



ISSN 1643-0980

NOWINY SZPITALNE

NR 4 (24) Rok IV – LIPIEC/SIERPIEŃ 2004

DWUMIESIĘCZNIK INFORMACYJNY DLA PRACOWNIKÓW SAMODZIELNEGO PUBLICZNEGO SZPITALA KLINICZNEGO NR 1 PRZEMIENIENIA PAŃSKIEGO AKADEMII MEDYCZNEJ W POZNANIU

Neogotyck w Szpitalu Przemienienia Pańskiego

W dziewiętnastowiecznym Poznaniu nawiązania do gotyku stanowiła brama dębińska oraz znajdująca się przy ul. Długiej studzienka Madonny, o której już pisaliśmy i której rekonstrukcja byłaby nadaniem tej części miasta dawnego kolorytu.

W Wielkopolsce kościoły neogotyckie pojawiły się w latach 20. i 30. XIX w. w związku z mecenatem hr. Edwarda Raczyńskiego. Neogotycki wystrój kościoła *Przemienienia Pańskiego* pochodzi z końca XIX w., choć sam budynek – skromna budowla halowa w stylu późnogotyckim – z przełomu XVI i XVII w.

Początki odpustu sięgają czasów sprowadzenia z Rzymu cudownej figury Chrystusa i osadzenia jej w budynkach przykościelnych bernardynek, zwanych też klaryskami, które tu przebywały do 1812 r. Siostry Miłosierdzia św. Wincentego a'Paulo, zwane też szarytkami, prowadziły szpital, zwany ówczesnie jako Instytut Siostr Szarych, od 1823 r. i pracują w nim do dziś.

Sam kościół w połowie XVIII w. uzyskał dekorację malarską, adekwatną do wezwania, jednak dopiero w XIX w. neogotyckie wyposażenie.

W 1894 r. na ścianie południowej powstał fresk, pędzla Bolesława Łaszczyńskiego, przedstawiający scenę Przemienienia Pańskiego, będący dość wierną kopią dzieła Rafaela, a jednocześnie przewyższający rozmiarami oryginał. Jeszcze przed końcem XIX w. malarsko ozdobiono ściany nawy, sklepienia oraz ościeża okien. Siedem sta-

rych ołtarzy zastąpiły trzy nowe, neogotyckie, powstałe w pracowni Stufflebassera w Tyrolu. Witraże z kolorowego szkła dodawały wnętrzu odpowiedniego charakteru i nastroju. W czasie II wojny światowej zostały zniszczone ołtarze i ambona, a neogotycka polichromia została zamalowana. Po wojnie wprowadzono nowe elementy: polichromie W. Taranczewskiego oraz nowe ławki i nowy ołtarz boczny.



Obecnie odnowiony kościół *Przemienienia Pańskiego*, po odrestaurowaniu prezbiterium oraz pomalowaniu wnętrza, zaprasza Wielkopolan, którzy podobne kościoły neogotyckie mogą też zobaczyć w Rogalinie, Pępowie, Kórniku, jak również późniejsze realizacje neogotyckie w Zaniemyślu, Miłosławiu, Turwi, Choryni i Brodnicy.

Opracowanie przygotowano na podstawie artykułu: M. Jarzewicz, *Neogotycki wystrój w kościele p.w. Przemienienia Pańskiego*, *Miscellanea Łódzkie* 1996, nr 1 (15).

Kościół Przemienienia Pańskiego w roku 1900

Jeśli kościółek *Przemienienia Pańskiego* zasługuje na szczególniejszą uwagę przez starość swoją i dzieje, przez umiejętne odnowienie w stylu czasów, z których pochodzi, to i niemniej po- ciąga nabożeństwem, jakie tam od dawien dawna jednoczyło i jednoczy. Pamiętamy jeszcze czas,

W numerze:

Z życia Szpitala 2

OKIEM DYREKTORA NACZELNEGO:

Olimpijski szpital 3

OKIEM NACZELNEGO LEKARZA SZPITALA:

Trzy kroki wprzód – ile w tył? 3

PULS ODDZIAŁÓW I KLINIK:

Informacje z Klinik 4

KONFERENCJE:

Październik miesiącem profilaktyki raka piersi 5

Hospicjum Palium – wystawa 5

ANESTEZJOLOGIA:

Lekarze nie tylko na sen 6

My ogarniamy troskę... – rozmowa z Siostrą Małgorzatą Nowicką lekarzem anestezjologiem 6

OCHRONA ZDROWIA:

400 razy zdrowie 7

Z KART HISTORII:

Adiutant doktora Marcina, czyli Karola Marcinkowskiego 8

WYRÓŻNIENIA – BONO SERVIENTI:

Jubileuszowe wyróżnienia 8

ODPUST:

Historia kościoła *Przemienienia Pańskiego* z roku 1930 9

SYLWETKI:

Wspomnienie pośmiertne o śp. doc. dr. hab. med. Jerzym Zawilskim 10

kiedy nie tylko niższe warstwy, lecz mianowicie inteligencja nasza przy rozmaitych sposobnościach do tego podążała kościółka; (...) nie wątpimy jednak, że statua cudownego Pana Jezusa, ozdoba świątyni artystyczna, przepych przy poszczególnych nabożeństwach, a przytem spokój niczem nie zakłócony przy modlitwie tak miły, coraz więcej będą przyciągać do siebie.

W. Hozakowski, *Kościół Przemienienia Pańskiego*, Poznań 1900.

W tekście zachowano oryginalną pisownię

SZANOWNI PACJENCI! JESTEŚMY DLA WAS, DZIĘKI WAM.

Z ŻYCIA SZPITALA

W dniu **20 lipca** odbyło się kolejne posiedzenie Komitetu Terapeutycznego. Szczegóły na ostatniej stronie.

W dniu **21 lipca** odbyło się posiedzenie Rady Klinicznej naszego Szpitala, poświęcone głównie sytuacji ekonomicznej. Dyrekcja przedstawiła na spotkaniu stopień realizacji umowy z NFZ na poszczególnych oddziałach. W przypadku określonych jednostek, wartości wykonanych świadczeń znacząco przekraczają wielkości zakontraktowane (zwłaszcza w zakresie chirurgii naczyni i hematologii).

W dniu **27 lipca** Dyrektor Naczelny Jan Talaga uczestniczył w Warszawie w spotkaniu Stowarzyszenia Dyrektorów Szpitali Klinicznych z Ministrem Zdrowia, podczas którego omawiano bieżącą sytuację szpitali akademickich.

W dniu **29 lipca** Naczelny Lekarz Szpitala uczestniczył w spotkaniu z władzami samorządowymi w Urzędzie Marszałkowskim, które dotyczyło sytuacji wielkopolskich placówek opieki zdrowotnej. Z przedstawionych danych wynikało, że w ostatnim okresie najbardziej zadłużają się szpitale kliniczne, które nie mogą w stacjach ratujących życie odmówić przyjęcia pacjenta.

W dniu **30 lipca** odbyło się na terenie Szpitala spotkanie w sprawie adaptacji pomieszczeń pod blokiem operacyjnym kardiologii. Koncepcję zagospodarowania pomieszczeń omawiali: JM prof. dr hab. Wojciech Dyszkiewicz, prof. Stanisław Zapalski, prof. Wacław Majewski, doc. Paweł Sobczyński oraz przedstawiciele dyrekcji Szpitala.

W dniu **6 sierpnia** odbyły się uroczystości odpustowe z okazji Święta Przemienienia Pańskiego.



W pierwszych tygodniach sierpnia dyrekcja szpitala uczestniczyła w spotkaniach Wielkopolskiego Porozumienia Pracodawców w Ochronie Zdrowia, które dotyczyły zasad rozliczeń z NFZ w br. i dodatkowego zwiększenia ilości kontraktów w wybranych dziedzinach.

W dniu **18 sierpnia** Szpital odwiedzili goście z Niemiec i Austrii – przedstawiciele Szpitala oraz informatycznej firmy HITT w Insbruku.

Numer zamknięto 6 września 2004
HJ, Red.

Pływanie czy piłka nożna

Po zakończeniu igrzysk w Atenach, wszyscy dbający o swoje zdrowie, czy zainteresowani profilaktyką, mogą rozpocząć jesieną rundę walki o zdrowie. Wszystkich chętnych zapraszamy do udziału w rozgrywkach piłkarskich, które odbędą się w sobotę 18 września na boisku w centrum Sportu Akademii Medycznej przy ul. Rokietnickiej 5 w Poznaniu. Zapraszamy panie i panów, do gry i kibicowania...

Natomiast zainteresowanym pływaniem proponujemy zakup w promocyjnej cenie karnetów na basen kryty „Rataje” (os. Piastowskie 53), otwarty codziennie od poniedziałku do niedzieli od godzin rannych do wieczornych. Dotychczas zapisało się ponad 60 osób i mamy nadzieję, że zainteresowanych będzie jeszcze więcej.

KZ

Informacje i zapisy:

patrycja.rakowska@sk1.am.poznan.pl

Informacje techniczne

W dniach 1 i 8 sierpnia br. dokonano planowanego przeglądu konserwacyjnego trafostacji szpitala. Dokonano sprawdzenia działania układów instalacji elektrycznych i agregatu prądowego. Prace polegały na ogólnym czyszczeniu pomieszczeń wraz z przeprowadzeniem prac malarskich.

Ponadto czasie wakacji wymieniono filtry w urządzeniach klimatyzacyjnych. Dobiega końca malowanie i częściowy remont oddziału A.

Odnowiono gabinet zabiegowy Oddziału Chemioterapii Kliniki Onkologii, prace obejmowały malowanie, wymianę oświetlenia i sprzętu elektrycznego.

Ogłoszono przetarg na wymianę dźwigu od strony ul. Garbary, jego rozstrzygnięcie nastąpi w październiku. Planowana jest przebudowa kotłowni oraz remont piwnicy w budynku ogrodowym.

IU, red.

Trzy kroki w przód – ile w tył?

(dokończenie ze str. 3)

cyjalizacji i wartościowanie procedur według przebiegowości poszczególnych środowisk.

Trzeba byłoby wymienić szereg innych elementów reformowania, których w przyszłości na pewno nie unikniemy, choć rozpisane powinny być na kilka etapów. Na przykład ubezpieczenia suplementarne, a także – od czego płochliwie się ucieka – współpłacenie przez pacjentów za wybrane procedury medyczne i choćby część kosztów pobytu szpitalnego.

Nasz Szpital kliniczny nie musi się bać żadnego rozsądnego kroku reformowania. Każde zaniechanie kroku wprzód i niepewność rodzą jednak niepokój i brak stabilności odbijając się na kondycji szpitala.

Przykładem może być chociażby zapowiedź ministra zdrowia sugerującego rozważenie odejścia w przyszłym roku od rozliczania szpitali według wykonywanych procedur, co w chwili obecnej – po włożeniu chociażby tak dużego nakładu pracy przez całe nasze środowisko – stałoby się swego rodzaju skandalem. Miejmy nadzieję, że zapowiedź ta nie znajdzie realizacji w rzeczywistości – dotknęłyby te szpitale, które faktycznie wykonują najwięcej aktów medycznych bez pozorowania działań.

Jako Szpital kliniczny wysokospecjalistyczny przy podnoszeniu wysoko poprzeczki wymagań możemy czuć się silni i niezagrażeni. Do tego potrzebne są jednak kroki w przód i ani jednego zaniechania, a tym bardziej płochliwej ucieczki od żmudnego i odważnego reformowania.

Szczepan Cofa
Naczelny Lekarz Szpitala



Olimpijski szpital

Nie opadły jeszcze emocje po olimpijskich zmaganiach w Atenach, a już w najbliższym czasie będziemy mogli – w wymiarze lokalnym – powrócić do roli kibica sportowego.

Choć rzeczywistość dostarcza nam wielu nieoczekiwanych zdarzeń – to tak naprawdę trudno powiedzieć, co w najbliższym czasie zafunduje nam Fundusz (niby zdrowia...). Równie gorący jak okres współzawodnictwa sportowego był czas debaty sejmowej nad ustawą zdrowotną. Tempo prac nad nią było iście olimpijskie. Szkoda tylko, że nie przełożyło się na jakość... Co ciekawe, że podobnie jak słabo wypadli polscy sportowcy w czasie igrzysk, tak i parlamentarzyści nie osiągnęli planowanego sukcesu. Medalu za tą ustawę z pewnością nie będzie. Debaty dotyczące

tego, czy prezydent ma mieć uprzywilejowany dostęp do opieki zdrowotnej są tematami zastępczymi, które nie skutkują żadnym efektem organizacyjno-finansowym dla systemu opieki zdrowotnej! Szkoda, że w ustawie zapomniano o roli oraz znaczeniu szpitali klinicznych, co w sytuacji naszej jednostki oznaczać może niewiele pozytywnych zmian.

Uważnie obserwując zachodzące zmiany, pozostaje nam na razie skupić się na naszych działaniach i może spróbować swoich sił w...sporcie. A jako że sport jest bliski wielu osobom – zaczynamy od rozgrywek piłkarskich. Dodatkowo nieobca powinna nam być maksyma – w zdrowym ciele zdrowy duch, oraz druga – że sport to zdrowie.

W dniu 18 września odbędzie się pierwszy w historii SPSK nr 1 AM w Poznaniu turniej, w którym nasza drużyna szpitalna, zmierzy się z przeciwnikami z „Głosu Wielkopolskiego”. Chciejmy ten dzień spędzić wspólnie – kibicując „naszym”. Niech będzie to początek – nawet skromny – wspólnej integracji. Praca zespołowa, zaangażowanie i współodpowiedzialność są nieodłączne w działalności szpitala klinicznego. Pomimo więc skromnych środków będziemy starać się stworzyć warunki do bycia prawdziwym zespołem, poprzez różne formy naszej aktywności, w tym „olimpijską działalność.”

Jan Talaga
Dyrektor Szpitala

OKIEM NACZELNEGO LEKARZA SZPITALA



Trzy kroki wprzód – ile w tył ?

Gdybyśmy śledzili historię kształtowania systemów opieki zdrowotnej w krajach, w których jest ona zorganizowana najbardziej optymalnie, przekonaliśmy się, że dojrzały one przez długie dziesiątki lat konsekwentnego powolnego reformowania.

W warunkach europejskich zwłaszcza trzy systemy stanowią istotne wyzwanie dla naszej rzeczywistości: system francuski (uznany przez WHO w 2000 roku jako najbardziej skuteczny), niemiecki (bodajże najbardziej zinstytucjonalizowany) oraz brytyjski (poddawany najbardziej natęczonym krytykom). Tworzone były na przestrzeni wielu dekad, stanowią pewien wyznacznik nowoczesnej skuteczności, a i tak w chwili obecnej przeżywają swoisty kryzys, który w sposób radykalny opisał w jednym ze swych sierpniowych numerów TIME Magazine. Kryzys ten spowodowany jest jednakże nie tyle ewidentnymi błędami systemów, ile rosnącymi kosztami opieki medycznej wynikającymi z kosztów nowych technologii.

U nas – choć jesteśmy wielokrotnie ubożsi – problemy wynikają nie tylko z niedoborów finansowych, ile szczególnej ułomności systemu, na którego reformowanie będziemy musieli poświęcić być może kilka bolesnych dekad. Im większy będzie opór partykularnych czy demagogicznych dążeń, tym droga nasza będzie trudniejsza.

Radykalną reformę systemu opieki zdrowotnej zaczęto dopiero niemalże dziesięć lat od przemian ustrojowych zapoczątkowanych w roku 1989 – to opóźnienie jest najlepszym dowodem na delikatność materii reformowania służby zdrowia. Kolejne ogniwa przebytej drogi – często niestety sprzeczne – poddajemy druzgocącej krytyce. Co moglibyśmy jednak zauważyć jako jej niewątpliwie osiągnięcia, które – wbrew miażdżącym opiniom o złej jakości życia publicznego – sprawiają, że jednak zmiany są związane z kierunkiem z gruntu słusznym?

Pierwszym elementem zapewniającym podstawową stabilność systemu było **wydzielenie składki zdrowotnej**. Odtąd trudno komukolwiek pokusić się o jej zawłaszczenie.

Jako drugi krok do przodu uznaje się wprowadzenie **kontraktowania świadczeń**. Choć jego procedura poddawana jest krytyce, to jednak zasadniczo związana jest z wymogiem spełnienia chociażby podstawowych wymogów szanowania finansów publicznych. Zasadę tę w sposób najsukcesowniej udało się wprowadzić do opieki podstawowej tak, że polska medycyna rodzinna uczyniła – jakkolwiek by krytykować jej stan – zdecydowany skok organizacyjny, w tym (nie lubiąc tego określenia) – jakościowy.

Trzecim krokiem wprzód jest wprowadzenie katalogu procedur medycznych. Wiązało się to z olbrzymim wysiłkiem jego twórców, ale także heroicznym czynem środowisk medycznych (lekarzy, pielęgniarek, rejestratorek medycznych) oraz różnych ogniw administracji szpitalnej. Od kilku miesięcy rejestrujemy prowadzoną przez nas działalność i sprawozdajemy do płatnika na podstawie rzeczywiście wykonanej pracy.

Inną sprawą pozostaje jakość katalogu i właściwa wycena procedur. Zapowiadano wprowadzenie do nowej ustawy zdrowotnej – co jednak nie zostało spełnione – niezależnej struktury wartościującej procedury medyczne. Tutaj jednak nie wykazano odwagi i niestety zrobiono krok w tył. Warto z całą stanowczością podkreślić, że funkcjonowanie instytucji spełniającej to zadanie mogłoby być najważniejszym antidotum na partykularyzmy poszczególnych spe-

(dokończenie na str. 2)

KLINIKA KARDIOLOGII

• W okresie wakacyjnym nastąpiła modyfikacja limitów, co uniemożliwiło wykonanie zaplanowanych procedur. Ze względu na brak funduszy Klinika musiała niestety zredukować liczbę pacjentów. Jednocześnie nowy oddział, doskonale zaplecze aparaturowe i ludzkie stwarzają ogromne, choć niewykorzystane, możliwości.

Obecnie trwa przetarg na nowy echokardiograf, który umożliwi lepsze diagnozowanie pacjentów. Nadal doposażany jest oddział, podobnie jak sala intensywnej terapii.

Oddział ma przyznane przez Polcard środki na ramię C – aparat rentgenowski, który będzie służył elektrofizjologii, a w szczególności wszczepianiu stymulatorów serca, resynchronizujących specjalną grupę chorych, jak również defibrylatorów serca, które mogą być implantowane chorym z arytmia serca, stanowiącą zagrożenie dla życia.

„Oczekujemy, że NFZ da wyższe limity, szpital kliniczny nie może być traktowany podobnie jak powiatowy” – twierdzi prof. Andrzej Cieśliński, kierownik Kliniki Kardiologii SPSK Nr 1. – „Jako ośrodek wysokoreferencyjny i specjalistyczny, działalnością obejmujemy nie tylko region, ale cały kraj. Nie odmawiamy szpitalom powiatowym przyjęć pacjentów, tylko domagamy się od NFZ uwzględnienia stopnia referencji. Nota bene jest wielu lekarzy, będących dyrektorami ośrodków, którzy to rozumieją. Możemy ratować życie, mamy na to medyczne możliwości, doskonałą kadrę, możemy dużo zrobić, jest wielu oczekujących... Tylko brak nam odpowiednich funduszy” – mówi prof. Andrzej Cieśliński.

• W Monachium w dniach 28.08. – 1.09. br. odbył się Kongres Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego, w którym uczestniczył prof. Andrzej Cieśliński, przewodniczący Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego. PTK w bieżącym roku świętuje swoje 50-lecie. Podczas kongresu już niejednokrotnie prezentowano osiągnięcia polskiej kardiologii, teraz ten dorobek będzie pokazywany na specjalnym stanowisku. W roku jubileuszowym przewodniczącym Europejskiego Towarzystwa zostaje Polak, prof. Michał Tendera.

KLINIKA HEMATOLOGII I CHOROBY ROZROSTOWYCH UKŁADU KRWIOTWÓRCZEGO

• W związku z wdrożeniem nowych projektów inwestycyjnych, realizowanych ze środków Ministerstwa Zdrowia, w najbliższym czasie rozpocznie się przenoszenie oddziałów Kliniki.

Wszystkie pracownie Kliniki zostaną przeniesione z budynku Szpitala Miejskiego im. J. Strusia przy ul. Szkolnej do budynku SPSK Nr 1 przy ul. Szamarszewskiego.

ODDZIAŁ CHIRURGII ONKOLOGICZNEJ KLINIKI ONKOLOGII

• Zakończył się jeden z etapów wieloosrodkowego badania, w którym oddział bierze udział, dotyczący klinicznego przebiegu dziedzicznego raka piersi. Przygotowywana jest w związku z tym tematem specjalna publikacja.

• Uroczysta promocja doktorska Mikołaja Musiała odbyła się 24 czerwca br. Praca przygotowana pod kierunkiem doc. Sylwii Grodeckiej-Gazdeckiej nosi tytuł: „Wartość rakowicza wybranych czynników patoklinicznych i markerów immunohistochemicznych w raku zrazikowym gruczołu piersiowego”. Słuchacz Studium, lek.med. Tomasz Graja, odbył dwa szkolenia zagraniczne w Colchester (Wielka Brytania) oraz w Moffitt Cancer Center (USA), ukierunkowane na rozwój techniki biopsji węzła wartownika i techniki rekonstrukcyjnych gruczołu piersiowego.

• Przygotowywana jest zmiana witryny internetowej oddziału, w której znajdują się także informacje dla studentów, np. tematy zajęć dydaktycznych. Trwają jednocześnie intensywne przygotowania do V Sesji Naukowo-Szkoleniowej z cyklu *Październik miesiąc profilaktyki raka piersi*. Szczegółowy program sesji znajduje się w niniejszym numerze „Nowin”.

KATEDRA BIOLOGII I OCHRONY ŚRODOWISKA

• Jeden z najważniejszych kierunków badań Katedry Biologii i Ochrony Środowiska stanowi ocena związków światłoczułych pod względem możliwości ich zastosowania w diagnostyce oraz terapii fotodynamicznej. Temat ten jest realizowany przy współpracy Instytutu Fizyki Politechniki Poznańskiej. Badania prowadzone przez Instytut Fizyki koordynuje czołowy polski biofizyk, prof. dr hab. Danuta Frąckowiak. W badaniach uczestniczą również partnerzy z USA i Japonii. Wynikiem wieloletniej współpracy są liczne publikacje w renomowanych wydawnictwach medycznych oraz granty międzyuczelniane oraz KBN-owskie.

• Katedra Biologii i Ochrony Środowiska zajmuje się również badaniem poziomu stężeń i glikozylacji białek ostrej fazy oraz cytokin zarówno u ludzi, jak u zwierząt w wielu różnych jednostkach chorobowych. Dzięki współpracy z liczny-

mi katedrami i klinikami nasze badania służą pomocą w diagnostyce wielu chorób.

• **Współpraca polsko-japońska.** Współpraca pomiędzy Katedrą Biologii i Ochrony Środowiska rozpoczęła się w roku 1999, wizytą prof. Hiromiego Tokury z wydziału *Environmental Health* z Nara Women's University w Narze w ówczesnym Zakładzie Immunodiagnostyki, a obecnie naszej Katedrze.

Pobyt profesora Hiromiego Tokury zapoczątkował wieloletnią i coraz lepszą współpracę, różne projekty badawcze, poszerzone o kontakty z innymi japońskimi uniwersytetami: *Osaka City University, Wakayama University, Fukuoka University* oraz *The Hong Kong Polytechnic University* w Hong Kongu, gdzie obecnie pracuje i przebywa prof. Tokura.

Prof. Tokura oraz inni jego współpracownicy wielokrotnie gościli w Katedrze Biologii i Ochrony Środowiska. Kolejne konsultacje i wizyty mają pomóc w rozwijaniu i omówieniu dalszych projektów badawczych. Projekty te dotyczą między innymi chronobiologii, a więc rytmów okołodobowych i okołorocznych wybranych parametrów immunologicznych oraz wpływu natężenia światła na ich wydzielanie. Rezultaty badań zostały zaprezentowane na wielu kongresach i sympozjach, a także przedłożone do publikacji.

* * *

Wakacje i śluby. Czas wakacji i miesiący letnich sprzyja uroczystościom weselnym...

KLINIKA I ODDZIAŁ KARDIOCHIRURGII

• Powiedział: Tak! Kto? Dr Marcin Mistewski w dniu swojego ślubu. Ceremonia odbyła się w sobotę 14 sierpnia br. w katedrze poznańskiej, kiedy na ślubnym kobiercu stanęli Małgorzata Karpisiewicz oraz nasz kolega, dr Marcin Mistewski. Gratulacje z okazji ślubu składają doktorowi Marcinowi współpracownicy.

DZIAŁ SŁUŻB POMOCNICZYCH

• Krzysztof Korbacz, pracujący w naszym szpitalu w Dziale Służb Pomocniczych, oraz Aleksandra Kołodziejczyk zawarli Sakrament Małżeństwa dnia 28 sierpnia w kościele oo. Franciszkanów na Górze Przemysła w Poznaniu. Najlepsze życzenia!

Informacje opracowano na podstawie danych podanych przez poszczególne Kliniki

KZ

KLINIKA ANESTEZJOLOGII I INTENSywNEJ TERAPII

• W sierpniu br. prof. Roman Szulc zorganizował na terenie Katedry Anestezjologii i Intensywnej Terapii pokaz możliwości nauczania symulacyjnego w anestezjologii z wyko-



Na zdjęciu m.in. prof. dr hab. Wojciech Golusiński, prorektor AM

rzystaniem systemu komputerowego i manekina. W spotkaniu wziął udział m.in. JM prof. Wojciech Golusiński oraz przedstawiciele producenta. *Symulacja daje olbrzymie możliwości dydaktyczne zarówno w szkoleniu przed- i podyplomowym, i to nie tylko w zakresie anestezjologii, ale także w nauczaniu zintegrowanym – mówił prof. Roman Szulc.* Specjalne oprogramowanie manekina daje możliwości przećwiczenia problemów związanych z kardiologią, traumatologią a nawet wykonania bronchoskopii.

Trzeba zaznaczyć, że w Katedrze i Klinice Anestezjologii i Intensywnej Terapii w ubiegłym roku akademickim na wniosek prof. Szulca została utworzona *Pracownia komputerowej symulacji znieczulenia i intensywnej terapii.* Pomieszczenia zostały już przystosowane do jej potrzeb, pozostaje teraz mieć nadzieję na zakup tak nowoczesnego sprzętu. Byłaby to pierwsza w Polsce w ramach struktur akademickich pracownia nauczania symulacyjnego.

Tekst i zdjęcia: Rafał Staszewski



Prof. dr hab. Roman Szulc podczas prezentacji

Program V Sesji Naukowo-Szkoleniowej z cyklu *Październik miesiąc profilaktyki raka piersi*

14 października 2004 r.

Temat konferencji: Dziedziczny rak piersi

9.00-9.10 otwarcie konferencji

SESJA I

Przewodniczący: prof. dr hab. n. med. Jan Bręborowicz

- 9.10-9.50 **Praktyczne implikacje postępów w genetyce klinicznej**
- 9.50-10.10 **Histopatologia dziedzicznego raka piersi**
Jan Bręborowicz, Katedra Onkologii AM Poznań, Danuta Bręborowicz, WCO Poznań
- 10.10-10.40 **Profil ekspresji genów raka piersi i jego znaczenie kliniczne**
Barbara Jarzab, Zakład Medycyny Nuklearnej Centrum Onkologii, Oddział Gliwice
- 10.40-11.00 **Mutacje genu BRCA2 i ekspresja receptora androgenowego jako niezależne czynniki prognostyczne w raku piersi u mężczyzn**
Eliza Kwiatkowska, Marek Teresiak, Violetta Filar, Aldona Karczewska, Danuta Bręborowicz, Andrzej Mickiewicz, WCO Poznań, Katedra Onkologii AM Poznań
- 11.00-11.15 Dyskusja
- 11.15-11.45 Przerwa na kawę i zwiedzanie wystawy

SESJA II

Przewodniczący dr hab. med. Sylwia Grodecka – Gazdecka

- 11.45-12.05 **Diagnostyka obrazowa dziedzicznego raka piersi**
Tomasz Schreiber, Ośrodek Profilaktyki i Epidemiologii Nowotworów OPEN
- 12.05-12.25 **Praktyczne aspekty poradnictwa genetycznego**
- 12.25-12.55 **Profilaktyczna maskotemia w Polsce**
Janusz Jaśkiewicz, Maciej Kuczyński, Maria Dobaczewska, Klinika Chirurgii Plastycznej i Leczenia Oparzeń AM w Gdańsku, Oddział Chirurgii Plastycznej Nałęczów
- 12.55-13.15 **Profilaktyczne obustronne wycięcie jajników wraz z jajowodami u kobiet nosicielek mutacji BRCA1 – doświadczenie własne**
Grzegorz Maryś, Katedra Onkologii AM Poznań
- 13.15-13.35 **Rak piersi w rodzinie. Niektóre psychologiczne konsekwencje badania dziedziczności raka piersi**
Grażyna Karolczak, Katedra Onkologii AM Poznań
- 13.35-13.45 **Polacy wobec badań genetycznych**
Dariusz Godlewski, Ośrodek Profilaktyki i Epidemiologii Nowotworów OPEN, Poznań
- 13.45-14.00 Dyskusja
- 14.00 Zakończenie sesji

Biała sobota

W dniu 18 września br. Szpital Kliniczny Nr 1 organizuje w obiekcie szpitalnym przy ul. Szmarzewskiego „Białą sobotę”.

Podczas tej akcji odbędzie się:

- coroczny Piknik Tlenowy z konsultacjami pulmonologicznymi i spirometrią,
- spotkanie w ramach cyklu *Zdrowie Warto Poznać*, podczas którego będzie można wykonać podstawowe badania diagnostyczne krwi oraz skonsultować wyniki z lekarzem, a także zasięgnąć porad psychologa – „jak poradzić sobie z nałogiem palenia tytoniu”.

Badania laboratoryjne będą wykonywane w godz. 8-11, a *Piknik Tlenowy* odbędzie się w godzinach 10-13.

Bezpłatne badania laboratoryjne będą obejmować oznaczenia we krwi: cholesterolu i jego frakcji, trójglicerydów, glukozy oraz hsCRP.

Współorganizatorami „Białej soboty” jest Laboratorium nr 3 naszego Szpitala, mieszczącego się przy ul. Szmarzewskiego oraz Firma Breviter.

Serdecznie zapraszamy, szczególnie pracowników naszego Szpitala razem z rodzinami, aby nie sprawdzało się przysłowie „Szewc bez butów chodzi”.

Red.

HOSPICJUM PALIUM

Kolejna wystawa w Hospicjum Palium

Wernisaz zaplanowano na 13 września, obeerzecz można wystawę Pracowni Malarstwa i Rysunku Centrum Kultury Zamek, prowadzonej już od 25 lat przez Annę Kozłowską-Agacińską.

W Pracowni artystycznie realizują się osoby od 16 roku życia, nie ma górnej granicy wiekowej. Chętni zaangażowani w działalność Pracowni reprezentują różne zawody, dysponują też bogatym warsztatem artystycznym. W pracowni stworzono możliwość rozwijania warsztatu i umiejętności manualnych, poznawania technik rysunkowych oraz malarstwa. Nabyte w pracowni umiejętności często przenoszą na inne plany życiowe. Niektóre z osób, które uczyły się w pracowni, wykorzystują swe umiejętności w sposób profesjonalny.

Innym aspektem działalności pracowni są wspólne wyjścia do muzeów czy organizowanie plenerów. Aktywność ta zmie-

rza do zapewnienia czynnego kontaktu ze sztuką.

Najczęstszym miejscem ekspozycji jest Galeria Debiut, działająca w CK Zamek.

Sporadycznie wystawy pokazywane są w innych miejscach. Galeria Hospicjum Palium po raz pierwszy gości uczestników Pracowni Malarstwa i Rysunku z CK Zamek w Poznaniu.

Pokazane zostaną prace następujących osób: Kingi Gawrońskiej, biologa i nauczyciela, Agnieszki Kraseckiej, biologa, Danuty Urbaniak, uczennicy LO, Anny Antoniewicz, absolwentki Edukacji Plastycznej Uniwersytetu Zielonogórskiego, Stanisława Majdeckiego, historyka oraz pracownika Urzędu Skarbowego – Grażyny Skotarczyk.

Bogusław Stelcer

Wydział Nauk o Zdrowiu
Zakład Psychologii Klinicznej AM
w Poznaniu

Lekarze nie tylko na sen....

Nie obędzie się bez nich żaden zabieg operacyjny. Czuwają, by operacje czy też badania diagnostyczne przebiegały sprawnie i bez komplikacji. Krótko i zwięźle – anestezjolog to lekarz, którego wszyscy potrzebują.

Zespół anestezjologów naszego Szpitala pod kierunkiem prof. Romana Szulca obecny jest we wszystkich obiektach szpitalnych SPSK nr 1 AM w Poznaniu. Klinika i Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Blok Operacyjny Chirurgii Naczyń, Kardiochirurgii, Okulistyki i Oddziałów Onkologicznych; Hospicjum Palium – to tylko niektóre miejsca gdzie na co dzień pracują ci często „niewidoczni” dla pacjenta lekarze. Są z boku, nie szukają poklasku – taka specyfika ich pracy.

Główne zadania anestezjologa związane są z prowadzeniem opieki okołoperacyjnej, a więc przygotowaniem pacjenta operacji nadzorem nad jego bezpieczeństwem śródoperacyjnym oraz bezpośrednią opieką pooperacyjną. Drugi aspekt pracy związany jest z intensywną terapią pacjentów, u których wystąpił stan zagrożenia życia. Nie można zapominać także o anestezjologach pracujących ambulatoryjnie – jak np. przy znieczuleniu pacjentów do zabiegu bronchoskopii.

Jaki jest obraz współczesnego anestezjologa? Przyjrzyjmy się opini pacjentów naszego Szpitala i ich rodzin*. Zdarzają się pacjenci, którzy nie wiedzą, że anestezjolog jest lekarzem i reprezentuje określoną specjalność. Dla większości respondentów oczywistością jest, że lekarz anestezjolog „usypia” pacjenta, tzn. wykonuje znieczulenie do zabiegu, a także zajmuje się walką z bólem. Natomiast

obowiązki dotyczące sprawowania opieki okołoperacyjnej, działania lekarza w stanach zagrożenia życia, nie są – w opinii ankietowanych – udziałem tej grupy specjalistów.

Pacjenci z reguły nie pamiętają nazwiska anestezjologa, który sprawował nad nim opiekę. Istotne jest jednak to, że pytani zgodnie potwierdzają, że rolę anestezjologa uznaje się za bardzo ważną, o czym przekonują się w czasie rozmowy z nim przed operacją. Rozmowa taka pozytywnie wpływa na samopoczucie pacjentów, minimalizuje ich obawy przed znieczuleniem i zabiegiem chirurgicznym. To właśnie jedno z ważnych zadań anestezjologa. Zdaniem pacjentów, anestezjolog poświęca im wystarczająco dużo czasu, a pacjenci mieli możliwość nieskrępowanego zadawania pytań dotyczących znieczulenia, zabiegu chirurgicznego, oceny ryzyka, a także ewentualnych komplikacji. Oczywiście pacjentowi towarzyszy stres, lęk, obawy, a czasem brak wiedzy. Codzienne zabieganie, wielu podopiecznych, powoduje że lekarz prowadzący nie zawsze może poświęcić wystarczającą ilość czasu, by rozwiązać wątpliwości pacjenta. Ale to właśnie anestezjolog ma w tym zakresie udzielony przez chorych „kredyt zaufania”.

Opieka anestezjologiczna jest szczególna nie tylko ze względów medycznych. Pobyt pacjenta na oddziale anestezjologii może się bowiem wiązać z dyskomfortem, poczuciem bezsilności, samotności. Wiąże się to m.in. z wysokim stopniem technicyzowania anestezjologii. Dlatego tak ważne jest nawiązanie kontaktu z chorym, by uszanować jego godność. Dotyczy to także pacjenta nieprzytomnego, gdzie lekarze i pielęgniarki są szczególnie wrażliwi na odczytywanie jego potrzeb psychofizycznych.

Adam Pytliński, Red.

* Badania ankietowe przeprowadzone przez Adama Pytlińskiego, słuchacza Studium Doktoranckiego AM w Poznaniu, dysertacja powstaje pod kierunkiem prof. dra hab. Romana Szulca.

Ogarniamy troską najbardziej dramatyczny okres w życiu pacjentów...

Rozmowa z siostrą Małgorzatą Nowicką, lekarzem anestezjologiem naszego Szpitala, prowadzącą Punkt Konsultacyjny Anestezjologii

Redakcja: *Anestezjolog to lekarz pracujący w ukryciu. Jak jest postrzegany przez środowisko lekarskie i samych pacjentów?*

Siostra Małgorzata Nowicka: Jeżeli i chodzi o niedoceniające nas, to wszystko zależy od tego, czego się spodziewamy, jeżeli satysfakcji – dlatego, że pomagamy drugiemu człowiekowi, to powinniśmy się czuć docenieni. Ale jeżeli jest to satysfakcja wynikająca z tego, że ktoś to zauważył, to rzeczywiście tak jest, ponieważ pacjenci, którzy u nas przebywają bardzo często nie pamiętają tego czasu, nie pamiętają osób, twarzą lekarzy, którzy z nimi byli i w związku z tym nie myślą o nich później, nie mówią o nich później, jak i kiedy możemy się spotkać na ulicy czy choćby jeszcze w szpitalu, oni nas w ogóle nie rozpoznają, bo nas po prostu nie pamiętają. My ogarniamy troską ten najbardziej dramatyczny okres w ich życiu, czyli stan bezpośredniego zagrożenia, kiedy w każdej chwili spodziewamy się, że może dojść do śmierci pacjenta, gdy się ratuje życie, kiedy są to takie błyskawiczne decyzje, często wynikające z różnego rodzaju nagłych zdarzeń w historii choroby tego chorego. Ten pacjent jest tego zupełnie nieświadomy.

Inna jest praca na oddziale internistycznym czy chirurgicznym, kiedy chory w sposób często czynny uczestniczy w procesie leczenia, kiedy jest pytany, a przynajmniej powinien być pytany o zdanie co do takiej czy innej metody leczenia, kiedy może być włączony w

decydowanie o tym, chorzy często są poza tymi procesami; decyzje nie mają miejsca, ponieważ są w takim stanie, że nie mogą decydować; czasami robią to członkowie rodziny w ich zastępstwie.

Myślę, że jest jeszcze druga sprawa – cierpienie jest tak ogromne, że wszyscy, którzy są obok, jakoś uykają ze świadomości. Często o tych lekarzach się w ogóle nie pamięta.

Miałam takie zdarzenie, kiedy byłam na bloku operacyjnym, spotkana pacjentka powiedziała: Was tak nie doceniają, a przecież od Was tak wiele zależy, anestezjolog jest najważniejszy. Może nie jest aż tak, ale na pewno bardzo wiele od niego zależy; może być tak, że nasi współpracownicy traktują anestezjologa jako taki dodatek do całości procesu leczenia. Być musi, bo trzeba chorego znieczulić. Bo stwarza kłopoty, ma wymagania, chce zrobić dodatkowe badania i dlatego również tej współpracy się nie docenia. Niestety musimy się czasami zgodzić na bycie niejako uciążliwością dla lekarzy innych specjalności, głównie dla chirurgów, którzy z wielu rzeczy może sobie nie zdawać sprawy. A taka współpraca powinna polegać na tym, że wzajemnie sobie pomagamy dla wspólnego dobra, bo dobro chorego jest naszym wspólnym dobrem.

Redakcja: *Jakie w naszym szpitalu obowiązki ma anestezjolog? Jakże są Siostry obowiązki?*

Siostra Małgorzata Nowicka: Intensywna terapia wymaga wiedzy interdyscyplinarnej, internistycznej, chirurgicznej i neurologicznej. Nasza praca jest różnorodna, spędzamy zwykle kilka miesięcy pracując w sali operacyjnej, kilka miesięcy na intensywnej terapii, również jest lekarz oddelegowany do pracy w poradni konsultacyjnej;

400 razy zdrowie

W piątek 3 września odbyła się inauguracja Projektu 400 miast w Województwie Wielkopolskim. Realizatorem programu w naszym województwie, w którym objętych zostanie prawie 50 wielkopolskich miejscowości, jest Klinika Nadciśnienia Tętniczego, Chorób Naczyni i Chorób Wewnętrznych kierowana przez prof. Jerzego Głuszka.

Głównym celem Polskiego Projektu 400 Miast jest redukcja ilości zawałów serca i udarów mózgu m.in. poprzez: poprawę wykrywania i skuteczności leczenia nadciśnienia tętniczego i hipercholesterolemii, cukrzycy oraz zespołu metabolicznego, a także cały szereg działań edukacyjnych. Program skierowany jest do miast o liczbie mieszkańców do 8 tys., gdzie – zdaniem prof. Andrzeja Tykarskiego – stan zdrowia populacji oraz świadomość prozdrowotna jest znacznie mniejsza niż w dużych ośrodkach.

Jest to pierwszy tak duży program o charakterze interwencyjnym w Polsce i jeden z niewielu w Europie. *Poznańska Klinika Nadciśnienia Tętniczego miała już wcześniej doświadczenia w realizacji podobnych programów, lecz na mniejszą skalę. Trzeba tu wspomnieć o zakończonym sukcesem programie 4 miast – mówił prof. Jerzy Głuszek. Bardzo ważna*

zdaniem prof. Głuszka będzie także część edukacyjna dla fachowego personelu medycznego. Będą to szkolenia dla lekarzy i pielęgniarek z miast biorących udział w projekcie w zakresie nowoczesnego wykrywania, diagnostyki i terapii chorób sercowo-naczyniowych zgodnie z zaleceniami głównych polskich, jak też europejskich towarzystw naukowych.

Program stał się elementem Narodowego programu Zdrowia i jest współfinansowany ze środków Ministerstwa Zdrowia. Dlaczego zdecydowano się na realizację tego projektu? Polska jest stale krajem, gdzie przedwczesna umieralność, tzn. umieranie przed dożyciem biologicznego czasu jest bardzo wysoki. W Szwecji zaledwie 8% kobiet nie dożywa 65 roku życia

W Polsce 1/3 mężczyzn umiera przed 65 rokiem życia. Pokazuje to wymiar zadań, które przed nami stoją. Nie można być bogatym, jeżeli nie jest się zdrowym – uzasadniał konieczność prowadzenia akcji promocji zdrowia obecny na konferencji prof. Witold Zatoński.

Cele Programu 400 Miast mają być osiągnięte poprzez populacyjne badania przesiewowe, realizowane w oparciu o zespół podstawowej opieki zdrowotnej, z zastosowaniem nowoczesnych metod szkolenia liderów lokalnych oraz personelu medycznego, interwencji społecznej, m.in. z wykorzystaniem metod marketingu społecznego, interwencji medycznej, edukacji nowo wykrytych pacjentów.

Rafał Staszewski

jest to jakby lekarz pierwszego kontaktu w anestezjologii i intensywnej terapii, ponieważ on się styka z chorymi, którzy są przygotowywani do zabiegów operacyjnych i przygotowuje chorych ze strony anestezjologicznej, udziela im niezbędnych informacji. Po uzyskaniu informacji ocenia, czy chory może być operowany, czy wymaga dodatkowych badań, np. szczególnej troski w związku z chorobami układu krążenia. Jest jeszcze taki lekarz, zwykle – staramy się – by była to dodatkowa osoba – która zajmuje się wszelkimi interwencjami, tzn. chodzi do innych oddziałów, jeżeli są tam pacjenci, którzy wymagają troski anestezjologicznej, pomaga także innym lekarzom

Redakcja: *Czy obowiązki i traktowanie lekarzy-anestezjologów zmieniło się w ostatnich latach?*

Siostra Małgorzata Nowicka: *Myślę, że niedoceniać, stanowi częścią pewien mit. Zaczynałam pracę jako lekarz robiąc specjalizację z interny, dla mnie wówczas anestezjologia była czymś odległym i obcym. Anestezjologowie jako lekarze, z którymi się stykałam i których pomocy potrzebowałam, kojarzyli mi się z kimś, kto wiele wie i posiada umiejętności praktyczne, manualne i potrafi radzić sobie z chorym w tym w najtrudniejszym stanie, np. w stanie zatrzymania krążenia. Sama nigdy nie miałam podobnych odczuć, a czasami spotykałam się z takim zdaniem, nie u wielu osób, ale zdarza się, że może to być pewien kompleks niższości. Dziś jest mi to obce i było mi obce, kiedy jeszcze patrzyłam z boku na anestezjologów, których zawsze ceniłam i uważałam, że są to najbardziej kompetentni lekarze. Pamiętam, że moja dawna pani ordynator, z którą pracowałam, wzywała anestezjologa wtedy, kiedy rzeczywiście nie bardzo było wiadomo, jak sobie z danym chorym poradzić, jaką mieć koncepcję leczenia. Wtedy anestezjolog udzielał rad, wyrażał swoje spostrzeżenia, traktowane jako wiążące dla naszych przyszłych decyzji. Dlatego nigdy nie rozumiałam stereotypowego postrzegania takiego lekarza w sposób inny, niż pozostałych. Myślę, że świadomość, że może jesteśmy niedoceniani, bo pacjenci nas nie pamiętają, nie jest istotna.*

Anestezjolog nie może mieć kompleksów niższości czy poczucia, że jest w jakiś sposób gorszy od innych. Może wzbudzać takie poczucie ta część anestezjologiczna, stanowiąca element pomocniczości, ale nie intensywna terapia. W Polsce specjalizacja składa się właśnie z tych dwóch części. Trzeba mieć zdrowe poczucie własnej wartości i zdrowy dystans do siebie, do swoich sukcesów i porażek, by rzetelnie i z pokorą wykonywać swoje obowiązki. Czasem też zapomina się o tym, co najważniejsze, że chory ma ciało i duszę, że ma swoje lęki, obawy.

Praca z ciężko chorymi stanowi największe wyzwanie dla lekarzy. Chorzy w OIT to pacjenci, którzy nie mają – jak mówi prof. Szulc, tylko chorego serca albo problemów z płucami, ale mają problemy z wieloma układami i jest to rzeczywiście wyzwanie dla wiedzy oraz umiejętności lekarza, jak chorego leczyć, jak nie zniechęcić się w poczuciu beznadziei, że już nic nie możemy zrobić; a jednocześnie wymaga to również wiedzy i rozsądku, by znaleźć punkt, w którym rzeczywiście musimy w pokorze przyznać, że już nic więcej nie możemy zrobić. Wtedy reszta już należy do Pana Boga, który i tak czuwa nad wszystkim.

Katarzyna Zagórska

Siostra Małgorzata Nowicka

Franciszczanka od Pokuty i Miłości Chrześcijańskiej, od 9 lat pracuje w naszym Szpitalu. Jest anestezjologiem, choć – jak sama mówi: *Przed wstąpieniem do zakonu zdobyłam specjalizację I stopnia z interny, po przerwie wróciłam do medycyny, ale zmieniłam specjalizację. Internia daje trochę szersze spojrzenie i dodaje zdrowej pewności siebie. Służba zdrowia wpisuje się w charyzmat naszego zgromadzenia, dawniej zajmowałyśmy się chorymi w domach opieki społecznej, dziećmi, teraz jesteśmy pielęgniarkami i katechetkami.*

Dr Karol Marcinkowski, zwany też doktorem Marcinem, patron Akademii Medycznej w Poznaniu oraz osoba znana i szanowana, lekarz – społecznik, patriota, znany środowisku lekarskiemu oraz Wielkopolanom, miał pewne tajemnice. Komu podarował swoją kanapę? Z kim się przyjaźnił, kogo zawodowo cenił i komu ufał?

Wspomniane wątki jego życia znajdują się w poniższej rubryce „Z kart historii”, w której prezentujemy materiały stanowiące z jednej strony efekt kwerendy bibliotecznej i spojrzenia do archiwaliów, z drugiej – inspirację do różnych poszukiwań, choćby lekturowych. Warto przyjrzeć się zatem tajemnicom historii i nieznanym ciekawostkom, związanym z ową znaną personą.

Oto portrety Karola Marcinkowskiego i jego przyjaciela, Antoniego Freudenreicha, we wspomnieniach potomka doktora Freudenreicha.

ADIUTANT DOKTORA MARCINA, czyli Karola Marcinkowskiego

Marceli Motty w *Przechadzkach po mieście* używa wymiennie określeń „dr Karol Marcinkowski” oraz „dr Marcin”. W wydawnictwie PWN Witolda Jakóbczaka prawdopodobnie tytuł „dr Marcin” powstało jako forma skrótowa nazywająca żołnierza – Karola Marcinkowskiego, podczas jego obecności w Warszawie, tj. 12 grudnia 1830 r., po wybuchu powstania listopadowego. Wówczas Marcinkowski jako żołnierz szeregowy w 2 Pułku Strzelców Konnych Skarżyńskiego otrzymał krzyż *Virtuti Militari*.

Z kolei inny przydomek, „adiutant Marcinkowskiego”, związany był z osobą Antoniego Freudenreicha oraz wyręczaniem przez niego w pracy Marcinkowskiego, jego przyjaciela, z wizyt czy czynności medycznych, w których – jak podaje Marceli Motty – służył mu Antoni zawsze pomocą.

Ciekawostką dotyczącą ostatniego etapu drogi życiowej Karola Marcinkowskiego jest jego wspólna działalność z przyjacielem i powiernikiem, drem Antonim Freudenreichem.

Urodzony w Poznaniu w 1808 roku, kształcił się w szkole kadetów w Kaliszu, w gimnazjum w Poznaniu i na uniwersytecie w Berlinie. Pracował w klinikach wiedeńskich oraz paryskich. W 1834 r. rozpoczął za namową Karola Marcinkowskiego praktykę lekarską w Gostyniu. Lekarzem w zakładzie położnych w Poznaniu został po ustąpieniu Ludwika Gąsiorowskiego w 1846 r. Od początku swojej działalności lekarskiej związany był z osobą Karola Marcinkowskiego. Cieszył się jego przyjaźnią i kochał go jak ojca. Codziennie przebywał u niego w domu.

Stałe narady lekarskie, które odbywały się w mieszkaniu Marcinkowskiego, w gronie takich lekarzy jak: Teofil Matecki, Ludwik Gąsiorowski, Maciej Kapuściński, Alfred Bentkowski, Bogusław Palicki, siostrzeniec Michała Nieszczoła, służące wspólnym dyskusjom i doskonaleniu zawodowemu, nie mogły się odbyć bez Antoniego Freudenreicha.

W dniu 19 kwietnia 1841 r. odbyło się założycielskie zebranie Towarzystwa Naukowej Pomocy, którego prezesem wybrany został Karol Marcinkowski. Dwa miesiące później, dnia 23 czerwca, Marcinkowski wchodzi do Rady Miejskiej, a 21 września Towarzystwo zostaje zatwierdzone przez władze. W dniu 23 października odbywa się organizacyjno-instrukcyjne zebranie mężów zaufania TNP. Działalność Towarzystwa została podzielona na komitety powiatowe. Komitet gostyński Karol Marcinkowski powierzył Freudenreichowi.

Cztery lata później, dnia 15 listopada 1845 roku, powstało w Poznaniu Towarzystwo ku wspieraniu ubogich i biednych, stanowiące typową instytucję charytatywną klas posiadających, tyle że starannie zorganizowaną. Była ona czynnie wspierana przez ziemiaństwo i mieszczaństwo polskie, niemieckie oraz co zamożniejszych Żydów. Dnia 11 maja 1846 roku ogłoszono, iż w celu skuteczniejszego udzielania pomocy lekarskiej ubogim chorym, miasto podzielono na 20 obwodów, a każdemu lekarzowi przekazano jeden rewir.

Karol Marcinkowski stworzył tzw. obwody opiekuńcze. Do 20 obwodów Towarzystwa przydzielił 20 lekarzy, którzy mieli nieść pomoc lekarską ubogim chorym i bezpłatnie – w celu skuteczniejszego udzielania pomocy lekarskiej ubogim chorym. Jeden z obwodów objął dr Antoni Freudenreich, wyznaczony do tego przez „doktora Marcina”.

Nie tylko Marcinkowski cenił kompetencje medyczne doktora Freudenreicha. Inni koledzy również uważali go za jednego z najgruntowniej teoretycznie wykształconych między sobą, ponieważ w młodości pracował w wielu ośrodkach, zyskując różnorodne doświadczenie, a później także dbał o to, aby nadażyć za postępową nauką. Dlatego zasięgali w trudnych przypadkach chętnie jego rady, uznając jego biegłość i trafność w stawianiu diagnozy.

Marcinkowski miał olbrzymie zaufanie do przyjaciół. Swoją chorobę omawiał z kolegami po fachu: Józefem Jagielskim i Antonim Freudenreichem, zalecając im sekcję swych zwłok.

Karol Marcinkowski zmarł wieczorem 7 listopada 1846 roku. Dr Freudenreich dokonał sekcji zwłok i stwierdził zropnienie lewego płuca, opłucnej oraz zupełne wychudzenie ascetycznego ciała.

W testamentie Karola Marcinkowskiego znajduje się fragment: „Kana-pę, na której ciągle sypiałem, Freudenreichowi Antoniemu ... (zapisuję)”.

Mowy żałobne po zgonie Antoniego Freudenreicha wygłosili dr Ignacy Zielewicz oraz Kazimierz Kantak.

Dariusz Freudenreich

Opracowano na podstawie następujących źródeł:

M. Motty, *Przechadzkach po mieście*, t.2, PIW, Warszawa 1957;

W. Jakóbczyk, *Karol Marcinkowski 1800-1846*, PWN, Poznań 1981.

Dziennik Poznański 1884, nr 279.

BONO SERVIENTI

Jubileuszowe Wyróżnienia BONO SERVIENTI

W każdym tegorocznym numerze „Nowin” przypominamy kolejne sylwetki osób, które otrzymały jubileuszowe wyróżnienie *Bono Servienti*. Honorowe nagrody stanowiły kontynuację społecznikowskich tradycji, nawiązujących do postawy Karola Marcinkowskiego, bliskiej szpitalowi przy ul. Długiej w Poznaniu, i ponad 180-letniej historii *Przemienienia Pańskiego*.

W niniejszym numerze przypominamy sylwetki dwóch lekarzy.

Dr Florian Kłosowski został wyróżniony za bezinteresowne niesienie pomocy chorym, promowanie wartości i postaw lekarza godnego najlepszych tradycji Szpitala Przemienienia Pańskiego. Dr Florian Kłosowski, będąc orędownikiem pracy charytatywnej, pomaga osobom chorym działając także w Poradni Onkologicznej Fundacji Maltańskiej.

Dr Franciszek Zerbe został wyróżniony za pełną poświęcenia i oddania pracę, wiary-

godność oraz solidność lekarską. Dr Zerbe, będąc jednym z najdłużej pracujących pracowników Szpitala, cieszy się szacunkiem zarówno pacjentów, jak i współpracowników.

Specjalne wyróżnienie *Bono Servienti* otrzymał Aleksander Pikosz, Dyrektor Poznańskich Zakładów Graficznych, który od wielu lat współpracuje z naszym szpitalem. Pan Aleksander Pikosz był przez wiele lat członkiem Rady Społecznej naszego szpitala. Dzięki jego pomocy ukazała się monografia naszego Szpitala.

Dnia 6 sierpnia każdego roku Kościół obchodzi święto Przemienienia Pańskiego. Na Wschodzie znane było ono już w VI wieku i swą rangą dorównywało naszej Uroczystości Chrystusa Króla. W Kościele Zachodnim wprowadził je papież Kalikst III jako podziękowanie Bogu za zwycięstwo odniesione pod Belgradem w dniu 6 sierpnia 1456 roku. Odpust Przemienienia Pańskiego, mający w Poznaniu wielowiekową tradycję, trwał w tym roku zgodnie z tradycją od 6-13 sierpnia w niedawno odnowionym kościele Sióstr Szarytek, znajdującym się przy naszym szpitalu, przy ul. Długiej. Msze św. były odprawiane w kościele *Przemienienia Pańskiego*, znajdującym się przy ul. Długiej, dnia 6 sierpnia i w kolejne dni odpustu, tj. od 7 do 13 sierpnia, kiedy liturgię sprawował i homilię wygłosił ks. bp Grzegorz Balcerek. Nasz Szpital istnieje już ponad 180 lat, nieprzerwanie służąc mieszkańcom Poznania oraz Wielkopolski, od ponad 180 lat Siostry Św. Wincen- tego a'Paulo bezinteresownie uczyniają swój budynek na potrzeby szpitala *Przemienienia Pańskiego*, znanego wcześniej jako Szpital Paw- łowa. Natomiast historia nie tylko Szpitala, ale miejsca, na którym się znajduje oraz tradycja odpustu są jeszcze dłuższe.

Historja kościoła *Przemienienia Pańskiego*

Wedle przekazanego podania następujący wypadek wpłynął na zbu- dowanie kościoła *Przemienienia Pańskiego*.

X. Kościelecki, kanonik kapituły poznańskiej, ciężką złożony chorobą, miał sen, w którym ujrzał figurę Pana Jezusa, a zarazem usły- szał głos przyrzekający mu powrót do zdrowia, jeżeli uczyni ślub, że sprowadzi z podziemi kościoła św. Piotra do Poznania statucę zapomnia- ną Zbawiciela i zbuduje dla niej w pobliżu klasztoru oo. Bernardynów kościółek, przy którym osiedlić się mają ubogie siostry zakonu św. Fran- ciszka. Pomimo przeszkód, które przewidywał (...) chory kapłan uczyni- ła ślub (...), uzyskawszy zdrowie niezwłocznie rozpoczął w r.1595 za- biegi o sprowadzenie wskazanej fi- gury. Panował wówczas papież Kle- mens VIII. Za jego zezwoleniem za- brał X. Kościelecki statucę i przy- wiozł ją do Poznania (...)

Wkrótce tyłu znalazł hojnych dobroczyńców, że w 1597 r. przystą- pił do wznoszenia murów nowej świą- tyni. Śmierć niestety przerwała pod- jętą pracę (...)

Kościół zaś dopiero w r. 1603 został wykończony i jako naj- piękniejsza ozdoba otrzymał statucę przywiezioną z Rzymu, która była przechowywana w kościele św. Mar- cina. Pierwotnie kościół miał nazwę czyli tytuł Salwatora (Zbawiciela), ale ponieważ główny odpust w tym kościele przypada na 6. sierpnia, kie- dy się czyta ewangelię o Przemieni- niu Pańskim na górze Tabor, w ustach ludu przybrał utrzymaną do naszych czasów nazwę *Przemieni- enia Pańskiego*.

* * *

Z budową kościoła ściśle łączyła się budowa klasztoru dla Sióstr św. Franciszka, które wedle ślubu X. Kościeleckiego miały się osiedlić przy nowej świątyni i niejako opieką swą otoczyć figurę Pana Jezusa. Pod- anie nam opowiada, że uzdrowiony cudownie kanonik w czasie pobytu u Ojca św. dekret mocą którego mieszkające podówczas tercjarki czyli

Siostry III. Zakonu św. Franciszka, miały się złączyć w zgromadzenie zakonne z zwykłymi ślubami i klauzura klasztorną. Rozporządzenie to wyszło w r. 1595, wtenczas więc nastąpiło przekształcenie wewnętrzne zgromadzenia tercjarek, które (...) przybrały nazwę Kларыек lub utratą w Polsce nazwę PP. Bernardynek. Pierwsze fundusze na budowę now- go klasztoru wyznaczyła około r.1597 Anna z Rozdrażewskich Smo- szewska, która po śmierci męża była

wstąpiła do zgromadzenia tercjarek poznańskich; jej to zasoby, jako i ofiary X. Kościeleckiego, głównie przyczyniły się do postawienia za- budowań klasztornych; wzniesie- niem ich zaś po śmierci X. Koście- leckiego kierował O.Fabjan, ówce- sny gwardjan Bernardynów. Dzieła dokończyła w roku 1603 Apolinarą Czarkowska, druga po Smoszo- wskiej księżki PP. Bernardynek.

Z biegiem czasów kościół Prze- mienienia Pańskiego, a więc i figura p. Jezusa, różne przechodziły kole- je. W czasie najazdu Szwedów, Kla- ryski w popłochu opuściły klasztor, kościół został zniszczony, a statua dostała się do jakiegoś domu here- tyckiego. Po odejściu Szwedów fi- gura została umieszczona w koście- le św. Marji Magdaleny, dopiero w r.1753 w uroczystej procesji przenie- sioną została znowu do kościoła *Przemienienia Pańskiego*.

Umieszczono ją ponad wielkim ołtarzem i odtąd cudowna statua Pana Jezusa bez przerwy pozostawa- ła na tem miejscu otoczona szczegól- nym nabożeństwem ludu. Roz- głós o łaskach uproszonych przed tą figurą, rozchodził się daleko po kra- ju i ścigał licznych pątników.

W początkach przeszłego wieku Kларыski wydalone zostały z Pozna- nia, na ich miejsce przybyły Siostry św. Wincen- tego czyli Szarytki.

Z biuletynu wydanego nakładem Sióstr Domu *Przemienienia Pańskiego*: *Przemienienie Pańskie uwielbiamy*, Poznań 1930.
W tekście zachowano oryginalną pisownię



Fot. Katarzyna Zagórska

6 sierpnia 2004 roku część pracowników Szpitala wraz z miesz- kańcami Poznania uczestniczyła w uroczystościach odpusto- wych *Przemienienia Pańskiego*, które w tym roku odbywały się w wyremontowanym przyszpitalnym kościele.

Wspomnienie pośmiertne

o śp. doc. dr. hab. med. Jerzym Zawilskim

W dniu 8 lipca 2004 r. zmarł po ciężkiej chorobie emerytowany lekarz – chirurg, wieloletni pracownik zmieniającej swe nazwy Kliniki Chirurgicznej i Szpitala Klinicznego Przemienienia Pańskiego w Poznaniu, doc. dr hab. med. Jerzy Zawilski.

Urodził się 13 września 1928 r. w Poznaniu, gdzie zdał ukończyć 4 klasy szkoły podstawowej. Po zajęciu w 1939 r. miasta przez armię niemiecką został z całą rodziną wysiedlony i zamieszkał w Lublinie. W mieście tym, na tajnych kompletach, ukończył szkołę podstawową oraz dwie klasy gimnazjalne. Po wyzwoleniu Poznania w 1945 r. powrócił do rodzinnego miasta, gdzie kontynuował naukę w liceum im. Paderewskiego, uzyskując w 1947 r. świadectwo dojrzałości. W tym samym roku rozpoczął studia na Wydziale Lekarskim Uniwersytetu Poznańskiego, a od 1950 r. nowo utworzonej Akademii Medycznej. Dyplom lekarza otrzymał 5 sierpnia 1953 r.

Już podczas studiów, w dniu 1 marca 1952 r., rozpoczął pracę w Zakładzie Akademii Medycznej jako młodszy asystent, aby – jak napisał w swoim życiorysie – *przygotować się bardziej do wybranego kierunku przyszłej pracy, którą była chirurgia.*

Po ukończeniu studiów, od 1 września 1953 r. pracował jako asystent w I Klinice Chirurgicznej, mieszczącej się w wówczas nazywanym Państwowym Szpitalu Klinicznym Nr 1 w Poznaniu.

Szybko, bo już 27 marca 1956 r. zdobył pierwszy, a 10 października 1959 r. drugi stopień specjalizacji z zakresu chirurgii ogólnej. Kierownikiem Kliniki był wówczas prof. Stanisław Nowicki, a Jego zastępcą doc. Adam Piskorz.

Lata pięćdziesiąte były okresem powstawania nowych działów chirurgii, wśród nich kardiouchirurgii i chirurgii naczyń. Te nowe działy zaczął tworzyć i rozwijać w Klinice młody i dynamiczny doc. Adam Piskorz, dobierając do swojego zespołu lek. Jerzego Zawilskiego. Były to niezwykle trudne czasy, kiedy zdobycie aparatury, szwów atraumatycznych, narzędzi z krajów zachodnich było praktycznie niemożliwe i potrzebny sprzęt można było tylko wytwarzać samemu. Rzadko kto dzisiaj pamięta, że lek. Zawilski, współpracując z inż. Pawłowiczem z Zakładów Metalowych im. H. Cegielskiego, zbudował trzy aparaty do krążenia pozaustrojowego, które wykorzystywano początkowo do badań doświadczalnych, a potem także do pierwszych w Poznaniu operacji serca u ludzi w krążeniu pozaustrojowym.

Aby zapoznać się z postępowaniem w kardiouchirurgii, dr Zawilski od 1967 r. 1968 r. szkolił się w tym zakresie w Instytucie Kardiouchir-

urgii w Meksyku, a także w Klinikach Kardiouchirurgicznych kierowanych przez prof. Navretila w Brnie i prof. Manteufla w Warszawie.

Dzięki temu w I Klinice Chirurgicznej były też wykonywane pionierskie wówczas operacje serca, takie jak poszerzenie zastawki dwudzielnej, zamknięcie przetrwałego przewodu Botala, a także wszczepianie rozruszników serca z naszykiem elektrody na mięsień sercowy.

Jednocześnie były prowadzone prace doświadczalne z zakresu chirurgii serca i naczyń, które umożliwiły lek. Zawilskiemu szybki rozwój naukowy. Stopień doktora medycyny uzyskał w 1961 r. na podstawie pracy: „Badania naczyń wieńcowych serca podczas krążenia pozaustrojowego u psów”, a w 1974 r. stopień doktora habilitowanego w dziedzinie kardiouchirurgii na podstawie pracy: „Badania doświadczalne pośredniej rewaskularyzacji serca”. Dzięki temu 1 października 1978 r. otrzymał etat docenta.

Właśnie te osiągnięcia doc. Zawilskiego były przyczyną, że po utworzeniu Instytutu Chirurgii w 1970 r. jedną z trzech Klinik, jakie powstały w wyniku tej reorganizacji z I Kliniki Chirurgicznej, była Klinika Chirurgii Serca i Naczyń, której kierownikiem został prof. Adam Piskorz, a jego zastępcą doc. Jerzy Zawilski. Po utworzeniu w 1980 r. Instytutu Kardiologii, w naszym Szpitalu została wyodrębniona samodzielna Klinika Kardiouchirurgiczna, której kierownikiem został doc. Aleksy Poniżyński, współpracownik doc. Zawilskiego.

W latach 1984-1986 doc. Jerzy Zawilski pracował w Libii. W 1993 r., w wieku 65 lat, po 43 latach pracy, przeszedł na emeryturę.

Opublikował 89 prac naukowych, z czego 21 w czasopiśmie zagranicznych, a także 51 streszczeń z referatów wygłaszanych na zjazdach naukowych. Za swoje osiągnięcia w 1961 r. otrzymał nagrodę Ministra Zdrowia. W 1977 r. został odznaczony Odznaką Narodową Ministra Poznania i Złotym Krzyżem Kawalerskim Orderu Odrodzenia Polski.

W dniu 14 lipca 2004 r. pożegnaliśmy na zawsze śp. doc. dr hab. Jerzego Zawilskiego na Cmentarzu Parafialnym w Poznaniu przy ul. Nowina 1. Odszedł od nas uzdolniony chirurg, nauczyciel akademicki, wspomniały Kolega i Przyjaciel.

Takim pozostanie w naszej pamięci...

Stanisław Zapalski

APTEKA

Leki z izolatora

W dniu 26 sierpnia odbyła się uroczystość przekazania izolatora do produkcji leków cytostatycznych dla naszego szpitala. Urządzenie to służy do przygotowywania leków cytostatycznych dla pacjentów z chorobami nowotworowymi i jest pierwszym urządzeniem tego typu w Polsce.

Choć szpital nasz posiada już nowoczesną pracownię leku cytostatycznego przy ul. Łąkowej, to dzięki uczestnictwu Apteki Szpitalnej w programie europejskim Leonardo da Vinci, w obiekcie przy ul. Szmarzewskiego także będą mogły być przygotowywane leki cytostatyczne z zachowaniem wszelkich standardów i bezpieczeństwa personelu.

Ofiarowany przez *Lilly Francja* izolator jest nowością w Polsce. Po niezbędnych modernizacjach, o których zapewnił darczyńca – będzie wykorzystywany do przygotowywania cytostatyków, które są lekami sto-

sowanymi w chemioterapii przeciwnowotworowej. Izolator pełni dwojaką funkcję. Jest głównym narzędziem kontrolnym zapobiegającym narażeniu pracowników na działanie leków cytostatycznych, których znaczna część zaliczana jest do środków niebezpiecznych dla zdrowia, i które mogą również posiadać właściwości kancerogenne. Izolator spełnia również rolę ochrony produktu przed mikrobiologicznym skażeniem podczas przygotowywania leku. Zarówno izolatory ciśnienia dodatniego, jak też ujemnego stanowią systemy zamknięte i opierają się na stałym przepływie przefil-

Szpital w liczbach

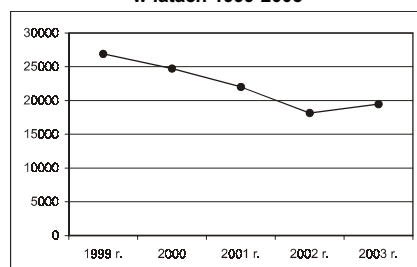
Absencja w pracy, czyli kilka dni zwolnienia....

Poniżej prezentujemy zestawienia statystyczne obrazujące nieobecności w pracy wynikające z przyczyn obiektywnych – choroby i macierzyństwa. W kolejnym numerze „Nowin Szpitalnych” dokonamy analizy wykorzystania urlopów.

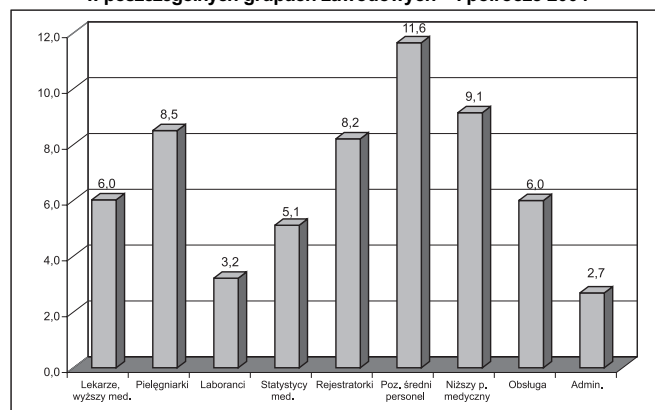
Dla przypomnienia – kilka uwag wynikających z tego zakresu z prawa pracy:

- pracownik niezdolny do pracy z powodu choroby powinien niezwłocznie (najpóźniej w drugim dniu nieobecności w pracy) zawiadomić – osobiście bądź przez inną osobę - pracodawcę o przyczynie absencji,
- w przypadku gdy niezdolność do pracy wynika z choroby i jest udokumentowana zwol-

Absencja pracowników Szpitala (w dniach) w latach 1999-2003

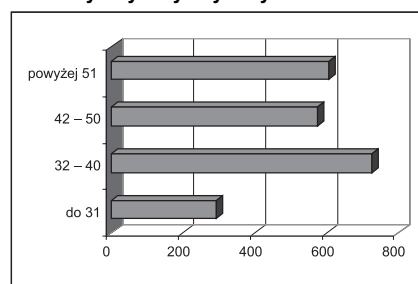


Liczba zwolnień lekarskich przypadających na jednego pracownika w poszczególnych grupach zawodowych – I półrocze 2004



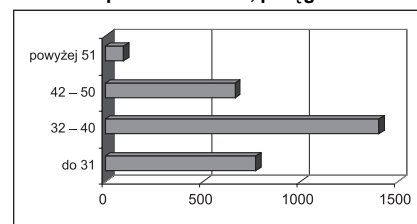
nieniem lekarskim posiadamy prawo do 80% wynagrodzenia, a w przypadku zwolnienia spowodowanego wypadkiem w drodze do lub z pracy oraz choroby w okresie ciąży – 100% wynagrodzenia,

Liczba dni zwolnień lekarskich w poszczególnych grupach wiekowych w I półroczu 2004 r., lekarze, personel medyczny z wyższym wykształceniem

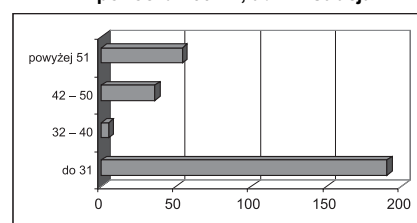


- pracownik otrzymuje wynagrodzenie za niezdolność do pracy wskutek choroby trwającej łącznie do 33 dni w ciągu roku kalendarzowego. Od 34 dni pracownikowi przysługuje prawo do zasiłku chorobowego wypłacanego przez ZUS,
- zasiłek opiekuńczy przysługuje pracownikowi zwolnionemu z wykonywania pracy z powodu konieczności osobistego sprawowania opieki nad chorym dzieckiem w wieku do ukończenia 14 lat (za okres 60 dni roku) oraz innym chorym, dorosłym członkiem rodziny, a także

Liczba dni zwolnień lekarskich w poszczególnych grupach wiekowych w I półroczu 2004 r., pielęgniarki



Liczba dni zwolnień lekarskich w poszczególnych grupach wiekowych w I półroczu 2004 r., administracja

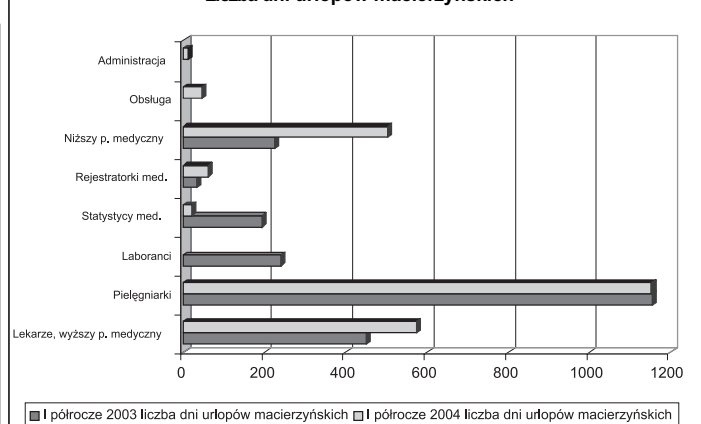


dzieckiem w wieku ponad 14 lat (za okres 14 dni w roku). Aby otrzymać zasiłek, po dostarczeniu do Działu Kadr zwolnienia lekarskiego należy również wypełnić w Sekcji Plac oświadczenie o konieczności sprawowania osobistej opieki,

- najlepiej nie chorować..... (profilaktyka zdrowotna jest naprawdę skuteczna!).

Agnieszka Sereżyńska, red.

Liczba dni urlopów macierzyńskich



trowanego powietrza w czasie użycia. Ponadto wykorzystanie techniki izolatorowej pozwoli na znaczne zminimalizowanie kosztów terapii.

Wartym podkreślenia jest fakt, że bieżące funkcjonowanie izolatora jest tańsze niż utrzymanie w ciągłej „gotowości” pracowni leku cytostatycznego. Patrząc globalnie, w Polsce działa zaledwie kilka pracowni leku cytostatycznego, a przecież szpitali onkologicznych jest znacznie więcej. Jest więc

Na zdjęciu od lewej: prof. dr hab. Jacek Wysocki, prorektor AM i dr Hanna Jankowiak-Gracz



Fot. Patrycja Rakowska

to spory problem, zwłaszcza że leki cytostatyczne są niebezpieczne dla przygotowującego je personelu.

Szpital nasz będzie pierwszym ośrodkiem w Polsce, który posiadając dwie metody produkcji leków cytostatycznych, i w perspektywie czasu będzie mógł porównać ich skuteczność oraz efektywność.

Nie bez znaczenia jest także rola dydaktyczna, bowiem izolator poza farmakoterapią będzie wykorzystywany w szkoleniach przed i podyplomowych studentów i słuchaczy poznańskiej uczelni.

(dokończenie na str. 12)

PRESTARIUM® 4 mg

PERYNDOPRYL

- ▶ **TKANKOWY ACE INHIBITOR OPTYMALNY
W NIEWYDOLNOŚCI SERCA**
- ▶ **ZAWSZE STOSOWANY RAZ DZIENNIE**

Leki firmy SERVIER przeznaczone do leczenia szpitalnego dostępne są w aptece szpitalnej (również w postaci bezpłatnych próbek lekarskich)



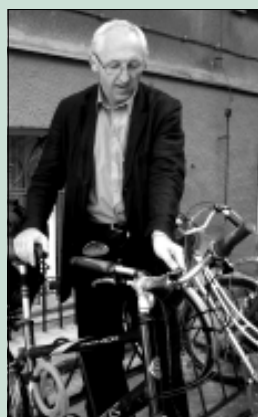
ZNANI Z INNEJ STRONY

W zdrowym ciele zdrowy duch...

Doc. Piotr Sosnowski od 10 lat jeździ do pracy na rowerze

Doc. Piotr Sosnowski, kierownik Zakładu Radiologii Klinicznej (SPSK Nr 1, ul. Długa), codziennie, niezależnie od pory roku, pokonuje rowerem odległość 5 km, rano do pracy z górki, do domu ...pod górkę w 15 minut, ponieważ – jak twierdzi – jeździ umiarkowanym tempem miejskim, czyli ok. 20 km/h. Uprawia kolarstwo nie tyle wyczynowe, co dla zdrowia... – *Czuję się lepiej, gdy przejadę długi dystans* – mówi doc. Sosnowski. Rocznie pokonuje ok. 6-7 tys. km. Do tego, by w taki sposób dojeżdżał do pracy, namówił go ponad 10 lat temu dr Przemysław Nowak, chirurg naczyniowiec.

Nasz szpitalny kolarz jeździł rowerem głównie w Polsce, zna już dokładnie trasy północnej i centralnej części kraju, pozostała jeszcze ta najtrudniejsza, południowa. Pokonał wschodnią i zachodnią ścianą, północne odcinki granic Polski już nie są dla niego straszne.



Doc. Piotr Sosnowski pokonywał także odcinki rowerowe w Holandii, gdzie ten sport jest szczególnie popularny, i wtedy był dumny z tras 40- 50-kilometrowych.

Najdłuższy odcinek przejechał jednak, jak przystało na lekarza – w Polsce, kiedy wybrał się rowerem na Zjazd Radiologów do Lublina! Lublin – Sejny – Koszalin... Malbork kojarzy mu się z trasą 240 km przejechanych w jeden dzień!

Kogo namawia do kolarstwa? Wszystkich w domu i pracy. Córka uprawia sport, ale trochę inny, szermierkę. Być może niedługo, by nie jeździć samemu, będzie mu podczas wędrowek towarzyszył pies, na razie jeszcze mały, ale dający poczucie bezpieczeństwa, przegawny, tzw. „pies na lwy”, czyli *Rhodesian ridgeback*.

O rower doc. Sosnowski troszczy się z konsekwencją, z jaką uprawia sport. Jednak problemem jest pozostawianie roweru na terenie szpitala, w ubiegłym roku sprzed budynku, w którym pracuje przy ul. Długiej, jego rower zniknął. Nie traci jednak ducha, nadal zostawia rower, chociaż już ze specjalnymi zabezpieczeniami, pod oknami swojego gabinetu. I dalej jeździ rowerem, a w tym czasie... słucha muzyki.

Tekst i zdjęcie: Katarzyna Zagórska

Protokół z posiedzenia Komitetu Terapeutycznego

W dniu 20 lipca br. odbyło się posiedzenie Komitetu Terapeutycznego, które prowadził przewodniczący prof. dr hab. Romuald Ochotny.

Po przedstawieniu protokołu z poprzedniego spotkania, dr n. farm. Hanna Jankowiak-Gracz omówiła wydatki na leki, wykorzystanie limitu przez oddziały za okres I-VI 2004 r., zapasy na oddziałach, jak też wydatki na wyroby medyczne przekazywane na oddziały, pracownie i bloki operacyjne za okres I-VI 2004 r. oraz zapasy.

Naczelny Lekarz Szpitala dr n. med. Szczepan Cofta poinformował, że termin prac nad ustaleniem nowych limitów dla oddziałów – propozycji limitów upływa z końcem sierpnia.

Omówiono propozycję powołania nowego organu działającego w strukturze Komitetu Terapeutycznego ds. wyrobów medycznych, który zajmowałby się sprawami dotyczącymi wyrobów medycznych.

Lekarz ds. kontroli zakażeń, dr Tomasz Ozorowski, porównał wydatki na antybiotyki za I półrocze 2003 i 2004 r. oraz zanalizował przyczyny wzrostu wydatków na antybiotyki na oddziale Transplantacji.

Na mocy decyzji Komitetu Terapeutycznego wprowadzono do Receptariusza Szpitalnego następujące leki:

- Trombina amp. – kategoria B;
- Vessel due F – zmiana kategorii z D na kategorię B;
- Bactrim 240 mg/ 5ml 100 ml syrop – kategoria B (dzieci).

Na zakończenie posiedzenia dr n. farm. Hanna Jankowiak-Gracz przedstawiła zasady systemu „unit dose”, czyli dawki na pacjenta. System ten finansowany jest z Ministerstwa Zdrowia i będzie mógł być wprowadzony na 3-4 oddziałach w naszym Szpitalu w 2005 r.

dr n. farm. Hanna Jankowiak-Gracz

APTEKA

Leki z izolatora

(dokończenie ze str. 10-11)

Izolator pełni dwójaką funkcję. Jest głównym narzędziem kontrolnym zapobiegającym narażeniu pracowników na działanie leków cytostatycznych, których znaczna część zaliczana jest do środków niebezpiecznych dla zdrowia, i które mogą również posiadać właściwości kancerogenne. Izolator spełnia również rolę ochrony produktu przed mikrobiologicznym skażeniem podczas przygotowywania leku. Zarówno izolatory ciśnienia dodatniego, jak i ujemnego stanowią systemy zamknięte, opierające się na stałym przepływie prze-filtrowanego powietrza w czasie użycia.

Przekazanie izolatora odbyło się w obecności przedstawicieli francuskiej organizacji Gerpac, zaangażowanej w międzynarodowe prace badawczo-rozwojowe w dziedzinie farmakotechniki.

RS

Roman Dyderski, z-ca Dyrektora ds Technicznych przy izolatorze



Fot. Patrycja Rakowska

Zespół redakcyjny: Zofia Owecka, Katarzyna Zagórska,
Szczepan Cofta, Rafał Staszewski

Wydawca: Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 1
Przemienienia Pańskiego Akademii Medycznej
w Poznaniu; ul. Długa 1/2, 61-848 Poznań

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

Przygotowanie: Wydawnictwo Kontekst
e-mail: wydawnictwo.kontekst@xl.wp.pl

REDAKCJA ZASTRZEGA SOBIE PRAWO DO ZMIANY TYTUŁÓW I SKRACANIA TEKSTÓW