

ISSN 1643-0980

nowiny szpitalne



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

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

NR 1 (52)
Rok X
LUTY – KWIECIEŃ 2010

rezonans w praktyce 4

szpital w liczbach 6

pierwszy przeszczep 11

staż podyplomowy 17

inwestycje 24



Szpitalne kalendarium

- **9 stycznia** po raz drugi odbyła się Biała Sobota – Zdrowe Naczynia w ramach programu zdrowotnego wczesnej diagnostyki tętniaków aorty brzusznej u mężczyzn w wieku 55-80 lat. Z badań profilaktycznych skorzystało ponad 100 pacjentów.
- W dniu **11 stycznia** odbyło się posiedzenie Rady Medycznej. W głównej mierze spotkanie zostało poświęcone omówieniu założeń planu wykonania procedur medycznych w 2010 roku.
- **21 stycznia** Dyrekcja Szpitala oraz dr Hanna Jankowiak-Gracz, Kierownik Apteki uczestniczyli w posiedzeniu Komisji Rozstrzygającej, powołanej w celu rozpatrzenia wniesionych zastrzeżeń do zaleceń pokontrolnych, w Delegaturze Najwyższej Izby Kontroli w Warszawie.
- Dyrektor Szczepan Cofta, pani Krystyna Piątkowska oraz dr hab. Tatiana Mularek-Kubzdela w dniu **2 lutego** spotkali się w NFZ z Barbarą Murawską – Z-cą Dyrektora ds. Medycznych. Spotkanie dotyczyło napięć związanych z koniecznością finansowania drogich terapii oraz niezwykle ograniczonych środków na ich prowadzenie. Poruszono sprawę konieczności przeznaczenia większej ilości środków na program terapeutyczny pierwotnego nadciśnienia płucnego.

Pomimo „czasu kontroli”, składania zachłonných sprawozdań i wyjaśnień, kierujących nasze myśli uporczywie wstecz, nadrzędna wizja działalności szpitala pozostaje przejrzysta. Wydarzeń spowalniających wartki bieg szpitalnej rzeczywistości i odrywających od meritum idei czynienia wzajemnego dobra nie brakuje. Jednak mimo tych niesprzyjających warunków spojrzenie w przód jest nadal wyraziste i może jeszcze bardziej przenikliwe niż wcześniej, bez tego typu doświadczeń. Patrząc z perspektywy czasu z inżynierską precyzją dostrzegamy, że kroki w przód są na szczęście dłuższe, niż te, nie bez oporu, wykonywane do tyłu.

Tych milowych kroków w ostatnich miesiącach było wiele, ze spektakularnym dokonaniem kardiochirurgów – pierwszej transplantacji serca. Nasz szpital dzięki wieloletnim i sumiennym przygotowaniom wypełnił w ten sposób wyrwę na mapie przeszczepów serca w regionie. To bicie

nowego serca odmierza symbolicznie życie ratowane co dzień na oddziałach, bez rozgłosu i światła jupiterów; czego wyrazem jest sprawozdanie z działalności szpitala, sporządzone w Dziale Organizacji i Sprzedaży Usług Medycznych.

Porównanie ze szpitalami w Stanach Zjednoczonych i Irlandii, miejscami stażu osób związanych z naszym szpitalem, nie zawstydzą nas druzgocząco. Przepaście powoli się zasklepiają. Jesteśmy w trakcie wielkich organizacyjnych przemian. Trwające inwestycje, głównie przy ul. Szamarzewskiego, już w nie tak dalekiej przyszłości, przybliżą nas do światowych strukturalnych standardów.

Po tak srogich i nieco już długich przejściach wiosna bezwzględnie musi przyjść, o czym właśnie te pierwsze kroki mogą świadczyć.

Monika Dziamska

Redaktor prowadzący
monika.dziamska@skpp.edu.pl

Wiosna musi przyjść

- W tym samym dniu prof. Jacek Łuczak z Dyrektorem Szczepanem Coftą oraz dr Haliną Bogusz i inż. Józefem Zielezińskim podjęli rozmowę z Marszałkiem Województwa Wielkopolskiego, p. Markiem Woźniakiem dotyczącą rozbudowy Hospicjum Palium.
 - **8 lutego** odbyła się Rada Medyczna dotycząca bieżących spraw szpitala, referowanych przez kierowników poszczególnych komórek administracyjnych i medycznych. Znacząca część spotkania została poświęcona zagadnieniu badań klinicznych prowadzonych na terenie naszego ośrodka.
 - W dniu **12 lutego** odbył się koncert jubileuszowy dla dobrodziejów Hospicjum Palium. W Auli Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza zaproszeni goście mieli okazję wysłuchać koncertów Chóru Chłopięcego i Męskiego „Poznańskie Słowiki” pod dyktando prof. Stefana Stuligrosza oraz Orkiestry Reprezentacyjnej Sił Powietrznych pod dyktando mjr Pawła Joksa.
 - Na zaproszenie Krystyny Pośledniej, Członka Zarządu Wojewódzkiego Województwa Wielkopolskiego Dyrektor Szczepan Cofta w dniu **16 lutego** uczestniczył w spotkaniu dotyczącym funkcjonowania Oddziałów Intensywnej Terapii na terenie województwa wielkopolskiego.
 - **18 lutego** Dyrektorzy Jan Talaga, Szczepan Cofta oraz Rafał Staszewski spotkali się
- we Warszawie z dr Jackiem Paszkiewiczem, Prezesem Narodowego Funduszu Zdrowia.
- Spotkanie dotyczące aktualnie trwającej rozbudowy budynku przy ul. Szamarzewskiego odbyło się **19 lutego**. Kanclerz Uniwersytetu, p. Bogdan Poniedziałek gościł w tej sprawie Z-cę Dyrektora ds. Technicznych Romana Dyderskiego oraz prof. Mieczysława Komarnickiego, Ordynatora Oddziału Hematologii.
 - **23 lutego** odbyło się spotkanie lekarzy odpowiedzialnych za gospodarkę krwią na oddziałach.
 - W dniu **2 marca** Dyrektor Szczepan Cofta, pani Krystyna Piątkowska oraz dr med. Przemysław Miłkowski spotkali się z Barbarą Murawską – Z-cą Dyrektora ds. Medycznych Narodowego Funduszu Zdrowia. Tematyka spotkania dotyczyła m.in. potrzeby zwiększenia finansowania technik elektrofizjologii.
 - Około 400 lekarzy zainteresowanych tematyką chorób płuc z całego kraju uczestniczyło w Repetytorium Pulmonologicznym w dniach **5-6 marca**.
 - Tematem przewodnim Rady Klinikystów **15 marca** była dyskusja dotycząca perspektyw rozwoju Szpitala oraz działań mających na celu poprawę infrastruktury. Uczestnicy obejrzeni film poświęcony działalności kardiologicznej w naszym Szpitalu.

(dokończenie na str. 10)



Na wiosnę serce bije mocniej

Niezwykle ucieszyła nas informacja o pierwszym przeszczepie serca na oddziale kardiologii. W ten spektakularny sposób dołączyliśmy do grona elitarnych ośrodków klinicznych w Polsce, wykonujących transplantacje narządowe. Mimo marazmu sytuacji ochrony zdrowia w Polsce, udało nam się przezwyciężyć liczne problemy organizacyjne, sprzętowe i logistyczne. Doceniamy bezinteresowną pomoc prof. Mariana Zembali i jego zespołu, którzy towarzyszyli nam od początku naszych starań, aż do ostatnich minut pierwszego zabiegu. Dzięki zespołowi kardiologów na wiosnę A.D. 2010 jeszcze jedno serce zabije mocniej.

Prosto w serce

Nasz szpital od ponad półtora roku jest poligonem instytucji kontrolnych. W ubiegłym roku osiągnęliśmy rekord – 20 kontroli. Rozumiejąc konieczność weryfikacji pracy instytucji publicznych i współpracy z organami weryfikującymi naszą działalność, wykonujemy szereg dodatkowych prac. Należy mieć jednak na względzie konieczność normalnego funkcjonowania.

Wydaje się, że część opinii różnych instytucji, w tym także kontrolnych,

stoi ze sobą w sprzeczności. Dobrym tego przykładem jest nadal funkcjonujące stanowisko WOW NFZ w zakresie badań klinicznych – iż od momentu włączenia do wyłączenia pacjenta w badaniu klinicznym sponsor przejmuje odpowiedzialność finansową za zrealizowane świadczenia medyczne. Ministerstwo Zdrowia ma odmienny punkt widzenia. W przesłanej odpowiedzi wskazało, iż działania WOW NFZ są sprzeczne z powszechnie obowiązującymi przepisami prawa, dotyczącymi finansowania świadczeń opieki zdro-

wotnej, które są udzielane w związku z badaniem klinicznym. Co ciekawe nawet NIK wydaje się mieć niespójne stanowisko co do badań klinicznych – w korespondencji kierowanej do Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego trudno wychwycić jej intencje. Z jednej strony NIK wskazuje, iż nie ma jednoznacznych przepisów prawa, wskazujących kto winien finansować świadczenia zdrowotne wykonywane u pacjentów w badaniach klinicznych, z drugiej

(dokończenie na str. 5)



Dobro wspólne

Kreślenie kilkunastu zdań tej rubryki jest dla mnie czasem swego rodzaju refleksji, gdy ze swojej perspektywy myślę: *Szpital*. Niejednokrotnie jest to echo przeżytych zdarzeń, często poruszających, do których nie dodawałem komentarza. Te właśnie słowa są swego rodzaju wypowiedzeniem wcześniej niewypowiedzianego.

Silne wrażenie

W codzienności nieraz zapominamy o *szczególnej marce* naszego Szpitala, który – w łańcuchu pokoleń – w tych latach współtworzymy. Ta szczególna ranga jest bardzo mocno wpisana w życie naszego Miasta, ale także Regionu. Nasz punkt startowy – jako jednej z najbardziej znaczących lecznic – jest niezwykle uprzywilejowany. To jest ułatwienie naszego kontaktowania się z zewnętrzną rzeczywistością.

Choć utożsamianie się z bieżącym życiem szpitalnym i wyrażana współodpowiedzialność są bardzo różne, to jest tak wiele osób, dla których to miejsce ma szczególne znaczenie. Jeden z naszych profesorów – mający zdolność wyrazistego wyrażania swoich odczuć, w sytuacji trudnej, wypowiedział mocne: *ja przecież kocham mój Szpital i chcę jego dobra*. Rzeczywiście dla wielu nawet mury dostojnego starego gmazyska przy Długiej wywierają silne wrażenie.

Wzajemne relacje

Czasami relacja do Szpitala (czy też raczej jego części) jest – w różnym tego zdania wyrazie niesiona na przykład przez stwierdzenie: *moja klinika, moja zagroda, moje pieniądze*. Mogą być różne barwy takiego spojrzenia. Jeśli opisuję znaki wspólnego kodu, który ma szansę nas łączyć i mobilizować w naszym ogniwie łańcucha pokoleń – to pada chociażby stwierdzenie:

(dokończenie na str. 5)

W dniu 26 marca 2010 roku, na terenie Międzynarodowych Targów Poznańskich, odbyła się konferencja poświęcona zastosowaniu rezonansu magnetycznego (MRI) w praktyce klinicznej. Była to pierwsza tego typu konferencja zorganizowana przez Szpital Kliniczny Przemienienia Pańskiego UM w Poznaniu wraz z I Kliniką i Katedrą Kardiologii UM w Poznaniu, II Katedrą Chirurgii Ogólnej i Naczyń UM w Poznaniu, Katedrą i Kliniką Onkologii UM w Poznaniu oraz Katedrą i Kliniką Okulistyki UM w Poznaniu.



Fot. Katarzyna Leśna

Rezonans w praktyce

Program profilaktyczny

Celem konferencji było poszerzenie wiedzy na temat rezonansu magnetycznego oraz zwrócenie uwagi na różne aspekty kliniczne jego zastosowania. Sesje I i II konferencji poświęcone zostały nowym technikom obrazowania, wskazaniom i przeciwwskazaniom do badania MRI oraz aspektom klinicznym zastosowania rezonansu magnetycznego w kardiologii, w chorobach naczyń, a także w praktyce onkologicznej.

W trakcie wykładu „Rezonans magnetyczny w programach zdrowotnych” prof. dr hab. med. Stefan Grajek – Kierownik I Kliniki Kardiologii UM w Poznaniu – zaprezentował projekt programu profilaktycznego „Szeroka aorta”, którego głównym celem jest wyselekcjonowanie populacji wysokiego ryzyka wśród pacjentów podejrzanych o przewlekłe rozwarstwienie lub pęknięcie tętniaka aorty, objęcie jej monitoringiem i leczeniem, a w razie konieczności zastosowanie odpowiedniej interwencji chirurgicznej.

Skuteczność terapii

Nowoczesna diagnostyka obrazowa w zakresie rezonansu magnetycznego miałaby stanowić niezbędny element procesu diagnostyki i leczenia. Wdrożenie programu przyczyniłoby się do zmniejszenia odsetka osób zagrożonych nagłym zgonem z powodu pękniętych tętniaków aorty piersiowo-brzuszej, zwiększenia skuteczności terapii, a w

działaniu długofalowym zmniejszenia umieralności mieszkańców miasta Poznania (Wielkopolski) z powodu chorób układu sercowo-naczyniowego. Jednym z kluczowych aspektów realizacji programu byłby także zwiększony dostęp do badań MRI dla pacjentów.

Według danych Organizacji Współpracy Gospodarczej i Rozwoju (OECD), liczba aparatów rezonansu magnetycznego w Polsce, jest jedną z najniższych, nie tylko w krajach europejskich, ale i na świecie. Na milion mieszkańców naszego kraju przypadają nawet nie 3 aparaty rezonansu, co oznacza, że Polska znajduje się na przedostatnim miejscu wśród wspólnoty krajów OECD pod względem dostępności do badań tą metodą.

Standard diagnostyczny

Interesujący program naukowy, wzbogacony o sesję ciekawych przy-

padków klinicznych, spotkał się dużym zainteresowaniem i uznaniem uczestników, czego dowodem była wysoka frekwencja (ponad 150 zarejestrowanych osób z woj. Wielkopolskiego i woj. Lubuskiego).

Sesje z udziałem doświadczonych specjalistów z wielu dziedzin medycyny dowodzą, że obrazowanie z wykorzystaniem systemów MRI staje się standardem diagnostycznym w wielu chorobach lub wręcz jedyną dostępną technologią pozwalającą na dokładną weryfikację diagnozy. Wszystko wskazuje na to, że rezonans magnetyczny znajdować będzie coraz szersze zastosowanie w praktyce klinicznej oraz w programach zdrowotnych, co ma miejsce w wielu krajach Europy Zachodniej i na świecie.

Katarzyna Leśna

Sekcja Badań Klinicznych i Naukowych

9 stycznia 2010 roku Klinika Chirurgii Ogólnej i Naczyń zorganizowała Białą Sobotę w ramach programu zdrowotnego wczesnej diagnostyki tętniaków aorty brzusznej.

Program skierowany był dla mężczyzn w wieku od 60 do 80 roku życia. Przyjęto 100 pacjentów. W ramach sobotniej akcji wykonywane były bezpłatne porady lekarzy

specjalistów z zakresu chirurgii naczyń oraz badania USG Doppler i diagnostyka krwi.

Kolejna Biała Sobota organizowana przez Klinikę Chirurgii Ogólnej i Naczyń odbędzie się w maju. Serdecznie zapraszamy.

Patrycja Rakowska

Specjalista ds. Marketingu

Zaproszenie

mikrobiologia

Uprzejmie informuję, że Laboratorium Mikrobiologii zostało zaproszone przez Krajowy Ośrodek Referencyjny ds. Lekowrażliwości Drobnoustrojów i Krajowego Konsultanta w dziedzinie Mikrobiologii Klinicznej do udziału w programie: Europejski System Monitorowania Oporności na Antybiotyki EARSS (*ang.* European Antimicrobial Resistance Surveillance System). Program EARSS jest jednym z elementów systemu zbierania danych epidemiologicznych przez Europejskie Centrum Zapobiegania i Kontroli Zakażeń ECDC (*ang.* European Centre for

Disease Prevention and Control) w Sztokholmie.

EARSS jest systemem monitorowania oporności na antybiotyki bakterii wywołujących zakażenia inwazyjne. Analizie poddawane są dane o lekowrażliwości izolatów z krwi, płynu mózgowo-rdzeniowego i materiałów pobieranych z miejsc fizjologicznie jałowych. Informacje zebrane w systemie EARSS, pochodzące z ponad 900 ośrodków z 33 krajów europejskich, umożliwiają analizę częstości występowania istotnych klinicznie i epidemiologicznie mechanizmów oporności, takich jak:

oporność na metycylinę u *Staphylococcus aureus* (MRSA), oporność na glikopeptydy u enterokoków (VRE) czy oporność na karbapenemy u pałeczek *Pseudomonas aeruginosa*.

W Polsce do udziału w programie zostało wytypowanych 39 ośrodków z różnych regionów kraju. Zadaniem każdego z nich jest zbieranie i przesyłanie danych o identyfikacji i lekowrażliwości szczepów hodowanych z krwi, płynu mózgowo-rdzeniowego, miejsc fizjologicznie jałowych oraz okresowe przesyłanie izolatów wybranych gatunków drobnoustrojów.

Anna Mól

Kierownik

Laboratorium Mikrobiologii

OKIEM DYREKTORA NACZELNEGO SZPITALA

(dokończenie ze str. 3)

strony w tym samym piśmie wskazuje się iż obowiązek taki musi być nałożony jedynie na sponsora badania, o czym świadczy ulotny zapis definicji sponsora w prawie farmaceutycznym. Aż chciałoby się, by ktoś wreszcie przeciął ten węzeł Gordyjski, bo kierując się literalnie wytycznymi naszego oddziału NFZ z miesiąca na miesiąc tracimy kolejne badania kliniczne.

Wiele czasu musieliśmy poświęcić na przygotowanie niezliczonej ilości zestawień i kserokopii dokumentacji i wyjaśnień, co może być przyczyną poczucia utraty czasu pracy, przeznaczonego na twórcze działania. Kontrole jednak kochają nasz szpital – więc nie zawsze – co z oczu to z serca.

Zadra w sercu

Szpital nasz posiada niebywały potencjał świadczenia usług medycznych. Z racji na pełnioną misję większość z nich świadczona jest w ramach środków publicznych, nieodpłatnie w ramach systemu powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego. Tworzy się jednak rynek usług medycznych i część pacjentów, a zwłaszcza firm prywatnych gotowa byłaby do poniesienia dodatkowych kosztów, by leczyć się w szpitalu o uznanej marce (koszty te i tak są ponoszone przez część prywatnie leczących się pacjentów). Trzeba pamiętać, że prywatny rynek usług medycznych nie może być utożsamiany z ograniczeniem ich dostępności. Z drugiej jednak strony trudno nam zgodzić się z faktem, iż niepubliczne zakłady opieki

zdrowotnej, posiadające kontrakt z NFZ, mogą sprzedawać komercyjnie swoje świadczenia, a szpital nasz o tak wyjątkowej marce i renomie musi odmawiać chętnym pacjentom.

Zadrą w sercu jest nadal nierówne traktowanie podmiotów, które w opinii wielu ekspertów i prawników nie ma podstaw w obowiązujących przepisach prawa. Z pewnością byłibyśmy w stanie, zważywszy na oczekiwania pacjentów i chęci naszych pracowników, do otwarcia się na tworzący się rynek odpłatnych świadczeń zdrowotnych. Nadal bowiem nie wykorzystujemy w pełni naszego potencjału, a NFZ nie jest w stanie zakupić od nas 100 procent naszych możliwości.

Jan Talaga

Dyrektor Naczelny Szpitala

OKIEM NACZELNEGO LEKARZA SZPITALA

(dokończenie ze str. 3)

nasza marka. W poprzednim numerze naszego pisma wróciłem do ważnego wyzwania: *szpital miejscem zaufania.* Dotyczy to nie tylko naszych relacji z pacjentami, ale także i naszych wzajemnych.

Intensywność wyzwania

W dzisiejszym kontekście nie mogę oprzeć się myślom ostatnich tygodni:

nasz Szpital nie może nie być miejscem, przez które nie przebija *dobro wspólne.*

Ta kategoria, dla niektórych może przestarzała, niesie sobą intensywność wyzwania, któremu powinien sprostać każdy szpital, a na pewno szczególnie nasz. Zgodnie ze społeczną naturą człowieka, dobro każdego pozostaje w sposób konieczny w relacji z dobrem wspólnym. Jest ono określane zawsze w odniesieniu do osoby ludzkiej. Odnośząc się do życia wielu, rozumiane jest jako suma warunków pozwalająca

razem uczynić więcej i lepiej niż działając samemu. Staje się niezwykle istotnym elementem i warunkiem rozwoju. Jest ukierunkowaniem na rozwój. A nadto: daje bezpieczeństwo i pomaga realizować się tym, którzy je tworzą. Pełniej niż gdybyśmy działali samemu.

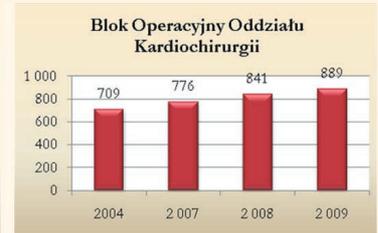
Dobrze, jeśli jednym ze słów łączącego nas kodu pozostaje *dobro wspólne.*

Szczepan Cofta

Naczelny Lekarz Szpitala

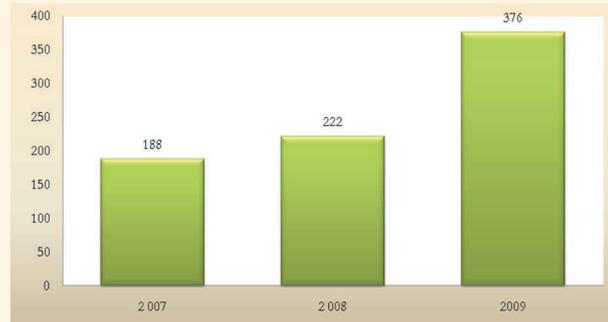
Szpital w liczbach

LICZBA ZABIEGÓW NA POSZCZEGÓLNYCH BLOKACH OPERACYJNYCH



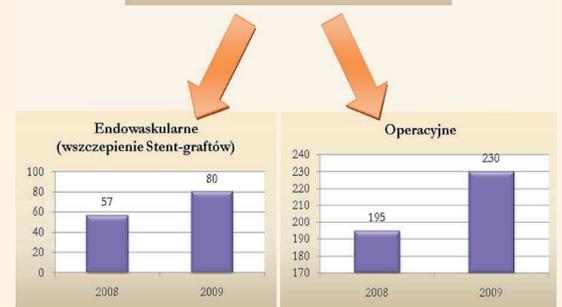
ZABIEGI ENDOWASKULARNE Z ZAKRESU CHIRURGII NACZYNIOWEJ WYKONANE NA BLOKU CHIRURGII NACZYNIOWEJ I PRACOWNI RADIOLOGII ZABIEGOWEJ

ZABIEGI NA BLOKACH OPERACYJNYCH W LATACH 2004 i 2007-2009



OPERACJE TĘTNIAKÓW AORTY NA ODDZIAŁACH KARDIOCHIRURGII I CHIRURGII NACZYNIOWEJ W LATACH 2008-2009

Zaopatrzenie tętniaka aorty		Endowaskularne (wszczepienie Stent-graftów)	Operacyjne	Razem
2008				
chirurgia ogólna i naczyń	tryb planowy	23	65	88
	tryb nagły	27	66	93
	łącznie	50	131	181
kardiochirurgia	tryb planowy	3	34	37
	tryb nagły	4	30	34
	łącznie	7	64	71
2009				
chirurgia ogólna i naczyń	tryb planowy	21	99	120
	tryb nagły	48	74	122
	łącznie	69	173	242
kardiochirurgia	tryb planowy	6	29	35
	tryb nagły	5	28	33
	łącznie	11	57	68



Z entuzjazmem

W dniach 5-6 marca br. Poznań gościł u siebie wybitnych specjalistów z dziedziny chorób układu oddechowego, internistów i lekarzy rodzinnych, a to za sprawą odbywającego się już po raz siódmy Ogólnopolskiego Repetytorium Pulmonologicznego.

VII Repetytorium Pulmonologiczne

Doświadczenia

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. Kierownicy naukowcy, prof. UM dr hab. med. Halina Batura-Gabryel i prof. dr hab. med. Witold Młynarczyk, zaprosili uczestników spotkania do nowoczesnego Centrum Kongresowo-Dydaktycznego UM. Tam, podczas 9 sesji, ok. 400 lekarzy różnych specjalizacji miało okazję wymienić poglądy i doświadczenia oraz zapoznać się z najnowszymi doniesieniami nt. chorób obturacyjnych, stanowiących obecnie jeden z najczęstszych problemów zdrowotnych.

Diagnostyka

Tematem głównym konferencji satelitarnej otwierającej Repetytorium, a przygotowanej wraz z Poznańskim Oddzia-

łem Polskiego Towarzystwa Chorób Płuc, były: „Zaburzenia oddychania podczas snu – aspekty współczesnej diagnostyki i terapii”. Prelegenci zastanawiali się nad definicją i patogenezą bezdechu sennego, jego rozpoznawaniem i sposobami leczenia. Dużo miejsca poświęcili też nowoczesnym metodom diagnostycznym w pulmonologii. Dopełnieniem tej części konferencji były warsztaty spirometryczne i aerozoloterapii, podczas których uczestnicy mieli szansę nauczyć się praktycznego wykonywania badania spirometrycznego i poznać reguły prowadzenia terapii inhalacyjnej. Dużym zainteresowaniem cieszyły się też zajęcia radiologiczne. Dzięki nim lekarze zapoznali się z zasadami prawidłowego interpretowania obrazów zmian poszczególnych narządów i struktur.

Kolejne sesje poświęcone były terapii chorób płuc i opiece nad chorym w wieku starszym. Zastanawiano się również „Jak postępy nauk podstawowych przekładają się na praktykę kliniczną?”, a podczas ostatnich wykładów porusza-

no temat trudnych problemów klinicznych.

Cel

Jak co roku streszczenia wybranych prezentacji opublikowało w specjalnym numerze „Przewodnika Lekarza” wydawnictwo Termedia – patron medialny konferencji.

Organizatorzy Repetytorium nie zapomnieli również i o innych atrakcjach. W piątkowy wieczór wybrali się wraz z gośćmi do kina Apollo na spotkanie ze znanym poznańskim satyrykiem – Zenonem Laskowikiem i jego Kabareciarnią. VII konferencja pulmonologiczna zakończyła się późnym popołudniem w sobotę. Zrealizowała swój główny cel: jej uczestnicy zapoznali się z najnowszymi metodami diagnostycznymi i usystematyzowali wiedzę z zakresu chorób układu oddechowego. Z entuzjazmem też zapewnili o swoim powrocie do stolicy Wielkopolski w marcu przyszłego roku, na VIII edycję Repetytorium.

Agnieszka Jeleń

AMBULATORYJNA OPIEKA SPECJALISTYCZNA



Powyższy artykuł jest pierwszym z serii **sprawozdań z działalności Szpitala w latach 2007-2009**.

W kolejnym numerze przedstawiona zostanie szczegółowa analiza działalności **kardiologii**.

Krystyna Piątkowska
Martyna Skrzypińska

Dział Organizacji i Sprzedaży Usług Medycznych

Poradnia	Ilość udzielonych porad			
	2004	2 007	2 008	2 009
Alergologiczna	12 061	10 276	9 866	9 724
Angiologiczna		87	229	363
Nadciśnienia Tętniczego	2 558	2 095	2 072	2 205
Chemioterapii Chorób Sutka	8 104	8 020	7 423	7 254
Chirurgii Onkologicznej	5 312	7 127	6 782	8 428
Chirurgii Serca	8 993	2 690	3 132	3 324
Kardiologiczna		10 556	10 655	10 200
Pulmonologii	5 365	5 325	6 157	7 694
Pulmonologii Wiekowej	1 434	2 408	2 655	2 451
Ginekologii Onkologicznej	5 418	3 332	3 278	2 971
Hematologiczna		6 261	6 325	7 071
Transplantacji Szpiku	6 982	936	866	807
Leczenia Jaskry	4 836	4 575	5 254	6 186
Okulistyczna Dziecięca		2 659	2 969	2 663
Leczenia Zeza		1 799	1 475	1 752
Leczenia Mukowiscydozy	61	77	57	119
Medycyny Paliatywnej i Obrzęku Limfatycznego	1 661	1 686	1 757	1 423
Chirurgii Ogólnej i Naczyń	10 422	10 997	10 870	10 915
Nadciśnienia Tętniczego i Zaburzeń Metabolicznych (choroby metaboliczne)		1 187	1 248	1 338
Nadciśnienia Tętniczego i Zaburzeń Metabolicznych (nadciśnienie tętnicze)	1 820	2 045	2 120	1 983
Okulistyczna Ogólna	8 105	11 263	11 482	11 105
Leczenia Bólu Przewlekłego	1 467	1 402	1 229	1 665
razem	90 126	96 803	97 901	101 641



Kilka słów o listach oczekujących

Fot. Zofia Owecka

O listach oczekujących napisano już wiele dobrego jak i złego. Wpisały się na stałe w naszą codzienną szpitalną praktykę. Nadal jednak konieczne jest ich stałe monitorowanie i to nie tylko wynikające z wymogów przepisów prawnych (Zespół Oceny Przyjęć), ale także, co pokazuje codzienna praktyka, dla permanentnego przypominania zasad rządzących „kolejkami”.

Na stronie internetowej Ministerstwa Zdrowia znajdziemy podstawowe informacje na temat prowadzenia list oczekujących. Między innymi te, które jak wynika z praktyki często powodują jeszcze wiele wątpliwości:

„Zgodnie z wytycznymi ustawy kolejność pacjentów na listach oczekujących, określająca ich planowane przyjęcie, uzależniona jest od terminu zgłoszenia i kategorii medycznej, do której zostaną zakwalifikowani. Kategorie precyzuje *Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie kryteriów medycznych, jakimi powinni się kierować świadczeniodawcy, umieszczając świadczeniobiorców na listach oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej wprowadzając rozróżnienie na:*

- *przypadek pilny* – jeżeli istnieje konieczność pilnego udzielenia świadczenia ze względu na dynamikę procesu chorobowego i możliwość szybkiego pogorszenia stanu zdrowia lub znaczące zmniejszenie szans na powrót do zdrowia,

- *przypadek stabilny* – w przypadku innym niż stan nagły i przypadek pilny.

W drodze rozgraniczenia kategorii medycznych na *przypadek pilny* i *przypadek stabilny* promowane jest wykorzystanie przesłanek medycznych przy ustalaniu kolejności pacjentów na listach oczekujących.

Z wyłączeniem osób w stanach nagłych, którym świadczenia udzielane są niezwłocznie, pacjenci oczekujący powinni zostać przypisani do jednej z powyżej wskazanych kategorii medycznych, wzięwszy uprzednio pod uwagę takie **kryteria medyczne** jak: stan zdrowia pacjenta, rokowania co do dalszego przebiegu choroby, występowanie chorób współistniejących mających wpływ na chorobę, z powodu której ma być udzielone świadczenie oraz zagrożenie wystąpienia, utrwalenia lub pogłębienia niepełnosprawności. **W procesie kwalifikacji, oprócz konieczności uwzględ-**

niania przepisów prawnych, należy kierować się zasadami dobrej praktyki lekarskiej.”

W naszym szpitalu działający Zespół Oceny Przyjęć stara się dokonywać stałych przeglądów list oczekujących. Wsparciem dla Zespołu stały się Biura Ruchu Chorych, które w swojej codziennej pracy weryfikują listy oczekujących z bieżącymi przyjęciami pacjentów.

Analiza ostatnich tygodni przyniosła niepokojące dane, które pozwalają na postawienie wniosku, że nie wszystkie planowane przyjęcia są odnotowywane na liście oczekujących. Poza tym zauważono, że często nie dokonuje się zmian terminów planowanego przyjęcia z podaniem przyczyny oraz nie weryfikuje listy oczekujących na oddziałach, usuwając z listy pacjentów, którzy z różnych przyczyn nie zgłosili się na planowane przyjęcie.

Odnotowane uchybienia podsuwają jeden wniosek: konieczna jest stała i ścisła współpraca z osobami odpowiedzialnymi w poszczególnych komórkach organizacyjnych za prowadzenie list oczekujących. I na taką współpracę liczymy.

Anna Ruszczak
Kierownik Sekcji Organizacji



Fot. Archiwum



Współczesna radiologia zabiegowa oferuje coraz bardziej precyzyjne rozwiązania leczenia. Zamknięcie światła naczyń tętniczych i żylnych metodą embolizacji do tej pory niewykonywane w naszym Szpitalu zostało po raz pierwszy przeprowadzone 25 marca. Efekty przeprowadzonych zabiegów były natychmiastowe.

Z prof. Robertem Juszkatem, Z-cą Kierownika Działu Radiologii rozmawia Monika Dziamska

Mukowiscydoza dorosłych Nadzieja dla pacjentów z krwiopluciem

Na jakiej podstawie podjęto decyzję o przeprowadzeniu zabiegów metodą embolizacji?

Zabiegi zostały wykonane u dwojga młodych pacjentów chorujących na mukowiscydozę. Od pewnego czasu cierpieli na nawracające, masywne krwawienia z dróg oddechowych pod postacią krwioplucia. W badaniach obrazowych stwierdziliśmy, że źródłem krwawienia są poszerzone tętnice oskrzelowe odchodzące od aorty piersiowej. Zaobserwowana patologia nie naturalnie poszerzonych tętnic o krótkim przebiegu jest typowa dla osób z mukowiscydozą. Na szczęście nie dopatryliśmy się żadnych malformacji unaczynienia tętnicy płucnej.

Na podstawie obrazu klinicznego podjęliśmy decyzję o przeprowadzeniu selektywnej embolizacji tętnic oskrzelowych. Drogą przez tętnicę udową, układ tętnic biodrowych, aortę brzuszną i piersiową weszliśmy wybiórczo do gałęzi oskrzelowych i zamknęliśmy poszerzone naczynia oskrzelowe za

pomocą kulistych cząsteczek PVA o wielkości 300 mikrometrów. Zabiegi wykonano bez powikłań, a efekt był natychmiastowy – krwioplucie i krwawienia ustąpiły.

Przy jakich schorzeniach tego typu metoda zabiegu może być stosowana?

To były pierwsze przypadki w naszym szpitalu leczenia w ten sposób chorych z mukowiscydozą. Do tego rodzaju zabiegów kwalifikowani są chorzy z malformacjami zarówno naczyń zaopatrujących oskrzela i fragmenty płuc odchodzących od aorty piersiowej oraz gałęzi tętnicy podobojczykowej. Kwalifikowani mogą być również chorzy z nowotworami oraz anomaliami rozwojowymi naczyń płucnych.

Zabieg dla doświadczonych radiologów jest dość prosty. Polega na selektywnym dojeździe do naczynia i zamknięciu go za pomocą materiału embolizacyjnego. W zależności od wielkości naczyń, przetoki czy guza stosuje się

(dokończenie na str. 10)

Mukowiscydoza dorosłych

(dokończenie ze str. 9)

różne materiały – cząsteczki alkoholu poliwinylowego PVA, spirale odczepialne platynowe, hydrożelowe lub inne materiały embolizujące.

Na czym polega nowatorstwo przeprowadzonego zabiegu?

Metoda embolizacji jest znana od lat. Natomiast w naszym ośrodku w przypadku chorych z mukowiscydozą do tej pory nie była praktykowana. Jej podstawową zaletą jest natychmiastowy efekt. Przy stosunkowo niskim ryzyku powikłań i wysokiej skuteczności zabiegi embolizacji są wyjątkowo korzystne dla chorych. Dodatkowo można je wykony-

wać wielokrotnie, co jest szczególnie ważne u pacjentów chorujących przewlekle, jak w przypadku chorych z mukowiscydozą. Z uwagi na te korzyści z pewnością będziemy wykonywać tego typu zabiegi w przyszłości.

W jakim kierunku zmierza zatem przyszłość radiologii zabiegowej?

Na skutek coraz lepszych metod diagnostycznych, przede wszystkim bardzo dokładnej tomografii komputerowej oraz rezonansu magnetycznego liczba wykrywanych wad naczyń jest coraz większa. W związku z tym pojawiają się chorzy, którzy do tej pory nie byli dobrze zdiagnozowani.

Ogromny postęp nastąpił również w zakresie instrumentarium i lepszych materiałów embolizacyjnych, które są bardziej bezpieczne. W tej chwili mamy pełną kontrolę podczas zabiegu, dzięki czemu obarczony jest on rzeczywiście bardzo niskim ryzykiem niepowodzenia i powikłań.

Marzenia radiologa?

Radiologia zabiegowa bardzo się rozwija. Zdecydowanie największy postęp nastąpił w leczeniu schorzeń naczyń mózgowych i na tym polu widzę jeszcze ogromne możliwości. Już dziś możemy wchodzić do bardzo małych naczyń poniżej 0,4 mm, które do tej pory nie były zupełnie możliwe do leczenia. Leczenie zmian w obrębie naczyń mózgowych w postaci tętniaków, malformacji naczyniowych, guzów wewnątrzczaszkowych stanowią wyzwanie dla radiologów w przyszłości.

Drugą dziedziną, która bardzo się rozwinęła w ostatnim czasie oraz która otwiera przed nami dalsze perspektywy to leczenie wewnątrznaczyniowe chorych onkologicznych. Obecnie stosuje się już u nich materiały embolizacyjne połączone z chemioterapeutykami, pozwalające na penetrację do drobnych naczyń nowotworu bez konieczności stosowania chemioterapii ogólnej. ■

Szpitalne kalendarium

(ciąg dalszy ze str. 2)

- W formule comiesięcznych spotkań **25 stycznia, 17 lutego, 15 marca** odbyły się zebrania Zespołu ds. Badań Klinicznych, poświęcone bieżącym zagadnieniom. Podczas zebrań omówione zostały, m.in. zasady wyceny umów, nowe badania, które mają być prowadzone w Szpitalu oraz umowy zakwestionowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia.
- W Klinice Kardiochirurgii **20 marca** po kilkuletnich przygotowaniach przeprowadzono pierwszą transplantację serca.
- **6 stycznia, 20 stycznia, 23 lutego, 23 marca** odbyły się spotkania Zespołu ds. chemioterapii niestandardowych, podczas których zaopiniowano bieżące wnioski na chemioterapię niestandardową.
- Prof. Stefan Grajek, Ordynator Oddziału Kardiologii oraz Dyrektor Rafał Staszewski **24 marca** uczestniczyli w Radzie Naukowej przy Ministrze Zdrowia. Wystąpienie podczas spotkania dotyczyło omówienia trudności w realizacji badań klinicznych oraz uwag do założeń projektu ustawy „Prawo badań klinicznych produktów leczniczych”.
- W dniu **25 marca** Dyrektor Szczepan Cofta spotkał się z p. Elżbietą Dybow-

ską, Zastępcą Dyrektora Wydziału Zdrowia i Spraw Społecznych Urzędu Miasta Poznania, prof. Stefanem Grajkiem i prof. Grzegorzem Oszkinisem w celu omówienia programów zdrowotnych związanych z próbą rozwiązania problemu tętniaków aorty wśród mieszkańców Poznania.

- Konferencja „Rezonans magnetyczny w praktyce klinicznej” odbyła się **26 marca**.

- **29 marca** odbyło się spotkanie prof. Grzegorza Oszkinisa, prorektora ds. klinicznych z prof. Jackiem Łuczakiem, dr med. Maciejem Sopotą, lek. med. Haliną Bogusz oraz Dyrektorem Szczepanem Coftą w sprawie trudności związanych z opieką nad pacjentami z ranami przewlekłymi.

- W dniu **31 marca** Dyrektor Szczepan Cofta, prof. Halina Batura – Gabryel oraz pani Krystyna Piątkowska na spotkaniu z Z-cą Dyrektora ds. Medycznych, dr Barbarą Murawską omówili bieżące problemy finansowania procedur, w tym szczególnie pulmonologicznych

- **12 kwietnia** odbyła się Rada Medyczna skoncentrowana wokół najistotniejszych bieżących problemów Szpita-

la, w tym związanych z prowadzeniem list oczekujących i dokumentacji medycznych oraz sprawozdawczości pacjentów w badaniach klinicznych.

- W tym samym dniu odbyło się spotkanie Komitetu Terapeutycznego.

- Aktualizacja planu rzeczowo – finansowego, zmiany w strukturach organizacyjnych Szpitala oraz regulaminie zostały zatwierdzone **21 kwietnia** podczas posiedzenia Rady Społecznej Szpitala. Rada jest społecznym ciałem, delegowanym przede wszystkim przez Organ Założycielski, do sprawowania nadzoru nad działalnością Szpitala, zgodnie ze swoimi uprawnieniami.

- W miesiącach marcu i kwietniu w Dyrekcji Szpitala odbyły się cztery spotkania ze związkami zawodowymi, dotyczące omówienia zasad podziału środków, wynikających z art. 59 a Ustawy o negocjacyjnym wzroście wynagrodzeń.

- Odprawy Dyrekcyjne z Kierownikami administracyjnymi Szpitala odbywają się w każdy poniedziałkowy poranek. Zebrania ścisłej Dyrekcji co czwartek rano.

Aktualizacja: 21 kwietnia 2010 r.

Krok naprzód

Fot. Archiwum

Długo oczekiwany moment przez personel i pacjentów Oddziału Kardiochirurgii nareszcie stał się rzeczywistością. 20 marca prof. Marek Jemielity w asyście swoich pracowników oraz prof. Mariana Zembali i jego zespołu ze Śląskiego Centrum Chorób Serca w Zabrze wykonał pierwszy przeszczep serca. To spektakularne wydarzenie jest początkiem transplantacji serca w naszym szpitalu. W przyszłości tego typu procedury będą ratować życie kilkudziesięciu pacjentom z problemami kardiologicznymi regionu Wielkopolski i okolic rocznie.

Z prof. Markiem Jemielitym, Ordynatorem Oddziału Kardiochirurgii rozmawia Monika Dziamska.

Jaki był przebieg pierwszej transplantacji serca?

Serca zostało pobrane w Szpitalu Wojewódzkim w Gorzowie Wielkopolskim od młodego dawcy, który uległ wypadkowi komunikacyjnemu. Jego serce dotarło do Poznania kilkanaście minut po 12.00. Samą operację naszego 40-letniego pacjenta rozpoczęliśmy godzinę wcześniej – w tym czasie otworzyliśmy jego klatkę piersiową i podłączyliśmy krążenie pozaustrojowe. W momencie, kiedy serce dotarło, mogliśmy zacząć eksplantację serca chorego i wszczepienie nowego narządu. Operacja skończyła się ok. godz. 17.00.

Podczas zabiegu operacyjnego nie było komplikacji. Na szczęście nie natrafiliśmy na istotne problemy, poza zwyczajowymi, które towarzyszą tego typu skomplikowanym procedurom.

Czy można zatem powiedzieć, że operacja się udała?

Sukcesem sobotniej operacji jest sam fakt, że miała ona miejsce. Dzięki staraniom i zaangażowaniu wielu osób możemy w naszym szpitalu wykonywać transplantacje serca. To ogromny krok naprzód, który pozwoli ratować życie chorym.

O sukcesie transplantacji nigdy nie mówi się wcześniej, jak po około 30 dniach po przeprowadzonej operacji i badaniach biopsji mięśnia sercowego, które pokazują czy nie dochodzi do nadmiernej reakcji odrzucania.

Operacja zakończyła się pomyślnie, jednak czas pooperacyjny nie był łatwy. Teraz cieszy nas każdy kolejny dzień, w którym pacjent czuje się lepiej. Tu chodzi o życie człowieka, nie o sukces.

Jak zapowiada się przyszłość w perspektywie przeprowadzonego pierwszego przeszczepu serca?

Nie ma cienia wątpliwości, że ta operacja pociągnie za sobą kolejne. Oficjalnie na liście oczekujących na transplantację

serca znajduje się 10 chorych, a 24 jest w trakcie kwalifikacji. Trudnością jest nie tylko stworzenie grupy biorców, ale przede wszystkim oczekiwanie oraz ciągła niepewność czy znajdzie się pasujące serce. To nie jest proste.

Wiele już zostało zrobione w kwestii logistycznej. Udało nam się nawiązać współpracę z przewoźnikami na przeloty samolotowe i śmigłowcowe, aktualnie staramy się nawiązać współpracę oraz skorzystać z wojskowego transportu lotniczego. Dowództwo Sił Powietrznych zadeklarowało swoją gotowość do niesienia pomocy. W tej kwestii jest jeszcze wiele do zrobienia, ponieważ liczy się każda minuta.

Przeszczep serca bezsprzecznie kojarzy się z ratowaniem życia – ludzie chętnie niosą pomoc.

Jaka grupa pacjentów klasyfikuje się do transplantacji serca?

Obowiązują dwa podstawowe kryteria decydujące o możliwości przeszczepu: zgodna grupa krwi i zbliżone rozmiary serc dawcy i biorcy.

(dokończenie na str. 12)

20 marca 2010 r. w szpitalu *Przemienia Pańskiego*, ponad 40 lat od pierwszego udanego przeszczepu ludzkiego serca, którego w 1967 roku w Afryce Południowej dokonał Christian Barnard i prawie 25 lat po pierwszym polskim udanym zabiegu transplantacji serca wykonanym 5 listopada 1986 roku przez prof. Zbigniewa Religę w Zabrze, w Poznaniu wykonano pierwszy w Wielkopolsce przeszczep serca. Trwający kilka godzin zabieg był zwieńczeniem wielu lat przygotowań do tej łączącej wysiłek wielu ludzi procedury.

Fot. Archiwum



Pierwszy przeszczep

Oczekiwanie

W pierwszej kolejności zebrana została grupa pacjentów ze schyłkową niewydolnością serca, spełniających

kryteria kwalifikacji do transplantacji. Ich dane osobowe i medyczne przechowywane są na Krajowej Liście Oczekujących w biurze centralnej organizacji koordynującej pobrania i transplantacje narządów „Poltransplant”. Od tej pory każdy z potencjalnych biorców musi cały czas pozostawać

w oczekiwaniu na wezwanie do szpitala w przypadku znalezienia odpowiedniego dawcy.

W tym okresie otoczony zostaje aktywną opieką poradni niewydolności serca. Co kilka miesięcy wykonuje się badania określające czy stan pacjenta się nie zmienił. Jeśli stan chorego

Fotoreportaż na str. 14-15

Krok naprzód

(dokończenie ze str. 11)

Pacjent u którego przeprowadziliśmy pierwszą procedurę transplantacji od wielu lat był leczony na kardiomiopatię rozszczeniową, należał on do pierwszej grupy pacjentów z krańcową niewydolnością krążenia, którym przeszczep może uratować życie. Kolejną stanowią pacjenci ze skrajnymi chorobami wieńcowymi, u których nie można wstawić stentów ani bapjasów. Do trzeciej zaliczają się młodzi ludzie, u których wystąpiły poważne powikłania po nieleczzonej grypie. U tych osób obserwuje się coraz bardziej ograniczoną tolerancję wysiłkową. Ich serca rozszerzają się do 9 cm przy normie 4 – stają się „workami” o bardzo cienkiej ścianie, które praktycznie nie pompują.

Od zamysłu do pierwszego przeszczepu upłynęło kilka lat. Jakie były najważniejsze etapy przygotowań?

Otrzymaliśmy zgodę Ministra Zdrowia na wykonywanie transplantacji. Dysponujemy znakomicie wyposażonymi pomieszczeniami do transplantacji – ta inwestycja to ogromna zasługa Dyrekcji, co warto podkreślić.

Szpital nam zaufał, dzięki czemu mieliśmy możliwość doskonalenia zawodowego. Prof. Marian Zembala, Kierownik Śląskiego Centrum Chorób Serca otoczył nasz program szczególną opieką i nadzorem. W czasie sobotniej operacji towarzyszył nam ze swoim zespołem. Słuchając jego porad mieliśmy pewność, że operacja przebiega

prawidłowo. To niesamowity moment, w którym nowe serce zaczyna bić w człowieku.

Ilu pacjentów będzie mogło skorzystać z transplantacji w naszym szpitalu w przyszłości?

Myślę, że będziemy wykonywać kilkadziesiąt procedur rocznie dla pacjentów regionu Wielkopolski. Gdyby nie ograniczenia związane z dawcami na pewno przeszczepów byłoby więcej.

W Polsce jesteśmy piątym ośrodkiem, po Zabrze, Warszawie, Gdańsku i Krakowie, który wykonuje procedury przeszczepu serca. Zacieramy białą plamę w regionie Wielkopolski i jego okolicach – to było moim koronnym argumentem.

Z czasem nabierzemy doświadczenia i będziemy wykonywać więcej procedur. Boję się jedynie tego, że po tych wszystkich staraniach moglibyśmy nie wykonywać przeszczepów.

ulega nagłemu pogorszeniu, uzyskuje on pierwszeństwo do przeszczepu w stosunku do innych oczekujących. Przeszczep serca jest procedurą, w której trudno przewidzieć jak długo pacjenci wytypowani do transplantacji będą czekać na swoją szansę. Ilość transplantacji zależy od liczby dawców, która bezwzględnie ją limituje.

Dawcy

W Polsce w najlepszych latach przeprowadzano ponad 100 przeszczepów serca rocznie. Ostatnie lata ze względu na zmniejszenie liczby dawców przyniosły spadek transplantacji do poziomu 60-70 na rok. Polskie ustawodawstwo stanowi, że osoba zmarła jest potencjalnym dawcą tkanek i narządów, o ile za życia nie wyraziła sprzeciwu. Niewymagana jest wówczas zgoda rodziny lub bliskich osoby zmarłej. Jednak ze względów etycznych i społecznych na ogół przeprowadzana jest rozmowa z rodziną zmarłego w celu poinformowania o chęci pobrania narządów do przeszczepienia – jej przyzwolenie bierze się pod uwagę.

Dopiero na tym etapie informacja o potencjalnym dawcy narządów z lokalnego Oddziału Intensywnej Terapii może trafić w pierwszej kolejności do koordynatorów „Poltransplantu”. Stamtąd kierowana jest do ośrodka transplantacyjnego, na którego liście znajduje się oczekujący biorca „pasujący” do przeszczepianego narządu. W przypadku transplantacji serca przeszczepiany narząd musi pochodzić od dawcy o takiej samej grupie krwi co biorca. Ważne jest też, aby dawca i biorca byli podobnej budowy ciała, oczywistym jest że serce od osoby drobnej postury nie poradzi sobie w organizmie dużo większej osoby.

Logistyka

Jeżeli spełnione zostaną wszystkie kryteria i serce można dopasować do odpowiedniego biorcy, rozpoczyna się skomplikowany, wymagający bardzo dokładnej koordynacji proces logistyczny. Cała procedura musi odbyć się niezwykle szybko i sprawnie. Pobranie narządów odbywa się w sali operacyjnej szpitala, w którym zmarł dawca. To tam musi

dotrzeć zespół operacyjny z naszego szpitala.

Od momentu zatrzymania krążenia u dawcy do chwili, w której krew znacznie płynąć w nowym sercu biorcy nie może minąć więcej niż cztery godziny. Odliczając czas potrzebny na wszycie nowego narządu, na transport pozostaje maksymalnie dwie i pół godziny. Dodatkowo logistykę komplikuje fakt, że szpital dawcy może być zlokalizowany na terenie całej Polski. Trudność ze zorganizowaniem szybkiego i sprawnego transportu jest kolejną przyczyną ograniczającą ilość transplantacji. Nasz ośrodek poza transportem samochodowym podpisał również umowy pozwalające na skorzystanie z transportu lotniczego. Pozostaje jednak jeszcze wiele miejsc oddalonych od lotnisk.

Procedura

Zabieg wszycia nowego serca przeprowadzony jest w krążeniu pozaustrojowym. Początek operacji i poszczególne jego etapy wymagają dokładnej koordynacji w czasie z zespołem pobierającym serce dawcy, tak aby zaraz po przybyciu mogło trafić bez żadnego opóźnienia do ciała biorcy.

Po przeszczepie największym wrogiem nowego serca staje się własny układ odpornościowy chorego. Organizm rozpoznaje nowy narząd jako obcy i reaguje atakiem skierowanym przeciw przeszczepowi. Chory do końca życia musi stosować leki immunosupresyjne, które mają na celu zapobiec odrzucaniu serca poprzez osłabienie tej reakcji układu odpornościowego. Takie obniżenie odporności w tym samym czasie powoduje, że biorca przeszczepu staje się bardziej wrażliwy na zakażenia. Dlatego utrzymanie odpowiedniej równowagi pomiędzy działaniem hamującym reakcję odrzucania a utrzymaniem niezbędnych zdolności do obrony przed zakażeniami staje się głównym zadaniem w dalszym leczeniu takich chorych oraz determinuje jakość i długość ich życia po przeszczepie. Ponadto chory po przeszczepie serca do końca swojego życia pozostaje pod opieką swojego ośrodka, w którym otrzymał nowe serce.

Dr Marcin Ligowski
Klinika Kardiologii

Trud nowych wyzwań

Program przeszczepu serca powstał dzięki zaangażowaniu wielu osób pod opieką Profesora Marka Jemielity. Zgodę na uruchomienie programu, Ministerstwo Zdrowia wydało w maju 2009 r. – wówczas podjęto decyzję o rozpoczęciu kwalifikacji chorych oraz zakupie dodatkowego niezbędnego sprzętu medycznego.

Na oddziale kardiologii „G” tutejszego Szpitala rozpoczęto diagnostykę chorych ze skrajną niewydolnością krążenia. W trakcie przygotowań zainaugurowano program pobrania serca na allografty dla Fundacji Rozwoju Kardiologii w Zabrzu.

Nadzór nad chorymi ze skrajną niewydolnością serca wyodrębnił pacjentów z wtórnym nadciśnieniem płucnym, u których rozpoczęto program jego leczenia, dający im szansę na poprawę stanu klinicznego. 8 spośród nich zakwalifikowano jako pierwszych potencjalnych biorców serca. W październiku i listopadzie 2009 udało się podpisać umowę na transport lotniczy oraz opracować procedury na lotnisku Ławica. W dniu 2 listopada chorzy, zostali zgłoszeni na aktywną listę „Poltransplantu”. Pierwszych zgłoszeń w trybie pilnym do krajowego rejestru chorych oczekujących na przeszczep serca dokonano w grudniu 2009 r. Pierwsza procedura przeszczepu serca w naszym szpitalu odbyła się pod nadzorem ośrodka w Zabrzu. Wymagała współpracy nie tylko pomiędzy kardiologami, ale również dotyczyła leczenia immunosupresyjnego oraz kardiologicznego w okresie pooperacyjnym. W leczeniu wspieraliśmy się opiniami transplantologów klinicznych ze Szpitala Klinicznego im. Heliodora Świąteczkiego w Poznaniu.

Praca nad Programem przeszczepu serca uświadomiła mi, jak wiele osób chętnie służy pomocą, jak wiele przychylnych postaw można spotkać wokół, jeśli podejmuje się trud nowych wyzwań.

Dr med. Tomasz Urbanowicz
Klinika Kardiologii



Pierwsza transplantacja serca





ZDJĘCIA: dr med. Sławomir Katarzyński, dr Marcin Ligowski





Seksja Psychologii Klinicznej

Prężna grupa

Od lewej: mgr Magdalena Skibińska
i mgr Aleksandra Rzymkowska

Troska o dobro chorego i skuteczność procesu terapeutycznego wymaga podejścia interdyscyplinarnego, w którym ważna rola przypada psychologom.

Wykazując zrozumienie i wychodząc naprzeciw potrzebom pacjentów, w 1981 roku na Oddziale Kardiologicznym zatrudniono psychologa klinicznego, zrywając tym samym ze schematem myślenia, że miejscem jego pracy są szpitale psychiatryczne. W 2001 roku, decyzją Dyrektora Szpitala, została powołana Sekcja Psychologii

Klinicznej, w skład której wchodzi 12 psychologów pracujących aktualnie w naszym Szpitalu. Sekcją kieruje mgr Barbara Moszyńska, zastępuje ją mgr Katarzyna Stachnik.

Psychologowie pomagają hospitalizowanym pacjentom i ich rodzinom, współpracują z lekarzami, pielęgniarkami oraz asystentem socjalnym, wzbogacając proces leczenia o wiedzę z zakresu problemów psychologicznych i społecznych. W pracy diagnostyczno-psychotherapeutycznej wykorzystują metody diagnostyki i psychoterapii, których dobór warunkuje rozwiązywany problem i specyfika schorzenia. Określają stan psychiczny chorego, jego postawę wobec choroby i leczenia, zasoby i możliwości ich wykorzystania. Diagnoza pogłębiona jest o określenie sytuacji społecznej, zawodowej, rodzinnej oraz potrzeby socjalne pacjenta.

Jako prężna grupa zawodowa, psychologodzy uczestniczą w wielu zjazdach, konferencjach, szkoleniach zawodowych personelu, przygotowaniach akcji i koncertów charytatywnych. Podnoszą systematycznie swoje kwalifikacje zawodowe. Ambicją psychologów jest wypracowanie stałych form współpracy z personelem medycznym, szerzenie w środowisku medycznym wiedzy o znaczeniu problemów psychosocjalnych w procesie leczenia.

Kontakt z psychologami można nawiązać pod następującymi numerami:

- ul. Długa – (061) 854 9545,
- ul. Łąkowa – (061) 854 9055,
- ul. Szamarzewskiego – (061) 854 9376,
- Hospicjum Palium – (061) 873 8321 lub 8330.

Barbara Moszyńska
Kierownik Sekcji Psychologii Klinicznej

Standardy metaboliczne

W dniu 27 lutego 2010 r. w Centrum Kongresowym Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu odbyła się II Ogólnopolska Konferencja „Najnowsze standardy diagnostyczne i terapeutyczne zaburzeń metabolicznych”. Konferencja,

w której uczestniczyło około 500 osób, cieszyła się dużym zainteresowaniem.

Podczas sesji przedstawiono najczęstsze zaburzenia gospodarki lipidowej, standardy leczenia cukrzycy typu 2, standardy kardiometaboliczne, nadciśnienia tętniczego z towarzyszącymi zaburzeniami metabolicznymi, a także standardy diagnostyki i terapii otyłości. Część sesji miała charakter interaktywny. Wykłady prezentowali profesorowie z całego kraju, m.in. War-

szawy, Wrocławia, Katowic czy Białogostoku.

Organizatorem konferencji były Katedra i Klinika Chorób Wewnętrznych, Zaburzeń Metabolicznych i Nadciśnienia Tętniczego, pod przewodnictwem prof. dr hab. Danuty Pupek-Musialik oraz firma ViaMedica z Gdańska.

Zorganizowanie kolejnej ogólnopolskiej konferencji zaplanowane jest w przyszłym roku.

Marta Piotrkowska

Staż w prywatnym szpitalu w Irlandii

Samodzielność

Specyfika stażu

Pracuję w Bon Secours Hospital w Cork, w Irlandii. Jest to prywatny szpital, założony przez siostry zakonne w 1915 r. Współcześnie jest to jeden z największych katolickich szpitali w Europie z 343 łózkami – ponad 18 200 przyjęć rocznie i 29 000 wizyt w poradniach.

W Irlandii staż trwa rok, po pół roku chirurgii i interny. Nie można jednak odbywać całego stażu w jednym szpitalu. Po nim zostaje się Senior House Officer internistycznym, chirurgicznym lub medycyny rodzinnej. SHO zmieniają co 2 miesiące specjalizację pod kierunkiem konsultanta. Po dwóch latach SHO zdają egzamin, by się zarejestrować jako „Reg.”. Następnie zdobywają specjalizację w ciągu 4-6 lat. Kolejny krok w karierze to posada konsultanta.

Harmonogram

Mój dzień w pracy zaczyna się o 7.30. Po odebraniu pagera, listy przyjęć planowych i przyłożeniu kciuka do skanera linii papilarnych ruszam na sale dziennego pobytu, by zbadać pacjentów, zapisać leki i ocenić ich EKG. Irlandia jest jednym z niewielu państw, gdzie to lekarze kaniują, podają pierwszą dawkę leków dożylnych, podłączają kroplówki i pobierają krew. Pierwsze dni stażu były więc dla mnie przyspieszonym kursem tych czynności. Następnie obchodzę oddziały,

sprawdzając w każdej dyżurce pielęgniarek czy nie trzeba zbadać pacjentów, zlecić odpowiednich testów, przygotować wypisów i recept. Na cały szpital jest jedynie trzech stażystów medycznych. W ciągu tygodnia mamy 3 razy wykłady, przeznaczone dla wszystkich lekarzy; przygotowujemy również własną prezentację.

Pracujemy w trzytygodniowych zmianach. W tym czasie mamy 7 dyżurów, także w sobotę i niedzielę. Na szczęście w moim szpitalu stażyści nie zostają na całą noc (tak jest w państwowych placówkach), tylko do 22.00 (choć czasem się to przedłuża, nawet do godziny 1.00). Podczas dyżuru w szpitalu jest więc stażysta (do 22.00); jeden SHO zostaje do 21.00, a drugi do rana. SHO przyjmują pacjentów w trybie pilnym, a ja planowych, dodatkowo zajmuję się bieżącymi sprawami, jak w ciągu dnia. Dyżury są bardzo męczące z racji na niewielką liczbę personelu medycznego i ogromne potrzeby wielkiego szpitala. Z reguły, podczas dyżuru nie ma czasu nawet na chwilę odpocząć.

Zalety i wady

Jestem o wiele bardziej samodzielna – tu po studiach od razu zostaje się pełnoprawnym lekarzem, nie tylko z wiedzą teoretyczną, ale też z umiejętnościami praktycznymi. Ostatni rok studiów wygląda właściwie jak polski staż – dwoma studentami opiekuje się jeden lekarz.

Ze względu na to, że szpital, w którym odbywam staż jest prywatny, różni się on organizacyjnie nie tylko od polskich szpitali, ale także od innych, irlandzkich.

W całym szpitalu nie ma podziału na oddziały ze względu na dolegliwości, z jakimi pacjenci przyszli – podział administracyjny czy organizacyjny nie pokrywa się z podziałem specjalizacyjnym. Zdarza się, że obok siebie leżą pacjenci chirurgiczni i internistyczni. Jedyne wyznaczone oddziały to intensywne terapia, onkologia i pediatria (zamknięta dla osób postronnych).

W państwowych szpitalach lekarze pracują w zespole – stażysta, SHO, Reg. i konsultant. Razem omawiają pacjentów, znają ich i obserwują cały proces leczenia. Ja z reguły poznaję tylko fragment tego procesu, przez co jest to trudniejsze i zajmuje więcej czasu – muszę samodzielnie najpierw zapoznać się z teczką pacjenta.

W Irlandii farmaceuci są bardzo zaangażowani w proces leczenia – zapisują pacjentów i zamawiane przez ich leki. Bywa, że dzwonią do lekarza z pytaniem o zmianę dotychczasowej terapii. Apteki często przygotowują pacjentom indywidualne zestawy leków na każdą porę dnia, by zapobiec pomyłkom. W szpitalu farmaceutki robią obchód, dzwonią do aptek pacjentów i sprawdzają każdy lek, np. pod kątem interakcji.

Decyzja

Zdecydowałam się na wyjazd, by zdobyć doświadczenie zawodowe oraz nauczyć się płynnie mówić w języku angielskim. I to na pewno już mi się udało. Nie wiem, ile miesięcy stażu w Irlandii zaliczy mi specjalna komisja przy Ministrze Zdrowia w Polsce – to się niestety okaże dopiero po moim powrocie. Ale już i tak wiem, że było warto!

Agnieszka Dąbkowska, studentka UMP w latach 2003-2009, stażystka w Szpitalu Klinicznym *Przemienienia Pańskiego* od października do grudnia 2009, obecnie na półrocznym stażu w BSH w Cork, Irlandii.



Przez porównanie

Ameryka jest, a na pewno była przynajmniej dla mojego pokolenia, miejscem, gdzie spełniają się marzenia, gdzie wszystko jest możliwe i gdzie trudno się dostać. A system opieki zdrowotnej to ideał – zasadniczo niedościgniony.

Czy tak jest w rzeczywistości? Jak wygląda nasz system opieki zdrowotnej na tle amerykańskiego? Czy możemy się porównywać? Czy tylko my musimy uczyć się od nich czy też oni mogą skorzystać (jeśli oczywiście by chcieli) z naszych doświadczeń? Chciałbym podzielić się kilkoma spostrzeżeniami w tej kwestii po

rocznym stażu naukowym w klinice hematologii Szpitala Uniwersyteckiego w Ann Arbor.

Olbrzymi kompleks

Ann Arbor to miejscowość wielkości średniego polskiego miasta jak Zielona Góra lub Kalisz, ale jako miasto uniwersyteckie z ogromnym szpitalem stanowi

niejako zaplecze medyczne dla całego stanu z zupełnie dużym, nawet jak na warunki amerykańskie, Detroit. Szpital, a właściwie cały kompleks obejmujący szpital pediatryczny, ginekologiczny, kardiologiczny i onkologiczny jest olbrzymi. Dużą część tego kompleksu zajmują parkingi, które w zależności od lokalizacji przysługują mniej lub bardziej „istotnym” pracownikom. Oczywiście wszystkie miejsca są płatne, a im bliżej szpitala, tym droższe.

Odległości od parkingów do szpitala wynoszą nawet 10 kilometrów. Problem transportu wewnętrznego rozwiązują małe autobusy, które rozwożą pracowników do pracy i z powrotem na parking, a w razie potrzeby także między poszczególnymi budynkami szpitala i uniwersytetu, które są bardziej instytucjonalnie związane ze sobą niż ma to miejsce w Polsce. Transport nie jest dodatkowo płatny, a częstotliwość kursowania autobusów jest wystarczająca, by zapewnić sprawną i dość wygodną komunikację.

Trzeba zaznaczyć, że parkingi najbliższe szpitala są zarezerwowane dla pacjentów i personel nie ma prawa z nich korzystać. Obsługą tych parkingów zajmują się specjalne firmy, które, podobnie jak to ma miejsce przy hote-



Oddanie

W dniu 24 kwietnia 2010 r. zmarła s. Regina Szypura w 88 roku życia, która była jedną z ostatnich Sióstr Miłosierdzia pracujących jako instrumentariuszka w naszym szpitalu, pamiętająca odległe czasy. Wielu spośród nas pamięta ją jako osobę niezwykle oddaną i pokorną. Przeżyła 70 lat życia zakonnego; ostatnie lata spędziła w Chełmnie.

Redakcja

lach, odbierają od chorych samochody spod wejścia do szpitala, parkują je, by potem przywieźć je chorym lub ich rodzinom pod główne wejście. Pikanterii dodaje fakt, że chodnik przed wejściem do szpitala jest ogrzewany.

Formy komunikacji

Dokumentacja medyczna jest całkowicie skomputeryzowana. Każda notatka, każda recepta, każdy wynik laboratoryjny, nawet ten wykonany poza szpitalem (wszystkie zewnętrzne wyniki pacjentów szpitala są faksowane i automatycznie skanowane) są dostępne dla osób uprawnionych po zalogowaniu się do odpowiedniego programu. System ten jest dostępny także przez Internet, co umożliwia pracę w domu. Żadnej wprowadzonej notatki lub wyniku nie można wycofać co sprawia, że system ten stanowi odpowiednik naszej historii choroby.

Warunki pracy są bardzo sformalizowane. Każdy pracownik posiada identyfikator, który, dzięki informacji zawartej w pasku magnetycznym, umożliwia wstęp do poszczególnych części szpitala, jak oddziały, laboratoria analityczne, laboratoria naukowe, apteka itd. Każdy kontakt z chorym jest notowany, do tego stopnia, że nawet, gdy pacjent zadzwoni do szpitala, by przypomnieć godzinę wizyty jest to skwapliwie notowane i umieszczane w systemie.

Nieco inna niż w Polsce jest także forma komunikacji wewnętrznej. Większość pracowników (także pracowników

administracyjnych) posiada pagery. Komórki są w wielu miejscach zabronione, choć podobnie jak u nas jest to raczej umiarkowanie przestrzegane. Podstawową formą komunikacji jest email. Jeśli chcesz zapytać o coś laboratorium, przypomnieć o badaniu, zadać pytanie współpracownikowi czy przełożonemu – piszesz email, raczej nie dzwonisz. Zasadniczo brak odpowiedzi w rozsądnym przedziale czasowym nie tylko jest traktowane jako postępowanie niegrzeczne, ale zwłaszcza jeśli jest to zapytanie służbowe jest postrzegane jako poważne zaniedbanie obowiązków.

Opieka medyczna

Inny niż w Polsce jest generalnie system opieki nad pacjentem. Oczywiście jest lekarz i jest pielęgniarka, którzy ze zrozumiałych względów pełnią kluczową rolę w opiece nad chorym, ale pomaga im cały sztab ludzi. Dotyczy to zarówno strony administracyjnej, jak i tej czysto medycznej. Zasadniczo każdy lekarz-specjalista ma osobę odpowiedzialną za organizowanie jego czasu, odbieranie telefonów, dbanie o korespondencję. Najczęściej taka osoba pomaga 2 lub 3 lekarzom, ale zdarza się także, że tylko jednemu.

Bardzo istotne role pełnią asystenci lekarza (PA – Physician Assistant), którzy, choć z pewnymi ograniczeniami, dysponują szerokimi „prawie” lekarskimi uprawnieniami. Należy także wspomnieć o tym, że z racji tego, że większość chorych, przynajmniej tam gdzie pracowałem, brała udział w badaniach klinicznych to w szpitalu zatrudnionych jest wiele osób, które z punktu widzenia administracyjnego pomagają w prowadzeniu tych badań. Oczywiście ani lekarz, ani pielęgniarka nie zajmują się wypełnianiem CRF-ów. Same notatki w systemie komputerowym także nie są wpisywane przez „biały personel”. Są one dyktowane i przepisane przez sekretarki, a następnie akceptowane przez lekarza. W USA chyba nawet bardziej niż się powszechnie sądzi (przynajmniej ja tak sądziłem) liczy się... pieniądze. Z tego właśnie wynika taka duża liczba osób pomagających „białemu per-

sołowi”.

Zarobki lekarza i pielęgniarki są zwyczajnie bardzo wysokie i taniej jest zatrudnić kilku „asystentów”, co pozwala bardziej efektywnie wykorzystywać czas pracy personelu medycznego. Pomimo zmian w ostatnich latach, jakie zaszły w dochodach polskiej służby zdrowia różnice nadal są olbrzymie.

Lepiej czy nie

Czy więc amerykański szpital uniwersytecki jest dużo lepszy od naszego? Nie we wszystkim. Warunki lokalowe w naszym, poznańskim szpitalu znacznie się poprawiły, a Oddział Hematologii – szczególnie Transplantacji Szpiku jest wyposażony lepiej niż ten w Ann Arbor. I nie jest to jedynie moje spostrzeżenie, ale także mojego „amerykańskiego szefa”, który odwiedził kilkanaście miesięcy temu nasz polski Oddział Hematologii. Nie musimy się też wstydić poziomu wiedzy naszego „białego personelu”. Nie czuję się w Ameryce gorszym lekarzem pod względem posiadanej wiedzy i doświadczenia. Znając także dobrze prace polskich pielęgniarek myślę, że opieka pielęgniarska bywa u nas bardziej serdeczna i mniej formalna niż w USA.

Jaka jest dostępność do leków i badań w USA? Skłamałbym, gdybym powiedział, że nie jest lepiej niż w Polsce. Pojęcie „oczekiwanie” na badanie MRI czy KT nie istnieje. Nikt też nie zastanawia się czy choremu można podać droższy lek przeciwnowotworowy skoro jego skuteczność jest lepsza niż tańszego. Z racji prowadzenia wielu badań klinicznych dostęp do niezarejestrowanych, najnowszych leków jest także znacznie szerszy, ale jest coś co sprawia, że nasz polski system ma pewną przewagę – jest powszechny. W USA ubezpieczeniem zdrowotnym nie jest objęta duża część populacji. I nie dotyczy to wcale osób bezrobotnych czy starszych, którzy są objęci federalną opieką w ramach systemu Medicare i Medicaid, ale zwykłych, przeciętnych ludzi takich jak fryzjer czy sprzedawca w sklepie, których mimo stałej pracy nie stać na niezwykle drogie ubezpieczenie zdrowotne. Nie ukrywam, że gdyby nie fakt, że moje ubezpieczenie jest automatycznie opłacane przez uniwersytet (rzecz niespotykana w innych instytucjach) nie byłoby mnie stać na opłacanie \$500 -700 miesięcznego ubezpieczenia.

Jeszcze sporo drogi przed nami, by dojść do instytucjonalnego i infrastrukturalnego poziomu szpitala amerykańskiego, ale w końcu to nie wielkie korytarze i podgrzewane chodniki leczą ludzi.

Dr med. Dominik Dytfeld

Podziękowanie

Dziękuję Koleżankom i Kolegom z pracy, którzy byli ze mną w czasie choroby oraz kiedy żegnałam moją kochaną wnuczkę Wiktorię.

Wdzięczna jestem również za przekazanie swojego 1% z podatku na Fundację Dzieciom „Zdążyć z pomocą” w czasie jej choroby.

Krystyna Nowak
Pracownik portierni

W obliczu toczącej się debaty na temat likwidacji stażu podyplomowego chciałbym podzielić się kilkoma spostrzeżeniami na jego temat. Część z nich jest osobista, a część jest wynikiem rozmów ze stażystami z różnych szpitali. Naturalnie pewne uogólnienia nie dotyczą wszystkich miejsc odbywania stażu, ale raczej prezentują tendencje, których trudno nie zauważyć.

Tajemnica Poliszynela

W morzu problemów polskiej opieki zdrowotnej problem kształcenia młodych lekarzy jest w moim odczuciu marginalizowany i wszelkie dyskusje o reformie niestety nie dotyczą sedna sprawy. Można oczywiście słusznie narzekać na braki pieniędzy dla kadr nauczających i na laboratoria nauki

Staż podyplomowy lekarzy

praktycznych umiejętności, ale jak wiadomo to decyzje polityczne i nie mamy na nie dużego wpływu jako środowisko lokalne. Jest tajemnicą Poliszynela, że kolejne rządy edukację mają tylko na ustach w blasku jupiterów, a dotacje zamiast rosnąć są zjadane przez inflację.

Czy to jednak usprawiedliwia zupełny brak rzetelnej, uczciwej i merytorycznej dyskusji w środowisku lekarskim o sposobie i jakości kształcenia przyszłych kadr medycznych? Czy taka debata powinna zostać ograniczona wyłącznie do zacisza ministerialnych gabinetów? Winston Churchill powiedział, że „Polityka jest zbyt ważna, by zostawić ją tylko politykom”. Wydaje się, że polityka edukacyjna naszej profesji powinna leżeć na sercu naszemu środowisku zawodowemu i budzić jakieś emocje... Można ze świecą szukać dyżurki lekarskiej, w której ktoś odważy się zapytać: „co możemy zrobić dla naszych młodszych Koleżanek i Kolegów, by ich staż u nas był bardziej wartościowy i pożyteczny?”. Naraziłby się w najlepszym wypadku na gromki śmiech.

Kultura pieczętek

Probleatów stażu jest wiele: od nie-realistycznych list procedur do wykonania (doskonały moment do uczenia się tzw. kultury pieczętek), poprzez wadliwe założenie zbyt dużej ilości i zbyt krótkich staży cząstkowych bez żadnej dozwolonej fakultatywności, aż po brak wynagrodzenia dla opiekunów. To jednak problemy wymagające korekt legislacyjnych, stąd nie będą ich tutaj rozwijał, nadmienię tylko, że zostały one poruszone w piśmie Komisji ds. Wyższego Kształcenia Medycznego przy Parlamencie Studentów RP przedłożonym Pani Minister Kopacz w 2009 roku, a zatytułowanym „Założenia reformy kształcenia przeddyplomowego i podyplomowego lekarzy i lekarzy dentyistów”. Zainteresowanych odsyłam do lektury – dokument dostępny online pod adresem: http://www.samorząd.ump.edu.pl/files/dydaktyka/MZ/Zalozenia_szczegolowe_KWSM.pdf.

Staż podyplomowy jest tylko małym epizodem w karierze młodego lekarza,

Spostrzeżenia



jednak jest jednym z pierwszych momentów, gdzie ambicje i wyobrażenia wyniesione ze studiów zderzają się z brutalną prozą życia szpitalnego. Podczas gdy na studiach zetknięcia z prawdziwą medycyną są bardzo krótkie, powierzchowne i kontrolowane, to na stażu istnieją potencjalne szanse bycia „na pierwszej linii frontu”. Potencjalne dlatego, że w zależności od oddziału, opiekuna i samego stażysty można albo dużo skorzystać, albo nabić się zupełnej awersji do danej specjalności lub zawodu w ogóle. Niebagatelną w tym rolę mają postawy starszych Koleżanek i Kolegów wobec stażystów i pacjentów.

Niczym kameleon

Naturalnie inaczej stażuje się w dużym mieście w szpitalu klinicznym, inaczej w szpitalu miejskim, a jeszcze inaczej w powiatowym. Każdy z tych typów ZOZów ma swoje plusy i minusy, ale jedno jest pewne – możliwość zaangażowania w pracę oddziału zazwyczaj różnie według wymienionego porządku.

Jaka jest najczęściej funkcja stażysty? Przeważnie niczym kameleon zgodnie z najpilniejszą potrzebą wciela się w rolę sekretarki, salowej, posłańca do laboratorium, skryby do obserwacji lub przyjmowania chorych na oddział. Trzeba napisać recepty lub zwolnienia lekarskie? A gdzie jest Kolega stażysta? W bardziej luksusowych oddziałach stażysta parzy kawę w dyżurce lub nosi teczkę za ordynatorem. Jeśli przypadkiem posiada biegłość obsługi procesora tekstu, bądź umiejętność naprawy komputera to już awans murowany.

Praca poniżej kwalifikacji jest udowodnionym czynnikiem ryzyka frustracji, o czym wie każdy absolwent zarządzania. Po sześciu latach ciężkich studiów, młody lekarz staje się silikonem wypełniającym braki w prowizorycz-

nym systemie opieki zdrowotnej. Dopóty jakoś to działa nikomu z decydentów nie będzie zależało na prawdziwych, a nie tylko pozorowanych zmianach. Tymczasem młody lekarz czuje się niedoceniony i zdemotywowany. Usłyszał od zazdrosnych Kolegów w dyżurce, że rezydentem się w głowach przewracało od tych podwyżek. Rzadko może liczyć na innych, a to nie pomaga rozwinąć w sobie umiejętności w pracy w zespole. Trudno mu pogodzić się z brakiem dobrze pojętej solidarności zawodowej lekarzy i niskim prestiżem zawodu w oczach społeczeństwa. Uczy się kultury pieczętek i zawiera co dzień jakieś kompromisy, by móc w środowisku funkcjonować.

Dobry czas

Oczywiście rzeczywistość nie jest aż taka smutna, zdecydowanie nie! Istnieje miejsca, w których stażysta może się wykazać, rzecz w tym, że są one raczej wyjątkiem aniżeli regułą. Staż jest czasem stawiania pierwszych, często nieporadnych kroków w medycynie, ale na tym polega jego urok. Pierwsze sukcesy diagnostyczne i terapeutyczne cieszą nieproporcjonalnie więcej niż kiedykolwiek później, właśnie dlatego, że są pierwsze. Dużym plusem jest także stosunkowo szeroka niezależność.

Jeśli atmosfera oddziału nie jest sprzyjająca, zawsze można się przemieścić. Trudno pominąć także aspekt socjalny. Dla jednych staż jest okresem kwitającego życia towarzyskiego, kiedy nie gonią już egzaminy i zaliczenia, dla innych czasem zawierania związków małżeńskich i zakładania rodziny.

Jeśli chce się dobrze wykorzystać czas stażowy pod względem edukacyjnym to trzeba przeprowadzić dokładny wywiad wśród znajomych gdzie warto iść, a gdzie w żadnym wypadku. To prawdziwa nieformalna giełda informa-

cji. Kłopot w tym, że ocena stażu powinna być formalna (i to jest wymóg wynikający z Rozporządzenia o stażu podyplomowym). Ankiety stażowe niestety zalegają w szufladach Izb Lekarskich, a gdy w ubiegłym roku nasz Kolega zwrócił się z prośbą do Izby o udostępnienie ich wyników, otrzymał niejednoznaczny odpowiedź odmowną. Mam nadzieję, że nowe władze Izbowe poważniej podejść do tematu – nie można dłużej chować głowy w piasek.

W przyszłości idealnie byłoby wprowadzić system ankietowy wzorem programu międzynarodowych wymian akademickich LLP Erasmus, gdzie zainteresowany przez Internet może sprawdzić jakie opinie ma miejsce, do którego chce się udać celem kształcenia. Czyż nie wspaniale byłoby mieć podobnej bazy informacji dla stażystów?

Minimum odpowiedzialności

Dlaczego tak trudno zaangażować stażystów do wykonywania czynności lekarskich pod nadzorem doświadczonego opiekuna? Czemu stażysta nie może prowadzić na oddziale 1-4 pacjentów, proponować zleceń, ćwiczyć pisanie wypisów, ale SWOICH pacjentów. Amerykanie powiadają, że „one learns best by taking responsibility”.

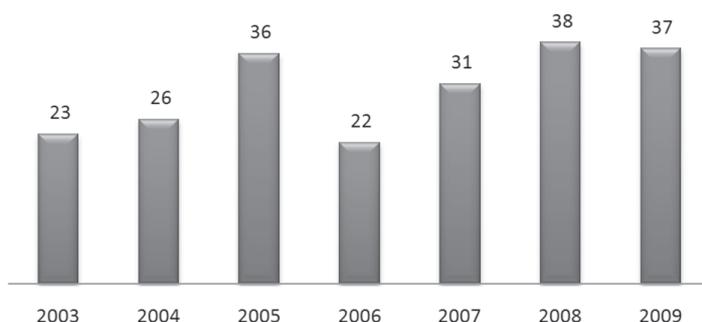
W wielu krajach cywilizacji Zachodniej jest czymś zupełnie naturalnym, że stażysta wykonuje normalną pracę lekarską, proponuje zlecenia i badania diagnostyczne, konsultując się w razie potrzeby, ale ma minimum samodzielności i co za tym idzie odpowiedzialności. Czasem przygotowuje opis przypadku na kilku slajdach PowerPoint (raz na tydzień-dwa), by nauczyć się go omawiać przed innymi stażystami i doświadczonym specjalistą. Stymuluje się go także do doczytywania na temat częstych, a nie wydumanych chorób i daje możliwość konfrontacji swojej wiedzy z opiekunem/koordynatorem. Czuje się ważnym ogniwem zespołu opiekującego się chorym i wie, że jego wiedza i doświadczenie systematycznie rosną.

Tego wszystkiego można dokonać nie zmieniając obowiązującego prawa. Wystarczy przeczytać rozporządzenie o stażu podyplomowym i zacząć egzekwować martwe dotąd przepisy. Jednak realne zmiany wymagają modyfikacji sposobu myślenia o stażystach i kształceniu w ogóle, co może okazać się najtrudniejsze.

lek. Paweł Żebryk

Stażysta w SKPP UMP w latach 2008-2009

Średnia ilość stażystów i rezydentów w latach 2003 - 2009



Opracował: Jacek Kowalski, Sekcja Planowania i Analiz



Niezapomniana wyprawa

Po ostatniej wyjątkowo udanej podróży na Ukrainę, tym razem zdecydowaliśmy się pojechać do Rosji – odległych zakątków Dalekiego Wschodu, Syberii, jeziora Bajkał i morza Japońskiego.

Po uzyskaniu turystycznych wiz 29 czerwca wyruszyliśmy na miesięczną wyprawę w składzie: przewodnik Vitali Khalanski, pracownicy szpitala Witold Wachowski, Jacek Kamiński z żoną Anią, Stefan Szymański oraz znajomy Bogusz Polczyk. Przygotowania do wyprawy były dość spokojne – zapoznaliśmy się dokładnie z planem podróży oraz realiami panującymi w Rosji.

Naszymi pierwszymi punktami podróży były Lwów i Moskwa. W stolicy Rosji mieliśmy okazję zwiedzić Plac Czerwony oraz inne interesujące miejsca i zabytki, m.in. Kreml z jego grubymi i wysokimi murami i wieżami (23 wieże, mury 7 metrowej wysokości, w obwodzie 2,3 km), Świątynię Jezusa Zbawiciela, Stary i Nowy Arbat, Pierścień Sadowy (9 pasm ruchu w jedną stronę i tyle samo w drugą).

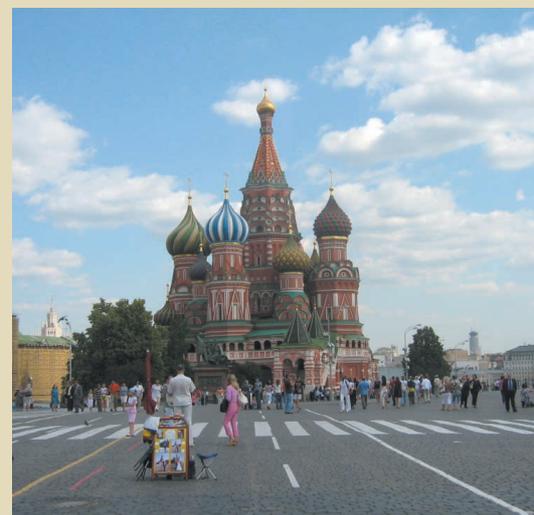
Siedem dni

Z dworca Jarosławskiego należącego do najstarszej linii pierścienia moskiewskiego metra wyruszyliśmy pociągiem w stronę Władywostoku, aby pokonać odległość 9288 km! 7 dni podróży były dla każdego z nas czymś niezapomnianym. Czasu na rozmowy z pasażerami nie brakowało – do niektórych mocno się przyzwyczailiśmy. Większość wysiadła na kolejnych dużych stacjach: Perm, Swierdłowski, Tiumień, Omsk, Nowosybirsk, Krasnojarsk; tylko niektórzy jechali do końca.

Władywostok to niewielkie ślicznie położone miasto na wzgórzach (*sopkach* – ros.) nad zatokami morza Japońskiego. Najmniejsza z nich, niesłychanie podobna do zatoki Złoty Róg w Istanbulu nosi nieprzypadkowo tą samą nazwę. Łączy

zaś wszystkie małe zatoki największa – zatoka Piotra Wielkiego. Na ulicach 99% samochodów, głównie japońskich, ma kierownice po prawej stronie. Oprócz miasta zwiedziliśmy również wyspę Ruską na morzu Japońskim, będącej onegdaj obiektem obronnym floty rosyjskiej marynarki wojennej. Najgłębsze jezioro

W połowie miesiąca po trzydniowej przeprawie pociągiem (niemal 4000 km)



Nurtujące problemy



Fot. Archiwum

W dniach 10-12 marca 2010 roku odbyła się konferencja naukowo-szkoleniowa dla diagnostów laboratoryjnych i lekarzy klinicystów w Poznaniu SALMED LABORATORIUM 2010, nad którą patronat honorowy objął JM Rektor Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu prof. dr hab. med. Jacek Wysocki.

To już piąta konferencja zorganizowana przez Katedrę i Zakład Diagnostyki przy współudziale Zarządu Oddziału Polskiego Towarzystwa Diagnostyki Laboratoryjnej, Kolegium Medycyny Laboratoryjnej i Międzynarodowych Targów Poznańskich. Konferencja pod kierownictwem naukowym prof. dr hab. n. med. Zygmunta Kopczyńskiego odbyła się na terenie Międzynarodowych Targów Poznańskich. Nowoczesna i przestronna sala konferencyjna sąsiadowała z wytwórcami aparatury pomiarowo-bada-

czej i sprzętu laboratoryjnego. Uczestnicy konferencji mogli zapoznać się z nowoczesnymi technologiami, z których wiele zostanie wdrożonych do medycznych laboratoriów diagnostycznych.

W tym roku w konferencji wzięło udział około 300 diagnostów laboratoryjnych. Program naukowy konferencji „Udział medycznego laboratorium diagnostycznego w opiece nad pacjentem” został podzielony na 5 sesji. Pierwsza sesja obejmowała trzy wykłady wprowadzające: „Chemia kliniczna we współczesnej medycynie”, „Koncepcja biomarkerów i jej wpływ na rozwój diagnostyki laboratoryjnej”, „System zarządzania jakością w medycznym laboratorium diagnostycznym”.

Dalsze 3 sesje miały na celu przedstawienie roli badań laboratoryjnych w diagnozowaniu, monitorowaniu i prognozowaniu chorób nowotworowych, cho-

rób sercowo-naczyniowych i endokrynologicznych. Kolejna sesja była poświęcona udziałowi diagnostyki laboratoryjnej w praktyce lekarza rodzinnego.

W drugim i trzecim dniu konferencji odbyły się sesje autorskie firm diagnostycznych, uczestniczących w wystawie.

Tematyka tych sesji była doskonałym uzupełnieniem wykładów w sesji głównej. Wykładowcami konferencji byli znakomici specjaliści z dziedziny diagnostyki laboratoryjnej z naszej Uczelni i z innych medycznych ośrodków akademickich: Lublina, Krakowa, Białegostoku, Łodzi, Warszawy i Bydgoszczy.

Wykładowcy przekazali Uczestnikom konferencji najbardziej aktualną i usystematyzowaną wiedzę z diagnostyki laboratoryjnej.

W drugim dniu obrad podczas uroczystej kolacji Uczestnicy konferencji dyskutowali o aktualnych problemach nurtujących środowisko diagnostów laboratoryjnych.

Anna Thielemann
Dział Diagnostyki Laboratoryjnej

wylądowaliśmy w Ulan-Ude – stolicy autonomicznej republiki Buriackiej. Po noclegu w zaprzyjaźnionej rodzinie buriackiej wczesnym rankiem 15 lipca i obejrzeniu największej głowy Lenina na świecie, która została postawiona na środku głównego placu miasta, busem wyruszyliśmy na wschodnie wybrzeże Bajkału do Zabajkalskiego Parku Narodowego. Surowe warunki i niezwykła przyroda najgłębszego jeziora świata powoli odrywały nas od wspomnień szarych miast, o rzekomo nieodzownych sprawach i ciągłej krzątaninie dnia powszedniego. To był czas powrotu do dzikiej natury, przepięknych gór i łąk, do tajgi i powietrza przepelnionego wonią kwiatów, zapachami skał i morza o kryształowo czystej wodzie. Dodatkowo łaźnie rosyjskie i dobre jedzenie (bajkalskie ryby – omul, sig, charius, okoń) z trawkami dopełniły te dobre wspomnienia.

Uroki krajobrazu

Dalej korzystając z busów, promów i pociągów podmiejskich na południowym wybrzeżu, dostaliśmy się do miejscowości Sludianka. Od tej stacji rozpoczęliśmy podróż pociągiem przez starą Krugobajkalską koleją do końcowego

punktu Port Bajkał położonego w miejscu, w którym ma swój początek potężna Angara niosąca swoje wody przez Irkutsk (około 80 km) do jednej z największych rzek Azji Jeniseja (Angara to jest jedyna rzeka wypływająca z Bajkału). Przejazd Krugobajkalską koleją, trwający niecałe 9 godzin, to wielka atrakcja turystyczna. Pociąg jedzie bardzo wolno skalistym brzegiem Bajkału pokonując po drodze 48 tuneli. Podczas długich postojów można podziwiać uroki zachodnio bajkalskiego krajobrazu i osiągnięcia inżynierii przy budowie kolei Krugobajkalskiej z przełomu XIX-XX wieku na trudnodostępnym terenie.

Przeciwny brzeg

Po przedostaniu się promem na przeciwny brzeg Angary pojechaliśmy autobusem do Irkucka. Z neobarokowego dworca ruszyliśmy do centrum miasta, które mieści się na przeciwnym brzegu rzeki. Sam Irkuck to miasto nie mniej ciekawe niż Władywostok malowniczo położone nad rzeką i w którego centrum stoi mnóstwo drewnianych domów.

W drodze powrotnej po miesiącu przepraw przez piękne rosyjskie tereny znów mijaliśmy Moskwę i Kijów, dobrze

już nam znany z naszej ubiegłorocznej ukraińskiej wyprawy. Następnego dnia zawitaliśmy we Lwowie. Jeszcze raz z przyjemnością chodziliśmy pięknymi uliczkami historycznego centrum miasta, zwiedzając wspaniałe katedry, by później z góry Zamkowej zobaczyć miasto z wysokości kilkuset metrów.

Do Poznania dotarliśmy 2 sierpnia i już dziś myślimy o przyszłorocznej podróży, czekając na nowe wrażenia.

Tekst i zdjęcia: Witold Wachowski
Emerytowany pracownik portierni



Projekty

Bieżący rok będzie okresem intensywnych prac budowlanych prowadzonych na terenie szpitala przy ul. Szamarzewskiego.

Jednocześnie z kontynuacją prac w budynku dla oddziałów onkologicz-

nych realizowane będą jeszcze trzy inne projekty budowlane.

Pierwszym z nich będzie budowa dwukondygnacyjnego budynku, usytuowanego równoległe do ul. Szamarzewskiego, w którym mieścić się będą poradnie przyszpitalne.

Kolejnym projektem będzie rozbudowa Pracowni Radiologii o nowe trzykondygnacyjne skrzydło, które pomieści nowoczesną aparaturę do diagnostyki obrazowej.

Trzeci projekt to termomodernizacja budynku szpitala, obejmująca ocieplenie ścian i wymianę nieszczelnych okien, dzięki czemu istniejące budynki uzyskają nową elewację, tworząc harmonijną całość z nowopowstałymi.

Tak szeroki zakres prowadzonych prac budowlanych wiązać się będzie nieuchronnie z pewnymi niedogodnościami, a jedną z nich będzie brak możliwości wjazdu i parkowania na terenie szpitala, zarówno dla pacjentów, jak i pracowników.

Beata Sypniewska

Z-ca Kierownika ds. Administracji



Fot. Monika Dziamska

Prace

W ostatnich miesiącach Dział Techniczny naszego szpitala wykonał następujące prace:

- adaptację pomieszczeń po byłej kuchni dla potrzeb pracowników służb pomocniczych;
- remont pomieszczenia dla Działu Organizacji i Sprzedaży Usług Medycznych – zakończony na początku marca. Dział został powiększony o pomieszczenie dotychczas zajmowane przez stolarza pana Roberta Kaczmarkiewicza – pracownika Działu Technicznego;
- wymianę wykładziny podłogowej w budynku Administracji w korytarzu Działu Informatyki;
- przygotowanie sali chorych na oddziale Kardiologii dla pacjentów po przeszczepach serca.

Aktualnie prowadzi:

- dalsze prace remontowe po byłym bloku operacyjnym dla potrzeb Od-

działu Anestezjologii i Intensywnej Terapii;

- prace przygotowujące pomieszczenie dla szpitalnego archiwum.

Dział Techniczny brał czynny udział w usuwaniu awarii rurociągu ciepłej wody należącego do Przedsiębiorstwa Energetyki Ciepłej, która miała miejsce w dniu 13 marca 2010 roku. Wszystkie awarie usuwane są na bieżąco przez Sekcję Energetyczną, Sekcję Konserwacji i Remontów oraz Sekcję Aparatury Medycznej.

Od 2 stycznia 2010 roku Sekcja Aparatury Medycznej ma nowego pracownika. Mgr inż. Karolina Piasecka jest absolwentką Politechniki Poznańskiej na Wydziale Budowy Maszyn i Zarządzania. Pracuje na stanowisku Specjalisty ds. Aparatury Medycznej (pokój 521) pod nowym numerem telefonu: 061 854 9542. Pani Karolina rzetelnie i sumiennie wykonuje swoją pracę. Dobrze współpracuje z pracownikami szpitala, co zostało już zauważone i docenione. Pani Karolinie życzymy zadowolenia z pracy w naszym szpitalu.

Magdalena Grobelna
Dział Techniczny

Remont

W marcu bieżącego roku po uzgodnieniach pomiędzy Kanclerzem Uniwersytetu Medycznego, Dyrekcją Szpitala a Kierownikiem Kliniki Anestezjologii i Intensywnej Terapii zintensyfikowano prace, których wynikiem będzie ostateczne zakończenie remontu części łóżkowej (w obrębie starego bloku operacyjnego Szpitala) oraz administracyjnej Oddziału. Prace powinny zakończyć się w czerwcu bieżącego roku.

Jako Ordynator Oddziału dziękuję wszystkim pracownikom Szpitala za wyrozumiałość i życzliwość w trakcie utrudnień związanych z remontem. Osobne wyrazy podziękowania składam Panom Profesorom Jerzemu Głuszkowi i Andrzejowi Tykarskiemu za udostępnienie pomieszczeń Oddziału H.

Dr hab. Paweł Sobczyński

Ordynator Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii

Nowa strona

Zarząd Polskiego Towarzystwa Opieki Paliatywnej Oddział w Poznaniu, ma przyjemność zaprosić Państwa do odwiedzania nowej strony internetowej Hospicjum Palium, pod adresem www.hospicjum-palium.pl

Autorką nowej szaty graficznej oraz Redaktorem prowadzącym strony jest Pani mgr Monika Dziamska.

Zachęcamy wszystkich przyjaciół Hospicjum do współpracy redakcyjnej. Prosimy o nadsyłanie tekstów, zdjęć oraz informacji, które Państwa zdaniem powinny znaleźć się na naszej stronie. Mamy nadzieję, że strona ta będzie źródłem nie tylko informacji o działalności Hospicjum oraz Polskiego Towarzystwa Opieki Paliatywnej Oddział w Poznaniu, ale sprawi także, że Hospicjum postrzegane będzie jako miejsce piękne, przyjazne chorym i ich bliskim, tętniące życiem; w którym odbywają się koncerty i wystawy oraz organizowane są szkolenia.

Jednocześnie Zarząd bardzo dziękuje wszystkim osobom, które zdecydowały się wesprzeć Hospicjum, przekazując 1% swojego podatku na rzecz Polskiego Towarzystwa Opieki Paliatywnej Oddział w Poznaniu. Państwa pieniądze zostaną przeznaczone między innymi na cele związane z zapewnieniem możliwie najlepszej jakości życia chorych, a także na zakup sprzętu medycznego, pieluch jednorazowych, materiałów do nowoczesnego leczenia ran i odleżyn, na dowóz chorych do Ośrodka Opieki Diennej.

W imieniu Zarządu
Iwona Wesołowska
Sekretarz



Fot. Archiwum

Z życia

hospicjum

Goście z Armenii u prof. Jacka Łuczaka

Hospicjum...

- Tradycyjnie w pierwszych dniach maja (1-3 maja) odbędzie się w Ogródku Botanicznym doroczna *Majówka*. Będzie można podziwiać budzącą się do życia przyrodę. Przygotowano także liczne atrakcje – występy artystyczne i pokazy. Nie zabraknie zapewne interesujących roślin na balkonie i do ogródka. Impreza jak zwykle łączy się także z kwestą na rzecz Hospicjum. Na osobnym stole prezentowane będą prace pacjentów Ośrodka Dziennego.

- W dniu 15 maja na Zamku Królewskim w Warszawie będzie miała miejsce podniosła uroczystość przyznania tytułów *doctora honoris causa* Światowej Akademii Medycyny oraz odznaczeń *Medicus Magnus* Polskiej Akademii Medycyny. Te zaszczytne tytuły zostały przyznane Panu profesorowi Jackowi Łuczakowi w uznaniu jego zasług dla medycyny.

Warto dodać, że dotychczas tytuł *Medicus Magnus* został przyznany 51 osobistościom z całego świata w tym 31 laureatom nagrody Nobla. W czasie majowej gali tytuł *doctora honoris causa* otrzymają także trzej laureaci nagrody Nobla z dziedziny medycyny.

- Już po raz drugi pracownicy firmy PRAMERICA wspomogą Hospicjum w ramach Polskiego Dnia Wolontariusa, organizowanego na osiedlu Rusa. Z pewnością wypięknie dzięki temu hospicyjny ogród. Do zadań wolontari-

szy będzie też należało oczyszczenie i odmalowanie części ogrodu.

Pomoc różnych grup wolontariuszy dla Hospicjum obejmuje wiele różnych aspektów działalności ośrodka – bez niej z pewnością byłibyśmy ubożsi i co jeszcze ważniejsze czulibyśmy się znacznie bardziej osamotnieni w swej pomocy chorym...

- W dniu 27 marca 2010 gościliśmy w Hospicjum trzyosobową grupę stażystów związanych ze Stowarzyszeniem Kontroli Bólu i Opieki Paliatywnej z Erywania w Armenii – dra n. med. Hrant Karapetyana – anestezjologa, Prezesa Stowarzyszenia, Armine Kharatyan – pielęgniarkę, dra Vahrama Kalashyana – chirurga. Przyjechali oni do Polski na zaproszenie Fundacji Hospicjum Łódzkiego w ramach projektu „Transfer do Armenii najlepszych polskich doświadczeń w zakresie tworzenia hospicjów domowych”. Goście zwiedzili hospicjum i spotkali się z dr med. Aleksandrą Kotlińską – Lemieszek oraz prof. Jackiem Łuczakiem, z którymi wymienili doświadczenia dotyczące ich usiłowań stworzenia podstaw prawnych i organizacyjnych medycyny paliatywnej w Armenii. Podstawowymi problemami są brak finansowania oraz mała dostępność leków przeciwbólowych, w tym zwłaszcza preparatów morfiny.

Lek. med. Halina Bogusz

Karol Marcinkowski

– czwarty lekarz Szpitala

Fascynujące wątki

Okazuje się, że bardzo wiele wątków tego kwartalnika jest bliskich tym, którzy zainteresowani są historią medycyny Poznania i naszego regionu. Odkrywać można bogactwo międzywojennego dziedzictwa naszej medycyny. Ale jakże fascynujące są wątki wcześniejsze. Takimi okazują się ślady świadczące o szczególnej roli lecznicy *Przemienienia Pańskiego*.

Sięgając do artykułu prof. Wrzoska (1) natrafić można między innymi na wskazanie związków patrona naszej Uczelni (ale także m.in. naszego poznańskiego szczytowego liceum, które miałem szczęście kończyć) ze szpitalem Sióstr Miłosierdzia. Okazuje się, że Karol Marcinkowski był czwartym, po doktorach: Freterze, Herfurcie oraz Schneiderze, etatowym lekarzem naszego Szpitala.

Ślady ofiarności

Znajdujemy ślady ofiarności młodego, powracającego ze studiów w roku 1823, Karola Marcinkowskiego na rzecz Szpitala. Na przykład w dniu 24 marca 1824 roku przekazał niedawno założonemu Szpitalowi Sióstr Miłosierdzia 1150 talarów wraz z kilkuletnimi odsetkami. Była to reszta ze stypendjum 1800 talarów, które mu zapisał był Eustachy Grabski na studia (pisownia oryginalna). W czasie berlińskich studiów wypłacono Marcinkowskiemu zaledwie 650 talarów. Świadek pisze, że: ofiarowana przezeń (suma) zasilila skutecznie kasę tego jedynego wówczas zakładu leczniczego w Poznaniu, utrzymywanego w znaczącej części z dobroczynności prywatnej. Wrzosek pisze: Szpital rzeczony, założony głównie staraniem namiestnika Radziwiłła i jego żony, został otwarty w początku roku 1823 i uposażony z funduszy poklasztornych. Urządzono go na 60 łóżek. Lecz już po roku zmniejszono tę liczbę znacznie, gdyż fundusze przeznaczone na utrzymanie szpitala wystarczyły zaledwie na 30 łóżek etatowych.

Świadectwo przyjaźni

Gdy z posady ustąpił dr Freter, jego następcy, dr Herfurthowi, pomagali jako wolontariusze dwaj młodzi lekarze: Karol Scheider oraz Marcinkowski. Gdy w maju 1825 roku umarł dr Herfurth, przełożona siostra Petronela Pyrzanowska prosi władze pruskie o mianowanie lekarzem szpitala pierwszego spośród

pomocników, choć o posadę starał się także Karol Marcinkowski. Jak pisał Ignacy Zielewicz: *Podali oni wspólny do naczelnego prezesa wniosek, aby ich na to miejsce obu mianowano* (2). Szalę wyboru na rzecz Schneidera przechyliło zdanie siostry przełożonej, a także pewnie i fakt, że był on Niemcem i protestantem, a Marcinkowski Polakiem, na dodatek uprzednio karany za brak lojalności w stosunku do władz pruskich.

Karol Marcinkowski – mimo pominięcia go w wyborze – nie przestał pracować bezinteresownie na rzecz Szpitala, pomagając zaprzyjaźnionemu koledze. Osobnego opisanie wymagałoby świadectwo przyjaźni tych dwóch lekarzy. Marcinkowski zajmował się nie tylko pacjentami, którzy wymagali „postępowania wewnętrznego”, ale także mógł uprawiać chirurgię.

Tysiące talarów

Jak pisze Wrzosek: *Po śmierci Schneidera* (13 grudnia 1828 – przyp. – S.C.) *przybyło Marcinkowskiemu dużo pracy, bo sieroty i chorzy ubodzy mieli przedtem wśród lekarzy poznańskich dwóch serdecznych opiekunów, a potem tylko jednego Marcinkowskiego.*

Nasz patron mianowany został lekarzem etatowym Szpitala 26 grudnia 1828 roku.

Działalność swoją etatową rozpoczął od zrzeczenia się swej – wynoszącej 100 talarów – płacy, na rzecz fundacji im. dr Karola Schneidera. Jak pisze Kronthal (3): *miął bowiem, jak na ówczesne czasy, magnackie dochody z praktyki lekarskiej, bo wynoszące około dziesięć tysięcy talarów rocznie. Więcej niż połowę tych dochodów*

Jakim zaskoczeniem okazało się zaglądnienie do zeszytu wydanego przez profesora Adama Wrzoska *Archiwum Historii i Filozofii Medycyny oraz Historii Nauk Przyrodniczych* z roku 1930. Numer ten ofiarowany mi został przez córkę jednego z nestorów poznańskiej medycyny, który przed laty zaszczycił mnie tym, że mogłem go leczyć.

oddawał na potrzeby Szpitala, a nadto setki talarów rocznie wydawał na dożywianie ubogich miasta w założonym tak zwanym zakładzie zupy rumfordzkiej, usytuowanym przy Szpitalu.

W roku 1829 Marcinkowski przechodzi dur brzuszny, który wyłącza go na z pracy na sześć tygodni. Rok później – ponoć 8 grudnia 1830 roku – na wieść o wybuchu powstania, potajemnie opuszcza Poznań. Jego następcą w naszym Szpitalu zostaje dr Józef Jagielski.

Iskra zapalu

I jeszcze aspekt interesujący dla mnie – jako pulmonologa. Karol Marcinkowski miał ponoć zdrowie dość liche, chorując od czasu studiów berlińskich na gruźlicę. Jego następcą napisał, że *nigdy nie był wolny od kaszlu* (4). Warto wspomnieć, że szpital nasz u jego początku podejmował w sposób szczególny pacjentów chorych na gruźlicę. Trzeba będzie jeszcze w przyszłości rozwinąć ten wątek.

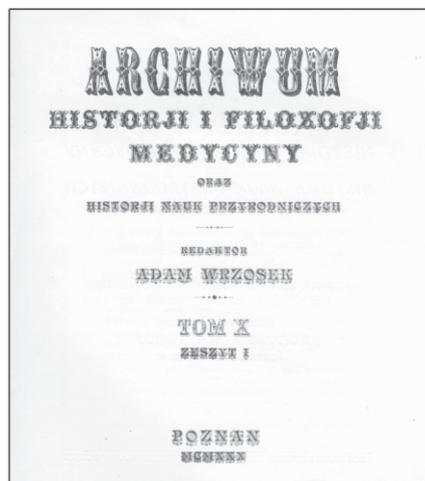
Czy jest w nas choćby iskra zapalu i oddania na miarę lekarzy ubiegłych wieków? Pytanie takie stawiam sobie wielokrotnie.

W materiałach profesora Wrzoska można znaleźć także niezwykle ciekawe informacje o dr Karolu Schneiderze. Postaci rzadko dotąd ukazywanej. Postaram się to uczynić w kolejnych *Nowinach*.

Takie postaci jak Marcinkowski, Schneider czy siostra Pyrzanowska powinny być zdecydowanie bardziej wyeksponowane w przekazywanym przez nas dziedzictwie.

Szczepan Cofta
Naczelnik Szpitala

1. Adam Wrzosek, Pierwsze lata działalności lekarskiej Karola Marcinkowskiego, *Archiwum Historii i Filozofii Medycyny oraz Historii Nauk Przyrodniczych*, 1930, 10,1,73-95.
2. Ignacy Zielewicz, Żywot i zasługi dr Karola Marcinkowskiego, Poznań 1891, 16.
3. Arthur Kronthal, Dr Karol Marcinkowski. Eine Schilderung seines Lebens, seines Wirkens und seiner Zeit. Breslau. Priebatsch's Verlag, 1925, 11.
4. Józef Jagielski, Żywot doktora Karola Marcinkowskiego, Poznań 1846, 14.



Styl i wrażliwość

(dokończenie ze str. 28)

a 29 sierpnia 1885 siostry wprowadziły się do gotowego już domu i kaplicy, wzniesionych według projektu Franza Negendanka.

Po dwudziestu latach rozpoczęto budowę szpitala, który zaprojektowany został przez znanego ówczesnie w Poznaniu architekta Kazimierza Rucińskiego. Budowa, którą kierował Władysław Jewasiński, zakończyła się w 1913 r.

Neogotyk

Powstały budynek reprezentuje – tak jak i wcześniej wybudowany dom i kaplica – styl neogotycki, charakterystyczny dla architektury tego czasu. Przeglądając zdjęcia nieistniejących już w ówczesnej formie budynków innych szpitali poznańskich tego okresu (przy ul. Szkolnej, Królewskiej, Św. Józefa), można znaleźć wiele podobieństw. Ceglane budynki o licznych szczytach ustawionych wzdłuż ulicy, urozmaicone wyłącznie tynkowanymi płycinami wpisują się w nurt stylu przemysłowego. Szpitale były wówczas przeznaczone w głównej mierze dla uboższej części ludności, stąd nie przywiązywano wagi do ich walorów dekoracyjnych. Także w stylu neogotyckim utrzymana jest dalsza część budynku dobudowana w 1930 roku, według projektu Jerzego Tuszowskiego w związku z rozwijanymi dziełami sióstr. Oprócz Szpitala pielęgniarstwa, a od 1928 roku Prywatną Szkołę Przygotowawczą Żeńską.

Kaplica

Kaplica domu wybudowana w pierwszym etapie jego tworzenia, jakby wtopiona w jego strukturę, widoczna jest głównie od strony południowej,

ogrodowej elewacji. Ostre łuki gotyku, przywoływane tak często w architekturze neogotyckiej, są tu obecne zarówno w zwieńczeniach okien, wypełnionych barwnymi witrażami, jak i wielkiej płycinie na zewnętrznej ścianie prezbiterium oraz w tzw. łuku tęczowym oddzielającym je wewnątrz od nawy. Główne wejście do kaplicy, będące jednocześnie wejściem do domu, urozmaica fasadę budynku tzw. ryzalitem zwieńczonym szczytem z małymi wieżyczkami (sterczynami).

Wejdzmy zatem do środka. Wyśokość i smukłość wnętrza znów przywodzi na myśl średniowiecze, kiedy architektura miała porwać widza ku niebu, do rzeczy wyższych niż tylko obecne na tej ziemi bytowanie. Wystrój neogotycki wnętrza pozostaje dominujący, przede wszystkim dzięki witrażom ze scenami ewangelicznymi, odpowiadającymi radosnym tajemnicom różańca oraz ambonie z płaskorzeźbami ewangelistów.

Przemienienie

Przeprowadzona w latach siedemdziesiątych XX wieku modernizacja pozbawiła kaplicę pozostałych neogotyckich elementów – przede wszystkim ołtarza głównego i witraży w prezbiterium – obecnie znajdujących się w domu sióstr elżbietanek w Lesznie. Ich miejsce zajęła nowoczesna rzeźba Chrystusa stojącego w płomieniach i ukazującego swoje serce. Odmienny styl i wrażliwość artystyczna twórcy powodują, że obecny wystrój przedstawia pewien dysonans formalny pomiędzy współczesnymi a neogotyckimi elementami wystroju.

Wróćmy jednak do tych ostatnich. W półmroku wnętrza oświetlają wchodzących pozłacane elementy dekoracji chóru muzycznego – malowidła dwunastu muzykujących aniołów otacza centralnie położone *Widzenie świętej Klary*, utrzymane w stylu przypominającym włoski renesans. Wszystkie wize-

runki otoczone są trójlistnymi łukami, znowu przywodzącymi wspomnienie architektury gotyku.

Spójrzmy jeszcze wyżej – w górnej części ścian nawy, ponad tzw. marmoryzacją, umieszczono w złotych ramach malowidła przedstawiające sceny z życia Chrystusa – cudowny połów ryb, kroczenie po jeziorze, przekazanie świętemu Piotrowi kluczy do Królestwa – ukazanie się św. Marii Magdaleny po Zmartwychwstaniu. Na stropie kaplicy ten sam artysta (Antoni Kaźmierczak) przedstawił Przemienienie Pańskie na górze Tabor. Czy to zapowiedź przyszłych związków Szpitala sióstr ze Szpitalem *Przemienienia*?

Siła

Kaplica żyje modlitwą. To jej właściwa siła i piękno. Plastyczne elementy wystroju mają ją pobudzać, inspirować, wypełniać chwile pustki i nieobecności ludzi – śladami ich nieustannego uwielbienia Stwórcy – hołdu zamkniętego w obrazach, witrażach, rzeźbach. Kiedy odwiedzam kaplicę, jest piętnasta – godzina miłosierdzia Bożego – zaczynają płynąć, jak pieśń, łagodne, tylko pozornie monotonne słowa kołonki, powtarzane przez Siostry, zebrane na południowej modlitwie: „*Dla Jego bolesnej Męki...*”.

Stąd czerpały siłę, idąc do chorych, opuszczonych, przygnębionych – kolejne pokolenia sióstr zgromadzenia świętej Elżbiety – już od przeszło stu lat służące Poznaniowi.

Serdeczne podziękowanie składam siostrze Sapiencji ze Zgromadzenia Sióstr Elżbietanek oraz Pani dr Iwonie Błaszczyk z Biura Miejskiego Konserwatora Zabytków za życzliwe udostępnienie mi materiałów pomocnych w napisaniu tego tekstu.

Halina Bogusz

Pełnomocnik

ds. Zarządzania Jakością

Nowoczesne metody

W dniu 27 lutego 2010, w sali seminarijnej Kliniki Chirurgii Ogólnej i Naczyń odbyły się „Warsztaty w leczeniu ran i owrzodzeń – diagnostyka, zastosowanie nowoczesnych metod leczenia bezoperacyjne-

go”, zorganizowane przez Wielkopolską Akademię Leczenia Ran.

Zajęcia teoretyczne poprowadzili prof. dr hab. Grzegorz Oszkiniś, dr n. med. Krzysztof Wachal oraz lek. med. Katarzyna Motowidło, którzy kolejno omówili diagnostykę i metody leczenia niewydolności żylnej i owrzodzeń kończyn dolnych oraz gojenie i pielęgnację ran za pomocą specjalistycznych opatrunków.

Po zakończeniu części teoretycznej rozpoczęły się zajęcia praktyczne, w czasie których uczestnicy szkolenia mieli okazję wspólnie diagnozować i wybierać odpowiednie metody opatrywania ran u pacjentów korzystających z usług Poradni Kliniki Chirurgii Ogólnej i Naczyń naszego szpitala.

Paulina Marek
Apteka szpitalna

Styl i wrażliwość



Kaplica Najświętszego Serca Pana Jezusa w szpitalu sióstr elżbietanek przy ulicy Łąkowej

szpital nieopodal – przy Rynku Bernardyńskim. Już w latach pięćdziesiątych XIX wieku rozpoczęto jego znaczną rozbudowę. W roku 1855, a następnie w latach 1878-81 i 1898-1902 prowadzono kolejne rozbudowy budynków przy ulicy Szkolnej, w których mieścił się ciągle niewystarczającej wielkości szpital miejski. W latach 1874-76 przy ulicy Królewskiej – obecnie Libelta – powstał nowy szpital Diakonysek. Mieszkańcy miasta mieli jednak ciągle świadomość niedostateczności instytucji opieki zdrowotnej.

Budowa

Przybyłe do Poznania elżbietanki zamieszkały na początku w domu sióstr urszulanek przy ul. Młyńskiej, a następnie kolejno przy ulicy Za Bramką, Garbary i na Ostrowie Tumskim, gdzie przekazano im pomieszczenia poklasztorne klarysek. W 1883 zakupiono ziemię przy ulicy Łąkowej. Rok później wmurowano kamień węgielny,

(dokończenie na str. 27)

Podczas kiedy trwa budowa nowego budynku szpitala przy ulicy Szamarszewskiego, proponuję podróż w przeszłość do początków szpitala przy ulicy Łąkowej – miejsca, które w dziejach Szpitala Klinicznego *Przemienienia Pańskiego* stanie się już wkrótce – zakończoną kartą.

Misja

Parcela w pobliżu kościoła Bożego Ciała szumiła jeszcze łąkami, kiedy

trzy siostry Zgromadzenia świętej Elżbiety, niemal 140 lat temu, przybyły do Poznania z Wrocławia – z inicjatywy księży dziekanów Karla Kesslera i Juliusa Reichego – na zaproszenie Arcybiskupa Ledóchowskiego. Celem ich misji było założenie zakładu leczniczego, który objąłby opieką chorych, bezdomnych i starców. Był to okres, kiedy potrzeba tego typu instytucji była w Poznaniu ciągle ogromna. Niespełna pięćdziesiąt lat wcześniej siostry Miłosierdzia św. Wincentego a Paulo otworzyły

Fot. Zofia Owecka



REDAKCJA

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

Zespół redakcyjny:

Halina Bogusz, Szczepan Cofa,
Monika Dziamska (redaktor prowadzący),
Zofia Owecka, Rafał Staszewski, Joanna
Wieczorek-Powiertowska

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

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