospicjum Palium to – poza wyjątkowym miejscem udzielania świadczeń – także ważna baza dydaktyczna, którą także chcemy rozwinąć. Kształcimy tam nie tylko lekarzy, ale także pielęgniarki czy fizjoterapeutów. Jest to projekt, który ma znaczące poparcie społeczne, a wierzę, że zyska także wymierne wsparcie władz miasta. Tu każdy pieniądz się liczy.

Szpital Kliniczny Przemienienia Pańskiego będzie miał w nowej kadencji silną reprezentację we władzach uczelni – mamy dwóch Prorektorów, Dziekana Wydziału Lekarskiego II. Czy Pan Rektor nie obawia się, że „drużyna z Długiej” jest zbyt silna?

W kulisach mówi się humorystycznie, że teraz jest „czas na Długą”. Ale tak na poważnie, Szpital Kliniczny Przemienienia Pańskiego zajmuje znaczące miejsce. Jeszcze nie tak dawno był to obiekt o bardzo złym stanie technicznym, który nie rokował nadziei na rozwój. Połączenie dwóch elementów sprawnego zarządzania i pomyślnych wiatrów historii, pchnęło ten szpital na nowe tory. Państwo wykorzystaliście ten czas znakomicie. Szpital zasługuje na wszelkie wsparcie, choć w przypadku obiektu przy ul. Długiej trzeba mieć na względzie zabytkowe uwarunkowania obiektu, który trudno będzie dostosować do współczesnych wymogów. Dlatego idea budowy nowego szpitala powinna nas wszystkich łączyć. Oczywiście w różnych scenariuszach rozwoju nie można wykluczyć, że Uczelnia nadal pozostanie w zabytkowym obiekcie przy ul. Długiej. Tu jednak potrzebne będą rozmowy ze Zgromadzeniem Sióstr Miłosierdzia Św. Win-

centego określające nowy zakres współpracy po roku 2019.

Szpitaly kliniczne są bogactwem uczelni. W jaki sposób można – zdaniem Pana Rektora – połączyć wizję rozwoju nauki i dydaktyki z codziennością niedostatku finansów, nie do końca przemyślanych rozwiązań systemowych i zagrożeniem komercjalizacją.

Boimy się konsekwencji Ustawy o działalności leczniczej, zmuszającej szpitale do przekształceń w spółki prawa handlowego w przypadku ujemnego wyniku finansowego. Na obecną chwilę wyrażam swój sprzeciw wobec komercjalizacji szpitali klinicznych. Mogę tu powiedzieć, jakie stanowisko prezentowałem na spotkaniach w Ministerstwie Zdrowia, jeszcze podczas spotkań z panią Minister Ewą Kopacz. Pozwólmmy to zrobić na początku szpitalom powiatowym i poczekajmy chwilę na rezultaty. Trzeba sprawdzić, jak w praktyce te szpitale będą sobie radzić po przekształceniach. Szpitale kliniczne powinny być na ostatniej linii frontu ewentualnych przekształceń, jeśli rząd uzna – na podstawie doświadczeń innych placówek – że jest to dobre rozwiązanie. Gwałtowna komercjalizacja, choćby w aspekcie świadczeń nieekonomicznych, stanowi realne zagrożenie. Kto będzie te usługi świadczył? Szpitale kliniczne też zaprzestaną ich realizacji.

Pieniądzy publicznych w sektorze opieki zdrowotnej w najbliższym czasie nam nie przybędzie. Prosilibyśmy o sugestie dotyczące konkurencji, która dotyczy nie walki o pacjentów, ale właśnie o finanse. Jak Pan Rektor postrzega te kwestie? Czy w opinii Pana Rektora należałoby wprowadzić zakaz konkurencji?

Myślę, że dochodzimy do momentu, w którym trzeba będzie określić zasady pracy specjalistów w innych podmiotach działalności konkurencyjnej. Uczelnia już wypracowała zasady dla kadry dydaktycznej – dając zgodę na pracę w innej jednostce, oczekujemy informacji o zakresie zaangażowania w pracę na rzecz innej uczelni. Jeżeli jest to działalność konkurencyjna, nie dajemy zgody. Zdajemy sobie bowiem sprawę, że niż demograficzny może także dotknąć część kierunków naszej uczelni. Myślę, że przed problemem konkurencji staną także szpitale. Musimy wspólnie pomyśleć o wypracowaniu pewnych ogólnych zasad na szczeblu uczelni. Oczywiście pewnie z racji na specyfikę polskiego systemu ochrony zdrowia nie uda nam się wprowadzić modelu niemieckiego, gdzie należy jednoznacznie opowiedzieć się czy pracuję w sektorze publicznym, czy też prywatnym. W mojej ocenie, jeżeli ktoś pracuje w jednostce, która nie ubiega się o kontrakt z publicznym płatnikiem, nie stanowi wprost zagrożenia konkurencyjnego. Inaczej jednak wygląda sytuacja pracownika, który zatrudnia się równocześnie w szpitalu wykazującym go jako lekarza realizującego świadczenia w ramach NFZ.

Salus aegroti, educatio, scientia – to misja, którą chcielibyśmy realizować w Szpitalu Przemienienia Pańskiego. Potrójna rola szpitali klinicznych to jednak trudne zadanie, budzące często wiele napięć. Jakie działania widziałby Pan Rektor w tym względzie, usprawniające wzajemną współpracę.

Zacznę od najważniejszej rzeczy, o którą walczymy – rzeczywistość po ustawowej likwidacji stażu podyplomowego. Realizacja założeń zmian kształcenia lekarzy w oparciu o szpitale kliniczne jest olbrzymim wyzwaniem. Walczymy o większe pieniądze na zajęcia kliniczne. Wówczas moglibyśmy większą kwotę przeznaczyć także dla szpitali klinicznych. Świadczenia dydaktyczne nie powinny być dla szpitala klinicznego ciężarem. Środki przekazywane na dydaktykę powinny stanowić istotną pozycję w planie finansowo-inwestycyjnym szpitala. Na ile to się uda, nie mogę dziś zadeklarować. Wiele zależy od Ministerstwa Zdrowia, które powinno dostrzec taką potrzebę w swoich wieloletnich planach wzrostu finansowania dydaktyki. Podkreślę raz jeszcze: na szóstym roku medycyny musimy zwiększyć ilość zajęć klinicznych. A to wiąże się zarówno z finansami, jak i koniecznością wykształcenia specjalistów, którzy będą prowadzić zajęcia. Uporządkowania wymaga także kwestia kosztów badań naukowych. Grantów na badania naukowe przybywa. Na podstawie doświadczeń badań klinicznych, a Szpital Kliniczny Przemienienia Pańskiego wiele w tym zakresie zrobił, jesteśmy w stanie wprowadzić zasady podziału środków. Można przecież uczciwie powiedzieć – to badanie nie jest związane ze świadczeniem zdrowotnym i powinno być pokryte z budżetu grantu. Kierownik projektu powinien zawczasu o tym pomyśleć. Podsumowując – kluczowa strategia to

uporządkowanie badań naukowych i większe środki na dydaktykę.

Jako uczelnia – przy współudziale szpitali klinicznych – kształcimy kolejne pokolenia lekarzy i pracowników służby zdrowia. Czy jesteśmy w stanie ocalić, to co jest najistotniejsze w medycynie? Rozmawialiśmy dotychczas wiele o pieniądzach, presji administracyjnej i prawnej.

Pozytywne w tych wszystkich zmianach kształcenia jest położenie większego nacisku na kompetencje społeczne studentów. Kwestie etyczne, komunikacji z pacjentem, psychologii są ważne i nie można o nich zapominać. Takim przykładem – dla mnie budującym – była studencka praca prezentowana na studenckim kongresie w Poznaniu, gdzie badano nastawienie studentów medycyny do eutanazji. Na pierwszym roku medycyny poparcie wynosiło siedemdziesiąt procent, a na ostatnim roku studiów lekarskich zaledwie szesnaście. Musimy w kształceniu zrobić wszystko, by ocalać etos lekarza, pielęgniarzki.

Pan Rektor pozostaje lekarzem, ordynatorem oddziału. Jakie są refleksje Pana Rektora, który na co dzień nie przestaje leczyć?

Rektor to stanowisko czasowe, a ja zawsze będę lekarzem. Lubię swoją pediatrię i nigdy z niej nie zrezygnuję. Pediatria daje mi szerszy wgląd w życie ludzi, nawet myślę, że większy niż w innych specjalnościach. Co mnie dziś bulwersuje? Rodzice nie mają czasu dla dzieci. Mamy mnóstwo problemów z tego wynikających, także medycznych. Rodzice oczekują, że dzieci wychowa instytucja, np. szkoła. Ale coś, co uderza mnie najbardziej, to fakt, że w całym naszym systemie ochrony zdrowia my nie dbamy o dzieci. Mogę to powiedzieć z całą odpowiedzialnością – jeżeli się ogranicza koszty opieki pediatrycznej, jeżeli jest utrudniony dostęp do specjalistów, jeżeli są problemy z finansowaniem terapii u dzieci – to jest to dość niezwykle. Prof. Alicja Chybicka pokusiła się nawet o organizację konferencji pod tytułem „Czy my kochamy dzieci?”. Jest to zdumiewające, bowiem patrząc na inne systemy ochrony zdrowia, na wielu świadczeniach się oszczędza, ale nie na leczeniu dzieci.

Powiem na koniec o pewnym paradoksie. Jako pediatrzy walczymy z Ministerstwem Zdrowia o zapewnienie dla najmłodszych dzieci opieki pediatry. Lekarz rodzinny nie jest w pełni do tego przygotowany. Jaki jest efekt? Zwiększenie częstości hospitalizacji, bo lekarz rodzinny – w obawie o zdrowie dziecka – woli nawet w mniej poważnych schorzeniach, skierować pacjenta do szpitala. Mamy niepotrzebne hospitalizacje. Wystarczy sięgnąć do doświadczeń światowych: w wielu krajach pediatra opiekuje się dzieckiem co najmniej do szóstego roku życia. Kompromis jest zawsze możliwy.

Dziękujemy za rozmowę, życząc wielu sił i skuteczności w realizacji zamierzeń.

Rozmawiali:

*dr med. Szczepan Cofta – Naczelnny Lekarz Szpitala
dr Rafał Staszewski – Z-ca Dyrektora ds. Administracji*

Wymyślić szpital kliniczny



Fot. Mirosław Baryga

Z prof. dr hab. Grzegorzem Oszkinisem, Prorektorem ds. Klinicznych i Szkolenia Podyplomowego, rozmawia dr Rafał Staszewski.

Panie Profesorze, niebawem rozpoczyna Pan drugą kadencję Prorektora ds. Klinicznych i Szkolenia Podyplomowego. To wyraz zaufania do pracy Pana Profesora, ale zarazem wiele obowiązków związanych ze szpitalami klinicznymi. Jakie największe wyzwania dostrzega Pan Profesor w nowej kadencji?

Rzeczywiście, propozycja Pana Profesora Jacka Wysockiego, Rektora UM kontynuowania pracy na stanowisku Prorektora, odpowiedzialnego za szpitale kliniczne i kształcenie podyplomowe jest dla mnie dużą satysfakcją. Również społeczność akademicka poprzez swoich elektorów potwierdziła zaufanie, którym obdarzyła mnie już w poprzedniej kadencji.

Obecna kadencja będzie bardzo istotnym okresem w kształtowaniu nowego oblicza szpitali klinicznych. Wiele nadziei wiązano z nowymi ustawami zdrowotnymi, przyjętymi przez Sejm w 2011 r. Wydaje się jednak, że nowe ustawodawstwo może być bardziej zagrożeniem niż pożytkiem dla szpitali, których organem założycielskim jest Uniwersytet Medyczny.

Należy zwrócić uwagę, że obecna struktura organizacyjna uczelni i szpitali klinicznych powoli wyczerpuje swoje możliwości i że jest już najwyższy czas na stworzenie wizji rozwoju i przyszłej strategii działalności szpitali klinicznych. Medycyna zmienia się bardzo szybko, wchodzimy w epokę szpitala „wirtualnego”. Współczesny szpital kliniczny drugiej dekady XXI wieku musimy dopiero wymyślić i znaleźć pieniądze na realizację tej idei. Wierzę, że taka wizja będzie jednoczyć, a nie dzielić Ministra Zdrowia, społeczność akademicką oraz zarządzających szpitalami klinicznymi.

Szpitale kliniczne boją się przekształcenia w spółki prawa handlowego. W jakim kierunku – zdaniem Pana Rektora – powinny zatem podążać zmiany sektora opieki zdrowotnej, w aspekcie szpitali uniwersyteckich?

Jestem przekonany, że takie przekształcenia własnościowe w odniesieniu do szpitali klinicznych są ogromnym zagrożeniem dla ich prawidłowego funkcjonowania. Z punktu widzenia Uniwersytetu Medycznego najwięcej wątpliwości i obaw budzi sposób pogodzenia kosztochłonnej dydaktyki i nowoczesnych procedur medycznych z działalnością szpitala jako spółki, czyli podmiotu nastawionego na zysk.

W Polsce jest już około czterdziestu takich placówek i tym różni się od innych szpitali, na przykład powiatowych, że oprócz usług medycznych, w tym najczęściej tych najbardziej kosztownych, jak transplantacje, prowadzimy działalność

(dokończenie na str. 10)

W kierunku efektywności



Fot. Mirosław Baryga

Z prof. dr hab. Andrzejem Tykarskim, Prorektorem ds. Organizacji, Promocji i Rozwoju Uczelni, rozmawia dr Rafał Staszewski.

Panie Profesorze, od października obejmuje Pan funkcję Prorektora Uniwersytetu Medycznego im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu. Jakie cele stawia sobie nowy Prorektor?

Zadaniem każdego Prorektora jest wsparcie realizacji, wytyczonej przez Rektora, strategii kierowania uczelnią. Dlatego też moje poszczególne działania będą oscylować wokół trzech obszarów, które powierzył mi JM Rektor.

W zakresie organizacji niewątpliwym wyzwaniem będzie usprawnienie procesów administracyjnych w naszej Uczelni poprzez przyspieszenie procesu informatyzacji, bez której trudno dziś mówić o skutecznym zarządzaniu. Zamierzam zbudować Dział Analiz i Projektów Internetowych, konsekwentnie realizujący rozwój elektronicznych systemów, wspierających organizację pracy Uniwersytetu i przygotowujący niezbędne analizy dla Rektora. Pierwsze działania w tym względzie podjąłem już przed dwoma laty, koordynując wdrażanie systemu analizy pensum APAP. Dziś w skali uczelni mamy pełną informację o zaangażowaniu poszczególnych jednostek w proces dydaktyczny, w pełni z informatyzowany nadzór nad umowami dydaktycznymi i transparentną ocenę zasadności przyznawania nowych etatów. Kolejnym takim projektem będzie Wirtualny System Usług dla Studentów realizowany we współpracy z Prorektorem ds. Studentów, a w warstwie zadań dydaktycznych z Dziekanami poszczególnych Wydziałów. Podobnych projektów wymagają inne sfery zarządzania Uczelnią – np. komputeryzacja zarządzania salami dydaktycznymi.

Drugim obszarem mojej aktywności będzie koordynacja działań promocyjnych na rzecz Uczelni poprzez Dział Promocji – stałe ulepszanie strony internetowej, działania wspierające pozycję Uczelni w rankingach medialnych, targi edukacyjne, akcje na rzecz Miasta. Choć kierunki lekarskie nie mogą narzekać na brak kandydatów na studia, to nie można wykluczyć, że takie problemy nie dotkną w przyszłości innych kierunków. Mamy konkurencję na rynku usług edukacyjnych, a ponadto musimy pamiętać o niekorzystnych trendach demograficznych. Ważne zatem są wszelkie działania promocyjne, wzmacniające wizerunek Uczelni. Komunikacja społeczna określana mianem public relations ma także swój istotny wymiar w budowaniu relacji z władzami, dysponentami środków finansowych czy liderami opinii. Zapewne będę odpowiedzialny także za ten obszar działań.

W rozwoju Uczelni, trzeciej sferze moich obowiązków, kluczowa staje się umiejętność mobilizowania środków inwestycyjnych, w tym grantów UE, a także pozyskiwaniu i nadzorowaniu tworzenia bazy materialnej. W tym względzie zamierzam ściśle współpracować i wspierać administrację Uczelni. We wszystkich tych działaniach zależy mi, by w sposób jak najbardziej

(dokończenie na str. 10)

dydaktyczną i naukową. Bez specjalnego planu finansowego na taką działalność nie damy sobie rady.

Kolejnym, nie mniej ważnym zagrożeniem jest brak uznania referencyjności, co oznacza, że płatnik zrównuje wszystkie podmioty taką samą stawką. Tymczasem „najtrudniejsi” chorzy, wymagający długotrwałego i bardzo kosztownego leczenia, trafiają właśnie do szpitali klinicznych. Jeśli dodać do tego sięgające 20% niedoszacowanie np. procedur pediatrycznych oraz fakt, że placówki kliniczne muszą utrzymywać w swoich strukturach deficytowe oddziały np. zakaźne, wizja komercjalizacji szpitali klinicznych musi budzić coraz więcej wątpliwości.

Co jest w ocenie rektorskiej determinantem skuteczności zarządzania szpitalem klinicznym?

Jednoznacznie należy przyznać, że zarządzanie szpitalem klinicznym A.D. 2012 jest ogromnym wyzwaniem dla kadry kierowniczej. Zadania, jakie stoją przed tymi jednostkami, wymagają ogromnej wiedzy i determinacji w podejmowaniu decyzji zarówno tych codziennych, jak i strategicznych. Należy zwrócić uwagę, że według raportu Organizacji Współpracy Gospodarczej i Rozwoju (OECD) z kwietnia 2012 r. polski system ochrony zdrowia jest bardzo trudnym rynkiem. Sytuacja ta wynika ze sztywnych regulacji wyznaczanych przez państwo, z bardzo małym rynkiem prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych.

Jak mówił przedstawiciel OECD Herve Boulhol, jednym z problemów jest też nierówny dostęp do ochrony zdrowia; wynika to m.in. z długich kolejek oczekiwania na świadczenia. Wskazał też na niski poziom informatyzacji służby zdrowia oraz brak systemu kontroli ubezpieczeń zdrowotnych pacjentów. Według ekspertów OECD powoduje to, że poziom zarządzania szpitalami jest niski, co wpływa na nieefektywność systemu.

Czy zdaniem Pana Rektora, szpitale kliniczne należące do jednego podmiotu tworzącego (dawniej organ założycielski) powinny pogłębiać współpracę między sobą? Jakie potencjalne obszary – w optyce Pana Rektora – byłyby możliwe do podjęcia?

Jestem głęboko przekonany, że przyszłość szpitali klinicznych leży między innymi w ich coraz większej konsolidacji. Jest to zadanie bardzo trudne i myślę, że działania te nie nastąpią szybko.

Uzdrawianie funkcjonowania szpitali jest koniecznością. Z jednej strony musimy zadbać o ich ciągłą modernizację, ale nie mniej istotne jest poszukiwanie oszczędności po stronie kosztów i postawienie na lepszą organizację pracy. W najbliższym czasie szpitale kliniczne powinny stworzyć między innymi grupę zakupową, która będzie mogła stawiać do przetargów na zakupy sprzętu medycznego i leków. Takie przedsięwzięcia wymagają oczywiście zmiany sposobu myślenia kadry zarządzającej szpitali. Z drugiej jednak strony, takie działania pozwolą zdecydowanie zmniejszyć koszty funkcjonowania szpitali.

Szpital Kliniczny Przemienienia Pańskiego UM w Poznaniu to także miejsce codziennej pracy Pana Rektora. Kiedy ocenia Pan potencjalne szanse rozwoju tego miejsca, to myśli Pan Rektor o...

... pięknym, nowoczesnym szpitalu leczącym chorych ze schorzeniami układu krążenia. Z nowoczesnymi salami hybrydowymi i czystymi poradniami dla chorych. Może jestem niepoprawnym optymistą, ale jestem głęboko przekonany, że wspólnie z dyrektorem Szpitala Klinicznego Przemienienia Pańskiego, przy ul. Długiej uda się to marzenie zrealizować. ■

efektywny wykorzystywać zasoby uczelni dla realizacji jej podstawowego celu – kształcenia studentów i prowadzenia badań. W tym sensie moje działania będą wspierać Prorektorów ds. Studentów i ds. Nauki.

Szpital kliniczny wpisane są w dużą aktywność uczelni. Jak w optyce Pana Profesora – lekarza praktyka i osoby kierującej oddziałem, a niebawem Prorektora – powinna wyglądać relacja szpital – uniwersytet?

Nadzór nad szpitalami klinicznymi leży w gestii Prorektora ds. Klinicznych. W tym względzie mogą służyć jedynie wsparciem w zakresie moich kompetencji. Chciałbym, by szpitale kliniczne – jako kluczowe zasoby Uniwersytetu – aktywnie włączały się np. w działania promocyjne, budujące wizerunek społeczności akademickiej w Poznaniu i regionie. Jako wykładowca i Dziekan wiem, że dużym wyzwaniem będzie zmiana modelu kształcenia studentów medycyny, wymagająca zwiększenie liczby godzin zajęć klinicznych. To duże wyzwanie dla władz uczelni, wiążące się ze zwiększonym zaangażowaniem szpitali klinicznych. Stosunki Uniwersytet Medyczny – Szpitale kliniczne powinny być partnerskie. Trzeba zrobić wszystko, by wspierać naukę i dydaktykę, która nie może być prowadzona bez zaplecza szpitali klinicznych, a jednocześnie zachować najwyższy poziom usług medycznych i stabilność finansową naszych szpitali, w czym władze Uczelni na pewno będą wspierać dyrekcje szpitali.

Szpital Kliniczny Przemienienia Pańskiego to codzienne miejsce pracy Pana Profesora, obok zadań dydaktycznych i administracyjnych uczelni. Jakie refleksje towarzyszą Panu, pracując w historycznych murach lecznicy przy ul. Długiej?

Pracuję tu od 1982 r., od zakończenia studiów na Wydziale Lekarskim ówczesnej Akademii Medycznej w Poznaniu. Miałem to szczęście współpracować ze znakomitymi nauczycielami zawodu, związanymi ze Szpitalem Klinicznym Przemienienia Pańskiego prof. Bożeną Raszeją-Wanic i prof. Jerzym Głuszkim. Reprezentując specjalizację internistyczną, współpracujemy z wieloma jednostkami Szpitala, co daje mi nieco szersze spojrzenie na szpital. To miejsce w ostatnich latach bardzo się zmieniło. Mamy nowoczesny oddział, dobre możliwości diagnostyki, a także przyjazne dla studentów zaplecze dydaktyczne. Myślę, że Szpital Kliniczny Przemienienia Pańskiego stara się uchwycić to, co ważne w medycynie akademickiej – połączenie nauczania studentów z najlepszą opieką nad pacjentami.

Przez dwie kadencje kierował Pan Wydziałem Lekarskim II. Co uznaje Pan za największe sukcesy Wydziału?

Wydział Lekarski II, obchodzący w tym roku 20-lecie działalności, to dziś największy wydział Uniwersytetu Medycznego im. K. Marcinkowskiego zarówno pod względem liczby klinik i zakładów, jak i potencjału kadry naukowej. Imponująca jest liczba habilitacji i tytułów profesorskich nadanych w ostatnich latach naszym pracownikom, a aktywność w zakresie promocji doktorskich sprawiła, że otrzymujemy największą dotację na działalność młodych naukowców. Następnym tego jest przyznanie kilka lat temu Wydziałowi kategorii A w ministerialnym rankingu działalności naukowej. Wydział Lekarski II kojarzony jest przede wszystkim z kształceniem przyszłych stomatologów i studentów anglojęzycznych. Choć są to główne nurty działalności dydaktycznej, nie można zapominać o nowych kierunkach kształcenia, takich jak: dietetyka, biotechnologia, techniki dentystyczne czy higiena stomatologiczna. Najnowszym kierunkiem studiów jest optometria, a już teraz przygotowujemy się do uruchomienia studiów II stopnia na kierunku protetyka narządu słuchu. Siłą Wydziału – poza znakomitymi jednostkami nauk stomatologicznych – są także kliniki zlokalizowane we wszystkich poznańskich szpitalach klinicznych oraz jednostki nauk podstawowych, prowadzące zajęcia dla wszystkich wydziałów UM. ■

Komisje ds. orzekania o zdarzeniach medycznych

Zgodnie ze znowelizowaną ustawą o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, z początkiem 2012 roku w każdym województwie rozpoczynają działalność komisje ds. orzekania o zdarzeniach medycznych, których zadaniem jest ustalenie czy zdarzenie, którego następstwem była szkoda majątkowa lub niemajątkowa, stanowiło zdarzenie medyczne.

Zdarzenie medyczne

Wg ustawy zdarzenie medyczne to następstwo działania niezgodnego z aktualną wiedzą medyczną. Takim działaniem może być:

- diagnoza, jeżeli spowodowała ona niewłaściwe leczenie albo opóźniła właściwe leczenie, przyczyniając się do rozwoju choroby,
- leczenie niezgodne z aktualną wiedzą medyczną, w tym wykonanie zabiegu operacyjnego, w wyniku którego powstała szkoda,
- zastosowanie produktu leczniczego lub wyrobu medycznego, w wyniku czego doszło u pacjenta do zakaże-

nia, uszkodzenia ciała, rozstroju zdrowia lub śmierci.

Składanie wniosków

Wniosek do Komisji może złożyć pacjent lub jego przedstawiciel ustawowy, a w przypadku śmierci pacjenta także jego spadkobiercy. Wnioski można składać tylko w przypadkach, gdy do zdarzenia doszło po 1 stycznia 2012 roku. Komisja wydaje orzeczenie w sprawie zdarzenia medycznego nie później niż w terminie 4 miesięcy od dnia złożenia kompletnego wniosku.

Wysokość świadczeń

Osoba składająca wniosek wskazuje w nim oczekiwaną wysokość odszkodowania i zadośćuczynienia. W przypadku zakażenia, uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia kwota obejmująca wysokość odszkodowania i zadośćuczynienia nie może być wyższa niż 100 tys. zł, zaś w przypadku śmierci maksymalna kwota nie może przekraczać 300 tys. zł. Odszkodowanie lub

zadośćuczynienie wypłacane jest przez ubezpieczyciela szpitala. Jeżeli pacjent nie zgadza się na zaproponowaną przez ubezpieczyciela kwotę, może wejść na drogę sądową ze Szpitalem.

Zabezpieczenie

Zabezpieczeniem dla roszczeń z tytułu zdarzeń medycznych mają być obowiązkowe polisy od zdarzeń medycznych, których obowiązek posiadania nakłada Ustawa o lecznictwie szpitalnym. Koniec roku 2011 i początek 2012 był okresem gorących dyskusji i protestów w tym temacie. Głównie z powodu wysokości stawek za ubezpieczenie, jakie proponowały firmy ubezpieczeniowe. W efekcie na dzień dzisiejszy wymagane ubezpieczenie posiada około 30% szpitali w kraju. Trwają prace rządu nad zmianą przepisów i zniesieniem obowiązkowego charakteru ubezpieczenia.

Mgr Anna Ruszczak

Kierownik Sekcji Organizacji

Źródło: www.poznan.uw.gov.pl

Rekolekcje wielkopostne Ojca Karola Meissnera OSB

Wypełnienie pustki

W dniach 12-14 marca br. w Kościele *Przemienienia Pańskiego* odbyły się rekolekcje dla środowiska medycznego.

W wypełnionej po brzegi świątyni prowadził je Ojciec Karol Meissner – benedyktyn z lubińskiego opactwa. W roku, którego hasło duszpasterskie brzmi *Kościół naszym Domem* te rekolekcje odbyły się w domowej atmosferze. Bo były swego rodzaju powrotem do domu – dla Ojca, którego lata młodości były związane z naszym Szpitalem. Jego ojciec był dyrektorem Szpitala w latach przedwojennych, a on sam będąc studentem medycyny w pierwszych latach powojennych odbywał tu praktyki,

pracując w laboratorium i podając narkozę do operacji.

Rekolekcje to czas zamyślenia, zatrzymania, spojrzenia wstecz, dookoła i ku górze. Kim jestem? Skąd przychodzę? I dokąd zmierzam? Czy jeszcze zadajemy sobie takie pytania? Czy też umieszczamy je w kręgu tzw. pytań retorycznych, przystających może do wieku młodzińskich poszukiwań, ale nie do stateczności, którą już udało nam się osiągnąć. Może po prostu brakuje nam na nie czasu, bo przecież *rzeczywistość skrzeszy*. Do



Fot. Witold Brelinski

zmierzenia się z nimi namawiał nas Ojciec Karol, mówiąc jednocześnie, że te pytania prowokują do odkrycia pustki. Pustki, którą może wypełnić świadomość bycia umiłowanymi.

Dr Halina Bogusz

Biuro Pełnomocnika ds. Jakości



Zdjęcie 1: Wizyta lekarska u chorej z rodziną w Bokaro



Zdjęcie 5: U grobu św. Matki Teresy z Kalkuty



Zdjęcie 2: Z zespołem hospicjum Bokaro, gdzie buduje się hospicjum stacjonarne



Zdjęcie 6: Z chorą w ambulatorium onkologicznym w Klinice w Kalkucie



Zdjęcie 3: Z dziećmi w przedszkolu Ośrodka Leczenia Chorych na trąd w Puri



Zdjęcie 7: Nad rzeką Ganges



Zdjęcie 4: Pomoc rybakom w wyciąganiu sieci



Zdjęcie 8: Na rykszy w Kalkucie

Kraj pełen kontrastów

Od 2 do 14 lutego przebywałem w Indiach na zaproszenie dr Abee Dama, który po szkoleniu w 2006 r. w Hospicjum Palium SK Przemienienia Pańskiego UM oraz Hospicjum Miłosiernego Samarytanina w Wągrowcu, założył wzorcowe domowe Hospicjum KOSISH w Bokaro. Po długim locie i międzylądowaniach także w olśniewającym nowoczesnością Dubaju, z lotniska w Kalkucie – 15 milionowym mieście odebrał mnie dr Dam i wolontariusz hospicyjny, farmaceuta dr Santos. Przejechaliśmy ok. 400 km różnej jakości drogami, mniej lub bardziej zatłoczonymi (ryksze, motocykle, rowery, piesi i krowy). Zdziwiła płynność jazdy, ostrożność i sprawność hamowania, posługujących się klaksonami kierowców – wirtuozów kierownicy.

Bokaro

W Bokaro Steel City wraz z zespołem hospicyjnym odwiedzałem chorych z różnych środowisk w domach, zauroczony serdecznym przywitaniem pacjentów i ich niezwykle opiekuńczych rodzin (zdjęcie 1). Uczestniczyłem również w konferencji opieki paliatywnej, poświęconej problematyce opieki nad chorym, głównie w aspekcie duchowym.

Zaproszono mnie także do pięknego miejsca nad rzeką w odległości ok. 20 km od miasta, gdzie na zapleczu starego garnizonu brytyjskiego tworzone są zręby hospicjum stacjonarnego. W ambulatorium dr Abee Dam i jego małżonka przyjmują bezinteresownie chorych, pozbawionych często jakiegokolwiek opieki lekarskiej (zdjęcie 2).

Puri

W Puri, korzystając z gościny ojców werbistów, miałem możliwość spotkania się z chorymi i ich dziećmi w Ośrodku Leczenia Chorych na trąd,

założonym przez Wielkopolanina o. Mariana Żelazka, który 35 lat pracow-
tego życia ofiarował chorym (zdjęcie
3). Po kilku latach przerwy nawiązano
ponownie kontakt – współpracę z Re-
demptoris Missio – organizacją wspie-
rającą działania o. Ojca Mariana.

Cuttack

W Cuttack, Uniwersyteckim
Ośrodku Onkologicznym z Oddziałem
Opieki Paliatywnej wraz z prof. Ro-
bertem Twycross odwiedzałem cho-
rych i wykladałem na kursie opieki
paliatywnej dla lekarzy i pielęgniar-
ek. Po zajęciach wspólnie zwiedziliśmy
wspaniałą świątynię Słońca w Konar-
ki; kąpałem się w ciepłych wodach
zatoki Bengalskiej i pomagałem ryba-
kom wyciągać sieci (zdjęcie 4).

Kalkuta

W Kalkucie na Międzynarodowym
Kongresie Opieki Paliatywnej wygłosi-
łem prezentację o istotnej roli narracji
w kontaktach lekarza opieki paliatyw-
nej z pacjentem. Sporo uwagi poświę-
cono niedostępności morfiny i czynni-
kom hamującym rozwój opieki palia-
tywnej. Niezwykle wrażenie sprawiły
wieńczące obrady występy zespołu
tanecznego, a w szczególności Pieśni
Ofiarne noblisty Rabindranath Tagore,
wykonane przez pieśniarza.

W Domu Matki Teresy (zdjęcie 5)
spotkałem się z siostrami zakonnymi:
Hinduską, która przez 11 lat służyła
polskim chorym w Szczecinie oraz
Polką, która przed kilkoma miesiąca-
mi przyjechała z Warszawy. Byłem
także w ośrodku dla samotnych, umie-
rających chorych. W Klinice Onkologii
Szpitala Uniwersyteckiego wygłosiłem
wykład dla lekarzy (zdjęcie 6). Był też
czas na chwilę odpoczynku nad świętą
rzeką Ganges i na przejażdżkę rykszą
(zdjęcia 7 i 8).

Kontakty

Wszędzie spotykałem się z życzli-
wością, otwartością, gościnnością
i zainteresowaniem. Dzięki przychyl-
ności prof. Jacka Wysockiego podpisa-
no umowę o współpracy naszej Uczel-
ni z Hospicjum KOSISH, a w przygo-
towaniu jest podobna umowa
z Ośrodkiem Uniwersyteckim w Kal-
kucie, co pozwoli na częstsze kontakty
z tym niezwykłym, barwnym, pełnym
kontrastów krajem.

Prof. dr hab. Jacek Łuczak
Hospicjum Palium

Kardiodiabetologia XXI wieku

IV Zjazd Polskiego Towarzystwa Kardiodiabetologicznego, działające-
go przy Katedrze i Klinice Chorób Wewnętrznych, Zaburzeń Meta-
bolicznych i Nadciśnienia Tętniczego, odbył się w dniach 19-21 kwietnia
2012 roku w Poznaniu. Spotkanie zgromadziło ok. 200 lekarzy rodzinnych,
internistów, diabetologów, kardiologów, a wykłady zaprezentowało 37 spe-
cjalistów z całej Polski. Zjazd obejmował sesje plenarne, dydaktyczne, pla-
katowe oraz prezentacje prac oryginalnych.

Główne tematy Zjazdu dotyczyły postępu w zakresie profilaktyki i le-
czenia cukrzycy oraz jej powikłań. Omówiono nowe leki hipoglikemizują-
ce stosowane w skojarzeniu z dotychczasową terapią cukrzycy. W części
kardiologicznej skoncentrowano się na ryzyku kardiometabolicznym oraz
leczeniu interwencyjnym choroby wieńcowej w cukrzycy. Poruszono także
problematykę związaną z otyłością – odbyła się sesja interaktywna „Maski
otyłości”, w trakcie której dokonano prezentacji przypadków. Sesję prowa-
dziły prof. dr hab. Danuta Pupek-Musialik, prezes Polskiego Towarzystwa
Kardiodiabetologicznego i Stowarzyszenia Praktycznego Leczenia Otyłości
TALIA oraz dr hab. Magdalena Olszanecka-Glinianowicz, prezes Polskiego
Towarzystwa Badań nad Otyłością.

Pierwszego dnia Zjazdu odbyły się także warsztaty EKG, które popro-
wadził prof. Dariusz Kozłowski z Gdańska.

Uczestnicy Zjazdu wysoko ocenili poziom przedstawionych wykładów.
Na spotkaniu Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Kardiodiabetolo-
gicznego ustalono, iż jesienią tego roku odbędzie się konferencja PTKD
w Kielcach, zaś „Postępy Kardiodiabetologii” w roku 2013 będą miały
miejsce w Poznaniu.

Mgr Marta Łabędzka

Oddział Nadciśnienia Tętniczego i Zaburzeń Metabolicznych



Fot. Archiwum

„Obecność – ostateczna powinność lekarza”

Prof. Andrzej Szczeklik

Zdjęcia: Waldemar Wylegalski

Kaplica Błogosławionego Jana Pawła II w Hospicjum Palium

Obecność jest to dar bardzo cenny, szczególnie dziś, kiedy tak wielu z nas czuje, że będąc w jednym miejscu powinno być jednocześnie gdzie indziej albo przynajmniej już się tam wybierać... Wszechogarniający pośpiech włada naszą codziennością i nie pozwala zanurzyć się w tajemnicę obecności, trwania przy... albo trwania dla... Obecność ma swoją moc, której doświadczają na co dzień chorzy, ci dla których bywa ona balsamem, pociechą, ulgą. Jan Paweł II użył znamiennej stwierdzenia – tam gdzie jest człowiek cierpiący musi być drugi człowiek przy nim; to właśnie ludzka obecność stanowi istotę wsparcia duchowego, o czym przez wiele lat uczył studentów naszego Uniwersytetu Medycznego ks. Zbigniew Pawlak.

Relikwie

W dniu 27 marca br. odbyło się uroczyste wprowadzenie relikwii

Błogosławionego Jana Pawła II do kaplicy Hospicjum Palium, która jednocześnie otrzymała swego Patrona. W pięknym srebrno-złotym relikwiarzu wniesiono ten materialny ślad Jego obecności.

To wielki dzień dla księdza Przemysława, kapelana Hospicjum, przez którego ręce relikwie do nas trafiły. Na zaproszenie księdza kapelana uroczystości przewodniczył ks. Arcybiskup Stanisław Gądecki. Obecny był również honorowy gość – Pani profesor Krystyna Grocholewska, wspomagająca działania, dzięki którym Hospicjum zostało obdarowane. Licznie zebrali się goście, przedstawiciele władz wojewódzkich i dyrekcji Szpitala, laureaci odznaczenia Bono Servienti, pacjenci, pracownicy oraz wolontariusze; w uroczystości wzięły udział także poczty sztandarowe szkół, wspierających Hospicjum, aby wspólnie powitać Dostojnego Gościa i uczestniczyć w tym święcie.

Tajemnica

Niezwykły dzień

Przy relikwiach odprawiono Mszę św. Celebrował ją i Słowo Boże wygłosił ksiądz Arcybiskup. W swojej homilii mówił między innymi o lekarstwie na śmierć: *Prawdziwym lekarstwem przeciwko śmierci nie jest to, które powoduje przedłużanie w nieskończoność życia doczesnego. Prawdziwe lekarstwo dające nieśmiertelność tkwi w naszym wnętrzu, tworząc tam życie nowe, zasługujące na wieczność.*

Na koniec uroczystości przemówił Pan Profesor Jacek Łuczak, wyrażając radość z tego niezwykłego dnia, który z pewnością będzie pamiętany i wspominany w Hospicjum. Relikwie Jana





ca obecności

Pawła II są wyróżnieniem, jakie otrzymuje Hospicjum i będą wsparciem dla chorych, ich rodzin, a także pracowników.

Wielki człowiek

Jan Paweł II – wszyscy Go przecież pamiętamy, Jego pochylanie się nad cierpiącymi i wdzięczność im za modlitwę i ofiarowywanie swego bólu w wielorakich intencjach. Często mówił o tym podczas spotkań z chorymi, które były nieodłącznym punktem programu każdej pielgrzymki. Nie są już tajemnicą liczne uzdrowienia za pośrednictwem Jego modlitwy. Wreszcie sam został dotknięty chorobą. Pokazał wtedy samym sobą, jak można cierpieć, nie załamywać

się w bólu i pomimo niego obdarowywać sobą. A potem te wielkie światowe rekolekcje w godzinach Jego odchodzenia – świadomego w posłuszeństwie woli Tego, któremu oddał życie już od samego początku.

I jeszcze niezapomniane: Teraz wy przyszlście do mnie.

Czym jest kropla krwi Człowieka, zamknięta w szklanym pomieszczeniu relikwiarza? Myślę, że jest obecnością – tajemnicą obecności Jana Pawła wśród chorych. Mówi o tym ksiądz Przemysław – *Już są owoce tej Obecności – widzę je w rozmowach z chorymi, w ich spowiedziach, odbywanych nieraz po wielu latach.*

Kaplica Błogosławionego Jana Pawła II to zaszczyt i wyróżnienie. Ale także zadanie, aby Jego obecność wzbogaciła ten dom.

*Dr Halina Bogusz
Prof. dr hab. Jacek Łuczak*

Pełny tekst homilii księdza Arcybiskupa można odnaleźć na stronie: <http://www.archpoznan.pl/content/view/2346/123/>



To był dzień

17 lutego ogłoszono wyniki konkursu Blog Roku 2011. Przyznano główne miejsce oraz ogłoszono listę laureatów w 10 kategoriach tematycznych, przyznano nagrody specjalne i Wyróżnienia Główne. To było najważniejsze wydarzenie w polskiej blogosferze.

Gala finałowa siódmej edycji konkursu *Blog Roku 2011* odbyła się w Centrum Nauki Kopernik w Warszawie. Gospodarzami byli dziennikarka Anna Maruszczyńska oraz prezydent Maciej Orłoś.

Wyróżnienie Główne konkursu z rąk Macieja Kossowskiego – Członka Zarządu Grupy Onet, otrzymała wolontariuszka Hospicjum Palium Agnieszka

Kaluza za blog *Zorkownia*. To był Agnieszki wielki dzień – otrzymała bowiem trzy statuetki. Poza Wyróżnieniem Głównym, została nagrodzona przez blogerów nagrodą *Blog Blogerów*. Zygmunt Miłoszowski wyróżnił również blogerkę w kategorii *Blogi Literackie*. Juror tak mówił o Agnieszce Kaludze: „Fajnie, że dostała aż trzy nagrody. Myślałem o niej – moja blogerka,

moja blogerka! Nie spodziewałem się, że znajdę kogoś takiego w blogosferze. *Zorkownia* jest naprawdę wyjątkowa, to taki rzut oka w ostateczność, co nas czeka raczej szybciej, niż raczej później”.

Nie tylko nas urzekł piękny styl Agnieszki i jej sposób postrzegania świata i ludzi. Cieszymy się, że *Zorkownia* – hospicyjna myśloodsiewnia – miejsce poruszających spotkań z pacjentami Hospicjum Palium, blog-unikat wśród kandydatów do nagrody, został zauważony i doceniony.

Serdecznie gratulujemy i zapraszamy do lektury bloga Agnieszki!

Na pewno zajrzą do niego nie raz: www.zorkownia.blogspot.com.

Redakcja

Nie ma ważniejszych rzeczy

Z Agnieszką Kalugą, wolontariuszką Hospicjum Palium, laureatką Wyróżnienia Głównego, pierwszego miejsca w kategorii Blogi Literackie i Bloga Blogerów w konkursie Blog Roku 2011 – o unikatowym blogu *Zorkownia* rozmawia Monika Dudziak.

Jakie znaczenie mają dla Ciebie uzyskanie nagrody?

Te trzy nagrody są na pewno upewnieniem mnie w słuszności obranej drogi. Do tej pory bardzo niepewnie pisałam swojego bloga. Zawsze istnieje obawa, że mogę nim kogoś zranić, napiszę coś w niewłaściwy sposób lub ludzie nie odbiorą moich intencji prawidłowo. To, że *Zorkownia* została nagrodzona, to znak, że ludzie zrozumieli, po co go piszę, że nie jest to forma sensacji czy wzbudzania niezdrowych uczuć. Moje intencje okazały się czytelne.

Konkurs pozwolił, żeby Zorkownię zobaczyli inni. Jakie emocje towarzyszyły Tobie podczas trwania konkursu?

Wszystko, co pisałam na blogu, było bez absolutnej świadomości, że ukaże się on szerszemu gronu czytelników i że będzie brał udział w jakimkolwiek konkursie. *Zorkownia* jest prawdziwa, bo nie ma w niej niczego, co byłoby zrobione pod publikę. Na czas trwania konkursu postanowiłam nie przychodzić do Hospicjum, nie chciałam szukać

niesamowitych historii, żeby podkreślić bloga i robić z niego wyciskacz łez. Pisałam swoje rzeczy, nie takie, które miałyby spowodować wzrost popularności, która wtedy zaczęła mnie troszkę przerażać. Przez 2 lata prowadzenia bloga pilnowałam, żeby nikt nie pokorzył *Zorkowni* ze mną. Pisałam tak, żeby nikt nie był w stanie się domyślić, że to Poznań i Hospicjum Palium. *Zorkownia* była pisana, jak blog jakiejś wolontariuszki, o jakimś hospicjum. Wtedy zdałam sobie sprawę, że to się zmieni.

Czy Zorkownia zmieniła się od tamtego czasu?

Obecnie *Zorkownia* ma około 2 tys. odsłon dziennie; w dniu po konkursie było ich 58 tys. Powiem szczerze, że miałam wtedy ochotę go zamknąć, bo pomyślałam, że coś się skończyło. Teraz myślę, że te kilka tysięcy osób dziennie to tylko cyfra – ja tych ludzi nie widzę, kiedy piszę, siedzę z moim laptopem w pokoju i tyle.

Moje pisanie na pewno się zmieniło. Bardziej uważam na to, co piszę i żeby nie pisać zbyt wprost. W tej chwili opi-



Źródło: AKPA

suję również rzeczy, które na bieżąco są w mojej głowie. Mam przyjaciela, który jest po udarze mózgu, ma 39 lat i jest muzykiem. Przy pełnej absolutnie świadomości, mruga tylko powiekami, zdiagnozowano zespół zamknięcia, i właściwie od miesiąca siedzę codziennie u niego w szpitalu. Obecnie, jeżeli piszę na blogu, to właśnie o nim. To on zajmuje moją codzienność.

Jakie były reakcje czytelników Zorkowni?

Dalsze prowadzenie bloga uzależniłam od reakcji osób, które znam z Hospicjum Palium. Po konkursie bardzo bałam się wrócić do Hospicjum, bo nie chciałam wracać tam, jako gwiazda ani

jak ktoś, kogo należy się bać, bo każde spotkanie opisze na blogu. Obawiałam się, że ludzie mogą mi przypisywać nie moje intencje, że ktoś mnie skrytykuje i powie, że nie mam prawa pisać. Wcześniej czytałam komentarze, które były pod moim wywiadem na Onecie – zdarzały się bardzo nieadekwatne opinie.

Kiedy pojawiłam się w Hospicjum, zostałam tak ciepło przywitana, że się popłakałam. Dostałam piękny bukiet z motyli wykonanych przez pacjentów i cukierków. Przyszedł prof. Jacek Łuczak i wręczył mi list gratulacyjny; dostałam też list gratulacyjny od Wicewojewody Poznania, który czytał mojego bloga i jest wielkim przyjacielem Hospicjum. Nie spodziewałam się, że ludzie tak pozytywnie zareagują. Wtedy poczułam, że jestem na właściwym miejscu, robię dobre rzeczy i że nie są one odbierane inaczej, niż ja to czuję.

Czym dla Ciebie jest Zorkownia?

Zorkownia jest po prostu takim moim miejscem, gdzie wrzucam rzeczy, obrazy, o których nie chcę zapomnieć, a których nie mogę dźwigać w głowie. Jeżeli będę żyła poprzednimi historiami przy łóżku kolejnego podopiecznego, to nie udźwignę tego „tu i teraz”.

Zorkownia to dla mnie bezcenna szkatułka, do której odkładam ważne historie. Mój pierwszy wpis dwa lata temu jest mocno reporterskim wpisem, z którego teraz się śmieję. Wtedy miałam potrzebę opisywania dosłownie wszystkiego, co się wydarzyło, teraz piszę zupełnie inaczej.

Był taki moment, kiedy umarła przy mnie Gosia, osierocając 2,5-letnią córkę. Wtedy po raz pierwszy nie wylałam wszystkiego na *Zorkowni*. To był tak mocny i intymny moment, że nie chciałam o nim pisać. To wtedy coś się zaczęło we mnie przełamywać – przestałam pisać o wszystkim. Nadal piszę o rzeczach ważnych, ale poddaję je dużej selekcji.

Czym może być Zorkownia dla tych kilku tysięcy czytelników?

Kiedy piszę bloga ze świadomością, że inni to czytają, staram się myśleć, co mogę dać tym ludziom. Opowiadanie tylko o tym, co robiłam i widziałam wydaje mi się bez sensu. Nie jestem tak atrakcyjną osobą, żeby cały świat musiał wiedzieć, co myślę na każdy temat. Ale wkładam teraz na blog *Zorkownię* więcej historii, które mogą stanowić wartość dla zupełnie obcych mi ludzi.



Źródło: AKPA



Blog o spotkaniach w hospicjum, trudnych tematach cierpienia i umierania w dzisiejszym świecie mógł się po prostu nie udać...

Zorkownia nie jest projektem, który może/nie może się udać. Jest wyrazem buntu wobec świata w tym sensie, że próbuje pokazać dość mocno pozasłaniany jego aspekt – to dzięki owemu buntowi blog pojawił się w konkursie. Chciałam pokazać, że w świecie pełnym młodości, zdrowia i urody, zakupów i wyprzedaży, istnieje jeszcze ta



Źródło: AKPA

druga strona. Że jest też śmierć i rzeczy, które się nie udają, nie są po kolei; że jest ból, cierpienie i bezradność. W Hospicjum bardzo często towarzyszy tobie bezradność – nie możesz tutaj nikogo uratować, nie możesz powiedzieć, że będzie dobrze, ani sprawić, że zniknie rak. I nawet w tak beznadziejnych, zdawałoby się, sytuacjach jest bardzo dużo rzeczy do zrobienia; możesz być obecny, możesz drugiego człowieka wysłuchać, a przede wszystkim się od niego nie odwracać.

Nagle okazało się, że my potrzebujemy takich słów. Bo skoro ten blog otrzymał aż trzy nagrody to znaczy, że stanowi jakąś przeciwwagę do tego pięknego, kolorowego świata. Przeciwwagę, dzięki której poczuć się dobrze osadzeni, poczuć się na właściwym miejscu. Powtarzam za Szymborską: moje znaki szczególne to zachwyt i rozpacza.

Jakie znaczenie mają dla Ciebie spotkania z podopiecznymi w Hospicjum?

Te spotkania przede wszystkim zbudowały mnie jako człowieka. Bez tych wszystkich historii nie byłabym osobą, którą jestem teraz. Właściwie wszystko zaczęło się od tego, że 10 lat temu zmarła mi 10-dniowa córeczka – wcześniak. Kiedy Martynka zmarła, otworzyły mi się oczy, że takie rzeczy, nie po kolei, są możliwe, że istnieje ból, cierpienie i żałoba.

Wtedy byłam w punkcie, w którym mogłam się poddać. Obiecałam jednak mojej córce, że sobie z tym poradzę, że nie utnę, i dotrzymałam słowa. Martynka nauczyła mnie dostrzegać ludzi w podobnych sytuacjach, zaczęłam poznawać mamy, które również utraciły swoje dzieci, założyłam Organizację DLACZEGO dla rodziców po stracie. W pewnym momencie poczułam, że dałam radę. Wtedy dostrzegłam też, że moje doświadczenie życiowe spowodowało, iż dość dobrze radzę sobie ze słuchaniem innych, z otwieraniem się na ich historie. I wtedy właśnie, dopiero po ośmiu latach od własnej straty, pojawiłam się w Hospicjum.

W Hospicjum spotkania z ludźmi są dla mnie swoistym materiałem budulcowym. Czuję, że tutaj rośnie mi serce. Okazuje się, że to cudowny organ, bo rośnie do końca życia. Im więcej ludzi spotykasz i im bliżej nich jesteś, tym serce masz większe. Chyba nie ma ważniejszych rzeczy na świecie niż bycie z drugim człowiekiem.

styczeń



- W 2011 rok nasz Szpital wkracza bogatszy o dwa tomografy komputerowe. Wysokiej klasy urządzenia diagnostyki obrazowej trafiają do nowego budynku Radiologii przy ul. Szamarzewskiego oraz do obiektu przy ul. Długiej.

luty



- Katedra i Klinika Pulmonologii, Alergologii i Onkologii Pulmonologicznej we współpracy z Polskim Towarzystwem Walki z Mukowicydozą organizuje spotkania warsztatowe dla opiekunów chorych na mukowicydozę z regionu Wielkopolski.

kwiecień



- Na hospicyjnej aukcji pojawia się unikatowa wielkanocna niespodzianka – ogromny zajęc ze Starego Browaru, pomalowany przez Magdę Gessler, Monikę Mrozowską oraz grupę NIETAK na żywo w „Dzień Dobry TVN”.



- Początek roku to również wspólne „Medyczne kolędowanie” w Kościele Przemienienia Pańskiego. Kolędy Chóru Zamku Kórnickiego *Castellum Cantans* pod dyktando prof. Marka Gandeckiego przeplatane poezją, recytowaną przez aktora Teatru Nowego, uświetniły to świąteczne jeszcze spotkanie.

marzec



- Pracownicy i wolontariusze Hospicjum Palium tworzą specjalny serwis informacyjny www.opiekawdomu.info, poświęcony opiece nad ciężko chorym w domu. W ramach portalu pacjenci i ich rodziny mogą liczyć na szybką i profesjonalną pomoc zespołu specjalistów z zakresu opieki i medycyny paliatywnej.

maj



- W ramach obchodów Święta Placu Bernardyńskiego po raz drugi podjęliśmy się organizacji „Białej Soboty – Szpital Miastu”. Z bezpłatnych konsultacji lekarskich i badań skorzystało ponad 200 osób. W akcję zaangażowało się 70 naszych pracowników.

maj



- W maju nasi Kardiochirurdzy podjęli inicjatywę organizacji spotkań edukacyjnych – Dni Transplantologii w Starym Browarze. W czasie 12 dni poprzez różnorodne formy przekazu przybliżali poznaniakom procedurę transplantacji serca.



- Nasz Szpital dołącza do programu „Szpital Przyjazny Kombatantom”, propagującego respektowanie szczególnych uprawnień kombatantów i osób represjonowanych, których na terenie Wielkopolski jest ok. 16 tysięcy.

czerwiec



- Prof. Jacek Łuczak w poznańskim Ratuszu odbiera nadany przez Radę Miasta Poznania tytuł: „Zasłużony dla Miasta Poznania”. Odznaczenie przyznano w uznaniu dla dorobku naukowego Pana Profesora ze szczególnym uwzględnieniem działalności na rzecz utworzenia i prowadzenia Hospicjum Palium.



- Konferencja „Tomografia Komputerowa” była symbolicznym podsumowaniem realizowanego projektu współfinansowanego ze środków Unii Europejskiej. Projekt umożliwił rozwój zaplecza diagnostyki obrazowej w rozbudowanym obiekcie przy ul. Szamarzewskiego.

lipiec



- Mimo wakacji trwają prace nad jubileuszowym albumem 20-lecia Wydziału Lekarskiego II, którego 6 klinik znajduje się w strukturach naszego Szpitala. Na oddziałach trwają poszukiwania archiwalnych zdjęć oraz przygotowania do wspólnych fotograficznych sesji. W albumie jest też rozdział o Szpitalu Klinicznym Przemienienia Pańskiego.

sierpień



- Wakacyjny szpitalny sezon ogórkowy, czyli dziura w asfalcie. Na zdjęciu Kierownik Działu Technicznego Pani Irena Usowicz z pracownikami.

wrzesień



- Otwarcie „Bufetu Aga” w obiekcie szpitalnym przy ul. Długiej. Gruntownie wyremontowane pomieszczenie zachwyca wystrojem. Niebawem powstanie również bufet przy ul. Szamarzewskiego, z którego chętnie skorzystają nasi pacjenci i pracownicy.

październik



- Wejście główne w obiekcie przy ul. Długiej zmienia się nie do poznania. Generalny remont vestibulum pozwala podkreślić charakterystyczne, zabytkowe wnętrze naszego Szpitala, który może poszczycić się blisko 190-letnią tradycją.

październik



- „Zmiana warty” na Oddziale Chirurgii Ogólnej i Naczyni. Dyrekcja składa szczerze podziękowania Profesorowi Wacławowi Majewskiemu za wieloletnią pracę na stanowisku Ordynatora Oddziału. Stanowisko obejmuje prof. Grzegorz Oszkinis.

grudzień



- Przecięcie wstęgi, czyli otwarcie wyremontowanego Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii w obiekcie szpitalnym przy ul. Długiej.

październik



- Jesteśmy uczestnikami wielkiego wydarzenia – otwarcia nowego obiektu onkologicznego wraz z zespołem poradni specjalistycznych. Budowa szpitalnych obiektów o łącznej powierzchni 5,7 tys. m² zajęła kilka lat. Dzięki rozbudowie możemy służyć pacjentom w nowoczesnych wnętrzach.



- Jubileuszowe X Forum Szpitali Klinicznych gromadzi w październiku wielu znamienitych gości. Podczas *Wieczoru św. Łukasza*, który poprzedza ogólnopolskie wydarzenie mogliśmy posłuchać o. dr Karola Meissnera, Wojciecha Cejrowskiego oraz Kwartetu Rampa.

listopad



- W nowym budynku Zespołu Poradni Specjalistycznych przy ul. Szamarzewskiego zaczyna funkcjonować elektroniczny system przywoływania pacjentów. To jednak nie jedyne nowoczesne rozwiązanie – w Rejestracji kilka miesięcy wcześniej zamontowano 2 systemy automatycznych regałów do przechowywania poradnianych kartotek.



- Jest kolejny powód do szczęścia – wolontariusze Hospicjum Palium otrzymują w kategorii zespołowej tytuł Poznańskiego Wolontariusza Roku 2011. „Taki dzień zdarza się tylko raz w życiu” – podsumowuje uroczystą galę Barbara Grochal, koordynator wolontariuszy.

Bono Serviamus w 2011 roku

Działalność stowarzyszenia

W 2004 roku z inicjatywy osób, którym bliski jest Szpital Kliniczny *Przemienienia Pańskiego* UM w Poznaniu powstało Stowarzyszenie Bono Serviamus. Rok 2011 był szczególny dla działalności Stowarzyszenia, które aktywnie włączyło się w życie Szpitala, stając się nie tylko współorganizatorem wielu wydarzeń, ale także wspierając rzeczowo jednostki szpitalne.

Od początku

Stowarzyszenie powstało z inicjatywy dr Szczepana Cofty i dyrektora Jana Tala- gi. Początki nie były łatwe. Żmudna, przeciągająca się procedura rejestracyjna, wielość formalnych kwestii rejestracyjnych nie napawała optymizmem. Oficjalna działalność rozpoczyna się w dniu 20 września 2004 r. Wraz z nabywaniem doświadczenia rozwija się zakres działalności Stowarzyszenia, które środki finansowe gromadzi już nie tylko od darczyńców, ale także w ramach prowadzonej działalności gospodarczej. Nieoceniona jest pomoc pani Wandy Frankowskiej, odpowiedzialnej za finanse i księgowość. Dziś Stowarzyszenie realizuje swoją misję także w oparciu o przedsięwzięcia o charakterze biznesowym, z których zysk przeznaczany jest na cele statutowe, wspierające Szpital Kliniczny *Przemienienia Pańskiego* UM w Poznaniu.

Siła w szkoleniach

Szpital Kliniczny *Przemienienia Pańskiego* stanął przed koniecznością przeszkolenia pracowników w zakresie obowiązkowych kursów ochrony radiologicznej pacjenta. Gdyby zdecydowano się na szkolenia zewnętrzne, byłyby to nie tylko spory wydatek, ale także niewykorzystanie wyjątkowego potencjału naukowego Zakładu Radiologii Szpitala Klinicznego *Przemienienia Pańskiego* UM w Poznaniu. Wspólnie z prof. Robertem Juszkatem zarząd stowarzyszenia podejmuje decyzję o rozpoczęciu kluczowego dziś „produktu” Bono Serviamus – kursów ochrony radiologicznej pacjenta. Od początku za organizację kursów odpowiedzialne są panie Sylwia Sikorska-Maj i Patrycja Rakowska. Dzięki organizacji szkoleń, które od 2011 r. dostępne są w formie on-line, możliwe było nie tylko przeszkolenie pracowników Szpitala. Zgromadzone środki umożliwiły realizację wielu przedsięwzięć. Na tym jednak nie poprzestano. Kolejne propozycje edukacyjne to szkolenia w zakresie opieki paliatywnej, które rozpoczęliśmy realizować w 2011 r. oraz planowane szkolenia w obszarze zakażeń szpitalnych. We wszystkich tych przed-

sięwzięciach pracownicy Szpitala Klinicznego *Przemienienia Pańskiego* mogą uczestniczyć bez ponoszenia jakichkolwiek kosztów.

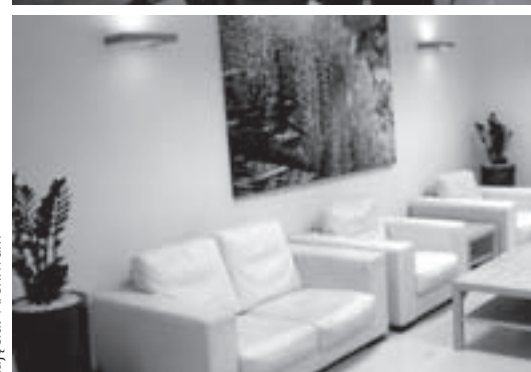
Dobre wydarzenia

Ale działalność Stowarzyszenia to nie tylko szkolenia. W ubiegłych latach byliśmy współinicjatorem takich medycznych wydarzeń edukacyjnych, jak np.: Wielkopolskie Spotkania Endowaskularne.

W 2011 r., po raz kolejny współorganizowano jubileuszowe, X Forum Szpitali Klinicznych. Tradycją jest także zapewnienie środków finansowych i podjęcie trudu organizacji Wieczoru Św. Łukasza, który zgromadził ostatnio blisko 700 osób. Gwiazdą wieczoru był Wojciech Cejrowski i Kwartet Rampa. Stowarzyszenie prowadzi także od początku istnienia działalność wydawniczą w zakresie „Nowin Szpitalnych” oraz kalendarzy. W roku 2011 postanowiliśmy jednak wydać kalendarz nieco skromniejszy, aczkolwiek równie dobrze oddający wyjątkowego ducha Szpitala. Początek roku 2011 to nowy projekt – „Medyczne kolędowanie” – wspólne spotkanie środowiska medycznego i pacjentów z kolędami i pastorałkami w Kościele *Przemienienia Pańskiego*.

Szpitalne inwestycje

12 miesięcy minęło pod znakiem inwestycji wpływających na wizerunek przestrzeni szpitalnych. W obiekcie przy ul. Długiej współfinansowano remont zabytkowego holu oraz zakupiono lampy do klatki schodowej, zaś w nowym obiekcie onkologicznym przy ul. Szamarzewskiego postawiono na stworzenie przyjaznych miejsc dla pacjentów, wyposażając oddziały m.in. w sofy, obrazy oraz szafki kuchenne dla pacjentów. Wspólnie z Polskim Towarzystwem Opieki Paliatywnej sfinansowano także zakup nowego gastrokopu. Rok 2011 obfitował także w wydarzenia specjalne. Wyjątkową uroczystość otwarcia rozbudowanego Szpitala przy ul. Szamarzewskiego współorganizowało Stowarzyszenie Bono Serviamus. Także biała sobota z okazji święta Placu Bernardyńskiego zatytułowana „Szpital Miastu” możliwa była dzięki zaangażowaniu osób



Zdjęcia: Archiwum

związanych z Bono Serviamus. Rok 2011 przyniósł wiele wydarzeń i mimo sporych poniesionych nakładów, zakończył się dodatnim wynikiem finansowym.

Wierzmy, że możliwa będzie dalsza, jeszcze bardziej owocna działalność Stowarzyszenia, do której serdecznie zachęcamy wszystkich przyjaciół Szpitala Klinicznego *Przemienienia Pańskiego*. Bono Serviamus otwarte jest na wszelkie inicjatywy służące wspólnemu dobru.

Dr Rafał Staszewski
Z-ca Dyrektora ds. Administracji



Xience PRIME

Everolimus Eluting
Coronary Stent System

**Safety.
First.**

**Consistently low stent thrombosis rates.
Trial after trial.¹**

XIENCE PRIME is built on XIENCE V DES technology.

1. G. Stone SPIRIT IV 2-year, P. Smits COMPARE 2-year, L. Økkels Jensen SORT-OUT IV 9-month stent thrombosis rates from TCT 2010, RESOLUTE AC 1-year stent thrombosis rate from Serruys, P. W., et al. (2010) NEJM 363(2): 136-14, and S. Windecker LESSON 1 3-year stent thrombosis rate from ESC 2010.

All drawings are artist's representations only and should not be considered as engineering drawings or photographs.

Information contained herein for Europe, Middle East and Africa ONLY. Please check the regulatory status of the device before distribution in areas where CE marking is not the regulation in force.

This product is intended for use by or under the direction of a physician. Prior to use, it is important to read the package insert thoroughly for instructions for use, warnings and potential complications associated with the use of this device.

XIENCE V and XIENCE PRIME are trademarks of the Abbott Group of Companies.

For more information, visit our website at www.XiencePrime.com

© 2012 Abbott Vascular. All rights reserved. 1-EH-2-0702-01 01/2011

 **Abbott
Vascular**

Istota jakości

Każdy z nas tworzy określoną jakość poprzez swoje działania i postawę. Mówiąc o jakości w Szpitalu w pierwszej kolejności musimy wyjść od celu i istoty naszych działań.

Podmiotem naszej pracy jest człowiek i to z reguły dotknięty chorobą lub cierpieniem, a więc nasze działania zawodowe winny skupić się na aspekcie niesienia pomocy, leczenia, wsparcia i dawania pacjentowi poczucia bezpieczeństwa. Aby się to wszystko mogło dziać, scalamy energię naszych działań cząstkowych, uznając istotność każdego z personelu, który spotyka się z naszym pacjentem w tutejszej placówce. Jakość nie jest umiejętnością wyuczoną, ale ciągłym samodoskonaleniem i choć brzmi patetycznie, w rzeczywistości odnosi się do świadomych życzliwych relacji personelu z pacjentem, należytej staranności w wykonywanych czynnościach i zapewnienia satysfakcji zarówno personelowi, jak i pacjentowi z uzyskiwanych rezultatów.

Cele jakościowe wyznaczone na bieżący rok odzwierciedlają nasze starania w drodze do poprawy świadczeń realizowanych w naszym Szpitalu. Dla

przypomnienia przytoczmy główne założenia jakościowe przyjęte przez Dyрекcję, a możliwe do realizowania, tylko poprzez aktywny udział i włączenie się w nie personelu – czyli nas.

Realizując politykę jakości Szpitala, postawiliśmy sobie następujące cele jakości:

1. Dalsze rozwijanie działalności w dziedzinie transplantologii – transplantacja serca i płuc.
2. Zmniejszenie odsetka zakażeń rany operacyjnej u pacjentów po zabiegach.
3. Utrzymanie śmiertelności ogólnej na dotychczasowym niskim poziomie.
4. Wyeliminowanie odleżyn i poparzeń u pacjentów na Oddziale Kardiochirurgii.
5. Kontynuowanie zabiegów naczyniowych wykonywanych na tętnicach odchodzących od łuku aorty (szyjnych, kręgowych i podobojczykowych) oraz na tętnicach nerkowych.
6. Dalsze zastosowania w zabiegach angioplastyki wieńcowej dostępu

zespół jakości

naczyniowego z tętnicy promieniowej tak, aby stanowiły one większość wśród zabiegów Pracowni.

7. Dalsze rozwijanie działalności w dziedzinie zabiegów przezskórnej implantacji zastawek serca.
8. Kontynuowanie i zwiększenie wykonania procedury w Pracowni Hemodynamiki – zamknięcie uszka lewego przedsionka u pacjentów ze zwiększonym ryzykiem udaru i wskazaniami do leczenia przeciwkrzepliwego.
9. Stworzenie możliwości elektronicznego dokumentowania wyników badań w Pracowni Hemodynamiki Serca w systemie Eskulap.
10. Pozyskanie środków na dalszą rozbudowę obiektu przy ul. Szamarzewskiego w zakresie specjalistycznej diagnostyki i leczenia onkologicznego.
11. Pozyskanie środków na rozwój infrastruktury informatycznej Szpitala w zakresie systemu PACS i rozwoju elektronicznej historii chorób.
12. Wdrożenie systemu zapewniania jakości w Banku Komórek Macierzystych i włączenie do systemu Szpitala.

Z dobrych wiadomości to udaje się propagować ideę zgłaszania zdarzeń niepożądanych i zmieniają się wobec nich postawy personelu, rozumiejącego istotę i mechanizm wynikający z takich zgłoszeń. Naczelną zasadą jest zadanie dwóch pytań: dlaczego tak się stało, jaka jest przyczyna? i co możemy zrobić, aby w przyszłości tego uniknąć?

Udało się stworzyć system zapewniania jakości w Banku Komórek Macierzystych, który jest obecnie na etapie wdrażania i mamy nadzieję, że będzie skutecznym gwarantem bezpieczeństwa dla działań związanych z przeszczepami szpiku, realizowanymi w naszym Szpitalu. Realizowane są bieżące audyty wewnętrzne, które również będą podstawą analizy dotyczącej doskonalenia w zakresie dokumentowania procesu hospitalizacji, w tym łączenia obszarów dokumentacji medycznej papierowej z dokumentacją elektroniczną systemu Eskulap.

Jedna z definicji jakości usług medycznych mówi, że to zaspokojenie lub przekroczenie oczekiwań pacjenta, spełnienie standardów i ocena stopnia osiągnięcia (realizacji) założonych celów. Oby się nam udawało w codziennej pracy sprostać tej definicji, czego życzy Zespół ds. Jakości.

Mgr Violetta Matecka
Pełnomocnik ds. Jakości



Fot. Natalia Marciniak



Fot. Monika Dudziak

Violetta Matecka – absolwentka Akademii Medycznej w Poznaniu Wydziału Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu, po drodze studia podyplomowe w Wyższej Szkole Handlu i Usług, na Akademii Ekonomicznej oraz w Wyższej Szkole Nauk Humanistycznych i Dziennikarstwa. Entuzjastka inicjatyw społecznych, autorka wielu projektów współfinansowanych z UE dot. aktywności społecznej i edukacyjnej. Pełni rolę egzaminatora dla jednostek współpracujących z państwowym systemem ratownictwa medycznego w Polsce.

Halina Bogusz – absolwentka Akademii Medycznej w Poznaniu Wydziału Lekarskiego, od 10 lat pracuje w tutejszym Szpitalu i wdrożyła system jakości Szpitala. Związana zawodowo także z Hospicjum Palium. Ukończyła studia podyplomowe w Wyższej Szkole Bankowej w Poznaniu. Od 2 lat pracuje w Katedrze i Zakładzie Historii Nauk Medycznych Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu. Łączy w swej pracy obszary przeszłości i teraźniejszości w usługach medycznych. Autorka wielu publikacji z zakresu jakości i historii medycyny.

Metoda z przyszłością

Nowa metoda denerwacji tętnic nerkowych to nie-zwykła szansa dla grupy pacjentów cierpiących na nadciśnienie tętnicze, oporne na farmakoterapię.

Denerwacja tętnic nerkowych

Zabieg denerwacji tętnic nerkowych polega na wprowadzeniu elektrody do tętnicy nerkowej i wykonaniu przestrzennej ablacji prądem RF nerwów współczulnych, zlokalizowanych w ścianie aorty. Zasadniczą ideą tego zabiegu jest zniszczenie unerwienia układu sympatycznego i uwolnienie nerki z procesu generowania nadciśnienia.

Sam zabieg denerwacji nie jest skomplikowany dla kogoś, kto wykonuje na co dzień angiografię tętnic. Każdy doświadczony kardiolog i radiolog interwencyjny czy chirurg naczyniowy, który w swoim polu zainteresowań ma tętnice mógłby

się go podjąć. Od wielu lat wykonuję w Szpitalu stentowanie tętnic nerkowych, dlatego zwrócono się do mnie z prośbą o wykonywanie zabiegów. Interesuje mnie ten problem, więc chętnie podjąłem wyzwanie.

Podczas zabiegu należy w 4-6 punktach przyłożyć specjalnie skonstruowaną elektrodę do ściany aorty, pod kontrolą napięcia i temperatury. Im więcej tych miejsc, tym większa gwarancja, że zabieg wykonany będzie prawidłowo. Zabieg jest żmudny i trwa ok. 45 minut, przy stałej kontroli procesu krzepnięcia i opiece anestezjologa. Chory podczas zabiegu niestety ma mocne bóle, dlatego wymaga również stałej kontroli podawania środków przeciwbólowych.

Bezpieczeństwo

Powikłania zabiegu denerwacji są niewielkie. W efekcie ablacji prądem RF mogą powstawać dyskretne nisze w ścianie

Nadciśnienie oporne

Z prof. dr hab. Andrzejem Tykarskim, Ordynatorem Oddziału Hipertensjologii i Angiologii o metodzie denerwacji tętnic nerkowych rozmawia Monika Dudziak.

Czym jest nowatorska metoda denerwacji tętnic nerkowych i u jakich pacjentów można ją zastosować?

Denerwacja tętnic nerkowych to nowa metoda leczenia inwazyjnego opornego nadciśnienia tętniczego. Na ogół nadciśnienie tętnicze leczy się za pomocą leków hipotensyjnych i jest to leczenie przewlekłe, na całe życie. Niestety u pewnego odsetka chorych leki nie pozwalają obniżyć ciśnienia do wartości prawidłowych, czyli poniżej 140/90 mmHg. Jeżeli na trzech lekach w pewnych dawkach nie osiągamy kontroli ciśnienia to taką postać nadciśnienia nazywamy nadciśnieniem tętniczym opornym.

To właśnie w tych przypadkach wykorzystujemy nową metodę leczenia inwazyjnego, która obecnie jest jeszcze na etapie eksperymentu klinicznego.

Na czym ona polega i w jaki sposób nerki wpływają na poziom ciśnienia tętniczego?

Metoda polega na wejściu odpowiednim cewnikiem podłączonym do generatora energii do tętnicy nerkowej i „przy-paleniu” czyli ablacji przebiegających wzdłuż tej tętnicy włókien współczulnych.

Nerka jest kluczowym narządem w regulacji ciśnienia krwi. Jednym z mechanizmów jest sprzężenie pomiędzy nerką a mózgiem. Sygnały z nerkowych włókien współczulnych zwiększają aktywność obszarów mózgu odpowiedzialnych za regulację ciśnienia, a stymulacja przez mózg tych włókien biegnących do nerki powoduje skurcz tętnic nerkowych i pod-

wyższenie ciśnienia. Podczas zabiegu denerwacji to sprzężenie zwrotne zostaje przerwane na poziomie tętnicy nerkowej.

Czy można już mówić o skuteczności denerwacji tętnic nerkowych w leczeniu opornego nadciśnienia tętniczego?

Dotychczasowe badania, przede wszystkim amerykańskie, pokazały że denerwacja tętnic nerkowych u mniej więcej połowy pacjentów, cierpiących na oporne nadciśnienie tętnicze znacznie obniżyła ciśnienie tętnicze. Wydaje się, że nie jest to metoda, która pozwoli na całkowite wyleczenie nadciśnienia, a więc odstawienie leków hipotensyjnych. Natomiast istotne jest, że znacznie zwiększamy szansę na to, że pacjent będzie brał mniejszą ilość leków, będą one skuteczne i nadciśnienie nie będzie oporne.

Ile takich zabiegów wykonano już w Polsce?

W naszym ośrodku 5, natomiast na terenie kraju kilkanaście. Te liczby bardzo dynamicznie się zwiększają. Po raz pierwszy w Polsce zebrało się konsorcjum kilku ośrodków, które prowadzą wspólny rejestr denerwacji.

W Poznaniu do wykonywania zabiegów została wybrana I Klinika Kardiologii, natomiast w celu kwalifikacji do zabiegu i dalszej opieki na chorymi Klinika Hipertensjologii i Angiologii. W każdym z miast funkcjonuje takie połączenie pracy kardiologów i hipertensjologów. Staramy się rejestrować czy badanie jest bezpieczne, a więc jak często dochodzi do jakichkolwiek powikłań oraz sprawdzić czy efektywność

naczyniowej, tzw. zbliznowacenia śródbłonna, które po 2-3 miesiącach się wygajają. Nie generuje to także procesu miażdżycowego. Jedynym opisywanym powikłaniem, które grozi 1% pacjentów poddawanych zabiegowi denerwacji jest pęknięcie tętnicy podczas manipulowania elektrodą albo przy zbyt długim jej działaniu miejscowym. Możemy jednak przyjąć, że nowa metoda leczenia opornego nadciśnienia tętniczego jest bezpieczna.

Efekty

Jak po każdym zabiegu pacjent po denerwacji tętnic nerkowych jest obolały i apatyczny z powodu zastosowanych leków znieczulających. Pacjenci jednak są zadowoleni – jedynym ich powodem do zmartwień po zabiegu jest brak diametralnego obniżenia nadciśnienia tętniczego. U połowy pacjentów ciśnienie znacznie się obniża już 2-3 dni po zabiegu; inni muszą czekać kilka tygodni na widoczny efekt. Denerwacja tętnic nerkowych to dla pacjentów z opornym nadciśnieniem tętniczym olbrzymia szansa.

Prof. dr hab. Stefan Grajek
Ordynator Oddziału Kardiologii



Fot. Mirosław Baryga

Od lewej: prof. Andrzej Tykarski i prof. Stefan Grajek

denerwacji tętnic nerkowych będzie w pewnym sensie bilansowała koszty.

Czy metoda denerwacji tętnic nerkowych ma szansę być procedurą powszechną?

Mamy taką nadzieję. Jeżeli wyniki badań światowych i również naszego rejestru pokażą, że metoda jest bezpieczna, u istotnego odsetka pacjentów obniża ciśnienie tętnicze i sprawia, że nadciśnienie przestaje być oporne, to istnieje duża szansa, że wejdzie ona do powszechnego użycia i będzie refundowana przez NFZ.

Czy to jedyna możliwość „walki” z opornym nadciśnieniem?

Istnieje jeszcze druga, rozważana przez hipertensjologów, nowoczesna metoda leczenia skrajnych przypadków

nadciśnienia tętniczego, która polega na wszczepieniu systemu stymulującego baroreceptory w tętnicach szyjnych. Jest to jednak metoda bardziej inwazyjna i na razie wydaje się, że denerwacja ma większą przyszłość.

Kto w naszym Szpitalu odpowiedzialny jest za pacjentów, u których wykonuje się zabieg denerwacji?

Osobą wykonującą zabiegi w naszym Szpitalu jest prof. dr hab. Stefan Grajek, rekrutacją pacjentów zajmuje się dr med. Paweł Łopatka, kierujący Poradnią Nadciśnienia Tętniczego, a na oddziale tymi chorymi zajmuje się i prowadzi rejestr denerwacji dr med. Katarzyna Kostka-Jeziorny.

czy wiesz, że... jedno drzewo produkuje w ciągu roku tyle tlenu, ile człowiek zużywa w ciągu 2 lat życia?



Zasadź swoje drzewo

Inicjatywa Szpitala Klinicznego Przemienienia Pańskiego UM w Poznaniu

Jeśli chcesz wziąć udział w inicjatywie posadzenia ponad 70 drzew na terenie Szpitala przy ul. Szamarzewskiego

wystarczy wpłata na konto stowarzyszenia Bono Serviamus

w wysokości 20, 50, 100 lub 200 złotych z dopiskiem „Drzewo”.

W przelewie prosimy także o podanie imienia i nazwiska bądź nazwy jednostki organizacyjnej.

Stwórzmy prawdziwy park!

Wszystkim darczyńcom już dziś dziękujemy.

W następnym wydaniu „Nowin Szpitalnych” opublikujemy listę Przyjaciół zieleni

oraz zdjęcia z prawdziwego szpitalnego sadzenia drzew!

BONO SERVIANUS Stowarzyszenie Bono Serviamus na rzecz rozwoju Szpitala Klinicznego Przemienienia Pańskiego UM w Poznaniu
Nr konta: 131030 1247 0000 0000 7991 2007 Bank Handlowy w Warszawie o. w Poznaniu KRS: 0000217396

zasadź swoje drzewo

Chcesz uzyskać więcej informacji - napisz: nowiny.szpitalne@skpp.edu.pl

Leczenie krwi

Koncentrat krwinek czerwonych

Podstawową funkcją krwinek czerwonych jest transport tlenu (O_2) z płuc do wszystkich komórek organizmu. Dostarczanie tlenu musi być ciągłe, ponieważ komórki nie mają systemu gromadzenia tlenu na zapas. Brak tlenu prowadzi do śmierci komórek. Płuca umożliwiają przechodzenie tlenu wdychanego z powietrzem z pęcherzyków do naczyń włosowatych oplatających pęcherzyki płucne. Tlen z płuc przenoszony jest z krwią do serca głównie poprzez hemoglobinę zawartą w erytrocytach. Krew z serca rozprowadzana jest tętnicami do tkanek całego organizmu; w tkankach hemoglobina poprzez płyn śródmiąższowy przechodzi do komórek. W mitochondriach komórkowych z hemoglobiny uwalniany jest tlen oraz tlenek azotu (NO). Uwolniony tlenek azotu rozszerza miejscowo naczynia krwionośne, zwiększając przepływ krwi. W warunkach normy w tkankach pozostaje ok. 25 % transportowanego w ten sposób tlenu. Tlen niepobrany przez tkanki wraca z krwią żylną do płuc. W przypadku, gdy zużycie tlenu w tkankach wzrasta do 60-70 %, taki transport nie jest wystarczający i pojawia się niedotlenienie tkanek. Uruchamiając mechanizmy kompensacyjne, organizm przeciwdziała hipoksji.

Kompensacja

Przy nagłej utracie krwi dochodzi do „centralizacji krążenia”, procesu, który zabezpiecza utlenowanie ważnych dla życia narządów. Szpik kostny przyspiesza wytwarzanie krwinek czerwonych. Wątroba zwiększa produkcję białek odpowiedzialnych za utrzymanie ciśnienia koloidoosmotycznego w łożysku naczyniowym. Przesunięcie wody i białek z płynu śródkomórkowego do łożyska naczyniowego powiększa objętość krwi krążącej. Serce przyspiesza swoją

czynność, zwiększając tzw. „rzut serca” (w warunkach prawidłowych serce pompuje ok. 6 litrów krwi w ciągu minuty). Wzrasta zużycie tlenu w tkankach. Kompensacja obniżonej objętości krwi jest możliwa, gdy stężenie hemoglobiny wynosi przynajmniej 6 g/dl (za 100% normy przyjmowane jest 16 g/dl). Hematokryt powinien przekraczać 20% (objętość erytrocytów w warunkach normy może wynosić połowę całkowitej objętości krwi krążącej). Przy stężeniu hemoglobiny poniżej 3g/dl i hematokrycie poniżej 10% występują nieodwracalne zmiany w tkankach i zatrzymanie czynności serca.

Utrata krwi

Leczenie nagłej utraty krwi wymaga równie nagłego działania. Postępowanie początkowe polega na wypełnianiu łożyska naczyniowego płynami (krystaloidy, koloidy). Następnie przetacza się koncentrat krwinek czerwonych (KKCz), świeżo mrożone osocze (FFP- fresh frozen plasma) oraz koncentrat krwinek płytkowych (KPP) w odpowiednich proporcjach. Praktycznie nie stosuje się krwi pełnej.

Do planowanych operacji chirurgicznych rutynowo wcześniej przygotowuje się (dobiera w próbie zgodności) koncentrat krwinek czerwonych. Pomimo trudności w dokładnej ocenie utraty krwi w trakcie operacji, chirurdzy szacunkowo określają liczbę jednostek KKCz potrzebnych do danego zabiegu. Pilne zabiegi na dużych naczyniach są jednak pod tym względem nieprzewidywalne i często wymagają wielkiego zaangażowania osób zarówno na sali operacyjnej, jak i służby krwi.

Niedokrwistość

Typowe objawy przewlekłej niedokrwistości to łatwa męczliwość, duszność wysiłkowa, tachykardia, senność. Prawidłowa średnia wartość hemoglobiny dla kobiet to 8,6 mmol/l,

dla mężczyzn 9,6 mmol/l, odpowiednio 13,8 g/dl i 15,5 g/dl. Umowny próg do rozważenia przetoczenia KKCz stanowi stężenie hemoglobiny poniżej 5,0 mmol/l lub 8 g/dl. Często przy długotrwałym, powolnym spadku stężenia hemoglobiny, jej znacznie niższe wartości są tolerowane zaskakująco dobrze. Należy rzetelnie ocenić stan kliniczny chorego przed podjęciem decyzji o przetoczeniu KKCz (nie leczymy wyników, lecz pacjenta).

Najczęstszą przyczyną niedokrwistości jest niedobór żelaza, manifestujący się w morfologii zmniejszeniem średniej objętości krwinki czerwonej (MCV-mean corpuscular volume). Jeśli obniżenie stężenia żelaza wywołane jest przewlekłym krwawieniem,





Fot. Archiwum

to usunięcie przyczyny krwawienia i uzupełnienie niedoboru tego pierwiastka prowadzi najczęściej do wzrostu stężenia hemoglobiny i nie wymaga przetoczenia KKCz. Natomiast w przebiegu przewlekłych stanów zapalnych lub chorób nowotworowych substytucja żelaza nie jest wskazana i czasem trzeba podnieść stężenie hemoglobiny poprzez przetoczenie 1-2 jednostek KKCz.

U osób starszych dojść może do głębokiej niedokrwistości z niedoboru kwasu foliowego i/lub witaminy B12, manifestujących się w morfologii zwiększeniem MCV. Przyczyny są różnorodne – niewłaściwe odżywianie, alkoholizm, zaburzenia wchłaniania witamin w jelitach, leki. Ustalenie przyczyny niedokrwistości,

substytucja brakującej witaminy wraz z odpowiednim leczeniem daje bardzo dobre efekty, najczęściej bez konieczności podawania KKCz.

Wskazaniem do leczenia krwią u osób starszych jest niedokrwistość w przebiegu zespołów mielodysplastycznych (MDS-mielodysplastic syndrome). Przyczyny MDS związane są z uszkodzeniem komórki macierzystej szpiku kostnego. Bywa, że konieczne jest przetaczanie 2 jednostek KKCz co dwa tygodnie.

Niedokrwistości aplastyczne wywołane są uszkodzeniem szpiku kostnego. Choroby te charakteryzują się bardzo małą ilością komórek krwiotwórczych w szpiku oraz znacznym niedoborem krwinek czerwonych, krwinek białych i płytek we

krwi obwodowej. Przyczyny uszkodzenia szpiku kostnego są czasem nieznanne, jednak często są efektem stosowanych leków oraz promieni jonizujących. Zazwyczaj konieczne jest toczenie KKCz.

Wyjątkowo trudne jest leczenie niedokrwistości autoimmunohemolitycznych. Prawdłowo krwinka czerwona, po przejściu ze szpiku kostnego do krwi obwodowej, żyje około 120 dni. Jeśli dochodzi do jej przyspieszonego rozpadu, z przyczyn wrodzonych lub nabytych, to we krwi ujawnia się niedokrwistość; zwiększa się też liczba niedojrzałych erytrocytów – retikulocytów. Jedną z przyczyn hemolizy jest opłaszczenie erytrocytów przeciwciałami skierowanymi do antygenów obecnych na błonie komórkowej krwinek czerwonych. Zależnie od typu przeciwciał, do zniszczenia krwinki dochodzi albo bezpośrednio w łożysku naczyniowym, albo w śledzionie i wątrobie. Często nie udaje się określić swoistości przeciwciał; najczęściej przeciwciała skierowane przeciwko własnemu erytrocytom reagują z krwinkami dawców badanych w próbie zgodności. Chorzy zazwyczaj dobrze reagują na kortykosteroidy i inne leki tłumiące produkcję przeciwciał. W razie bezwzględnej konieczności przetacza się krwinki czerwone dodatkowo dobierane fenotypowo w układzie Rh i Kell. Czas przeżycia przetoczonych krwinek czerwonych jest skrócony.

Przetaczanie

Stosowanie krwi i jej składników wymaga zawsze namysłu i rozważań. Decydując się na przetaczanie choremu koncentratu krwinek czerwonych mamy obowiązek przedstawić mu wszystkie za i przeciw takiego postępowania. Krew to lek szczególny, biologiczny, mogący wywołać niekorzystną reakcję immunologiczną u biorcy i związane z tym powikłania. Za jej pośrednictwem może dojść do przeniesienia do krążenia biorcy pasożytów, bakterii, wirusów, prionów.

W dokumentacji pacjenta powinna znajdować się pisemna zgoda na leczenie krwią.

Dr Jolanta Nagadowska
Transfuzjonista Szpitala

Szansa dla pacjentów

Fot. Monika Dudziak

Rosnąca liczba chorych z niewydolnością serca, w tym z jej najcięższą postacią, wymusza poszukiwanie nowych metod leczenia i sposobów regeneracji mięśnia sercowego. Jednak po ponad dziesięciu latach badań medycyna regeneracyjna nie spełniła całkowicie pokładanych w niej nadziei, płynących chociażby z badań prowadzonych na zwierzętach. Niemniej zdobyte doświadczenia i wiedza spowodowały zmianę dotychczasowego spojrzenia na mięsień sercowy.

Komórki macierzyste

Uprzednio uważano, że serce ludzkie jest narządem, w którym stała liczba komórek ulega stopniowemu obumieraniu wraz z wiekiem i nie regeneruje się. Obecnie poglądy te ewoluowały: serce jest samoodnawiającym się narządem, w którym zachodzi powolny proces wymiany miocytów pochodzących z puli sercowych komórek macierzystych. Prowadzone w przeszłości badania kliniczne skupiały się na terapii z zastosowaniem komórek macierzy-

stych. Jedne z pierwszych prób oceniały terapię szpikowymi komórkami macierzystymi u chorych z zawałem serca; wówczas podawano je bezpośrednio do tętnicy wieńcowej zaopatrującej strefę zawału (również w I Klinice Kardiologii naszego Szpitala). Jednakże po wstępnym sukcesie badań na modelach zwierzęcych, podanie dowieńcowe przyniosło rozczarowanie. Obserwowano tylko nieznaczny wpływ takiej terapii na poprawę unaczynienia i czynności mięśnia sercowego. Nieco lepsze wyniki przyniosło wstrzyknięcie szpikowych komórek macierzystych bezpośrednio w mięsień serca.

Mioblasty

Obecnie w badaniach klinicznych prowadzonych na całym świecie testowanych jest wiele rodzajów komórek macierzystych (komórki szpikowe, mezenchymalne, pępowinowe, mioblasty, itd.) oraz metod ich podawania. W naszym Szpitalu w marcu br. dokonano po raz pierwszy dosercowego wstrzyknięcia mioblastów do serca. Badanie prowadzone jest przez I Klinikę Kardiologii we współpracy z Zakładem Biologii Rozrodu i Komórek Macierzystych Instytutu Genetyki Człowieka Polskiej

Akademii Nauk w Poznaniu. Projekt badawczy zakłada udział pacjentów z ciężką niewydolnością serca, dla których wyczerpano dostępne obecnie opcje leczenia i/lub zakwalifikowanych do przeszczepu serca. Zespół naukowców pod kierunkiem prof. Macieja Kurpisza z PAN przygotował komórki pobrane wcześniej z uda pacjenta. Komórki poddano specjalnej modyfikacji genetycznej, mającej na celu zmniejszenie ryzyka pozabiegowych zaburzeń rytmu serca i utrzymanie komórek w miejscu ich wstrzyknięcia. Mioblasty zostały następnie wszczepione do uszkodzonego zawałem serca pacjenta przez dr Adriana Gwizdałę z Pracowni Elektrofizjologii Serca I Kliniki Kardiologii. Podczas procedury wykorzystano system NOGA, który służy do przestrzennej wizualizacji jam serca, umożliwia identyfikację uszkodzonych obszarów i następnie celowane wstrzyknięcie komórek macierzystych w starannie wybrane miejsca. W kwietniu pobrano materiał komórkowy od kolejnych pacjentów.

Dr med. Adrian Gwizdała
Pracownia Elektrofizjologii Serca



Fot. Witold Brelński

Repetytorium Pulmonologiczne

W dniach 9 i 10 marca 2012 r. Centrum Kongresowo-Dydaktyczne UM zgromadziło ponad 250 lekarzy na Ogólnopolskim Repetytorium Pulmonologicznym. Symposium naukowe objęte honorowym patronatem JM Rektora Uniwersytetu Medycznego – prof. dr hab. med. Jacka Wysockiego – zostało już po raz dwięty zorganizowane przez Katedrę i Klinikę Pulmonologii, Alergologii i Onkologii Pulmonologicznej oraz Stowarzyszenie Wspierania Pulmonologii Poznańskiej. Opiekunem medialnym było wydawnictwo medyczne Termedia.

Prof. dr hab. med. Halina Batura-Gabryel i prof. dr hab. med. Witold Młynarczyk – kierownicy naukowcy symposiumu – spotkali się ze swoimi gośćmi na 11 sesjach naukowych, podczas których wysłuchali wykładów dotyczących schorzeń układu oddechowego, ich diagnostyki i leczenia.

Tym razem tematem głównym konferencji były zakażenia oddechowe. Uczestnicy Repetytorium dyskutowali m.in. o problemach diagnostycznych i infekcjach w zaburzeniach odporności; przyglądali się ciekawym obrazom klinicznym, gruźlicy płuc oraz nowoczesnym metodom leczniczym w pulmo-

logii. Podczas omawiania współczesnej diagnostyki wspomniano m.in. o oscylo-metrii w badaniu czynnościowym płuc, implantacji zastawek oskrzelowych i próbach prowokacyjnych w astmie.

Kolejne sobotnie sesje dotyczyły „sierocych” chorób płuc, chorób opłucnej, a także terapii astmy. Mówiono o zmianach w leczeniu POChP – najnowszej diagnostyce, wynikach ostatnich badań klinicznych oraz opcjach terapeutycznych związanych z tym schorzeniem.

Podjęto również temat współczesnego leczenia raka płuca i obturacyjnego bezdechu śródseńskiego. Uczestnicy wykładów mieli także szansę zapoznać się z programem przeszczepów płuc w Zabrze.

Oprócz sesji naukowych organizatorzy zaproponowali gościom część artystyczną. W piątkowy wieczór prelegenci oraz uczestnicy symposiumu zostali zaproszeni na koncert zespołu jazzowego, którego występ przyjęto z prawdziwym entuzjazmem. 9 Repetytorium Pulmonologiczne zakończyło się późnym popołudniem w sobotę.

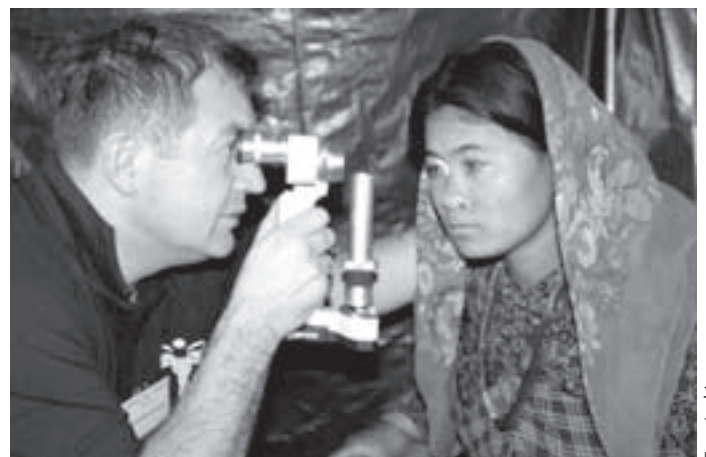
Już za rok kolejna edycja konferencji, na którą organizatorzy serdecznie zapraszają wszystkich zainteresowanych problematyką pulmonologiczną.

Mgr Agnieszka Jeleń
Oddział Pulmonologii, Alergologii
i Onkologii Pulmonologicznej

Misja medyczna – Projekt Trzecie Oko

Poznańska inicjatywa Projekt Trzecie Oko (laureata nagrody Traveler 2010 w kategorii Społeczna Inicjatywa Roku 2010, przyznanej przez National Geographic Polska) to odpowiedź na wysokie zapotrzebowanie na opiekę okulistyczną w krajach rozwijających się. Dociera do odległych terenów świata, oferując pomoc w postaci *eye camp*, gdzie okuliści przywracają wzrok pacjentom dotkniętym zaćmą – główną przyczyną utraty wzroku.

Uczestnikami multinarodowej misji medycznej byli m.in. dr Rafał Nowak i dr Piotr Kleina-Schmidt. Zespół w dniach 24.11.2011-7.12.2011 założył w Azji Eye Camp Baku-lia (Indie) & Eye Camp Trishuli (Nepal). Udzielono pomocy medycznej pacjentom z chorobami oczu oraz dolegliwościami natury ogólnej w liczbie ok. 1700. Patronat nad wyprawą sprawował National Geographic Polska i Wielkopolska Izba Lekarska. Koszty podróży i pobytu na miejscu lekarze pokrywali sami. Ubezpieczenie medyczne, ubezpieczenie sprzętu, materiały reklamowe i inne drobne wydatki sfinansowano dzięki pomocy sponsorów (Lions Club Poznań Rotunda, firma Drukmedia) oraz pieniędzy przekazanych z 1% podatku



Fot. Archiwum

(nr KRS organizacji pożytku publicznego dla Lions Clubu Poznań Rotunda: 0000315673 prosimy o naznaczenie, że darowizna jest dla Projektu Trzecie Oko).

Opracowali:
dr Piotr Kleina-Schmidt, mgr Natalia Marciniak

Więcej informacji o projekcie na stronie: www.sight4all.org



Konferencja naukowo-szkoleniowa zgromadziła wielu słuchaczy



Pani Agnieszka Różańska, aktorka Teatru Nowego podczas występu



Wykład dr Marii Zozulińskiej podczas konferencji naukowo-szkoleniowej



Otwarcie uroczystej gali przez Prezes Elżbietę Puacz

Konferencja z galą

Uroczyste obchody otworzyła zorganizowana 20 kwietnia br. przez Zarząd Oddziału PTDL w Poznaniu konferencja naukowo-szkoleniowa „Trendy laboratoryjno-kliniczne w zaburzeniach układu hemostazy”.

Wieczorem w Wadze Miejskiej w Poznaniu rozpoczęła się Gala, na której Prezes KRDL Elżbieta Puacz przedstawiła historię powstania samorządu zawodowego, podkreślając znaczący udział środowiska wielkopolskiego w tworzeniu struktur samorządowych. Następnie wręczyła diagnostom laboratoryjnym z województw: wielkopolskiego, lubuskiego i zachodniopomorskiego nagrody.

Na szczególną uwagę zasługuje wystąpienie prof. Grzegorza Oszkinisa – Prorektora ds. Klinicznych i Szkolenia Podyplomowego UM w Poznaniu, który zwrócił uwagę na potrzebę współpracy pomiędzy zespołami lekarzy i diagnostów laboratoryjnych. Natomiast Teresa Kuczkowska – Przewodnicząca Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Poznaniu podkreśliła konieczność zwiększenia współpracy medycznych samorządów zawodowych. Uroczystość uświetnili aktorzy z Teatru Nowego w Poznaniu: Agnieszka Różańska i Andrzej Lajborek.

Zdjęcia: Jolanta Dróżdż



Uczestnicy gali w Wadze Miejskiej

X-lecie Samorządu Zawodowego Diagnostów Laboratoryjnych i I Ogólnopolski Dzień Diagnosty Laboratoryjnego w Poznaniu 20-21 kwietnia 2012 r.



Dr Jolanta Nagadowska podczas udzielania porad w kąciku diagnostycznym

Happening

Kolejnego dnia w Galerii Handlowej M1 odbył się happening dla mieszkańców miasta, połączony z wystawą przygotowaną przez Krajową Izbę Diagnostów Laboratoryjnych. Poznaniacy mogli się dowiedzieć więcej o zawodzie diagnosty laboratoryjnego oraz znaczeniu diagnostyki. Przez cały czas trwania happeningu i wystawy czynne były punkty konsultacyjne, przy których dyżurowali specjaliści różnych dziedzin. Dla mieszkańców Poznania przygotowano talony na bezpłatne badania laboratoryjne. Ich realizacja będzie możliwa przez najbliższy miesiąc także w laboratoriach Szpitala Klinicznego Przemienienia Pańskiego Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu. Nie byłoby możliwe wykonanie bezpłatnych badań laboratoryjnych dla mieszkańców regionu bez zaangażowania firm diagnostycznych. W obchodach poznańskich sprzęt i odczynniki na ten cel zaoferowały następujące firmy: Ortho Clinical Diagnostics, Sarstedt, Roche i Sysmex.

Podobne akcje mają służyć budowaniu szerokiej społecznej świadomości o znaczeniu zawodu diagnosty laboratoryjnego Patronat honorowy nad uroczystościami w Poznaniu objęli:

- Piotr Florek, *Wojewoda Wielkopolski*
- J.M. prof. dr hab. Jacek Wysocki, *Rektor Uniwersytetu Medycznego im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu*
- Marek Woźniak, *Marszałek Województwa Wielkopolskiego*
- Ryszard Grobelny, *Prezydent Miasta Poznania*

Dr Bogusław Grabowski
Wiceprezes Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych
Rewident Zakładowy

laboratoryjna

Happening w centrum handlowym M1



Wystawa dotycząca X-lecia Samorządu Zawodowego Diagnostów Laboratoryjnych



Studenci medycyny laboratoryjnej podczas happeningu



Kącik genetyczny przyciągał wielu zainteresowanych



Prezes KRDL wśród mieszkańców naszego miasta



Fot. Jolanta Drózd

Prezes Elżbieta Puacz z Wiceprezesem Bogusławem Grabowskim

Z Elżbietą Puacz, Prezes Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych, o diagnostyce laboratoryjnej rozmawia Monika Dudziak.

Za nami obchody 10-lecia Samorządu Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych – co przez ten czas udało się osiągnąć?

Analitik, laborant, „inny pracownik medyczny” – tak było jeszcze przed 1989 rokiem. Oficjalnego zapisu o zawodzie diagnosty laboratoryjnego na próżno było szukać. Nie była to korzystna sytuacja dla środowiska diagnostów. Wykonujący zawód medyczny to nie tylko lekarz, farmaceuta czy pielęgniarka, ale też osoba, która pozostaje w relacji z pacjentem. To ktoś, kto wykonuje czynności, które służą zbadaniu i podtrzymaniu zdrowia oraz które są niezbędne do dobrego funkcjonowania procesu profilaktyki, diagnostyki i terapii.

Sytuacja uległa zmianie na fali przemian demokratycznych w Polsce. To w tym czasie zrodziła się potrzeba utworzenia własnej izby samorządowej. Na mocy nowej ustawy o diagnostyce laboratoryjnej z dnia 27 lipca 2001 roku powstał zapis o zawodzie „diagnosty laboratoryjnego”. Dzięki temu pojawiła się możliwość ukazania roli, jaką powinna pełnić szeroko pojęta diagnostyka laboratoryjna w ówczesnym i obecnym systemie ochrony zdrowia.

Najważniejsze z odniesionych sukcesów...

Udało się stworzyć przede wszystkim zasady i warunki wykonywania zawodu diagnosty laboratoryjnego, wykonywania czynności diagnostyki laboratoryjnej w medycznym laboratorium diagnostycznym oraz działania samorządu diagnostów laboratoryjnych, działu ewidencji diagnostów laboratoryjnych, medycznych laboratoriów diagnostycz-

Wiele zadań przed nami

nych, zespołu Wizytatorów, zespołu Rzecznika Dyscyplinarnego i Sądów Dyscyplinarnych.

Istnieje rejestr diagnostów laboratoryjnych, których w Polsce jest ok. 14 tys., Wzór Prawa Wykonywania Zawodu Diagnosty Laboratoryjnego oraz ewidencja medycznych laboratoriów diagnostycznych, wykonujących świadczenia w 13 dziedzinach diagnostyki laboratoryjnej. Posiadamy w Warszawie siedzibę biura KIDL, która jest również miejscem szkoleń; wydajemy co kwartał gazetę „Diagnosta Laboratoryjny”, która kolportowana jest do wszystkich diagnostów oraz bibliotek Uniwersytetu Medycznego w Polsce.

Mamy się czym pochwalić, ale wiele zadań jeszcze przed nami.

Jak z perspektywy pierwszego roku pracy obecnej kadencji Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych ocenia Pani jej działania?

III kadencja KRDL rozpoczęła działania konieczne dla wzmocnienia statusu zawodu diagnosty laboratoryjnego oraz polepszenia pozycji diagnostyki laboratoryjnej w organizacji ochrony zdrowia. Jednym z nich jest włączenie opisu zawodu diagnosty laboratoryjnego do Dyrektywy Unijnej 2005/36/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 07.09.2005 r. w sprawie kwalifikacji zawodowych. Drugim z zainicjowanych działań jest nowelizacja rozporządzenia w sprawie specjalizacji i uzyskiwania tytułu specjalisty przez diagnostów laboratoryjnych. Proces nowelizacji naszego rozporządzenia wprowadzi zmiany w sposobie zdawania egzaminu specjalizacyjnego z trzystopniowego na dwustopniowy, czyli skrócenie egzaminu do dwóch części: teoretycznej (przeprowadzanej w formie testu lub egzaminu ustnego) oraz praktycznej. Pozwoli to na zmniejszenie wysokości opłaty egzaminacyjnej, przy zachowaniu dotychczasowego poziomu weryfikacji wiedzy zdających. Inną ważną zmianą jest zniesienie limitu 36 miesięcy przeznaczonych na złożenie egzaminu po ukończeniu programu specjalizacji, wzrasta także rola i uprawnienia kierownika specjalizacji. Rozporządzenie przeszło cały tryb legislacyjny i czeka na podpis Pana Ministra.

Przedmiotem naszych działań stała się też ocena jakości badań wykonywanych z zakresu genetyki medycznej. Wielkim zmartwieniem onkologów, patomorfologów, genetyków, a także producentów leków onkologicznych jest słaba jakość świadczonych usług diagnostycznych w wielu laboratoriach wykonujących czynności diagnostyki molekularnej i genetycznej. Skutkuje to wieloma bardzo groźnymi konsekwencjami dla pacjenta. Aby zapobiegać takim zjawiskom, za aprobatą Ministra Zdrowia powstała „Grupa Robocza ds. powołania Centralnego Ośrodka ds. Jakości w Medycznej Diagnostyce Genetycznej”. Ministerstwo

Zdrowia zadeklarowało powołanie do życia na mocy rozporządzenia wyżej wymieniony ośrodek. Uzyskanie przez laboratorium certyfikatu jakości świadczonych usług diagnostycznych z zakresu diagnostyki genetycznej wydane przez ten ośrodek umożliwi wykonywanie badań genetycznych. Kolejnym problemem dla diagnostów było, nierozróżnianie przez NFZ badań molekularnych wykonywanych przy: diagnostyce chorób nowotworowych, badań genetycznych człowieka i diagnostyki chorób infekcyjnych. Odpowiedzią na ten problem będzie nowelizacja rozporządzenia o świadczeniach gwarantowanych, w których pracach weźmie udział KIDL. Na sercu leżą nam też działania związane z promocją zawodu diagnosty laboratoryjnego.

W ostatnim roku udało się zorganizować wiele niebagatelnym wydarzeń promocyjnych.

Kapituła Nagrody Zaufania przyznała KIDL statuetkę Złoty OTIS za akcję „Uwaga nerki!”, w której – na prośbę samorządu diagnostów wzięły medyczne laboratoria, wykonując badania eGFR. Wielka gala wręczenia statuetek zgromadziła wiele mediów ogólnopolskich. Podczas gali wręczenia statuetki Złoty OTIS promowana była nasza nowa ogólnopolska akcja społeczna „Nie mam HCV!”. W 35 laboratoriach różnych miast Polski diagności laboratoryjni przez cały tydzień od 9 do 13 maja 2011 r. społecznie wykonali blisko 4000 badań w kierunku zakażenia HCV. Wyniki z tej akcji pokazały, jak ważne w diagnostyce zakażeń są badania laboratoryjne i że konieczne są badania potwierdzające.

Miłym akcentem naszej akcji było znaczące zainteresowanie mediów. Cieszy także postawa Polaków, którzy tłumnie przybyli do przedstawionych na liście laboratoriów. W 90 procentach laboratoriów ofiarowane odczynniki na akcję „Nie mam HCV!” wyczerpały się już pierwszego dnia akcji. Naszą akcję rozpowszechniały media ogólnopolskie i lokalne.

W celu promocji naszego zawodu w tym roku inaugurujemy coroczne obchody Ogólnopolskiego Dnia Diagnosty Laboratoryjnego. W dniu 27 maja 1961 roku o 3:00 nad ranem Heinrich J. Matthaei i Marshall Warren Nirenberg odkryli tajemnicę kodu genetycznego, a tym samym tajemnicę życia na Ziemi. Odkrycie ich dało podwaliny pod wszelkie późniejsze dokonania z dziedziny genetyki i biotechnologii. Stąd dzień 27 maja został obrany okresem corocznych obchodów Dnia Diagnosty Laboratoryjnego.

Podczas obchodów dnia diagnosty w każdym mieście będzie prezentowana wystawa ukazująca informacje o zawodzie diagnosty laboratoryjnego oraz znaczeniu diagnostyki laboratoryjnej w diagnozie i terapii wybranych chorób. Podczas Dnia Diagnosty Laboratoryjnego mieszkańcy miast będą mieli możliwość otrzymania zaproszeń na bezpłatne badania laboratoryjne.

Jakie zadania stoją przed Krajową Radą Diagnostów Laboratoryjnych? Perspektywy na przyszłość.

W chwili obecnej podejmowane są działania legislacyjne, do których należą: udział KIDL w pracach nad ustawą o zdrowiu publicznym, udział KIDL w realizacji Narodowego Programu Zdrowia Publicznego, prace nad wejściem w życie rozporządzenia, które wprowadza przy rejestracji MLD konieczność pozytywnej opinii KIDL i Wojewódzkiego Konsultanta, działania kończące prace nad rozporządzeniem w sprawie technologicznego opisu medycznych procedur diagnostycznych, rozmowy w sprawie poprawienia zdawalności egzaminów specjalizacyjnych w dziedzinach diagnostyki laboratoryjnej, pilotowanie utworzenia w Komisji Europejskiej platformy kwalifikacji zawodu diagnosty laboratoryjnego we wszystkich państwach członkowskich Unii Europejskiej, a także prace nad oceną i unormowaniem obciążenia pracą diagnosty laboratoryjnego.

Wizja Prezesa dotycząca funkcjonowania i kształtu Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych.



Elżbieta Paucz, Prezes Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych

Fot. Archiwum

Brakuje nam rąk do pracy, której jest coraz więcej. Mam jednak wspaniałych członków Prezydium oraz aktywnych diagnostów, którym leży na sercu dobro diagnostyki laboratoryjnej. W tym miejscu muszę wspomnieć o wiceprezesach dr Bogusławie Grabowskim i dr Rolandzie Rólkowskim, którzy są dla mnie wielkim wsparciem i bardzo aktywnie pracują całkowicie społecznie we wszystkich pracach samorządu.

Pod koniec kwietnia w Państwa mieście obchodziliśmy Pierwszy Ogólnopolski Dzień Diagnosty Laboratoryjnego połączony wraz z 10-leciem Krajowej Izby Diagnostów Laboratoryjnych. Ten czas był okazją do bliższego poznania fascynującego świata diagnostyki laboratoryjnej, a także wykonania bezpłatnie podstawowych badań laboratoryjnych.

Zawodowo

Zawód diagnosty laboratoryjnego jest jednym z medycznych zawodów zaufania publicznego, obok lekarza, farmaceuty i pielęgniarki, czynnie uczestniczącym w procesie diagnostyczno-lecznym. Ten stosunkowo „młody” zawód pojawił się we wszystkich krajach UE w odpowiedzi na postęp metod analityczno-pomiarowych, a wywodzi się z dziedziny lekarskiej, jaką jest diagnostyka/medycyna laboratoryjna.

W Polsce zawód diagnosty laboratoryjnego wykonuje ok. 14 tys. osób będących specjalistami

w trzynastu dziedzinach medycznej diagnostyki laboratoryjnej. Aktualnie istnieje ok. 2700 medycznych labora-

toriów diagnostycznych o różnych profilach. Medyczna diagnostyka laboratoryjna to jedno z najważniejszych i najbardziej obiektywnych źródeł, opisujących stan zdrowia pacjenta. Wyniki badań diagnostycznych dostarczają aż 70-90% informacji o stanie zdrowia pacjenta. Ten ważny obszar usług medycznych często ukazuje pierwsze dowody istnienia choroby lub powikłań leczenia. Ponadto jest niezbędny do postawienia trafnej diagnozy, wyboru właściwej terapii i oceny efektów leczenia, a także jest jednym z podstawowych narzędzi profilaktyki zdrowotnej.

Redakcja



Mgr Anna Mól i dr hab. Maria Kozłowska-Skrzypczak wśród odznaczonych „Zasłużony Diagnosta Laboratoryjny”



Prezes KRDL Elżbieta Puacz wręcza odznaczenie dr Marii Zozulińskiej
Zdjęcia: Jolanta Drózd

Konferencja Naukowo-Szkoleniowa

Medyczne laboratorium diagnostyczne

W ramach Międzynarodowego Salonu Medycznego Salmed, w dniach 14-15 marca 2012 r. odbyła się Konferencja Naukowo-Szkoleniowa SALMED – LABORATORIUM 2012. Wiodącym tematem konferencji było „Medyczne laboratorium diagnostyczne w systemie opieki zdrowotnej – stan aktualny i perspektywy rozwoju”. Patronat honorowy nad konferencją objął JM Rektor Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego

w Poznaniu prof. dr hab. med. Jacek Wysocki.

Organizatorzy

Już po raz szósty konferencja została zorganizowana dla diagnostów laboratoryjnych przez Katedrę i Zakład Diagnostyki Laboratoryjnej przy współudziale Zarządu Oddziału Polskiego Towarzystwa Diagnostyki Laboratoryjnej w Poznaniu, Kolegium Medycyny Laboratoryjnej w Polsce oraz

Międzynarodowych Targów Poznańskich. Gospodarzem Konferencji i jednocześnie Przewodniczącym Komitetu Naukowego i Organizacyjnego był prof. dr hab. n. med. Zygmunt Kopczyński.

Inauguracja

W pierwszym dniu konferencji podczas sesji „Zarządzanie medycznym laboratorium diagnostycznym” wykład inauguracyjny wygłosił prof. dr hab. n. med. Jan Kanty Kulpa, przedstawiając aktualne zagadnienia dotyczące obecnego stanu i perspektyw rozwoju medycznych laboratoriów diagnostycznych w Polsce. Ciekawą prezentację przygotował także dr n. farm. Jerzy Hennig, który omówił zasady akredytacji laboratoriów w świetle ustawy o akredytacji w ochronie zdrowia. Duże zainteresowanie wzbu-

Bezpieczeństwo

W ostatnim czasie Dział Administracji przeprowadził weryfikację zabezpieczenia obiektów Szpitala.

Analiza została przeprowadzona w związku z incydem przestąpienia na teren Szpitala osoby nieupoważnionej. W konsekwencji wprowadzono dodatkowe zabezpieczenia – m. in. wzmożono kontrolę poprzez zamknięcie wejść na teren szpitalnych budynków.

Portierzy w obiekcie przy ul. Długiej w celu prawidłowego zabezpieczenia Szpitala przed wejściem osób nieuprawnionych zobowiązani są do zamykania wszystkich wejść o godz. 21:50. Natomiast przy ul. Szamarzewskiego dwa wejścia boczne zamykane są o godz. 16:00, kolejne dwa o godzinie 18:00; wejście główne do budynku Szpitala zamykane jest o godzinie 22:00. Na os. Rusa w Hospicjum Pałium wejścia dodatkowe są zabezpieczane o godz. 17:00, a wejście główne o godz. 22:00.

Jednocześnie dla przypomnienia informujemy, iż osoby odwiedzające pacjentów mają możliwość wejścia do

Szpitala w godzinach 11:00-19:00. Po godzinach odwiedzin portier zobowiązany jest skontaktować się z pielęgniarką lub lekarzem na danym oddziale w celu uzyskania zgody na wejście.

Należy pamiętać, że w wyznaczonych godzinach odwiedzin oraz w godzinach pracy Poradni Specjalistycznych, najłatwiej jest przedostać się na teren Szpitala osobom nieupoważnionym. Dlatego należy w tym czasie zwrócić szczególną uwagę i wykazać dbałość o właściwe zabezpieczanie i ograniczenia dostępu do pomieszczeń w poszczególnych jednostkach organizacyjnych, podległych Kierownikom, Ordynatorom i Pielęgniarkom Oddziałowym.

*Arkadiusz Stasiak
Beata Sypniewska
Dział Administracji*

dził wykład prof. dr hab. n. med. Zygmunta Kopczyńskiego, który zapoznał uczestników konferencji z założeniami Programu oceny wdrożenia obligatoryjnych standardów jakości w medycznych laboratoriach diagnostycznych w Wielkopolsce.

Rola laboratorium

W drugim dniu konferencji podczas sesji poświęconej roli medycznego laboratorium diagnostycznego w opiece kardiologicznej nad pacjentem dr hab. n. med. Tomasz Zdrojewski omówił przydatność badań laboratoryjnych w ocenie czynników ryzyka powstawania chorób sercowo-naczyniowych. Interesujące było też wystąpienie dr hab. n. med. Wiesława Bryła, który przedstawił uczestnikom konferencji aktualne dane dotyczące częstości występowania nadciśnienia tętniczego w populacji

polskiej oraz główne czynniki ryzyka rozwoju tej choroby. Sesję w drugim dniu konferencji zakończył znakomitą wykładem prof. dr hab. n. med. Marek Jemielity, który podkreślił wartość współpracy oddziału kardiologicznego z medycznym laboratorium diagnostycznym dla prawidłowego przeprowadzenia zabiegu transplantacji serca.

Zgodnie z tradycją

Konferencję zakończyła dyskusja, w której można było dostrzec troskę o dalszy rozwój diagnostyki laboratoryjnej w Polsce. Diagnostyki laboratoryjnej wyrazili nadzieję, że zgodnie z tradycją, za dwa lata znowu będą mieli możliwość spotkania się na kolejnej już VII Konferencji Naukowo-Szkoleniowej SALMED-LABORATORIUM.

*Anna Thielemann
Dział Diagnostyki Laboratoryjnej*

Z kroniki Apteki Szpitalnej

Sejf

Pechowy dzień – 27 czerwca 1996 roku – apteka rozpoczyna dzień, jak co dzień. Leki odurzające zamknięte w służącym od 1939 roku, prawdopodobnie sprowadzonym jeszcze przez Zgromadzenie Sióstr Miłosierdzia św. Wincentego a'Paulo, sejfie są potrzebne chorym, ale jedyny klucz niespodziewanie zaginął. Kierownik Apteki dr n. farm. Hanna Jankowiak-Gracz, po wykonaniu kilkunastu telefonów kontaktuje się z Bankiem PKO. Pracownicy banku kierują Panią Doktor do fachowca zajmującego się sejfami.



Fot. Natalia Marciniak

„Kasiarz” – barczysty, rubaszny Pan po herbatce „z prądem” – rozumiejąc powagę sytuacji podczas wizyty w aptece w jeden dzień nie tylko wypruł zamek, ale także zabezpieczył sejf. Założył nowy zamek, przekazał do niego pęk kluczy i od tego dnia co rok dzwoni do Pani Doktor Hanny Jankowiak-Gracz z propozycją konserwacji zamka.

To nie jedyny sejf w naszym Szpitalu, ale to już inna historia...

*Opracowała:
Mgr Natalia Marciniak*

Laureaci



Dr hab. Maria Kozłowska-Skrzypczak

Nagrody, dyplomy i odznaczenia przyznane przez Komisję Nagród i Odznaczeń Krajowej Izby Diagnostów Laboratoryjnych zostały wręczone przez Prezes Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych Elżbietę Puacz podczas uroczystej Gali w Wadze Miejskiej w Poznaniu.

Odnaczenie „Zasłużony Diagnosta Laboratoryjny” otrzymały:

- Dr hab. Maria Kozłowska-Skrzypczak
- Dr Maria Zozulińska
- Mgr Anna Mól

Nagrodę – dyplom „Wyróżniające się medyczne laboratorium diagnostyczne” przyznano:

- Laboratorium Mikrobiologii

Dyplom za wzorową pracę otrzymał:

- Mgr Andrzej Śliwowski

Pani Prezes przyznała również *Dyplom za dotychczasową pracę na rzecz podnoszenia prestiżu i znaczenia zawodu diagnosty laboratoryjnego* prof. dr hab. Zygmuntowi Kopczyńskiemu.



Dr Maria Zozulińska



Mgr Anna Mól z zespołem



Prof. dr hab. Zygmunt Kopczyński

Restauracja "Na Skarpie"

ul. Wroniecka 29
64-520 Oleszyce
kontakt: 61 29 13 876 lub 501 212 400



www.restauracjanaskarpie.pl

Zapraszamy do naszej restauracji, malowniczo położonej w Puszczy Nadnoteckiej.

Organizujemy wesela, komunie i inne imprezy okolicznościowe. W sezonie letnim zapraszamy do korzystania z tarasu, z którego można podziwiać uroki naszego miasteczka.

Restauracja posiada 200 miejsc siedzących i miejsce dla 120 osób tańczących.



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

Wydawca:
Szpital Kliniczny *Przemienienia Pańskiego*
Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, Stowarzyszenie *Bono Serviamus*, Wydawnictwo Kontekst

Dział Marketingu i Reklamy:
Patrycja Rakowska, patrycja.rakowska@skpp.edu.pl
Daria Szaj, daria.szaj@skpp.edu.pl
tel. 61 854 91 90

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

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

Zespół redakcyjny:
Halina Bogusz, Szczepan Cofta, Monika Dudziak
(redaktor prowadzący), Rafał Staszewski, Natalia Marciniak (sekretarz)