

ISSN 1643-0980

nowiny szpitalne



SZPITALE: UL. DŁUGA 1/2 • UL. ŁĄKOWA 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 1 (55)
Rok XI

PAŹDZIERNIK 2010 – STYCZEŃ 2011





Szpitalne kalendarium

- W dniach 5 października, 30 listopada oraz 11 stycznia odbyły się kolejne spotkania zespołów ds. list oczekujących i dokumentacji medycznych, podczas których dokonano analizy monitorowania list oczekujących za minione miesiące.
- 7 października odbyło się spotkanie Komitetu Terapeutycznego, na którym oprócz omówienia nowych wniosków na wyroby medyczne i leki, przedstawiono również analizę zużycia antybiotyków – wystąpienie dr n. med. Tomasza Ozorowskiego.
- 11 października, Kierownicy klinik i działów administracyjnych zebrali się na spotkaniu Rady Medycznej. Podczas spotkania poruszono głównie kwestię harmonogramu prac inwestycyjnych prowadzonych w obiektach szpitalnych oraz omówiono wykonania kontraktów oraz plany na rok przyszły. Comiesięcznym zwyczajem Kierownicy mieli również możliwość podzielenia się bieżącymi informacjami dotyczącymi swoich jednostek.
- Od października do końca 2010 roku Dyrekcja Szpitala uczestniczyła w kilkunastu spotkaniach z Zarządem Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia. Przedmiotem rozmów były negocjacje

Na początek

Styczeniowe wydanie *Nowin Szpitalnych* mocno osadzone jest w ważnych wydarzeniach ubiegłego roku. Spośród jego znaczących momentów w sposób wyraźny wybijają się doroczna konferencja IX Forum Szpitali Klinicznych oraz *Wieczór Św. Łukasza*, podczas którego wręczane są szpitalne wyróżnienia *Bono Servienti*. Udało nam się porozmawiać z Dyrektorem Elżbietą Dybowską, jednym z tegorocznych laureatów, pierwszą osobą w historii odznaczenia, niezwiązaną ściśle z naszym Szpitalem, uhonorowaną za działania na rzecz mieszkańców Poznania.

Sporo miejsca w bieżącym numerze zajął temat dotyczący dydaktyki. Interesujący dyskurs wypływa z rozpoczynającego tematyczny blok wywiadu z prof. Grzegorzem Oszkinisem, Prorektorem ds. Klinicznych i Szkolenia Podyplomowego. O tym jak dydaktyka wygląda, a jak wyglądać powinna opowiadają dr Aleksandra Kotlińska-Lemieszek, ceniony przez studentów nauczyciel oraz dr Paweł Uruski, stawiający pierwsze acz rozważne kroki w stawianiu się prawdziwym i dobrym dydaktykiem.

Szczególnie polecam wyjątkowy wywiad z dr Wandą Błęską i doc. Małgorzatą Pydą, z którego płynie głęboka refleksja dotycząca lekarskiego powołania i służby drugiemu człowiekowi.

Monika Dziamska
Redaktor prowadzący
nowiny.szpitalne@skpp.edu.pl

dotyczące zapłaty za ponadlimitowe świadczenia wykonane w latach ubiegłych oraz ustalenia wartości kontraktów na rok 2011.

- Na zebraniu Zespołu ds. Badań Klinicznych w dniu 13 października poddano ocenie zgłoszone do Szpitala badania kliniczne oraz omówiono bieżące sprawy związane z prowadzeniem badań w Szpitalu.

- Dla prof. Mieczysława Komarnickiego i Zespołu Kliniki Hematologii dni 14-15 października były czasem świętowania jubileuszu 1000 przeszczepów i 20 lat doświadczeń w transplantacji komórek krwiotwórczych. Te wymowne rocznice stały się przyczyną do zorganizowania w tych dniach konferencji, której tematem przewodnim były zagadnienia związane z transplantacjami komórek krwiotwórczych.

- 21 października odbyła się kolejna XI Sesja Naukowo-Szkoleniowa z cyklu „Październik miesiąc profilaktyki raka piersi” zatytułowana „Rak piersi – gorące tematy”, zorganizowana przez prof. Sylwję Grodecką-Gazdecką. Uczestnicy konferencji mieli możliwość podjęcia dyskusji na temat nowoczesnej diagnostyki i leczenia raka piersi.

- W dniu 25 października odbyła się wizja lokalna nowopowstających od-

ziałów w Szpitalu przy ul. Szamarskiego. W spotkaniu uczestniczyli Dyrekcja oraz Ordynatorzy Oddziałów i lekarze, pracujący w budynku szpitalnym przy ul. Łąkowej.

- 26 października podczas uroczystego *Wieczoru Św. Łukasza* corocznym zwyczajem wręczono szpitalne wyróżnienia *Bono Servienti – Służący Dobru*. Laureatami nagrody zostało 6 osób, które w sposób znaczący wyróżniły oddanie w pracy oraz służbę drugiemu człowiekowi. *Wieczór* zainaugurował wykład prof. dr hab. Witolda Zatońskiego, a całość uświetniły impresje muzyczne kwartetu Akademii Muzycznej oraz gwiazda wieczoru *AudioFeels*, wokalny zespół z Poznania, laureat konkursu *Mam talent*.

- Następnego dnia konferencja IX Forum Szpitali Klinicznych zgromadziła ponad 200 znamienitych gości zainteresowanych bieżącymi zagadnieniami, dotyczącymi w głównej mierze szpitali klinicznych.

- 30 października prof. Jacek Łuczak i Dyrektor Szczepan Cofta odbyli ważne spotkanie w budynku Sejmu. Gościli z wizytą u Minister Zdrowia, dr Ewy Kopacz. Spotkanie dotyczyło w znaczącej mierze spraw związanych z opieką hospicyjną.

(dokończenie na str. 10)



OKIEM DYREKTORA NACZELNEGO SZPITALA

Wart Pac pałaca, a pałac Paca

czyli waga podpisu, a sprawa w łazience

W Warszawie w styczniu bieżącego roku odbyła się rozprawa przed komisją rozstrzygającą o naruszenie finansów publicznych. Sprawa dotyczyła w zasadzie zagadnień związanych głównie z podpisami w procedurach zamówień publicznych. Waga tych podpisów nie niosła z sobą żadnych konsekwencji finansowych, a była jedynie wymogiem proceduralnym, choć w części nie jednoznacznym w interpretacjach i orzecznictwie. Zdaje się, iż dzisiejsze instytucje wymagają nabycia przez zarządzających szpitalami umiejętności śledczych. Jak bowiem interpretować fakt, że nie można już wierzyć w oświadczenia składane przez pracowników? Czy wszystko



powinniśmy sprawdzać w dwójnasób z wykorzystaniem wysublimowanych metod...

Miejszem rozprawy była sala mauretańska w Ministerstwie Zdrowia przy ul. Miodowej w Warszawie. Sala ta w czasach, gdy zamieszkiwał ją hrabia Pac pełniła funkcję łaźni. Obecnie odbywają się w niej narady kolegium Ministra Zdrowia.

Przebywanie w tym pomieszczeniu to wielka przyjemność obcowania ze sztuką. Oczywiście niekoniecznie przy okazji rozprawy przed komisją orzekającą, gdy smagają nami biczem nie wodne, lecz administracyjne.

Jan Talaga

Dyrektor Naczelny Szpitala



OKIEM NACZELNEGO LEKARZA SZPITALA

Co w nowej dekadzie?

Okres świąteczno-noworoczny wiąże się z pewnym spowolnieniem działań i złagodzeniem dynamizmu w sprawach szpitalnych. Wypada jednak podjąć refleksję, czego można spodziewać się po nadchodzących miesiącach, zwłaszcza, jeśli żyjemy w obliczu perspektywy ustanowienia nowego prawodawstwa dotyczącego funkcjonowania szpitali.

Doświadczamy w naszym Szpitalu rozlicznych „błysków” – tego, czym możemy się pochwalić. Tylko dwanaście spośród wybitnych fragmentów naszej działalności przedstawiono w tegorocznym kalendarzu. Potencjał tego, w jaki sposób służymy pacjentom Poznania i Wielkopolski, jest wielokrotnie większy i rozleglejszy. Mamy ponadto tak istotne „podłoże” naszego funkcjonowania, którym jest wysiłek i świa-

dectwo tych, którzy przez niemalże dwieście lat przed nami pracowali – wyjątkowa renoma Szpitala.

Mimo że w ostatniej – zakończonej – dekadzie zrealizowano tak wiele, także w kontekście dokonanego rozszerzenia działalności i inwestycji, to rozwój medycyny zaprasza do dalszego pogłębiania i poszerzania możliwości zeń czerpania. Przyglądając się każdej z naszych dziedzin odczuwamy zaniepokojenie

i wyczuwamy, jak bardzo przebudowane będzie musiało być nasze działanie w najbliższych latach.

Choćby w kardiologii – jeśli pasjonowaliśmy się możliwościami hemodynamicznymi w kontekście choroby niedokrwiennej, to teraz oczekujemy wewnętrznych interwencji przy wadach serca; wiemy, jakie wyzwania

(dokończenie na str. 5)



Błyski

Od stycznia tego roku ściany wielu miejsc zdobi nasz szpitalny kalendarz A.D. 2011. Kolportaż odbył się we wszystkich szpitalnych jednostkach, a także w zaprzyjaźnionych i współpracujących z nami instytucjach. Kalendarze dotarły także do domów byłych pracowników – seniorów.

Mamy nadzieję, że „błyski” – wyjątkowe, często na ogólnopolską skalę, działania podejmowane przez Pracowników Szpitala, ukazane na kartach kolejnych miesięcy, pozwolą przybliżyć szerszemu odbiorcy wielowymiarowy profil naszej działalności.

Redakcja

Fot. Archiwum

Nowe możliwości

W listopadzie 2010 r. w Pracowni Hemodynamiki I Kliniki Kardiologii zainstalowano nowoczesny angiogram AXIOM Artis Zee. Tym samym pozbyliśmy się starego i wysłużonego Hicor'a, który dzielnie służył nam przez 13 lat!

Nowy aparat to urządzenie w pełni cyfrowe, które zamiast wzmacniacza obrazu posiada tzw. płaski panel. Wielkość panelu została tak dobrana, aby można go było wykorzystywać zarówno do badań kardiologicznych, jak i do zabiegów na wybranych naczyniach pozasercowych. Nasz nowy Artis Zee posiada wiele dodatkowych funkcji,

których nie miał jego poprzednik. Do najważniejszych należą możliwość wykonania cyfrowej angiografii subtrakcyjnej (DSA) z funkcją „roadmap”. Obie funkcje znacznie ułatwiają wykonywanie zabiegów na naczyniach obwodowych, szczególnie na tętnicach szyjnych.

Ze zrozumiałych względów większość zabiegów wykonywanych na tym aparacie będzie dotyczyć naczyń wieńcowych i tu bardzo pomocna jest funkcja „stent boost” czyli wzmocnienie obrazu w miejscu implantowanego stentu. Pozwala to dokładnie ocenić (niemal z precyzją ultrasonografii we-

wnątrznaczyniowej) czy stent został prawidłowo rozprężony na całej swojej długości i równomiernie przylega do ściany naczynia. Ma to znaczenie kliniczne, bowiem optymalna implantacja stentu istotnie zmniejsza ryzyko restenozu, jak i zakrzepicy w stencie.

Nowoczesny angiograf o wysokiej jakości obrazu będzie także bardzo pomocny przy wykonywaniu precyzyjnych zabiegów zastawkowych. W ubiegłym roku rozpoczęliśmy wykonywanie przezskórnych implantacji zastawki aortalnej (TAVI), a już na początku roku 2011 zamierzamy wykonać pierwsze zabiegi korekcji niedomykalności zastawki mitralnej techniką MitraClip.

Dr hab. Maciej Lesiak

I Klinika Kardiologii
Pracownia Hemodynamiki

Pragnę przypomnieć, iż od dnia 15 listopada 2010 roku w naszym Szpitalu obowiązuje *całkowity zakaz palenia wyrobów tytoniowych*.

Zakaz ten ustawodawca wprowadza Ustawą z dnia 8 kwietnia 2010 roku o zmianie ustawy o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych. Ustawodawca daje Dyrekcji rygorystyczny instrument, umożliwiający wyegzekwowanie powyższego

Bezwzględny zakaz

obowiązku, na marginesie istniejącego od zawsze na terenie Szpitala Klinicznego Przemienienia Pańskiego Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu, w postaci kary pieniężnej (mandatu) w wysokości 500 zł dla osoby łamiącej powyższy zakaz.

O istniejącym zakazie, przypomina ją dodatkowo tablice informacyjne

„NA TERENIE SZPITALA OBOWIĄZUJE CAŁKOWITY ZAKAZ PALENIA TYTONIU” – jednakże i u nas zdarzają się niefrasobliwi pacjenci, którym należy przypomnieć o zakazie.

Arkadiusz Stasiak

Kierownik Działu Administracji



Prosto Z budowy



Fot. Patrycja Rakowska

Aktualnie w kompleksie szpitalnym przy ul. Szamarzewskiego trwają prace przy budowie poradni przyszpitalnych. Wykonywane są roboty instalacyjne i elektryczne. Rozpoczęto również tynkowanie pomieszczeń piwnicznych. Planowany termin zakończenia prac budowlanych to marzec 2011. Pomieszczenia zostaną oddane do użytku przed otwarciem głównego Bloku Onkologicznego.

W nowej części obiektu, obejmującej Dział Radiologii Klinicznej, wyposażonej w nowoczesne aparaty wykonywane są już pierwsze badania.

W dalszym ciągu trwają prace prowadzone przez Uniwersytet Medyczny dotyczące budynku, w którym mają być zlokalizowane oddziały onkologiczne z ul. Łąkowej.

Redakcja

OKIEM NACZELNEGO LEKARZA SZPITALA

(dokończenie ze str. 3)

przyniesie elektrofizjologia. Czy też w onkologii, na przykład gruczolu piersiowego – ile nowych technik diagnostyki i leczenia podsuwają nam współczesne zdobycze.

Oprócz jednak tego, co wynika z postępu medycyny i potencjału tych, z którymi pracujemy, nie możemy zapominać, że osadzeni jesteśmy w rzeczywistości uwarunkowań prawnych i ekonomicznych.

Uwarunkowania prawne najbliższego roku mogą nas nieco zaskoczyć. Może okazać się, że niemalże z dnia na dzień staniemy przed wyzwaniem takiego działania, które albo będzie broniem się przed wpełnięciem na tory spółek prawa handlowego (co może być trudne i uniemożliwiać jakie-

kolwiek elastyczne i strategicznie odważne postępowanie, by przez najwyżej trzy miesiące być powodem deficytu) lub na takich torach się znajdziemy. Utworzenie ze szpitala klinicznego spółki mogłoby nas (i nie tylko nas) nieco zaskoczyć i stać się powodem wielu napięć. Choć osoby wykazujące pogłębioną refleksję ekonomiczną sugerują, że w takiej właśnie formie powinniśmy działać.

A ekonomiczne aspekty tego roku zależeć będą od ogólnej kondycji finansowej naszego społeczeństwa; przecież dzięki (na szczęście) wydzielonej składce zdrowotnej – kwoty przeznaczone na działalność medyczną są przejrzyste określone. Na pewno minął już złoty czas wzrostu przychodów, jakiego doświadczaliśmy do końca 2008 roku, więc pewnie nie będziemy zbyt rozpieszczeni i nie będzie zbyt możliwości realizowania naszych nowych

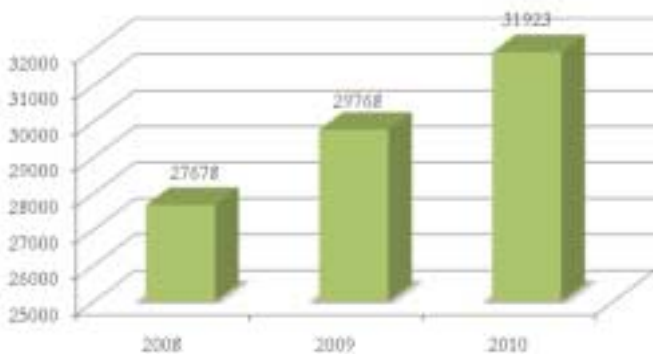
pomysłów, co może też rodzić napięcia i frustracje.

Choć pozostaję w rezerwie do współczesnego mirażu piłki nożnej, to nie odkrywam niczego nowego twierdząc, że zespół pracujący we współczesnym szpitalu – tym bardziej jeśli miałby on działać w formie spółki – musi być sprawnie funkcjonującą drużyną. **Każdy z nas musi znaleźć się na swojej pozycji i umieć współdziałać z innymi.** Ci, którzy byliby nieobecni (bądź znajdują za siebie zastępstwa lub wytłumaczenia) lub zajmowałiby się tym, co poza boiskiem czy okopywali się nie zważając na zaangażowanie innych, nie przysłużyliby się skutecznej grze. A mamy przecież tak wiele do wygrania.

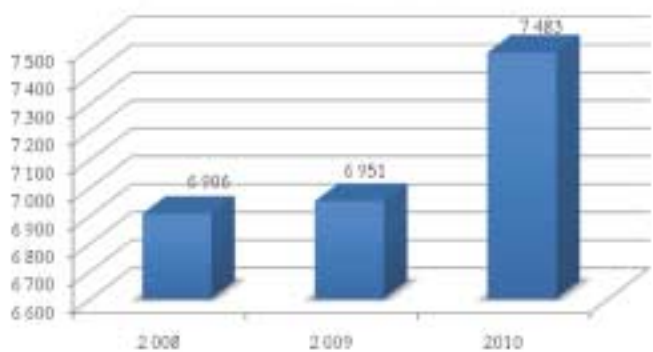
Szczepan Cofta
Naczelný Lekarz Szpitala

Podsumowanie

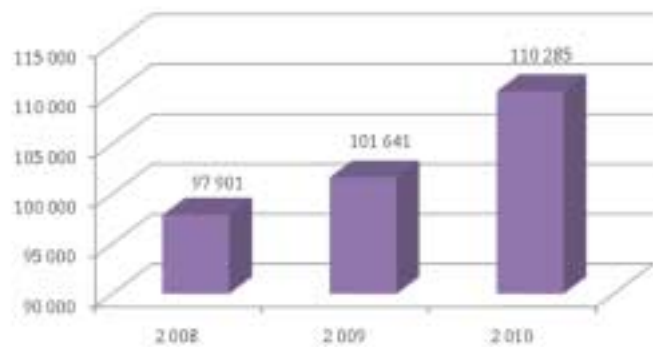
Ilość osób leczonych w Szpitalu ogółem



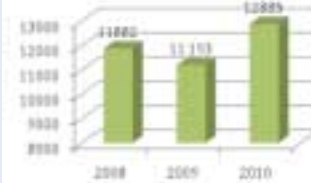
Zabiegi na blokach operacyjnych ogółem



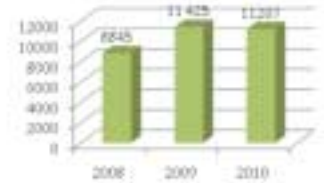
Liczba udzielonych porad ambulatoryjnych



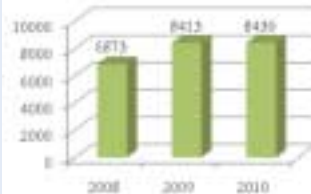
Oddziały przy ul. Długiej



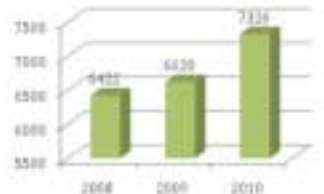
Oddziały przy ul. Łąkowej



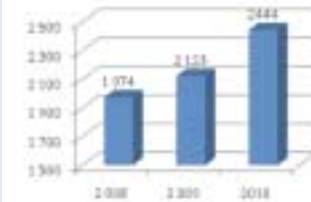
Oddział/ Hospicjum
Stacjonarne Os. Rusa **



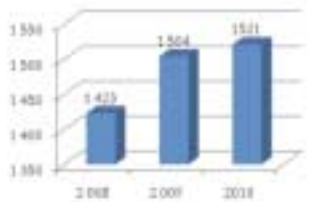
Oddziały przy ul.
Szamarzewskiego



Blok Operacyjny
Oddziałów Chirurgicznych



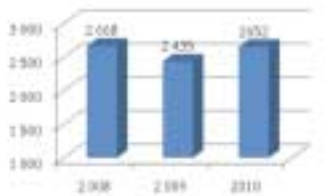
Blok Operacyjny Oddziałów
Onkologicznych



Blok Operacyjny
Kardiochirurgii



Blok Operacyjny Oddziału
Okulistyki



** ilość osobodni w Oddziale Medycyny Paliatywnej/Hospicjum Stacjonarnym

Martyna Skrzypińska

Magdalena Fertig

Dział Organizacji i Sprzedaży Usług Medycznych

Poznań, 1-2 kwietnia 2011 r. Centrum Kongresowo-Dydaktyczne UM, ul. Przybyszewskiego 37

8 Ogólnopolskie Repetitorium Pulmonologiczne

Organizator:

Katedra i Klinika Pulmonologii,
Alergologii i Onkologii Pulmonologicznej
Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu

Stowarzyszenie Wspierania Pulmonologii Poznańskiej

Tematy wiodące:

Rak płuca - konferencja satelitarna

Problemy diagnostyczne
w chorobach układu oddechowego

Terapia chorób układu oddechowego

Dokąd zmierza współczesna pulmonologia?

Varia

www.repetitoriumpoznan.pl

Biurowizacja konferencji
Gratetm Grażyna Horowitz, ul. Owocowa 10, 62-080 Tarnobrzeg
tel./fax (061) 814 65 14, kom: +48 669 37 86 64, office@gratetm-symposja.pl



Fot. Monika Dziamska

Kliniczna strategia

Z prof. Grzegorzem Oszkinisem, Prorektorem ds. Klinicznych i Szkolenia Podyplomowego o wyzwaniach dydaktyki w szpitalach klinicznych rozmawia Monika Dziamska.

Rolą szpitali klinicznych jest harmonijne łączenie trzech przestrzeni: służby, nauki i dydaktyki – jakie wyzwania płyną z tego zadania?

Na wstępie należy zwrócić uwagę, że obecna struktura organizacyjna uczelni i szpitali klinicznych pomału 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.

Taką nadzieję wiąże z nowymi ustawami zdrowotnymi – liczę, że zostaną one przyjęte w pierwszym półroczu tego roku.

Ale władze uczelni muszą dbać o priorytety – kształcenie przed- i podyplomowe, działalność naukową, badania kliniczne, wprowadzanie nowoczesnych technologii, które przecież decydują o poziomie medycyny. Trzech – łącznie – zadań szpitala klinicznego nie da się rozdzielić, gdyż jest on funkcjonalnie nierozdzielalną częścią uniwersy-

tetu medycznego. Bez niego uczelnia nie może pracować. Zakład patofizjologii czy anatomii prawidłowej w równym stopniu jak klinika chirurgii jest integralną częścią akademii.

Czy w obliczu nowych form nauczania, szpital kliniczny może zachować swoją atrakcyjność?

Funkcje naukowa i dydaktyczna szpitali klinicznych są niepodważalne, ale aktualne pozostaje pytanie: gdzie i jak znaleźć pieniądze na ich realizowanie?

Obawy budzi również projekt zmian w systemie kształcenia lekarzy. Kwestia likwidacji stażu podyplomowego i włączenie go do programu studiów będzie wyzwaniem zarówno dla uniwersytetu medycznego jak i naszych szpitali klinicznych.

Zmiany te dostosowujące program nauczania na uczelni medycznej są bowiem kosztowne. Głównie dlatego, że studentów czeka dużo więcej zajęć praktycznych, co będzie prowadziło do zwiększonego obciążenia właśnie szpitali klinicznych.

Jak ewoluuje wizja szpitala klinicznego w spojrzeniu prorektora ds. klinicznych? Szpital jest elementem Uniwersytetu, zatem jako Rektor odpowiedzialny za szpitale kliniczne i kształcenie podyplo-

move muszę ściśle współpracować z Dyrektorami Szpitali Klinicznych i czynić, co jest możliwe, aby ta współpraca układała się jak najlepiej.

Ważny jest również fakt, aby „nasze” szpitale były placówkami trzeciego poziomu referencyjnego, ponieważ, może jeszcze nie dziś, ale wierzę, że już niedługo, przyniesie to wymierne korzyści finansowe w kontraktach z NFZ.

Od 25 lat jestem nauczycielem akademickim i doskonale wiem, co znaczy rozdzielenie trzech funkcji szpitala klinicznego. W krajach, do których standardu dążymy, działalność dydaktyczna i naukowa stanowi ważną pozycję w budżetach szpitali klinicznych i wszyscy pracownicy akademicy starają się o jak największy dopływ funduszy na te cele do szpitala.

Czy szpitale kliniczne mają szansę sprostać konkurencji innych szpitali?

Mam nadzieję, że może udałoby się, chociaż w 20-30%, wesprzeć naukę i dydaktykę w naszych jednostkach. Będziemy prawdopodobnie od tego roku mieli jeszcze jedno źródło zasilania, a mianowicie: komercję. Można szacować, że szpitale kliniczne mogłyby uzyskać tą drogą kilkanaście procent przychodów. Ale do tej działalności trzeba by stworzyć podstawy prawne.



Fot. Monika Dziamska

Nauczanie jest bardzo trudnym i wymagającym zajęciem. Od nauczyciela wymaga się nie tylko wiedzy czy zdolności prezentacji, ale przede wszystkim umiejętności zrozumiałego i klarownego przekazywania informacji. Powyższe cechy nabierają szczególnego znaczenia w nauczaniu medycyny, która mimo ogromnego rozwoju badań naukowych i pewnej standaryzacji w dalszym ciągu jest nauką mistrzowską.

Nowicjusz wśród studentów

Postawienie młodego człowieka, po kilku latach od zakończenia studiów, przed zadaniem nauczania medyków jest dużym wyzwaniem. Pierwszym problemem, przed którym staje nowicjusz jest odpowiednie przygotowanie omawianych zagadnień i materiałów. W dzisiejszych czasach dużym ułatwieniem są nowoczesne techniki multimedialne, które nie tylko uatrakcyjniają nauczanie (ten cel dostrzegałem jako student), ale również w znacznym stopniu ułatwiają prowadzenie zajęć (dopie-

ro stając po drugiej stronie tablicy zauważyłem tą korzyść).

Dobór literatury i metod

W zawodach medycznych nie tylko wiedza odgrywa istotną rolę, w wielu sytuacjach studenci muszą opanować pewne umiejętności, np. przeprowadzenie wywiadu czy badania przedmiotowego. W tej części dydaktyki trudniej o pomoce naukowe, ale w swojej istocie jest ona bardzo interaktywna. Na początku dydaktyk staje przed problemem dobrego doboru literatury i metody wykonywania pewnych czynności. Tutaj zazwyczaj posługuje się materiałami, z którymi zapoznał się w trakcie swojej edukacji. Moim zdaniem w dobie ogromnego postępu wiedzy medycznej oprócz fundamentu wiedzy ważne jest również odpowiednie dobranie zagadnień do potrzeb nauczanej grupy studentów. W tej kwestii trudno o dostępne pomoce i trochę trzeba poświęcić czasu i wysiłku, by studenci nie wyszli z zajęć z wrażeniem, że nie byli dla nich.

Budowanie autorytetu

Elementem nieodłącznym dydaktyki jest relacja między nauczycielem a uczniem. Świeżo upieczony nauczyciel ma

podwójny problem, po pierwsze różnica wieku między dydaktykiem a studentami jest niewielka, a po drugie w wielu sytuacjach część studentów to koledzy. Zbudowanie autorytetu w takiej grupie jest niezmiernie trudne. Tutaj z pomocą przychodzą wiedza i umiejętności. Dydaktyk, który umie pokazać studentom coś co jest dla nich odkryciem, coś co ich zafascynuje, co im zaimponuje, pozwoli stać się dla nich nie tylko kolegą, ale również nauczycielem.

System edukacji medycznej

Patrząc świeżym okiem na edukację medyczną na naszej Uczelni dostrzegam różne problemy i uważam, że wiele kwestii można zmienić. Studenci bardzo często mają zbyt dużo zajęć na uczelni, a do tego coraz częściej pracują, co nie pozwala im dobrze się przygotować i czerpać pełnej korzyści z nauczania. Myślę, że każdy nauczyciel ma ogromną satysfakcję, jeśli studenci stają się jego partnerami w nauczaniu, a nie biernymi słuchaczami pogadanek.

System edukacji medycznej stosowany w Polsce jest przestarzały i nie korzysta z najnowszych technik edukacyjnych, takich jak nauczanie problemowe czy standaryzowane egzaminy praktyczne. Na uczelni nie posiadamy klarownego systemu oceny jakości kształcenia, który w sposób obiektywny pozwoliłby na poprawę skuteczności nauczania. Nie możemy zapomnieć, że efekty naszej pracy zależą nie tylko od nauczyciela czy metody nauczania, ale w dużej mierze od studentów.

Nauczanie jest ogromnym wyzwaniem, a w naszym zawodzie wiąże się z dodatkową odpowiedzialnością, bo uczymy szczególną grupę mądrych ludzi. Mimo wszystkich trudności nawet młodemu nauczycielowi dydaktyka potrafi przynosić olbrzymią satysfakcję.

Paweł Uruski

Oddział Hipertensjologii i Angiologii

Ustawowe obligacje należy bowiem rozszerzyć o obowiązek pełnienia usług wyspecjalizowanych oraz pełnienie funkcji ośrodków referencyjnych w stosunku do innych ZOZ-ów. Szpital kliniczny powinien również ustawowo zostać obciążony misją rozwijania medycyny klinicznej. Działania w tym zakresie powinny być ukierunkowane na praktyczne wdrażanie nowych me-

tod diagnostycznych i leczniczych, co zazwyczaj wymaga szkoleń, staży i wyjazdów.

Myślę, że opisany model funkcjonowania szpitala klinicznego próbuje kreować dyrekcja Szpitala Klinicznego Przemienienia Pańskiego, przy ul. Długiej. Wprowadzanie nowoczesnych metod leczenia między innymi: kardiologicznego, chirurgicznego i onkolo-

gicznego to nie tylko bowiem zasługa kadry lekarskiej, ale również działań organizacyjnych, które są wsparciem, a nawet często zachętą do takiej postawy.

W końcowym efekcie ten system organizacyjny szpitala klinicznego służy poprawie dydaktyki, jak również, ośrodek taki staje się centrum medycznym na najwyższym poziomie. ■

Nowa Kadencja

Pod koniec roku 2010 dwukrotnie miało miejsce spotkanie Rady Społecznej Szpitala. 5 listopada wyjątkowo Rada została zorganizowana w budynku szpitalnym przy ul. Szamarzewskiego, aby jej członkowie mogli wejść na teren budowy oraz zapoznać się ze stanem aktualnie prowadzonych przez Szpital inwestycji.



Tego dnia, w związku z upływem kadencji, pożegnaliśmy również trzy osoby: Zuzannę Konradę, Stanisława Dzieciuchowicza i Magdalenę Kukiel. Dyrekcja oraz uczestnicy spotkania złożyli im specjalne podziękowania.

Ostatnie w roku spotkanie Rady Społecznej odbyło się 17 grudnia. Organizatorem zebrania był JM Rektor Jacek Wysocki. W spotkaniu uczestniczyli także: prof. dr hab. Grzegorz Oszkinis oraz Przewodniczący Zakładowych Organizacji Związkowych Szpitala.

Podczas grudniowego zebrania wybrano i zatwierdzono nowy skład Rady Społecznej na kadencję 2010-2014.

Funkcję Przewodniczącego Rady przyjął po raz drugi prof. Zygmunt Przybylski, Z-cy przewodniczącego mgr inż. Paweł Glaser; członków: Krzysztof Czajkowski, Olga Hydzik, Anna Grzymisławska, Elżbieta Marcinkowska, Teresa Kruczkowska, Aleksander Kabsch, Jacek Tomczak, ks. Jan Stanisławski oraz Grzegorz Uchman.



Ponadto podczas zebrania zostały zatwierdzone: plan finansowo-inwestycyjny na rok 2011 i rozbudowy obiektu przy ul. Szamarzewskiego oraz Regulamin porządkowy Szpitala. Przedstawiono również informacje na temat jakości usług medycznych – analizę skarg pacjentów.

Mamy nadzieję, że kolejne 4 lata w nowym składzie będą czasem wzajemnej dobrej współpracy.

Fot. Monika Dziamska

Redakcja

Szpitalne kalendarium

(dokończenie ze str. 2)

- Rada Klinikistów, która odbyła się 15 listopada, poświęcona została przedstawieniu bieżących etapów inwestycji przy ul. Szamarzewskiego i Długiej oraz prac montażowych w pracowniach RTG i KT. Omówiono również program kontroli zakażeń szpitalnych i politykę antybiotykową oraz przedstawiono analizę zakażeń szpitalnych w pierwszym półroczu roku 2010, a w jej zakresie poświęcono szczególną uwagę zakażeniom *Clostridium difficile*.

- W sprawach tzw. ISO 24 listopada został przeprowadzony przez firmę zewnętrzną pierwszy audyt nadzoru. W jednostkach poddanych audytowi: Oddział Kardiochirurgii, Pracownia Hemodynamiki, Biuro Ruchu Chorych, Sekcja Organizacji, Sekcja Aparatury Medycznej nie stwierdzono większych uchybień. Za rok czeka nas drugi audyt nadzoru, za dwa – recertyfikacja.

- W dniu 29 listopada Dyrektor Naczelny, dr Jan Talaga, z p. Krystyną Piątkowską, Kierownikiem Działu Organizacji i Sprzedaży Usług Medycznych, uczestniczyli w negocjacjach umów w zakresie świadczeń wysokospecjalistycznych w Ministerstwie Zdrowia.

- 6 grudnia w Hospicjum podczas spotkania, zorganizowanego z okazji Światowego Dnia Wolontariatu, podpisane zostało porozumienie poznańskich mediów na rzecz rozbudowy Hospicjum Palium. Kampania „Motyle dla Hospicjum” ma wesprzeć inwestycję o wartości 6 milionów złotych.

- 7 grudnia odbyło się spotkanie Komitetu Transfuzjologicznego.

- 10 grudnia na spotkaniu z Wicemarszałkiem Województwa Wielkopolskiego Leszkiem Wojtasiakiem Dyrektor Szczepan Cofta, prof. Jacek Łuczak oraz Józef Zieleziński podjęli dyskusję na temat planów rozbudowy Hospicjum Palium.

- Rada Medyczna 13 grudnia została poświęcona w głównej mierze informacji dotyczącej koniecznych działań oszczędnościowych w roku 2011.

- W dniu 14 grudnia odbyło się kolejne spotkanie Komitetu Terapeutycznego.

- 20 grudnia na zebraniu Zespołu ds. chemioterapii niestandardowych omówiono bieżące wnioski.

- Grudniowy czas obfitował w przedsięwzięte spotkania – oprócz tych organizowanych w ramach poszczególnych oddziałów, odbyły się również wigilijne spotkania dla emerytów, seniorów i pracowników Szpitala.

Numer zamknięto: 14 stycznia 2011 r.



Zawalcz
o swoje serce

Podstawowym celem kampanii jest poprawa wykorzystania osiągnięć kardiologii ostatnich lat i tym samym dalsza redukcja śmiertelności pacjentów z zawałem serca. Obecnie najskuteczniejszą metodą terapii zawału serca jest tzw. leczenie inwazyjne. Polega ono na mechanicznym udrożnieniu zamkniętej tętnicy wieńcowej za pomocą balonika i wprowadzeniu w to miejsce specjalnej metalowej „sprężynki” zwanej stentem. Mimo że Polska należy do liderów Europy i świata w nowoczesnym leczeniu zawału (leczymy inwazyjnie więcej pacjentów niż Hiszpanie, Francuzi czy Angliki), to nadal 1/4 pacjentów z zawałem nie jest w ogóle leczona lub jest leczona za późno (powyżej 12 godzin od wystąpienia pierwszych dolegliwości) z powodu braku właściwej reakcji na objawy zawału serca. Pacjenci mają zbyt małą wiedzę na temat objawów zawału i znaczenia szybkiego otwarcia zamkniętego naczynia.

Chcemy zatem, aby nasza kampania podniosła poziom wiedzy Polaków na temat chorób serca, ze szczególnym uwzględnieniem zawału serca. Chcemy nauczyć naszych rodaków, jakich objawów nie wolno ignorować, gdyż mogą zwiastować zagrożenie życia. Jednocześnie zależy nam, aby wszyscy nasi potencjalni pacjenci mieli świadomość, że jeśli spotka ich to nieszczęście, jakim jest zawał, to szybkie wezwanie pomocy pozwoli

uratować życie olbrzymiej większości z nich. Śmiertelność szpitalna w zawałe serca leczonym zabiegowo to zaledwie 3-4 procent (w latach 60. i 70. ubiegłego wieku była ona 10 razy wyższa).

Ponadto, w czasie kampanii przypominamy i uczymy co robić, aby uniknąć zawału. Mówimy więc o trybie życia, nałogach i innych czynnikach ryzyka choroby niedokrwiennej serca. Tych zaś, którzy mieli zawał uczymy jak dbać o słabsze serce, tak aby im służyło przez wiele lat.

Kampania ma zasięg ogólnokrajowy, wykorzystujemy więc wszystkie dostępne media, takie jak telewizja, radio i prasa. Nasze spoty informacyjne pojawiły się również w kinach (Multikino i Cinema City). We wszystkich dużych aglomeracjach miejskich umieszczone zostały liczne billboardy informujące o kampanii. Medialną twarzą kampanii jest aktor, pan Krzysztof Stelmaszyk. Hasło kampanii brzmi „Zawalcz o swoje serce”.

Dr hab. Maciej Lesiak
I Klinika Kardiologii
Pracownia Hemodynamiki

Linki do spotów informacyjnych:

<http://www.youtube.com/watch?v=LLyBZA1KIhE>
<http://www.youtube.com/watch?v=JEWQOHOvhg>
<http://www.youtube.com/watch?v=7uVeJnw4CXc>
http://www.youtube.com/watch?v=xysDs1_x-Eo
<http://www.youtube.com/watch?v=T9f65E0NUds>



Inwestycja

Dzięki tej inwestycji liczba łóżek w ośrodku wzrośnie o połowę. Obecny stan z pewnością nie zaspokaja potrzeb mieszkańców Poznania i powiatu. Hospicjum dysponuje na dzień dzisiejszy jedynie 24 łózkami. Dziennie na pomoc oczekuje średnio 20 pacjentów, którzy powinni zostać przyjęci w ramach opieki całodobowej.

Naszym celem nie jest straszenie nieuchronnością przemijania – wolimy zarażać pozytywną energią („jak wiele jest do zrobienia!”), pokazując nasze zaangażowanie i oddając pole tym wszystkim, którzy zechcą włączyć się w pomoc na rzecz pozyskiwania środków finansowych, niezbędnych do rozbudowy ośrodka.

Hasło

Symbolem kampanii stały się motyle, które oznaczają duszę, przemianę, a także delikatność i wrażliwość – tu: wrażliwość ludzkich serc na los ciężko chorych.

„Podarujmy chorym miejsce” – nasze wieloznaczne hasło zachęca z jednej strony do daru serca i współczucia, z drugiej strony pozwala łatwiej przyswoić materialną część kampanii. Rozbudowa hospicjum to przecież fundusze, jakie należy na ten cel zebrać. To nade wszystko jednak bezcenne miejsca, które przywrócą godność i ulgę w chorobie pacjentom i ich rodzinom.

Kampanię kierujemy do mieszkańców Poznania i powiatu poznańskiego, do osób chorych i ich bliskich, którzy będą mogli liczyć na wsparcie pracowników hospicjum dzięki serwisowi internetowemu, do wolontariuszy po-

Motyle dla hospicjum

Podarujmy chorym miejsce



Fot. Archiwum

Prof. Jacek Łuczak z Barbarą Grochal, koordynatorem wolontariuszy w Hospicjum Palium

Ruszyła w Poznaniu wielka kampania informacyjna, której celem jest nagłośnienie potrzeby rozbudowy hospicjum stacjonarnego.

święcących swój wolny czas na opiekę nad chorymi, do lekarzy, psychologów, ludzi dobrej woli, którzy mogą wesprzeć hospicjum nawet najdrobniejszym datkiem, do firm – sponsorów i lokalnych mediów.

Dar

Wolontariat niejedno ma imię – nade wszystko polega na bezinteresownym dzieleniu się swoim czasem, sercem i umiejętnościami.

Z radością informujemy, że media włączyły się w hospicyjny wolontariat. W naszych skromnych progach zawarliśmy wraz ze znamienitymi przedstawicielami prasy, radia i telewizji pisemną koalicję na rzecz współpracy przy nagłaśnianiu „Motyli dla hospicjum”.

Oto fragment:

„Świadomi potrzeby dostępu do specjalistycznej opieki dla ciężko chorych z Poznania i Powiatu, z wielką dumą i w poczuciu społecznego zobowiązania przyjmujemy tytuł „patrona rozbudowy Hospicjum Palium”. Tym samym deklarujemy, że dołożymy wszelkich starań, aby poprzez pracę naszych redakcyjnych koleżanek i kolegów jak najszerzej informować opinię publiczną o potrzebach rozwoju opieki paliatywnej w Poznaniu oraz zachęcać do wsparcia projektu rozbudowy Hospicjum Palium.”

Owa koalicja dobrze wróży właśnie rozpoczętej kampanii, która sukcesywnie będzie rozwijała skrzydła.

Agnieszka Kaluga



Forum ekspertów

W dniach 5-6 listopada br. odbyły się w Poznaniu II Ogólnopolskie Dni Otyłości. Patronat naukowy nad spotkaniem sprawowała prof. dr hab. med. Danuta Pupek-Musialik, kierownik Katedry i Kliniki Chorób Wewnętrznych, Zaburzeń Metabolicznych i Nadciśnienia Tętniczego Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu. Konferencja cieszyła się dużym zainteresowaniem; uczestniczyło w niej około 300 osób.

Referaty wygłosili, a także zaprezentowali ciekawe przypadki, wykładowcy z Uniwersytetów Medycznych w Poznaniu, Warszawie, Białymstoku, Katowicach i Bydgoszczy. Poruszono

problemy powikłań kardiologicznych, diabetologicznych, onkologicznych oraz terapii nadciśnienia tętniczego w otyłości. Przedstawiono także aktualne zalecenia dotyczące terapii dietetycznej oraz psychologicznej u chorych z nadmierną masą ciała.

Podczas Konferencji 60 osób złożyło deklaracje członkowskie do Stowarzyszenia Praktycznego Leczenia Otyłości, liczącego obecnie około 400 członków, dla których w dniu 26 lutego 2011 r. zostaną zorganizowane warsztaty.

Marta Łabędzka

W trakcie czterech sesji plenarnych oraz warsztatowych przedstawił „gorące tematy” naszych szpitali. Szczególną uwagę poświęcono zmianom legislacyjnym dotyczącym szpitalnictwa, związanym ze spodziewaną – w przypadku uchwalenia zapowiadanych ustaw – obligacją przekształcenia szpitali w spółki prawa handlowego.

Zmiany

Ważnym wątkiem spotkania były wykłady i dyskusja dotyczące spraw jakości oraz bezpieczeństwa, a także: budowania kultury organizacyjnej (czy też kultury współdziałania) w szpitalach klinicznych. Duże zaniepokojenie oraz emocje wzbudziły prezentacje ukazujące zmiany organizacyjne, dokonujące się w wybranych szpitalach klinicznych w ostatnich latach. Śledziliśmy losy radykalnych zmian – co prawda wymuszonych dramatyczną sytuacją – w Bydgoszczy, w której złamano tradycyjną formułę zarządzania.

Wyzwania

Dyskusji grona Gości przewodniczyli m.in.: dr hab. Maciej Kowalczyk, dr Wojciech Bieńkiewicz, prof. Tomasz Opala oraz dr Jan Talaga – reprezentujący dyrektorów szpitali klinicznych. Wykład *Szpital kliniczny w optyce rektora* wygłosił rektor poznańskiej Uczelni, prof. Jacek Wysocki, a w sposób czynny w spotkaniu uczestniczyli także: prorektor ds. klinicznych – prof. Grzegorz Oszkinis oraz Kanclerz, p. Bogdan Poniedziałek.

Ewolucja poznańskich spotkań potwierdza nieustanny wzrost zainteresowania tematyką oraz wzrost świadomości związanej z wyzwaniami szpitali klinicznych. Ukazują one konieczność nowych regulacji prawnych, zapewnia-

W poszukiwaniu formuły szpitali klinicznych

Od lat w Poznaniu spotykają się dyrektorzy szpitali klinicznych w gronie osób zainteresowanych specyfiką szpitali, dla których organem założycielskim są uczelnie medyczne. W dniach 26 i 27 października, zgromadziło się w Poznaniu około dwustu uczestników spotkania, w tym dyrektorzy niemalże wszystkich szpitali klinicznych.

jących bezpieczeństwo szpitali, przed którymi stoi trojake wyzwanie: służba, nauczanie, nauka. Prawodawstwo w tym zakresie wydaje się być niespójne i krzywdzące.

Doświadczenia

Niestety wydaje się, że w gremiach decyzyjnych nie dochodzi do pogłębionej dyskusji dotyczącej szpitali klinicznych. Zapewne negatywne doświadczenia, dotyczące kilku spośród tych szpitali, utwierdziły kształtujących prawo w determinacji próbującej wtłoczyć je na tory spółek prawa handlowego.

Nie wiadomo jednak, jaki zostanie zgotowany los, gdy nie przewiduje się wzięcia pod uwagę – innych niż ekonomiczne – kryteriów oceny działania tych szpitali, których misją – obok opieki nad pacjentami – jest dydaktyka zapewniająca medycznych profesjonalistów na następne lata, a także nauka. Odciecie w spółkach pieniędzy diagnostyczno-leczniczych przekazywanych przez NFZ czy ministerstwo z rygorami gospodarki spółki może spłatać figla pełnionym funkcjom dydaktycznym

czy naukowym. Nie uda się zreformować skutecznie szpitali klinicznych, nie regulując w sposób odpowiedzialny odrębnego finansowania dydaktyki i nauki. Dotychczasowa praktyka przenikania się finansowania się tych trzech nurtów w przypadku przybrania formy spółek prawa handlowego może rodzić nieprzewidywalne napięcia i dylematy.

Problemy

Szpitala kliniczne bez dostrzeżenia ich specyfiki i problemów oraz bez uzupełniających regulacji prawnych – przy innych dynamicznie rozwijających się lecznicach – zagrażają w ciągu kilku lat przeżyciem istotnej próby oraz drenażu kadr, mimo niesienia ciężaru wielu wysokospecjalistycznych procedur oraz kapitalnej pozycji wyjściowej, wynikającej z posiadania znaczącego potencjału ludzkiego. Tym bardziej problem wydaje się być istotny, że szpitale te odpowiedzialne są za olbrzymią część bezpieczeństwa zdrowotnego społeczeństwa.

Szczepan Cofta
Naczelny Lekarz Szpitala

7 października 2010 r. odbyło się w Ośrodku Edukacji Przyrodniczej w Łądku koło Pyzdr spotkanie konsultantów wojewódzkich z Wielkopolski. Wojewoda Przemysław Pacia był gospodarzem tego sympatycznego spotkania, poświęconego zagadnieniom związanym z pełnieniem funkcji konsultanta – jego zadaniom i obowiązkom. W spotkaniu uczestniczył Pan Stefan Pechciński z Ministerstwa Zdrowia.

Rejestr zakładów opieki zdrowotnej na stronie www.rejestrzoz.gov.pl, gdzie istnieje możliwość wyszukiwania wszelkich specjalności, adresów i danych ZOZ przedstawiła mgr Anna Herfort.

Ważnym tematem omawianym podczas spotkania były sprawy związane z transplantacją narządową. Dr med. Maciej Głyda w wykładzie „Partnerstwo dla transplantacji” w bardzo ciekawy sposób przedstawił i przybliżył uczestnikom problemy transplantacji w Polsce oraz szczegółowe dane dotyczące ilości i powodów kształtowania się w ten sposób wyników.

Polska	Wielkopolska	Zachodniopomorskie	Małopolska
9	24 – 25	34	1,5

Tabela przedstawiająca ilość dawców przypadająca na 1 milion mieszkańców w Polsce i niektórych województwach

Spotkanie konsultantów

W Polsce osób oczekujących na przeszczep nerki jest około 1500, a rocznie przeszczepów wykonuje się około 800. W ośrodku kierowanym przez dr Macieja Głydę wykonuje się 138 przeszczepów nerek rocznie, co powoduje, że należy on do liderów w kraju.

Przedstawiciele Ministerstwa Zdrowia omówili nową ustawę transplantacyjną oraz rolę koordynatorów. W dyskusji poruszono przede wszystkim przez lekarzy konsultantów sprawę doboru na specjalizacje lekarskie. Jedynym jego kryterium jest wynik LEP (egzamin państwowy). Zauważono, że całkowicie pomijany jest czynnik ludzki, taki jak predyspozycje psychiczne czy praca w kołach naukowych.

Spotkanie zaowocowało wspólną dyskusją i wymianą ważnych spostrzeżeń.

Dr n. farm. Hanna Jankowiak-Gracz

Kierownik Apteki Szpitalnej
Konsultant Wojewódzki w dziedzinie farmacji szpitalnej w Wielkopolsce

Wyjątkowa uroczystość

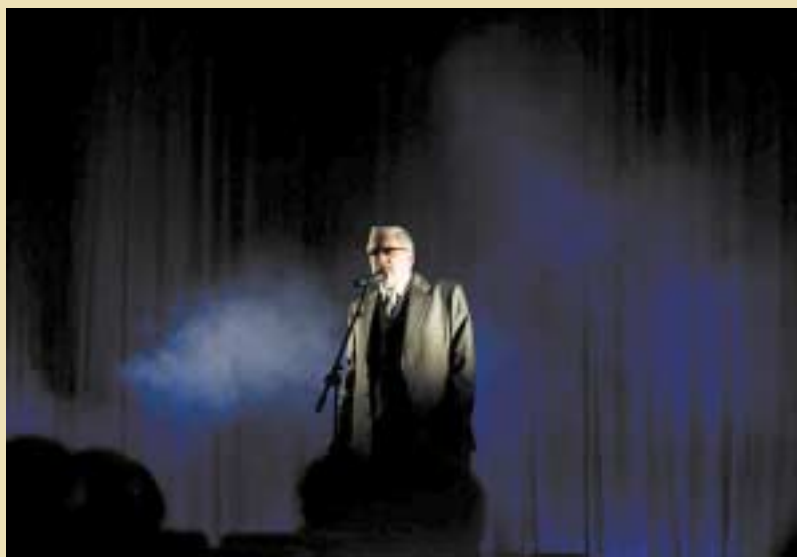
W dniu 26 października br. na terenie Międzynarodowych Targów Poznańskich, po raz kolejny odbył się Wieczór św. Łukasza – patrona służby zdrowia. Impreza pod patronatem JM Rektora UM w Poznaniu prof. Jacka Wysockiego, Wielkopolskiej Izby Lekarskiej oraz Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Poznaniu, zorganizowana przez Szpital Kliniczny Przemienienia Pańskiego

bardziej znanych głosów w poznańskim radiu, gawędziarz oraz miłośnik gwary poznańskiej, który poprowadził całe spotkanie z lekkością i dowcipem. Wydarzeniem wieczoru był wykład gościa honorowego prof. Witolda Zatońskiego pt. „Refleksje nad zdrowiem Polaków”, który wywarł na wszystkich zebranych duże wrażenie i stał się impulsem do zastanowienia nad stanem

dla drugiego człowieka; pani mgr Dorota Liczbańska – Naczelną Pielęgniarką Szpitala – w uhonorowaniu pełnej staranności, rzetelności i zaangażowania pracy dla dobra Szpitala oraz za otwartość na nowe wyzwania w pielęgniarstwie i ochronie zdrowia. Wyróżnienie o wymiarze ponadszpitalnym zostało przyznane pani mgr Elżbiecie Dybowskiej – zastępcy dyrektora Wydziału Zdrowia i Spraw Społecznych Urzędu Miasta Poznania – jako wyraz uhonorowania pełnej zaangażowania, skrupulatności i życzliwości postawy w pracy administracyjnej na rzecz mieszkańców naszego Miasta.



Kwartet smyczkowy Appassionata podczas koncertu



Wieczór poprowadził Jacek Hałasik, miłośnik poznańskiej gwary

oraz Stowarzyszenie Bono Serviamus, zgromadziła ponad czterystu gości – przedstawicieli środowiska medycznego.

Otwarcie

Na powitanie zagrał kwartet smyczkowy Appassionata, a uroczystego otwarcia dokonał Jacek Hałasik, jeden z naj-

własnego zdrowia oraz możliwościami, jakie niesie profilaktyka.

Wyróżnienia

Zgodnie z wieloletnim zwyczajem, podczas Wieczoru św. Łukasza, przyznane zostały wyróżnienia Bono Servientis (tzn. Służący Dobru). W tym roku wyróżnienia o wymiarze szpitalnym otrzymali: pan Maciej Janicki – przedsięwzięcia budowlane – jako wyraz uznania wieloletniego wspierania finansowego i rzeczowego potrzebujących pacjentów Hospicjum Palium oraz ich rodzin; pani Dorota Kowalik – oddziałowa Oddziału H – w uhonorowaniu postawy pielęgniarki o niezwyklej ofiarności i poświęceniu bez reszty chorem; pani Halina Kramer – sekretarka Kliniki Chirurgii Ogólnej i Naczyń – w uhonorowaniu pracy wykonywanej zawsze wzorowo, z dużym zaangażowaniem i pasją; pani mgr Barbara Moszyńska – długoletni psycholog Szpitala – jako wyraz uznania szczególnie etycznej postawy oraz wielkiego szacunku

Koncert

Wieczór uświetnił występ zespołu AudioFeels – laureatów programu „Mam Talent”, który tworzy unikalny na polskim rynku gatunek muzyczny zwany Vocal Play, polegający na imitowaniu głosami brzemienia instrumentów, m.in. perkusji, gitary czy trąbki. Podczas koncertu można było usłyszeć przeboje światowych wykonawców takich jak Sting, Naturally 7 czy Seal.

Na zakończenie wieczoru goście zostali poczęstowani specjalną nalewką, przygotowaną na tę okazję przez szpitalnych farmaceutów. Wieczorowi św. Łukasza towarzyszyły spotkania: Stowarzyszenia Dyrektorów Szpitali Klinicznych oraz Kierowników Komórek Organizacyjnych Uczelni Medycznych, odpowiedzialnych za sprawowanie nadzoru nad zakładami opieki zdrowotnej, a także konferencja IX Forum Szpitali Klinicznych.

Katarzyna Leśna

Sekcja Marketingu i Konferencji

Zdjęcia: Joanna Szymańska



Laureaci wyróżnienia Bono Servientis



Fotoreportaż

AudioFeels

fot. Joanna Szymańska



Dodatkowa motywacja

Z Elżbietą Dybowską, Dyrektorem Wydziału Zdrowia i Spraw Społecznych Urzędu Miasta – laureatką szpitalnej nagrody Bono Servienti 2010 rozmawiają Monika Dziamska i Szczepan Cofta.



Fot. Archiwum

Czy przyznanie nagrody „Bono Servienti” było dla Pani Dyrektor zaskoczeniem? Także z uwagi na fakt, że po raz pierwszy odznaczona została osoba niezwiązana z naszym Szpitalem za zasługi przekraczające ramy Szpitala.

Przyznanie wyróżnienia „Bono Servienti” było dla mnie ogromnym zaskoczeniem. Do tej pory towarzyszy mi z tego powodu onieśmienie. Niemniej przyjąłam je jako dowód uznania dla pracowników całego Wydziału Zdrowia i Spraw Społecznych, a przede wszystkim dla Władz Miasta, które decydują o przeznaczeniu środków finansowych na działania w obszarze profilaktyki i promocji zdrowia.

Jeśli w swej pracy zobligowana jest Pani „gorsetem” uzależnień administracyjnych, to w jaki sposób można pogodzić zachowanie dyscypliny urzędu z pomocą osobom chorym?

Sądzę, że odpowiedź na to pytanie Państwa rozczaruje. Niewątpliwie Urząd Miasta zobligowany jest do przestrzegania dyscypliny finansowej. Jednak z pozycji zajmowanego od kilkunastu lat stanowiska z-cy dyrektora WZiSS i proponowanych działań prozdrowotnych na rzecz mieszkańców Poznania w żadnej mierze nie mogę potwierdzić, iż w tym względzie narażona jestem na „gorset” uzależnień administracyjnych.

Już w pierwszej połowie lat 90-tych wypracowaliśmy procedury, które wykorzystujemy, proponując Prezydentowi Miasta, a później Radzie Miasta wydatki na określone działania prozdrowotne. Między innymi służy temu aktualizowany co 6 lat „Plan Zdrowotny

Miasta Poznania” – dokument zawierający priorytetowe kierunki działań, wytyczone na podstawie sytuacji epidemiologicznej oraz potrzeb zdrowotnych mieszkańców, sygnalizowanych przez nich samych. Ponadto wszystkie proponowane każdego roku programy profilaktyczne konsultowane są z radnymi z Komisji Polityki Społecznej i Zdrowia Rady Miasta Poznania.

W ostatnich latach na zadania, o których mowa, Miasto wydatkowało rocznie kwotę 4-5 mln zł, a programy skierowane do około 15 tys. beneficjentów, realizowane były zarówno przez samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej, jak i organizacje pozarządowe. Ponadto około 11-12 mln zł rocznie wydatkowanych jest na zadania z zakresu profilaktyki uzależnień.

W szczególności sposób w podejmowanych działaniach Miasto preferuje programy na rzecz dzieci i młodzieży. Przykładowo wspomnę, że dotyczyły one profilaktyki wzw typu B, próchnicy, choroby pneumokokowej, raka szyjki macicy. Natomiast wobec dorosłych mieszkańców Poznania proponowano projekty z zakresu profilaktyki onkologicznej, grypy, schorzeń układu krążenia, osteoporozy.

Szpital kliniczny to nie szpital miejski – w jaki sposób stara się Pani dbać o dobro pacjentów Poznania, którym służą szpitale kliniczne?

Nie ukrywam, że odpowiedź na to pytanie wydaje się być nieco kłopotliwa i być może nie do końca będzie odpowiedzią „na temat”. Dlatego w pierwszej kolejności pragnę zwrócić uwagę,

że pacjenci szpitali klinicznych – jeśli są mieszkańcami Poznania – mogli i mogą korzystać z całego wachlarza ofert, które przedstawiłam wcześniej. Muszę także wskazać na istotną rolę pracowników – w szczególności lekarzy specjalistów oraz kadry zarządzającej między innymi Szpitala Klinicznego Przemienienia Pańskiego, jak również niektórych jednostek organizacyjnych Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego, jaką odgrywają w inspirowaniu mnie do proponowania Władzom Miasta konkretnych programów. Wieloletnia, bardzo dobra i konkretna współpraca nie może być przeze mnie niezauważona i niedoceniona. Wspomnę chociażby wspólnie organizowane konferencje dotyczące promocji zdrowia czy współpracę podczas festynów zdrowotnych, jak również podczas realizacji programów profilaktycznych na rzecz dzieci. Za tę codzienną współpracę bardzo dziękuję.

Korzystając z możliwości podzielenia się swoimi przemyśleniami na łamach „Nowin Szpitalnych” pragnę gorąco podziękować Kierownictwu Szpitala Klinicznego Przemienienia Pańskiego oraz Kapitulie nagrody „Bono Servienti” za uhonorowanie mnie tak znaczącym wyróżnieniem. Jednocześnie chciałabym zacytować myśl Lwa Tolstoja: „W życiu jedynym sposobem na to żeby być szczęśliwym jest żyć dla innych”. Ta myśl towarzyszyła mi dotychczas w codziennej pracy zawodowej, a teraz dodatkową motywację upatrywać będę w przyznaniu wyróżnienia.



Od lewej: Dyrektor Jan Talaga, prof. Marek Jemielity, Beata Kozidrak

Fot. Sebastian Stefaniak

Pod koniec ubiegłego roku zespół Oddziału Kardiochirurgii odbył wigilijne spotkanie nie tylko we własnym gronie, ale także w obecności pięciu pacjentów, którzy pomyślnie przeszli w 2010 r. operację przeszczepu serca.

20 grudnia, przed spotkaniem przy wigilijnym stole, odbyła się konferencja prasowa z udziałem przedstawicieli mediów, podczas której prof. Marek Jemielity przedstawił historię transplantacji serca w naszym ośrodku. Szczególnie powitał obecnych na spotkaniu pacjentów: Pawła, Huberta, Pawła, Marię i Justynę. – *Nie mogę specjalnie nie przywitać gości, którzy są mojemu sercu najbliżsi – to są chorzy, którym wykonaliśmy pierwsze pięć transplantacji serca.* Słowa uznania i podziękowań zostały również skierowane do całego zespołu transplantacyjnego,

Sukces od serca

Dyrekcji oraz osób, które przyczyniły się do medycznego sukcesu kardiochirurgicznego w Wielkopolsce – także firm, które użyczyły śmigłowców do transportu organów. Z dumą ordynator zainaugurował działalność Fundacji Wspierania Rozwoju Transplantologii, działającej przy Klinice.

Poruszenie wśród pracowników Szpitala wzbudziła także informacja o tym, że na spotkanie przybędzie Beata Kozidrak z zespołem Bajm. Mimo niesprzyjających warunków pogodowych, napiętego grafiku grupy i przygotowań do wieczornego koncertu z okazji obchodzonego jubileuszu, zespół pojawił się w pełnym składzie.

Wokalistka podczas krótkiego wystąpienia wyraziła uznanie dla niezwyklej pracy całego grona lekarzy i pielęgniarek, którzy pozwalają pacjentom cieszyć się każdą chwilą na powrót odzyskanego życia.

Życzenia świąteczne złożył wszystkim zebrany Dyrektor Jan Talaga. Na zakończenie podsumował – *Przed nami kolejny rok – rok co najmniej kilkunastu przeszczepów serca. Jak los pozwoli koledzy pod wodzą Pana Profesora będą wykonywać z powodzeniem następne operacje, tak jak to było do tej pory.*

Symbolicznym zwieńczeniem całego roku wyjątkowej pracy były wykazy wielkopolskich naukowców dekady oraz wielkopolskich wydarzeń dekady opublikowane w wydaniu Głosu Wielkopolskiego z dnia 29 grudnia 2010 r.

W pierwszym z nich wyróżniono osobę profesora Marka Jemielitego, w drugim – pierwsze przeszczepy serca. To niezwykle sukces, którego pozazdrościć mógłby niejeden szpital w Polsce.

Monika Dziamska



Przegląd nowości

*P*ulmonologia pod koniec pierwszej dekady XXI wieku – pod takim hasłem odbyła się w Poznaniu, 2-4 grudnia 2010 r. II Ogólnopolska Konferencja Pulmonologiczna *Top Pulmonological Trends*. Jej organizatorami były: Katedra i Klinika Pulmonologii, Alergologii i Onkologii Pulmonologicznej Uniwersytetu Medycznego im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu, Stowarzyszenie Wspierania Pulmonologii Poznańskiej oraz wydawnictwo *Termedia*.

Do Centrum Kongresowego Międzynarodowych Targów Poznańskich przybyło ponad 500 osób, mimo wyjątkowo niesprzyjających warunków pogodowych – mrozu i śniegu, z powodu których wielu zostało uwiecznionych w pociągach czy na lotniskach.

Celem konferencji był przegląd nowości w diagnostyce i leczeniu chorób płuc. Jedną z bardziej interesujących sesji była Sesja: *Zdaniem ekspertów: co ciekawego wydarzyło się na najważniejszych światowych zjazdach naukowych w 2010 r.* Podczas niej prof. Jerzy Kruszewski i prof. Janusz Milanowski przekazali, o czym dyskutowano podczas Kongresu European Academy of Allergy and Clinical Immunology, American Thoracic Society, European Respiratory Society oraz podczas Zjazdu Society of Clinical Oncology. Sporym zainteresowaniem cieszyły się też warsztaty kliniczne o sarkoidozie.

Przewodnicząca Komitetu Naukowego prof. dr hab. Halina Batura-Gabryel wyraziła nadzieję, że wykłady i dyskusje, również kularowe, pomogą w codziennej pracy ambulatoryjnej i szpitalnej.

Anna Zatorska

W nowy rok Szpital Kliniczny *Przemienienia Pańskiego* UM w Poznaniu wkracza bogatszy w wysokiej klasy urządzenia diagnostyki obrazowej. Dwa tomografy komputerowe rozpoczynają właśnie pracę – jeden w nowym, oddanym do użytku budynku działu radiologii przy ul. Szamarzewskiego, drugi zaś w obiekcie przy ul. Długiej.

Operacyjny Infrastruktura i Środowisko, Priorytet: XII, Działanie: 12.2 „Inwestycje w infrastrukturę ochrony zdrowia o znaczeniu ponadregionalnym”.

Do rzędu równaj

Nowe, 64-rzędowe tomografy komputerowe wykonują badania całego ciała, umożliwiając akwizycję do 64 nienakładających się warstw badanego obszaru w czasie jednego pełnego obrotu układu lampy/detektor. Wielorzędowa spiralna tomografia komputerowa, dzięki zwiększeniu liczby elementów odbierających, daje większe możliwości diagnostyczne.

W praktyce klinicznej, zastosowanie technologii z wysoką rzędowością zdecydowanie zmniejsza ilość artefaktów (m.in. oddechowych), daje możliwość skanowania większego obszaru ciała podczas badania na jednym wstrzymaniu oddechu, a także uzyskania jak najcieńszych przekrojów ludzkiego ciała. Nowej jakości nabierają badania układu naczyniowego, umożliwiając postawienie dokładniejszego rozpoznania. 64-rzędowe tomografy zwiększają komfort badania, bowiem jego czas jest skrócony, a także wpływają na bezpieczeństwo z racji zredukowania dawki promieniowania. Dzięki nowoczesnemu oprogramowaniu możliwa jest precyzyjna obróbka obrazu po wykonanym badaniu.

Precyzyjna diagnoza

Jak ważna jest precyzyjna i czuła diagnostyka w trakcie leczenia wiedzą doskonale onkolodzy. Jeden z tomografów w dużej mierze wykorzystywany będzie dla pacjentów oddziałów onkologicznych: chemioterapii, hematologii, chirurgii i ginekologii onkologicznej oraz pulmonologii. Warto przypomnieć, że badanie tomografii komputerowej

Bogatsi w nowe obrazy

Fot. Patrycja Rakowska

Unijne wsparcie

Trudno dziś wyobrazić sobie nowoczesną diagnostykę bez wykorzystania wielorzędowej, spiralnej tomografii komputerowej. Jest to metoda ważna w rozpoznawaniu i monitorowaniu wielu schorzeń, a dla naszego Szpitala kluczowej roli nabiera w onkologii i chorobach sercowo-naczyniowych. Dotychczas użytkowane tomografy komputerowe były aparatami dzierżawionymi i przestarzałymi, dlatego podjęto decyzję o pozyskaniu środków i zakupie nowego sprzętu, spełniającego standardy diagnostyczne współczesnej medycyny. W wyniku procedury przetargowej dostarczono do Szpitala

Przemienienia Pańskiego dwa tomografy komputerowe, różniące się przede wszystkim oprogramowaniem, sprzętem i konsolami diagnostycznymi.

Urządzenie przy ul. Szamarzewskiego służyć będzie głównie onkologom, zaś sprzęt zamontowany przy ul. Długiej dedykowany jest przede wszystkim diagnostyce naczyniowej i kardiologicznej. Tomograf „onkologiczny” został zakupiony w ramach projektu *Wzrost jakości i dostępności diagnostyki obrazowej w Szpitalu Klinicznym Przemienienia Pańskiego UM w Poznaniu poprzez rozbudowę i zakup wyposażenia*, współfinansowanego ze środków UE w ramach Programu



Fot. Magdalena Grobelna

wymaga zatrzymania oddechu. W starych typach tomografu pacjent musiał wstrzymać oddech nawet na 30-40 sekund. Dzięki zastosowanym technologiom możliwe będzie skrócenie czasu badania do 3-4 sekund. Jest to szczególnie istotne w grupie pacjentów leczonych pulmonologicznie, gdzie występuje problem z zatrzymaniem oddechu podczas badania, a w konsekwencji uzyskiwane skany bywają niższej jakości. Tego typu zdarzeń będzie można teraz uniknąć. Ponadto przy wykorzystaniu aparatów wielorządowych możliwe jest wykonywanie badań tego samego regionu ciała w różnych fazach (np. tętniczej, wrotnej, żylniej, opóźnionej) – w specyficznych schorzeniach może to decydować o prawidłowym rozpoznaniu.

Inną, niezwykle istotną cechą aparatu TK „onkologicznego” jest zastosowanie specjalistycznego, unikalnego algorytmu ASIR – pozwala to obniżyć dawkę promieniowania, którą w czasie badania otrzymuje pacjent. Ze względu na odpowiednią ochronę radiologiczną jest to opcja ze wszech miar przydatna.

Z kolei wysoka rozdzielczość przestrzenna nowego sprzętu pozwala na precyzyjne skanowanie tkanek i uzyskiwanie obrazów stanowiących o sukcesie diagnostycznym.

Naczynia pod lupą

Wielorządowa spiralna tomografia komputerowa umożliwia wykonywanie badań naczyń krwionośnych o wyższej jakości w porównaniu do sprzętu użyt-



kowanego dotychczas. Po podaniu środka cieniującego można uzyskać wysokiej jakości obrazy angiograficzne.

Tzw. angio-CT jest badaniem radiologicznym łączącym zalety tomografii komputerowej z tradycyjną angiografią, rekonstruującym obraz nawet najmniejszych naczyń krwionośnych, w tym tętnic wieńcowych. Z otrzymanych skanów, przy pomocy lekarskiej stacji roboczej może także powstać trójwymiarowy model naczyń. Tomograf przy ul. Długiej posiada oprogramowanie do oceny tętnic wieńcowych z funkcjami: rozwinięcia wzdłuż linii centralnej naczynia, pomiaru średnicy, pola przekroju w płaszczyźnie prostopadłej, automatycznego wyznaczania stenoz. Konfiguracja tego tomografu stwarza duże możliwości dla diagnostyki chorób serca i naczyń. Z perspektywy kardiologii, zakupiony tomograf pozwala na zobrazowanie naczyń

wieńcowych, jam serca, zastawek czy osierdzia. Daje też możliwość wstępnej oceny frakcji wyrzutowej, czyli pomiaru kurczliwości.

Nowym zastosowaniem jest także ilościowa ocena stopnia uwapnienia naczyń wieńcowych, pozwalająca na określenie stopnia zaawansowania miażdżycy. Warto zaznaczyć, że posiadając taki sprzęt, przy jednoczesnym dostępie do rezonansu magnetycznego, stajemy się jednym z kluczowych ośrodków nieinwazyjnej diagnostyki kardiologicznej w Polsce.

Operacja tomograf

Nie lada wysiłku potrzeba było, by ważący 1,5 tony tomograf znalazł się w Pracowni Tomografii Komputerowej przy ul. Długiej.

Wirtualna anatomia

Coraz częściej standardem w diagnostyce staje się wirtualna diagnostyka, czyli wykorzystanie tomografu komputerowego do rekonstrukcji trójwymiarowych obrazów widzianych „od wewnątrz”. Zmniejsza to konieczność wykonywania klasycznych, inwazyjnych metod diagnostyki.

Każdy z nowych aparatów zapewnia wirtualną endoskopię z przekrojami w 3 głównych płaszczyznach. Najbardziej rozpoznawalnym badaniem jest w tym przypadku wirtualna kolonoskopia – metoda małoinwazyjna, szybsza i mniej kłopotliwa dla niektórych pacjentów. Opiera się na tomografii komputerowej, gdzie symulowany trójwymiarowy obraz prezentuje wewnętrzną powierzchnię ścian jelita grubego.

Rafał Staszewski

Z-ca Dyrektora ds. Administracji

Nowe Rozporządzenie

Ministra Zdrowia w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania

Z dniem 1 stycznia 2011 roku weszło w życie długo oczekiwanego *Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania*. Jest to trzecia regulacja w sprawie dokumentacji medycznej. Pierwsze rozporządzenie w sprawie dokumentacji medycznej straciło moc w wyniku wyroku Trybunału Konstytucyjnego z 2005 r., który uznał za niezgodne z konstytucją niektóre przepisy rozporządzenia. Drugie rozporządzenie wydane w 2006 r. utraciło moc z dniem 31 grudnia 2010 r., a jest to związane z przeniesieniem delegacji do jego wydania z dotychczasowej ustawy o zakładach opieki zdrowotnej do ustawy z 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i rzeczniku praw pacjenta.

Nowe rozporządzenie obejmuje swoimi regulacjami nie tylko zakłady opieki zdrowotnej, ale również wszystkie inne podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych, w tym praktyki lekarskie oraz praktyki pielęgniarek i położnych.

Poniżej wymienię najistotniejsze w mojej opinii zmiany, jakie nastąpiły w przepisach o prowadzeniu dokumentacji medycznej.

Istotną zmianą

w rozporządzeniu jest sprecyzowanie, iż osoba udzielająca świadczeń zdrowotnych w dokumentacji prowadzonej papierowo poświadczają dokonywanie wszystkich wpisów poprzez złożenie podpisu oraz przystawienie pieczętki, zawierającej tytuł zawodowy, uzyskane specjalizacje oraz numer prawa wykonywania zawodu.

Został usunięty, budzący liczne kontrowersje, zapis dotyczący pisemnego oświadczenia pacjenta o upoważnieniu do uzyskiwania dokumentacji medycznej

w przypadku jego śmierci. W nowym rozporządzeniu znalazł się zapis, że do dokumentacji pacjenta dołącza się oświadczenie pacjenta o upoważnieniu osoby bliskiej do uzyskiwania dokumentacji, ze wskazaniem imienia i nazwiska osoby upoważnionej albo oświadczenia o braku takiego upoważnienia.

Warto zwrócić uwagę

na zapis przepisów ogólnych, mówiący o konieczności numerowania stron dokumentacji medycznej (również stron wydruków dokumentacji prowadzonej w postaci elektronicznej), który prawdopodobnie będzie miał duże znaczenie w sensie praktycznym (kto i kiedy?).

Ponadto obowiązujące już rozporządzenie podaje, że na karcie informacyjnej z leczenia szpitalnego lekarz może wpisać łacińską nazwę choroby, ale tylko w przypadku jeśli pacjent nie życzy sobie informowania go o stanie jego zdrowia.

Warto wspomnieć, że rozporządzenie dopuszcza również w przypadku, gdy leczenie pacjenta wymaga wielokrotnego udzielania tego samego świadczenia zdrowotnego na tym samym oddziale, dokonywanie kolejnych wpisów w historii choroby założonej przy przyjęciu pacjenta po raz pierwszy.

To tylko mój subiektywny przegląd zmian. Zachęcam do lektury rozporządzenia. W najbliższym czasie nowe regulacje będą stanowiły podstawę do zaktualizowania zarządzenia wewnętrznego Dyrektora, dotyczącego zasad prowadzenia dokumentacji medycznej w naszym Szpitalu. Życzę miłej lektury i proszę oczekiwać zmian.

Anna Ruszczak
Kierownik Sekcji Organizacji



Fot. Monika Dziamska

W jednym kierunku

Dr Wanda Błęńska, znana powszechnie jako „Matka Trędowatych” i Dokta wśród swoich afrykańskich podopiecznych to dla dr Małgorzaty Pydy siostra jej babki i wzór lekarza. 100-letnia lekarka pracująca przez 42 lata w Ugandzie i lekarz kardiolog z naszego szpitala, Kierownik Pracowni Rezonansu Magnetycznego – dwie osobowości, które łączą więzy rodzinne i praca dla chorych.

O profesji lekarskiej i podejściu do pacjentów rozmawia Monika Dziamska.

Co zdecydowało o podjęciu decyzji, by zostać lekarzem?

Wanda Błęńska: Już od najmłodszych lat marzyłam o tym, żeby zostać lekarzem i leczyć ludzi. Moje zawodowe życie było tak naprawdę spełnieniem moich marzeń. Od razu po maturze zaczęłam studiować medycynę na Uniwersytecie Poznańskim. Byłam wtedy najmłodszą studentką – gro moich znajomych miało już rodziny i dzieci, a ja miałam dopiero 17 lat. Bardzo miło wspominam te lata nauki. Pamiętam, że wszyscy bali się anatomii z Profesorem Różyckim i że chirurgii uczyliśmy się od Franciszka Raszei.

Małgorzata Pyda: Do tego, by zostać lekarzem zainspirował mnie ojciec, który był radiologiem i oczywiście ciocia Wandzia, którą wszyscy w domu tak

nazywaliśmy i nazywamy do dziś. Tradycje rodzinne oraz nieustanna obecność medycyny w domu spowodowały, że nie bardzo widziałam innego sposobu na życie. Ojciec nie chciał się początkowo zgodzić, żebym studiowała medycynę, mówiąc, że dla kobiety to za trudny zawód. Będąc w liceum, aby sprawdzić czy mam do tego odpowiednie predyspozycje zażądałam od niego, aby pójść na sekcję zwłok. Wtedy, ten pierwszy szturm do zawodu się nie udał, ojciec szybko mi to wyperswadował i sekcji nie zobaczyłam.

Pamiętam, że jako dziecko miałam całą serię pluszowych misiów, którym podawałam zastrzyki, nastrzykując wodą przy pomocy igły ze strzykawką. Wszystkie potem gnily i były o to w domu awantury. Wspominam też zabawy z kliszami rentgenowskimi oraz

bardzo ważne dla mnie opowieści o cioci życiu i pracy w Afryce.

Stosunek pacjenta do lekarza nie zawsze jest pełen zaufania. Chorzy boją się białego fartucha.

WB: Przez całe moje życie widziałam wielu chorych, którzy się bali. Staralam się być ich towarzyszem, żeby złagodzić ich lęki oraz pomagać jako lekarz w zmniejszaniu ich cierpienia. Kiedy byłam naczelnym lekarzem w Bulubie bardzo wielu lekarzy z Europy przyjeżdżało, żeby zobaczyć tamtejszy szpital. Kiedy pokazywałam im swoich pacjentów chorych na trąd, bali się ich dotknąć, nie potrafili się do nich zbliżyć i ich zbadać. Mi udało się to pokonać, badałam swoich chorych bez obaw, w ten sposób wyrażałam do każdego z nich swój szacunek i pewnie dlatego mi ufali.



MP: Pacjent najczęściej obawia się kontaktu z lekarzem i zwykle podczas badania bardzo uważnie go obserwuje, zwracając uwagę na wszelkie szczegóły z jego zachowania. Chory uważnie obserwuje jego spojrzenia, ruchy, reakcje oraz to w jaki sposób i co do niego mówi. Wymaga, aby lekarz był całkowicie skoncentrowany na nim, zupełnie nie bierze pod uwagę, że może on mieć także jakiś własny problem. Pogodzenie tego nie zawsze jest łatwe.

Co zatem znaczy bycie dobrym lekarzem?

MP: Na to pytanie powinna odpowiedzieć ciocia, bo to ona była dobrym lekarzem. Oczekiwania pacjentów są różne, jedni wymagają fachowości, inni zrozumienia. Dobry lekarz powinien łączyć te cechy, powinien być mądrym i dobrym człowiekiem, a to już takie proste nie jest. Tacy są wśród nas. Z naj-

bliższego otoczenia mogę wymienić np.: dr Baszyńską i doc. Sarnowską.

WB: Tak, to wszystko jest konieczne. Trzeba mieć dużo aktualnej wiedzy, jeżeli chce się być dobrym lekarzem – trzeba stale czytać, studiować i podążać za rozwojem medycyny.

Dla mnie każdy chory, który był pod moją opieką, był kimś bliskim, komu nie tylko starałam się pomóc, ale także poświęcałam swój czas, myśli i troskę. Pacjenci obdarzali mnie za to sympatią i przywiązaniem, może dlatego, że czuli jak bardzo się staram. Może dlatego, przez te lata pracy nasze wzajemne relacje z pacjentami były bardzo bliskie. Pacjent, szczególnie ten najbardziej cierpiący, z łatwością rozpoznaje jaki stosunek ma do niego leczący go lekarz.

MP: Trzeba również posiadać pewne predyspozycje, żeby zostać lekarzem. To nie jest zawód, ale sposób na życie.

Pracować trzeba ciężko i to przez cały czas, praktycznie to nie ma chwili, aby móc powiedzieć: teraz mam przerwę i nikogo leczyć nie będę.

WB: Ja to nazywam powołaniem. Ja czułam, że muszę iść na medycynę. Kiedy pewnego razu ojciec pojechał ze mną do dziekana Wydziału Lekarskiego, powiedział, że pomimo mojego młodego wieku muszę mnie przyjąć, bo o niczym innym w życiu nie marzyłam. Jedno co mogę powiedzieć to to, że ja niezwykle pokochałam medycynę i dzięki temu, że pozostałam jej wierna, jestem teraz bardzo szczęśliwa.

Ale praca medyka często nie bywa łatwa.

MP: Ludzie często przenoszą swoje problemy na lekarza, który się nimi opiekuje i jak się trochę tego nagromadzi, to nie jest z tym lekko.

WB: Zawsze bardzo przeżywałam choroby pacjentów. Poza tym praca w Bulubie i Neyenga oraz w dystryktach Busoga i Buganda w Afryce nie była łatwa. Wcześniej w Toruniu też musieliśmy zmagać się z problemami. Wojna przyniosła ze sobą kolejne. Pamiętam, że jak do szpitala wpadali Niemcy, wybiegałam naprzeciw, żeby ich zatrzymać i odciągnąć od szpitalnej apteki, z której kradli leki przeznaczone dla naszych chorych.

Kim zatem dla lekarza jest pacjent?

WB: Moi pacjenci byli zawsze bardzo cierpiący, trzeba było się nimi osobiście opiekować, widywałam ich kilka razy dziennie, oni bardzo mnie przejmowali i w całości zaprzęтали moje myśli.



Fot. Archiwum rodzinne

W Ugandzie przeważnie byli to trędowaci, chorzy cierpiący na zapalenie płuc i choroby wywołane wielkim głodem. Będąc daleko od miasta spotykałam się ze wszystkimi możliwymi chorobami.

Małgorzata Pyda: W moim przypadku to chorzy ze ścisłej specjalizacji – kardiologii. Coraz częściej lekarze mają bardzo wąski odcinek zainteresowań i do pomocy bardzo specjalistyczną i skomplikowaną aparaturę. Ale pacjent to przede wszystkim człowiek oczekujący pomocy.

O rezonansie i innych urządzeniach ułatwiających diagnostykę w Afryce można było chyba tylko pomarzyć?

Wanda Błęńska: To prawda, w Afryce tak nie było. Teraz robimy olbrzymi postęp w nauce i wiedzy, mamy wiele dobrych środków i narzędzi do diagnostyki, które pomagają leczyć chorych.

MP: W Ugandzie leczenie polega na tym, że trzeba spojrzeć na pacjenta, sprawnie zbadać i dać lek, który go uzdrowi. To rzeczywiście wymaga bardzo dużego doświadczenia, wiedzy i łatwego kojarzenia faktów. W Europie mnożymy badania i koszty – to bardziej skomplikowane, ale i odhumanizowane. Przestaje się widzieć człowieka, widzi się kolejne badania i wyniki, a czasami nie wiadomo nawet, jak pacjent się nazwa i co myśli na temat swojej choroby.

Ciocia miała pacjenta, był trędowaty i miał zmienioną chorobą rękę – popatrzyła, dotknęła i dała lek, nawet mikroskop nie był jej czasem potrzebny.

WB: Mieliśmy za to miejscowego szamana, do którego wszyscy chodzili, bojąc się, że rzuci na nich klątwę.

Konkurencja?

WB: Ludzie bali się do niego nie iść. Szaman, który mieszkał niedaleko, miał bratanka i przysyłał go do nas jako studenta, żeby podpatrywał. Podbierał leki, a szaman dawał je swoim pacjentom. Moje podejście było takie, że jak ludzie i tak do niego muszą pójść, to niech on chociaż im pomoże. Oni w niego wierzyli. Poza tym był mądry, kiedy nie umiał kogoś wyleczyć, posyłał go do mnie.

MP: To współpracowała ciocia na co dzień z szamanem? Tej karty z życiorysu ciocia nigdy wcześniej nie ujawniała.

WB: Oficjalnie nie utrzymywaliśmy kontaktu.

Dobra diagnoza i powracające zdrowie pacjenta to pewnie największe szczęście

lekarza – wiemy jednak, że życie nie zawsze pisze tak szczęśliwe scenariusze.

WB: Opiekowałam się wieloma bardzo ciężko chorymi pacjentami, wielu z nich powracało do zdrowia. To najpiękniejsze momenty. Niezwykle się cieszyłam z każdego, który wymagał bardzo intensywnej opieki i odzyskiwał zdrowie. Przeciwnie, ale równie mocne uczucia towarzyszyły mi, kiedy pacjent umierał czy jego stan zdrowia znacząco się pogarszał. Lekarz zawsze wiąże z pacjentem.

MP: Czasami są takie sytuacje, że postęp choroby jest poza możliwościami leczenia i pacjent umiera. Lekarz bardzo często się z tym wszystkim utożsamia i odpowiedzialność za niepowodzenie bierze na siebie, w jakiś sposób analizuje i obwinia się. Dużą umiejętnością jest wypieranie niektórych faktów, które się zdarzają w życiu lekarskim. Są osoby, którym przychodzi to łatwiej, ale są też i takie, jak mój szef, który każde niepowodzenie leczenia pacjenta mocno przeżywa i analizuje.

Czy obcowanie z człowiekiem cierpiącym w znaczący sposób złobi rysy na charakterze i sposobie postrzegania świata?

MP: Przeżycia związane z leczeniem chorego człowieka zawsze są silne i nigdy nie mijają całkowicie bez śladu. Wydaje mi się, że lekarz nieco inaczej patrzy na drugiego człowieka – ma więcej tolerancji dla jego niedoskonałości i uważniej przygląda się ludziom. Właśnie tej cierpliwości obcowania z drugim człowiekiem nauczyłam się dzięki swojej pracy.

WB: Tak, tak, to prawda, dzięki swojej profesji nauczyłam się kochać ludzi. Pamiętam, jak w Edynburgu zgłosiłam się do tamtejszego szpitala, żeby pomagać. Kiedy odchodziłam otrzymałam podziękowanie, na którym widniały słowa: „Her attitude of patients was something legendary in our hospital”. A dla mnie moje postępowanie było normalne, a oni mi tak pięknie napisali, chyba nie musieli. Każdy lekarz, mając ciężko chorego pacjenta, poświęca mu swój czas – odwiedza go, w ciągu dnia często do niego zachodzi, żeby zobaczyć jak się ma. A tam tylko ja tak robiłam, może dlatego że odczuwałam niepokój i nie wiedziałam, co będzie dalej – inni lekarze z zespołu mieli zwyczaj spotykać się z pacjentami tylko podczas wizyt.

Co było najbardziej inspirujące w życiu dr Błęńskiej?

MP: Jak byłam młoda, nie pozwalano mi pojechać do Afryki. To co zakazane jest zawsze najbardziej atrakcyjne, więc coraz bardziej chciałam to zrealizować. Ciocia jest siostrą mojej babci, z którą miałam bardzo bliski kontakt i która bardzo wiele dla mnie znaczyła. Zawsze na bieżąco przekazywała mi, co się dzieje w Ugandzie. Pamiętam, że zawsze czekałam na te wiadomości.

Pięć lat temu razem pojechałyśmy do Buluby do ośrodka, który ciocia założyła i który nosi jej imię, gdzie sama przepracowała ponad 40 lat. Na jej miejscu pracowało wówczas 6 lekarzy – młodych, jeszcze niedoświadczonych, bardzo przejętych swoją pracą i ogromem zadań do wykonania. Dla cioci, po tych latach, wszystko było proste i oczywiste – to było niezwykle wymowne.

WB: Jak się ma za sobą tyle doświadczeń i jest się profesjonalistą w swojej dziedzinie, wykonywanie pracy jest łatwiejsze. Trzeba też kochać swój zawód i być gotowym poświęcić mu cały swój czas.

MP: A to jest już szczęście, które nie każdemu jest dane. Nie wiem czy można aż tak pokochać swój zawód? Chyba od początku trzeba dobrze trafić i znaleźć się we właściwym miejscu.

WB: Ale też trzeba chcieć włożyć w to własne pragnienia – od dziecka wiedziałam, że będę lekarzem i nim byłam. To jakiś wewnętrzny głos. I jeśli się za nim idzie nie można nie być szczęśliwym.

MP: Powracając jeszcze do naszej wspólnej wizyty w Afryce, niezwykle wrażliwie zrobiło na mnie, jak wszyscy z podziwem i atencją witali ponownie ciocię. Widać było, że sens pracy i jej obecności w tym miejscu ciągle jeszcze były dla nich bardzo ważne. Po kilkunastu latach wszyscy ją witali, jakby wyjechała dzień wcześniej. Pacjenci pamiętali ją, poznawali, wyciągali ręce i kłaniali się – to było poruszające przeżycie.

Czy jest w Pani doktor tęsknota za Afryką i jej ludźmi?

WB: To jest trudne pytanie. Gdyby była we mnie wielka tęsknota, to jeszcze chciałabym tam być, a ja uważałam, że swoje już zrobiłam i jest czas na innych.

MP: To niezwykła umiejętność, żeby w pewnym momencie powiedzieć, że się swoje zrobiło i umieć odejść. To nie jest łatwe, wielu wydaje się, że są niezastąpieni. Umiejętność zaakceptowania tego, że po nas przyjdą młodszy, lepsi i sprawniejsi jest niebywale trudna. ■

Rola miedzi w profilaktyce zakażeń

Nowe rozwiązania dla higieny szpitalnej

26 października w Centrum Kongresowo-Dydaktycznym UM w Poznaniu, odbyła się Międzynarodowa Konferencja Naukowa poświęcona profilaktyce zakażeń szpitalnych, po której prelegenci odpowiadali na pytania przybyłych dziennikarzy i osób zainteresowanych powyższą problematyką.

Wymiana doświadczeń

Szczególnym zainteresowaniem cieszyło się wystąpienie prof. T. S. J. Elliott'a – konsultanta ds. Mikrobiologii Szpitala Uniwersyteckiego w Birmingham oraz prof. Keevil'a – mikrobiologa z Uniwersytetu Southampton, którzy dzielili się swoimi doświadczeniami w zakresie wyników badań nad bakteriobójczą rolą miedzi w przeciwdziałaniu patogenom szpitalnym, np. MRSA czy *Clostridium difficile*.

Na skórze ludzkiej znajduje się wiele mikroorganizmów, które mogą być przenoszone między pacjentami przez personel medyczny (nie przestrzegający obowiązkowych w tym zakresie procedur) szczególnie drogą kontaktową: przez dotykanie (ręce), narzędzia, sprzęt medyczny. Istotne zatem jest zapewnienie, aby w otoczeniu pacjentów, była jak najmniejsza liczba organizmów chorobotwórczych stanowiących potencjalne ryzyko zakażenia.

Oddział w miedzi

Szpital Selly Oak w Birmingham w Wielkiej Brytanii, podobnie jak wiele innych szpitali w Europie boryka się z problemem, jakim jest walka ze szczególnie opornymi na leczenie bakteriami (np. MRSA). W celu redukcji ryzyka kontaminacji drobnoustrojami chorobotwórczymi, na jednym z ogólnych oddziałów tego szpitala, wymieniono na miedziane klamki oraz tabliczki dotykowe na drzwiach, a także krany i inne urządzenia sanitarne wykonane standardowo ze stali nierdzewnej. Długopisy używane przez personel medyczny, wykonane zostały z mosiądzu.

Przeprowadzone przez prof. Elliott'a i Keevil'a badania wykazały bowiem, że

miedź ma silne właściwości przeciwdrobnoustrojowe niszczące nawet wyjątkowo odporne bakterie.

Prowadzone badania dowiodły, że skupiska bakterii MRSA, które do tej pory mogły przetrwać na powierzchniach do 3 dni, w kontakcie z miedzią eliminowane są w ciągu 45 minut. Nie wielkie zaś skupiska MRSA na powierzchniach miedzianych w szpitalu, nie są w stanie przetrwać dłużej niż 15 minut.

Potwierdzenie skuteczności

Mimo iż badania nad bakteriobójczymi właściwościami miedzi nie są prowadzone na szeroką skalę (jak do tej pory, poza Wielką Brytanią zajmują się nimi środki w USA, Niemczech i Japonii), to potwierdzają jednak jej skuteczność w inaktywacji drobnoustrojów chorobotwórczych występujących w środowisku szpitalnym. Obecnie dane z przeprowadzonych badań klinicznych nie są jeszcze na tyle wystarczające, aby móc z całą pewnością stwierdzić kluczową rolę miedzi w redukcji zakażeń szpitalnych.

Maria Jax

Pielęgniarka epidemiologiczna
Seksja ds. Kontroli Zakażeń Szpitalnych

Rodzinna atmosfera

Reportaż z jubileuszu 1000 przeszczepów i 20 lat doświadczeń w transplantacji komórek krwiotwórczych w Klinice Hematologii.

W dniach 14 i 15 października 2010 r. odbyły się uroczystości jubileuszowe objęte honorowym patronatem przez Minister Zdrowia Panią Ewę Kopacz, Marszałka Województwa Wielkopolskiego Pana Marka Woźniaka oraz Jego Magnificencję Rektora Uniwersytetu Medycznego Pana prof. dr hab. Jacka Wysockiego.



W Gali z okazji Jubileuszu wzięli udział pacjenci po transplantacji, a także ci, dzięki którym prowadzenie takiego leczenia było i jest możliwe. Byli więc oficjalni goście, przedstawiciele władz Miasta, Uczelni i Szpitala Klinicznego *Przemienienia Pańskiego* UM, kierownicy Ośrodków Transplantacyjnych i Hematologicznych z całej Polski oraz Jednostek współpracujących.

Gości Gali powitał Przewodniczący Komitetu Organizacyjnego, kierownik Kliniki Hematologii prof. dr hab. Mieczysław Komarnicki. Historię 20-letniej działalności transplantacyjnej zainaugurowanej przez Pana prof. dr hab. med. Janusza Hansza przedstawiła dr med. Lidia Gil.



W części oficjalnej nie zabrakło wzruszających wspomnień pacjentów. Podziękowania na ręce prof. Janusza Hansza, kierownika Kliniki Hematologii do 2002 roku oraz prof. Mieczysława Komarnickiego, kierownika Kliniki od 2002 r. złożyła Pani Regina Daniel, Prezes Stowarzyszenia na Rzecz Rozwoju Transplantacji Szpiku.

Pacjenci, będący pod opieką Kliniki Hematologii pochodzą z całej Polski. Na Gali często rozpoczynający leczenie na początku lat 90. przeplatani się z leczonymi obecnie. Atmosfera była niemal rodzinna. Uroczysty Dzień dla pacjentów i pracowników Kliniki rozpoczął się już przed południem wspólną mszą św. Zdjęcie w trakcie Gali, przez niektórych nazwane rodzinnym, nie zakończyło wzajemnych spotkań i rozmów.



Jubileusz uświetniła Orkiestra Reprezentacyjna Sił Powietrznych RP pod dyрекcją majora Pawła Joksa oraz występ Waldemara Malickiego.





Święto Kliniki, która od początku swojego istnienia służyła i służy pomocą pacjentom Wielkopolski i innych regionów Polski była okazją do wymiany doświadczeń.

W dniu 15 października odbyła się konferencja naukowo-szkoleniowa poświęcona wybranym problemom współczesnej transplantologii, w tym roku głównie tematyce związanej z transplantacją u chorych na szpiczaka mnogiego.

Jubileusz Kliniki Hematologii mógł odbyć się dzięki wieloletniej wyłożonej pracy bardzo dużej liczby osób bezpośrednio i pośrednio zaangażowanych w leczenie chorych z chorobami

krwi, jak również dzięki pracy Komitetu Organizacyjnego pod przewodnictwem prof. Mieczysława Komarnickiego w składzie: Maria Kozłowska-Skrzypczak (sekretarz), Anna Czyż, Lidia Gil, Monika Joks, Maciej Kaźmierczak, Anna Łojko-Dankowska, Magdalena Matuszak, Adam Nowicki, Krzysztof Sawiński oraz współorganizatorowi firmie Gradatim.

Dr hab. n. med. Maria Kozłowska-Skrzypczak

Zdjęcia: dr n. med. inż. Michał Gniot

Pełne zabezpieczenie

Na pierwszy tydzień października pracownicy Sekcji Energetycznej czekali od dłuższego czasu. Instalacja tlenowa funkcjonująca od ponad 20 lat w obiekcie Szpitala przy ul. Długiej oraz o 5 lat krócej instalacja



Maksymalną mobilizację wykazali konserwatorzy instalacji energetycznych i gazów medycznych – Tomasz Kobus i Jerzy Buliński (od lewej)

Fot. Andrzej Juszczyk

lacja próżniowa (VAC) wymagały gruntownej modernizacji. Prace rozpoczęły się z początkiem miesiąca.

Nowa instalacja gazów medycznych to przede wszystkim bezpieczeństwo naszych pacjentów. Dotychczasowy układ nie zabezpieczał bezprzerwowej dostawy tlenu medycznego, jak również próżni VAC w przypadkach awaryjnych. Obecnie instalacja gwarantuje ciągłą dostawę gazów medycznych do wszystkich jednostek obiektu przy ul. Długiej, co zagwarantuje komfortowe zabezpieczenie pacjenta.

Zakres prac obejmował modernizację rozprężalni butli tlenu medycznego, stanowiącego rezerwowe źródło zasilania w tlen medyczny w przypadku awarii zasilania ze zbiornika kriogenicznego. Ponadto zabudowano i uruchomiono drugi agregat próżniowy, który znacząco poprawił wydajność instalacji próżniowej (VAC), stanowiąc jednocześnie rezerwowe źródło zasilania.

Zakończenie prac i uruchomienie instalacji odbyło się w dniu 8 października przy zabezpieczeniu pacjentów w ciągłą dostawę gazów medycznych.

Andrzej Juszczyk
Główny Energetyk



Medyczne kolędowanie

Zdjęcia: Patrycja Rakowska

Inicjatywa wspólnego kolędowania spotkała się z aprobatą nie tylko środowiska medycznego, ale także mieszkańców Poznania. 14 stycznia w Kościele *Przemienienia Pańskiego* przy Placu Bernardyńskim odbył się koncert „Medyczne kolędowanie” Chóru Zamku Kórnickiego *Castellum Cantans* pod dyrekcją prof.

Marka Gandeckiego, który uświetnił piątkowy wieczór i nadał rangę wyjątkowemu spotkaniu.

Obecni na koncercie, także pacjenci szpitala, wysłuchali kilkunastu kolęd, by na końcu włączyć się we wspólny śpiew. Poszczególne jego części przeplatane były poezją Krzysztofa Kamila

Baczyńskiego, Jana Kasprowicza oraz ks. Jana Twardowskiego, recytowaną przez aktora Teatru Nowego w Poznaniu Grzegorza Chołuję.

Po koncercie przybyli goście zostali obdarowani piątym już wydaniem szpitalnego kalendarza.

Monika Dziamska



REDAKCJA
ul. Długa 1/2, 61-848 Poznań
tel. (0 61) 854-91-21, fax (0 61) 852-94-72
szpital@skpp.edu.pl

Zespół redakcyjny:
Halina Bogusz, Szczepan Cofa,
Monika Dziamska (redaktor prowadzący),
Zofia Owecka, Rafał Staszewski

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

Dział Marketingu i Reklamy:
Patrycja Rakowska, tel. (0 61) 854-91-90
patrycja.rakowska@skpp.edu.pl

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.