

ISSN 1643-0980

nowiny szpitalne



Szpital: ul. Długa 1/2 • ul. Szamarzewskiego 82/84 • Hospicjum Palium – os. Rusa 25 a

Periodyk informacyjny dla pracowników i przyjaciół Szpitala Klinicznego
Przemienienia Pańskiego Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu

nr 3/4 (60/61) XII rok
czerwiec/listopad 2012

anestezjologia
i intensywna terapia
cud powrotów

- 20 czerwca w budynku Szpitala przy ul. Szamarzewskiego 82/84 odbyły się Warsztaty Onkologiczne. Szkolenie miało na celu upowszechnienie i aktualizację wiedzy, dotyczącej zasad pielęgnacji i stosowania portów naczyniowych.
- 26 czerwca miało miejsce posiedzenie Komitetu Terapeutycznego, pod przewodnictwem prof. dr hab. Romualda Ochotnego, na którym rozpatrzono nowe wnioski na leki i wyroby medyczne.
- 16 lipca odbyła się Rada Medyczna, na której omówiono sytuację ekonomiczną Szpitala oraz jego bieżące problemy.
- Od 16 lipca trwa zbieranie głosów w ramach wyborów na Społecznego Inspektora Pracy w Szpitalu.
- W dniach od 27 sierpnia do 7 września odbyła się kolejna edycja *Elective Course in Oncology for medical students*, zwaną „letnią szkołą onkologii”.
- Z inicjatywy Stowarzyszenia Bono Serviamus, pod patronatem Nowin Szpitalnych, została przeprowadzona akcja „Zasadź swoje drzewo”. W dniach 11-13 września posadzono 74 drzewa w parku na terenie Szpitala przy ul. Szamarzewskiego, część z nich została zadedykowana konkretnym darczyńcom.
- 14 września w obiekcie szpitalnym przy ul. Szamarzewskiego 82/84, przeprowadzono ćwiczenie na temat: *Ewakuacja pacjentów i personelu Szpitala w przypadku powstania zagrożenia*. W ćwiczeniu wzięły udział jednostki Państwowej Straży Pożarnej. *Więcej na str. 10-11.*
- 17 września miała miejsce kolejna Rada Medyczna, na której omówiono m.in. wyniki badań na temat satysfakcji pacjentów, korzystających z usług w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w Szpitalu (*więcej na str. 18-19*), a także analizę zgonów za rok 2011 i bieżące problemy Szpitala.
- 25 września odbył się konkurs na stanowisko Pielęgniarki Oddziałowej Bloku Operacyjnego Chirurgii Naczyń. W wyniku konkursu wybrano panią Hannę Tomczewską, która objęła stanowisko 1 października.
- Od października można korzystać z nowoczesnej strony internetowej Szpitala: www.skpp.edu.pl
- 4 października w Sali Konferencyjnej Centrum Kongresowo-Dydaktycznego przy ul. Przybyszewskiego odbyła się XIII Sesja Naukowo-Szkoleniowa z cyklu *Październik miesiącem profilaktyki raka piersi*, zorganizowana przez prof. dr hab. n. med. Sylwię Grodecką-Gazdecką. Tytułem tegorocznego spotkania były Operacje odtwórcze – element skojarzonego leczenia raka piersi.
- 5 października odbyła się pod przewodnictwem prof. dr hab. Zygmunta Przybylskiego Rada Społeczna. Członkowie Rady zaopiniowali aktualizację planu finansowo-inwestycyjnego na rok 2012, w związku z planami utworzenia operacyjnej sali hybrydowej.
- 12 października, podczas koncertu „W krainie bel canto” w auli UAM, prof. dr hab. Jacek Łuczak otrzymał Europejską Nagrodę Obywatelską, przyznaną przez Parlament Europejski za stworzenie polskiego systemu opieki paliatywnej. *Więcej na str. 6.*
- W dniach 12-13 października odbyła się III Międzynarodowa Konferencja Naukowo-Szkoleniowa *Transplantacja komórek krwiotwórczych w leczeniu ostrych białaczek limfoblastycznych*, zorganizowana przez prof. dr hab. Mieczysława Komarnickiego.
- W dniach 19-20 października na terenie Międzynarodowych Targów Poznańskich odbyło się – pod przewodnictwem prof. dr hab. Stefana Grajka – V Jesienne Spotkanie Kardiologów. Omówiono m.in. takie zagadnienia jak: ciąża u kobiet z chorobami krążenia i wielopoziomowa miazdżyca tętnic – wyzwanie dla medycyny XXI wieku.
- Podczas comiesięcznych spotkań Zespołu ds. Oceny Terapii Niestandardowych, omawiano bieżące wnioski na leczenie naszych pacjentów.
- 12 listopada odbyła się Rada Medyczna, podczas której Dyrekcja omówiła z Lekarzami Kierującymi Oddziałami oraz Kierownikami komórek administracyjnych aktualne problemy.

Numer zamknięto: 12 listopada 2012 r.

Opracowanie:
Magdalena Rzekiecka

Światowe Dni Innowacji

O tym, jak bardzo innowacyjna jest Wielkopolska można było się przekonać, odwiedzając Labirynt Innowacji, w dniach od 24 września do 7 października br., na Placu Adama Mickiewicza w Poznaniu. Do udowodnienia osiągnąć naukowców

Reprezentant

i przedsiębiorstw z regionu w prezentacji wykorzystano nowoczesne sprzęty multimedialne, tablice interaktywne, monitory dotykowe, rzutniki i efekty dźwiękowe.

Stosowane przez naszych lekarzy nowoczesne rozwiązania w dziedzinie medycyny spowodowały, że to właśnie Szpital Kliniczny Przemienienia Pańskiego w dziedzinie medycyny reprezentował Wielkopolskę. Tak trzymać!

Magdalena Rzekiecka



Labirynt Innowacji na Placu Adama Mickiewicza



Innowacyjną Wielkopolskę w dziedzinie medycyny reprezentował nasz Szpital

Fot. Magdalena Rzekiecka

OKIEM DYREKTORA NACZELNEGO SZPITALA

Rok rocznie siadam na galerii w historycznej Auli Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza. Rok rocznie otoczony jestem młodzieżą – teraz już niemalże z całego świata. Widzę radosnych, pełnych życia młodych ludzi w zderzeniu z dostojnością i doświadczeniem znakomitej kadry Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego. Myślę tabula rasa – niezapisana karta kariery naukowej i zawodowej studentów, którzy dopiero zaczynają swoją



Jan Talaga
Dyrektor Naczelny Szpitala

Tabula rasa

przygodę z medycyną. *Vivat Academia! Vivant Professores!*

Za nami uroczysta inauguracja nowego Roku Akademickiego 2012/2013. Wierzę, że ci, którzy dziś zaczynają studia podniosłą immatrykulacją będą godnie reprezentować w przyszłości świat lekarski, wnosząc do niego nowe idee medycznego leczenia i głębokiego humanizmu.

Od października mamy 44 nowych stażystów. Przyjmijmy ich serdecznie w naszym Szpitalu – to oni będą nas leczyć.

Zdjęcia z inauguracji Roku Akademickiego 2012/2013 na stronie 4.

OKIEM NACZELNEGO LEKARZA SZPITALA

Częstym przedmiotem mojej refleksji związanej z życiem naszego Szpitala jest próba odpowiedzi na pytanie, jaki powinien być styl zarządzania? To nurtujące z całą intensywnością pytanie dobrze wpisuje się w łańcuch pokoleń, tworzących od 1823 roku ten Szpital.

Znamy z historii czy otoczenia style zarządzania, które związane są z restrykcjami, unikaniem dyskusji czy autorytarnymi rozwiązaniami. Co dziwne, są one często ukazywane jako style skutecznego zarządzania. Nie ukrywam, że – choć być może skuteczność ich nie jest najgorsza – to jednak one same nie powinny przystawać do specyfiki każdego szpitala, a przede wszystkim klinicznego.

Skuteczność

Ale pozostaje pytanie, jak być skutecznym, nie uznając stylu autorytarnych decyzji i szorstkości wzajemnych relacji jako wzór? Czy jest szansa na drodze dyskusji i nawet swego rodzaju łagodności osiągać dobre efekty? Czy jest to możliwe przy zdecydowanym wielorakim konflikcie interesów, który na różne części rozdziela naszą rzeczywistość?

Powracałem już kilkakrotnie w życiu do lektury Twierdzy Antoine'a de Saint – Exupéry'ego, która zawiera wątki dla mnie pasjonujące. Znajdujemy w niej odniesienie do konieczności budowania wspólnego dobra. Mowa jest o wspólnym wznoszeniu kamieni na budowie katedry. Pisze autor w odniesieniu do przewodzących budowę: *Rzućcie ludziom chleba, a pozabijają się; kaźcie budować wieżę, to staną się braćmi*. Ta myśl powraca często w chwilach szukania zespołowych rozwiązań opartych na konsensusie, które są trudniejsze i okupione koniecznością



Szczepan Cofta
Naczelny Lekarz Szpitala

Mamy szansę budować wieżę

poświęcenia czasu i dyskusją. Ale przecież ciekawsze jest wspólne szukanie rozwiązań niż brutalność jednoosobowych decyzji.

Zdarzają się – wcale nie rzadko – sytuacje, gdy przy podejmowaniu decyzji – w przypadku naruszenia pewnego *status quo* lub przyzwyczaję – powstaje tendencja nie do twórczego rozstrzygania spraw i ich upraszczania, tylko do generowania problemów i mnożenia trudności. Nieraz intensywność i czasochłonność dyskusji stają się – zgodnie z prawem Parkinsona – odwrotnie korelujące z ważnością sprawy. Czyli że parkinsonskie prawidła muszą się sprawdzać?!

Współpraca

Choć z punktu widzenia dyrekcyjnego staramy się – z racji specyfiki szpitala klinicznego – jedynie dyskretnie towarzyszyć i delikatnie moderować działalności poszczególnych oddziałów, akceptując ich różnorodność i ciesząc się z ich bogactw, to jednak jest sporo zagadnień i wyzwań wspólnych, od których zależy

sprawność i siła naszego Szpitala jako całości.

Takimi sprawami są: kontrola zakażeń, której sprostanie wymaga od nas elastyczności; prowadzenie izby przyjęć bądź przyjęć interwencyjnych, wzajemne konsultowanie na miejscu, ale i w częściach odległych Szpitala; gospodarka lekowa, gotowość do służenia pomocą w badaniach endoskopowych; ułatwienia związane z dostępnością do badań obrazowych bądź laboratoryjnych, sprawne rejestrowanie czy umiejętność postępowania w sprawach trudnych, na przykład w rozpatrywaniu zdarzeń niepożądanych, roszczeniowych czy sądowych.

To zadania, których praktyczna realizacja wymaga wewnętrznego ducha gotowości oraz dużej przede wszystkim życzliwości. Nie ukrywam, że zasadniczo najłatwiej jest współpracować z tymi, którzy sami pracą obciążeni są najwięcej.

Komunikacja

Ponadto w zarządzaniu nigdy nie należy skąpić wzajemnej informacji, nawet, gdyby była powtórzona. Przekazywanie jej jest podstawowym warunkiem unikania nieporozumień – tak jak w całym życiu. Oczywiście odbiciem tego lustrzanym jest także umiejętność i gotowość wsłuchiwania się w informację. I jeszcze pozostaje ważne sprecyzowanie i rozdzielność kompetencji, byśmy – przy uchybieniach komunikacji – nie rozwiązywali tych samych problemów, irytując się wzajemnie i tracąc czas.

Jeśli ciągle – jako medycy – jesteśmy w opresji wymogów organizacyjnych, ekonomicznych i prawnych, to ważne jest, by inni w nas mogli ciągle dostrzeżać następców Hipokratesa.

A pole możliwej *współ-pracy* jest w sumie porywające.

Inauguracja roku akademickiego



Fot. Mirosław Baryga



Wykład podczas inauguracji Akcja – regeneracja

Serce człowieka uderza przeciętnie 100 800 razy na dobę. To ogrom pracy. Do tego dochodzą jeszcze schorzenia, jak choćby zawał serca, z którymi musi zmagać się ta cudowna maszyna. Choroby układu krążenia od lat są w pierwszej trójce przyczyn zgonów w Polsce. Znalezienie sposobu na regenerację mięśnia sercowego byłoby ważnym odkryciem w medycynie, przywracającym wielu osobom nadzieję na normalne funkcjonowanie. O roli komórek macierzystych i prowadzonych nad nimi badaniami mówił brawurowo podczas inauguracji roku akademickiego szef kardiologii Szpitala Klinicznego *Przemienienia Pańskiego*, prof. Stefan Grajka.

Od lat prowadzone są badania nad komórkami macierzystymi i ich możliwościami regeneracyjnymi dla innych narządów. Wielokrotnie sprawdzano czy uszkodzone serca da się naprawić, wykorzystując do tego własne komórki macierzyste. Początkowe wyniki eksperymentów medycznych były obiecujące. Opublikowana na łamach *The Lancet* jedna z prac wskazywała na możliwość poprawienia wydolności mięśnia sercowego. W badaniu tym, pacjentom po przebyciu ciężkim zawału serca, wstrzyknięto namnożone komórki macierzyste, obserwując poprawę wydolności serca w porównaniu do grupy kontrolnej. Niestety, jak pokazują doświadczenia innych zespołów, do tego typu formy terapii eksperymentalnej należy podchodzić jeszcze z rezerwą.

Podobne badania prowadził w Poznaniu zespół prof. Stefana Grajka. Naukowcy pobierali komórki macierzyste ze szpiku pacjentów, którzy przeszli zawał serca. Po namnożeniu wszczepiono

je chorym z bliznami w sercu. Wyniki badań, choć dają cień nadziei na przyszłość, dziś nie są optymistyczne dla osób chorych. Komórki macierzyste pobrane ze szpiku poprawiają pracę serca. Niestety, szybko tracą swoje właściwości – wynika z prac zespołu prof. Grajka. Szpikowe komórki macierzyste niewątpliwie potrafią przekazywać impulsy, inicjujące skurcze serca. To ważny atrybut, bo w ten sposób unikamy arytmii. Podstawową trudnością jest jednak czas ich aktywności regeneracyjnych, ograniczony do sześciu miesięcy po podaniu. Choć w porównaniu do grupy kontrolnej, u pacjentów, którym podano komórki macierzyste, wykazano poprawę ukrwienia mięśnia sercowego to wyniki mogą trochę rozczarowywać. Zdaniem prof. Grajka, krótki czas pracy komórek macierzystych może mieć związek z niedokrwieniem mięśnia sercowego, a więc obszaru, w którym powinny najbardziej intensywnie działać.

Nie po raz pierwszy nauka poniosła częściowo klęskę, próbując zmienić coś dla dobra ludzkości – podsumował wystąpienie prof. Grajek. A JM Rektor prof. Jacek Wysocki dodał – *trzeba zatem dbać o serce!*

RS



Brawurowe wystąpienie prof. Stefana Grajka

Fot. Mirosław Baryga

Złoty Laur

Podczas uroczystej inauguracji roku akademickiego 2012/2013 w dniu 3 października prof. dr hab. Stanisław Zapalski, jeden z najwybitniejszych twórców chirurgii naczyniowej w Polsce otrzymał honorowe wyróżnienie Złoty Laur Akademicki Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu.

Prof. dr hab. Stanisław Zapalski jest absolwentem Wydziału Lekarskiego Akademii Medycznej im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu z 1957 r.

W latach 1985-2004 pełnił funkcję Kierownika Kliniki Chirurgii Ogólnej i Naczyń, w latach 1985-1995 był Dyrektorem Instytutu Chirurgii, a w latach 1995-2004 Kierownikiem II Katedry Chirurgii Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu. W latach 1990-1993 był Prodziekanem Wydziału Lekarskiego i członkiem Senatu poznańskiej Uczelni.

Prof. Stanisław Zapalski jest członkiem wielu Towarzystw Naukowych w Polsce i zagranicą. Był założycielem Polskiego Towarzystwa Chirurgii Naczyniowej i Polskiego Towarzystwa Angiologicznego. Oba towarzystwa oraz Towarzystwo Chirurgów Polskich w uznaniu zasług przyznały Profesorowi tytuł członka honorowego. Był sekretarzem naukowym Poznańskich Roczników Medycznych latach 1976-1983, jak również członkiem Komitetów Redakcyjnych Acta Angiologica i Polskiego Przeglądu Chirurgicznego.

Jest laureatem wielu nagród indywidualnych i zespołowych zarówno naukowych, jak i dydaktycznych Rektora naszej Uczelni.

Prowadził badania dotyczące różnych aspektów chorób naczyń obwodowych. Laureat wielu nagród za osiągnięcia naukowe, m.in.: indywidualne i zespołowe nagrody Ministra Zdrowia.

Jest autorem i współautorem 31 rozdziałów książek, ponad 168 pełnotekstowych artykułów i ponad 120 komunikatów zjazdowych.

Promotor 12 doktoratów; recenzent ponad 30 doktoratów, ponad 20 habilitacji i około 20 wniosków profesorskich; recenzent wielu manuskryptów prac nadsyłanych do czasopism naukowych. Zainteresowania: literatura piękna i muzyka.

Odnaczony m.in.: Złotym Krzyżem Zasługi (1978), Krzyżem Kawalerskim (1988), Krzyżem Oficerskim (2001), Orderem Odrodzenia Polski i Odznaką Honorową Miasta Poznania.

Fragmenty uzasadnienia wniosku w sprawie przyznania wyróżnienia prof. dr hab. Stanisławowi Zapalskiemu.

prof. dr hab. Grzegorz Oszkinis
Lekarz Kierujący Oddziałem Chirurgii Ogólnej i Naczyń



Fot. Monika Dudziak

Czuję się zaszczycony...

...otrzymanym najwyższym wyróżnieniem Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu.

Miałem szczęście mieć wybitnych nauczycieli, jakimi byli Prof. Stanisław Nowicki i Prof. Adam Piskorz, a potem kolejne szczęście w doborze wybitnie uzdolnionych i pracowitych uczniów. Wszystko to pozwoliło nam stworzyć liczący się nie tylko w kraju Ośrodek Chirurgii Naczyniowej, co uważam za duży sukces naukowy i leczniczy.

Dlatego wyróżnienie to traktuję nie tylko jako wyraz uznania dla mojej osoby, lecz całego Zespołu, którym miałem zaszczyt i przyjemność kierować przez 19 lat, jako Kierownik Kliniki.

prof. dr hab. Stanisław Zapalski



Fot. Archiwum

Domy profesora Grajka

Kolejna odsłona wystawy „Serce dla serca” – zapoczątkowana wernisażem w 2009 roku – cieszy oko odwiedzających hol Oddziału Kardiologii Szpitala przy ulicy Długiej. Jest to kolekcja dzieł o wspólnej tematyce autorstwa Natalii Sroki, absolwentki Uniwersytetu Artystycznego w Poznaniu. Część pieniędzy ze sprzedaży obrazów trafia do Stowarzyszenia „Serce dla serca”, które przeznacza je na realizację celów statutowych.

MR



Dobrze obrana droga

Profesor Jacek Łuczak – twórca i szef poznańskiego Hospicjum Palium, działającego w ramach Szpitala Klinicznego *Przemienienia Pańskiego* UM w Poznaniu – wyróżniony został Europejską Nagrodą Obywatelską, przyznawaną przez Parlament Europejski. Doceniono jego działalność na rzecz rozwoju opieki paliatywnej w Polsce i poza granicami.

Wręczenie nagrody uświetnił koncert „W krainie bel canto”, którego solistą był rumuński tenor Cosmin Ifrim. W Auli UAM spotkali się przyjaciele, darczyńcy, pracownicy i wolontariusze Hospicjum Palium. Profesor w swej skromności podkreślał, że choć to imienna nagroda, jest nagrodą dla całego zespołu.

Miałam przyjemność być świadkiem tego doniosłego wydarzenia i na długo poniosę w sercu słowa Profesora – nauczyciela i mistrza wszystkich nas, wolontariuszy.

Po koncercie odbyło się spotkanie, które uświetnił swą grą nasz wolontariusz, harfista Michał Zator – nieodłączny towarzysz uroczystości związanych z Hospicjum Palium. Przybyło na nie wielu znamienitych gości.

Wielu z nas miało łzy w oczach, gdy Profesor, w sposób serdeczny i prosty, przemawiał dziękując za nagrodę. Mówił o towarzyszeniu osobom chorym, zaangażowaniu w walkę z bólem, o godności ludzkiej, do której mamy prawo aż po kres życia. Pokazywał, jak wiele my sami otrzymujemy, wspierając takie miejsca jak hospicjum.

Najbardziej wzruszyła mnie skromność Profesora i pewność dobrze obranej drogi. Tak wielkie dzieło mogło wyrosnąć tylko na gruncie głębokiego zaangażowania i wiary w sens działania.

To dzieło będzie rosło nadal, jestem tego pewna.

Agnieszka Kaluga
Wolontariusz Hospicjum Palium



Fot. Archiwum

Zasadź **swoje** drzewo

Serdecznie dziękujemy wszystkim za poparcie inicjatywy: Zasadź swoje drzewo, której patronat objęły Nowiny Szpitalne. Cieszymy się z każdej wpłaty, która wsparła akcję sadzenia drzew.

W dniach 11-13 września br. posadzono w parku szpitalnym przy ul. Szamarzewskiego 74 drzewa, z których część zadedykowaliśmy konkretnym darczyńcom:

- Ewie Kozłowieckiej
- Grażynie Kowarczyk-Wykrętowicz
- Katedrze i Zakładowi Diagnostyki Laboratoryjnej
- Arkadiuszowi Stasiakowi
- Sekcji Energetycznej
- Barbarze Łuczak
- Stowarzyszeniu Wspierania Pulmologii Poznańskiej
- Sekcji Organizacji
- Szczepanowi Cofcie
- Antoniemu Karwackiemu
- Beacie Sypniewskiej
- Laboratorium Mikrobiologii

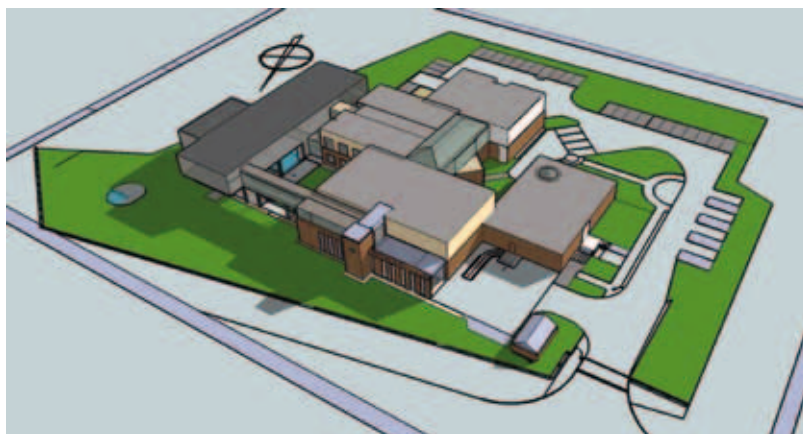


Wielkie wydarzenie!

Budżet obywatelski w Poznaniu to świadome współdecydowanie mieszkańców o wydatkach z budżetu miasta, poprzez zgłaszanie swoich pomysłów, a następnie wybór tych, które w największym stopniu odzwierciedlają ich potrzeby.

W tym roku Hospicjum zgłosiło swój projekt – Rozbudowa Hospicjum Palium warty 1,5 mln zł, który znalazł się w gronie 20 najlepszych propozycji.

Od 29 września do 10 października można było wziąć udział w głosowaniu na najlepsze projekty Poznańskiego Budżetu Obywatelskiego 2013. 15 października okazało się, że szeroka akcja informacyjna, w którą mocno zaangażowali się również nasi wolontariusze zakończyła się sukcesem. W głosowaniu oddanych zostało 19260 ważnych głosów, z których aż 7516 było za projektem rozbudowy. Ponad 39% poparcie pokazało, jak ważna dla mieszkańców Poznania okazała się ta inwestycja. Dzięki przyznanej fundusze nowopowstający oddział nadbudowany nad istniejącą częścią Hospicjum, połączony tunelem i windą z istniejącym oddziałem zostanie kompleksowo wyposażony. Uzyskane 1,5 miliona złotych stanowi gwarancję, że nie zabraknie środków na rozbudowę Hospicjum Palium – Domu Nadziei dla Cierpiących Chorych i ich Bliskich, która właśnie się rozpoczęła.



Dziękuję wszystkim mieszkańcom Poznania, którzy uznali nasz projekt, jako jeden z najistotniejszych w planach Poznania na przyszły rok. To ogromne wyróżnienie i radość. Na pewno nie zawiedziemy Państwa zaufania.

Inwestorem rozbudowy Hospicjum Palium jest Uniwersytet Medyczny.

Dziękuję wszystkim mieszkańcom Poznania, którzy uznali nasz projekt, jako jeden z najistotniejszych w planach Poznania na przyszły rok. To ogromne wyróżnienie i radość. Na pewno nie zawiedziemy Państwa zaufania.

Dziękuję również z całego serca naszym drogim Wolontariuszom za Wielką Pomoc. Motyli Wolontariat jeszcze raz dał dowód swojej solidarności z naszymi cierpiącymi Siostrami i Braciami w wielkim wspólnym działaniu dla ich dobra.

Zarówno podczas wywiadów do mediów, jak i wizyty u Pana Prezydenta Ryszarda Grobelnego, złożonej wspólnie z Panem Rektorem UM prof. dr hab. Jackiem Wysockim oraz na co tygodniowym spotkaniu z Zespołem Hospicjum Palium wyrażałem swoją wdzięczność dla Waszych bezinteresownych, z pasją prowadzonych akcji pozyskiwania głosów mieszkańców Poznania. Nie kryłem także, że jestem z Was dumny, jak bardzo przysłużyliście się tej wielkiej sprawie.

Z wyrazami szacunku, poważania i z serdecznością

prof. dr hab. Jacek Łuczak
Lekarz Kierujący Hospicjum Palium



Fot. Beata Syniewska

Każdy z nich w podziękowaniu został uwieczniony na tabliczce umieszczonej przy konkretnym drzewie.

Wrześniowe sadzenie drzew to początek działań, wynikających z konieczności rekompensaty ubytku w zadrzewieniu za usunięcie 6 drzew z terenu pod budowę skrzydła Szpitala przy ul. Szamarzewskiego, w którym obecnie mieszczą się Poradnie Specjalistyczne. Szpital został zobowiązany Decyzją OS.III/76391-683/10 do posadzenia 74 drzew do 29 lipca 2013 roku.

Za rok w tym samym okresie czeka nas sadzenie kolejnych 18 drzew. Jednocześnie już dziś zapraszamy do śledzenia komunikatów i włączania się w dobre inicjatywy.

Redakcja

Nie idę na skróty

Z mgr Anną Głowacką, Naczelną Pielęgniarką Szpitala, rozmawia Magdalena Rzekiecka.

Minęły już cztery miesiące od kiedy objęła Pani stanowisko Naczelnej Pielęgniarki Szpitala. Proszę opowiedzieć o pierwszych wrażeniach.

Cieszy mnie wspaniały zespół profesjonalistów, który została Pani Naczelna, mgr Dorota Liczbańska. Co więcej, czuję ogromną życzliwość w każdym miejscu Szpitala, w jakim się znajduję – dodaje mi to siły, pewności i stwarza bardzo dogodne warunki do działania.

Jaką drogę zawodową Pani przeszła?

Żeby służyć szerokiej grupie osób w naszej grupie zawodowej, myślę o pielęgniarkach, trzeba poznać pracę na każdym etapie. Taka też była moja droga.

Całą praktykę zawodową poświęciłam chorym, których życie było zagrożone. Moje marzenia były inne. Chciałam pracować na Oddziale Chirurgii, na sali operacyjnej. Los sprawił, że znalazłam się w Klinice Onkologii – pewnie tak miało być. Prawie 10 lat pracowałam jako Pielęgniarka Odcinkowa na Oddziale Chemioterapii naszego Szpitala. Już na tym etapie zaczęłam jeździć do domów pacjentów objętych opieką paliatywną. Od 1991 roku zaczęłam pracować na Oddziale Medycyny Paliatywnej, gdzie powierzono mi funkcję Pielęgniarki Oddziałowej. Był to pierwszy taki oddział w Polsce, więc wiązało się to z ogromnym wyzwaniem. Moje działania były bardzo intuicyjne. Pod opieką Pana Profesora Jacka Łuczaka, z zespołem koleżanek pielęgniarek i lekarzy, dążyliśmy do opracowania standardów opieki nad chorym u kresu życia. Z czasem mogliśmy dzielić się swoją wiedzą i doświadczeniem z innymi. Tak minęło 20 lat na Oddziale Medycyny Paliatywnej. Jednocześnie w latach 2000-2008 pracowałam w Wielkopolskim Hospicjum dla Dzieci w Poznaniu.

W międzyczasie zajmowałam się pracą dydaktyczną. Przez 10 lat, jako zespół z Kliniki Medycyny Paliatywnej, jeździliśmy po całej Polsce, by dzielić się doświadczeniem w sprawowaniu opieki nad chorym umierającym i jego rodziną.

Przychodzi Pani rano do pracy i ...

... każdy dzień jest inny. Są dni bardzo intensywne, kiedy mam ochotę rozdzielić się na kilka cząsteczek i rozesłać w te miejsca, gdzie jestem oczekiwana. Są też dni spokojniejsze, kiedy mogę usiąść w biurze i porozmawiać z każdą osobą, która tego potrzebuje.

Dzień rozpoczynam od kontaktu z najbardziej newralgicznymi miejscami w naszym Szpitalu np. Centralną Sterylizatornią, Blokami Operacyjnymi, Rejestracją Poradni oraz Pielęgniarkami Epidemiologicznymi. Później zaczynają się telefony, problemy które trzeba rozwiązać, miejsca do których trzeba pojechać. Mam też sporo pracy administracyjnej oraz rozmów z dużą liczbą osób, które przychodzą nie tylko z problemami zawodowymi.

Byłam świadkiem Pani rozmowy z pacjentem, któremu pomagała się Pani zapisać do poradni.

Zadzwoił starszy pan. Miał skierowanie do jednej z naszych poradni, ale nie mógł się dodzwonić do rejestracji. Był zdenerwowany. Dzięki przychylności Pań rejestratorek pomogłam, a następnie wysłuchałam cierpliwie. Pan miał ogromną potrzebę podzielenia się emocjami. Rozmowa zakończyła się bardzo spokojnie, dała pacjentowi poczucie bezpieczeństwa.

Długoletnia praktyka w Hospicjum Paliu zapewne jakoś szczególnie wpłynęła na Pani podejście do życia...

Dzięki naszym chorym w Hospicjum poznałam wiele najtrudniejszych aspektów życia ciężko chorego człowieka. Wiem, co to znaczy ciężko pracować zarówno fizycznie, jak i z ogromnymi obciążeniami emocjonalnymi. Przez wiele lat pracowałam w Wielkopolskim Hospicjum dla Dzieci – poznałam co to nieuleczalna choroba i śmierć dziecka. Te doświadczenia

pozwalają mi zachować optymizm nawet w bardzo skomplikowanych sytuacjach.

Co obecnie daje Pani w pracy największą satysfakcję, a co jest najtrudniejsze?

Obecnie wszystko jest dla mnie nowe i jest wyzwaniem. Czuję się bardzo potrzebna. Staram się pomagać wszystkim, którzy mojego wsparcia potrzebują. Cieszy mnie każdy pozytywnie rozwiązany problem. Myślę, że prawdziwe trudności są jeszcze przede mną. Na tę chwilę mój dyskomfort powoduje to, że niektórych problemów nie mogę rozwiązać z powodów ekonomicznych.

Czym jest dla Pani pielęgniarstwo?

Nie zostałam pielęgniarką z powołania, to był zupełny przypadek. Gdybym teraz miała dokonać wyboru, ten choć świadomy, byłby taki sam.

Pielęgniarstwo jest służbą. Zaangażowanie w nią daje poczucie spełnienia. Nie jest to droga dla wszystkich, którzy zdobywają ten zawód. Niekiedy poczucie powołania, po konfrontacji z rzeczywistością, okazuje się złudne. Niestety w polskim systemie edukacji pielęgniarek nie uwzględnia się kryteriów przydatności do tego zawodu.

Zatem jakie cechy powinna posiadać osoba, która wybiera pielęgniarstwo?

Empatyczna. Nie zapomnę słów mojej Naczelnej pani mgr Doroty Liczbańskiej, gdy przyjmując mnie do pracy, powiedziała: Traktuj swojego pacjenta tak, jakbyś chciała, żeby traktowano ciebie, kiedy będziesz chora. To jest podstawa, na której dopiero można budować dobre pielęgniarstwo.

Pielęgniarka powinna mieć także „głód” zdobywania wiedzy. W naukach medycznych jest szalony postęp, a i oczekiwa-



Fot. Mirosław Baryga

nia pacjentów rosną. Musimy się kształcić – nie tylko w formie zorganizowanych szkoleń. Praca pielęgniarki nie może opierać się na „odpracowaniu” dyżuru – mamy obowiązek poszerzania wiedzy na bieżąco. Wszystko po to, by zapewnić bezpieczeństwo naszym pacjentom.

Jakie są Pielęgniarki i Pielęgniarze naszego Szpitala?

To wspaniały, profesjonalny zespół. Mistrzynię i mistrzowie sztuki pielęgniarskiej. Osoby, bardzo otwarte i życzliwe, czego doświadczyłam w trakcie rozwiązywania problemów organizacyjnych i sytuacji konfliktowych.

Co chciałaby Pani zrealizować, jakie cele osiągnąć jako Naczelną Pielęgniarkę Szpitala?

Moim zamysłem jest wsparcie pracy pielęgniarek pomocą wolontariuszy. Nie będzie to proces łatwy i szybki. Wymaga to przygotowania odpowiedniej grupy osób, która mogłaby pomagać w opiece nad chorymi na oddziałach naszego Szpitala. To także przygotowanie personelu medycznego do współpracy z wolontariuszami.

Poza tym planuję wprowadzić na oddziały opiekunów medycznych. Jest to grupa zawodowa profesjonalnie przygotowana do bezpośredniego asystowania pielęgniarkom. Uważam, że może to być zwrotem w kierunku hierarchizacji w zawodach medycznych. Realizacja tego zamierzenia usprawni pracę pielęgniarek i pozwoli zapewnić wyższą jakość opieki nad pacjentami naszego Szpitala.

Pielęgniarstwo jest służbą. Zaangażowanie w nią daje poczucie spełnienia. Nie jest to droga dla wszystkich. Niekiedy poczucie powołania, po konfrontacji z rzeczywistością, okazuje się złudne.

Zależy mi także na kontynuacji wspierania intensywnego kształcenia zawodowego i podyplomowego pielęgniarek.

Pełni Pani funkcję Konsultanta Wojewódzkiego w dziedzinie Pielęgniarstwa Opieki Paliatywnej. Z czym się to wiąże?

Jest to funkcja, która została mi powierzona przez Wojewodę Wielkopolskiego w lipcu bieżącego roku. Wiąże się on ze wsparciem dla wszystkich pielęgniarek i pielęgniarzy w województwie wielkopolskim, którzy pracują w zespołach opieki paliatywnej. Jest to funkcja doradcza i kontrolna. Moim zadaniem jest rozpoznanie problemów tego środowiska w naszym regionie i pomoc w ich rozwiązaniu. To kolejne ogromne wyzwanie.

Czym zajmuje się Pani w wolnych chwilach?

Przez całe lata moją pasją była praca zawodowa. Dużo pracowałam w domach pacjentów. Przygotowywanie się do zajęć dydaktycznych pochłaniało resztę mojego wolnego czasu. Właściwie nie miałam czasu na pozazawodowe zainteresowania. Obecnie, choć częściowo zmienił się charakter mojej pracy, niewiele się zmieniło.

W bardzo okrojonym wolnym czasie lubię spotykać się z przyjaciółmi, trochę spełniam się kulinarnie, urlopy spędzam podróżując. Wiem, że kiedy wreszcie będę miała dużo czasu wolnego nie będę się nudziła – pomysł z pewnością zrodzi się na bieżąco. ●

W przypadku zagrożenia

W dniu 14 września br. w obiekcie szpitalnym przy ul. Szamarzewskiego odbyło się szkolenie „Ewakuacja pacjentów i personelu Szpitala w przypadku powstania zagrożenia”, w którym wzięli udział kierownicy komórek organizacyjnych.

Ćwiczenie zostało przeprowadzone w dwóch etapach. Podczas pierwszej części, na dziedzińcu między budynkami na terenie szpitalnego obiektu Jednostka Ratowniczo-Gaśnicza nr 2 w Poznaniu pokazała, jak w przypadku pożaru przebiegałaby akcja gaśnicza i ewakuacja pacjentów. W drugiej części szkolenia podczas zajęć teoretycznych uczestnicy zapoznali się z tematem bezpieczeństwa pożarowego oraz warunkami i sposobami prowadzenia ewakuacji w przypadku powstania zagrożenia.

Redakcja

bądź na bieżąco

korzystaj z nowej strony www



Szpital Kliniczny Przemienienia Pańskiego
Uniwersytetu Medycznego im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu

Szpital tradycji
Salus aegroti, educatio

SZPITAL Dla pacjenta Dla pracowników Dla profesjonalistów Badania Kliniczne



precyzja, bogactwo

Szybki kontakt 61 854 90 00 61 852 94 72 szpital@skpp.edu.pl

skpp.edu.pl



Fot. Monika Dudziak

Nabywanie umiejętności

Obowiązek organizowania i przeprowadzania ćwiczeń z ewakuacji nakłada ustawa o ochronie przeciwpożarowej i dotyczy wszystkich właścicieli, zarządców lub użytkowników budynków. Ważność realizacji takich przedsięwzięć wynika głównie z charakteru obiektów, jakimi są szpitale, ale też mają na celu nabycie praktycznych umiejętności w kierowaniu ewakuacją przez kierowniczy personel Szpitala.

W czasie ćwiczeń, biorący w nich udział, mogą ponadto nauczyć się procedur podczas różnego rodzaju zagrożeń jak: pożar, podłożenie ładunku wybuchowego lub substancji trującej czy też awarii elementów infrastruktury. Systematyczne szkolenie i ćwiczenia powinny utrwalić u uczestników wiedzę w zakresie postępowania podczas zdarzeń kryzysowych.

Tegoroczne ćwiczenie było trzecim z kolei tego typu przedsięwzięciem, ale po raz pierwszy z udziałem strażaków z Państwowej Straży Pożarnej. W założeniu, jako zagrożenie, przyjęto powstanie pożaru na Oddziale Chirurgii Onkologicznej. Ćwiczenie przebiegło sprawnie i pokazało dynamikę działań służb ratowniczych, w tym również pracowników oddziału oraz formacji obrony cywilnej Szpitala.

Następne ćwiczenie przeprowadzone zostanie za dwa lata. Częstotliwość ta wynika z obowiązujących przepisów o ochronie przeciwpożarowej. W przyszłości należałoby poprawić frekwencję, by nie była naszym „słabym punktem”.

mgr inż. Stanisław Nizio

Pełnomocnik ds. Ochrony Informacji Niejawnych



ewakuacja
pacjentów
i personelu



W ogrodzie szpitalnej historii

lek. med. Halina Bogusz

Czy lubicie Państwo spacerować? W obecnym czasie jesiennym są szczególnie polecane. Warto nie stracić kondycji przed zimą i jeszcze, choć odrobinę, pograć się w nieuchronnie błędnym stołcu...

Proponuję zatem spacer w przeszłość, z teczką archiwalnych dokumentów pod pachą. Wejdźmy najpierw na wzgórze. Stoimy nad Wisłą i porośniętymi zielenią terasami wspinamy się ku ceglany budowlom, w których mieścił się niegdyś krzyżacki zamek – chełmiński.

Chełmińskie wzgórze

Wbrew pozorom, to nie tylko reminiscencje z letnich wędrówek, ale także podróż do szpitalnej historii... Siostry Miłosierdzia św. Wincentego a'Paulo ujrzały ten widok po raz pierwszy w 1694 roku. Wtedy to rozpoczęły swoją misję na ziemi chełmińskiej. Przeszło sto lat później, w 1822 roku po kasacie, zamieszkały w budynkach skasowanego przez władze zaborcze klasztoru benedyktynek (przedtem krzyżackiego zamku), słynącego pamięcią jednej z sióstr, Marii Mortęskiej, która po trudnych czasach reformacji odnowiła katolicką wiarę na tej ziemi. Krypta z jej ciałem do dziś mieści się na terenie klasztoru, jej proces beatyfikacyjny przerwały zawieruchy dziejowe.

Misja – edukacja i opieka nad chorymi

Na stromym wsiłanym zboczu, obok zabudowań klasztornych, wznosi się także kościół i szpital, niedaleko inne gotyckie świątynie, ze strzelistymi wieżami, sklepieniami, dające świadectwo ważności tej ziemi w okresie późnego średniowiecza.

To tutaj przeniesiono z Poznania stolicę Prowincji Sióstr Miłosierdzia w 1863 roku. Zdania historyków nie są zgodne, co do motywów tej decyzji: jedni tłumaczą ją represyjną, antypolską polityką zaborców i chęcią zmniejszenia znaczenia zgromadzenia, inni podkreślają, że obszerne zabudowania klasztorne mogły pomieścić rosnącą liczbę nowicjuszek (siedziba prowincji była także miejscem nowicjatu). XIX wiek był bowiem świadkiem wielkiego rozwoju zgromadzenia i powstawania coraz to nowych dzieł edukacji i opieki nad chorymi.

Kobiety wykształcone

Warto podkreślić, że zgromadzenie sióstr pełniło także niezwykle ważną funkcję kształcenia przyszłych pielęgniarek i nauczy-

cielek. Większość wstępujących ówczesznie dziewcząt pochodziła z warstw chłopskich i dzięki zgromadzeniu otrzymywały wykształcenie. Od 1895 roku regularnie raz w Poznaniu, raz w Chełmnie prowadzone były roczne kursy pielęgniarstwa, kończone egzaminem państwowym. Działalność kontynuowano w okresie międzywojennym w Poznaniu.

Założycielką i pierwszą przełożoną prowincji powstałej na ziemiach zaboru pruskiego była siostra Filipina Studzińska – kobieta niezwykle zasłużona dla polskiej medycyny i farmacji – pierwsza kobieta w Polsce, która zdobyła dyplom magistra farmacji (na Uniwersytecie Jagiellońskim). Po przeniesieniu stolicy prowincji do Chełmna Siostra Filipina została w Poznaniu, jako przełożona domu. 29 maja 1877 r. zmarła, żegnana z ogromną miłością przez współsiostry.

W klasztornym archiwum Chełmno do dziś pozostało centrum prowincji i to stąd można wybrać się na spacer w przeszłość, studiując, w zaciszu klasztorного archiwum, stare dokumenty Szpitala. Odkrywamy je z siostrą Anną, strzegącą starych ksiąg zgromadzenia. Na delikatnych, tyle razy przeglądanych kartach spostrzegamy autografy starych znajomych z historii Szpitala – siostry Petroneli Pyrzanowskiej, wielkiego przyjaciela i dobroczyńcy domu

– Edwarda Raczyńskiego i jego listy ujawniające zamiar „zaprowadzenia wody” w Instytucie. Spotykamy wzmianki o złotym wieku Szpitala (ostatnie dziesięciolecie XIX wieku), kiedy to zmiany godne rozwoju nowoczesnej chirurgii ówczesnej doby wprowadzał w nim dr Ignacy Zielewicz, chirurg i propagator znieczulenia ogólnego, znany poznański społecznik i aktywny członek Poznańskiego Towarzystwa Przyjaciół Nauk.



Fot. Halina Bogusz

Chełmno do dziś pozostało centrum prowincji i to stąd można wybrać się na spacer w przeszłość, studiując, w zaciszu klasztorного archiwum, stare dokumenty. Na delikatnych, tyle razy przeglądanych kartach spostrzegamy autografy starych znajomych z historii Szpitala.

Wycyrklować na kolację

Ten kto po raz pierwszy odwiedza szpitalną bibliotekę dziwi się jej wystroju. Uwagę zwracają przede wszystkim ornamenty roślinne namalowane zapomnianą ręką na starej boazerii. Pani mgr Barbara Paul, Kierownik Biblioteki Naukowej i Beletrystycznej, tłumaczy wtedy, że w miejscu, gdzie dziś wypożycza się książki i przegląda czasopisma – niegdyś jadało się posiłki.

Wszyscy się znaliśmy

– Czas spędzany w ówczesnej stołówce wspominam bardzo miło. Pamiętam, że wszyscy dyżurni Szpitala schodzili się na kolację i przy okazji wymieniali poglądy na wszelkie tematy: chorych, polityki, ekonomii czy po prostu życia – mówi profesor Stefan Grajek, Lekarz Kierujący Oddziałem Kardiologii. Wszyscy się wtedy znaliśmy, integracja wśród lekarzy była znacznie większa niż dzisiaj. Wspólne posiłki temu sprzyjały – dodaje. Pamiętam, że do stołówki przychodzili: profesor Stanisław Zapalski, doktorzy Andrzej Ciszewski, Feliks Popiel i Witold Podstawski. Pani Barbara Paul wymienia także profesorów Eugeniusza Simona i Stanisława Mondelskiego.

Stałym bywalcem szpitalnej jadalni był również profesor Andrzej Tykarski, dziś Lekarz Kierujący Oddziałem Hipertensjo-

logii i Angiologii. Przypomina sobie obiad jedzony o godzinie 13 i kolację o 18. – Spotykali się tam wszyscy, od stażystów po lekarzy i profesorów, którzy sporadycznie też dyżurowali – wspomina. – Na ogół panowała tam bardzo przyjemna atmosfera. Dodatkowo posiłki przydawały się do ustalania ewentualnych konsultacji. – Wiadomo było, że dyżurny chirurg tak wycyrkuje popołudniowe zabiegi, że będzie na kolacji, skąd można było go ściągnąć do Izby Przyjąć czy na oddział, żeby zobaczył pacjenta – tłumaczy.

Pomór w Manieczkach

Profesor Stefan Grajek zapytany o menu – odpowiada, że nie pamięta. Podkreśla jednak, że nie to było najważniejsze, a panujący w jadalni wesoły, przyjazny klimat. – Najbardziej utkwiły mi w pamięci dowcipy profesora Stanisława Zapalskiego z jego praktyki. Zawsze lubiłem mieć z nim dyżur. Wspominam też zabawnych chirurgów. Zaznacza, że są to wspomnienia sprzed 40 lat, a jednak wciąż żywe. Żałuje tylko, że nie pamięta więcej szczegółów.

Pani mgr Barbara Paul do dziś uśmiecha się na myśl powiedzenia pani mgr Danuty Warchołowskiej – ówczesnej Kierownik Apteki. – To była osoba bardzo lubiana, z dużym poczuciem humoru. Gdy na obiad podawano danie z drobiu żartowała: o, pomór w Manieczkach! (W Manieczkach znajdował się słynny na całą Polskę kombinat PGR – przyp. red.).

Codziennie rano wywieszano na drzwiach stołówki jadłospis. Zawsze było pierwsze i drugie danie, a w szklankach-musztardówkach kompot. – Bardzo często serwowano zupę jarzynową. Przyrządzano ją na mięsie wołowym, bez dużej ilości warzyw, za to z pływającymi kawałkami wołowiny. Po polsku 'eintopf' – opisuje pani Barbara.

Pan mgr Stanisław Paradowski, wieloletni Kierownik Pracowni Nuklearnej, wspomina tak: Jadłospis nie był wyszukany, zbliżony do obiadów domowych. Wyznaczał się pewną cyklicznością. Przykładowo w czwartki był tradycyjny schaboszczak z ka-

пустą, w piątki danie postne: przykładowo śledzie w śmietanie, naleśniki. Ponadto zawsze zupa i deser: kisiel, ciastko czy jabłko – wymienia. Dodaje także: Co do walerów smakowych serwowanych dań, to nie spotkałem się, może z kilkoma wyjątkami, by ktoś miał powody do narzekania. Panowało przekonanie, że narzekają ci, którzy w domu jedzą znacznie gorzej – zaznacza.

Pamiętki z poprzedniej epoki

Szpitalna stołówka funkcjonowała w latach 70 i pierwszej połowie lat 80. Przeznaczenie miejsca zmieniło się około roku 1986, kiedy to przeniesiono tam bibliotekę. Obyło się bez generalnego remontu, dlatego oprócz ornamentów roślinnych zachowały się także inne pamiątki z poprzedniej epoki. Dzisiejszy zlewozmywak zastępuje okienko do wydawania posiłków. Podobnie zniszczony już parkiet i oświetlenie to relikty przeszłości. Właśnie dlatego, jak podkreśla pani Barbara Paul – Biblioteczka po prostu należy się remont.

– Tęsknię za tą stołówką, tak jak tęskni się za swoją młodością – podsumowuje sentymalnie profesor Andrzej Tykarski – a podczas wizyt w bibliotece wszystko się przypomina.

Tekst i zdjęcia
Magdalena Rzekiecka



Panowało przekonanie, że narzekają ci, którzy w domu jedzą znacznie gorzej – wspomina mgr Stanisław Paradowski



Podczas wizyt w bibliotece przypomina się dawna stołówka – mówi profesor Andrzej Tykarski

Z czym do kogo

O tym, że szpitalna stołówka niezupełnie działała w oparciu o rachunek ekonomiczny świadczy pewna sytuacja, która czegoś mnie nauczyła.

Pewne urządzenie w naszej Pracowni było serwisowane przez specjalistów z Czechosłowacji, którym pracodawca zwracał koszt hotelu, zaś sprawę żywienia pozostawił ich zaradności. Z polecenia kierownika poszedłem do pani Dy-

rektor do spraw Ekonomicznych, prosząc o możliwość wykupienia bonów obiadowych na dwa dni. Pani Dyrektor przytomnie zapytała, kiedy dowiedziałem się o przyjeździe ekipy serwisowej. Jako człowiek prawdziwemu odpowiedziałem, że dwa tygodnie temu. W zamian usłyszałem, że w tej sytuacji nic już nie da się zrobić.

Niezrażony wróciłem do okienka i opowiedziałem pani wydającej obiady o efekcie

moich starań. Usłyszałem słowa, które pamiętam do dziś: – Ale pan naiwny! Po co pan w ogóle poszedł do Dyrektorki? Od razu trzeba było przyjść do mnie.

Otrzymałem cenną naukę, że nie zawsze w sprawach mniej istotnych należy niepokoić władze, które jak wiadomo mają na głowie zawsze tylko bardzo ważne sprawy.

mgr Stanisław Paradowski

Nie wpaść w pułapkę

Z dr hab. Pawłem Sobczyńskim, Lekarzem Kierującym Oddziałem Anestezjologii i Intensywnej Terapii A, o sposobie postrzegania anestezjologii i intensywnej terapii rozmawia Monika Dudziak.

Dlaczego anestezjologia?

Bardzo często uzasadnieniem takiego wyboru bywa utożsamienie się lekarza z kimś, kogo można by nazwać „komandosem medycyny”, który przeciera nowe szlaki. Ja patrzę na to nieco inaczej, dlatego, że nie uważam anestezjologii i intensywnej terapii za dziedzinę bardzo młodą. Z perspektywy historii medycyny oficjalne narodziny specjalności to tak naprawdę rok 1846 i w tym sensie jestem spadkobiercą myśli i działań kilku pokoleń. Mimo iż lekarze nie byli kwalifikowanymi anestezjologami, bo jeszcze ta specjalność tak się nie nazywała, to jednak opieka nad pacjentem w okresie okołoperacyjnym miała już miejsce i historia Szpitala w sposób oczywisty o tym mówi.

W przypadku anestezjologii określenie „szpital tradycyjny i innowacyjny” doskonale się sprawdza.

Anestezjologiczna ścieżka zawodowa...

Okres stażu i wczesnego szkolenia podyplomowego w anestezjologii odbyłem w Szpitalu w Szamotułach, skąd przeniósłem się do Poznania pod koniec roku 1988 r. wówczas jako asystent Państwowego Szpitala Klinicznego. Od 1992 r. równolegle rozpocząłem pracę na Uniwersytecie Medycznym pod pieczęcią prof. Romana Szulca. Pracę doktorską obroniłem w 1994 r., habilitacyjną w 2002 r., a Kierownikiem Kliniki i Ordynatorem Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii jestem od 2006 roku.

Wspomniał Pan o prof. Romanie Szulcu – jakim był szefem?

Był mentorem oraz nauczycielem i w jakimś stopniu pozostaje nim do dzisiaj. Wydaje mi się, że najważniejszym rysem jego osobowości, jako szefa było przywiązywanie szczególnej wagi do traktowania Oddziału, jako jednostki uniwersyteckiej. Profesor zawsze powtarzał: *Jesteście Państwo w Klinice Uniwersyteckiej, a to zobowiązuje*. Pokolenie, które reprezentuje, stworzyło w Polsce anestezjologię akademicką i to zdecydowało o tym, że nasza specjalność ma nowoczesny kształt dzisiaj, tzn. posiada wykształconych ludzi, dysponuje nowoczesnym aparatem naukowym. Tak nie było jeszcze 20 lat temu. Współczesny anestezjolog może rzeczywiście o sobie powiedzieć, że jest kształcony według najnowszych europejskich standardów.

Profesor Szulc jest osobą, która automatycznie tworzy dystans, bez potrzeby podkreślania swojej pozycji i to jest również bardzo duża cecha jego charakteru, która doskonale porządkuje ludzi. Jest wiele dobrych cech szefa, które posiada, ale chyba najlepszą z nich jest nieubłagana konsekwencja w dążeniu do celu. Na przekór trudnym czasom, kierowaną przez siebie klinikę udało mu się wynieść na wyżyny w owych czasach niespotykane. To jest dziedzictwo, któremu nasz Szpital sporo zawdzięcza.

Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii ma inne przeznaczenie niż hospicjum – tutaj sposób myślenia jest inny. Śmiertelność na oddziale wynosi ok. 20%, my jednak patrzymy na te 80% pacjentów, którzy z walki o życie wychodzą zwycięsko.

Specyfika Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii

Czasem Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii nazywany jest szpitalem szpitala i to w skrócie najlepsza jego definicja. Najtrafniejsza natomiast charakterystyka oddziału jest taka, że nie leczy on ludzi według rozpoznania, tylko ciężkości choroby. Jedynym faktem niedomagania wielu narządów, w sposób potencjalnie odwracalny decyduje o tym, że pacjenci są na niego przyjmowani.

Przeważnie leczymy pacjentów z niewydolnością wielu narządów, także niewydolnych oddechowo. Wyjątkowe w intensywnej terapii jest to, że zajmuje się ona wydobywaniem najlepszych rezerw z pacjenta, który jest w krytycznym stanie, żeby mógł przetrwać kolejne zabiegi i uruchomić potencjał do wyzdrowienia.

Sytuacje skrajne to chleb powszedni anestezjologa.

To co jest stresujące w pracy na naszym oddziale, to olbrzymia dynamika działań. Profesor Roman Szulc zawsze mówi: *qui cito dat, bis dat* (kto szybko daje, dwa razy daje) i to właśnie z tej zasady wynika stres.

W moim przekonaniu natomiast stres nie wynika z tego, że na oddziale tak znacząca liczba pacjentów umiera. Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii ma inne przeznaczenie niż hospicjum – tutaj sposób myślenia jest inny. Śmiertelność na oddziale wynosi ok. 20%, my jednak patrzymy na te 80% pacjentów, którzy z walki o życie wychodzą zwycięsko.

Na Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii sprawy mają być odwracalne i to nawet w sytuacji, w której chory ma niepomysłne rokowanie. Ciężki nowotwór, z którym walczy pacjent

nie przekreśla jego szansy na życie i taka jest współczesna filozofia.

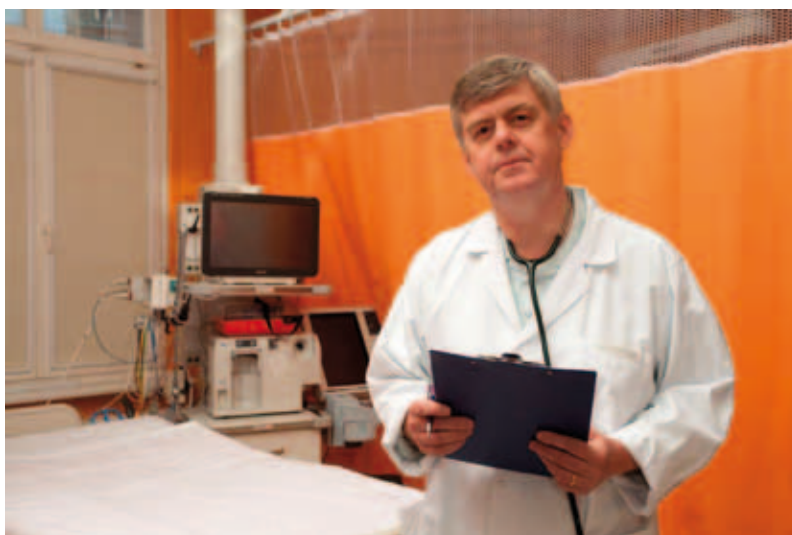
To znaczy, że wierzyć w cuda?

Zdarzają się rzeczy, które trudno racjonalnie wytłumaczyć. Często zastanawiamy się, w jaki sposób dany pacjent, w tak krytycznym stanie wyzdrowiał; w sytuacji, w której zespół leczący „złożył broń” – wycofał się z techniki intensywnej terapii i stosuje już tylko leczenie paliatywne. Takie spektakularne przypadki wielokrotnie miały miejsce w historii tego oddziału. Niewiarygodne, by pacjent będący w przetrwałym stanie wegetatywnym wyszedł z oddziału na własnych nogach, a jednak tutaj się to zdarza.

Często jednak cud się nie zdarza i nie ma już nic do zrobienia. Jaka jest recepta na taką lekarską bezsilność?

To jest najbardziej obciążająca psychikę postawa – świadomość wśród ludzi, którzy tutaj pracują, że mija czas, czasami wiele tygodni i nie ma dobrego pomysłu na to, żeby z takiej

go zdrowotnego zakrętu, w przebiegu krytycznej choroby, pacjenta wyprowadzić. Jeżeli istnieje w ogóle szczególna rola ordynatora na takim



Fot. Mirosław Baryga

Sukcesy i pokora

Doktor Krzysztof Bieda związany jest ze Szpitalem Klinicznym Przemienienia Pańskiego od 1999 roku, kiedy to bezpośrednio po zakończeniu stażu podyplomowego podjął pracę w I Klinice Anestezjologii i Intensywnej Terapii. Od 1 stycznia bieżącego roku pełni obowiązki Lekarza Kierującego Oddziałem Anestezjologii i Intensywnej Terapii w obiekcie szpitalnym przy ul. Szamarzewskiego.

Z dr n. med. Krzysztofem Biedą, anestezjologiem, rozmawia Magdalena Rzekiecka.

Wyzwania stojące przed Oddziałem...

... w całości zawierają się w dążeniu, by Oddział godnie reprezentował nasz Szpital i dobrze wpisał się w chlubną tradycję anestezjologii poznańskiej.

Specyfika pracy na Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii polega na...

... interdyscyplinarności, zespołowości. Na jednostkowy „sukces terapeutyczny” pracuje w dosłownym



Fot. Mirosław Baryga

tego słowa znaczeniu cały Zespół.

Dobry anestezjolog to...

... lekarz, który posiada dużo pokory, umiejętność współpracy ze specjalistami z innych dziedzin oraz zdolność łączenia wiedzy z zakresu ich dziedzin z aktualnym stanem wiedzy z intensywnej terapii czy też anestezjologii.

Mówię „pacjent” – myślę...

... jak sam chciałbym być traktowany, będąc na jego miejscu. ●

Dobre przygotowanie

Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii w obiekcie szpitalnym przy ul. Szamarzewskiego (OITS) rozpoczął swoją działalność w styczniu 2012 roku.

Realizacja zamiaru mającego na celu wzmocnienie onkologii klinicznej o oddział intensywnej terapii możliwa była dzięki funduszom pozyskanym z Ministerstwa Zdrowia na rozbudowę obiektu szpitalnego przy ulicy Szamarzewskiego. Wówczas to w planie inwestycji, którą realizował Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, a która uwzględniała przeniesienie Oddziałów Onkologicznych wraz z Blokiem Operacyjnym z budynku przy ulicy Łąkowej, pojawił się Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii dedykowany chorym leczonym w tymże budynku.

W odpowiedzi na potrzeby

Powstał on zatem w dominującej części w odpowiedzi na potrzeby chorych onkologicznych naszego Szpitala. Ponadto intencją towarzyszącą jego powstaniu było to, by w przypadku zaistnienia takiej potrzeby, stanowił on wsparcie dla Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii „A” przy ulicy Długiej.

Istotnym bodźcem dla powstania nowego Oddziału był także ówczesny wymóg, warunkujący podpisanie kontraktu na realizację procedur wykonywanych na Pododdziale Transplantacji Oddziału Hematologii i Chorób Rozrostowych Układu Krwiotwórczego.

Z dużym wyprzedzeniem

Prace związane z organizacją nowopowstającego oddziału poprzedzały o kilka miesięcy jego właściwe uruchomienie. W miarę możliwości finansowych Szpitala i dzięki przychylności dr hab. med. Pawła Sobczyńskiego udało się oddział wyposażać w niezbędną aparaturę.

W tym czasie prowadzono także działania, mające na celu pozyskanie personelu pielęgniarstwa. Większość zespołu pielęgniarstwa (90%) posiada wyższe wykształcenie i ustawicznie podnosi swoje kwalifikacje zawodowe. W skład zespołu lekarskiego OITS wchodziły osoby zatrudnione wcześniej w I Klinice Anestezjologii i Intensywnej Terapii w obiektach szpitalnych przy ul. Długiej i Łąkowej. Dodatkowo w maju 2012 r. skład zespołu uzupełniony został o magistra fizjoterapii.

Sprostac postawionym celom

Koniec roku 2011 to intensywne szkolenia i prace, które zaowocowały uruchomieniem oddziału wraz z początkiem roku 2012 i pierwszym „ostрым” przyjęciem w kilka godzin po jego otwarciu.

Ten i późniejsze „chrzty bojowe” potwierdziły nieprzypadkowy dobór całego zespołu. Dzięki wcześniejszemu doświadczeniu pracy w realiach oddziału intensywnej terapii i autentycznemu zaangażowaniu udało się w krótkim czasie stworzyć pełnowartościowy oddział kliniczny, który ma nadzieję w pełni sprostać postawionym mu celom.

Wspomnieć należy, że poza działalnością związaną z leczeniem chorych prowadzone są na Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii przy ul. Szamarzewskiego, w ramach zadań dydaktycznych I Kliniki Anestezjologii i Intensywnej Terapii, ćwiczenia dla studentów VI roku Wydziału Lekarskiego I oraz V roku stomatologii.

*mgr Aneta Budzińska-Kania
we współpracy z dr n. med. Krzysztofem Biedą*

ze str. 14 **Oddziale, to jest on właśnie po to, żeby codziennie odnawiać psychiczny napęd w zespole, pomimo zmęczenia, zniechęcenia i świadomości, że toczy się beznadziejną walkę. Szef w zespole powinien podtrzymywać ogień. Moją receptą jest zachowanie w takich sytuacjach pogody ducha.**

Jaki powinien być zespół?

W kontekście historycznym anestezjologia doznała wielu osobowych strat. Ze względu na uwarunkowania ekonomiczne w przeciągu ostatnich kilkudziesięciu lat miało miejsce wiele fal emigracyjnych i to bardzo dawało o sobie znać także w przypadku naszego zespołu. Sformułowanie stałego zespołu specjalistów było wtedy niemożliwe. W ostatnich latach sytuacja bardzo się poprawiła i stwarza nadzieję na utworzenie typowego uniwersyteckiego, szkolącego zespołu. Idealnym założeniem jest zachowanie odpowiedniej proporcji liczbowej między doświadczonymi a specjalizującymi się lekarzami. W tej chwili wydaje się, że wraz z powoli następującą poprawą uwarunkowań finansowych, będzie to możliwe. Jestem przekonany, że tam gdzie publikuje się prace i myśli w sposób naukowy, tam korzystają na tym pacjenci i bez tego żaden akademicki zespół się dobrze nie zbuduje.

Czy młodych adeptów medycyny w ogóle interesuje anestezjologia?

O ile jeszcze 10 lat temu w periodykach lekarskich, co chwila można było się natknąć na ogłoszenia: „anestezjologa przyjmę od zaraz”, teraz już tak nie jest. Obecnie wszystkie miejsca rezydentkie dla lekarzy stażystów, chcących się specjalizować w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii są praktycznie zajęte. Na pewno jest inaczej niż było wiele lat temu, kiedy zespoły potrafiły liczyć po kilka osób, a każdy z członków zespołu miał po kilkanaście dyżurów w miesiącu.

Wzór dobrego lekarza-anestezjologa...

Cechy osobowości wynikają trochę z unikalnego charakteru tej specjalności, w której człowiek relatywnie szybciej, niż w innych staje się samodzielny – staje się przysłowiowym samotnym białym żaglem, który decyduje o losach umierającego, krytycznie chorego albo znieczulonego pacjenta. W tej perspektywie zrozumiałe jest, że ładunek chęci uczenia się i pokory powinien być o wiele większy niż w innych specjalnościach – i to właśnie najczęściej decyduje o tym, że jeden anestezjolog jest lepszy od drugiego. Anestezjolog nie może wpaść w pułapkę – bezkrytycznej wiary we własne siły.

Niezwykle ważna jest także zdolność empatii. Lekarz, mimo codziennego zabiegania, musi mieć chwilę czasu, aby usiąść z pacjentem i rodziną, i zwyczajnie porozmawiać. To właśnie odróżnia złego od dobrego lekarza. To jest też element dobrej tradycji lekarskiej, która zanika i to niestety widać na każdym kroku, również w naszym Szpitalu.

Na Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii jest 3,4-krotnie mniej łóżek niż na innych szpitalnych oddziałach. Jak te dysproporcje wytłumaczyć?

Na Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii bez przerwy podejmowane są działania. Tutaj leczy się silnie, szybko i krótko – to jest ideał. Jeżeli tak by nie było, to wynik terapii byłby marny. Jedną pielęgniarza dedykowaną jest jednemu ciężko choremu. W ciągu godziny musi wykonać tak wiele czynności, którym nie poddałaby, mając pod opieką kilku pacjentów. Pacjent jest całkowicie zdany na nas i to jest usprawiedliwienie dlaczego jest tylko 8 łóżek.

Czy można wyjść z oddziału i zapomnieć o pacjentach?

Lekarze żyją zdrowiem swoich pacjentów – bardzo trudno jest się od tego zdystansować. Często po pracy pozostaje jakiś niepokój i chwytą się za telefon, bo chce się coś dopowiedzieć lub dopytać. Dla mnie najlepszym sposobem na psychiczną regenerację jest dom i dzieci. Nie muszę skakać na spadochronie ze stratosfery.

Jak bardzo praca anestezjologa wpłynęła na Pana sposób myślenia?

Myszę, że przeżywanie historii pacjentów i dojrzwianie, jako lekarza wzmocniło we mnie przekonanie o istnieniu pewnych dobrych tradycji, które człowiek ze sobą niesie. W dzisiejszych czasach często wydaje się, że rzeczy bardzo szybko się starzeją i że istnieje natychmiastowa potrzeba wymiany starego na nowe oraz, że nigdy nie było jeszcze tak, jak współcześnie. Nic podobnego. Już starożytni Rzymianie mawiali: *Quae vetera nunc sunt, fuerunt olim nova (to co teraz jest stare, kiedyś było nowe)*. Za bardzo prawdziwe uważam spostrzeżenie, że istnieje uzupełniająca się przemienność starego i nowego.

Dostrzegam również, że religijny światopogląd niezwykle pomaga dojrzwieć i poukładać sobie te wszystkie ludzkie dramaty, których jesteśmy świadkami na oddziale.

Od pewnego czasu jest Pan Docent uboższy o kilku lekarzy, a przede wszystkim o dr Krzysztofa Biedę, jak ta sytuacja wpłynęła na Pana zespół?

Nasze dwa zespoły współdziałają bardzo harmonijnie. Stworzenie drugiego Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii w obiekcie szpitalnym przy ul. Szamarzewskiego było naturalną i pożądaną ewolucją rozwoju Szpitala. Pewnie, że mógłbym boleć nad tym, że „oddaliśmy” swojego zastępcę, ale co można było lepszego zrobić?

Oddział kierowany przez dr Krzysztofa Biedę już dobrze samodzielnie funkcjonuje. Współpracujemy ze sobą w sposób najlepszy z możliwych. Stanowimy jedną w akademickiej strukturze. Nie widzę zatem tutaj żadnej przestrzeni do konfliktów, ponieważ w jakimś sensie i nasz oddział, i cały Szpital na tym tylko zyskały. Nic lepszego nie mogło się wydarzyć.

A jakie zamierzenia w przyszłości?

W nadchodzących czasach, w perspektywie zmian w szkolnictwie wyższym, możemy być zagrożeni, jako Uniwersytet Medyczny akademicką degradacją i musimy się przed tym bronić. Jedynym mieczem w tej walce jest aktywność naukowa. Chciałbym, aby na moim oddziale zawsze pracowali lekarze z potencjałem badawczym, którzy lubią pisać i patrzeć w sposób zintegrowany. Idealny zespół akademicki to ten, w którym jest harmonia między aktywnością w leczeniu pacjentów,

uczeniu studentów i lekarzy oraz podnoszeniu własnych kwalifikacji naukowych.

Mam również swoją listę życzeń, dotyczącą wyposażenia oddziału, ale rozumiem trudności, które mają przecież obiektywny charakter i są niezależne od intencji administracji Szpitala. Pod tym względem jestem cierpliwy.

A medycznie? Na pewno musimy na bieżąco uczyć się dostosowania technik anestezjologicznych i intensywnej terapii do niezwykle dynamicznie rozszerzającej się palety procedur, które w naszym Szpitalu są wykonywane. Czasami trudno za tym nadążyć, ponieważ te aktywności są udziałem większości tutejszych oddziałów. To jest gmach wiedzy, który wymaga dużej ilości czasu.



Fot. Archiwum

Ma talent!

Michał Zator od 5 lat jest wolontariuszem w Hospicjum Palium. Jest również absolwentem Akademii Muzycznej – gra na harfie i śpiewa – jest autorem i kompozytorem wykonywanych utworów. Do tej pory swoim talentem dzielił się z naszymi pacjentami, 20 października br. udało mu się zaprezentować przed ponad 4-milionową publicznością. Michał wystąpił w półfinale znane go programu „Mam talent”, emitowanego przez telewizję TVN.

Mamy nadzieję, że udało mu się zachwycić widzów swoją twórczością i to początek jego muzycznej kariery.

Redakcja



Fot. Danuta Hasińska

Uwaga kradzieże!

Dział Administracji zwraca się do wszystkich pracowników i pacjentów Szpitala o właściwe zabezpieczenie mienia szpitalnego oraz osobistego. Powodem tego przypomnienia jest powracający problem kradzieży na terenie Szpitala, z którym permanentnie się zmagamy. Pomimo systemu kamer, czujności pracowników portierni, w ostatnim okresie zdarzyły się kradzieże mienia pacjentów i pracowników.

Jest parę prostych zasad, zmniejszających ryzyko kradzieży:

- zachowujemy szczególną ostrożność oraz powiadamiamy portierów o osobach, które przebywają na terenie Szpitala i wzbudzają nasze zaniepokojenie – portierzy są w obiektach przez całą dobę i zawsze mogą wezwać profesjonalną grupę interwencyjną firmy ochroniarskiej;
- zamykamy pomieszczenia na klucz, jeśli nie przebywa w nich żadna osoba;
- uczulmy pacjentów, by zwracali szczególną uwagę na „odwiedzających”, którzy przychodzą do pustego łóżka pacjenta, który właśnie wyjechał na zabieg lub badanie;
- zamykamy drzwi wejściowe na oddział po godz. 19.00.

Nie zapominajmy, że okazja czyni złodzieja.

Redakcja

..... W ogrodzie szpitalnej historii

(dokończenie ze str. 12)

Rozwój dzieła

W kolejnych dziesięcioleciach odnotowujemy rozwój Szpitala i wielu innych dzieł, które prowadziły siostry w poznańskiej medycynie – dom dla sierot św. Wincentego a'Paulo założony po epidemii cholery w Poznaniu na Śródcie, Szpital Dzieciątka św. Józefa, a także ufundowany w początkach XX wieku zakład dla chorych nieuleczalnych, gdzie przebywać mieli m.in. chorzy na raka, którzy w innych szpitalach nie mogli znaleźć schronienia i pomocy.

Swoisty koloryt epoki ukazują dokumenty z czasów ostatnich lat niewoli, kiedy to odwiedziła Szpital Cesarzowa w trakcie kilkudniowego pobytu w Poznaniu. Niemiecka dokładność połączona z gotowością ochrony ważnej osobistości spowodowały zapewne mnóstwo korespondencji, w której ustalano wszelkie szczegóły kilkudziesięciminutowej wizyty z wielką precyzją. Kilkakrotnie powtarzano zalecenie, aby usunąć ze Szpitala wszelkich chorych zakaźnie...

Świadectwo odwagi

Warto pochylić się także nad dokumentami z trudnych lat wojennych; zatrzymać się nad pismem słynnego chirurga, szefa I Kliniki Chirurgicznej profesora Stanisława Nowickiego w obrobie pielęgniarzek zakonnych, których zwolnienia wcześniej planowano i niebawem też zostały przeprowadzone. Profesor odważnie przypomina dyrektorowi o swojej odpowiedzialności za „lecznictwo” na oddziale i związanej z tym konieczności konsultowania wszelkich zmian w zespole pielęgniarstwie, pyta o motywy planowanych zwolnień. Małe świadectwo cywilnej odwagi, której z pewnością wymagało napisanie tego pisma w owych czasach.

Można przerwać spacer, dochodząc do zaplanowanego miejsca, po obejrzeniu jakiejś konkretnej całości. Ale czasami kończymy go niejako w pół kroku, bo czas jest krótki i odwołuje nas do codziennych obowiązków lub też niesprzyjająca pogoda zmusza do powrotu. Tak jest i tym razem. Czas wspomnień minął. Pozostaje nadzieja i oczekiwanie na kolejne chwile w ogrodzie szpitalnej historii...

Satysfakcja pacjentów w poradniach

mgr Violetta Matecka

Pełnomocnik ds. Zarządzania Jakością

Na przełomie czerwca i lipca przeprowadzono badania satysfakcji pacjentów, korzystających ze świadczeń zdrowotnych realizowanych w naszych poradniach. Badaniem objęto następujące poradnie: pulmonologii, chirurgii onkologicznej, chemioterapii, ginekologii onkologicznej, kardiologiczną, leczenia jaskry, chirurgii ogólnej i naczyń, okulistyczną dziecięcą, okulistyczną i kardiochirurgiczną.

Tabela 1: Czas oczekiwania w poczekalni na poradę w dniu wizyty

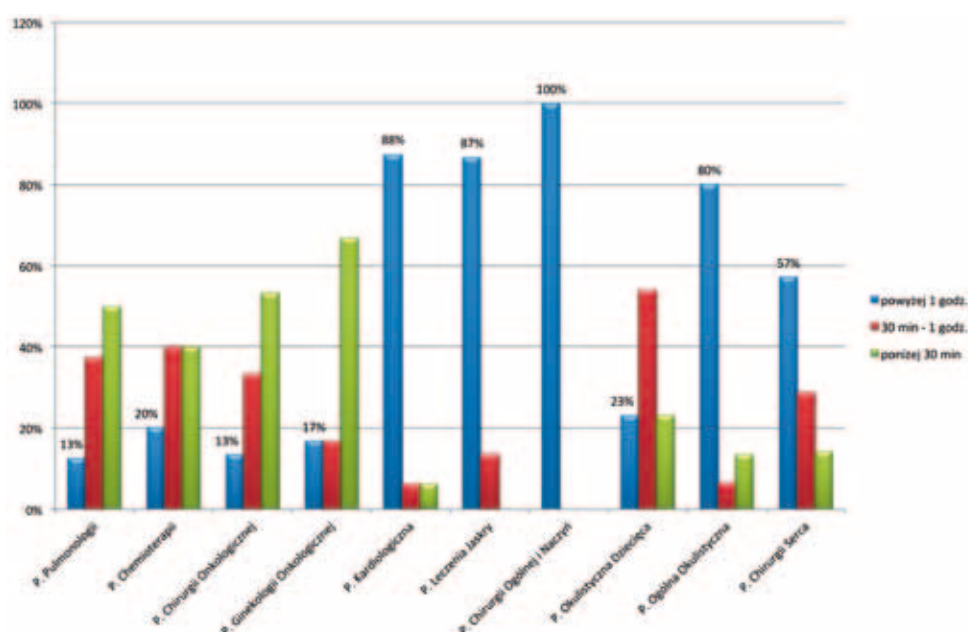
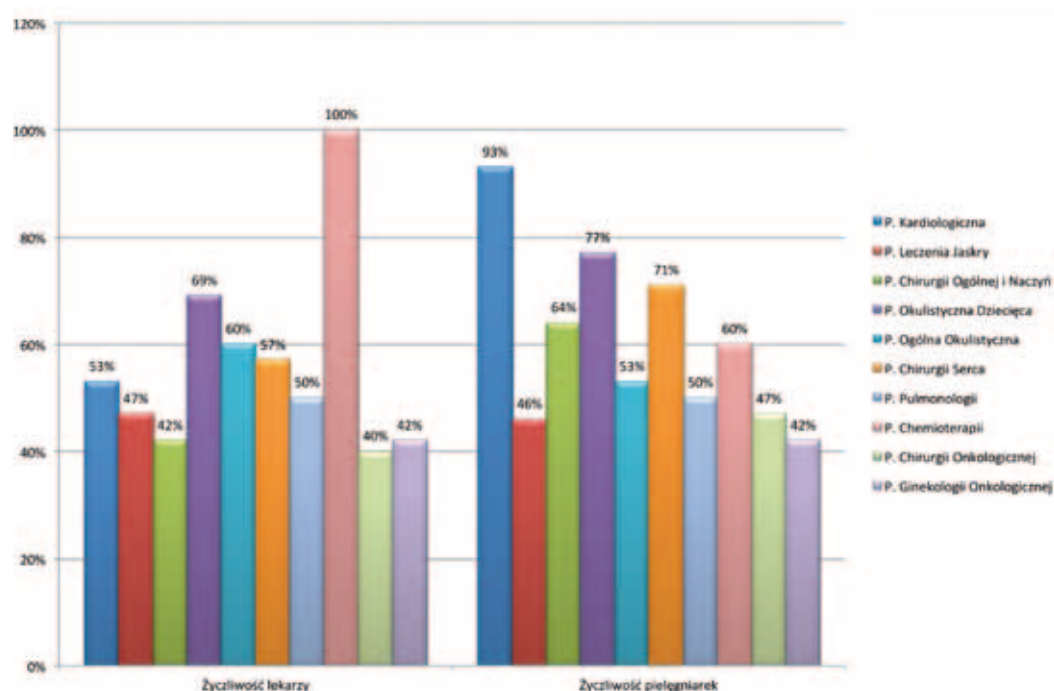


Tabela 2: Życzliwość lekarzy i pielęgniarek w opiniach pacjentów



Po raz pierwszy zapytano naszych pacjentów o opinie dotyczące organizacji świadczeń ambulatoryjnych, ocenę odczuć wynikających z wizyt w poradniach oraz o opinie na temat prezentowanych postaw naszego personelu.

Analiza pozwala spojrzeć przekrojowo na zagadnienie w porównaniu dwóch miejsc lokalizacji udzielania świadczeń. Stąd pierwsza część analizy poświęcona zostanie porównaniom między średnimi wynikami z poradni przy ul. Szamarzewskiego i poradni przy ul. Długiej. Druga część poświęcona będzie analizom dotyczącym oceny funkcjonowania poszczególnych poradni.

Opinie dotyczące organizacji świadczeń oceniały następujące aspekty:

Sprawność załatwiania formalności związanych z rejestracją w poradni w dniu wizyt

Osoby bardzo zadowolone to 53% pacjentów z poradni przy ul. Szamarzewskiego i 24% przy ul. Długiej. Istotne jest, że dużą różnicę między oceną sprawności obsługi pacjenta w rejestracjach z dwóch naszych lokalizacji, potwierdza dodatkowo fakt, że oceny „słabo” i „złe” dotyczyły wyłącznie rejestracji poradni przy ul. Długiej.

Życzliwość

W ankiecie pytano o ocenę życzliwości personelu: rejestratorek, pielęgniarek i lekarzy. Znacznie wyżej oceniano uprzejmość personelu rejestracji, pracującego przy ul. Szamarzewskiego (56%), niż przy ul. Długiej (36%), a oceny krytyczne (w skali od 1-5, ocenę 1-2) przypisało 5% ankietowanych personelowi rejestracji tylko przy ul. Długiej.

Porównywalne między sobą są wyniki w zakresie oceny życzliwości personelu lekarskiego – ponad połowie w obu lokalizacjach przyznano najwyższą ocenę.

W przypadku pielęgniarek respondenci wskazywali na większą życzliwość tej grupy zawodowej w poradniach przy ul. Długiej – 65% ankietowanych zaznaczyło wartość maksymalną – 5, natomiast przy ul. Szamarzewskiego – 49%.

Oczekiwanie na poradę w poczekalni

Ankieta ukazała znaczne różnice w zakresie organizacji przyjęć w poradniach przy ul. Długiej i Szamarzewskiego. Zdecydowanie sprawniej i harmonijniej odbywa się przyjmowanie pacjentów ambulatoryjnych przy ul. Szamarzewskiego. Ponad 50% pacjentów z ul. Szamarzewskiego oczekuje w poczekalni do 30 minut, a tylko 16% powyżej godziny. W poradniach przy ul. Długiej wyniki ankiet przedstawiają się diametralnie różnie, tj. tylko 9% pacjentów przyjętych jest w ciągu 30 min od przybycia do poradni, a ogół ankietowanych (75%) oczekuje powyżej godziny.

Oznaczenie dróg wewnętrznych i łatwość poruszania się po Szpitalu

W trakcie badania zapytano pacjentów o ocenę oznaczenia dróg wewnętrznych i w konsekwencji łatwość odnalezienia się w Szpitalu. W obu lokalizacjach ponad połowa pacjentów określiła, że łatwo im się odnaleźć (ul. Szamarzewskiego – 62%, ul. Długa – 52%). Blisko 30% respondentów z poradni przy ul. Szamarzewskiego oraz ponad 40% z poradni przy ul. Długiej stwierdziło, że nie jest to łatwe, ale że mogą się odnaleźć; natomiast jeśli się gubią w oznaczeniach dróg wewnętrznych to częściej są to pacjenci z ul. Szamarzewskiego 9%, niż z ul. Długiej – 6%.

Komunikacja z pacjentem

W obu kompleksach poradnianych zbliżone były wyniki w zakresie przekazywanych informacji przez personel medyczny w trakcie wizyty. Około 60% badanych w obu lokalizacjach potwierdziło, że wyjaśniono im na czym będą polegały badania/zabiegi, na jakie byli kierowani. Cieszy fakt, że niezależnie od profilu poradni, blisko połowa pacjentów pozytywnie ocenia komunikację interpersonalną z personelem medycznym. Jednak prawie połowa pacjentów nie w pełni zrozumiała przekazywane informacje przez lekarzy.

Blisko 2/3 naszych badanych stwierdziło, że wizyty były krótkie, ale rzeczowe. Ok. 70% respondentów z ul. Szamarzewskiego uważa, że posiada wystarczające informacje, dotyczące postępowania w chorobie, a podobne zdanie prezentuje tylko 40% pacjentów z ul. Długiej. Co piąty pacjent na Szamarzewskiego i co 2 na Długiej zupełnie nie zna materiałów informacyjnych.

Poszanowanie intymności pacjentów

Podczas badania ankietowego zapytano pacjentów czy ich zdaniem należycie zadbać o poszanowanie ich intymności podczas rozmowy, badania czy wykonywania zabiegu. I tu znów bardziej satysfakcjonujące są odczucia pacjentów przyjmowanych na Szamarzewskiego, gdzie ponad 70% zdecydowanie potwierdza poszanowanie intymności.

W przypadku pacjentów przyjmowanych w poradniach przy ul. Długiej niecałe 50% ankietowanych zdecydowanie czuło się komfortowo, blisko 10% stwierdziło kategorycznie, że nie uszanowano ich intymności.

Referencje od pacjentów ambulatoryjnych

Cieszymy się zaufaniem naszych pacjentów ambulatoryjnych, co potwierdza ponad 90% z nich, którzy poleciliby naszą placówkę swoim bliskim. Pojawily się też opinie negatywne i to blisko 8% ankietowanych z ul. Długiej, przyznało, że nie poleciliby naszych usług swoim bliskim. ●

3 lokalizacje

Dział Administracji informuje, że przewidywanym terminem uruchomienia nowych oraz wyremontowanych pomieszczeń, przeznaczonych do przechowywania osób zmarłych jest początek listopada br.

Szpital został wyposażony w nowy system przechowywania osób zmarłych w jednostce przy ul. Szamarzewskiego już w roku 2011, kiedy oddano do użytkowania nowe skrzydło szpitalnego budynku. W 2012 roku Dyrekcja Szpitala, po wieloletnich zabiegach oraz przy dużym zrozumieniu wszystkich zainteresowanych postanowiła zmodernizować i uruchomić nowe kostnice w jednostkach

Szpitala przy ul. Długiej oraz na os. Rusa w Hospicjum Palium.

Dzięki podjętym działaniom Szpital będzie posiadał we wszystkich obiektach nowoczesne pomieszczenia, będące miejscem godnym i pełnym poszanowania dla osób zmarłych.

mgr Arkadiusz Stasiak
Kierownik Działu Administracji

Komfort pacjenta i lekarza

Umieblowanie szpitalnej sali,
czyli najbliższe otoczenie pacjenta

dr Jolanta Nagadowska
Transfuzjolog Szpitala

Łóżko

– to oczywiście najważniejszy i najbardziej niezbędny mebel na szpitalnej sali. Obecnie łóżka najczęściej mają możliwości regulacji i zapewniają duży komfort.

Stosowane powszechnie w drugiej połowie dwudziestego wieku 3-częściowe materace były istnym horrorem: bardziej obciążone części szybciej ulegały zgnieceniu i leżało się „w dołku”, dodatkowo przez szpary między poszczególnymi częściami potrafiło wiać zimno od spodu; często nawet położony dodatkowo koc nie niwelował nieprzyjemnych doznań. Na szczęście to już historia; obecnie stosowane 1-częściowe materace zapewniają wystarczającą wygodę leżenia. Natomiast osoby niemogące samodzielnie zmieniać położenia ciała na łóżku mogą korzystać z „ruszających” się materacy; wygenerowany ruch ma zabezpieczać przed powstaniem odleżyn.

Wchodząc do sali chorych jesteśmy przekonani, że na łóżku leży pacjent; nie ma takiej pewności w szpitalu (nawet akademickim) na Bliskim Wschodzie. W czasie odwiedzin osób bliskich na łóżku może leżeć ktoś z licznej zazwyczaj rodziny, a nasz chory może leżeć na podłodze, a nawet pod łóżkiem.

Dużym osiągnięciem nowoczesnych szpitali jest możliwość automatycznej dezynfekcji łóżek w specjalnie wydzielonym miejscu. W starszych szpitalach w dalszym ciągu dezynfekcja przeprowadzana jest przez personel na terenie oddziału. W latach bezpośrednio po drugiej wojnie światowej zdarzało się, że nie tylko nie przeprowadzano dezynfekcji łóżka, ale nie zmieniano pościeli po poprzednim pacjencie, co oczywiście skutkowało przeniesieniem infekcji na następnego chorego.

Szafka – stolik podręczny

– stoi najczęściej obok wezglowia łóżka. Znajdują się na nim różne przedmioty: kubki, butelki z napojami, coś do zjedzenia, zdjęcia bliskich, wizerunki świętych, maskotki, telefon komórkowy, książki, czasopisma, gazety, rzadko obecnie kwiaty.

Bardzo wygodne są stoliki z długim, wysuwającym blatem, który umieszcza się nad pościelą przed chorym, umożliwiając w miarę wygodne spożywanie posiłków. Takie stoliki nie są jednak często widywane, a szkoda! Wysunięty blat zaraz przy łóżku jest także pomocny personelowi; można na nim postawić tacę z przygotowanym zestawem do zmiany drobnego opatrunku; tacę z lekami, z probówkami do pobrania krwi, itp.

Duże wrażenie zrobiła na mnie sala chorych w polskim szpitalu psychiatrycznym, historycznym, z tradycjami: idealnie czysta drewniana podłoga, rząd równo posłanych łóżek, stoliki przy łóżkach, na których nic nie ma! Inny obrazek: duże, około

metra rusztowania z żywych kwiatów, stojące obok łóżek – stolików tam nie zapamiętałam – świadczące o miłości i trosce bliskich – to już Bliski Wschód.

To, jak pacjent aranżuje miejsce wokół siebie daje lekarzowi pewną informację. Dobrze zapowiada się proces leczenia osoby, która jest psychicznie stabilna i nie gromadzi wokół siebie wielu rzeczy, traktując pobyt w szpitalu jako niezbędny, lecz przejściowy. Niektórzy pacjenci natomiast otaczają się dużą liczbą często zupełnie niepotrzebnych gadżetów, jak gdyby zabierając ze sobą kawałek własnego, codziennego świata, żeby choć trochę ośwoić niechcianą rzeczywistość. Część pacjentów traktuje pobyt, najczęściej diagnostyczny, jako niepotrzebną przerwę w pracy i nie rozstaje się w szpitalu z laptopem.

Stolik

– jeśli sala liczy kilka łóżek, to właśnie przy nim chorzy się integrują. Można tam również umieścić elektryczny czajnik do gotowania wody, co pozwala na konieczne uzupełnianie płynów ciepłymi napojami. Jest także wygodnym miejscem chociażby do prawidłowego pomiaru ciśnienia tętniczego krwi hospitalizowanych osób.

Nadal niewiele szpitali dysponuje dostateczną ilością izolowanych miejsc, w których lekarz może w komfortowych warunkach przeprowadzić wywiad i zbadać pacjenta. Czasem odbywa się to, za zgodą pacjenta, w pokoju, w którym przebywa. Mały stolik jest bardzo przydatny do rozłożenia dokumentacji, a także do spokojnego zebrania dokładnego wywiadu.

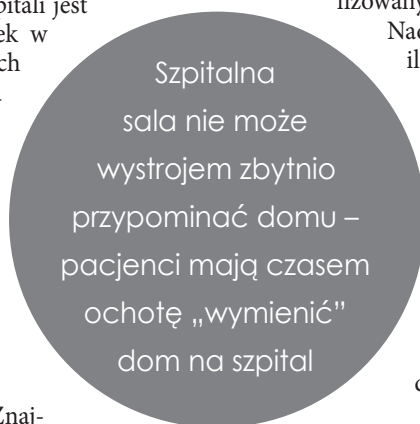
Na stoliku można też pozostawić druki z istotnymi informacjami medycznymi, dla tych, którzy chcą czegoś więcej dowiedzieć się o swojej chorobie.

Łazienka

– luksus coraz częściej dostępny. Kto jeszcze pamięta czasy, gdy pacjenci przygotowywani do badań diagnostycznych wlewami doodbytniczymi w odpowiedniej objętości (a nie wlewkami, jak dziś) tłoczyli się w panice przed wspólną łazienką/ubikacją, nie mając pewności czy w razie niepożądanej potrzeby ubikacja będzie wolna? Ale nawet dziś czasem trudno jest wytłumaczyć pacjentowi, że naprawdę nie musi wstawać, jeśli ma założony cewnik. Możliwość samodzielnej toalety w łazience potrafi zmobilizować chorego do aktywności ruchowej.

Lampa

– sala chorych najczęściej ma kilka punktów świetlnych – dla pacjenta ważne jest jego „prywatne” oświetlenie, pozwalające





Fot. Archiwum

na czytanie w warunkach niegroźących utratą wzroku. Trudno o dobre zaprojektowanie takiego oświetlenia.

Dzwonek

– łatwy dostęp do dzwonka, czyli możliwość szybkiego powiadomienia personelu oddziału, że potrzebna jest pomoc, uspokaja pacjenta. Gorzej, gdy dzwonek jest tak przymocowany, że aby go uruchomić, trzeba się mocno nagimnastykować!

Ściany

– ich barwa również ma wpływ na samopoczucie pacjenta. Pożądane kolory to zielenie i błękit, mogą być jasne i soczyste. Pozytywnie oddziałuje obecność obrazów na ścianach; nie powinny być małych rozmiarów; może być odpowiednia reprodukcja w antyramie. Najlepiej, jeśli przedstawiają przyrodę: jasny las, drzewa (brzozy), góry, wodę, rwące strumienie – ale nie niebo!

Jednak szpitalna sala nie może wystrojem zbyt przypominać domu – pacjenci mają czasem ochotę „wymienić” dom na szpital.

Telewizor

– częsty na salach chorych; najczęściej uruchamiany po wrzuceniu monet. Niektórzy nie wyobrażają sobie przebywania w szpitalu bez permanentnie wyświetlanych na ekranie obrazów, dla innych z kolei taka sytuacja jest nie do zniesienia. Odbiór bodźców słuchowych jest silnie powiązany ze stanem zdrowia; dla ciężko chorych, w pierwszych godzinach po operacji, w stanach wyczerpania, obserwuje się

znaczne zwiększoną wrażliwość wszystkich zmysłów. Nawet rozmowa prowadzona na korytarzu może być wtedy odbierana jako hałas trudny do zniesienia.

Na szczęście minęła już, oby bezpowrotnie, era obuwia ochronnego na drewnianej podszewie.

Wspomagane chodzenie

– łatwy dostęp do balkoników niezbędnych przy kłopotach z utrzymaniem równowagi niejednego pacjenta uratował przed upadkiem. Wprawdzie niektórzy wszelkimi siłami bronią się przed używaniem tego sprzętu, jednak jego zastosowanie stanowi dość dobrą ochronę przed poważnymi urazami.

Bardzo dobrym rozwiązaniem, widzianym w dużym, uniwersyteckim szpitalu w Unii Europejskiej są porządne, szerokie poręcze, zamontowane wzdłuż całego korytarza oddziału. Szpital ten, zajmujący cały kwartał miasta, nie jest od miasta odgradzony, a z powodu swojej rozległości stosuje wewnętrzny transport szpitalnymi taksówkami, przystosowanymi do przewozu chorych, nie angażując karettek. Rozległy teren umożliwia pacjentom parkowanie aut na terenie szpitala.

Wystawiana przez pacjentów ocena szpitala nie zależy w gruncie rzeczy od jakości wyposażenia w meble i komfortu w pokoju; ważniejszy jest poziom świadczonej opieki, poczucie bezpieczeństwa, zaufanie do personelu. Najlepszą oceną jest twierdzenie potencjalnych i byłych pacjentów, że chcą się leczyć właśnie w naszym Szpitalu. ●

Część pacjentów traktuje pobyt w szpitalu, jako niepotrzebną przerwę w pracy i nie rozstaje się z laptopem

Depresja jesienno-zimowa

Zmiany nastroju

Kończy się lato, a zaczyna pora jesienna i zimowa. Na zewnątrz nie ma już tyle słońca, ciepła, a dzień robi się krótszy.

Nietrudno zaobserwować, że właśnie w tym czasie zmianie ulega również nasz nastrój. Liczne badania wskazują, że nasze samopoczucie psychiczne może zmieniać się wyraźnie i regularnie w różnych porach roku. W 1984 roku Rosenthal i współpracownicy opisali grupę pacjentów, którzy cyklicznie, w miesiącach jesienno-zimowych, przeżywali epizody depresyjne. Forma tych zaburzeń została włączona do klasyfikacji zaburzeń nastroju według DSM-IV i określona jako „sezonowe zaburzenie afektywne” (SAD – seasonal affective disorder), zamiennie depresja jesienno-zimowa.

uznać za uzasadnione, jeśli objawy występują każdego lub prawie każdego dnia przez co najmniej dwa tygodnie. Zwykle trwają one od 5-7 miesięcy (od października do maja).

Niedobór światła słonecznego

Przyczyny depresji sezonowej nie są do końca poznane. Uważa się jednak, że jedną z istotnych jest niedostateczna ilość światła słonecznego docierającego do siatkówki oka lub zmniejszona wrażliwość siatkówki na światło. Światło w oku zostaje zamienione na impuls nerwowy, który dalej przechodzi do odpowiednich struktur mózgowia i oddziałuje na nie. Z kolei impulsy nerwowe docierające do podwzgórza i szyszynki stymulują ilość wydzielanych hormonów w



Fot. dr Maciej Frankiewicz

Charakterystyczne objawy

U osób cierpiących na zaburzenia depresyjne obserwuje się następujące objawy:

- obniżenie nastroju i przygnębienie, któremu może towarzyszyć skłonność do płaczu,
- obniżenie napędu psychoruchowego i trudności z wykonywaniem określonych zadań (te same czynności w innej porze roku wykonywane są bez wysiłku),
- niskie poczucie własnej wartości i przekonanie o braku kompetencji,
- wydłużony sen, przynoszący niewielki wypoczynek,
- wzmożony głód, zwłaszcza potraw bogatych w węglowodany (w konsekwencji przyrost masy ciała).

SAD traktuje się jako podgrupę nawracających depresyjnych lub dwubiegunowych zaburzeń afektywnych. Rozpoznanie można

zależności od ilości dostarczanego światła. Te wydzielane substancje i różna aktywność neuroprzekazników, między innymi noradrenaliny, dopaminy, serotoniny mogą w znaczący sposób wpływać na nastrój i stan psychofizyczny człowieka.

Formy leczenia

Biorąc pod uwagę wyżej opisane procesy, nie bez znaczenia jest fakt, iż szczególnie miejsce w leczeniu sezonowych zaburzeń depresyjnych zajmuje fototerapia. Taka forma leczenia polega na naświetlaniu specjalną lampą, emitującą jasne światło podobne do słonecznego. W celu uzupełnienia niezbędnej dawki światła stosuje się dwie sesje naświetlania dziennie. Najlepsze efekty przynosi stosowanie fototerapii wczesnym rankiem oraz po zachodzie słońca, tak, aby w sztuczny sposób wydłużyć dzień. Często zauważa się natychmiastowe ustąpienie objawów, choć

kontynuacja str. 23 ►

Strategiczny zakup

Przed nami bardzo duże postępowanie przetargowe na zakup leków na 2013 rok i pierwszy kwartał 2014 roku. Ostatni tego rodzaju przetarg zakończył się w lutym bieżącego roku.

W związku ustawą z dnia 12 maja 2011 roku o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych, która weszła w życie 1 stycznia 2012 roku pojawił się problem z podjęciem decyzji o sposobie rozstrzygnięcia przetargu. Powodem był art. 9 wymienionej ustawy oraz brak jednolitej interpretacji. Postępowanie, mimo trudności stworzonych przez ustawę zakończyło się wyborem ofert najkorzystniejszych, a następnie podpisaniem umów z 27 wykonawcami.

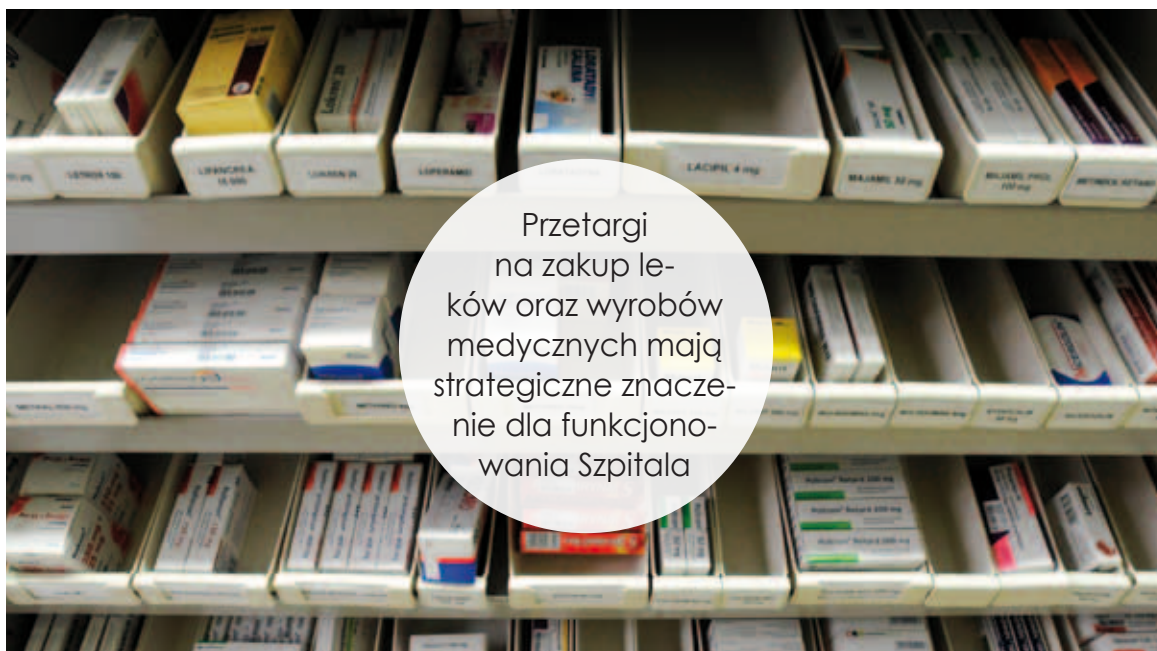
Przetargi na zakup leków oraz wyrobów medycznych stanowią ok. 40% wszystkich przeprowadzonych już w 2012 roku postępowań o udzielenie zamówienia publicznego. Mają one znaczenie strategiczne dla funkcjonowania Szpitala. Od wyniku tych postępowań zależy zabezpieczenie pacjentów w leki i wyroby jednorazowego użytku.

Na wynik postępowania wpływ ma prawidłowo przygotowany opis przedmiotu zamówienia, zgodnie z art. 29 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 roku Prawo zamówień publicznych oraz procedura przetargowa, która nie może naruszać zasad udzielania zamówień określonych w ustawie.

Przygotowanie i przeprowadzenie postępowania o udzielenie zamówienia publicznego wymaga dużego zaangażowania całego zespołu kompetentnych pracowników, powołanych przez Dyrektora Szpitala, w tym pracowników apteki, lekarzy, pielęgniarek i Działu Zamówień Publicznych.

Postępowanie o udzielenie zamówienia, które kończy się zawarciem umowy należy zawsze traktować jako sukces Szpitala.

mgr Grażyna Kowalska
Kierownik Działu Zamówień Publicznych



Fot. Romuald Kólaś

należy pamiętać, że mogą one powracać po zakończeniu terapii.

Pisząc o depresji sezonowej mówi się szczególnie o jej biologicznych przyczynach. Dlatego warto wspomnieć o takiej formie leczenia jak farmakoterapia. Niektóre z nowych leków blokują wychwyt zwrotny serotoniny, co oznacza, że większa jej ilość pozostaje w szczelinach synaptycznych, a to z kolei skutecznie wpływa na poprawę samopoczucia. Polecaną formą leczenia depresji sezonowej jest również psychoterapia, która może być wsparciem dla leczenia farmakologicznego.

Często mówi się o antydepresyjnym działaniu aktywności fizycznej. Wpływa ona szczególnie na podniesienie poziomu energii oraz obniżenie napięcia i lęku. Mówiąc o zdrowiu fizycznym warto wspomnieć również o właściwej diecie, która pomaga utrzymywać prawidłowe stężenie odpowiednich hormonów w mózgu. Szczególnie ważne są produkty bogate w nienasycone kwasy tłuszczowe, tryptofan, kwas foliowy oraz witaminy z grupy B.

Trudna diagnoza

Pamiętajmy, że często trudno postawić jednoznaczną diagnozę, co do tego czy mamy do czynienia akurat z depresją sezonową. Objawy charakterystyczne dla tego zaburzenia mogą pojawiać się również przy innych rodzajach depresji, mogą też być początkiem cięższych stanów depresyjnych. Nie bez znaczenia na pojawienie się objawów SAD jest oczywiście nasza konstrukcja psychiczna i indywidualna wrażliwość. Należy również zwrócić uwagę na wpływ trudnych wydarzeń życiowych, które mogą w znaczący sposób wpływać na nasze samopoczucie psychiczne. Podejrzenie depresji sezonowej jest wystarczającym powodem, aby skorzystać z konsultacji psychiatrycznej i podjąć ewentualne leczenie.

mgr Justyna Pach-Kołecka
mgr Aleksandra Rękoś-Radomska
mgr Aleksandra Rzymkowska
Seksja Psychologii Klinicznej

Kuchenne rewolucje w Szpitalu

Panie Krystyna Świątek i Alicja Maciejewska pracują w Sekcji Żywienia naszego Szpitala. Pani Krystyna, jest dietetyczką 36 lat, Pani Alicja – 30. Wspólną pracę rozpoczęły 12 lat temu w momencie wprowadzenia cateringowego systemu żywienia w Szpitalu, by na bieżąco je organizować i monitorować.

Do najważniejszych obowiązków dietetyczek należy przeprowadzanie analizy jadłospisów przesyłanych przez firmę cateringową, zamawianie posiłków dla pacjentów, konkretnych diet oraz kontrolowanie ich jakości, temperatury i wagi. Dodatkowo zajmują się zbieraniem informacji od pacjentów na temat jakości posiłków, oceną dostawy żywienia oraz kartami braków.

Jeżeli zachodzi potrzeba podejmują działania korygujące. Należy także wspomnieć, że Panie z Sekcji Żywienia na życzenie pacjentów udzielają porad dietetycznych – warto z nich skorzystać, by dowiedzieć się więcej o racjonalnym odżywianiu i właściwych nawykach żywieniowych.

A prywatnie? Panią Alicję często można zobaczyć na rowerze – jest to jej pasja, tak jak pływanie oraz czytanie literatury fantasy i sensacji. Pani Krysia za to interesuje się tematyką medyczną – w wolnych chwilach czyta książki oraz relaksuje się przy muzyce – zwłaszcza rockowej.

Redakcja

Pytania na gorąco

Najbardziej obiektywną ocenę żywienia w Szpitalu może wystawić pacjent, dlatego zapytaliśmy kilku z nich o opinie:

> **Pan Leszek:** *Jeśli chodzi o żywienie w szpitalu to nie jest ono złe. Zupy są dobre; czasami jedynie troszkę bym dosolił ziemniaki, chociaż wiem, że jest to niezdrowe. Byłem już w różnych szpitalach i ten oceniam pozytywnie.*

> **Pan Józef:** *Posiłki są zawsze smaczne i nic bym w nich nie zmieniał, nawet pań, które je podają. Do tej pory nie mam żadnych zastrzeżeń, chyba że podczas pobytu jeszcze mnie czymś Państwo zaskoczą?*

> **Pan Maciej:** *W Szpitalu jestem od niedawna – co prawda posiłki nie smakują*

jak w domu i przydałoby się trochę więcej owoców, ale tak naprawdę nie można narzekać.

> **Pan Stanisław:** *Leżę tutaj już ponad tydzień – dzisiaj była duża porcja mięsa, ale czasami mogłyby być one większe.*

> **Pani Maria:** *Posiłki są smaczne, ale jak dla mnie trochę za tłuste. W domu nie jem sosów i pieczonego mięsa, bo miałam kilka lat problemy z żołądkiem. Odwykłam po prostu od takiej diety, a nie wiedziałam, że w Szpitalu można sobie wybrać odpowiednią dietę dla siebie. Śniadania i kolacje oraz zupy są lekkie i dobre.*

> **Pani Helena:** *Dzisiaj był bardzo dobry obiad i jak dla mnie aż nadto obfity. Nie wiem, co na ten temat powiedzą mężczyźni?*

> **Pan Andrzej:** *Moim zdaniem serwowane posiłki są smaczne i poprawione. Zawsze pięknie pachną. Nie można narzekać – byłem już w kilku szpitalach, więc mam w tej kwestii rozeznanie. Porcje są odpowiednie. Mięso, ziemniaki, surówka, zupka i do tego mały dodatek na podwieczorek w zupełności wystarczą. Dodatkowo posiłki są podane bardzo czysto – czy można narzekać?*

> **Pan Tadeusz:** *Żywienie jest dobre. Żeby tylko tak dalej. Gorzej by było, gdybyśmy musieli za posiłki płacić.*

> **Pani Irena:** *Jestem bardzo zadowolona – jedzenia jest bardzo dużo i każdego dnia jest smaczne. Szczególnie smakują mi tu bułki – uważam, że najlepsze w mieście. Można pochwalić piekarza!*

Fot. Monika Dudziak



Sporządzanie zapotrzebowania na diety dla poszczególnych oddziałów



Kontrola temperatury posiłku obiadowego

Wzrok najmłodszych

Szczególne potrzeby

Poradnia Chorób Narządu Wzroku Wcześnieaków przy Oddziale Okulistyki w obiekcie szpitalnym przy ul. Długiej rozpoczęła swoją działalność w listopadzie 2011 roku.

– *Jest to miejsce, które ma służyć pomocą dzieciom i osobom ze złożoną niepełnosprawnością. Znaczący procent pacjentów stanowią wcześniaki. To są szczególnie pacjenci. Wymagają poświęcenia większej ilości czasu, w warunkach spokojnego gabinetu z osobami, które potrafią z nimi pracować – zaznacza dr hab. Anna Gotz-Więckowska.*

Realizacja

projektu była możliwa dzięki sfinansowaniu remontu oraz wyposażeniu gabinetów okulistycznego i tyflopedagogicznego przez Lions Club Poznań Pillory. Poradnia – której kierownikiem jest dr hab. med. Anna Gotz-Więckowska – poza standardowym wyposażeniem dysponuje wzornikiem pośrednim,

ręcznym autorefraktometrem i tonometrem typu Tonopen, przydatnymi w pracy z dziećmi ze szczególnymi potrzebami zdrowotnymi. Istniejące zaplecze Oddziału Okulistyki pozwala

na objęcie leczeniem chirurgicznym pacjentów powyżej 3 roku życia.

Właściwe

rozpoznanie nieprawidłowości w zakresie narządu wzroku i drogi wzrokowej pozwala na wdrożenie leczenia zachowawczego, wskazuje na konieczność rehabilitacji wzrokowej, jest wskazówką dla rodziców i nauczycieli w codziennej pracy z dzieckiem. – *Małe kroczki, które wykonują te dzieci są sukcesem dla wszystkich wokół, dla rodziców, dla nas – podkreśla*

kierownik Poradni. Do Poradni przyjeżdżają pacjenci z całej Wielkopolski.

Redakcja



Kierownik Poradni dr hab. n. med. Anna Gotz-Więckowska

Fot. Magdalena Rzekiecka

Widzą ci, co wierzą

W naszym Szpitalu zdomowił się krasnal. Upodobał sobie to miejsce i ani myśli się stąd ruszać. Widzą go jednak tylko ci, którzy w niego wierzą. Przycupnął bowiem naprzeciw okienka Poradni Okulistycznej Dziecięcej i uśmiecha się do małych pacjentów.

Nie wierzysz? To zobacz!

MR



Fot. Magdalena Rzekiecka



Abbott
Vascular

REKLAMA

Nikt nam tego nie zabierze

Wielu słyszało jej głos, niewiele jednak zna z widzenia – o kim mowa? O Pani Halinie Augustyniak, która w naszym Szpitalu od pięciu lat pracuje na stanowisku telefonistki w centrali. Codziennie odbiera kilkaset telefonów z różnymi sprawami od pacjentów, petentów i instytucji – jest jak pierwsza linia frontu.

Wcześniej, przez 14 lat Pani Halina pracowała w Szpitalu Kolejowym na Oddziale Chirurgii i po jego rozwiązaniu w wieku 52 lat stanęła przed koniecznością znalezienia nowej pracy. Okazało się, że nie było to takie proste, mimo iż wysłała swoje dokumenty aplikacyjne w wiele miejsc. Szczęśliwie propozycję pracy w szwalni otrzymała z naszego Szpitala. Naprawą odzieży szpitalnej zajmowała się przez 5 miesięcy, do czasu, kiedy zaproponowano jej pełen etat na stanowisku w centrali telefonicznej.

– Przez pierwszy miesiąc musiałam odbyć szkolenie. Początki nie były łatwe – wydawało mi się, że nie dam rady objąć tego ogromu wiadomości i zapamiętać kilkuset numerów telefonów

– tak wspomina Pani Halina początki swojej pracy.

– Jednak dzięki pomocy pana Pawła Stachowiaka, (konserwatora urządzeń telefonicznych – przyp. red.) i wsparcia ze strony pani Ani, pielęgniarki zakładowej wszystko stało się łatwiejsze. Z czasem do pracy przychodziłam z coraz większym zadowoleniem. Miałam odwagę pytać oraz prosić o pomoc i nikt mi jej nie odmówił – wielu okazywało swoją sympatię.

Dzisiaj Pani Halina zna już dobrze Szpital, jego specyfikę oraz setki numerów telefonów – obecnie jest ich około 700. Jednak w razie potrzeby na ścianie przy biurku zawieszono są kartki ze szpitalnymi numerami; w takim samym układzie, jak 5 lat temu w domu, kiedy Pani Halina uczyła się ich na pamięć. Dodatkowo kilka zeszytów z ważnymi telefonami zewnętrznymi – to codzienny warsztat pracy.



Fot. Monika Dudziak

Obecnie Pani Halina przychodzi do pracy z większym spokojem. Cieszy się, jak uda się pomóc – Zwykle telefon, a jednak niezwykle istotny dla każdego pacjenta. Nie bagatelizuję żadnego telefonu i w miarę swoich możliwości staram się pomóc. Wychozę z założenia, że nie ma trudnych pacjentów – oni po prostu zmagają się ze swoją chorobą. Bywa, że zachowują się niegrzecznie, ale to nie jest złość, tylko desperacja i wołanie o pomoc. Pacjentów trzeba mierzyć inną miarą – puentuje Pani Halina. – Wiem, co to choroba i przeżycia z nią związane, więc staram się na swój sposób każdego zrozumieć.

Każdy dzień i rozmowa są inne. Najczęściej telefon bez przerwy się urywa; kiedy dłużej milczy Pani Halina sprawdza czy na pewno działa? Na początku pracy w centrali zdarzało się, że w domu z rozpędu prawie przedstawiła się, jak w Szpitalu, a w nocy śniły się telefoniczne rozmowy. Oprócz trudnych spraw pacjentów Pani Halina spotyka się także z nietypowymi sytuacjami. Zdarzyło jej się odebrać telefon z informacją, że w Szpitalu podłożono bombę – Po takim telefonie musiałam przez chwilę dojść do siebie. Z każdą minutą stres i odpowiedzialność niesamowicie narastały – wspomina.

Zapytana o życiowe priorytety Pani Halina odpowiada bez wahania – Najważniejsza jest rodzina, zdrowie i przyjaciele – ktoś, na kim w każdej sytuacji można polegać. W życiu człowiek powinien pomagać drugiemu, to daje niesamowitą siłę. Pieniądze są każdemu potrzebne, ale to drugi człowiek nadaje życiu sens. Święteczna kartka, imieninowy telefon, spotkanie z osobą, którą darzy się przyjaźnią to są rzeczy, których nikt nam już nie zabierze.

Monika Dudziak

W życiu człowiek powinien pomagać drugiemu, to daje niesamowitą siłę. Pieniądze są każdemu potrzebne, ale to drugi człowiek nadaje życiu sens

Uniformy

Dzięki wsparciu Bono Serviamus – Stowarzyszenia na Rzecz Rozwoju Szpitala Klinicznego Przemienienia Pańskiego UM w Poznaniu, zakupiono nowe uniformy dla pracowników Działu Administracji, zatrudnionych w portierni i szatni.

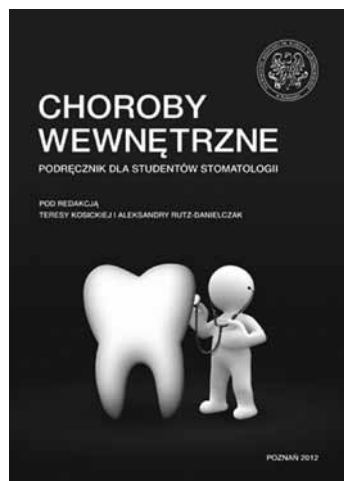
Nowe stroje przyczyniły się do ujednolicenia wizerunku pracowników, którzy z racji pełnionych funkcji mają pierwszy kontakt z osobami przybywającymi do Szpitala.

mgr Arkadiusz Stasiak
Kierownik Działu Administracji

Na zdjęciu: pani Wiesława Sroczyńska i pan Mirosław Buchwald



Fot. Magdalena Pzkelecka



Nieodzowny

Znajomość zagadnień z zakresu interny jest nieodzowna w wykonywaniu zawodu przez przyszłych lekarzy dentystów

Jednym z podstawowych ról naszego Szpitala jest kształcenie przyszłych kadr medycznych. Klinika Hipertensjologii, Angiologii i Chorób Wewnętrznych prowadzi zajęcia ze studentami kierunku lekarsko-dentystycznego, dietetyki i zajęcia fakultatywne z hipertensjologii dla kierunku lekarskiego. W przeciwieństwie do bogatej literatury przedmiotu, jaką dysponują studenci medycyny, na ryn-

ku nie ma zbyt wiele pozycji odpowiednich dla przyszłych stomatologów, te zaś, które są dostępne dawno nie były aktualizowane. Znaczny postęp, jaki dokonał się w dziedzinie chorób wewnętrznych i reforma szkolnictwa wyższego w ramach procesu bolońskiego spowodowały, że zespół naszej kliniki opracował podręcznik chorób wewnętrznych dla studentów stomatologii. Pozycja została wy-

dana w 2012 roku nakładem Wydawnictwa Naukowego Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu. Mamy nadzieję, że przyczyni się ona do nowoczesnego i racjonalnego kształcenia przyszłych lekarzy dentystów, ponieważ znajomość zagadnień z zakresu interny jest nieodzowna w wykonywaniu ich przyszłego zajęcia.

Od kilku lat na naszej uczelni kształcimy też przyszłych dietetyków. Klinika Hipertensjologii, Angiologii i Chorób Wewnętrznych wspólnie z Kliniką Nadciśnienia Tętniczego i Chorób Metabolicznych prowadzi dla nich zajęcia z Klinicznego zarysu chorób. Z podobnych jak poprzednio względów zespoły naszych klinik postanowiły przygotować podręcznik z tego przedmiotu dla studentów dietetyki. Mamy nadzieję, że ukaże się on w przyszłym roku i będzie cenną pomocą w dydaktyce.

dr n. med. Teresa Kosicka
dr n. med. Aleksandra Rutz-Danielczak

Choroby wewnętrzne. Podręcznik dla studentów stomatologii, pod redakcją Teresy Kosickiej i Aleksandry Rutz-Danielczak, Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, Poznań 2012, s. 422.

Do trzech razy sztuka



Organy powstały w 1901 roku, ich twórcami byli bracia Dinse z Berlina. W swoim ponad stoletnim życiu były już trzykrotnie poddawane renowacji. Pierwszy raz w 1947 roku, po uszkodzeniach z okresu II wojny światowej, spowodowanych prawdopodobnie przez odłamek tynku. Kolejna naprawa odbyła się w latach 80, kiedy to wymieniono miech na pochodzący z innego instrumentu oraz głosy zastąpiono innymi.

Obecnie trwającą renowacją, która ma za zadanie przywrócić organom sprawność techniczną, zajął się pan Artur Kaczmarek. Dzięki niemu instrument zyskał już nową dmuchawę, miech i całą trakturę pneumatyczną, czyli około tysiąca mieszków oraz kilometr przewodów pneumatycznych. Ostatni etap remontu będzie polegał na wymianie zniszczonych piszczałek.

– *Organy z Kościoła Przemienienia Pańskiego mają 15 głosów, 2 manualy (klawiatury ręczne – przyp. red.) i pedały (klawiaturę nożną – przyp. red.). Od lat nie funkcjonowały poprawnie. W jakim stanie są obecnie usłyszymy, kiedy zagrają po remoncie – mówi ich renowator.*

Pan Artur Kaczmarek, jako właściciel jednoosobowej firmy, od 10 lat zajmuje się naprawą organów z kościołów w całej Polsce – naprawił już około 11 instrumentów.

Magdalena Rzekiecka

Fot. Magdalena Rzekiecka

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

Zespół redakcyjny:
Halina Bogusz, Szczepan Cofta, Monika Dudziak
(redaktor prowadzący), Magdalena Rzekiecka
(sekretarz), Rafał Staszewski, Daria Szaj

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

Dział Marketingu i Reklamy:
Patrycja Rakowska
patrycja.rakowska@skpp.edu.pl
tel. 61 854 91 90

Realizacja:
Wydawnictwo Kontekst
www.wkn.com.pl • kontekst2@o2.pl

Druk: POSITIV

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

REDAKCJA

Lead the 4th Revolution in Interventional Cardiology



Absorb

Bioresorbable Vascular Scaffold System



It's easy to move forward when you leave nothing behind

The dream of a bioresorbable scaffold has now become a reality. Absorb defines a new paradigm – Vascular Reporative Therapy (VRT). The goal of VRT is to restore the vessel to a more natural state, capable of normal vascular function to enable long term benefits. Leaving nothing behind* promises a bright future for interventional cardiology. Together, we can lead the revolution in patient care.

*Small platinum markers at scaffold edges remain for fluoroscopic landmarking.

Abbott Vascular International BVBA, Park Laie, Culliganlaan 2B, B-1831 Diegem, Belgium, Tel: +32 2 714 14 11. Absorb is a trademark of the Abbott Group of Companies. Products intended for use by or under the direction of a physician. Prior to use, it is important to read the package insert thoroughly for instructions for use, warnings and potential complications associated with the use of this device. Information contained herein is for distribution for Europe, Middle East and Africa ONLY. Please check the regulatory status of the device before distribution in areas where CE marking is not the regulation in force. Photo(s) on file at Abbott Vascular. For more information, visit our web site at www.abbottvascular.com.

©2012 Abbott. All rights reserved. 1-EH-2-2451-01 07/2012

