

ISSN 1643-0980

nowiny szpitalne

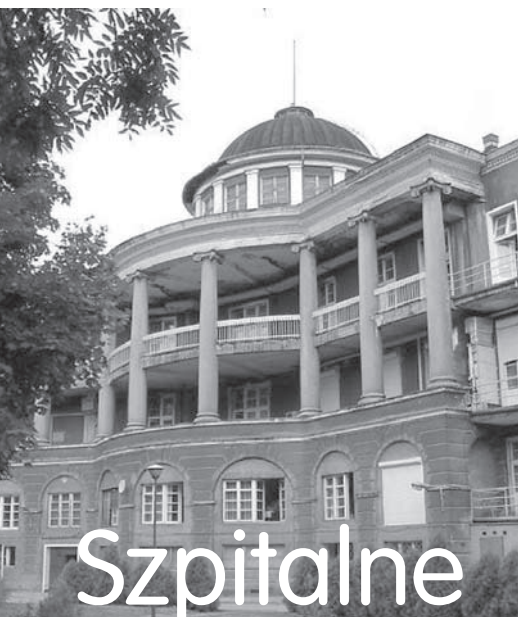


SZPITALE: UL. DŁUGA 1/2 • UL. ŁĄKOWA 1/2 • UL. SZAMARZEWSKIEGO 82/84 • HOSPICJUM PALIUM – OS. RUSA 25A

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

NR 2 (56)
Rok XI
LUTY – MAJ 2011

biała sobota	4
rozwój szpitala	6
zostać dawcą	8
gospodarka krwią	11
szpital w liczbach	14
konsultanci wojewódzcy	18
niezwykła idea	22
zdarzenia niepożądane	24



Szpitalne kalendarium

• W ostatnich miesiącach powraca w rozmowach Dyrekcji Szpitala z Zarządem Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia temat okulistyki dziecięcej.

• W dniach 1 marca, 5 kwietnia i 10 maja odbyły się kolejne spotkania zespołów ds. list oczekujących i dokumentacji medycznej, podczas których przeanalizowano monitorowanie list oczekujących w ostatnich miesiącach.

• 14 lutego na spotkaniu Rady Medycznej, w kontekście comiesięcznego cyklu problematycznego, pochyłono się nad zagadnieniem działalności endowaskularnej w naszym Szpitalu. Poinformowano również o powołaniu na funkcję Pełnomocnika ds. Praw Pacjenta i Kombatantów pani mgr Anny Ruszczyk oraz mgr Moniki Dziamskiej.

• Na zebraniu Zespołu ds. Badań Klinicznych w dniu 15 lutego poddano ocenie zgłoszone do Szpitala badania kliniczne oraz omówiono bieżące sprawy związane z prowadzeniem badań w Szpitalu.

• Kolejne zebranie Rady Medycznej miało miejsce 14

marca. Podczas spotkania, w ramach cyklu zagadnień problematycznych, prof. Robert Juszkat przedstawił nowe możliwości diagnostyki obrazowej. Została zaprezentowana także Procedura przyjęcia pacjenta do szpitala.

• W dniu 16 marca odbyło się spotkanie Zarządu Stowarzyszenia Bono Serviamus, na którym przyjęto sprawozdanie finansowe za rok 2010 oraz plan finansowy na rok 2011.

• 30 marca odbyło się spotkanie Związków Zawodowych z Dyrekcją Szpitala.

• Z okazji Światowego Dnia Zdrowia – 7 kwietnia – Sekcja Organizacji prowadziła akcję informacyjną, dotyczącą podpisywania oświadczeń woli – wyrażających zgodę na pobranie po śmierci tkanek i narządów do transplantacji, w celu ratowania życia i zdrowia innym. Akcja dedykowana była osobom, które chciałyby za życia wyrazić chęć niesienia pomocy chorym potrzebującym przeszczepów. Oświadczenie woli podpisały 72 osoby.



Monografia

Tegoroczne lato zapowiada gorący czas przenosin. Opuścimy budynek przy ul. Łąkowej dokładnie w setną rocznicę funkcjonowania szpitala w tej lokalizacji.

Jubileusz i przeprowadzka zainspirowały nas do tego, by przygotować monografię poświęconą dziejom tego obiektu.

Zachęcamy Państwa do zgłaszania swoich pomysłów i sugestii, dotyczących wielokierunkowego i rzetelnego opracowania publikacji oraz przesyłania wspomnień związanych z działalnością naszego szpitala przy ul. Łąkowej na adres: s.cofta@gmail.com lub halina.bogusz@skpp.edu.pl.

Mamy nadzieję, że wspólnie uda nam się zachować pamięć o przeszłości.

Redakcja

Fot. Martyna Skrzypińska

Drożej Koleżance
Pani Krystynie Kutny
Pielęgniarce Oddziałowej
Oddziału Chirurgii Onkologicznej

wyrazy głębokiego współczucia
z powodu śmierci

Ojca

składają
Współpracownicy Oddziału Chirurgii
Onkologicznej

• 11 kwietnia odbyła się comiesięczna Rada Medyczna. Tematem przewodnim tym razem były możliwości postępowania kardiologicznego w zakresie elektrofizjologii. Omówiono także wnioski, wynikające z ogniska epidemicznego grypy, które zaistniało w naszym Szpitalu w marcu tego roku.

• Po raz kolejny 19 kwietnia odbyło się spotkanie Rady Społecznej Szpitala. Podczas spotkania opiniowana była m.in. aktualizacja planu rzeczowo-finansowego, a także zmiany organizacyjne związane z przenosinami oddziałów onkologicznych do nowego budynku przy ulicy Szamarzewskiego.

• 9 maja odbyła się Rada Medyczna, której tematem przewodnim była działalność w zakresie chemioterapii. Ponadto Z-ca Dyrektora ds. Ekonomicznych i Eksploatacyjnych Piotr Bogacz przedstawił harmonogram przenosin jednostek z budynku przy ul. Łąkowej do obiektu przy ul. Szamarzewskiego.

• Krajowa Izba Diagnostów Laboratoryjnych oraz Kapituła Zaufania „Złoty Otis” zainicjowały ogólnopolską, społeczną akcję profilaktyczną „Nie Mam HCV”. 9 i 10 maja w Laboratorium nr 1 przy ul. Długiej prowadzone były bezpłatne badania przesiewowe w kierunku HCV (wirusowe zapalenie wątroby typu C). Wykonano 86 testów.

Opracowanie
Natalia Wnuk



Stacja „Spółka”

Pociąg „SK Przemienienia Pańskiego” wydaje się w ekspresowym tempie zbliżać do stacji „Spółka”.

W związku z niezwykle liberalną – życzliwą dla Pacjentów i Pracowników – strategią postępowania, nasz Szpital niestety w ostatnim czasie przynosi straty i nabiera zadłużenia. Wynika to m.in. ze wzrostu cen leków i wyrobów medycznych, a także wykonywania świadczeń ponad wartość kontraktu dla pacjentów, którzy tego potrzebują.

Jeżeli nie uda się tego zjawiska opanować i osiągnąć dodatniego wyniku finansowego można z dużym prawdopodobieństwem powiedzieć, że już w roku 2013 nasz Szpital będzie działał jako spółka prawa handlowego (patrz:

Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 o działalności leczniczej, podpisana przez Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej).

Dyrekcja i mam nadzieję wszyscy Pracownicy, a zwłaszcza kadra kierownicza będzie dokładać wszelkich starań, by osiągnąć dodatni wynik finansowy bez uszczerbku na zdrowiu naszych pacjentów. Jest to obecnie priorytetowy cel i zadanie, stojące przed całym Szpitalem. Jeżeli się to nie uda, czeka nas bardzo ciężki i trudny do przewidzenia w swoich konsekwencjach proces transformacji w spółkę, która głównie będzie rządziła się prawami ekonomicznymi,

co może nie zawsze iść w parze z obecnymi zadaniami statutowymi szpitala uniwersyteckiego.

W lipcu i sierpniu czeka nas jeszcze droga pociągiem pośpiesznym – szybka i sprawna przeprowadzka oddziałów z budynku przy ul. Łąkowej do obiektu przy ul. Szamarzewskiego.

Na szczęście między dwoma podróżami będzie wakacyjna przesiadka, na czas której Dyrekcja życzy całej Załodze miłego i udanego wypoczynku.

Jan Talaga

Dyrektor Naczelny Szpitala



Nasze pyry białe i czarne

W ostatnich kilku tygodniach nasze sprawy szpitalne były przedmiotem szczególnych medialnych doniesień. Spotykaliśmy się ze skrajnymi ocenami, pyry przyznawali nam dwukrotnie dziennikarze Gazety Wyborczej. Takie ukazywanie nas – pozytywne czy negatywne – powinno wywołać refleksję. Choć można kontestować przyznawane oceny, to jednak warto dowiedzieć się, w jaki sposób postrzegają nas przypatrujący się z boku.

Pyry białe

Trzeba cieszyć się więc pyrami białymi, na które zasłużyli inicjatorzy strony internetowej z *Hospicjum Palium* dla bliskich opiekujących się chorymi w warunkach domowych. Strona www.opiekawdomu.info ma się stawać narzędziem pomocnym w organizacji i wsparciu dla wszystkich, stojących przed koniecznością podjęcia opieki pozaszpitalnej.

Ta inicjatywa powinna być także swego rodzaju wyzwaniem dla przebudowania naszej szpitalnej świadomości wagi internetu, jako narzędzia wspo-

magającego i porządkującego naszą pracę. Wypada wspomnieć o stającym przed nami zadaniu, które zostało zapoczątkowane, a jakim jest gruntowna przebudowa naszego szpitalnego intranetu i internetu. Jego kształt będzie zależał od naszej aktywności. Sprawne narzędzia informatyczne muszą stawać się ośnową naszej szpitalnej sprawności organizacyjnej w przyszłości.

Pyry czarne

Wiele do myślenia powinny nam dawać także i otrzymane pyry czarne, jakkolwiek byśmy je kontestowali. Odpowiedź powinna nie być reakcją „kto

nam to zrobił”, lecz raczej auto-rewizja. Chociażby nad tym, w jaki sposób utożsamiamy swoje dobro osobiste z dobrem szpitala. Wcale nie powinno to dotyczyć wyłącznie naszego wymiaru okulistycznego. I nawet niekoniecznie w pierwszym rzędzie ważna jest refleksja nad zasadą unikania działań konkurencyjnych, które w tych miesiącach powinny być – w sposób możliwie rozsądny – w naszym gronie rozpatrywane. Czy szpital staje się miejscem, w którym się realizujemy i – dodając swoje zaangażowanie – współtworzy-

(dokończenie na str. 5)



Fot. Monika Dziamska



Biała Sobota – Szpital Miastu

Z otwartym sercem dla poznaniaków

W sobotę 21 maja 2011 r. w Szpitalu Klinicznym *Przemienienia Pańskiego* UM w Poznaniu odbyła się akcja profilaktyczna pod nazwą *Biała Sobota – Szpital Miastu*. Podobnie, jak w ubiegłym roku przedsięwzięcie zorganizowano w ramach obchodów Święta Placu Bernardyńskiego, we współpracy ze Stowarzyszeniem *Bono Serviamus* oraz Klasztorem Franciszkanów przy Placu Bernardyńskim.

Mieszkańcy Poznania i okolic, po wcześniejszej rejestracji, skorzystali

z bezpłatnych konsultacji lekarskich: internistycznych, kardiologicznych oraz z zakresu chirurgii naczyni. Ze względu na specjalistyczny charakter Szpitala powyższe działania dedykowano określonej grupie pacjentów.



Osoby biorące udział w pikniku zdrowotnym mogły ponadto wykonać szereg badań laboratoryjnych, EKG, zmierzyć ciśnienie wewnętrzzgławkowe oka, wykonać badanie spirometryczne oraz skonsultować jego wynik ze specjalistą z zakresu pulmonologii. Z konsultacji oraz badań laboratoryjnych skorzystało ponad 200 osób, a w samą

akcję zaangażowało się około 70 pracowników Szpitala.

Podczas pikniku dużym powodzeniem cieszyły się badania poziomu tlenu węgla w wydychanym powietrzu, wykonywane przez pracowników Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Poznaniu, a także możliwość uzyskania danych dostępnych do Zdrowotnego Informatora Pacjenta NFZ. Nie lada gratką okazała się możliwość skorzystania z porad dietetycznych, pomiarów antropometrycznych oraz zdrowego poczęstunku w formie sałatek i surówek. W sobotę nie zabrakło również osób chętnych do oddania krwi w ambulansie Regionalnego Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa.

Akcja, która odbyła się pod patronatem medialnym Głosu Wielkopolskiego, Telewizji WTK i portalu e-poznan spotkała się z ogromnym zainteresowaniem, co świadczy o tym, że otwarcie Szpitala na potrzeby mieszkańców Poznania było trafnym przedsięwzięciem.

Daria Szaj

Sekcja Marketingu i Konferencji



Charytatywnie

W dniu 16 kwietnia br. o godz. 18.00 w kościele pw. Matki Boskiej Bolesnej w Poznaniu odbył się koncert charytatywny na rzecz rodziny poszkodowanej w tragicznym w skutkach pożarze, który miał miejsce 16 lutego br. w Puszczykowie.

Koncert zgromadził liczne grono przyjaciół i znajomych poszkodowanej

rodziny, a także szerokie grono słuchaczy zainteresowanych muzyką pasyjną. Wielokrotnie w kościele Matki Boskiej Bolesnej zabrzmiały gromkie oklaski, by w ten sposób uhonorować występ znakomitego zespołu wokalnego „Affabre Concinui”.

Słuchacze docenili także kunszt dwóch wybitnych artystek wspierających to charytatywne dzieło: grającej na gitarze klasycznej Anny Borkowskiej oraz śpiewającej Izabeli Wojtasz. Dochód z koncertu został w całości

przekazany rodzinie poszkodowanej w pożarze.

lek. med. Karolina Hoffmann

Istnieje możliwość pomocy finansowej poszkodowanej rodzinie. Wpłaty można kierować na konto:

Magdalena Szczepaniak,
ul. 3 maja 10, 62-040, Puszczykowo

nr konta bankowego:

31 1020 4027 0000 1902 0140 7774

Czas na zmianę

Już niedługo powstaną nowe strony internetowa i intranetowa Szpitala. Zmiana będzie diametralna, dlatego zachęcamy wszystkich Pracowników do zaangażowania i włączenia się w tworzenie nowego projektu.

Prosimy o przekazywanie sugestii do Sekcji Marketingu i Konferencji, dotyczących informacji, jakie powinny znaleźć się na stronach, aby zapewnić organizacyjną sprawność. Mamy nadzieję, że niebawem nasz Szpital będzie miał nowoczesną i funkcjonalną wizytówkę na stronach www.

Redakcja

Szpital Kliniczny Przemienienia Pańskiego
Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu
ul. Długa 1/2, 61-848 Poznań tel. (61) 854 90 00 fax. (61) 852 94 72

ul. Długa 1/2, ul. Łąkowa 1/2, ul. Szamarzewskiego 84, os. Rusa 2

O nas
Dokumenty Organizacyjne Szpitala
Jednostki szpitala
Działalność szpitala
UM w Szpitalu
Aktualności
Forum szpitali klinicznych
Wieczór św. Łukasza
Dla pacjenta
Dla pracowników
Kontakt
Bono Serviamus
Badania Kliniczne
Nowiny Szpitalne
Praca

konferencja
TOMOGRAFIA KOMPUTEROWA
w praktyce klinicznej chorób sercowo-naczyniowych i onkologicznych
Poznań, Pałac Górków, 14 czerwca 2011

OKIEM NACZELNEGO LEKARZA SZPITALA

(dokończenie ze str. 3)

my jego rzeczywistość skutecznej opieki nad człowiekiem chorym? Czy też organizm szpitalny staje się partnerem do ogrania – w różnoraki wymyślny sposób – za wszelką cenę? Profesor Stefan Grajek sympatycznie nazywa to „trykaniem szpitala”.

Niezwykle istotne jest także dokonywanie weryfikacji czy umiemy tworzyć rozwiązywać problemy, czy raczej stajemy okoniem i mnożymy trudności. Wszyscy jesteśmy po to, by szukać najlepszych rozwiązań i proponować rozsądne przestrzenie działania.

Wielkopolska logika

Pyry są wyróżnikiem bardzo wielkopolskim. Nasz region słynie z ziem-

niaków, ale także – choćby nawet zwyczajowo – z gospodarskiego podejścia i oszczędnego działania. Cieszyłbym się, gdybyśmy zasłużyli na białe pyry, gdy podejmujemy refleksję nad oszczędnym sposobem diagnozowania czy leczenia. Wcale nie ze szkodą dla pacjentów, lecz – zachowując dobry standard postępowania – unikając działań nieracjonalnych.

Na przykład wymuszając sposób funkcjonowania oddziału według kryterium niezbyt logicznych rozwiązań organizacyjnych, zlecając badania laboratoryjne w sposób ekstensywnie rozrzućny (i dokuczliwy dla pacjentów), stosując wyroby medyczne czy leki przy braku poszanowania dla reguł ekonomicznie logicznego działania, źle organizując czas pracy i zadania poszczególnych pracowników w jednost-

kach. To takie bezdroża wywołują retorsje administracyjne i zachęcają w wielu szpitalach do zaostrzania kursów w zarządzaniu, choćby z instalacją „kasowników” do odmierzania czasu pracy.

Warto, byśmy wiedli prym naszymi gospodarskimi – w dobrej tradycji wielkopolskiej – działaniami. **By okazywało się, że podstawowym sposobem zarządzania są nie działania restrykcyjne, ile szanowanie przestrzeni wzajemnego zaufania.** Choć wiara ta w praktyce codziennej nieraz ulega podważeniu, w swoim osobistym doświadczeniu nie doznałem jeszcze zupełnego zwątpienia.

Szczepan Cofta
Naczelný Lekarz Szpitala

Brukselski niezbędnik



Mgr Beata Sypniewska spędziła wiele czasu nad przygotowaniem sprawozdań z realizacji projektu oraz bieżącej dokumentacji



Dr Dariusz Popławski był autorem medycznych założeń projektu



Jolanta Stachowiak przygotowała i przeprowadziła postępowania o udzielenie zamówień publicznych, Irena Usowicz koordynowała prace budowlane



Mgr Patrycja Rakowska zajmowała się promocją projektu

Dobiega końca realizacja kolejnego projektu współfinansowanego ze środków Unii Europejskiej. Projekt wart blisko 10 mln zł umożliwił rozwój zaplecza diagnostyki obrazowej w rozbudowanym obiekcie Szpitala przy ul. Szamarzewskiego. Diagnostyka obrazowa to dziś nieodzowny element codziennej pracy lekarskiej. To niezbędny każdej lecznicy. Dla Szpitala Klinicznego *Przemienienia Pańskiego* ma szczególne znaczenie – dzięki nowoczesnej diagnostyce, można będzie w pełni wykorzystać potencjał oddziałów onkologicznych, których część niebawem przeniesie się do kompleksu akademickiej medycyny przy ul. Szamarzewskiego.

Spójna koncepcja

W ramach zrealizowanego projektu „Wzrost jakości i dostępności obrazowej w Szpitalu Klinicznym *Przemienienia Pańskiego* UM w Poznaniu poprzez rozbudowę i zakup wyposażenia w ramach działania 12.2 Inwestycje w infrastrukturze ochrony zdrowia o znaczeniu ponadregionalnym na lata 2007-2013 priorytetu XII – Bezpieczeństwo zdrowotne i poprawa efektywności systemu ochrony zdrowia Programu Operacyjnego Infrastruktura i Środowiska 2007-2013” dokonano adaptacji i unowocześnienia Działu Radiologii Klinicznej. Idea projektu zakładała trzy komponenty: rozbudowę obiektu szpitalnego, zakup sprzętu diagnostyki obrazowej oraz ucyfrowienie sprzętu radiologicznego. Bez rozwoju zaplecza lokalowego trudno byłoby zapewnić odpowiednią dostępność do badań. Ucyfrowienie posiadanego sprzętu daje szansę na ujęcie całej diagnostyki obrazowej danego pacjenta w elektronicznej historii choroby. Nie tylko zmniejsza to koszty (poprzez rezygnację z konieczności wywoływania zdjęć), ale także zapewnia łatwiejszą dostępność do zdjęć i możliwość dokładnej ich analizy. Wczesne wykrycie i trafna ocena stopnia zaawansowania choroby niejednokrotnie decydują o skuteczności leczenia. Dotyczy to szczególnie chorób układu krążenia i chorób nowotworowych, które są odpowiedzialne za największy w Polsce odsetek zgonów. Dlatego też postawiono na rozwój tego obszaru działalności Szpitala. Pomysł projektu wynikał zarówno z przeprowadzonej diagnozy, jak i założeń konkursu, w którym premiowano rozwój infrastruktury diagnostycznej. Warto przypomnieć, że jeszcze dwa lata temu



Mgr Mariola Stalińska i mgr Marzena Nowik zarządzały finansami projektu, dr Rafał Staszewski – koordynator projektu, był współautorem dokumentacji aplikacyjnej

w budynku przy ul. Szamarzewskiego działał jedynie mocno wyeksploatowany 11-letni tomograf komputerowy, gdzie czas jednego badania mógł wynosić nawet do 40 min.

Obrazy na piętrach

Z końcem 2010 roku oddano do użytku 696,51 m² powierzchni nowego budynku. Nowoczesny dwupoziomowy budynek mieści pracownię klasycznej rentgenodiagnostyki, pracownię ultrasonograficzną, pracownię tomografii komputerowej, profesjonalne opisownie oraz odpowiednie zaplecze socjalne. W budynku zlikwidowano bariery architektoniczne dla osób niepełnosprawnych. Jednym z elementów projektu było ucyfrowienie sprzętu radiologicznego. Zakupiono nowy skaner czyli urządzenie „przenoszące” zdjęcia radiologiczne do systemu informatycznego, a pracownię wyposażono w niezależne stanowiska robocze dla techników firmy CareStream Health. Lekarze otrzymali nowe stacje rekonstrukcyjno-konsultacyjne, dzięki czemu można dokonywać precyzyjnej obróbki obrazu, co ułatwia postawienie precyzyjnej diagnozy. Zakład został ponadto wyposażony w system dystrybucji obrazów diagnostycznych, w tym nowy serwer archiwizacji obrazów PACS. Kluczowym elementem projektu był jednak zakup nowoczesnego tomografu komputerowego. W pracowni na piętrze ustawiono 64-rzędowy tomograf komputerowy firmy GE Light Speed VCT. Tomograf ten jest dedykowany szczególnie dla onkologii i posiada odpowiednie oprogramowanie, fluoroskopię umożliwiającą biopsję oraz protokół ASiR (*Adaptive Statistical Iterative Reconstruction*) umożliwiający obniżenie dawki promieniowania generowanego w trakcie badania maksymalnie o 84%. Listę zakupionego sprzętu uzupełniają ultrasonograf Firmy ALOKA ProSound Alpha 6 wyposażony w 3 głowice Convex, Linia oraz Endovaginalna oraz ultrasonograf do badań przezprzetykowych i echokardiologicznych wraz z zestawem archiwizacji danych Firmy Medinco.

Zespół w zespół

166 stron studium wykonalności, 3 opasłe tomy projektów i szczegółowych rysunków, prognoza finansowa do 2016 roku – to tylko część dokumentów, jakie Szpital musiał przedłożyć w konkursie programu Infrastruktura i Środowisko. Dobrze przygotowany wniosek zapoczątkował. 75% kosztów inwestycji zostało pokrytych w ramach środków europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego. Pozostała kwota została objęta dofinansowaniem Ministerstwa Zdrowia. Sprawna realizacja takiego przedsięwzięcia wymaga współpracy wielu specjalistów z różnych dziedzin. Dlatego też w Szpitalu powołano zespół projektowy, odpowiedzialny za projekt „od idei” do jego realizacji. Już na kilka miesięcy przed złożeniem wniosku podjęto prace projektowe związane z przygotowaniem założeń do koncepcji architektonicznej. Równolegle przygotowano wniosek wraz ze studium wykonalności, czyli szczegółowym uzasadnieniem konieczności realizacji projektu. Po pozytywnej decyzji komisji konkursowej pozostała już tylko realizacja poszczególnych zadań i codzienna, żmudna praca wypełniania sprawozdań, opracowania dokumentów przetargowych oraz wniosków o płatność.

Dziś Szpital Przemienienia Pańskiego może poszczycić się kolejną inwestycją zmieniającą nie tylko wizerunek Szpitala, ale przede wszystkim służącą pacjentom i nauczaniu medycyny. Ale apetyt rośnie w miarę jedzenia. Zwłaszcza, kiedy rodzą się nowe idee dalszego rozwoju Szpitala.

Patrycja Rakowska
Rafał Staszewski



Fot. Monika Dziamska

Cenne źródło

Kiedy lata mijały i z młodego stałem się dojrzałym chirurgiem coraz częściej sięgałem myślami wstecz, starając się przypomnieć ważne zdarzenia i różnych ludzi z historii Kliniki. Niestety wiele z tych faktów nie udało mi się odtworzyć. Kiedy więc w 1981 roku zostałem docentem, postanowiłem stworzyć „Kronikę Kliniki”, w której dokumentowałem ważniejsze wydarzenia z życia Kliniki i zamieszczałem fotografie pracowników.

W 1985 roku zostałem Kierownikiem Kliniki i wówczas dołożyłem starań, by zapisy były coraz dokładniejsze i obejmowały także awanse i różne osiągnięcia zawodowe i naukowe pracowników Kliniki, ich udział w różnych zjazdach krajowych i zagranicznych, a także niestety nekrologi tych, którzy nas na zawsze opuścili.

W 2004 roku Kierownikiem Kliniki został prof. Wacław Majewski, który kontynuuje to dzieło, tak że obecnie są już dwa tomy tej dokumentacji.

Sądzę, że kronika jest już interesująca, a w przyszłości będzie cennym źródłem informacji dla następnych następców o historii Kliniki i jej rozwoju.

Prof. dr hab. med. Stanisław Zapalski



Informujemy, że PZU ŻYCIE SA, w ramach prowadzenia działalności mającej na celu zapobieganie powstawaniu lub zmniejszanie skutków wypadków ubezpieczeniowych, sfinansował na rzecz naszego Szpitala zadanie prewencyjne polegające na zakupie defibrylatora LP20.

Łączna kwota dofinansowania przez PZU ŻYCIE SA:
25 000,00 zł

Liczyby 79 przeszczepów serca na 220 oczekujących w roku 2010 wskazują wyraźnie na niedobór dawców. Z drugiej strony uświadomienie, że po śmierci naszego mózgu możemy pomóc żyć przynajmniej 5 innym ludziom, pokazuje, jak bardzo ważna jest edukacja dotycząca świadomej zgody.

Dr med. Tomasz Urbanowicz
Oddział Kardiochirurgii

Transplantacja komórek krwiotwórczych jest współcześnie uznaną metodą leczenia ratującą życie wielu chorym na nowotwory krwi. Co istotne, przeszczepianie komórek krwiotwórczych było i jest wyrazem świadomości społeczeństwa i zależy od jego bezpośredniego zaangażowania. W zakresie transplantacji od niespokrewnionego dawcy, wszyscy jesteśmy beneficjentami kręgu ludzi dobrej woli na skalę międzynarodową.

Od wykonania w 1968 roku pierwszych udanych zabiegów przeszczepienia komórek krwiotwórczych, transplantacja przeżyła dynamiczną ewolucję, polegającą nie tylko na wprowadzeniu różnych odmian zabiegu i rozszerzeniu wskazań do ich przeprowadzenia, ale także na poprawie bezpieczeń-

Dlaczego warto być dawcą?

stwa procedury. Dotyczy to zwłaszcza pobierania komórek krwiotwórczych od zdrowych dawców, które jest obecnie całkowicie bezpiecznym zabiegiem. To bezpieczeństwo gwarantują bardzo dokładne badania, jakim podlegają dawcy komórek, a także profesjonalizm i zaangażowanie zespołów transplantacyjnych. Dzisiaj na świecie zarejestrowanych jest kilkanaście milionów dawców, zwiększa się także liczba dawców w Polsce. Każdy z nas może uratować czyjeś życie.

Dr med. Lidia Gil
Oddział Hematologii i Chorób
Rozrostowych Układu Krwiotwórczego
z Pododdziałem Transplantacji

Honorowy krwiodawca oddaje z siebie esencję życia, komu pomoże... kto wie? Ale sama świadomość niesienia pomocy wystarcza, aby poddać się kilkuminutowemu zabiegowi, który przypominam, że ratowanie życia innemu człowiekowi nie wymaga bohaterstwa. Wystarczy chwila, kawa, ciasteczko i woreczek „szansy na życie” wypełniony po brzegi. Dlatego warto.

Natalia Wnuk
Honorowy Dawca Krwi

Oddając krew jako dawca dzielimy się z drugim człowiekiem czymś, co jest dla nas najcenniejsze. Dobrowolnie i bezinteresownie dzielimy się częścią siebie, oddajemy własną krew dla ratowania życia i przywrócenia sił drugiemu choremu człowiekowi. To gest o wysokiej wartości moralnej i obywatelskiej. To dar życia.

Specyfika naszego Szpitala (głównie chirurgia naczyniowa i kardiochirurgia) wymusza ogromne zapotrzebowanie na krew. Na co dzień spotykamy się z sytuacjami trudnymi, aby zabezpieczyć krew dla pacjentów wymagających przetrzeć. Zdarza się, że nasze Regionalne Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa nie ma dostatecznej ilości krwi na zrealizowanie składanych zapotrzebowań. W takich sytuacjach staramy się pozyskać krew z innych województw. Najtrudniejszym okresem dla zabezpieczenia w krew jest okres wakacyjny.

Krew to żywa tkanka, która ma określony okres przechowywania i to jeszcze w odpowiednich warunkach. Czasami trudności spotykamy z zabezpieczeniem konkretnej grupy krwi, zwłaszcza z tzw. rzadkich grup: AB Rh minus, B Rh minus, O Rh minus, AB plus.

Dr n. przyr. Maria Zozulińska
Kierownik Laboratorium nr 1

Z Krzysztofem Olbromskim,
Dyrektorem Regionalnego
Centrum Krwiodawstwa
i Krwiolecznictwa w Poznaniu
o dawcach szpiku rozmawia
Monika Dziamska.

Jaka jest ilość potencjalnych dawców szpiku?

Od 3 lat można zauważyć zdecydowany wzrost, jeśli chodzi o nabór i kwalifikację potencjalnych dawców szpiku. W roku ubiegłym przebadaliśmy ponad 5 tys. potencjalnych dawców, wykonaliśmy badania HLA w I i II klasie oraz wpisaliśmy ich do rejestru. W całej Polsce zostało wpisanych ok. 15 tys. potencjalnych dawców. W tej chwili w polskim rejestrze jest ich 60 tys. Zatem szesnastoroczny wynik to naprawdę duży sukces.

W tym roku dysponujemy środkami na to, by przebadać kolejne 23 tys. osób, chętnych pomóc innym.

Do jakiego rejestru trafiają chętni do oddania szpiku?

W Polsce funkcjonuje jeden centralny rejestr, którym zawiaduje Poltransplant.

Bez granic

Ośrodków dawców szpiku jest 8 – dysponują one danymi i wynikami badań HLA. Jeśli jest zapotrzebowanie na szpik i są znane kryteria Regionalne Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa, jako jeden z 8 ośrodków, dokonuje doboru dawcy z biorcą.

To my zajmujemy się dopełnianiem wszystkich formalności pod względem prawnym, wykonujemy niezbędne badania określające układ HLA w wysokiej rozdzielczości oraz kierujemy do specjalistycznych ośrodków pobierających szpik, dla potrzebującego chorego.

Od roku według zapisów ustawy wszyscy potencjalni dawcy z Polski rejestrowani są w jednym centralnym rejestrze. Do tej pory było kilka rejestrów, teraz – tworzony jest wspólny.

Czy rzeczywiście przeszczepy nie mają granic?

Dobieranie dawcy z biorcą nie ma granic i jeżeli jest poszukiwany szpik

o określonych parametrach HLA, to szukamy go nie tylko w rejestrze polskim, ale także w światowym. Najłatwiej znaleźć potencjalnego dawcę w rejestrze krajowym, co wynika z dużej specyfiki narodowościowej na danym obszarze geograficznym. Nasz rejestr z 60 tys. potencjalnych dawców szpiku jest stosunkowo nieliczny, w Niemczech liczy on ok. 3 milionów. Ta olbrzymia dysproporcja pokazuje nam, ile mamy jeszcze do zrobienia.

Jakie są korzyści z prowadzenia jednego polskiego rejestru?

Prowadzenie jednego rejestru oraz konieczność rejestracji polskich dawców w narodowym rejestrze wiąże się przede wszystkim z ekonomią. Pozyskanie materiału potrzebnego do przeszczepu szpiku od dawców z polskiego rejestru jest znacznie tańsze, niż z rejestrów zagranicznych. Mimo to zdarza się, że odnajdujemy potencjalnych dawców z Polski w niemieckim rejestrze. Jeden z dawców

Ambulans do pobierania krwi

dawcą



Fot. Monika Dziamska

szpiku opowiadał mi, że będąc w Lipsku na pobraniu szpiku leżał na sali z Polakiem. Być może jest to niewiarygodny zbieg okoliczności, a może rzeczywiście rejestr niemiecki pozyskał wielu potencjalnych dawców z naszego kraju.

Czy znaczna liczba osób zapisanych w polskim rejestrze potencjalnych dawców może świadczyć o tym, że stereotypy dotyczące niebezpieczeństwa przy pobieraniu szpiku przesłaniają funkcjonować?

Duża liczba osób chcących oddać szpik kostny może świadczyć o tym, że świadomość społeczeństwa jest coraz większa. Trzeba wiedzieć, że są dwie metody pobierania szpiku. Tradycyjna, podczas której szpik w znieczuleniu ogólnym pobierany jest z kości płaskiej, najczęściej z talerza biodrowego, druga – z wykorzystaniem separatora, w której za pomocą odpowiednich filtrów z krwi obwodowej izolowane są komórki immunokompetentne. Pierwszą metodę stosuje się dzisiaj rzadko.

Ze stereotypem o nakłuciu grubą strzykawką kręgosłupa i paraliżu trzeba się rozstać. Pobranie szpiku, mimo iż jest to zabieg inwazyjny jest bezpieczne i bezbolesne. Szpik pobierany jest od dawcy w specjalistycznej klinice, na sali operacyjnej z zachowaniem wszystkich rygorów sanitarnych. Skala zagrożenia jest porównywalna do tego, jak na przykład przy zabiegu stomatologicznym. Zawsze może zdarzyć się coś nieprzewidywalnego, na co nie mamy większego wpływu. Ostatecznie jednak dla zdrowego dawcy oddanie szpiku nie wiąże się z żadnym ryzykiem. Jego szpik zregeneruje się po 3-4 miesiącach, będzie również poddany badaniom kontrolnym, aby sprawdzić stan zdrowia.

Jak zostać potencjalnym dawcą szpiku?

Aby być potencjalnym dawcą szpiku, po pierwsze trzeba chcieć. Należy wypełnić ankietę, jednoznacznie się zadeklarować oraz wyrazić pisemną zgodę na umieszczenie w rejestrze potencjalnych dawców

szpiku, dostępnym na całym świecie. Po dokonaniu tych niezbędnych formalności w specjalistycznym laboratorium pobierane jest ok. 10 ml krwi. To tyle, ile przy wykonywaniu podstawowych badań laboratoryjnych. Krew niezbędna jest do oznaczenia antygenów zgodności tkankowej – HLA klasy I i II.

Co jeśli potencjalny dawca się rozmyśli?

Deklaracja wstępna do niczego nie zobowiązuje. Wśród naszych dawców będących w wieku 18-55 lat przez całe życie zazwyczaj nic się nie dzieje. Tylko znikoma liczba osób ma to szczęście, że może być dawcą szpiku. Na samym początku wstępnie zaklasyfikowane osoby zawsze pytamy o to czy podtrzymują swoją deklarację. Nie mam danych na temat tego czy ktoś w takim momencie się wycofał. Mogę natomiast powiedzieć, że jeżeli do mnie szpital zwróciłby się z zapytaniem czy podtrzymuję swoją decyzję, to na pewno odpowiedziałbym pozytywnie. Prawdopodobieństwo, że zdarzy się to po raz drugi jest niewielkie, poza tym nie każdy ma szansę z całą świadomością uczestniczyć w ratowaniu życia drugiego człowieka. Przeszczepy są jedyną szansą na uratowanie życia lub jego przedłużenie. W Poznaniu jest człowiek, który dwukrotnie oddał szpik. To są unikatowe wydarzenia.

Jak można scharakteryzować potencjalnego dawcę szpiku?

W tej chwili ludzie młodzi zgłaszają się do nas najczęściej. Jest to w dużej mierze wynik prowadzonych przez Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa szeroko zakrojonych akcji promocyjnych i informacyjnych. Naszym głównym zamierzeniem jest dotarcie do jak największej liczby osób, w szczególności młodych. Wynika to z tego, że im młodszy jest potencjalny dawca, tym dłużej będzie funkcjonował w rejestrze. Na dobrą sprawę w wieku 55 lat potencjalny dawca z rejestru musi zostać wykreślony, ponieważ zależy nam na tym, aby po pierwsze nie szko-

dzić dawcy i nie pogorszyć jego dobrostanu. Staramy się pogodzić dwa działania: zapewnienie komfortu zdrowego dawcy z chęcią pomocy i oczekiwaniem biorcy.

Ludzie młodzi są bardzo podatni na tego typu akcje. Określenie, że młodość jest egoistyczna, skoncentrowana wyłącznie na sobie i nastawiona konsumpcyjnie nie jest prawdziwa. Jeżeli potrafimy do niej dotrzeć, reagują z dużą ochotą i otwartym sercem.

Dodatkowo to, że granica wieku przesuwana jest w stronę ludzi młodych obserwujemy także po krwiodawcach. Ponad 10 lat temu potencjalnym krwiodawcą był mężczyzna, między 40-50 rokiem życia, najczęściej źle wykształcony, z reguły bezrobotny. A dziś jest to człowiek młody, w wieku 30-35 lat z 25% udziałem kobiet.

W skali roku pobieramy krew od 90 tysięcy ludzi, a zatem od 1/5 mieszkańców Poznania. Co jednak nie znaczy, że są to dawcy jednorazowi, zdarza się, że niektórzy krew oddają kilka razy do roku.

Jaki udział ma Regionalne Centrum w przeszczepach?

Regionalne Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Poznaniu nie pracuje bezpośrednio z pacjentem. Wykonujemy dla poszczególnych jednostek usługi i badania, na podstawie których zespoły kliniczne klasyfikują i przeprowadzają zabiegi.

Bardzo blisko współpracujemy z Oddziałem Hematologii i Chorób Rozrostowych Układu Krwiotwórczego. W tej chwili przygotowujemy preparaty niezbędne do prowadzenia chorych przed i po przeszczepie. Współpracujemy także z ośrodkiem przeszczepu nerek w Szpitalu Wojewódzkim w Poznaniu. Można powiedzieć, że na terenie Polski nie odbędzie się żaden przeszczep nerki bez udziału Regionalnego Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Poznaniu, ponieważ u nas znajduje się centralna rozlewnia surowic, przesyłanych do pozostałych ośrodków transplantologii.

Kilka informacji o grupach krwi



Fot. Bogusław Grabowski

Bombaj w Polsce

Obecnie znamy 29 układów grupowych krwinek czerwonych. Wśród nich najważniejszy i najstarszy to AB0. Został on wykryty w 1901 roku przez austriackiego lekarza Karola Landsteinerja, który otrzymał za to Nagrodę Nobla 30 lat później. Pierwszą transfuzję, z oznaczeniem grupy krwi i wykonaniem próby zgodności, przeprowadzono w 1907 roku w Nowym Jorku.

Antygeny

Dzisiaj, w sytuacjach zagrożenia życia, nie dysponując oznaczeniem grupy krwi pacjenta, tocimy krwinki grupy 0 przed wykonaniem próby zgodności. Czy takie postępowanie może być dla chorego niebezpieczne? Tak, choć nadzwyczaj rzadko.

Zgodnie z zasadą, że w surowicy pacjenta obecne są przeciwciała przeciwko antygenowi nieobecnemu na krwince czerwonej, osobnicy grupy 0 mają przeciwciała przeciwko obu antygenom A i B, grupy A mają anty-B, grupy B anty-A, grupy AB nie mają przeciwciał. Gdyby pomyłkowo przetoczyć pacjentowi z grupą A krwinki grupy B, natychmiast dojdzie do łączenia przeciwciał anty-B z podawanymi krwinkami B, co uruchomi kaskadę białek enzymatycznych układu dopełniacza, „wyborowania” dziury w podawanych krwinkach i wypłynięcia ich zawartości. Brak szybkiej reakcji – przerwania prze-

toczenia i wdrożenia leczenia – może skutkować zgonem pacjenta. Są jednak osoby, dla których przetoczenie każdej z wyżej wymienionych grup może taką reakcję wywołać. Dlaczego?

Wyjątkowa grupa

Geny układu AB0 na chromosomie 9 kodują białka enzymatyczne, glikozylotransferazy, które przenoszą cukry i doczepiają je do łańcucha sacharydowego na krwince czerwonej. Ten łańcuch podstawowy, kodowany na chromosomie 19, zwany też substancją H, zawiera fukozę. Jego obecność jest wyznacznikiem grupy 0. Dla grupy A takim cukrem jest acetylogalaktozamina, dla grupy B galaktoza. Jeśli brak jest antygeny H (bardzo rzadki fenotyp hh), to mamy do czynienia z grupą, która nie ma żadnego antygeny z układu AB0, natomiast obecne są przeciwciała anty-H, anty-A i anty-B. Zatem wszystkie podawane krwinki (0,A,B,AB) będą

natychmiast niszczone! Przed laty po raz pierwszy wykryto taką grupę w hinduskiej rodzinie w Bombaju. W Polsce aktualnie wiemy o 2 osobach z grupą Bombaj.

Statystyki

Częstość występowania grup w układzie AB0 jest bardzo zróżnicowana terytorialnie. Wszyscy rdzenni Indianie mają grupę 0, rdzenni Australijczycy nie mają grup B i AB, natomiast grupa B jest częsta w Azji. Grupa AB jest „najmłodsza”, powstała ok. 2 tys. lat temu.

W Polsce dominuje grupa A (40%); osób z grupą 0 jest 33%, osób z grupą B 19%, a z grupą AB tylko 8%.

Poszukiwano też różnych korelacji między chorobami a grupami krwi. Jak dotąd udowodniono dwie: osoby z grupą A częściej chorują na raka żołądka, natomiast z grupą 0 na wrzody żołądka.

Dr Jolanta Nagadowska
Lekarz transfuzjolog

Przy opracowywaniu artykułu korzystałam z wydanej w Bibliotece Diagnostyki Laboratoryjnej książki pod redakcją Jadwigi Fabijańskiej-Mitek „Immunologia krwinek czerwonych. Grupy krwi”, Warszawa 2007.



Fot. Bogusław Grabowski

O skutecznym gospodarowaniu krwią z dr Bogusławem Grabowskim, Kierownikiem Pracowni Gospodarki Krwią rozmawia **Monika Dziamska**.

Na czym polega gospodarowanie krwią?
Patrząc całościowo na działalność naszego szpitala gospodarka krwią

50 wanień

obejmuje nie tylko Pracownię Gospodarki Krwią, ale także Pracownię Seroologii Transfuzjologicznej, Banki Krwi i szpitalne oddziały. Działania w obrębie tych wszystkich jednostek muszą się zająć i jeżeli tak jest, zachowany zostaje pewien porządek, który ułatwia nam gospodarowanie krwią.

Które z wymienionych jednostek obciążone są największą odpowiedzialnością?

Najważniejsza z punktu widzenia bezpieczeństwa pacjentów i pracowników szpitala jest praca na poziomie Pracowni Seroologii Transfuzjologicznej, gdzie pacjentowi, leżącemu na oddziale dobiera się odpowiednią jednostkę krwi, osocza czy płytek. To jedno z najważniejszych i najbardziej odpowiedzialnych zadań pracowni i jeśli na tym poziomie zostanie popełniony błąd, to skutki najdotkliwiej odczuje pacjent. W przypadku przetoczenia niezgodnej grupowo krwi może dojść do wstrząsu, a niekiedy do zgonu chorego. Rzetelność w prowadzeniu badań jest gwarantem dobrze przeprowadzonej procedury.

Kto zatem czuwa nad sprawnością tego licznego zespołu?

Cały proces krążenia krwi od dawcy z Regionalnego Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa poprzez Pracownię Seroologii Transfuzjologicznej, Banki Krwi, aż do biorcy musi być



Fot. Monika Dziamska



Fot. Łukasz Brzeškiewicz

Dni Transplantologii w Starym Browarze

W Klinice Kardiologii Szpitala Klinicznego *Przemienienia Pańskiego*, wykonaliśmy łącznie 6 przeszczepów serca, u 4 mężczyzn i 2 kobiet. Ostatni przeszczep u 49-letniego biorcy, pierwszego mieszkańca Poznania, wy-

dokumentowany i dzieje się to w Pracowni Gospodarki Krwią. To właśnie tam wszystkie procesy zostają opisane, stanowiąc podstawę do właściwego rozliczania jej z Narodowym Funduszem Zdrowia. Głównym zadaniem pracowni jest pilnowanie ekonomiki szpitalnych działań. To co wydajemy na krew w Stacji Krwiodawstwa musi pokrywać się z tym, co otrzymujemy z NFZ za wykonane procedury.

W skali ubiegłego roku na krew i jej składniki przeznaczaliśmy ponad 6 milionów złotych. To duża suma, zważywszy na to, że jest to około kilku procent całego szpitalnego budżetu. Należy pamiętać, że każda kwota, którą wydatkuje szpital, musi być wydana z sensem i musi się bilansować.

Jak te kwoty przekładają się na ilość krwi i jej składników?

Statystycznie mamy do czynienia z około 30 tys. jednostek krwi i jej składników rocznie. Pięć tysięcy litrów krwi zamawianej przez szpital zmieściłoby się w 15 tys. pojemnikach o 200 ml pojemności. Można zrobić łatwe przeliczenie – 30 tys. jednostek krwi to 50 pełnych 100-litrowych wanien.

Przy tak dużych ilościach, zapewne logistyka stanowi spory problem.

To prawda. Obok logistyki problemem jest również przechowywanie. Krew wymaga odpowiedniej temperatury lodówki, osocze musi być głęboko zamrożone, natomiast płytki muszą być przez cały czas w ruchu, czyli konieczne jest, aby były na odpowiednim mieszadle.

W momencie kiedy krew, osocze i płytki znajdują się już w posiadaniu

Banków Krwi trzeba skrupulatnie pilnować czasu ich przechowywania. Krew ważna jest ok. 40 dni i jest to związane z żywotnością krwinki, która wynosi 120 dni. Jeżeli pobieramy krew w określonym odcinku czasu, to mamy krwinki nowe oraz krwinki, które za chwilę zginą. Trzeba zatem wybrać taki czas ważności krwi, żeby spełniała swoje funkcje w organizmie biorcy. Płytki ważne są jedynie przez kilka dni, dlatego najkorzystniejsze jest natychmiastowe przetaczanie. Osocze przechowujemy w głębokim zamroźniku, ale na oddziały należy je wydać w postaci płynnej.

Trudno przy takiej specyfice preparatów robić zapasy.

Zawsze staramy się zachować pewien zapas w Bankach Krwi, żebyśmy mogli z niego skorzystać w sytuacji

konaliśmy w tym roku. Obecnie chory przebywa już w domu.

Wszyscy nasi chorzy czują się dobrze i są pod opieką zespołu kardiologów, kierowanego przez prof. Stefana Grajkę. Obecnie 25 chorych, w tym 5 na liście pilnej, oczekuje na transplantację. Rozwijająca się lista nowych chorych kwalifikowanych do przeszczepu, cieszy nas i daje szansę na kolejne procedury transplantacyjne.

Wyjście naprzeciw

Widząc problemy, z jakimi boryka się transplantologia w Polsce, zarówno w środowisku lekarskim, jak i przede wszystkim w społeczeństwie, postanowiliśmy wyjść im naprzeciw. Pomimo, iż w roku 2010 ponad 200 osób czekało na serce, w całym kraju wykonano tylko 79 przeszczepów serca. Fundacja Wspierania Rozwoju Transplantologii została powołana do życia celem krzewienia idei przeszczepów narządowych, głównie w społeczeństwie Wielkopolan. Chęć krzewienia idei transplantologii, świadomego dawstwa narządów, a przede wszystkim „bycia na tak” stanowią główne przesłanki naszego działania. Fundacja chce również wesprzeć finansowo osoby po przeszczepach narządów, bo nasze skromne doświadczenie, uświadomiło nam, jak wiele należy zrobić, by pacjentom pomóc bezpiecznie powrócić do swojego życia. Chcemy też doposażyć oddziały szpitalne, na których dokonuje się

transplantacji narządów w niezbędny dla ich funkcjonowania sprzęt.

Organizacja wydarzeń

Mając na uwadze dotarcie do społeczności Poznania musieliśmy wykażać się inicjatywą daleko bardziej posuniętą niż edukacja. Poprosiliśmy panią Grażynę Kulczyk o pomoc w organizacji Dni Transplantologii w Starym Browarze. Uprzejmość i przychylność osób pracujących w Starym Browarze pozwoliła na organizację wydarzeń kulturalnych trwających łącznie 12 dni.

W okresie od 2-14 maja można było zobaczyć wystawę zdjęć prezentujących nie tylko naszych chorych, ale przede wszystkim dowiedzieć się więcej o historii Kliniki Kardiologii, a także zdobyć kilka informacji o procedurze transplantacji serca.

W dniu 14 maja prowadząca Dzień Transplantologii prezenterka radiowa Marta Trybura zachęcała osoby odwiedzające Stary Browar do uczestnictwa w różnych formach aktywności, mających na celu przybliżanie i uświadamianie, że transplantacje serca nie są problemem niskowym. Dzieci zapraszaliśmy do rysowania, młodzież do korzystania z kursów reanimacji oraz do „biegu po życie”; osoby starsze do wysłuchania koncertu fortepianowego oraz występu chóru Sonantes. Osoby odwiedzające Stary Browar miały możliwość posłuchania wywiadów z chirurgami, kardiologami, chorymi po przeszczepie,

a także pilotami śmigłowców. Można było zobaczyć również filmy dotyczące Kliniki Kardiologii, chorych po przeszczepie. Cały dzień rozdawane były oświadczenia woli.

Patronat nad całością wydarzeń objął prezydent miasta Poznania, pan Ryszard Grobelny oraz Marszałek Województwa Wielkopolskiego, pan Marek Woźniak.

Narodziny idei

Problem transplantacji serca nie jest obojętny również artystom. Stąd narodziła się idea współpracy z projektantką Wojciecha Kruka, panią Anną Orską, mającą butik autorski w Starym Browarze, by poprzez zaprojektowaną przez nią kolekcję bransoletek, wspierać „bycie na tak”. Prosta forma przekazu, skierowana głównie do osób młodych, ma na celu krzewienie w nich świadomości i postawy zgody na pobranie narządowe. Cieszy nas, że bransoletka, symbol, staje się formą dotarcia do tych, którzy nie są obojętni na problemy transplantologii.

Cieszy nas przychylność władz miasta i województwa dla naszych idei. Jesteśmy dumni, iż możemy powiedzieć innym, że Szpital Kliniczny *Przemienienia Pańskiego* w Poznaniu rozwija się i jest sam w sobie „dobrą marką”, że może stanowić wizytówkę naszego miasta.

Dr med. Tomasz Urbanowicz
Oddział Kardiologii

pilnej potrzeby. Oczywiście zdarzają się momenty, że okresowo brakuje pewnych grup krwi bądź w szpitalu mamy masowe krwawienie i występuje konieczność jak najszybszego ściągnięcia preparatu. Zwykle można go uzyskać z Regionalnego Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa z hasłem „na ratunek”. Takie dramatyczne sytuacje zdarzają się na szczęście tylko kilka razy do roku, ale musimy być na nie przygotowani ze względu na specyfikę naszych szpitalnych oddziałów, szczególnie chirurgicznych. To właśnie w takich momentach sprawdza się skuteczność naszego wspólnego działania.

Co w tych działaniach można jeszcze udoskonalić?

Cały szereg osób bierze udział w procesie leczenia krwią. Procedurę

uruchamia lekarz, który zamawia krew na podstawie oceny klinicznej pacjenta. Jeśli okaże się, że pacjent nie ma oznaczonej grupy krwi, badanie takie zostaje zlecone w Pracowniach Serologii Transfuzjologicznej i to znacznie wydłuża całą procedurę. Nic nie zastąpi człowieka i jego wyobraźni. Każde przyjęcie do szpitala, w którym planuje się jakiegokolwiek zabieg inwazyjny, powinno być poprzedzone dokładną weryfikacją czy pacjent ma oznaczoną grupę krwi. Takie działania pozwoliłyby na błyskawiczne działania.

Istotną byłaby również bardziej dynamiczna współpraca lekarzy z laboratoriami, wykonującymi badania oraz natychmiastowe zamawianie krwi w informatycznym systemie Eskulap, które uruchamia działania kolejnych jednostek. Myślę, że można zaoszczędzić tutaj ogromną ilość cza-

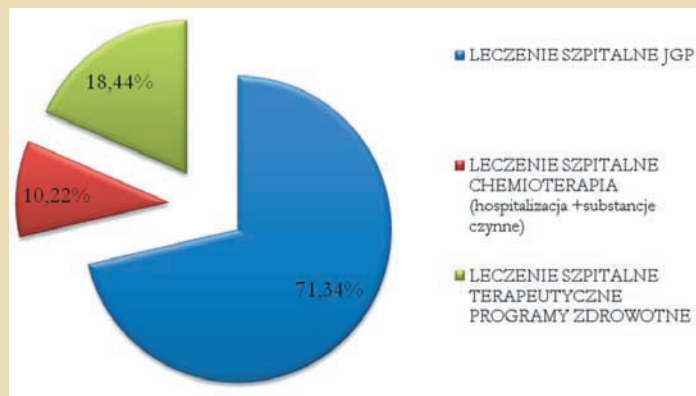
su. Dobrze byłoby również tak przeorganizować system pracy, by zamówienia były realizowane zbiorczo – wtedy koszty transportu byłyby znacznie mniejsze.

Jaka funkcję pełni Komitet Transfuzjologiczny?

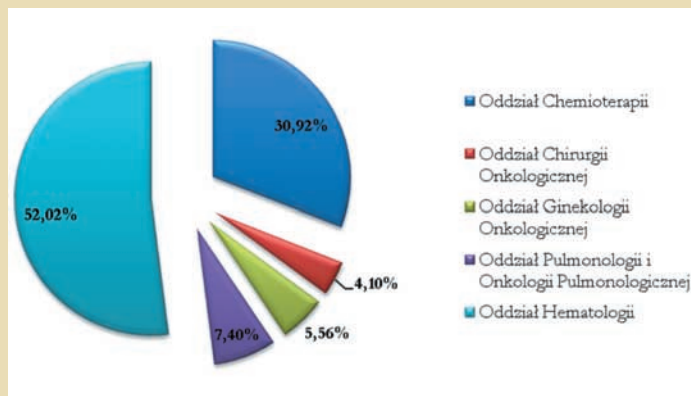
Nadrzędną funkcją Komitetu Transfuzjologicznego jest kontrola gospodarki krwią, ustalanie wskazań do toczeń oraz ocenianie ich prawidłowości. Moc działania komitetu polega na tym, że wszelkie ustalenia powinny być respektowane w całym szpitalu, ze względu na fakt, iż członkami zespołu są wszyscy ordynatorzy oddziałów. Funkcję wykonawczą postanowień sprawuje dr Jolanta Nagadowska, lekarz transfuzjonista szpitala.

ONKOLOGIA

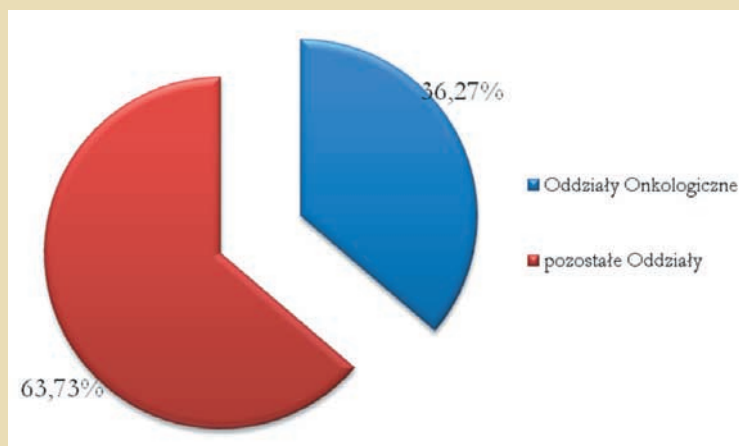
Udział wartości poszczególnych umów kontraktowanych z Narodowym Funduszem Zdrowia w rodzaju Leczenie Szpitalne (Jednorodne Grupy Pacjentów, Chemioterapia i PT)



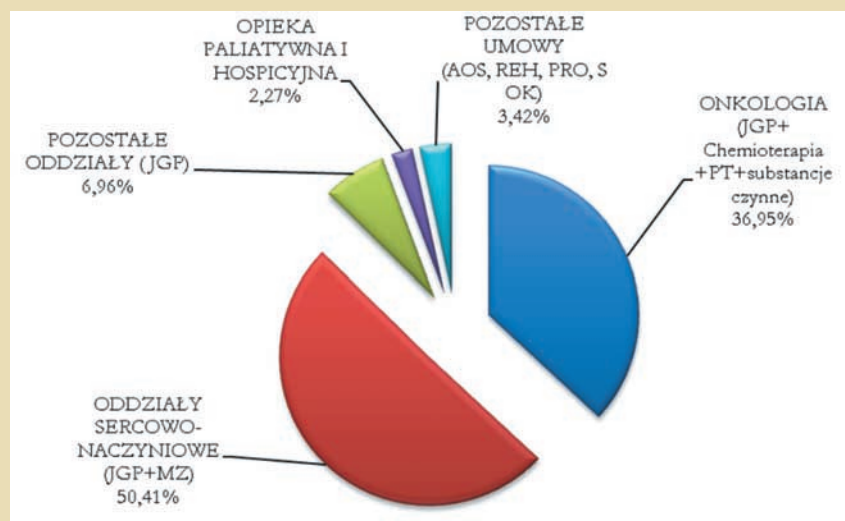
Udział wartości umów Leczenie Szpitalne, Chemioterapia, Terapeutyczne Programy Zdrowotne (łącznie) na poszczególnych Oddziałach Onkologicznych



Udział wartości kontraktu Oddziałów Onkologicznych (Jednorodne Grupy Pacjentów oraz Chemioterapia i PT) w ogólnej wartości umów (JGP, Opieka Paliatywna oraz Procedury finansowane przez Ministerstwo Zdrowia)



GŁÓWNE KIERUNKI LECZENIA SZPITALNEGO



Acta Medicorum Polonorum

Rocznik poświęcony biografistyce lekarskiej, redagowany przez Katedrę i Zakład Historii Nauk Medycznych Uniwersytetu im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu
 Patronat: Polskie Towarzystwo Lekarskie
 Współpraca: Wielkopolska Okręgowa Izba Lekarska

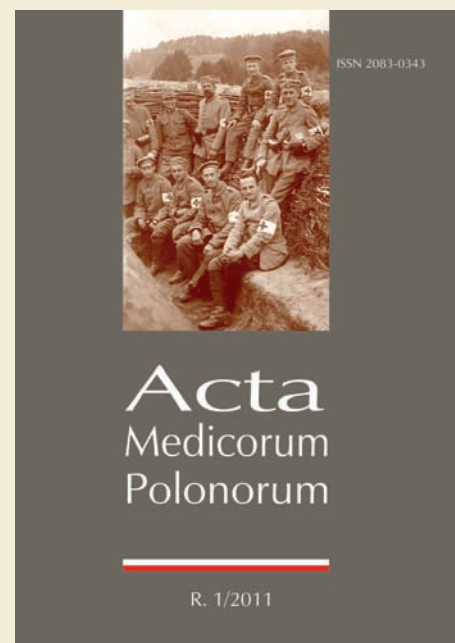
Rada Redakcyjna: Anita Magowska (Redaktor Naczelny), Marcin Moskalewicz (Sekretarz Redakcji), Halina Bogusz, Marek Dutkiewicz, Sebastian Kliwicki, Krzysztof Kordel, Walentyna Krystyna Korpalska, Joanna Nieznanowska, Włodzimierz Witczak, Jerzy Woy-Wojciechowski

Pierwotny zamiysł czasopisma „Acta Medicorum Polonorum” wynikał z aktualnej wciąż potrzeby stałego opracowywania i publikowania biografii lekarzy polskich. Biografistyka stanowi jednak bardzo szerokie pole literatury naukowej i literatury pięknej. Życie i działalność lekarzy można utrwalac w obszernych studiach analitycznych, wpisujących ich postaci w rozległy kontekst historyczny, a także w zwięzłych biogramach, które mimo niewielkiej objętości, mogą okazać się cenną pomocą w pisaniu prac syntetycznych z zakresu historii medycyny polskiej.

Warto podkreślić wartość poznawczą i atrakcyjność czytelniczą dzienników, listów, autobiografii i wspomnień lekarzy, przechowywanych w archiwach

państwowych, zbiorach specjalnych bibliotek oraz prywatnych kolekcjach. Jednostkowe biografie rzucają bowiem ciekawe światło na wielką historię. To, co subiektywne i niepowtarzalne, pozostaje zawsze elementem większej całości nie tylko w tym sensie, iż jest od niej zależne, ale także z tego względu, iż samo na nią wpływa. Skupienie się na życiu pojedynczych lekarzy może zatem przyczynić się do lepszego zrozumienia medycyny jako świadomości zbiorowej, jako historycznie wykształconego systemu wiedzy i praktyk konstruowanych społecznie. Jednostka jest w takim ujęciu nie tylko nieświadomym nośnikiem społecznych znaczeń i wartości, lecz także ich świadomym twórcą.

Anita Magowska, Marcin Moskalewicz

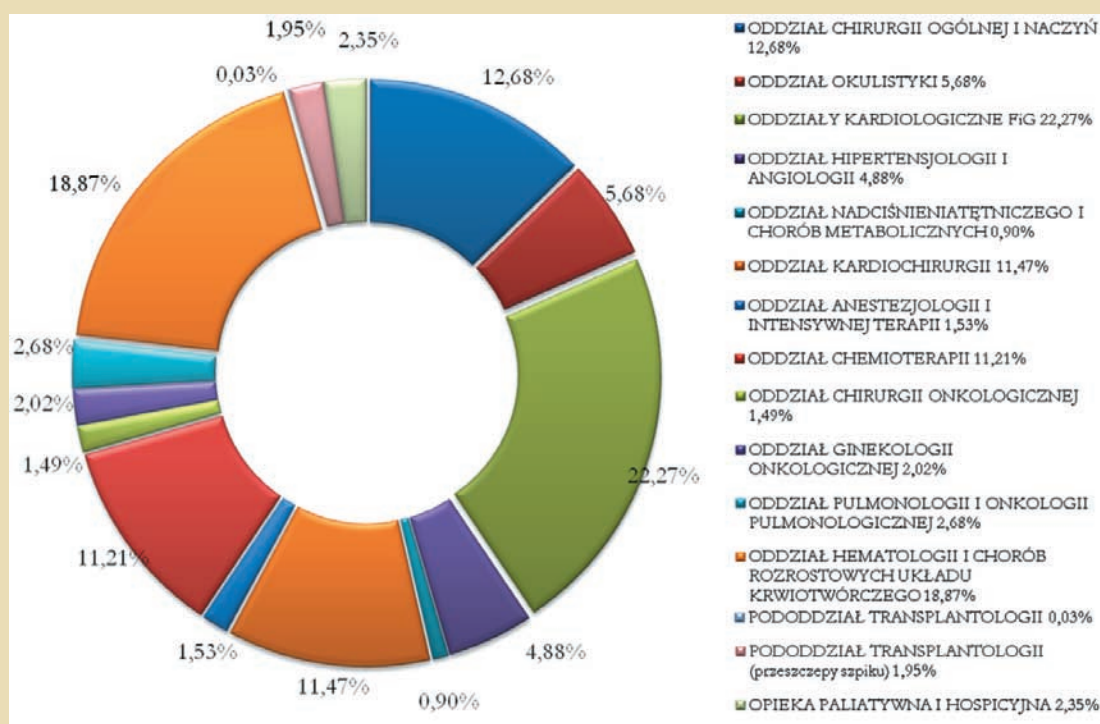


Acta Medicorum Polonorum

Katedra i Zakład Historii Nauk Medycznych
 Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

Centrum Kongresowo-Dydaktyczne
 ul. Przybyszewskiego 37A, 60-365 Poznań
 tel. 61 8547241/2; fax 61 8547242
 actamedicorumpolonorum@gmail.com

Udział wartości umów: Leczenie Szpitalne (Jednorodne Grupy Pacjentów), Chemioterapia, Terapeutyczne Programy Zdrowotne (łącznie z substancjami czynnymi), Opieka Paliatywna i Hospicyjna oraz Procedury wysokospecjalistyczne finansowane przez Ministerstwo Zdrowia na poszczególnych Oddziałach



Martyna Skrzypińska
 Dział Organizacji i Sprzedaży Usług Medycznych

Właściwa higiena rąk

Temat higieny rąk jest ciągle aktualny i niezmiernie istotny w zapobieganiu zakażeniom szpitalnym, jednak często pomijany i lekceważony przez personel medyczny. Szczególnie dostrzegamy to, kontrolując nasze oddziały i komórki szpitalne. Coraz częściej problem ten porusza również Inspekcja Sanitarna.

Prosta metoda

Zakażenia szpitalne przenoszone są głównie (w ponad 50%) na rękach personelu, a ich dezynfekcja jest najprostszą i najbardziej skuteczną (trwa 20-30 sekund) metodą zapobiegania przeniesieniu drobnoustrojów między personelem a pacjentami. Nie można jednak zapomnieć o dodatkowych czynnikach sprzyjających rozprzetrzeniu się bakterii, jak: biżuteria, sztuczne paznokcie, nieumiejętne stosowanie środków ochrony osobistej (np. rękawiczki jednorazowe), które w znacznym stopniu wpływają na bezpieczeństwo epidemiologiczne, szczególnie na oddziałach o podwyższonym ryzyku zakażeń.

Najczęstsze błędy

Sekcja ds. Kontroli Zakażeń Szpitalnych porusza temat prawidłowej higieny rąk na licznych szkoleniach, zwłaszcza dla nowych pracowników. Okazuje



Fot. Anna Skoczylas-Janke

się, że personel nie zawsze zna jej zasady. Łączenie dwóch czynności: mycia i dezynfekcji rąk; świadomość, że mycie jest najważniejsze, brak dezynfekcji lub umniejszanie negatywnej roli biżuterii w utrzymaniu właściwej higieny rąk, to najczęstsze błędy wpływające w rozmowach z personelem.

Nasza procedura

W naszym szpitalu proponujemy przede wszystkim jednoetapową procedurę higieny rąk, ograniczoną do dezynfekcji. Standardowa procedura higienicznego mycia rąk, obejmuje zarówno mycie, jak i dezynfekcję oraz wymaga czasu, którego personel nie ma. Niestaranne jej wykonanie – gdy na niedokładnie osuszoną skórę, zastosuje się

alkoholowy preparat dezynfekcyjny – może spowodować uszkodzenie skóry, a tym samym zaprzestanie stosowania tej metody dezynfekcji przez personel. A samo mycie jednak nie wystarcza. Podkreślamy, aby myć ręce, kiedy są ewidentnie brudne, a dezynfekować przed i po każdym kontakcie z pacjentem.

Niebezpieczna biżuteria

Dodatkowa procedura, obowiązująca już od roku w naszym Szpitalu, to procedura z zakresu noszenia biżuterii. Personel noszący sztuczne paznokcie jest częściej nosicielem niebezpiecznych dla pacjenta drobnoustrojów. Nosicielstwo utrzymuje się nawet po myciu rąk oraz po zastosowaniu środka na bazie alkoholu. Wykazano, że nosicielstwo groźnych drobnoustrojów pod sztucznymi paznokciami, może być przyczyną ciężkich zakażeń u pacjentów oraz epidemii na oddziałach szpitalnych.

Dodatkowym zagrożeniem, związanym z noszeniem przez personel biżuterii, jest możliwość większej kolonizacji skóry (przez okres nawet kilku miesięcy) bakteriami chorobotwórczymi, której ryzyko wzrasta wraz z liczbą noszonej biżuterii.

Uchronić chorego

Właściwa higiena rąk jest najskuteczniejszą metodą zapobiegania zakażeniom, zatem pamiętajmy o najprostszych zasadach, które mogą uchronić naszego chorego przed zakażeniem i przykrymi konsekwencjami z nim związanymi.

Maria Jax

Pielęgniarka epidemiologiczna
Sekcja ds. Kontroli Zakażeń Szpitalnych

Rekomendacje Światowej Organizacji Zdrowia z 2009 roku

1. Myj ręce mydłem i wodą, kiedy są widocznie zabrudzone lub zanieczyszczone krwią, płynami ustrojowymi lub po wyjściu z toalety.
2. Myj ręce mydłem i wodą, jeśli istnieje silne podejrzenie lub potwierdzenie zakażenia *Clostridium difficile*.
3. Jeśli ręce nie są wizualnie brudne we wszystkich sytuacjach opisanych poniżej (punkt a-f) do wcierania w ręce stosuj środki na bazie alkoholu, będące najbardziej preferowanymi preparatami do rutynowej antyseptyki:
 - a) przed i po kontakcie z pacjentem,
 - b) przed użyciem inwazyjnego sprzętu medycznego u pacjenta, bez względu na to czy stosowane były rękawice czy nie,
 - c) po kontakcie z płynami ustrojowymi, wydaliniami, błoną śluzową, nieuszkodzoną skórą lub opatrunkiem,
 - d) jeśli podczas opieki nad pacjentem, przechodzi się z zanieczyszczonej strony ciała na inną,
 - e) po kontakcie z bezpośrednim otoczeniem chorego (włączając sprzęt medyczny),
 - f) po zdjęciu rękawiczek sterylnych lub niesterylnych.
4. Przed chirurgicznym myciem rąk należy zawsze usunąć: obrączkę, zegarek, bransoletki. Tipy są zabronione!
5. Podczas kontaktu z pacjentem nie noś tipsów na paznokciach.
6. Noś naturalne, krótkie paznokcie.

WHO Guidelines on Hand Hygiene In Health Care, Consensus recommendations s. 152-154.



Fot. Archiwum

Szpital Przyjazny Kombatantom

W dniu 13 maja w Urzędzie Marszałkowskim Naczelny Lekarz Szpitala Szczepan Cofta odebrał z rąk Marka Woźniaka, Marszałka Województwa Wielkopolskiego dyplom „Szpital Przyjazny Kombatantom”.

Nasz Szpital, podobnie jak kilkadziesiąt innych placówek medycznych z regionu, przystąpił do programu, który propaguje respektowanie szczególnych uprawnień kombatantów oraz osób represjonowanych, związanych z dostępem do świadczeń zdrowotnych.

W gablotach szpitalnych oraz na stronie internetowej i intranetowej Szpitala zamieszczone zostały informacje, dotyczące uprawnień do korzystania ze świadczeń opieki

zdrowotnej dla uprzywilejowanych grup pacjentów.

Zachęcamy do zapoznania się z rodzajami dokumentów, potwierdzających powyższe uprawnienia oraz ich zakresem. Został również wyznaczony termin dyżuru Pełnomocnika ds. Praw Pacjenta i Kombatantów – środy godz. 12.00-14.00 (Sekcja Organizacji, ul. Długa 1/2) dla osób, które chciałyby uzyskać więcej informacji.

Na terenie województwa wielkopolskiego mieszka około 16 tysięcy kombatantów i osób represjonowanych. Średnia ich wieku to 86 lat. Konieczność zapewnienia im godnych i sprawnych warunków leczenia określa Konstytucja RP.

Redakcja

Studenci

Od stycznia 2011 r. koordynacją prac związanych z realizacją praktyk przeddyplomowych (studenckich) zajmuje się Sekcja Badań Naukowych i Dydaktyki. Do zadań związanych bezpośrednio z dydaktyką należy koordynacja i monitorowanie realizowanych na terenie Szpitala praktyk studenckich; a także pomoc logistyczna, związana z kierowaniem studentów do poszczególnych jednostek Szpitala czy pomoc w uzyskiwaniu pozwolenia na zbieranie i przetwarzanie danych Szpitala, udostępnianych na potrzeby napisania prac naukowych.

Agnieszka Markiewicz

Z cyklu szkoleń

W dniu 8 kwietnia 2011 r. odbyły się I Wielkopolskie Spotkania Kardiodiabetologiczne. Konferencja miała miejsce w hotelu Andersia, a uczestniczyło w niej około 400 osób.

Przedmiotem spotkania były aktualne problemy kardiologiczne u chorych z cukrzycą, stanowiącą obecnie jedną z chorób cywilizacyjnych. Przedstawiono także zasady insulinoterapii – zalecenia i kontrowersje oraz metody terapii hipotensyjnej.

Wykładowcami byli znani nam kardiolodzy: prof. Henryk Wysocki, prof. Stefan Grajek, prof. Hanna Bachórzewska-Gajewska (Białystok), dr Leszek Markuszewski (Łódź) oraz diabetolodzy: prof. Ida Kinalska (Białystok), prof.



Fot. Archiwum

Jan Tatoń (Warszawa), doc. Beata Telejko (Białystok). Środowisko hipertensjologiczne reprezentowała doc. Anna Posadzy-Małaczyńska oraz prof. Danuta Pupek-Musialik (prezes Polskiego Towarzystwa Kardiodiabetologicznego).

Konferencja stanowiła pierwsze z cyklu szkoleń w ramach Szkoły Kardiodiabetologii. Kolejne spotkanie będzie miało miejsce 11 czerwca w Białymstoku. Zapraszamy także do udziału w kursach ECHO (szczegóły na stronie internetowej PTKD – www.ptkd.pl).

W ramach wspomnianej konferencji odbyło się także spotkanie Konsultanta Wojewódzkiego w dziedzinie chorób wewnętrznych z ordynatorami oddziałów wewnętrznych w Wielkopolsce.

Marta Łabędzka
Oddział Nadciśnienia Tętniczego
i Zaburzeń Metabolicznych



Fot. Monika Dziamska

To się po prostu CZUJE

Z doc. Marią Litwiniuk, Konsultantem Wojewódzkim w dziedzinie onkologii klinicznej, lekarzem onkologiem pracującym przez wiele lat na Oddziale Chemioterapii naszego Szpitala, o specyfice pracy rozmawia Monika Dziamska.

Funkcja konsultanta wojewódzkiego prowadzi się głównie mierze do zadań opiniotwórczych, doradczych i kontrolnych. Co wśród tych wszystkich formalnych obowiązków może być fascynujące?

Zacznę od tego, że kiedy Wojewoda poinformował mnie o nominacji poczułam się zaszczycona. Powołanie na konsultanta wojewódzkiego świadczyło o tym, że moja dotychczasowa działalność została doceniona. Każdy ma w sobie odrobinę próżności – takie nadanie sprawia, że człowiek jest zadowolony i bardzo się cieszy. Potem przychodzi refleksja i zaczyna się zastanawiać, na ile ta funkcja pozwala na działania, realizację pomysłów i poprawę dotychczasowych procesów w zakresie konkretnej dziedziny.

Jaka była pierwsza myśl, dotycząca tego co można zrobić?

Pierwsza myśl była taka, że będę się bardzo starała, żeby jak najwięcej lekarzy robiło specjalizację z onkologii. Generalnie jest nas za mało, by zaspokoić

potrzeby wszystkich pacjentów. Aktualnie w Wielkopolsce jest 30 onkologów klinicznych, co nie tylko ze względów ludzkich, ale i norm unijnych jest niewystarczające. Na chwilę obecną specjalizuje się 41 młodych lekarzy, zatem już niebawem ta sytuacja znacznie się poprawi. Nareszcie będzie czas, żeby bardziej poświęcić go pacjentom. Dziś mamy go za mało.

Jaka refleksja przyszła po prawie rocznym okresie działalności?

W codziennej praktyce okazało się, że głównym zadaniem specjalisty wojewódzkiego w dziedzinie onkologii klinicznej jest rozpatrywanie wniosków na chemioterapie niestandardowe. Od maja ubiegłego roku zaopiniowałam ich ponad 300. Za każdym wnioskiem widzieć trzeba konkretnego chorego człowieka, który z powyższym leczeniem wiąże ogromne nadzieje. To zdecydowanie utrudnia obiektywizm. Zdarza się, że trafiają do mnie wnioski na leczenie, które, moim zdaniem nie przy-

niesie oczekiwanych korzyści. Pisanie negatywnych opinii jest szczególnie trudne.

W Polsce niektóre leki są dostępne tylko i wyłącznie w ramach chemioterapii niestandardowych. Są to często niezwykle drogie terapie, a szpitale mają ograniczone możliwości ich finansowania. Sytuacja ta wymaga daleko idącego uporządkowania. Rozwiązaniem są programy terapeutyczne i wpisanie w nie konkretnych leków, stosowanych obecnie w ramach chemioterapii niestandardowej. Prawdopodobnie umożliwi to negocjowanie niższych cen leków, a co za tym idzie, można będzie leczyć znaczenie więcej osób.

To trudne musieć wybierać, mając na uwadze jednocześnie względy ludzkie, jak i finansowe.

Niebywale trudna jest decyzja, o tym komu przyznać dane leczenie, a komu nie. Brak elastyczności finansowej stoi w sprzeczności z jednakowym i bezwarunkowym spojrzeniem na każ-

dego pacjenta. W tym przypadku moja sytuacja jest bardzo komfortowa, ponieważ moja rola sprowadza się do oceny wniosków pod względem medycznym. Dużo trudniejsze jest to z perspektywy Dyrekcji Szpitala i Narodowego Funduszu Zdrowia, na których spoczywa główna odpowiedzialność dotycząca akceptacji leczenia.

Jak ujednolicić dostępność do leczenia dla wszystkich pacjentów?

Istotnym rozwiązaniem jest szybkie wprowadzenie takich samych możliwości leczenia na terenie całego kraju. Dzisiaj dużą nieprawidłowością jest to, że pacjenci w poszczególnych województwach mają różny dostęp do nowoczesnych terapii. Uważam, że w całej Polsce powinno być tak samo. Zatem musi znaleźć się ktoś, kto jednoznacznie i odważnie zadecyduje o tym, że niektóre terapie nie będą finansowane, bo po prostu nas na to nie stać - to zapewni wszystkim jednakowy dostęp do świadczeń. Kiedy w jednym województwie pacjent może uzyskać leczenie, a w drugim nie, wtedy jest dramat.

Jakie są pozytywne strony pracy konsultanta?

Do moich obowiązków należy wizytowanie ośrodków prowadzących leczenie onkologiczne. Bardzo lubię obserwować jak sobie radzą inne jednostki. Ostatnio duże wrażenie zrobiły na mnie placówki w Koninie i Pile, gdzie oprócz diagnostyki na wysokim poziomie, stworzono bardzo dobre warunki dla chorych. Cieszę się, że ośrodki poza Poznaniem są tak doskonale przygotowane na przyjęcie pacjentów. Myślę, że nasze podejście powinno się diametralnie zmienić. To szpitale powinny wychodzić do pacjentów. Musi się zwią-

zić obłożenie i waga mniejszych ośrodków, które lokalizacyjnie są bliżej chorych. Leczenie w pobliżu miejsca zamieszkania to powinien być standard.

Jak w tych wszystkich sytuacjach trudnych odnajduje się lekarz i pacjent?

Od ponad 25 lat pracowałam na tym samym oddziale. To jest bardzo długi czas, w którym na bieżąco uczyłam się jak radzić sobie z trudnymi sytuacjami, rozmawiać z pacjentami i przekazywać im także te złe wiadomości. Wieloletnia praktyka bardzo pomaga w spokojnym i coraz lepszym – mam nadzieję – prowadzeniu takich rozmów, co jednak nie znaczy, że nie można by ich prowadzić jeszcze lepiej.

Czasem żartuję z kolegami, że kiedyś, na samym początku pracy było łatwiej przekazać pięćdziesięciolatce trudną diagnozę, bo z naszej perspektywy już w życiu coś przeżył, doświadczył. A teraz, gdy sami jesteśmy w podobnym wieku i patrzymy na ponad siedemdziesięcioletniego pacjenta to wszystko przychodzi trudniej. Coraz mocniej zdajemy sobie sprawę z tego, że życie jest interesujące. Że każdy chce żyć, poznawać i doświadczać nowych rzeczy. Nigdy nie jest dobry czas na złą diagnozę i umieranie.

Niedawno studenci zapytali, dlaczego nasi pacjenci są tacy spokojni. Odpowiedź jest prosta – już samo rozpoznanie jest wystarczająco złe, żeby jeszcze martwić się codziennością. Bardzo często przyziemne sprawy, które zwykle irytują ludzi, odchodzą na dalszy plan. Zauważa się ważniejsze rzeczy.

Jaki to ma wpływ na spojrzenie lekarza na życie?

Przed wielu laty, kiedy byłam na spacerze z moim dzieckiem, usłyszałam

dyskusję dwóch młodych kobiet. Ich problemy wydały mi się błahie, w perspektywie rozmowy z pacjentką, którą odbyłam kilka godzin wcześniej. Młoda chora, którą miałam pod opieką miała bardzo złe rokowania. Kiedy rozmawialiśmy przebiegał się w niej strach o przyszłość i kto będzie wychowywał jej dziecko, kiedy umrze. To dla mnie było niezwykle mocne doświadczenie – podczas gdy jeden umiera, inni nie mogą dogadać się w zwykłej sprawie.

Wśród pacjentów cieszy się Pani opinią wrażliwego i oddanego lekarza. Jak Pani zdaniem można zapracować na taką opinię?

Myślę, że jest to wynik tego, że ja ciągle lubię swoją pracę, swoich pacjentów i lubię z nimi rozmawiać i prawdopodobnie to się czuje. Wykonywanie mojego zawodu sprawia mi dużą satysfakcję.

Jakie może mieć marzenie spełniony onkolog?

Najbliższe i najbardziej prozaiczne marzenie jest takie, żeby przyszedł taki weekend, podczas którego mogłabym tylko i wyłącznie myśleć o tym, dokąd pójdziemy na spacer, a nie zastanawiać się nad tym, ile jeszcze rzeczy mam do załatwienia na wczoraj i zeszły tydzień. Chciałabym osiągnąć taki stan, żeby te zadania były wykonane. Myślę jednak, że to ostatecznie niemożliwe, więc może lepiej, że jest jak jest.

A długoterminowe marzenie to jak już będę na emeryturze i jeszcze będę pracować, żeby mieć taki komfort, by przyjmować pacjentów w taki sposób, jak zawsze chciałam. Poświęcić im dużo czasu.

Okiem konsultanta

Wdobie szybkiego rozwoju medycyny przed środowiskiem lekarskim stają nowe wyzwania. Fakt ten integralnie łączy się z działalnością Konsultanta Wojewódzkiego, którego funkcję pełnię od kilku lat.

Konsultant Wojewódzki musi przede wszystkim dostrzegać braki kadrowe na swoim terenie i wnioskować

o przyznanie dodatkowych miejsc specjalizacyjnych. Poprzez kontrole zakładów opieki zdrowotnej, oceniać dostępność do świadczeń medycznych i stan wyposażenia oddziałów internistycznych i wydawać opinie, dotyczące m.in. wpisania zakładów opieki zdrowotnej na listę jednostek organizacyjnych, uprawnionych do prowadzenia specjalizacji, spełniania warunków do udzielania świadczeń zdrowotnych czy stosowanego postępowania diagnostycznego, leczniczego i pielęgnacyjnego.

Z dużą satysfakcją uczestniczę także jako przewodniczący w komi-

sjach egzaminacyjnych lekarzy, ubiegających się o stopień specjalisty z zakresu chorób wewnętrznych oraz organizuję spotkania z ordynatorami oddziałów wewnętrznych, celem wspólnego omówienia zadań i nurtujących nas problemów. Konsultant Wojewódzki musi znać potrzeby i możliwości swojego regionu dla dobra pacjentów i środowiska medycznego.

Prof. zw. dr hab. med. Danuta Pupek-Musiałik
Konsultant Wojewódzki
w dziedzinie chorób wewnętrznych

Na szarym końcu

Od 26 listopada 2003 r. pełnię rolę konsultanta wojewódzkiego i staram się poprawić jakość opieki medycznej nad pacjentami z nowotworami ginekologicznymi w województwie wielkopolskim. Nadal w szeregu badań epidemiologicznych Polska wypada w

tej dziedzinie źle. Zgodnie z wynikami ostatniego badania EUROCARE jesteśmy na szarym końcu Europy.

Staram się zmieść ten stan poprzez poprawę diagnostyki, sposobów leczenia oraz dostępu do nowoczesnych metod terapii. Realizując ten program odbywam regularne wizyty w szpitalach województwa wielkopolskiego, zapoznając się z profilem wykonywanych zabiegów w zakresie ginekologii

onkologicznej. Analizuję ich jakość pod kątem standardów. Spotkania te umożliwiają również szybszy kontakt pacjentów z oddziałami wyspospecjalistycznymi.

Regularnie organizuję szkolenia, mające na celu podniesienie jakości leczenia.

Prof. dr hab. Janina Markowska
Konsultant Wojewódzki
w dziedzinie ginekologii onkologicznej

Spełniamy wszystkie wymogi

Funkcję konsultanta pełnię od 1 sierpnia 2007 roku, w tym czasie skontrolowałam 27 aptek szpitalnych w Wielkopolsce.

Z całą mocą muszę zaznaczyć, że w wielu szpitalach Wielkopolski istnieje ogromne niedofinansowanie bazy lokalowej i wyposażenia w nowe technologie, a także niedobór kadrowy.

Zastanawia fakt, że przy kontraktowaniu świadczeń medycznych zawieranych między NFZ a szpitalami nie uwzględnienia się działalności apteki szpitalnej w zakresie ustawowych świadczeń farmaceutów szpitalnych. Ogromnym problemem są prywatne NZOZ, świadczące całodobowe usługi dla pacjentów, które nie posiadają aptek lub choćby nadzoru ze strony farmaceuty. Brak takiej opieki może skutkować zagrożeniem życia i zdrowia pacjenta.

Mamy to szczęście, że nasza apteka szpitalna spełnia wszystkie wymogi

ustawy Prawa Farmaceutycznego, a także wymogi GMP (Dobrej Praktyki Wytwarzania) w zakresie przygotowania leków cytotoksycznych, żywienia pozajelitowego, badań klinicznych i innych.

Farmaceuta szpitalny jest gwarantem bezpiecznej i ekonomicznej farmakoterapii pacjenta w szpitalach.

Dr n. farm. Hanna Jankowiak-Gracz
Konsultant Wojewódzki
w dziedzinie farmacji szpitalnej

Wielkopolska Lista konsultantów wojewódzkich

Choroby wewnętrzne
Diagnostyka laboratoryjna
Onkologia kliniczna
Angiologia
Chirurgia naczyniowa
Choroby płuc
Farmacja szpitalna
Farmakologia kliniczna
Ginekologia onkologiczna
Hematologia
Hipertensjologia

prof. dr hab. n. med. Danuta Pupek- Musialik
prof. dr hab. n. med. Zygmunt Kopczyński
dr hab. n. med. Maria Litwiniuk
prof. dr hab. n. med. Wacław Majewski
prof. dr hab. n. med. Grzegorz Oszkiniś
prof. dr hab. n. med. Halina Batura-Gabryel
dr n. farm. Hanna Jankowiak-Gracz
prof. UM dr hab. med. Anna Jabłeczka
prof. dr hab. n. med. Janina Markowska
prof. dr hab. n. med. Mieczysław Komarnicki
prof. dr hab. n. med. Andrzej Tykarski

W dziedzinie kardiologii w województwie lubuskim funkcję konsultanta pełni prof. dr hab. n. med. Stefan Grajek

Pomoc w urzędowych zmaganiach

W zakres zainteresowania konsultanta wojewódzkiego wchodzi ilość i jakość placówek, specjalistów, kontraktowanych usług oraz ocena zaspokojenia tymi usługami potrzeb pacjentów. Konsultant ocenia przygotowanie personelu i zabezpieczenie w stosowny sprzęt. Jeśli chodzi o szkolenie specjalistów, bierze pod uwagę

z jednej strony potrzeby województwa, z drugiej – możliwości ośrodków akredytowanych. W Wielkopolsce jedynym ośrodkiem akredytowanym dla medycyny paliatywnej jest nasz macierzysty Szpital. Konsultant uczestniczy też w procesie rekrutacji kandydatów do specjalizacji i w egzaminach specjalizacyjnych. Pewną szczególną cechą pracy konsultanta w dziedzinie medycyny paliatywnej jest konieczność opiniowania przygotowania merytorycznego lekarzy, niebędących specjalistami, a pracujących w hospicjach domowych (należy podkreślić, że jest to wyjątek,

kiedy to lekarz bez specjalizacji w danej dziedzinie ma pełne uprawnienia do świadczenia usług lekarskich; jednak musi on spełnić kryteria związane z odbyciem kursów i szkoleń praktycznych).

Źródłem szczególnej satysfakcji jest możliwość spotykania kolegów, oddających swojej pracy, pomagania im w urzędowych zmaganiach, a przez to również pomagania ich pacjentom.

Lek. med. Maciej Kluziak
Konsultant Wojewódzki
w dziedzinie medycyny paliatywnej



Fot. Monika Dziamska

Można na siebie liczyć

Moja przygoda z anestezjologią trwa już 35 lat i są to lata spędzone w tutejszym Szpitalu. Czas płynie nieubłagalnie. Często znajomi zadają mi pytanie czy zawsze chciałam być anestezjologiem. Po latach pracy ja także pytam siebie czy anestezjologia to spełnienie moich zawodowych marzeń?

Spełnienie

Dziś mogę z czystym sumieniem powiedzieć, że spełniłam się zawodowo. Nasi nauczyciele na początku pracy zawsze podkreślali, że będzie to bardzo trudny etap w życiu. Podziękowaniem za pracę nie będą kwiaty od chorego czy wdzięczność rodziny. Chorzy o leczeniu na oddziale intensywnej terapii wolą szybko zapomnieć. Jest takie mądre powiedzenie, że anestezjolog obcuje z nieprzytomnym chorym, a chirurg czy internista z przytomną rodziną. Każdy z nas pracuje na sali operacyjnej, znieczulając pacjentów do operacji, a także leczy chorych na oddziałach intensywnej terapii i oddziałach pooperacyjnych. Służy radą innym lekarzom, gdy wymaga tego stan ogólny chorego.

Respekt

Na początku pracy każdy z nas był dumny, że lekarze innych specjalizacji prosili nas o pomoc i radę w leczeniu najcięższych chorych, a chirurdzy na salach operacyjnych nie rozpoczynali operacji bez naszego udziału. Niestety nie zawsze lekarze różnych specjalizacji doceniają rolę anestezjologów i szanują ich doświadczenie.

Praca na sali operacyjnej do dziś, mimo tylu lat pracy, budzi mój respekt.

Anestezjologia uczy pokory. Znieczulając chorego i prowadząc znieczulenie nikt z nas tak naprawdę nie jest pewien czy wszystko, co zaplanował, uda się wykonać bez powikłań.

Radość

Wybudzony po zabiegu pacjent, przytomny, bez powikłań po wykonanych procedurach to nadal dla mnie radość i spokojny sen. Anestezjolog to lekarz który musi podejmować prawidłowe decyzje, czasami w ułamkach sekund. Nikt z nas – lekarzy nie ma takiej władzy, aby decydować o życiu drugiego człowieka, zaniechać reanimacji czy leczenia chorych nawet z niewielkimi szansami na przeżycie.

Każdy z anestezjologów ma w pamięci nieprzespane noce, lecząc chorych na oddziałach intensywnej terapii i wielogodzinne zabiegi operacyjne, które czasami kończyły się niepowodzeniem. Przez lata pracy nabiera się dystansu do wielu zdarzeń i inaczej patrzy na otaczający świat. Na początku mojej pracy jeden z kolegów powiedział bardzo mądre zdanie: *Stoi człowiek przy takim „klientie” chorym, ma tą całą*

aparaturę, kilogramy leków, tęb nabity wiedzą i nic. Stoi i patrzy bezsilny, jak mu się chory „klient” odmeldowuje. Ten nasz zawód uczy psiać pokory. To zdanie, które usłyszałam 35 lat temu jest nadal wyjątkowo aktualne. Powtarzam je sobie codziennie rozpoczynając pracę.

Zespół

Teraz trochę o Rodzinie Anestezjologów. Przez lata mojej pracy wielokrotnie zmieniał się zespół anestezjologów, ale zawsze byli w nim cudowni ludzie, na których każdy z nas mógł polegać. Ciężka praca zawsze bardzo nas jednociła. W radościach, smutkach i kłopotach byliśmy razem, zawsze gotowi ratować chorego.

Po latach i doświadczeniach zauroczenie zawodem nie minęło, mimo codziennych szarych dni na anestezjologii, zmęczenia i ciągłego stresu. Gdybym jeszcze raz miała wybierać specjalizację na całe zawodowe życie z pewnością byłaby to anestezjologia.

Dr med. Jadwiga Tomczyk
Lekarz anestezjolog
Oddział Kardiochirurgii

Obszary aktywności

Funkcję konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie diagnostyki laboratoryjnej pełnię od 2002 roku. Moja praca na stanowisku konsultanta oprócz zadań kontrolnych i doradczych nacechowana jest działalnością edukacyjną dla diagnostów laboratoryjnych i lekarzy, odbywających szkolenia specjalizacyjne. Warto nadmienić, że Dział Diagnostyki Laboratoryjnej naszego Szpitala jako jeden z dwóch ośrodków w Wiel-

kopolsce posiada akredytację do prowadzenia specjalizacji dla lekarzy z diagnostyki laboratoryjnej.

Dużym obszarem mojej aktywności na stanowisku konsultanta jest wdrażanie systemu jakości w medycznych laboratoriach diagnostycznych, oparte o normy międzynarodowe ISO. W latach 2002-2007 przewodniczyłem Zespołowi ds. Wdrażania Systemu Jakości w medycznych laboratoriach diagnostycznych i mikrobiologicznych w Polsce, powołanego przez ówczesnego Ministra Zdrowia. Brałem udział w opracowaniu standardów jakości

w medycznych laboratoriach diagnostycznych oraz wspieram prace kierowników laboratoriów w celu ich wdrażania.

Moja działalność to również organizacja wielu Konferencji Naukowo-Szkoleniowych, które ze względu na swoją tematykę w środowisku diagnostów laboratoryjnych cieszą się dużą popularnością.

Prof. dr hab. Zygmunt Kopczyński
Konsultant Wojewódzki
w dziedzinie diagnostyki laboratoryjnej



Niezwykła idea

Motyle dla hospicjum to akcja na rzecz rozbudowy Hospicjum Palium. W tej chwili hospicjum posiada 24 miejsca stacjonarnej opieki całodobowej. To stanowczo za mało na potrzeby mieszkańców miasta i powiatu – tę sytuację pragniemy zmienić.

Potrzeba jednak ogromnych nakładów finansowych, dlatego zbrojni w odwagę i cierpliwość, ruszyliśmy w świat:

- Po pierwsze, zaprzyjaźniliśmy się z mediami. Pod koniec ubiegłego roku, z okazji Dnia Wolontariusza i w obliczu zbliżającego się Europejskiego Roku Wolontariatu, podpisaliśmy z mediami porozumienie. Dzięki niemu możemy liczyć na wsparcie rzetelnymi informacjami w prasie, radiu i telewizji o wszelkich organizowanych przez nas akcjach

na rzecz rozbudowy Hospicjum. Dzięki mediom staliśmy się silniejsi – więcej osób mogło dowiedzieć się o wadze problemu, jakim jest brak wystarczającej ilości miejsc dla chorych, o potrzebnych środkach i możliwościach wsparcia szczytnej idei rozbudowy.

- 22 stycznia w Auli Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza odbył się uroczysty koncert dedykowany wszystkim tym, których los podopiecznych Hospicjum leży na sercu i którzy w różnych formach aktywności wspierają nasze działania.

Hospicjum bowiem to nie tylko bezpośrednie działania medyczne zespołu profesjonalistów i wolontariuszy, ale także piękno i atmosfera miejsca oraz potrzeba czynienia dobra, które przybiera konkretne formy, w dziełach wielu osób, firm i szkół.

Gwiazdą wieczoru była Hanna Banaszak. Honorowy patronat nad wydaniem objął Marszałek Województwa Wielkopolskiego i Rektor Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu.

Wolontariusze podczas wieczoru kwestowali, można też było zakupić książki oraz wyroby naszych podopiecznych.

- Uznaliśmy, że internet jest dobrym sposobem na szerzenie idei „Motyli” i udzielanie wsparcia cierpiącym chorym i ich bliskim. Dlatego też tworzymy i rozbudowujemy specjalny serwis informacyjny www.opiekawdomu.info, poświęcony opiece nad ciężko chorym w domu. W ramach serwisu przewlekłe i nieuleczalnie chorzy pacjenci oraz ich rodziny mogą liczyć na szybką i profesjonalną pomoc zespołu specjalistów z zakresu opieki i medycyny paliatywnej:

lekarza, pielęgniarki, rehabilitanta, psychologa i pracownika socjalnego.

- Pojawił się także na popularnym portalu społecznościowym – Facebooku, gdzie informujemy na bieżąco o naszych planach i dokonaniach. Coraz więcej osób przyłącza się do naszej społeczności, co bardzo cieszy i dodaje sił do dalszej pracy.
- Internet to również możliwość prowadzenia aukcji – uzyskane na rzecz Hospicjum cenne przedmioty wystawiamy na Allegro pozyskując w ten sposób środki finansowe, bez których rozbudowa nie byłaby możliwa. Na naszych aukcjach pojawiła się m.in. okazała, unikatowa niespodzianka – ogromny zając ze Starego Browaru pomalowany przez Magdę Gessler, Monikę Mrozowską oraz grupę NIETAK na żywo w „Dzień Dobry TVN”.
- Ideę Motyli dla hospicjum szerzymy również w szkołach podstawowych, gimnazjach i liceach. Wolontariusze spotykają się z uczniami przybliżając ideę hospicyjną, zachęcając do wolontariatu akcyjnego. Efekt? Podczas ostatniej naszej kwesty pomagało nam 80 wolontariuszy!
- W dniach 1-3 maja 2011 roku odbyła się majówka w poznańskim Ogrodzie Botanicznym. Podczas trzech dni wolontariusze rozdawali kolorowe motyle i zbierali pieniądze na rzecz rozbudowy. Poznaniacy bardzo serdecznie odnieśli się do całej akcji, co również nam dodało skrzydeł. W zbiorce pomagał znany poznański aktor – Michał Grudziński, media i inni przyjaciele hospicjum.
- Ostatnio zrealizowaliśmy szalony pomysł – kwestowaliśmy na nowym



Fot. Archiwum

stadionie Lecha, na meczu poznańskiej Warty grającej z Sandecją. Kibice przyjęli nas bardzo serdecznie, organizatorzy wsparli ciepłym przyjęciem i słowem. Nieoceniony wicewojewoda Przemysław Pacia został naszym Pierwszym Wolontariuszem i odważnie ruszył, by zbierać pieniądze do puszki nr 1 na rzecz rozbudowy Hospicjum Palium. Pomogła również pani prezes Warty i sami piłkarze, którzy wystąpili na meczu w koszulkach wolontariuszy, które można było potem wylicytować na internetowej aukcji.

W przeciągu tych kilku miesięcy nauczyliśmy się wiele: przede wszystkim odwagi.

Zrozumieliśmy, że nie należy bać się nawet najbardziej szalonych pomysłów. Idea, która nam przewodzi, jest szczytna i stajemy się z „Motyli dla hospicjum” coraz bardziej dumni.

motyle dla hospicjum

Coraz więcej osób i instytucji dowiadyuje się o naszych działaniach i chętnie je wspiera. Potrzeba bowiem kilku milionów złotych, by idea „Motyli” została zrealizowana.

Dzięki zbiorce mieliśmy też bezcenną możliwość dotrzeć do ludzi, którzy być może w innych warunkach by o nas nie usłyszeli. To trochę taka wielkopolska praca u podstaw, która wciąż procentuje.

Prócz środków finansowych, ważna jest bowiem dla nas sama idea, „zarażanie” hospicyjną wrażliwością mieszkańców Poznania i powiatu.

Jesteśmy na dobrej drodze!

Agnieszka Kaluga
wolontariuszka medyczna
Hospicjum Palium

Jesteśmy wdzięczni Wszystkim Czytelnikom, Osobom Przyjaznym Hospicjum Palium za wszelką pomoc wspierania naszej Akcji: „Motyle dla Hospicjum” także przez wpłacanie choćby skromnych kwot na konto organizacji pożytku publicznego Polskiego Towarzystwa Opieki Paliatywnej Oddział w Poznaniu (PTOP oddział w Poznaniu), pozyskującego środki na rozbudowę Hospicjum Palium

Wpłaty prosimy dokonywać na konto PTOPO oddział w Poznaniu:

79102040270000170200310326

Wszystkim Darczyńcom Serdecznie Dziękujemy.

W imieniu Zarządu PTOPO
Oddział w Poznaniu
Prof. dr hab. med Jacek Łuczak



Zdarzenia niepożądane

– dwa lata funkcjonowania rejestru

Fot. Sebastian Stefaniak

Jeżeli lekarz przeprowadzi operację nożem z brązu i wyleczy człowieka wolnego lub jeśli otworzy mu nożem metalowym guz i wyleczy jego oko, wówczas otrzyma dziesięć szekli srebra. Jeżeli lekarz przeprowadzi operację nożem z brązu i spowoduje śmierć człowieka wolnego lub jeśli otworzy mu nożem metalowym guz i spowoduje utratę oka, wówczas obetnie mu się ręce.

Powyższy tekst pochodzący z Kodeksu Hammurabiego to jeden z najstarszych dokumentów mówiących o karze i nagrodzie za udzielanie usług medycznych. Tak było trzy i pół tysiąca z górą lat temu. Na szczęście dużo się zmieniło. Metalowy nóż i ręka chirurga to nie jedyne czynniki, które decydują o sukcesie lub jego braku. Dlatego między innymi opisane powikłania czy też poważne zdarzenia niepożądane zdarzają się niezwykle rzadko. Jeszcze do niedawna jednak sposób myślenia o tych wydarzeniach był w jakimś sensie niezmienny – jeśli stało się coś złego, to trzeba było znaleźć winnego i go ukarać. Obecnie uważa się, że bardziej wartościowe jest pochylenie się nad całym zdarzeniem – zrozumienie mechanizmów, które do niego doprowadziły i znalezienie sposobów, aby ryzyko powtórzenia się tego samego scenariusza było jak najmniejsze. Taka idea przyświecała nam przy wprowadzaniu szpitalnego *Rejestru zdarzeń niepożądanych*. Czas płynie szybko i minęły już dwa lata od kiedy zaczęła obowią-

zywać procedura zgłaszania zdarzeń. Pora więc na podsumowanie.

Najpierw jednak powtórka – FAQ o zdarzeniach niepożądanych.

Co to jest zdarzenie niepożądane?

Jest wiele definicji, ale żadna nie jest doskonała. Zamiast niej podajemy listę przykładowych zdarzeń, które mają miejsce także w naszym Szpitalu. Chodzi o sytuacje, kiedy stan zdrowia pacjenta pogorszył się lub mógł się pogorszyć z powodu działań podjętych w szpitalu lub ich braku bądź opóźnienia (Tabela 2. Lista przykładowych zdarzeń).

Jak i komu zgłaszać zdarzenia niepożądane?

Zgodnie z naszą procedurą zdarzenia niepożądane są zgłaszane do Biura Pełnomocnika ds. Zarządzania Jakością. Można to zrobić na wszystkie możliwe sposoby osobiście, telefonicznie 9317, mailem halina.bogusz@skpp.edu.pl, maria.samek@skpp.edu.pl lub pismem wewnętrznym. Formularz, który jest załącznikiem nie jest obowiązkowy.

Wypełnimy go, jeśli Państwo nie macie na to czasu!

Kto może zgłosić zdarzenie oraz czy jego imię i nazwisko będzie znane w dalszym ciągu postępowania?

Może to zrobić każda osoba zatrudniona w szpitalu, pacjent lub jego bliski – a więc w praktyce każdy. Można także zastrzec anonimowość i wtedy nie ujawniamy nikomu, od kogo pochodzi wiadomość – chodzi o to, aby nikt nie obawiał się, że poniesie jakieś konsekwencje za zgłoszenie.

Co dzieje się po zgłoszeniu?

Powoływany jest zespół, którego celem jest rozpoznanie sprawy i zastanowienie się czy i co można zrobić, aby zapobiec podobnym zdarzeniom w przyszłości. Wnioski i postanowione zmiany są zapisywane w elektronicznym rejestrze, a ich wykonywanie monitorowane.

Jakie konsekwencje może ponieść osoba, która doprowadziła do zdarzenia?



Najnowsze wytyczne

W dniu 26 lutego 2011 r. w Hotelu Andersia odbyła się *III Konferencja Najnowsze Standardy Diagnostyczne i Terapeutyczne Zaburzeń Metabolicznych*. W konferencji wzięło udział ok. 400 osób, a kolejne 200 uczestniczyło w niej on-line dzięki przekazowi internetowemu.

Podczas konferencji przedstawiono najnowsze wytyczne dotyczące rozpoznawania i leczenia nadciśnienia tętniczego, zaburzeń lipidowych oraz propozycje nowych zaleceń w diabetologii, kardiologii i leczeniu otyłości. Wykłady zaprezentowali znani wykład-

dowcy z całej Polski: prof. Krystyna Widecka – Prezes Polskiego Towarzystwa Nadciśnienia Tętniczego, prof. Stefan Grajek, prof. Mieczysław Litwin, prof. Jacek Sieradzki, prof. Ewa Żukowska-Szczechowska, prof. Beata Woźkowska-Kapłon, prof. Dariusz Kozłowski, prof. Janusz Gumprecht, dr Leszek Markuszewski.

Spotkanie składało się z dwóch części – wykładowej oraz interaktywnej, w której zaprezentowano przypadki chorych z cukrzycą, zaburzeniami lipidowymi i otyłością, a także leczenia pacjenta z tymi zaburzeniami. W części

interaktywnej uczestniczyli: dr hab. Lucyna Ostrowska, dr Paweł Bogdański, dr Magdalena Kujawska-Łuczak, dr Katarzyna Musialik, dr Monika Bąk-Sosnowska.

Konferencja zorganizowana została przez Wydawnictwo Via Medica, a Przewodniczącą Rady Naukowej była prof. dr hab. Danuta Pupek-Musialik, Prezes Polskiego Towarzystwa Kardiodiabetologicznego, Kierownik Katedry i Kliniki Chorób Wewnętrznych, Zaburzeń Metabolicznych i Nadciśnienia Tętniczego.

Marta Łabędzka

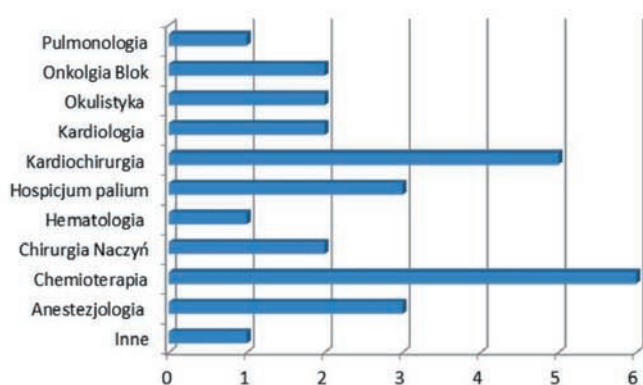


Tabela 1

Nie jest to w żadnym przypadku przedmiotem prac zespołu – nas interesuje wyłącznie **analiza mechanizmów, których osoba doprowadzająca do zdarzenia niekiedy jest ofiarą i których eliminacja lub minimalizacja jest naszym celem.**

A teraz obiecane podsumowanie. W ciągu dwóch lat funkcjonowania rejestru zgłoszono 28 zdarzeń, z których 18 było zdarzeniami sensu stricto, a 10 to tylko sytuacje, w których zaistniało zagrożenie. Przedstawiamy w tabelach rodzaje zdarzeń, które nie odbiegają zresztą od tego, o czym pisze się w literaturze na ten temat oraz oddziały, które zgłaszały zdarzenia. Warto

podkreślić, że większa liczba zgłoszonych zdarzeń świadczy w pierwszym rzędzie o wrażliwości personelu, znajomości problemu i szpitalnych procedur. Nie może to być w żadnym razie podstawą do złej oceny – wręcz przeciwnie – to właśnie ci, którzy nie zauważają problemów, nie mają szans na ich rozwiązanie. Ważne jest czego się nauczyliśmy. Udało się w niektórych miejscach zauważyć braki szkoleń lub zbyt nieprzejrzysty sposób komunikowania się. Powstały nowe – należy mieć nadzieję – lepsze rozwiązania. Jedno z ostatnich zdarzeń nakazuje spojrzeć bardzo szczegółowo i dokładnie na kwestię loginów i haseł do systemu Eskulap.



Tabela 2

Przekonaliśmy się bardzo dotkliwie, że dane wpisywane powinny być przez właściciela loginu, stanowi on coś w rodzaju pieczęci, podpisu i nie można traktować go tylko jako swoistego klucza do systemu.

Zachęcamy kolejny raz do współpracy z rejestrem po to, aby w pozytywny sposób można było jeszcze raz potwierdzić powiedzenie *Mądry Polak po szkodzie* i aby nie sprawdziło się złe wieszczenie poety, że *nowe przysłówie Polak sobie kupi że i przed szkodą i po szkodzie głupi*.

Halina Bogusz

Pełnomocnik ds. Zarządzania Jakością

Joanna Drażba (1971-1995)

– patronka Oddziału Dziennego Pobytu Hospicjum Palium

Radosna przygoda

Joanna stała na rynku głównym Krakowa. To niezwykle miejsce zapewne również w niej pobudzało wyobraźnię i wywoływało nastrój święta – obcowania ze sztuką, historią – zmieszana z codziennym zgiełkiem miasta. Co myślała wtedy? Była młodą, rozpoczynającą życie dziewczyną, przeżywającą właśnie radosne doświadczenie pierwszej, odwzajemnionej miłości. Wszystko wyglądało cudownie – Kraków, rozpoczęte właśnie studia, chłopak z którym bliskość była niezwykłą, radosną przygodą.

Był to także czas, kiedy po raz pierwszy zaczęła odczuwać ów ból. Zrazu – jak u Ravela – cichy i jakby z oddali – flet, grający nieznaną dotąd melodię. Niestety – tak samo jak w słynnym Bolero – melodia miała stać się nieustanną towarzyszką jej życia, miała przybierać na sile, by ostatecznie zawładnąć całym jej życiem i wciągnąć w swój szalony, ogłuszający wir.

Nieustępujący ból

Kolejne etapy diagnostyki ujawniły nieuleczalne stadium nowotworu złośliwego w obrębie rdzenia kręgowego. Pomimo kolejnych interwencji chirurgicznych – okupionych niemalym cier-

pieniem i upokorzeniami (w pierwszym okresie uznawano dolegliwości Joanny za zmyślane lub co najmniej psychosomatyczne), nie osiągnięto większych sukcesów. Nastąpiło porażenie kończyn

”

*to było tak
jak kamień na kamieniu leży
wyciska skalne łzy
i kruszy granitowy fundament*

*to było tak
jak liść dotknięty wiatrem
składa swą zieleni
do walizki
do powietrza*

*to było tak
jak motyl wbity w tęczę
płacze jej kolorami
na welon swych skrzydeł*

*to było tak
jak być dla kogoś
i nie być*

dolnych, ból cały czas nie ustępował, wielokrotnie stawał się nie do zniesienia.

”

*byłam tam
gdzie nikt nie dotarł
widziałam tunel rodzący białe światło*

*spadałam tam
gdzie nikt nie spadał
przykryta własną nagością
dotknęłam wiary*

*trzymałam za rękę
prędkość
kosmos otworzył przede mną
drogę
po której stąpałam
z pachnącą radością*

Oto wszystko z czym musiała rozstać się Joanna – młodość, plany na przyszłość, przyjaciele, studia, niezależność, beztrudna, ale także po prostu: spacer, taniec, noc bez bólu.

Był rok 1993 – życie Joanny zamknięte zostało do prostokąta łóżka, rodziców, brata i kilkorga przyjaciół. Ból grał już wtedy na kilka, kilkanaście instrumentów, do niego dołączyły się inne dolegliwości, krąg życia zacieśniał się.

Potrzeba pomocy, ulgi w nieuśmierzonym bólu, który Joanna wypisywała niekiedy na kartkach obok swoich wierszy, była dojmująca.

”

*dane ci jest poznać
te zakamarki
w których umieszczono
wrzask, bełkot, skowyt*

*milczenie to jedyna obrona
milczeć, milczeć*

Wyjątkowe doświadczenie

Wtedy pojawił się w historii jej cierpienia zespół opieki paliatywnej – profesor Jacek Łuczak, Anna Głowacka. Przynieśli jej swoją obecność, zrozumienie, profesjonalną, ale i głęboko ludzką pomoc. Jej cierpienie znalazło sens – miała nauczyć swoich opiekunów, czym



Joanna na Ryнку Głównym w Krakowie

Fot. Archiwum

VIII

Repetitorium Pulmonologiczne



Fot. Archiwum

W dniach 1-2 kwietnia br. Poznań już po raz ósmy pełnił rolę gospodarza sympozjum pulmonologicznego, na które zjechali specjaliści chorób płuc, interniści i lekarze innych specjalizacji z całej Polski. Konferencja objęta honorowym patronatem JM Rektora Uniwersytetu Medycznego – prof. dr hab. med. Jacka Wysockiego – została zorganizowana przez Katedrę i Klinikę Pulmonologii, Alergologii i Onkologii Pulmonologicznej oraz Stowarzyszenie Wspierania Pulmonologii Poznańskiej. Opiekunem medialnym było Radio Merkur oraz wydawnictwo medyczne Termedia.

Wybitni fachowcy

Prof. dr hab. med. Halina Batura-Gabryel i prof. dr hab. med. Witold Młynarczyk – kierownicy naukowi sympozjum – spotkali się ze swoimi gośćmi w Centrum Kongresowo-Dydaktycznym UM. Przestronny gmach uniwersytecki zgromadził ok. 300 miłośników pulmonologii. Wielu z nich uczestniczyło we wszystkich 11 sesjach, podczas których miało szansę posłuchać wykładów wybitnych fachowców z dziedziny chorób płuc i wymienić

uwagi o najnowszych aspektach terapii i diagnostyki tychże schorzeń.

Prelekcje i dyskusje

Tematem wiodącym konferencji, otwierającym Repetitorium, były praktyczne problemy kliniczne dotyczące raka płuca. Uczestnicy wykładów dyskutowali m.in. o aktualnych standardach terapii nowotworowej, mówili o różnorodności obrazów klinicznych raka płuca. Zastanawiali się również nad tym, dlaczego wyniki leczenia nowotworu płuca są wciąż niezadawalające.

Sporo miejsca poświęcono także w prelekcjach nowoczesnym, szeroko stosowanym metodom diagnostycznym w pulmonologii. Dopelnieniem tej części konferencji były warsztaty spirometryczne, w czasie których przedstawiono techniki wykonywania badania mierzącego objętość płuc oraz zajęcia dotyczące analizy przypadków chorych na sarkoidozę.

Kolejne sesje dotyczyły gruźlicy płuc, zakażeń układu oddechowego, a także farmakoterapii stosowanej w astmie czy POChP. Ponadto omawiano

stany naglące w chorobach płuc, a w części zatytułowanej *Rzadziej rozważane problemy pulmonologiczne* podejmowano kwestie dotyczące m.in. wpływu zanieczyszczeń powietrza na choroby układu oddechowego oraz reakcji nadwrażliwości na leki.

Dobre zakończenie

W ramach artystycznego przerywnika prelegenci oraz uczestnicy sympozjum zostali zaproszeni w piątkowy wieczór na przedstawienie teatralne – monodram pt. *Mój dzikus* w wykonaniu Justyny Sieńczyłło z warszawskiego teatru Kamienica. Iskrząca się humorem i lekka w formie sztuka spotkała się z entuzjastycznym przyjęciem licznie zgromadzonej publiczności.

VIII Repetitorium Pulmonologiczne zakończyło się późnym popołudniem w sobotę. Wielu gości potwierdziło swoje uczestnictwo w kolejnej edycji konferencji w 2012 r. oraz wyraziło nadzieję, że sposoby rozwiązywania omawianych problemów znajdą swoje odzwierciedlenie w pracy z pacjentem na co dzień.

Agnieszka Jeleń

ono jest, na czym polega jego przeżywanie, jak może odpowiedzieć człowiek na perspektywę śmierci i umierania.

W jaki sposób ta dziewczyna, potrzebująca wszelkiej pomocy nawet do drobnych, codziennych czynności mogła stać się nauczycielką?

A jednak tak do dziś wspominają ją członkowie zespołu paliatywnego, którzy mieli ów przywilej – jak twierdzą – opiekowania się Joanną.

Czy ona sama była tego świadoma? Czy widziała tylko bezradność i ból, czy też przeczuwała, że osoby przycho-

dzące by jej pomóc, wychodzą z poczuciem obdarowania?

Można odczytać w jej wierszach, że zdawała sobie sprawę z wyjątkowości swojego doświadczenia:

Lekcja Joanny trwa. Jej wiersze i spisana z młodzieńczą szczerością historia choroby oraz pamiętnik pokazują drogę, którą przechodzi wielu... Są jak przewodnik, dla tych, którzy – tak jak ona – poddani są próbie, samotności, ciemności i bólu.

Szpitalnymi patronami są zazwyczaj ludzie sukcesu i sławy medycznej, wiel-

cy odkrywcy, dobroczyńcy, naukowcy. Joanna jako patronka oddziału dziennego Hospicjum pokazuje perspektywę odwrotną – perspektywę paradoksu:

*bezradność potężną,
pomimo lęku – spokojną,
w objęciach śmierci – pełną życia.*

Halina Bogusz
Pełnomocnik
ds. Zarządzania Jakością

w następnym numerze



Już niebawem nowy obiekt szpitalny oraz budynek poradni przy ul. Szamarzewskiego zatętnią życiem. Lipiec i sierpień to czas planowanych przenosin jednostek, mieszczących się obecnie przy ul. Łąkowej. Będzie to zapewne dla wielu z nas spory wysiłek logistyczny i organizacyjny. Mamy jednak nadzieję, że wszystkie planowane działania zostaną zrealizowane pomyślnie. Przenosiny reporterskim okiem będą śledzić Nowiny Szpitalne. Zapraszamy na relacje w kolejnym numerze.

Redakcja

Bloki Operacyjne i OIOM



Oddział Chirurgii Onkologicznej

Zdjęcia
Monika
Dziamska

Oddział
Chemioterapii



Oddział
Ginekologii
Onkologicznej



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

Wydawca:
Szpital Kliniczny *Przemienienia Pańskiego*
Uniwersytetu Medycznego im. Karola Mar-
cinkowskiego 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

Zespół redakcyjny:
Halina Bogusz, Szczepan Cofia, Monika Dziamska
(redaktor prowadzący), Zofia Owecka, Rafał
Staszewski, Natalia Wnuk (sekretarz)

Redakcja nie zwraca materiałów niezamó-
wionych, zastrzega sobie prawo redagowa-
nia nadsyłanych tekstów i nie odpowiada za
treść zamieszczanych reklam.