

The image shows a large lecture hall filled with an audience seated in rows of chairs. At the front of the hall, a stage features a wooden podium and a long table. A person is standing at the podium, and another person is seated at the table. Three large projection screens are visible on the stage, displaying text in Polish. The text on the screens is as follows:

Zasady leczenia gruźlicy
 Leczenie objawowe
 1. Leczenie systematyczne i dostatecznie długie (6 – 9 miesięcy)
 2. Wskazanie leczenia systematycznego i dostatecznie długiego
 3. Długość leczenia – minimum 6 miesięcy – może być krótsza, jeżeli pacjent jest pod nadzorem lekarza i nie ma objawów choroby.

Zasady leczenia gruźlicy
 Leczenie objawowe
 1. Leczenie systematyczne i dostatecznie długie (6 – 9 miesięcy)
 2. Wskazanie leczenia systematycznego i dostatecznie długiego
 3. Długość leczenia – minimum 6 miesięcy – może być krótsza, jeżeli pacjent jest pod nadzorem lekarza i nie ma objawów choroby.

Zasady leczenia gruźlicy
 Leczenie objawowe
 1. Leczenie systematyczne i dostatecznie długie (6 – 9 miesięcy)
 2. Wskazanie leczenia systematycznego i dostatecznie długiego
 3. Długość leczenia – minimum 6 miesięcy – może być krótsza, jeżeli pacjent jest pod nadzorem lekarza i nie ma objawów choroby.

SZPITAL TRADYCYJNY I INNOWACYJNY

Z ŻYCIA SZPITALA

W dniu **7 lutego** Dyrektor Jan Talaga spotkał się z Miejskim Konserwatorem Zabytków Panią Marią Strzałko. Celem spotkania było zainteresowanie Pani konserwator pomysłem odbudowy Studzienki, która znajdowała się przed wejściem do naszego Szpitala. Pomysł zyskał aprobatę i poparcie Pani konserwator oraz władz miasta Poznania.



W miesiącu **lutym** Dyrekcja Szpitala aktywnie uczestniczyła w debacie – rozmowach *białego szczytu* toczących się z inicjatywy Ministerstwa Zdrowia w Centrum Partnerstwa Społecznego Dialog, w Warszawie. Parokrotnie Dyrektorzy brali udział w spotkaniach Zespołu do spraw pracowniczych i placowych.



W miesiącu **lutym** prowadzono dalsze rozmowy negocjacyjne z lekarzami Szpitala.



W dniu **26 lutego** miało miejsce otwarcie sali bronchoskopowej – po remoncie – na Oddziale Pulmonologii przy ul. Szamarszewskiego 84.



W dniu **26 lutego** odbyło się spotkanie Zespołu ds. dokumentacji medycznej, który prowadzi intensywne prace nad porządkowaniem dokumentacji medycznej w Szpitalu.



W dniu **7 marca** odbyła się Rada Kliniczna podczas, której prowadzono rozmowy odnośnie rozliczania czasu pracy.



W dniach **12-14 marca** podczas Targów Medycznych Saldem odbyła się IV Konferencja Naukowo-Szkoleniowa – SALMED – LABORATORIUM 2008 – *Zarządzanie przez jakość medycznym laboratorium diagnostycznymi i mikrobiologicznym*. Głównymi organizatorami konferencji byli: Katedra i Zakład Diagnostyki Laboratoryj-



nej Uniwersytetu Medycznego im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu oraz Zarząd Polskiego Towarzystwa Diagnostyki Laboratoryjnej przy współpracy Międzynarodowych Targów Poznańskich.



W dniu **4 kwietnia** dyrekcja Szpitala wzięła udział w III Ogólnopolskiej Konferencji Naukowej pod patronatem Ministra Zdrowia i Prezydenta Miasta Poznania dotyczącej *Ustalania Zasad Kontraktowania Świadczeń Zdrowotnych*.

Opracowała:
Joanna Wieczorek

Piłka pełna zdrowia

W dniu 14 czerwca z inicjatywy Dyrekcji Szpitala Klinicznego *Przemienienia Pańskiego* UM w Poznaniu zorganizowany zostanie piknik zdrowotny w Piłce. Współorganizatorami tego wydarzenia są Starostwo Powiatu Czarnkowsko-Trzcianeckiego, Nadleśnictwo Potrzebowice oraz miejscowa Parafia.

Serdecznie prosimy osoby chętne do udzielania bezinteresownej pomocy medycznej o kontakt z Biurem Dyrekcji Szpitala (tel. wew. 91 21).

Mamy nadzieję, że uda nam się połączyć niesienie pomocy z wypoczynkiem w pięknych okolicach Puszczy Noteckiej. Pragniemy podkreślić, że spotkanie ze specjalistami Szpitala Klinicznego *Przemienienia Pańskiego*, jest niezmiernie ważnym elementem profilaktyki zdrowotnej, zwłaszcza ze względu na utrudniony dostęp mieszkańców Piłki i okolicznych miejscowości do świadczeń medycznych.

RS

Fot. Tomasz Magowski





Już prawie wszystko wiadomo...

Prawdopodobnie jeszcze nigdy w historii parlamentaryzmu polskiego nie mieliśmy tak wyedukowanych w zakresie ochrony zdrowia polityków. Nie potrzeba nam więcej „białych szczytów”, ale decyzji. Wszyscy czekamy z niepokojem na rozwój sytuacji. Zwłaszcza, że zapowiadane wprowadzenie systemu DRG najboleśniej może dotknąć szpitale akademickie.

Hasła wytrychy

Politycy różnych opcji, a szczególnie Ci, działający w ramach sejmowej komisji zdrowia zostali już całkiem przyzwyczajeni do wyedukowania. Niekończące się wizyty praktyków w Warszawie – lekarzy, pielęgniarek, menedżerów – okazały się choć w czymś pomocne. Swoją rolę miał w tym także nasz zespół menedżerski. Piłeczka jest jednak teraz po stronie polityków. Stwierdzenia w rodzaju: składka jest za mała, szpitale się zadłużają bo są źle zarządzane, trzeba wprowadzić współpłacenie i dodatkowe ubezpieczenia zdrowotne, stworzyć rynek usług medycznych, określić referencyjność szpitali, przekształcać je w spółki prawa handlowego, przewijają się już od dłuższego czasu. Najwyższy jednak czas, by skończyć z tą deliberacją, a zacząć działać ponad podziałami partyjnymi. Politycy z taką wiedzą i w

oparciu o wzorce krajów UE, mogą przecież wypracować rozwiązania przystające do realiów naszego kraju.

Opuszczeni

W całym tyglu informacji medialnych smuci jednak fakt, że tak naprawdę dyrektorzy pozostali sami. Pozostali z problemami finansowymi i nadal brakiem regulacji prawnych. Oczekiwanie płacowe środowiska pracowników ochrony zdrowia, niedostrzegane przez organizatorów systemu przez wiele lat, spadają na barki zarządzających szpitalami. A w publicznej debacie da się zasłyszeć, że sytuacja jest opanowana a szpitale pracują normalnie.

Oczywiście, wspólnym wysiłkiem udało się w naszym Szpitalu w wielu przypadkach dojść do konsensusu. Jest to jednak rozwiązanie tymczasowe, bo bez wzmocnienia finansowego szpitali trudno

będzie realizować stawiane dyrektorom warunki płac. Poważny niepokój budzi także przyszłość szpitali klinicznych. Miseria finansowa już dziś nie pozwala na ich modernizację, zakup nowoczesnej aparatury medycznej, a co dopiero mówić o rozwoju strategicznym. Oby za kilka lat nie okazało się, że przy zapowiadanych nakładach Urzędu Marszałkowskiego dla podległych mu szpitali, przekształceniach własnościowych i rozwoju sektora prywatnego, rzeczywiście pozostaniemy dinozaurami. To wiadomo już dziś. Znowu jedynie wiadomo...

Niewiadome punkty

Pewną zagadką pozostaje dla nas bieżący rok. Umowę z NFZ, tak jak wszystkie szpitale, Szpital nasz ma podpisaną do

(dokończenie na str. 7)

OKIEM NACZELNEGO LEKARZA SZPITALA



Perspektywy spojrzenia

W bieżącym zabieganiu codzienności przypominamy często obserwatora spoglądającego na misternie uplecioną rzeczywistość życia przez szkło powiększające. Nie jest to jednak jedyna perspektywa ogarniania świata, na którą powinniśmy się zdobywać.

Spojrzenie przez lupę pozwala dostrzec niewielki skrawek, choć zapewne w jego szczegółowych i pogłębionych zarysach. Choć z takiego postrzegania nie jesteśmy zwolnieni i warto je podejmować, to jednak wypada zdobywać się na spoglądanie w różnych wymiarach. Także w postrzeganiu naszej szpitalnej rzeczywistości.

Spojrzenie z bliska

Jeśli spoglądamy na to, co w pobliżu naszych oczu, osaczeni jesteśmy bezpośrednio dotykającymi nas problemami codzienności. Można ich wymienić tyle, że byłyby w stanie całkowicie nas pochłoniąć.

Są nimi choćby ciągle frustracje finansowe, które trudno ugasić. Jest nimi rysujące się rozwarstwienie grup i zarobków, doświadczenie chaosu niedoskonałych administracyjnych i przede wszystkim prawnych wątków rzeczywistości, ale także bezsilność w obliczu problemów, których tak łatwo nie uda się rozwiązać, w związku z wewnętrznymi czy zewnętrznymi ograniczeniami (choć nie wypadałoby tracić nadziei, że przecież wiele niewyobrażalnych w chwili obecnej zmian i tak w przyszłości musi się dokonać). Rzutuje to na ogarniającą nas często fatalną atmosferę, której tak łatwo – w przypadku bezrefleksyjnego podejścia – się poddać.

Spojrzenie odleglejsze

Jeśli oddalimy się nieco od przedmiotu naszych trosk, dostrzeżemy, że problemy dotyczące naszego Szpitala nie są wyzwaniami jedynie naszymi: że przed podobnymi wyzwaniami stają także i inni. Nie jesteśmy osamotnieni w naszych problemach, choć takie osamotnienie związane z dramatyczną odpowiedzialnością w napiętych warunkach ponoszą zarządzający.

Jeśli problemy dotyczą wszystkich szpitali, to chciałoby się wyczekiwać wspólnych rozwiązań. Jak na razie to oczekiwanie

(dokończenie na str. 7)



Co zrobić ze szpitalnym holem?

Fot. Joanna Wieczorek

Pytanie o główne wejście do Szpitala, niczym bumerang, systematycznie powraca. Zabytkowe drzwi, unikalna terakota, filary, tworzą inspirującą przestrzeń, a jednak...

Ciekawi jesteśmy Państwa pomysłów na taką organizację tej części Szpitala, by była ona zarówno przyjazna dla pacjentów oraz gości szpitala, jak i piękna wizualnie.

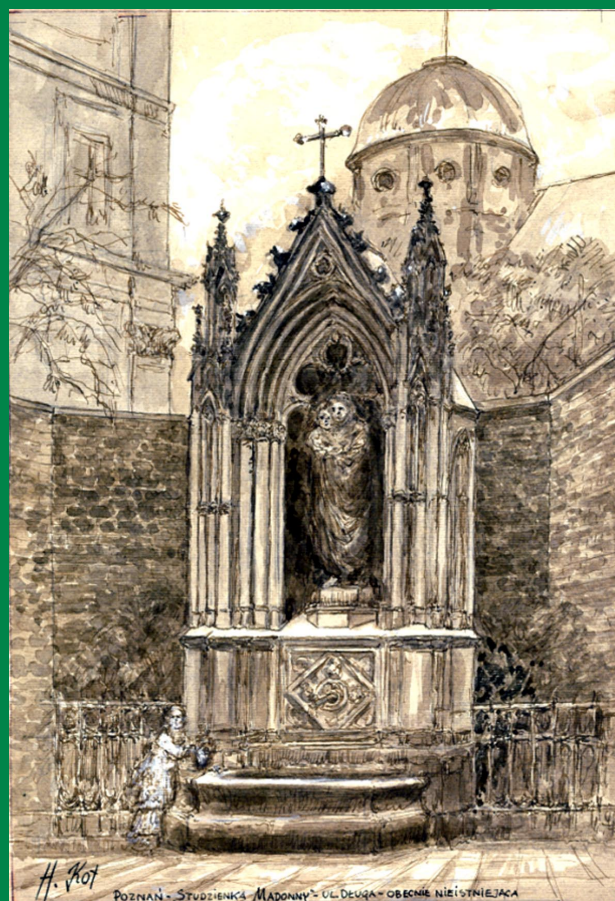
Wszelkie uwagi, pomysły i inspiracje cenne będą przy planach zmiany wejścia głównego do zabytkowego budynku naszej lecznicy.

Prosimy o przesyłanie Państwa komentarzy: szpital@skpp.edu.pl

Red.



Plac Bernardyński (fot. archiwum)



Studzienka Madonny – rycina Henryka Kota

Niech studzienka wróci na Długą

Niech studzienka wróci na Długą

Jest pomysł, by przy okazji remontu Placu Bernardyńskiego przywrócić tu także jedną ze studzienek, które w latach czterdziestych XIX wieku ufundował miastu hrabia Edward Raczyński. By pomysł został zrealizowany potrzebne są jednak pieniądze.

– Niedawno dyskutowaliśmy na temat powrotu zabytkowej studzienki, która znajdowała się na jednej ze ścian Szpitala Przemienienia Pańskiego – mówi Andrzej Kaszubkiewicz, prezes Towarzystwa Opieki nad zabytkami w Poznaniu. Hrabia Edward Raczyński, fundator poznańskich wodociągów w dowód wdzięczności za uleczenie syna ufundował miastu cztery studnie. Doprowadził też drewnianym wodociągiem wodę ze Wzgórz Winiarskich do szpitala Szarytek. Tu stała studzienka z figurą Madonny. Po stu latach zniknęła. Prawdopodobnie okupanci przetrzaszczyli metal na naboje.

O przywróceniu studzienki mówi się od lat, ale dopiero teraz zaczęło być naprawdę głośno na ten temat. Zainteresowane jest nie tylko Towarzystwo Opieki nad Zabytkami,

ale także Maria Strzałko, miejski konserwator zabytków i dyrekcja szpitala.

– *Bardzo się cieszę, że ta idea, której właścicielem jest plastyk Jacek Wilczak, odżywa* – mówi Jan Talaga, dyrektor Szpitala Klinicznego Przemienienia Pańskiego. – *Próbujemy skorzystać z faktu, że przeprowadzona ma być rewitalizacja Placu Bernardyńskiego i niejako przy tej okazji zmierzamy do realizacji naszej idei, bo studzienka byłaby doskonałym zwieńczeniem placu, przy którym wznoszą się tak piękne obiekty jak klasztor i nasz szpital, mieszczący się w budynkach poklasztornych* – dodaje dyrektor Talaga.

Dyrektor Jan Talaga przyznaje, że po trochu ma w tym swój osobisty interes, bo mieszkał przy Strzeleckiej ponad ćwierć wieku. Chce, by ta okolica odzyskała urok.

– *Najlepiej byłoby, gdyby udało się połączyć powrót studzienki z Madonną z remontem chodników wzdłuż szpitala* – wyjaśnia Jan Talaga. *Dzięki pracom nad monografią szpitala udało się dotrzeć do dokumentów o tym ujęciu wody.*

– Figura Madonny była z mosiądzu. Reszta budowli prawdopodobnie z piaskowca – mówi dyrektor. – *Dotarliśmy nawet do źródeł, które wskazały odlewnie w Niemczech, gdzie tę figurę wykonano. Być może jej szefostwo byłoby dzisiaj zainteresowane zrealizowaniem tak ciekawego zlecenia?*

– *Pomysł jest oceniany, jako godny realizacji* – mówi Rafał Łopka z Biura Prasowego Urzędu Miasta. – *Popierany jest na pewno przez Marię Strzałko miejskiego konserwatora zabytków, która jest w kontakcie z zainteresowanymi.*

– *Do realizacji przedsięwzięcia potrzebni są nam przede wszystkim sponsorzy* – podkreśla A. Kaszubkiewicz.

Na razie nie wiadomo, jakie koszty pokrywałaby za sobą realizacja pomysłu. Może to być nawet około 200 tysięcy złotych.

Beata Marcińczyk

Przedruk za:

Głos Wielkopolski, 4 marca 2008 r.

WYRÓŻNIENIA W NASZYM SZPITALU

Nagroda Św. Kamila dla Profesora Jacka Łuczaka

Chcielibyśmy poinformować, że Profesor Jacek Łuczak został uhonorowany przez Kapitułę Nagrody Imienia Św. Kamila – patrona chorych i służby zdrowia – Nagrodą Specjalną – statuetką – (kopią oryginału postaci Św. Kamila), za całokształt dokonań w zakresie rozwoju ruchu hospicyjnego i opieki paliatywnej w Polsce.

Uroczyste wręczenie nagrody przez Jego Eminencję ks. Abp Władysława Ziółka –

członka Papieskiej Rady ds. Pracowników Służby Zdrowia odbyło się w Muzeum Kolekcji im. Jana Pawła II Fundacji Janiny i Zbigniewa Porczyńskich w Warszawie, w dniu 10 lutego br. w obecności przedstawicieli władz państwowych i kościelnych oraz członków Kapituły.

W podziękowaniu Prof. Łuczak podkreślił znaczenie otrzymanej nagrody jako zaszczytne wyróżnienie dla wszystkich pracowników i wolontariuszy Hospicjum Palium w Poznaniu jak również rolę wsparcia udzielanego przez okres 20 lat, ze strony władz Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego oraz Dyrekcję Szpitala Klinicznego Przemienienia Pańskiego, którego oddziałem jest Hospicjum.

Red.

Fot. Archiwum

Wyróżnienia Lidera Pracy Organicznej dla Pracowników naszego Szpitala

Mamy przyjemność poinformować, że dwóm z Pracowników Szpitala – panu prof. dr hab. med. Witoldowi Młynarczykowi oraz panu dr hab. med. Markowi Jemielitemu Towarzystwo im. Hipolita Cegielskiego nadało honorowy tytuł: **Lidera Pracy Organicznej** i przyznało **Honorową Statuetkę Hipolita**.

Wyrażając w ten sposób swoje uznanie dla ich dotychczasowej działalności naukowej, dydaktycznej i społeczno-charytatywnej.

Towarzystwo Hipolita Cegielskiego, jest obywatelską organizacją środowiskową wielkopolskich naukowców, przedstawicieli sfery gospodarczej, ludzi kultury, sztuki i mediów reprezentujących wspólne wartości patriotyczne, poszanowanie tradycji narodowej, wartości moralne, wartości pracy organicznej.

Honorowe wyróżnienia przyznawane przez Towarzystwo im. Hipolita Cegielskiego trafiają do osób najbardziej zasłużonych w realizacji powyższych ideałów dlatego tym bardziej gratulujemy obu Panom otrzymania tak znakomitego wyróżnienia.

Red.



W Poznaniu o otyłości

W dniach 27-29 września 2007 gościliśmy w Poznaniu uczestników **I Zjazdu Polskiego Towarzystwa Badań nad Otyłością (PTBO)**. Towarzystwo powstało po połączeniu Polskiego Naukowego Towarzystwa Otyłości i Przemiany Materii oraz Polskiego Towarzystwa Patogenezy i Terapii Otyłości, kontynuując chlubną tradycję naukową i szkoleniową tych organizacji.

Zaszczyt zorganizowania I Zjazdu PTBO przypadł Poznaniowi, a organizatorem była Katedra i Klinika Chorób Wewnętrznych, Zaburzeń Metabolicznych i Nadciśnienia Tętniczego UM pod kierunkiem prof. dr hab. Danuty Pupek-Musialik. Honorowy patronat nad obradami objęli: Minister Zdrowia prof. Zbigniew Religa, JM Rektor Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu prof. Grzegorz Bręborowicz, JM Rektor Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza prof. Stanisław Lorenc oraz Wojewoda Wielkopolski Tadeusz Dziuba.

Tematem wiodącym naukowców było „Nowe spojrzenie na otyłość i zespół metaboliczny”. Przed oficjalnym rozpoczęciem zjazdu odbył się kurs SCOPE (*The Specialist Certification of Obesity Professional Education*), prowadzony przez wybitnych znawców problemów otyłości z Polski i zagranicy.

Przyznanie przez Światowe Towarzystwo Badań nad Otyłością prawa do zorganizowania takiego kursu było olbrzymim wyróżnieniem dla naszego ośrodka. Udział w kursach SCOPE stanowi jeden z elementów umożliwiających ubieganie się o tytuł Narodowego lub Europejskiego Specjalisty Leczenia Otyłości.

Z możliwości zapoznania się z najnowszymi trendami w zakresie leczenia i prewencji otyłości skorzystało ponad 300 osób. Podczas uroczystej inauguracji, która odbyła się w Auli UAM, wysłuchaliśmy wykładu prof. Ewy Małeckiej-Tendery na temat wpływu mediów na kształtowanie nawyków żywieniowych u dzieci oraz prof. Arya Dharmy z Kanady poświęconego problemom organizacji opieki dla osób z otyłością.

Podczas uroczystości wyróżniono nagrodami Polskiego Towarzystwa Badań nad Otyłością osoby mające największy wpływ na rozwój tej dziedziny wiedzy. Wśród wyróżnionych znalazła się Klinika pani prof. Danuty Pupek-Musialik za cykl 17 prac poświęcony zagadnieniom diagnostyki i leczenia zespołu metabolicznego.

Uwieńczeniem wieczoru był występ Chóru Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza z piosenkami z Kabaretu Starszych Panów. Publiczność wysłuchała klasycznych już dziś piosenek wykonywanych zarówno w tonacji jazzowej jak i wesołej konwencji kabaretowej. Do dzisiaj wszyscy uczestnicy tego wydarzenia zapewne podśpiewują pod nosem, że „piosenka jest dobra na wszystko”.

Program naukowy obejmował sesje plenarne z udziałem wybitnych naukowców z naszego kraju, sympozja satelitarne przygotowane przez firmy farmaceutyczne, sesje referatowe i plakatowe. Zorganizowano także specjalną sesję plakatową dla Studentów Kół Naukowych. O zainteresowaniu poruszaną problematyką może świadczyć fakt, iż w zjeździe uczestniczyło ponad

Gala internistów

26 stycznia br. w hotelu Polonez w Poznaniu miała miejsce *Gala Interny* – konferencja poświęcona rozwojowi polskiej interny. Patronat honorowy nad zdarzeniem objęła pani prof. dr hab. med. Danuta Pupek-Musialik – kierownik Katedry i Kliniki Chorób Wewnętrznych, Zaburzeń Metabolicznych i Nadciśnienia Tętniczego UM w Poznaniu.

Gala, która w głównej mierze adresowana była do internistów, a także lekarzy rodzinnych, zgromadziła niemalże 300 osób. Do tak licznej frekwencji przyczynił się z pewnością ciekawy program konferencji, w którym znalazło się wiele interesujących wykładów z dziedziny interny. Podczas uroczystości Prof. Danuta Pupek-Musialik – przewodnicząca Oddziału Poznańskiego Towarzystwa Internistów Polskich, uhonorowała zasłużonych członków Towarzystwa pamiątkowymi dyplomami. Gali sprzyjała miła i serdeczna aura. Uczestnicy konferencji zdobyli punkty edukacyjne.

Organizatorami całego zdarzenia była: Katedra i Klinika Chorób Wewnętrznych, Zaburzeń Metabolicznych i Nadciśnienia Tętniczego, Oddział Poznański Towarzystwa Internistów Polskich oraz wydawnictwo Termedia.

Oprac. M. Budyh



Prof. Danuta Pupek-Musialik w trakcie wykładu

Fot. Maciej Cymerys

1000 uczestników z całego kraju. Zgłoszono ponad 160 prac będących owocem prac naukowych w zakresie patogenezy, diagnostyki i leczenia otyłości oraz składowych zespołu metabolicznego.

Niezwykle dużym zainteresowaniem cieszyła się sesja dotycząca organizowania prewencji i leczenia otyłości z udziałem przedstawicieli Ministerstwa Zdrowia, Narodowego Funduszu Zdrowia, władz samorządowych oraz mediów. Przedstawiono w niej m.in. program profilaktyczny opracowany w Wielkopolsce. Spotkanie zakończono przyjęciem deklaracji określającej konieczny kierunek zmian w tym zakresie. Podkreślono konieczność organizacji profesjonalnych ośrodków regionalnych zajmujących się leczeniem otyłości.

Ciekawym pomysłem było zorganizowanie sesji okrągłego stołu, podczas której wybitni specjaliści w dziedzinie diabetologii, kardiologii, endokrynologii, hipertensjologii, pediatrii czy chorób wewnętrznych dyskutowali o otyłości jako problemie interdyscyplinarnym. Sesje dydaktyczne pomogły usystematyzować

nać najnowsze wytyczne dotyczące praktycznego podejścia do chorych z zespołem metabolicznym i rozwiązać trudności codziennego postępowania z otyłym chorym. Owocem trzydniowych obrad była nie tylko wymiana najnowszych dokonań naukowych w zakresie otyłości, ale także wzajemne poznanie się i integracja środowiska zajmującego się tymi zagadnieniami.

Zjazdowi towarzyszyło duże zainteresowanie ze strony mediów lokalnych i krajowych. Nie tylko podano informacje dotyczące przebiegu obrad, ale także powstały specjalne bloki programów poświęcone problematyce otyłości.

W nawiązaniu do zjazdu PTBO w dniu 2.10.2007 r. odbyła się w Warszawie konferencja prasowa z licznym udziałem mediów ogólnopolskich, gdzie prof. Danuta Pupek-Musialik jako krajowy specjalista do spraw otyłości poprowadziła dyskusję na temat roli prasy, radia i telewizji w prewencji otyłości jako choroby cywilizacyjnej.

Dr n. med. Maciej Cymerys

OKIEM DYREKTORA NACZELNEGO

Już prawie wszystko wiadomo...

(dokończenie ze str. 3)

końca kwietnia. Co dalej? Z pewnością kolejny aneks, jednakże zgodnie z zapowiedziami płatnika, nie na cały rok. Systemem jednorodnych grup pacjentów, czyli DRG, który ma być wprowadzony jeszcze w tym roku, budzi niepokój. Zasadą tej formy rozliczania jest statystyczne uśrednienie kosztów różnych procedur, „wrzuconych” do określonych grup dia-

gnostyczno-terapeutycznych. Trzeba jednak uwzględnienia przy tym systemie innego profilu pacjentów szpitali klinicznych. To nigdy nie będzie średnia statystyczna. Odchylenie standardowe skierowane będzie zawsze w kierunku cięższych przypadków. Jak może zmienić się budżet szpitala po wprowadzeniu tego systemu? Dziś można jedynie przypuszczać, bo system pozostaje jednak niewiadomą. Być może uwzględnienie w systemie DRG dodatkowych czynników, poza główną przyczyną hospitalizacji, będzie kompensować finansowo szpitale akademickie. Niebez-

pieczeństwem jest na pewno zmiana zasad kontraktowania w ciągu roku, co może negatywnie wpłynąć na zrównoważenie przychodów i kosztów bieżącej działalności.

Do nowego systemu trzeba się dobrze przygotować, zwłaszcza że w zapowiadanych zmianach, kluczowego znaczenia nabiera dokumentacja medyczna, stanowiąca podstawę raportowania zdarzeń medycznych.

*Jan Talaga
Dyrektor Naczelny Szpitala*

OKIEM NACZELNEGO LEKARZA SZPITALA

Perspektywy spojrzenia

(dokończenie ze str. 3)

wyduje się być w ostatnich miesiącach zasadniczo bezprzedmiotowe, gdyż wątki podjętej dyskusji przeniesione zostały na boczne tory.

Okaże się, ile wytrzymają polskie szpitale, w tym także kliniczne wspominając w szczególności, choć specyfika ich wydaje się być pomijana, a wyzwania ich dotyczące zasadniczo często nawet nieuświadamione.

Spojrzenie z daleka

Jeśli oddalimy się jeszcze bardziej i poszerzymy jeszcze bardziej krąg naszego spojrzenia, to zaczniemy patrzeć w kon-

tekście zadań, jakie wiążą się z naszą pracą. Pojawi się troska o dobro pacjenta – drugiego człowieka, jakim jest jego zdrowie. Choć szpital będąc miejscem naszej pracy powinien pomóc nam zrealizować się w naszym życiu i jednocześnie zapewnić warunki odpowiednio godziwego życia (jakież to dramatycznie względne określenie!), to jednak pryzmatem szerszego spojrzenia jest troska o ratowanie zdrowia i życia.

Muszą pojawić się i pytania i próby udzielenia odpowiedzi, które wzniosą się ponad bieżące zapewnianie sprawnego wykonywania świadczeń medycznych. Każą one precyzyjnie odpowiadać, co z tego, czym się zajmujemy, wiąże się nie tylko z poprawą zdrowotności także pojedynczego pacjenta, ale też poprawia kondycję zdrowotną społeczeństwa. I co ma swój

głęboki sens ocierający się o refleksję farmakoekonomiki, która nieśmiało każe weryfikować nasze postępowanie w obliczu podstawowej prawdy, że posiadane przez nas środki zawsze będą podlegać ograniczeniom.

Warto realistycznie chłonąć rzeczywistość dotykając także w kontekście ograniczeń. Wtedy nie tylko uleczy my się z części naszych frustracji i przykroimy nasze nadzieje do realnych możliwości. Ale także będziemy nabierać wiatru w żagle podejmując to, co jest jeszcze przed nami do uczynienia. Odważnie do przodu: krok po kroku mimo dramatycznych nieraz trudności. Tak jak w Wielkopolsce zazwyczaj bywało.

*Szczepan Cofta
Naczelny Lekarz Szpitala*

„Internus” w *Przemienieniu Pańskim*

Wielokrotnie, podążając korytarzami Szpitala Klinicznego *Przemienienia Pańskiego*, mijamy oddziały chorób wewnętrznych. Zarówno w budynku przy ul. Długiej, jak Szamarzewskiego, zlokalizowane są dwie Kliniki o wiodącym profilu internistycznym. Jaka jest rola interny – „królowej” nauk medycznych – w klinicznym szpitalu wysokospecjalistycznym? Jakie zadania wypełniają oddziały wewnętrzne i w jakim kierunku podąża ich rozwój – to pytania, na które odpowiadają prof. dr hab. Danuta Pupek-Musialik oraz prof. dr hab. Andrzej Tykarski.

Bezpieczeństwo i integracja

— *Wielu, szczególnie starszych pacjentów leczących się w naszym szpitalu ma złożone problemy zdrowotne. Oddział wewnętrzny jest więc swoistym „wentylem bezpieczeństwa” dla oddziałów ukierunkowanych w wąskich specjalnościach* – mówi



Kierownicy Klinik Internistycznych
Od lewej: prof. dr hab. Danuta Pupek-Musialik i prof. dr hab. Jerzy Gluszek

prof. Andrzej Tykarski, Z-ca Ordynatora Kliniki i Oddziału Hipertensjologii, Angiologii i Chorób Wewnętrznych, zlokalizowanego przy ul. Długiej. *Po wykonaniu głównej procedury medycznej, będącej kluczowym problemem zdrowotnym dla pacjenta np. koronaroplastyki, konieczne jest czasem, by dokładnie zdiagnozować i zaproponować leczenie chorób współistniejących. Często to one istotnie wpływają na podstawowy problem kardiologiczny.*

Ważną rolą oddziałów internistycznych jest wsparcie w zakresie diagnostyki przed decyzją o poszczególnych zabiegach. *Możemy szczegółowo pacjenta zbadać, określić choroby współistniejące, co jest trudne na oddziałach zabiegowych. Tam, z racji na ich specyfikę, występuje duża rotacja pacjentów i precyzyjne ukierunkowanie na wąskie zagadnienia* – dodaje prof. Andrzej Tykarski.

Podobnego zdania jest prof. Danuta Pupek-Musialik, Kierownik Kliniki Chorób Wewnętrznych, Zaburzeń Metabolicznych i Nadciśnienia Tętniczego, mieszczącej się w obiekcie szpitala przy ul. Szamarzewskiego. *W szpitalu wielospecjalistycznym istnieje bezwzględna potrzeba holistycznego spojrzenia na pacjenta, co jest domeną interny. Szanując wszystkie*

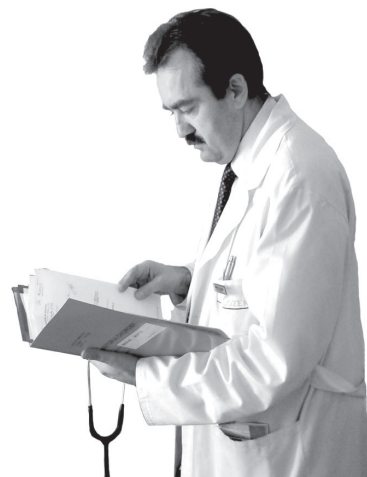
specjalności medyczne, zazwyczaj bywa jednak tak, że pacjent trafiający do szpitala nie choruje jedynie z powodu dysfunkcji jednego narządu – podkreśla prof. Danuta Pupek-Musialik. *Przechodzenie z oddziału na oddział byłoby zarówno uciążliwe dla pacjenta, jak i nadmiernie kosztowne dla szpitala. Oddział internistyczny, pozwala objąć całościowo, jak i wyodrębnić problem, który można leczyć w wąskiej specjalizacji. Zatem oddziały internistyczne są czynnikiem integrującym różne specjalności i podspecjalności medycyny* – mówi prof. Pupek-Musialik.

Specjaliści

Postęp wiedzy medycznej jest tak dynamiczny, że niewątpliwie wąskie specjalizacje są potrzebne. Musi być jednak lekarz próbujący uchwycić złożone zależności, jakie występują pomiędzy i w poszczególnych schorzeniach. *Proszę jednak pamiętać, że interna nie oznacza „ogólności”. To bardzo rozbudowany i szczegółowy dział medycyny, a lekarz internista jest przecież specjalistą, choć w powszechnym odczuciu nie bywa z nim kojarzony* – konstatuje prof. Danuta Pupek-Musialik. By jeszcze dokładniej wypełniać misję internisty, zarówno w Klinice przy ul. Długiej, jak i Szamarzewskiego, wielu lekarzy kontynuuje rozwój zawodowy w wybranych podspecjalizacjach, zwłaszcza hipertensjologii, diabetologii i kardiologii. Zawsze jednak podstawą pozostaje interna i holistyczne podejście do pacjenta. A to nie tylko warunkuje jakość opieki medycznej. *W Stanach Zjednoczonych precyzyjnie policzono, że oddziały internistyczne, przy dobrej współpracy z oddziałami zabiegowymi są po prostu opłacalne* – zauważa prof. Andrzej Tykarski.



dr hab. Wiesław Bryl



prof. dr hab. Andrzej Tykarski

Kardiodiabetologiczna edukacja

Poza nadciśnieniem tętniczym, Klinika Chorób Wewnętrznych, Zaburzeń Metabolicznych i Nadciśnienia Tętniczego, kierowana przez prof. Danutę Pupek-Musialik, szczególną wagę przywiązuje do kardiodiabetologii. *To stosunkowo nowy nurt w medycynie i nauce, ale w praktyce obecny od wielu lat. W naszym szpitalu często pacjenci ze schorzeniami sercowo-naczyniowymi, równocześnie chorują na cukrzycę. Diabetolog oczywiście poprowadzi leczenie cukrzycy, ale co z powikłaniami naczyniowymi, sercem? Tu potrzeba leczenia zintegrowanego – mówi prof. Pupek-Musialik. Liczba chorych do 2025 r. ulegnie podwojeniu, a wg wszelkich szacunków 300 mln ludzi na świecie może zachorować do tego roku na cukrzycę. To już epidemia.*

Zdarza się, że pacjenci trafiający do Kliniki Chorób Wewnętrznych, Zaburzeń Metabolicznych i Nadciśnienia Tętniczego z powodu zupełnie innego schorzenia, dopiero podczas badań mają wykrytą cukrzycę. *Szacuje się, że cukrzyca diagnozowana jest o 10 lat za późno. Ale jak już jest rozpoznana, podobnie jak w przypadku nadciśnienia tętniczego, niebagatelnej roli nabiera edukacja pacjenta i dobra współpraca lekarza z pacjentem. Na to staramy się także zwracać uwagę w szkoleniu przed i podyplomowym. W łagodnym nadciśnieniu tętniczym czasem wystarczy zmiana modyfikacji stylu życia, nawyków żywieniowych, by powrócić do zdrowia i uniknąć farmakoterapii. Klinika przy ul. Szamarzewskiego podejmuje liczne działania także w zakresie profilaktyki pierwotnej wybranych chorób cywilizacyjnych. Organizujemy pikniki zdrowotne, otwarte wykłady, wspieramy merytorycznie stowarzyszenie pacjentów Żyj Zdrowo. Takie działania edukacji zdrowotnej są bardzo potrzebne – uważa prof. Pupek-Musialik.*

Nadciśnienie okiełznane

Wiodący profil kierowanej przez prof. Jerzego Głuszka Kliniki Hipertensjologii, Angiologii i Chorób Wewnętrznych to nadciśnienie tętnicze. *Jest to niebagatelny problem, tym bardziej, że nadciśnienie jest jednym z podstawowych czynników ryzyka w rozwoju choroby niedokrwiennej serca, udaru mózgu czy też niewydolności krążenia. A część z tych schorzeń jest leczona właśnie w naszym szpitalu. Wtedy także trzeba pomyśleć o profilaktyce wtórnej – uważa prof. Andrzej Tykarski. Klinika i Oddział przy ul. Długiej, coraz bardziej interesuje się także problematyką angiologiczną. Dlatego też oddział ten zamierza rozwijać diagnostykę chorób naczyń oraz wspomagać diagnostycznie takie obszary jak chirurgia naczyniowa. Jeśli w warunkach oddziału internistycznego zdiagnozowane zostanie np. nadciśnienie wtórne lub niedokrwienie kończyn dolnych, to pacjenci ci mogą bezpośrednio trafić do odpowiednich oddziałów zabiegowych naszego szpitala. To wpływa na efektywność pracy – zaznacza prof. Andrzej Tykarski. Dynamika zmian organizacyjnych nie ominie jednak także oddziałów wewnętrznych. Myślę, że w przyszłości większą rolę będzie odgrywał pododdział pobytu dziennego m.in. dla chorych z nadciśnieniem tętniczym, zlokalizowany zarówno w szpitalu przy ul. Długiej, jak również przy ul. Szamarzewskiego. Wydaje się, że z grupy pacjentów przyjmowanych z powodu nadciśnienia tętniczego, do 60% będzie mogło być diagnozowanych i prowadzonych w trybie 1-2 dniowych pobytów dziennych. Do tego jednak potrzeba także uregulowań z płatnikiem i wprowadzenia adekwatnej do ponoszonych kosztów wyceny procedur.*

Rafał Staszewski

CZAS PRACY W SŁUŻBIE ZDROWIA

Zmiany, których nie chcemy?!

Wprowadzanie w życie unijnej dyrektywy dotyczącej czasu pracy w służbie zdrowia wywołało wielkie zamieszanie. Już sama nowelizacja ustawy o zakładach opieki zdrowotnej, która od pierwszego stycznia nakazuje stosowanie nowych zasad planowania i rozliczania czasu pracy lekarzy oraz sposobu obliczania wynagrodzenia za czas dyżuru medycznego, została przeprowadzona w sposób uniemożliwiający jednoznaczne jej stosowanie.

Przed 1 stycznia rozpętała się gorączkowa dyskusja Państwowej Inspekcji Pracy, Ministerstwa Zdrowia i prawników, dotycząca interpretacji rozdziału ustawy dotyczącego czasu pracy pracowników zakładów opieki zdrowotnej. W konsekwencji zgodzono się, że ustawa musi zostać w szybkim tempie ponownie znowelizowana, żeby wszystkie niejasności interpretacyjne usunąć. Do dnia dzisiejszego zmiany nie zostały jednak uchwalone.

Na chaosie informacyjnym w tej sprawie krocie zarobiły tylko różne firmy szkoleniowe organizujące na szybko, korzystając z koniunktury, wątpliwej jakości szkolenia. Wydawało się

zatem, że najważniejsze staje się kierowanie się w tej sprawie zdrowym rozsądkiem.

Wygrany przez dr Czesława Misia, precedensowy proces o udzielenie wolnych dni w zamian za brak odpoczynku po dyżurze medycznym, dodatkowo rozpałił emocje. Wydawało się, że zmagania o mniejszy wymiar czasu pracy dla lekarzy i zagwarantowany odpoczynek bezpośredni po dyżurze, stanowią jądro postulatów związków zawodowych i samorządu lekarskiego.

(dokończenie na str. 10)

Zmiany, których nie chcemy?!

(dokończenie ze str. 9)

Przy okazji okazało się, że nowe rozwiązania ujawniają, po raz kolejny problem braku lekarzy i ich nieproporcjonalnie niskich zarobków w stosunku do posiadanej wiedzy i umiejętności, obowiązku permanentnego podnoszenia kwalifikacji zawodowych, ogromnej odpowiedzialności, coraz większych oczekiwań pacjentów.

Ustawowe gwarancje ograniczenia czasu pracy lekarzy i uzależnienie możliwości zobowiązania lekarza do pracy w wymiarze powyżej 48 godzin w tygodniu od jego indywidualnej decyzji, którą może cofnąć bez żadnych negatywnych konsekwencji, wydawało się być dobrym argumentem do uzasadnionego domagania się wyższych zarobków. Wyższe zarobki z kolei, miały pomóc lekarzom w podejmowaniu decyzji w sprawie zgody na dłuższy tydzień pracy. Sprawa szpitala w Radomiu ujawniła, że może to być broń obusieczna. Dodatkowo, patrząc na sprawę z punktu widzenia pracodawcy, wysokie zarobki wcale nie muszą skłaniać lekarza do dłuższej pracy, nie ma także żadnych możliwości prawnych zawarcia w tym względzie jakiegokolwiek umowy z lekarzem, w każdej chwili może on bowiem swoją zgodę wycofać, a pracodawca nie może stosować wobec niego żadnych praktyk dyskryminujących, np. obniżyć podniesionego wynagrodzenia.

Brak środków na wzrost wynagrodzeń w systemie ochrony zdrowia i przeniesienie odpowiedzialności za rozwiązanie problemów, jakie w związku z ustawą się pojawiają, bezpośrednio na dyrektorów szpitali, doprowadziło w bardzo szybkim tempie do poszukiwania możliwości obejścia nowych przepisów i przy okazji rozwiązania palących kwestii płacowych. Taką możliwość daje sama ustawa o zakładach opieki zdrowotnej, pozwalająca na zatrudnianie lekarzy na tzw. kontraktach, czyli na zasadzie umów o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne.

Inne szpitale stosują różne karkołomne rozwiązania, stanowiące kompilację umów o pracę i umów cywilnych z tą samą osobą. Rozwiązania takie nie tylko wydają się co najmniej dziwne z prawnego punktu widzenia, to jeszcze prowadzą nie tylko do omijania przepisów prawa pracy, ale także przepisów podatkowych i dotyczących ubezpieczeń społecznych.

Dodatkowo, z praktycznego punktu widzenia, pojawiła się też pilna konieczność rewolucyjnej zmiany myślenia o organizacji czasu pracy lekarzy. Przed pierwszym styczniem wystarczyło przychodzić normalnie do pracy i ustalić terminy ewentualnych dyżurów. Kwestia tzw. schodzenia po dyżurze, była uzależniona od decyzji ordynatora lub panującego w tym względzie zwyczaju – na jednych oddziałach praktykowana, na innych nie. Jednak niezależnie od tego czy lekarz schodził po dyżurze, czy nie, jego wynagrodzenie nie ulegało zmianie, a wypłata za dyżury była stała, możliwa do przewidzenia i łatwego wyliczenia.

Od pierwszego stycznia wszystko się radykalnie zmieniło: po każdym dyżurze lekarzowi obligatoryjnie musi zostać udzielony czas co najmniej 11 godzinnego odpoczynku. Jest to zasada stanowiąca unijną dyrektywę i bezwzględny nakaz w polskim prawie, sedno sprawy „Doktora Misia” i podstawowy postulat związku zawodowego lekarzy.

Jak dziś, jednym głosem mówią nasi Ordynatorzy, taki zapis w praktyce całkowicie dezorganizuje pracę oddziałów, poradni i pracowni. Jeszcze bardziej dezorganizuje ją konieczność udzielenia dodatkowych dni wolnych w zamian za dyżur w soboty, niedziele i święta i konieczność zachowania w każdym tygodniu co najmniej 35 godzin nieprzerwanego odpoczynku (w szczególnie uzasadnionych przypadkach 24 godzin). Trzeba zatem planować czas pracy.

Lekarz na prawo wiedzieć, co najmniej na 3 dni przed rozpoczęciem kolejnego miesiąca (zgodnie z naszym Regulaminem pracy), kiedy będzie pracował podczas całego miesiąca. Konieczny jest harmonogram, w którym uwzględnia się dyżury medyczne (będące czasem pracy), dni odpoczynku udzielone bezpośredni po każdym dyżurze i dodatkowe dni wolne po dyżurach 24 godzinnych dla lekarzy, którzy nie wyrazili zgody na podpisanie klauzuli opt-out, dni wydłużonego czasu pracy, dni planowanego urlopu wypoczynkowego, urlopu szkoleniowego, staży kierunkowych. Na jego podstawie tworzy się dopiero listę obecności. Harmonogram może w ciągu miesiąca ulegać zmianie (np. z powodu nieprzewidzianych nieobecności). Jednak ostateczna jego wersja (tzw. harmonogram wykonania) będzie stanowił podstawę do prawidłowego rozliczenia czasu pracy i naliczenia wynagrodzenia. To nowość i stanowi dodatkowe zadanie dla Ordynatora. Charakterystycznymi bowiem cechami stosunku pracy (pracy na etacie) jest praca w miejscu i w czasie wskazanym przez bezpośredniego przełożonego i pod jego kierownictwem. Ordynator bowiem jest odpowiedzialny za organizację pracy lekarzy na oddziale, ma prawo zarządzać czasem swoich podwładnych, wskazywać im miejsce wykonywania pracy i wydawać polecenia z nią związane.

Apogeum całego zamieszania wokół czasu pracy stały się jednak pierwsze wypłaty wynagrodzenia za dyżury medyczne pełnione w styczniu br. Burza rozpuściła się, kiedy okazało się, że wynagrodzenie od stycznia liczone jest całkiem inaczej niż dotychczas. Cała dyskusja o czasie pracy, dyżurach wliczanych do czasu pracy, obligatoryjnym odpoczynku po dyżurze, zeszała na głęboki daleki plan. W praktyce okazało się bowiem, że konsekwencją oczekiwanych i akceptowanych zmian jest niższe wynagrodzenie. Dotknęło to zwłaszcza tych lekarzy, którzy dużo dyżurowali, oni bowiem na dyżurach zaczęli obecnie wypracowywać swój czas pracy wynikający z umowy o pracę. Czas dyżuru opłacony jest co prawda jak za nadgodziny, ale nie był już dodatkowym wynagrodzeniem płaconym obok wynagrodzenia za dany miesiąc, ale wprost proporcjonalnie pomniejszał je. Dodatkowo fatalny błąd informatyka spowodował, że wynagrodzenia za dyżury zostały jeszcze bardziej pomniejszone.

Emocje podgrzewane są przez prawników wydających niejasne opinie prawne. Dowodzi się w nich, że za dzień odpoczynku po dyżurze należy się wynagrodzenie, jak za czas pracy. Stoi to w sprzeczności zarówno z przepisami Kodeksu pracy (wymieniającego sytuacje, w których pracownik nie wykonując pracy zachowuje prawo do wynagrodzenia), oficjalnym stanowiskiem Głównego Inspektora Pracy i uchwałą Sądu Najwyższego z dnia 13 marca 2008 r.

Paradoksalnie, z rozmów z lekarzami można by odnieść wrażenie, że dzisiaj wprowadzonych zmian tak naprawdę nikt nie chciał, i że tak jak było, było dobrze i po co było cokolwiek zmieniać.

mgr Iwona Wesołowska

Złote góry Pani Halasz

Maria Halasz, kierowała Sekcją Płac od 2006 r. Jednak z pracą administracyjną w Szpitalu Przemienienia Pańskiego oraz płacami związana była dużo wcześniej. W Szpitalu przy Długiej przepracowała prawie 32 lata. W kwietniu br. przechodzi na emeryturę. Z czytelnikami „Nowin Szpitalnych” dzieli się wspomnieniami ze szpitala i swoją pasją – wędrówką górską.

Góra pieniędzy

To jest moje drugie miejsce pracy. Do pracy w Szpitalu zachęciła mnie Pani Wanda Wąsowicz, poprzedni kierownik Sekcji Płac. Zaważyły zarówno względy finansowe i nowa, ciekawa praca. Często sekcja płac kojarzy się tylko z zamkniętymi paniami, stukającymi w kalkulator. Tak naprawdę czasem, to niewdzięczny fach, pieniądze najłatwiej mogą dzielić. Trzeba być bardzo delikatnym, zwłaszcza że w szpitalu pracuje dużo osób. Staralam się, razem z koleżankami, cierpliwie odpowiadać, służyć wydrukami i szczegółowymi wyliczeniami. Zdaje sobie sprawę że my jesteśmy ostatnim ogniwem w naliczaniu wynagrodzeń, ale często nie odpowiadamy za przepisy, ustalenia, a to ma wpływ na naliczanie wynagrodzeń. Ostatnie lata przyniosły coraz większą informatyzację, a ostatnie miesiące wiele zmian w płacach. Trudny czas...

Górskie początki

Zawdzięczam swój pierwszy kontakt z górami przypadkowi... Kiedyś, aż trudno w to dziś uwierzyć, dostawało się skierowanie na wczasy z zakładu pracy. I nie zawsze można było wybierać miejsce wypoczynku. Ja właśnie pierwszy taki „przydział” dostałam na wyjazd w Beskidy. Od tego się wszystko zaczęło. Mogę więc z czystym sumieniem powiedzieć, że moją pasję – góry – zawdzię-

czam pierwszemu zakładowi pracy. Na początku krótsze wyjazdy, łagodniejsze góry... Potem Sudety, Pieniny i moje ukochane Tatry, od dwudziestu lat... Cieszę się, bo moje zainteresowania podchwyciła córka. Dziś to ona jest często spiritus movens naszych wypadów. Jedziemy większą paczką, ze znajomymi mojej córki. Jest mi miło, że znajduję wspólny język z młodymi, a przede wszystkim że moja kondycja nie odstaje od grupy. Te lata aktywnego wypoczynku procentują.

Przygoda i respekt

Od dwóch lat zaczęliśmy wędrówki po słowackiej stronie Tatr. Kiedyś były to jedynie wędrówki letnie, teraz pociągają nas wyprawy zimą. Do gór zawsze należy czuć respekt. Najpierw trzeba się dobrze przygotować do wyprawy. Dwa, trzy tygodnie przed wyjazdem zaczynam dbać o moją kondycję – codziennie biegam. Poza tym, staram się jak najczęściej jeździć rowerem. Ale dobre „uszykowanie” to nie wszystko. Liczy się rozważa, bo góry potrafią zaskoczyć. Pamiętam takie zdarzenie – schodziliśmy z Koziego Wierchu i nagle zastała nas burza z gradobiciem. Schodziliśmy Żlebem Kulczyńskiego, czyli rodzajem rynny górskiej, w której z minuty na minutę zbierająca się woda zamieniała się w rwący potok górski, a właściwie wodospad. Nie było innego wyjścia, trzeba było schodzić wodospadem, trzymając się klamer. Pioruny nie ominęły naszej trasy.

Skala zaczęła świecić drobnymi iskrami, a gdzieś wyżej oderwał się blok skalny. Wtedy przydaje się zdrowy rozsądek. Znaleźliśmy miejsce, gdzie można było „przyłgnąć” do ściany skalnej, nakryliśmy głowy plecakami, a nad nami toczyły się kamienie...

Marzenia

Alpy, a szczególnie Dolomity, to miejsca, które chciałabym jeszcze odwiedzić i przejść przez via ferratę. Moim marzeniem jest też stanąć pod północną ścianą góry Eiger, szczytu w Alpach Berneńskich o wysokości 3970 metrów. Być tam i tylko zobaczyć to miejsce, które na wieczność zaprosiło tak wielu alpinistów... Chodząc po górach nabiera się innej perspektywy do życia. Można nabrać dystansu. Tylko tam zapominam o problemach, pracy. Gdy tak stoję między skalami, widzę potęgę gór, zdaję sobie sprawę, co jest w życiu ważne.

A wiem, że warto stracić się spełniać marzenia. Moja córka zawsze chciała być ratownikiem medycznym. Jeszcze kilka lat temu nie przyjmowano dziewczyn do pracy w pogotowiu ratunkowym. Nie dała jednak za wygraną i w końcu się udało. Teraz, już jako ratownik jeździ karetką i spełnia swoją pasję życiową. Życie ma wtedy sens.

Wysłuchał:
Rafał Staszewski



Fot. Archiwum – M. Halasz

Jak nas widzą, tak nam piszą...

Poniżej przedstawiamy listy od wdzięcznych pacjentów. To niewątpliwie powód do radości, że praca zespołów medycznych, jest doceniana. Zwłaszcza w czasie, gdzie opinia o instytucjach opieki zdrowotnej nie jest zbyt przyjazna.

List do Profesora Łuczaka

Wielce Szanowny Panie Profesorze,
Na Pana ręce pragnę złożyć serdeczne podziękowania za troskę, opiekę i wszelkie starania, nie tylko medyczne, ale i głęboko ludzkie, których doświadczył mój Mąż Zdzisław R. – pacjent Hospicjum.

Mimo wielkiego postępu medycyny wobec niektórych chorób pozostajemy bezradni. Wszystko co jest do zrobienia to niesienie ulgi, pocieszenia, czułość i troska.(...)

Trudno wymienić Wszystkich, którym chciałabym tą drogą podziękować. Szczególnie słowa wdzięczności kieruję do Pana, Panie Profesorze, do Pani Dr Izabeli Kątyńskiej, wykazującej wyjątkową troskliwość, do Pani Dr Ewy Bączyk, do Siostry Arlety, niosącej wielką pomoc w domu, do Pielęgniarek tak oddanych choremu i do Personelu Pomocniczego Hospicjum. Wszyscy wspólnie opiekowali się moim Mężem do ostatnich chwil jego życia. Nie ulega wątpliwości, że to dzięki ich staraniom ograniczone było to, co w chorobach nowotworowych najgorsze – cierpienie.

Na Pana ręce, Panie Profesorze, składam jednocześnie życzenia, by idea hospicjum realizowana w takim wymiarze i w taki sposób była kontynuowana i rozwijana, przynosząc ulgę cierpiącym i bezcenną pomoc ich rodzinom.

*Teresa R. z rodziną**

List do Dyrekcji

W skromnych słowach na ręce Pana Dyrektora pragnę złożyć moje podziękowania.

W okresie letnim byłem pacjentem Oddziału Nadciśnienia Tętniczego i Chorób Metabolicznych. Trafiłem tutaj ze 111 Szpitala Wojskowego z rozpoznaną niewydolnością nerek w przebiegu nefropatii nadciśnieniowej. Już po kilku dniach przebywania na Oddziale Nadciśnienia Tętniczego i Chorób Metabolicznych, pod opieką Pani dr med. Magdaleny Kujaw-

skiej-Łuczak, moje samopoczucie zaczęło się poprawiać. Doskonale dobranie leków i określenie przebiegu leczenia pozwoliło unormować ciśnienie, i obniżyć poziom kreatyniny. Z każdym dniem moje wyniki były coraz lepsze.

Szczególnie gorąco pragnę również podziękować Pani dr med. Joannie Dytfeld oraz Panu dr med. Wiesławowi Bryłowi.

Dziękuję także Pielęgniarkom, przede wszystkim za profesjonalizm zawodowy, czyli za nie bólowe zastrzyki, oraz personelowi ekipy sprzątającej, byłem pod dużym wrażeniem wyglądu i higieny oddziału, na którym przebywałem.

Chciałbym podkreślić, iż dzięki całemu Personelowi, na Oddziale panuje atmosfera rodzinnego ciepła dlatego też nie wspominam pobytu w szpitalu jako okresu smutnego i uciążliwego.

Dziękuję za całokształt leczenia i doprowadzenie mnie do stanu pozwalającego na opuszczenie szpitala w dobrym stanie. Życzę samych uśmiechniętych i zadowolonych pacjentów.

*Robert G.**

Podziękowanie dla Zespołu Chirurgii Onkologicznej wpłynęło drogą elektroniczną:

Na ręce Pani Profesor Sylwii Grodeckiej-Gazdeckiej składam serdeczne podziękowanie całemu Zespołowi Oddziału Chirurgii za wspólną opiekę i niezwykle przyjazną atmosferę.

Bardzo, bardzo wdzięczna pacjentka.

*Janina K. z Koszalina**

Skargi

Złożona rzeczywistość szpitalna sprawia, że czasem pojawiają się skargi związane z niedociągnięciami naszej pracy. Ważne by te uwagi rozpatrywać nie w kategorii winy, lecz próbować wyciągać z nich wnioski, by doskonalić się w przyszłości i unikać niepotrzebnych napięć czy zdarzeń niepożądanych.

Wiele skarg wynika przede wszystkim z błędów komunikacyjnych z pacjentami. Ostatnia skarga odnosiła się do jednej z przyszpitalnych poradni. Pacjentka żaliła się na sposób potraktowania jej przez lekarza udzielającego porady. Zarzuciła doktorowi przede wszystkim niewłaściwy sposób odnoszenia się do niej.

W opinii pacjentki lekarz nie udzielił jej żadnych zaleceń dotyczących dalszego leczenia, a po pytaniach pacjentki, wycofał się z wcześniej zaleconego skierowania na badanie diagnostyczne. Choć diagnoza i leczenie może być poprawne, to jednym z aspektów praktyki medycznej jest rozmowa z pacjentem. Może być krótka, zwłaszcza w naszej rzeczywistości wielu osób czekających przed gabinetami. Niech jednak się odbędzie! Pacjent oczekuje zwykłej, przystępnej i zrozumiałej informacji. Nie musi to być wielki autoreferat, czasem wystarczy parę słów...

Skargi składane telefonicznie dotyczą przede wszystkim niemożności dozwonienia się do rejestracji poradni bądź nie zawsze właściwym traktowaniem Pacjentów przez Panie rejestratorki. To bardzo złożony problem poradni przyszpitalnych, które z jednej strony obciążone są dużą liczbą pacjentów, a z drugiej – z racji na wysoką specjalizację – borykają się z trudnościami finansowymi.

Mamy nadzieję że w najbliższym czasie uda się rozwiązać choćby problem telefonicznego kontaktu z poradnią poprzez częściową automatyzację udzielanych informacji.

Jak wynika z ostatnich analiz spora ilość skarg wynika z nieprecyzyjnego przekazania Pacjentom informacji, zarówno tych dotyczących leczenia jak również organizacyjnych. Niektórzy Pacjenci wymagają większej cierpliwości, dokładniejszego tłumaczenia, co czasami nie jest łatwe w natłoku pracy. Części nieporozumień na pewno dało by się uniknąć poprawiając komunikację na linii personel medyczny – pacjent.

Joanna Wieczorek, Rafał Staszewski

* nazwiska znane redakcji

Nowe regulacje statusu pacjenta w Polsce

Intencją poselskiego **projektu ustawy o ochronie indywidualnych i zbiorowych praw pacjenta oraz o Rzeczniku Praw Pacjenta** jest doprecyzowanie statusu pacjenta w związku z udzielanymi świadczeniami zdrowotnymi.

Stanowi on część pakietu zmian legislacyjnych, które mają zastąpić obowiązującą ustawę z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej.

Do tej pory pozycję pacjenta regulował szereg aktów prawnych wymienionych w Karcie Praw Pacjenta.

Zdaniem wnioskodawców projektu, ze względu na bardzo obszerny zakres zagadnień zawartych w obecnie obowiązującej ustawie o zakładach opieki zdrowotnej postanowiono materię w niej zawartą uregulować w odrębnych, wyspecjalizowanych aktach prawnych.

Projekt po raz pierwszy systematyzuje w jednej ustawie **catalog praw i obowiązków pacjenta**. Wprowadza on ustawową definicję „pacjenta”, którym jest osoba korzystająca ze świadczeń zdrowotnych udzielanych przez podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych.

Na organy władzy publicznej, Rzecznika Praw Pacjenta, oraz podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych i osoby wykonujące zawód medyczny ustawa nakłada obowiązek ochrony praw pacjenta.

Obowiązki pacjenta

Nowością jest wprowadzenie osobno wyodrębnionego katalogu obowiązków pacjenta. Obowiązkiem pacjenta będzie przestrzeganie przepisów porządkowych ustalonych przez podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych, a także stosowanie się do zaleceń osób wykonujących zawód medyczny, udzielających świadczeń zdrowotnych. Zauważyć należy, iż wśród katalogu obowiązków pacjenta zabrakło np. obowiązku pacjenta poinformowania lekarza o faktycznym stanie swojego zdrowia.

Prawo pacjenta do ochrony tajemnicy informacji z nim związanych

Odrębny rozdział projektu ustawy został poświęcony prawu pacjenta do ochrony tajemnicy informacji z nim związanych. Jest to szersza konstrukcja regulacji obowiązującej na mocy ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentystry z 1996 roku. Zgodnie z projektem pacjent ma prawo do zachowania w tajemnicy informacji z nim związanych przez osoby wykonujące zawód medyczny, w szczególności jeśli dotyczą one stanu zdrowia pacjenta, a uzyskane zostały w związku z wykonywaniem zawodu medycznego. W projekcie brak jest regulacji odnoszących się wprost do praw pacjenta, który ma być poddany eksperymentowi medycznemu, obecnych w obowiązującej ustawie o zawodzie lekarza i lekarza dentystry oraz w Kodeksie Etyki Lekarskiej.

Projekt powtarza rozwiązanie wyrażone w art. 19 ust. 1 pkt 4 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej obejmujące prawo do intymności i poszanowania godności osobistej, w szczególności w czasie udzielania pacjentowi świadczeń zdrowotnych. Osoba wykonująca zawód medyczny, udzielająca świadczeń zdrowotnych, ma obowiązek postępować w sposób zapewniający poszanowanie intymności i godności osobistej pacjenta podczas udzielania mu tych świadczeń.

Dostęp do dokumentacji medycznej

Odrębny rozdział dotyczy prawa pacjenta do dokumentacji medycznej. Pacjent będzie miał prawo do dostępu do dokumentacji

medycznej dotyczącej jego stanu zdrowia, a dane w niej zawarte będą podlegać ochronie. Przepisy te stanowią powtórzenie dotychczas obowiązujących regulacji w tym zakresie, z niewielkimi zmianami, które dotyczą braku możliwości wydawania oryginału dokumentacji medycznej przez zakład opieki zdrowotnej na żądanie uprawnionego organu lub podmiotu. Związane jest to z faktem, iż zakład opieki zdrowotnej nie ma możliwości egzekwowania zwrotu wypożyczonej dokumentacji medycznej, a zachowanie oryginału tejże dokumentacji przez zakład opieki zdrowotnej służyć będzie możliwości pełniejszej realizacji praw pacjenta. Projekt wprowadza zasadę zgodnie z którą po upływie terminów przechowywania dokumentacji medycznej niszczy się ją w sposób uniemożliwiający identyfikację pacjenta, którego dotyczyła.

Prawo do zgłoszenia sprzeciwu do orzeczenia lekarza

Istotną nowością jest prawo pacjenta do zgłoszenia sprzeciwu od orzeczenia lekarza. Pacjent (lub jego przedstawiciel ustawowy) ma prawo wniesienia sprzeciwu, w przypadku gdy nie zgadza się z rozpoznaniem dokonany przez lekarza orzekającego o jego stanie zdrowia, jeżeli orzeczenie to ma wpływ na jego prawa lub obowiązki wynikające z przepisów prawa. Sprzeciw, wymagający uzasadnienia pacjenta wnosi się do Komisji Lekarskiej działającej przy okręgowej radzie lekarskiej. Zasadą jest, iż od rozstrzygnięcia Komisji Lekarskiej nie przysługuje już odwołanie. Niewątpliwym jest, iż przyjęte w projekcie rozwiązanie zapewni pacjentowi szerszą ochronę jego praw, z uwagi na możliwość odwołania się od orzeczeń lekarza w istotnych dla niego sprawach.

Rzecznik Praw Pacjenta

Projekt wprowadza instytucję Rzecznika Praw Pacjenta, którego zadaniem jest stanie na straży praw pacjenta. Kompetencje Rzecznika zawarte w projekcie zostały ujęte bardzo szeroko. Działający już urząd Rzecznika Praw Obywatelskich posiada uprawnienia do kontroli całokształtu praw i wolności człowieka i obywatela, a więc w tym również do ochrony praw pacjentów, czy ofiar przestępstw, a ponadto, przy oddziałach wojewódzkich Narodowego Funduszu Zdrowia działają rzecznicy praw pacjenta. W takiej sytuacji nie wydaje się koniecznym tworzenie kolejnego urzędu centralnego zajmującego się wycinkiem praw obywatelskich, jakimi są prawa pacjenta.

Ochrona zbiorowych praw pacjenta

Projekt zawiera ponadto rozwiązania odnoszące się do ochrony zbiorowych praw pacjentów. Zdaniem podmiotu zgłaszającego projekt prawo do ochrony zdrowia może na gruncie prawa być chronione znacznie szerzej, niż ogół praw konsumenckich, albowiem w przypadku kolizji norm konstytucyjnych prawo do ochrony zdrowia ma pierwszeństwo przed prawem do zrzeszania się, czy wolności prowadzenia działalności gospodarczej. Stroną postępowania o naruszenie zbiorowych praw pacjentów jest każdy, kto wnosi o wydanie decyzji w sprawie praktyki naruszającej zbiorowe prawa pacjentów, lub wobec kogo zostało wszczęte postępowanie o stosowanie takiej praktyki. Rzecznikowi Praw Pacjenta projekt przyznaje kompetencję do prowadzenia postępowania o uznanie praktyki za naruszającej zbiorowe prawa pacjentów.

dr Monika Urbaniak

Polityka medialna

Sugestie dotyczące współpracy z dziennikarzami dla Pracowników Szpitala Klinicznego Przemienienia Pańskiego UM w Poznaniu

Szpital Kliniczny *Przemienienia Pańskiego* UM w Poznaniu, będąc ośrodkiem akademickim i specjalistycznym zakładem opieki zdrowotnej, jest otwarty na współpracę ze środkami przekazu.

Jesteśmy zobligowani – zgodnie z prawem medialnym – do udzielania informacji związanych z funkcjonowaniem Szpitala, podobnie jak inne instytucje pozostające w służbie publicznej.

Ponadto powinniśmy poprzez upowszechnianie wiedzy medycznej, przy zaangażowaniu i współudziale dziennikarzy, aktywnie wspomagać profilaktykę zdrowotną i upowszechniać osiągnięcia współczesnej medycyny.

W celu ułatwienia współpracy z dziennikarzami i zapewnienia dbałości o jednolity wizerunek Szpitala w mediach, prosimy Państwa o zapoznanie się z poniższymi informacjami.

I. Współpraca z mediami – zasady ogólne

1. Osobami reprezentującymi Szpital w mediach w zakresie udzielania ogólnych informacji o Szpitalu i jego działalności, finansowaniu szpitala, zdarzeniach krytycznych, zgodnie z wewnętrznymi ustaleniami są:

- dr Szczepan Cofta, Naczelny Lekarz Szpitala
- dr Jan Talaga, Dyrektor Szpitala
- osobą odpowiedzialną za kontakt z mediami jest dr Rafał Staszewski, tel. wew. 91 21, tel. kom. 504 16 16 82, e-mail: rafal.staszewski@ump.edu.pl (biuro dyrekcji). **W sytuacji, gdy zwrócić się do Państwa dziennikarze z prośbą o umożliwienie realizacji materiału dziennikarskiego, prosimy o powiadomienie Biura Dyrekcji.**

2. W przypadku realizowania programów o tematyce medycznej lub obejmujących zagadnienia promocji zdrowia, nowych metod terapeutycznych, osobą

upoważnioną do kontaktu z dziennikarzem jest Kierownik Kliniki/Ordynator Oddziału lub wyznaczona przez niego osoba.

II. Ochrona pacjenta

Naszą powinnością jest przede wszystkim ochrona prywatności leczących się w Szpitalu pacjentów. Dlatego w przypadku woli przeprowadzenia wywiadu z pacjentem, prosimy Państwa o wcześniejszą rozmowę z nim w celu uzyskania jego zgody.

a) wywiad/rozmowa z pacjentem

Po uzyskaniu zgody od pacjenta prosimy o odnotowanie tego faktu w dokumentacji medycznej – jest to podstawą do umożliwienia rozmowy lub przedstawienia wizerunku pacjenta.

Jeśli stan zdrowia pacjenta w ocenie lekarza prowadzącego nie pozwala na rozmowę z dziennikarzem mamy prawo odmówić przeprowadzenia z nim rozmowy.

b) filmowanie/zdjęcia pacjenta

Podobnie jak w przypadku rozmowy czy wywiadu, bezwzględnie przed umożliwieniem dziennikarzom filmowania lub wykonania zdjęć pacjentowi, należy uzyskać jego zgodę. Wolę pacjenta należy również odnotować w dokumentacji medycznej.

Prosimy o zwrócenie szczególnej uwagi w przypadku wykonywania zdjęć lub filmowania wewnątrz Szpitala, aparatury medycznej itp., bez zamiaru udokumentowania wizerunku konkretnej osoby. W takich sytuacjach uprzejmie prosimy zadbanie, by nie pokazywano leczących się w Szpitalu pacjentów w sposób umożliwiający ich identyfikację (chyba że wyrażą oni stosowną zgodę).

c) udzielenie informacji o pacjencie

Udzielenie informacji o stanie zdrowia pacjenta możliwe jest jedynie po uzy-

skaniu przez lekarza prowadzącego pisemnej zgody osoby chorej na przekazanie danych.

W przypadku informowania o stanie zdrowia osoby publicznej lub prywatnej w sytuacjach katastrof, wypadków lub innych zdarzeń nagłych, Szpital nasz bezwzględnie musi przestrzegać prywatności osób leczących się pacjentów. W takiej sytuacji lekarz może udzielić jedynie najprostszej informacji o stanie zdrowia pacjenta, bez podawania jakichkolwiek szczegółów, zgodnie z poniższymi kategoriami określającymi stan zdrowia:

- nieokreślony (pacjent czeka na badanie lekarskie),
- dobry (funkcje życiowe są w normie, stan pacjenta jest stabilny; pacjent jest przytomny i czuje się dobrze; wskaźniki diagnostyczne są dobre),
- zadowalający (funkcje życiowe są w normie, stan pacjenta jest przytomny)
- poważny (funkcje życiowe mogą odbiegać od normy i być niestabilne; wskaźniki diagnostyczne są niezadowalające),
- krytyczny (funkcje życiowe mogą odbiegać od normy i być niestabilne; pacjent może być nieprzytomny).

d) filmowanie/fotografowanie wewnątrz Szpitala

Jeśli zgłoszą się do Państwa media z prośbą o wykonanie zdjęć, sfilmowanie wewnątrz Szpitala, prosimy o skierowanie ich do Biura Dyrekcji (z wyjątkiem programów o tematyce zdrowotnej, gdzie decyzję podejmuje Kierownik Kliniki lub wyznaczona przez niego osoba). Szpital nasz wymaga od dziennikarzy wcześniejszej informacji o zamiarze realizacji programu na terenie naszego obiektu. Prosimy o przekazanie kontaktu do Biura Dyrekcji, które funkcjonuje od poniedziałku do piątku w godz. 7.30-16.00.

Rafał Staszewski

XII Międzynarodowy Kongres Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego

Informujemy, że w dniach od 25 do 27 września 2008 odbędzie się XII Międzynarodowy Kongres Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego.

Program naukowy Kongresu obejmuje przede wszystkim tematykę najnowszych prowadzonych badań naukowych, nowe metody diagnostyczne i zalecenia tera-

peutyczne z zakresu różnych dziedzin kardiologii, kardiochirurgii i nauk pokrewnych.

Kongres organizowany jest przez I Klinikę Kardiologii Katedry Kardiologii Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu pod patronatem Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego.

Komitety Organizacyjny

prof. dr hab. med. Romuald Ochotny
prof. dr hab. med. Andrzej Cieśliński
prof. dr hab. med. Stefan Grajek
dr med. Przemysław Mitkowski

Red.

Zbiórki publiczne Polskiego Towarzystwa Opieki Paliatywnej Oddział w Poznaniu

Zarząd Polskiego Towarzystwa Opieki Paliatywnej Oddział w Poznaniu zawiadamia, że podczas zbiorów publicznych przeprowadzonych w okresie od 1 kwietnia 2007 r. do 30 marca 2008 r. zebrano – 13 723,06 zł.

Cała kwota została przeznaczona na cele statutowe, w tym przede wszystkim na dofinansowanie działalności Hospicjum Palium.

Małgorzata Makowska – skarbnik



Fot. Archiwum

Zmiany kadrowe

Pan Grzegorz Jaworski jest zatrudniony w Szpitalu Klinicznym *Przemienienia Pańskiego* UM w Poznaniu od dnia 1 czerwca 2001 r.

Od 1 czerwca 2001 r. do 31 marca 2008 r. pracował na Bloku Operacyjnym Oddziałów Chirurgicznych na stanowisku starszego pielęgniarza (instrumentariusz).

W marcu 2008 r. ukończył studia na Uniwersytecie Medycznym z tytułem licencjata pielęgniarstwa.

Od 1 kwietnia 2008 r. jest zatrudniony na stanowisku Kierownika Centralnej Sterylizatorni.

K.S.

Prośba o pomoc

W związku z rozważeniem wykonania w naszym Szpitalu operacji kardiochirurgicznej u dwudziestodwuletniej kobiety, mieszkanki Ukrainy, uprzejmie prosimy o rozważenie możliwości

wsparcia tej operacji – w związku z brakiem ubezpieczenia Pacjentki – wymaga opłacenia, a jej koszt wynosi około 20 tys. zł.

Prosimy Pracowników o rozważenie w jakiej mierze moglibyśmy wspomóc naszą Pacjentkę.

Red.

Pociąg retro

W dniu 8 czerwca br. o godz. 13.00 ze stacji kolejowej Poznań Główny wyruszy pociąg w stylu retro. Cel parowozowej wyprawy to Wolsztyn. Wydarzenie związane jest z międzynarodowym zjazdem pulmonologicznym organizowanym przez Klinikę Ftyzjopneumonologii. Zapraszamy Pracowników Szpitala, którzy chcieliby dołączyć do wyprawy o zgłoszenie się do Biura Dyrekcji po bezpłatne bilety (tel. wew 91 21). W programie – poza przejazdem dawną koleją – zwiedzanie Muzeum Roberta Kocha i wolsztyńskiej parowozowni a także piknik w skansenie.

Red.



A jednak palą?!

Na terenie Szpitala Klinicznego *Przemienienia Pańskiego* UM obowiązuje zakaz palenia. Przypominają o tym tablice w różnych miejscach lecznicy. Niestety, pracownicy a także pacjenci i odwiedzający nie zawsze pamiętają o tym restrykcyjnym nakazie zdrowia...

Fot. Archiwum



Red.

Wolontariusze fundacji *Dobrze, że jesteś*

Obecnie na Oddziale Hematologii, przy ul. Szamarzewskiego 84 działa kilkunastu wolontariuszy. Większość z nich to młodzi ludzie – studenci poznańskich uczelni – zawsze mili, uśmiechnięci, ludzie o wielkim sercu.

Pełnią oni dyżury na Oddziale z dużym poświęceniem i zaangażowaniem, wspierając chorych w bardzo trudnych dla nich chwilach. Służą również pomocą w tak wydawałoby się banalnych sprawach jak drobne zakupy, czy pomoc przy czynnościach higienicznych.

W okresie przedświątecznym ruszyła tzw. *wędrująca biblioteka* – która zapewnia chorym dostęp do bogatego zbioru książek, są one rozwożone po oddziale specjalnie przygotowanym do tego wózkiem, co umożliwia dotarcie do każdego łóżka.

W klinice Hematologii funkcjonuje również tzw. *przyjazna poczekalnia* gdzie pełnią dyżury wolontariusze

wspierając pacjentów czekających na przyjęcie na oddział, chemioterapię, badania diagnostyczne czy konsultacje. Pacjentom tym często towarzyszy lęk i strach dlatego okazanie im zainteresowania oraz wsparcia jest tak ważne. W *przyjaznej poczekalni* wolontariusze oferują im kawę, herbatę, starają się stworzyć przyjazną atmosferę. Przez samą rozmowę są oni blisko chorego, co dla drugiego człowieka jest bardzo ważnym elementem pomagającym przetrwać proces długiego i wyczerpującego leczenia.

Wolontariusze swoją obecnością wspierają także pracę personelu pielęgniarskiego, który niestety na tak trudnym i ciężkim oddziale nie zawsze może

poświęcić chorym zbyt dużo czasu na rozmowę.

Wszyscy wolontariusze odbyli szereg szkoleń teoretycznych i praktycznych. Są doskonale zaznajomieni ze specyfiką oddziału oraz standardami reżimu sanitarnego, który musi być w tym miejscu bezwzględnie zachowany.

Miły gest, ciepłe słowo, uśmiech, rozmowa z drugim człowiekiem stanowią też formę terapii, dlatego praca wolontariuszy jest tak potrzebna i istotna.

Nie wystarczy dawać – trzeba dawać siebie.

(Raoul Follereau)

Arleta Jankowska

HOSPICIUM PALIUM

Hospicjum Domowe NAJWIĘKSZY ODDZIAŁ SZPITALA

(dokończenie ze str. 17)

Schneider, dr Ewa Dudziec, dr Karolina Hofmann, a także z innych ośrodków dr Dorota Swoboda, dr Witold Porzucek, dr Małgorzata Pilarczyk, dr Małgorzata Nowak.

Osobami kluczowymi w zespole, najczęściej kontaktującymi się z chorymi i ich rodzinami są pielęgniarki – panie Wiesława Piotrowska, Ewa Loba, Maria Kokot, Barbara Mocek, Małgorzata Rajczak, Aleksandra Kasperczak, Arleta Kubicka, Joanna Grześkowiak, Joanna Łączna, Ewa Ciombrowska, Ewa Bulińska, Roma Węgrzak, Magdalena Mendowska, Arleta Jankowska.

Pomagają także psychologowie – Panie Marta Fludra i Katarzyna Stachnik oraz pracownik socjalny pani Grażyna Jaroszyk. Rehabilitacją pacjentów w domach zajmuje się Pani Elżbieta Noske. Ten zespół w gruncie rzeczy zespół opiekuje się na co dzień około stu chorymi oczekującymi w domach w promieniu 30 kilometrów od Hospicjum.

Mózgiem tego specyficznego oddziału jest pielęgniarka koordynująca Pani Janina Nogalska i kierownik Hospicjum Domowego dr Maciej Kluziak.

Od rana wszyscy spotykają się w bazie – małym pokoju nr 12 na parterze Hospicjum. Wtedy jest czas na zabranie kartotek, przekazanie recept, wymianę informacji i rozmowę o potrzebach chorych, problemach bólu trudnego do opanowania, innych objawów. Czasem ważne są też wskazówki dotyczące tego jak dojechać lub gdzie najlepiej zaparkować. Rano więc gwarowo tu i rojno. Z zewnątrz nie widać jakie brzemie trudnych, ludzkich losów niosą na sobie ci ludzie, ile napotykają po drodze łez, westchnień, oczu pełnych łęku i bólu. A wszystko to w nieustannym biegu, bo następni chorzy już czekają, bo Pani Janka dzwoni z centrali, że jeszcze jeden pacjent prosi o wizytę – przestał połykać i ból zaczyna nieznośnie dokuczać, bo dotychczas doustnie przyjmowane leki przestały działać.

Mając stu pacjentów „na oddziale” – Pani Janka nie próżnuje. Kiedy po pierwszych porannych godzinach baza się wyludnia – wszyscy wyjeżdżają na zaplanowane wcześniej wizyty – przyjeżdżają rodziny chorych

– aby zgłosić swoich bliskich do opieki. To trudne rozmowy z ludźmi, którym właśnie w ostatnich dniach odebrano nadzieję na wyleczenie najbliższych. „Nic już nie możemy zrobić. Proszę się zgłosić do opieki paliatywnej” – dla wielu brzmi to jak sentencja wyroku. Trzeba im wytłumaczyć czego mogą oczekiwać i o czym zwłaszcza warto pomyśleć w tym szczególnym okresie życia całej rodziny. Bywa, że takich zgłoszeń jest dziewięć do dziesięciu w ciągu jednego dnia. W tych trudnych spotkaniach pomaga Pani Ewa Truszkowska pielęgniarka wyspecjalizowana także w drenażu limfatycznym u chorych z obrzękiem – tak częstym powikłaniem w chorobie nowotworowej.

Można powiedzieć, że to największy oddział szpitala – ze względu na liczbę chorych, jak i rozległość geograficzną. Bez spektakularnych sukcesów, choć z wielkim ładunkiem uczuć: ludzkiego nieszczęścia, niepokoju i cierpienia, a niekiedy także buntu i gniewu, i na koniec często wdzięczności, że udało się doprowadzić tego ukochanego, najbliższego człowieka jak najspokojniej – do przeprawy na drugi brzeg.

dr Halina Bogusz



Zdjęcia: Maciej Kluziak

Hospicjum Domowe

NAJWIĘKSZY ODDZIAŁ SZPITALA

W ubiegłorocznych Nowinach (NS02/07) prezentowaliśmy Hospicjum *Palium*, które powstało w 2002 roku i otacza opieką stacjonarną i ambulatoryjną chorych wymagających leczenia paliatywnego, najczęściej w zaawansowanej chorobie nowotworowej. Dziś chcemy przybliżyć naszym Czytelnikom działalność Hospicjum Domowego. Stanowi ono część ośrodka na Osiedlu Rusa – swoisty oddział w domach pacjentów. Organizatorzy opieki zdrowotnej nie tylko w Polsce zapowiadają że, taki będzie kierunek przemian – obejmowanie chorego opieką w jego środowisku domowym. Wydaje się to korzystne przede wszystkim dla samego pacjenta – nikt nie czuje się przecież do końca komfortowo na szpitalnym łóżku – a to ma wpływ na wyniki leczenia. Nie do przecenienia jest także aspekt ekonomiczny. Leczenie domowe jest znacznie tańsze.

Domowe hospicjum działa pod tą nazwą od kilku lat – jakkolwiek wyjazdy do domu chorych w opiece paliatywnej są codziennością już od przeszło dwudziestu lat w naszym szpitalu. Organizatorem i niestrudżonym propagatorem tej formy opieki był od samego początku i jest do dziś Pan Profesor Jacek Łuczak, który potrafił przekonywać zarządzających systemem jak i lekarzy, pielęgniarki, socjologów i psychologów o konieczności podjęcia trudu opieki nad tą grupą chorych.

Jeszcze w 1981 jako ówczesny Dziekan Wydziału Lekarskiego powiedział w wywiadzie dla studenckiego periodyku: „W naszym kraju ludzie przychodzą na świat w bardzo ciężkich warunkach, ale w jeszcze gorszych warunkach, w nieuśmierzonych cierpieniach umierają i właśnie tym chciałbym się zająć.” I tak też się stało.

Po rozpoczęciu pracy w klinice Onkologii przy ulicy Łąkowej Pan Profesor spotyka się z coraz większą liczbą chorych, cierpiących z powodu zaawansowanej choroby nowotworowej. Zaczyna wraz z pielęgniarkami anestezjologicznymi Panią Marią i Panią Eleonorą odwiedzać ich w domach.

„Nasi chorzy – uczyli nas jak prowadzić opiekę, jak pomagać nie tylko w cierpieniach fizycznych ale także łagodzić ból duchowy, jak wspierać rodzinę w ich trudnej sytuacji, konieczności pogodzenia się ze stratą najbliższej, ukochanej osoby. Robert i Maciej byli jednymi z naszych pierwszych chorych. Obaj mieli niespełna siedemnaście lat. Musieliśmy ich usypiać, aby wykonać proste higieniczne zabiegi. Podawaliśmy morfinę, dzięki przywiezionej z Włoch pompie infuzyjnej – w ten sposób udawało nam się osiągnąć dobrą kontrolę bólu.

Maciej umarł w Wielki Czwartek – był to dla jego bliskich, zwłaszcza dla matki znak – przed chorobą chłopak chciał zostać księdzem.

Roberta odwiedzaliśmy codziennie – nie mniej ważne jak leki przeciwbólowe były przynoszone przez nas dla niego plakaty ulubionych piosenkarzy. Udało nam się wprowadzić do jego domu pokój – pojechał się z ukochanym dziadkiem a w dniu śmierci pożegnał się z całą swoją rodziną i podziękował im za wszystko.

To niepojęte – ale ci ludzie są ciągle z nami. Patrzą na nas ze zrobionych w okresie opieki fotografii, towarzyszy nam ich uśmiech. Czasami wspominamy ich w tych miejscach, w których ich odwiedzaliśmy.”

Kiedy słucham wspomnień Pana Profesora zastanawiam się nie nad niezwykłością jego spotkań z chorymi, ale nad arytmetyką. Ilu już ludzi spotykał, ilu trzymał z ręką czy gładził po policzku w ostatnich chwilach życia? Jak zachować świeżość spojrzenia, jak na każdego nowego chorego patrzeć jak na tego pierwszego, którego jedyny i tak ważny okres życia właśnie trwa?

To wyzwanie dla całego zespołu – obecnie tworzy go kilkanaście osób. Wśród lekarzy są zarówno pracownicy szpitala: dr Maciej Kluziak, dr Wojciech Leppert, dr Justyna Bieda, dr Izabela Katińska, dr Aneta Rzesoś i dr Justyna Nowak, jak i lekarze z innych oddziałów naszego szpitala: dr Mikołaj

(dokończenie na str. 16)



Szpital w liczbach A.D. 2007

24 594 – to liczba pacjentów, którzy w 2007 roku leczeni byli na oddziałach wszystkich obiektów przynależnych do Szpitala Klinicznego *Przemienienia Pańskiego* UM w Poznaniu. Prezentujemy pierwszą część zestawień, obrazujących codzienność szpitala, zamkniętą w precyzyjny świat cyfr.

Liczba pacjentów hospitalizowanych w 2007 r. oddziałach przy ul. Długiej

Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii	321
Oddział Chirurgii Ogólnej i Naczyń - C	1169
Oddział Chirurgii Ogólnej i Naczyń - D	923
Oddział Kardiologii	858
Oddział Kardiologii - F	1460
Oddział Kardiologii - G	2064
Oddział Nadciśnienia Tętniczego	1658
Oddział Okulistyki	2654

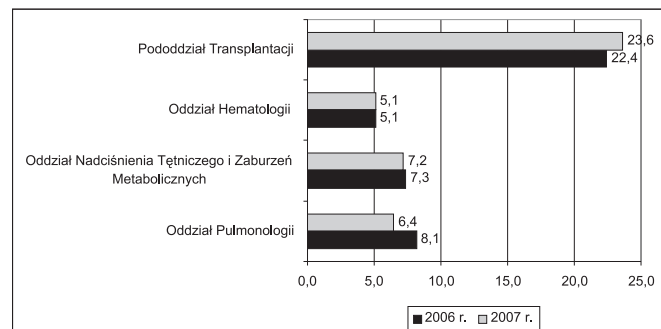
Liczba pacjentów hospitalizowanych w 2007 r. oddziałach przy ul. Łąkowej

Oddział Chirurgii Onkologicznej	858
Oddział Chemioterapii	6033
Oddział Ginekologii Onkologicznej	1609

Liczba pacjentów hospitalizowanych w 2007 r. oddziałach przy ul. Szamarzewskiego

Oddział Pulmonologii	1420
Oddział Nadciśnienia Tętniczego i Zaburzeń Metabolicznych	905
Oddział Hematologii i Chorób Rozrostowych Układu Krwiotwórczego	1868
Pododdział Hematologii	1047
Pododdział Transplantacji	118

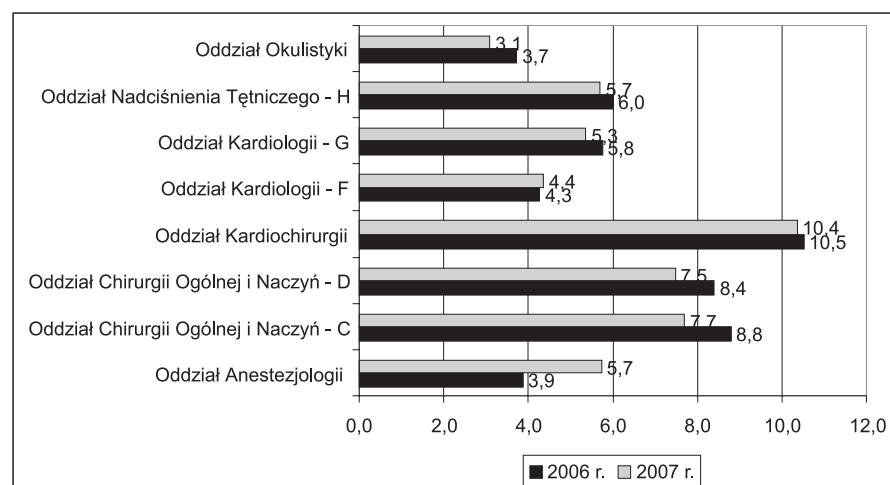
c) oddziały przy ul. Szamarzewskiego



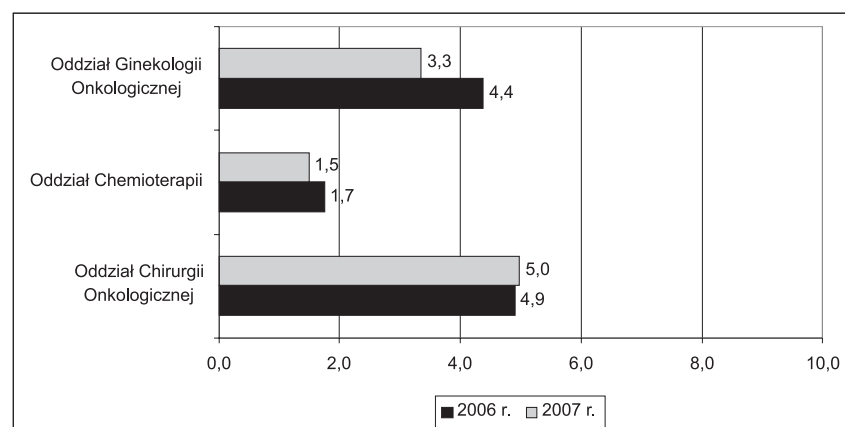
Liczba pacjentów hospitalizowanych w 2007 r. w Hospicjum Palium

Średni czas pobytu na poszczególnych oddziałach

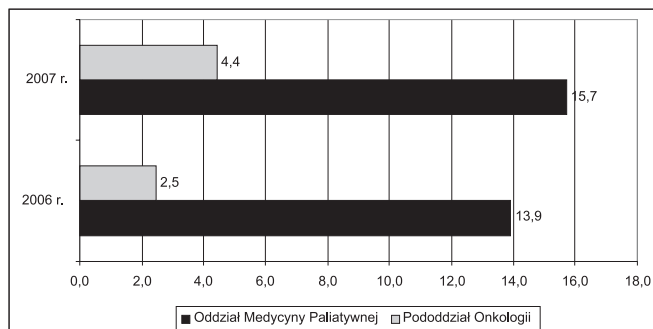
a) oddziały przy ul. Długiej



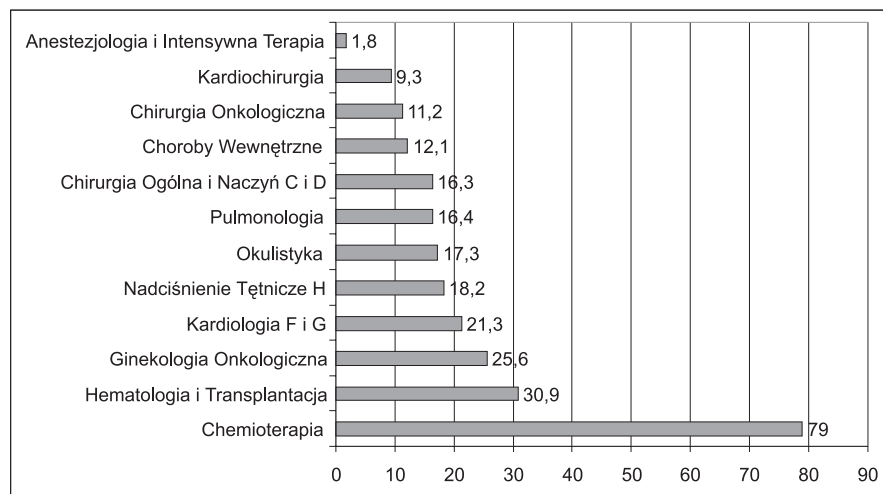
b) oddziały przy ul. Łąkowej



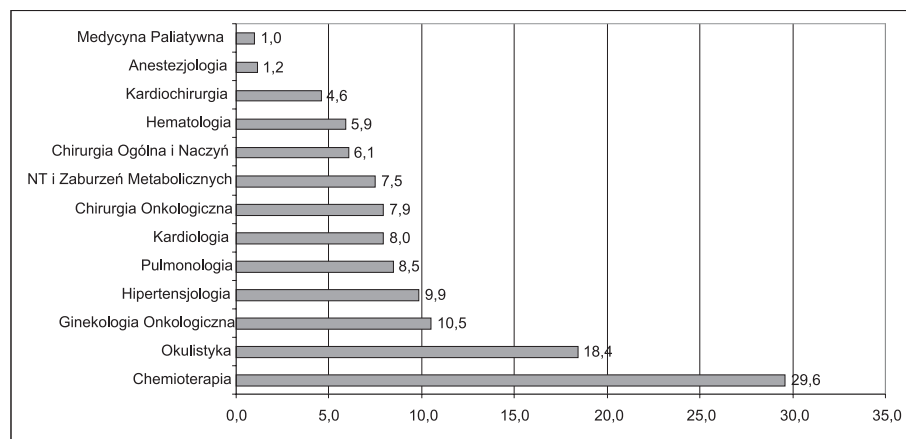
d) Hospicjum Palium



Średniomiesięczna liczba hospitalizacji na etat lekarski w 2007 r. (bez rezydentów)



Średniomiesięczna liczba pacjentów przypadająca na etat pielęgniarski



Procentowe wykorzystanie łóżek (optymalna wielkość, wg PZH powinna wynosić pomiędzy 75 a 85%).

Oddział Medycyny Paliatywnej	107,2
Pododdział Onkologii	104,8
Oddział Hematologii	90,1
Oddział Kardiochirurgii	89,2
Oddział Kardiologii - G	86,4
Oddział Nadciśnienia Tętniczego - H	80,8
Oddział Chirurgii Ogólnej i Naczyni C i D	77,6
Pododdział Transplantacji	76,0
Oddział Nadciśnienia Tętniczego i Zaburzeń Metabolicznych	74,5
Oddział Kardiologii - F	72,7
Oddział Anestezjologii	72,1
Oddział Pulmonologii	71,6
Oddział Chemioterapii	70,9
Hospicjum Stacjonarne	69,1
Oddział Okulistyki	66,0
Oddział Ginekologii Onkologicznej	47,6
Oddział Chirurgii Onkologicznej	39,1

Red.

REMONTY

Prace prowadzone przez Dział Techniczny

W ostatnich dniach wykonano malowanie korytarza administracji skrzydło „D”.

Na bieżąco wykonywane są zalecenia Sanepidu.

Niedawno zakończono remont Pracowni Gospodarki Krwia.

W budynku szpitala przy ul. Szamarzewskiego 82/84 trwa modernizacja pomieszczenia przeznaczonego dla Rejestracji i Biura Przyjęć oraz remont pomieszczenia dla Tomografu Komputerowego.

Zakończono remont pomieszczeń oddziału Pulmonologii przy ul. Szamarzewskiego.

Irena Ułowicz

NOWY SPRZĘT

Kamera w Szpitalu



Poradnia Okulistyki została wyposażona w nowy sprzęt – Fundus Camerę – urządzenie umożliwiające przeprowadzenie badań naczyniowych dna oka, angiografii fluoresceinowej oraz angiografii indocyjaninowej.

(fot. Joanna Wieczorek)

Onkologiczne mury

Zdjęcia: Joanna Wieczorek

Rozbudowa obiektu szpitala przy ul. Szamarzewskiego dla oddziałów onkologicznych nabrała już widocznych kształtów. Wykonano fundamenty i częściowo mury nowego obiektu, a także zaprojektowano nowy układ parku w związku z koniecznością częściowej wycinki drzew. To pierwszy etap budowy finansowanej ze środków Ministerstwa Zdrowia.

Red.



Zespół redakcyjny: Halina Bogusz, Szczepan Cofta, Patrycja Rakowska,
Rafał Staszewski, Joanna Wieczorek (redaktor prowadzący)

telefon: 0-61 854-91-90, 854-91-21
e-mail: nowiny.szpitalne@sk1.am.poznan.pl

Wydawca: Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 1 Przemienienia Pańskiego Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu;
ul. Długa 1/2, 61-848 Poznań, Stowarzyszenie „Bono Serviamus” oraz Wydawnictwo Kontekst

Przygotowanie: Wydawnictwo Kontekst – e-mail: kontekst2@o2.pl • www.wkn.com.pl