ISSN 1643-0980

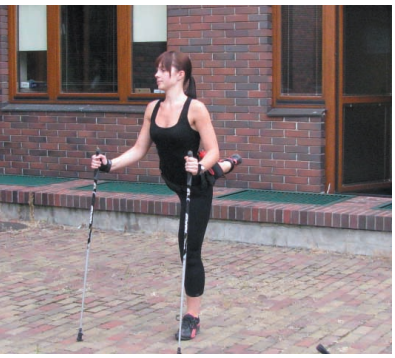
nowiny szpitalne

szpital założony w 1823 roku

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

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

NR 2 (53)
Rok X
MAJ – LIPIEC 2010



Szpitalne kalendarium

• **27 kwietnia** odbyło się spotkanie Zespołu ds. dokumentacji medycznej, podczas którego przedstawiono zestawienie bieżącego stanu realizacji kontroli dokumentacji medycznej oraz omówiono wyniki przeprowadzonych kontroli.

• W tym samym dniu Zespół ds. oceny przyjęć omówił przegląd przyjęć z lutego i marca przygotowany przez Biuro Ruchu Chorych przy ul. Łąkowej.

• **29 kwietnia** odbyło się spotkanie Sekcji ds. Zakażeń Szpitalnych.

• W dniu **10 maja** odbyła się Rada Medyczna w głównej mierze poświęcona dyskusji na temat bieżących kontraktów z Narodowym Funduszem Zdrowia i wykonań ponadlimitowych oraz pokontrolnych zaleceń Państwowej Inspekcji Pracy.

• W dniu **19 maja** Dyrekcja Szpitala z Marią Przybył oraz Anną Ruszczak w Wielkopolskim Centrum Pulmonologii i Torakochirurgii odbyli spotkanie z Kierownikiem Działu Informatyki, dotyczące omówienia problemów napotkanych przy wymianie serwera. Dzielone doświadczenia będą miały kluczowe znaczenie przy wdrażaniu nowych rozwiązań i modułów do systemu Eskulap w naszym Szpitalu.

• W budynku szpitalnym przy ul. Szamarzewskiego **19 maja** (Oddział Pulmonologii i Onkologii Pulmonologicznej) odbyły się warsztaty dotyczące funkcjonowania systemu Eskulap. Podczas spotkania wnikliwie omówiono problemy użytkowników systemu oraz przedyskutowano optymalne rozwiązania. Uwypuklono również konieczność ścisłej współpracy pracowników Działu Informatyki, Sekcji Organizacji i komórek szpitalnych w celu optymalnego wykorzystania systemu Eskulap.

• W dniu **19 maja** odbyło się kolejne spotkanie Zespołu ds. chemioterapii niestandardowych, podczas którego zostały omówione bieżące wnioski. Mgr Martyna Skrzypińska z Działu Organizacji i Sprzedaży Usług Medycznych omówiła sytuację pacjentów, których wnioski na leczenie zostały zatwierdzone na poprzednim spotkaniu. W zebraniu uczestniczyła również dr hab. Maria Litwiniuk, która od 25 kwietnia pełni funkcję Konsultanta Wojewódzkiego w dziedzinie onkologii.

• **22 maja** odbyła się Biała Sobota „Szpital *Przemienienia Pańskiego* Miastu" w ramach Dni Rynku Bernardyńskiego. Z badań i porad lekarzy specjalistów skorzystało wielu poznaniaków.

• **24 maja** prof. Jacek Łuczak wraz z Dyrekcją Szpitala odbył wizytę u JM Rektora Jacka Wysockiego dotyczącą projektu rozbudowy Hospicjum Palium.

• Kwestię żywienia pozajelitowego Dyrektorzy wraz z zespołem w składzie: dr Hanna Jankowiak-Gracz, dr Katarzyna Karwowska, mgr Dorota Liczbańska, mgr Krystyna Piątkowska, mgr Arkadiusz Stasiak, poruszyli na zebraniu **26 maja**.

• **27 maja** Dyrektor Szczepan Cofta gościł w Instytucie Roberta Kocha w Berlinie w ramach współpracy polsko-niemieckiej. Okazją były obchody setnej rocznicy śmierci twórcy współczesnej bakteriologii.

• W dniu **28 maja** zostało przeprowadzone ćwiczenie epizodyczno-zgrywające na temat: „Ewakuacja pacjentów i personelu szpitala w przypadku powstania zagrożenia" dla kadr Szpitala i Uniwersytetu Medycznego oraz członków formacji obrony cywilnej. Zajęcia odbyły się w sali wykładowej im. Wincentego Jezierskiego (część teoretyczna) oraz w rejonie Oddziału Kardiologii (część praktyczna z pokazem ewakuacji). Ćwiczenia przeprowadził mgr inż.

(dokończenie na str. 10)

Aktywni

Na okładce wypoczywający pracownicy naszego Szpitala – różnorodność form spędzania wolnego czasu imponująca...!!

Lato to pora roku, która każdemu z nas kojarzy się przede wszystkim z wakacjami, urlopem czy zasłużonym odpoczynkiem, który jednak nie zawsze musi oznaczać leżenie na plaży. Od kilku lat coraz więcej osób stawia na aktywny wypoczynek. Zdrowy sposób spędzania wolnego czasu jest coraz częściej preferowany przez Pracowników Szpitala. Popularne stają się wakacje połączone z kursem nurkowania czy windsurfingu, podczas których można nie tylko odpocząć, ale także doświadczyć nowych przeżyć.

Na początku dominuje ekscytacja zdobywcy-odkrywcy Nowego Świata, nowej, niepowtarzalnej przygody. Po zanurzeniu Stary Świat przestaje istnieć. Cisza, spokój i wszechobecne piękno są niezwykłe – mówi dr Piotr Kleina-Schmidt, który stawia na nurkowanie. Aktywna forma spędzania urlopu nie zawsze musi być bardzo kosztowna. Liczą się dobre chęci i kreatywność. Turystyka rowerowa, czy podążanie górskimi szlakami nie wymaga dużych nakładów, a zorganizowanie takiej wyprawy i wspólne wędrówki z przyjaciółmi z pewnością dostarczą wielu niezapomnianych wspomnień.

Moją przygodę z jazdą na rowerze zawdzięczam mężowi, który zaraził mnie tą pasją. Jest to znakomity sposób na utrzymanie dobrej kondycji i figury. Kiedy pada ciepły, letni deszcz i pachnie las, to taka jazda jest podwójnie przyjemna – zaznacza Hanna Jankowiak.

Warto podkreślić, że aby aktywnie wypoczywać nie trzeba daleko podróżować, w Polsce jest bowiem wiele atrakcyjnych miejsc, które sprzyjają uprawianiu sportów. Aktywność wspiera także naszą pracę m.in. poprzez przysłowiowe „naładowanie akumulatorów". Wie o tym Marzena Nowik, która spędza wolny czas wspólnie z rodziną nad wodą, w formie wypadów na kajaki lub rower wodny. *Jest to dla mnie oderwaniem się od codzienności. Z takich wyjazdów wracam zawsze pełna energii i mogę znów przezwyciężać codzienne trudności* – zaznacza Pani Marzena. Zarówno miłośnicy spływów kajakowych, żeglarstwa, jak i wspinaczki skałkowej, znajdą tereny, które sprzyjają tym dyscyplinom. Przyznaje to Ewa Flidzikowska - *wyjazd na kajaki daje możliwość obcowania z naturą, spływ rzeką Drawą umożliwia wejście na teren pięknego Drawieńskiego Parku Krajobrazowego.*

O tym, że aktywna forma wypoczynku jest bardzo popularna wśród pracowników Naszego Szpitala można się przekonać zerkając na okładkę *Nowin Szpitalnych*. Różnorodność form spędzania wolnego czasu wśród pracowników jest imponująca!

Katarzyna Leśna

OKIEM DYREKTORA NACZELNEGO SZPITALA

Chaos kontrolowany

Na pierwszy rzut oka, w obiekcie przy ul. Szamarzewskiego, trudno się zorientować gdzie kończy się jedna, a zaczyna kolejna budowa. W rzeczywistości jest ich aż 4, co wskazuje na skalę rozwoju inwestycyjnego Szpitala.

Mamy to szczęście (choć obiektywnie należy wskazać, że jest to rezultat skuteczności Szpitala!), że większość inwestycji jest finansowana ze środków zewnętrznych. Najważniejsza jest budowa nowego skrzydła obiektu Szpitala dla potrzeb oddziałów onkologicznych, których przeniesienie z ul. Łąkowej jest planowane w 2011 r. Choć nieco żal urokliwych przestrzeni zabytkowego obiektu Sióstr Elżbietanek, to w nowym obiekcie pacjenci odczują zdecydowanie większy komfort. Przede wszystkim jednak tworzymy nowoczesne zaplecze bloku operacyjnego, którego w takim zakresie nie udałoby się zrealizować w murach obiektu przy ul. Łąkowej.

Także z zewnętrznych środków, tym razem Unii Europejskiej, finansowana jest rozbudowa Działu Radiologii Klinicznej, której efekty widać każdego dnia. Niebawem rozpocznie się kolejna inwestycja – budowa poradni przyszpitalnych, która jako jedyna jest w całości finansowana ze środków własnych. To niezbędny fragment rozwoju obiektu przy ul. Szamarzewskiego, scalający lecznictwo szpitalne ze świadczeniami ambulatoryjnymi. Powstaje w ten sposób duży, akademicki szpital onkologiczny o szerokim profilu działalności.

Zwieńczeniem prac będzie termomodernizacja istniejących już budynków, a całość Szpitala otrzyma współbrzmiącą ze sobą kolorystykę. Pozyskane środki na ten cel, poza ociepleniem budynku, umożliwią także wymianę części okien tak, by racjonalniej można było gospodarować zasobami ciepła.

Dziś trudno przecisnąć się przez plac budowy przy ul. Szamarzewskiego, ale chaos jest tu tylko pozorny. Każda z inwestycji ma ściśle zaplanowany przebieg tak, by finalnie wspólnie tworzyły nową jakość lecznictwa onkologicznego. Choć budowa może przysparzać naszym Pacjentom i Pracownikom szereg niedogodności, to trzeba pamiętać o tym, że tworzymy przestrzeń dobra wspólnego. Nowy obiekt Szpitala przy ul. Szamarzewskiego to nowe możliwości opieki medycznej, edukacji i badań.

Jan Talaga
Dyrektor Naczelny Szpitala

OKIEM NACZELNEGO LEKARZA SZPITALA

Hospital management 2010

Choć zazwyczaj odżegnuję się od obcojęzycznych określeń, to tym razem przywołuję w tytule właśnie takie, które było hasłem wywoławczym czerwcowego spotkania dyrektorów polskich szpitali klinicznych w Warszawie. Oddaje ono bowiem wyraziste nowoczesne tendencje w zarządzaniu, które nie mogą wymknąć się komentowaniu.

Medyka trafiającego do grona „menadżerów" szpitali porazi zapewne w pierwszym odruchu terminologia dominująca podczas tego typu spotkań: *zarządzanie strategiczne, budżetowanie, contolling, myślenie procesowe, benchmarking finansowy, outsourcing, lekarz produktywny* (i analogicznie*: nieproduktywny), zasoby ludzkie, audit, najwyższe kierownictwo, e-rozwiązania, szpitalne sieci operatorskie*. Choć to oczywiście podstawowe terminy stosowane we współczesnym zarządzaniu, powstaje jednak pewien odruch obronny przed termionologią takiego nieoswojonego świata. Tak jakby brakowało wiary w proste słowa. Ta rezerwa nie upoważnia jednak do rezygnacji z analizy perspektyw tego, co dzieje się w szpitalnictwie naszego kraju. Dzieje się dużo, chociażby ze względu na faktycznie dokonane już przekształcenia oraz przygotowywane następne – dużej części szpitali – zazwyczaj samorządowych – w spółki, które wymuszają nieco inny sposób działania. A ponadto tak wyraziste są próby wtargnięcia na polski rynek kilku dużych światowych sieci szpitalnych, które oczekują spodziewanej w kraju liberalizacji usług medycznych. Tak więc wyczuwa się oczekiwanie na pewien skok (na kasę ?!).

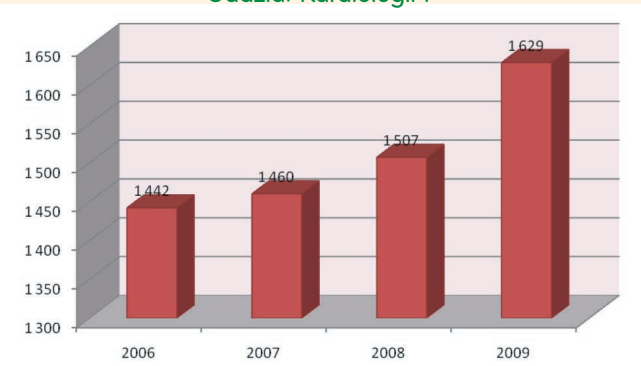
Ponadto bardzo silnie wyczuwalna jest ewolucja (i zarazem emancypacja) wielu zawodów medycznych, która

(dokończenie na str. 5)

Kardiologia w latach 2006-2009

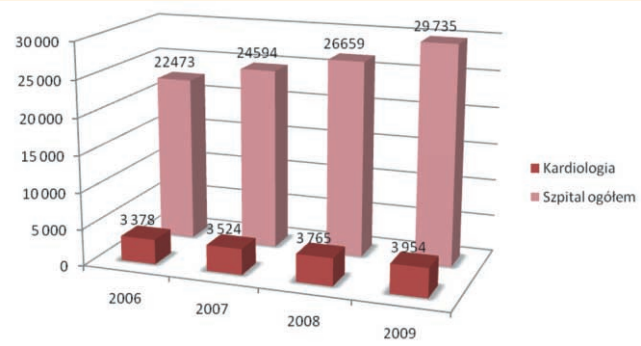
Ilość chorych leczonych na Oddziałach Kardiologii w latach 2006-2009

Oddział Kardiologii F

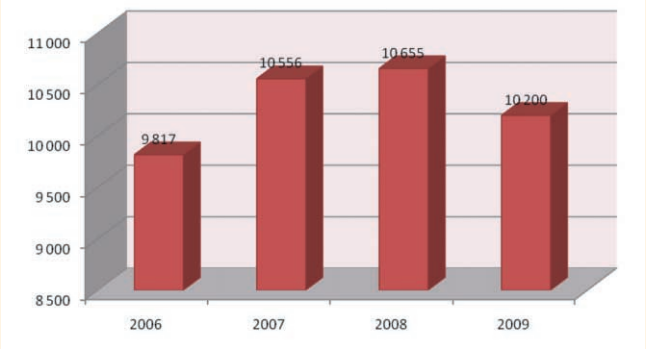


Oddział Kardiologii G

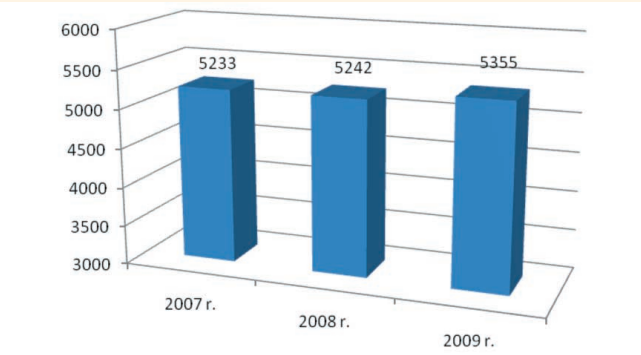
Udział pacjentów oddziałów kardiologicznych w liczbie leczonych ogółem w Szpitalu w latach 2006-2009



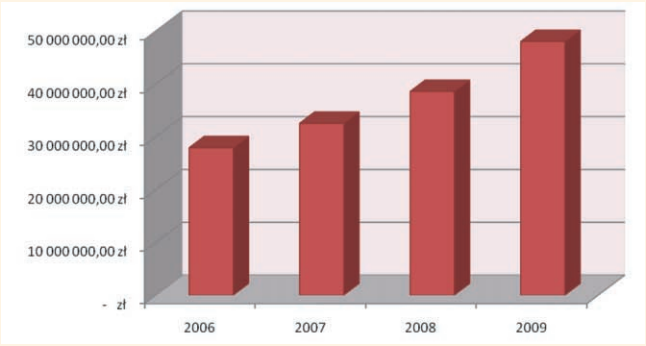
Ambulatoryjna opieka specjalistyczna w zakresie kardiologii w latach 2006-2009 – Poradnia Kardiologiczna



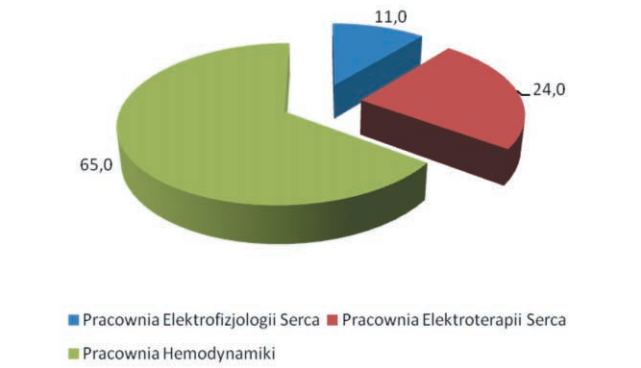
Liczba zabiegów w Pracowni Hemodynamiki (koronarografia i koronaroplastyka) w latach 2007-2009



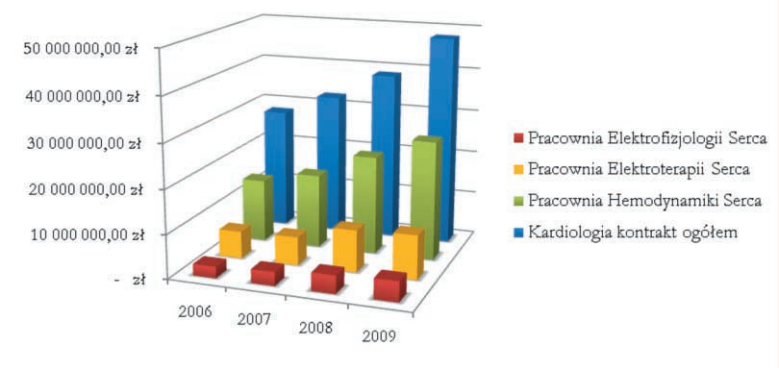
Wartość umów z NFZ na leczenie w zakresie kardiologii w latach 2006-2009 – Oddział Kardiologii F i G



Udział procentowy wartości wykonywanych świadczeń w pracowniach kardiologicznych w roku 2009



Wartość wykonanych świadczeń w Pracowniach w latach 2006-2009



W kolejnym numerze zostanie przedstawiona szczegółowa analiza działalności Oddziału Hematologii i Chorób Rozrostowych Układu Krwiotwórczego z Pododdziałem Transplantacji.

Krystyna Piątkowska, Martyna Skrzypińska
Dział Organizacji i Sprzedaży Usług Medycznych

Radiologia w tempie

Z dnia na dzień rosną mury nowego Działu Radiologii Klinicznej w obiekcie przy ul. Szamarzewskiego 82/84.

Jest to jeden z etapów projektu współfinansowanego ze środków Unii Europejskiej w ramach programu Infrastruktura i Środowisko pt. *Wzrost jakości i dostępności diagnostyki obrazowej w Szpitalu Klinicznym Przemienienia Pańskiego UM w Poznaniu poprzez rozbudowę i zakup wyposażenia.* Przypomnijmy – wartość całego projektu to 9 998 000 zł, z czego 85% stanowią środki Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, zaś 15% zapewnia Ministerstwo Zdrowia. Po rozbudowie Szpital dysponować będzie pomieszczeniami, które umożliwią realizację kompleksowej, scentralizowanej onkologicznej diagnostyki obrazowej. Rozbudowa Działu Radiologii Klinicznej spowoduje dostosowanie się do wymagań stawianych przez Ministra Zdrowia, a zakup nowego sprzętu polepszy możliwości diagnostyczne. W ramach projektu, poza rozbudową, zaplanowano także zakup nowoczesnego 64-rzędowego tomografu komputerowego, aparatów USG oraz ucyfrowienie sprzętu (RTG oraz mammograf). Dotychczas, zgodnie z harmonogramem prowadzone są prace obejmujące budowę nowej części, a niebawem rozpocznie się adaptacja pomieszczeń dotychczasowej Pracowni RTG.

Nowa część obiektu obejmować będzie piwnice oraz dwie kondygnacje naziemne, a trakt komunikacyjny z obecnym budynkiem zaplanowano na poziomie parteru. Łączna powierzchnia nowego Działu Radiologii Klinicznej, po rozbudowie i modernizacji istniejących pomieszczeń wyniesie 869,35 m^2.

RS
Fot. Archiwum

INFRASTRUKTURA I ŚRODOWISKO
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI

UNIA EUROPEJSKA
EUROPEJSKI FUNDUSZ ROZWOJU REGIONALNEGO

OKIEM NACZELNEGO LEKARZA SZPITALA

(dokończenie ze str. 3)

może mocno zmodyfikować tradycyjnie przyjętą harmonię i zależności. Czy wyczuwamy już to na co dzień w gronach lekarskich czy pielęgniarskich? Im większe będą płynęły ku działalności medycznej kwoty, tym większy będzie ogląd i wpływ czynników, i ekonomicznych, i administracyjnych.

Chyba nie do końca w szpitalach klinicznych zdajemy już sobie sprawę, że formuła naszego funkcjonowania wymaga odważnego i w sposób światły przewidującego przyszłość przemodelowania. Choć sytuacja poznańskich szpitali klinicznych na tle kraju wydaje się być wyjątkowo korzystna, to jednak ogólny rys problemu wzbudza lęk i groźbę prowokowania krzywdzących gestów wobec szpitali klinicznych w przyszłości.

Choć odżegnuję się od współczesnej zarządczej nowomowy, to jednak wiem, że nie unikniemy coraz bardziej wyrazistego przesuwania się ku orbitom bliższym specyfice funkcjonowania sprawnych ekonomicznie i restrykcyjnych prawnie przedsiębiorstw. Pozostaje pytanie, w jaki sposób pogodzić tradycyjne wartości (i proste słowa) z wyzwaniami współczesnego *hospital management*.

Szczepan Cofta
Naczelny Lekarz Szpitala

P.S. Na marginesie trzeba jeszcze wspomnieć, że warto jednak przyswoić sobie na przykład, czym jest tzw. *benchmarking finansowy*, gdyż porównywanie siebie z innymi w kontekście efektywności działania wydaje się być ważnym elementem oceny i może określić nasze rokowanie.

Fot. Archiwum

Poza marginesem

Z profesorem Jackiem Łuczakiem, Ordynatorem Oddziału Medycyny Paliatywnej Hospicjum Palium o rozwoju idei hospicyjnej rozmawia Monika Dziamska

Jak powstała myśl o utworzeniu hospicjum?

Było kilka takich momentów, które naprowadziły moje myśli w tym kierunku. Jednym z nich było na pewno spotkanie z Antoniną Mazur, krewną ks. Zbigniewa Pawlaka, proboszcza Kościoła w Kicinie, moją pierwszą pacjentką z rozsianą chorobą nowotworową, która wybrała mnie na swojego lekarza i powiernika. Z powodu dolegliwości sercowych leczyła się u mnie jako kardiologa Spółdzielni Lekarskiej. W wizytach towarzyszyła Jej zawsze troskliwa córka Ewa. Kiedy czuła się znacznie gorzej i nasiliły się bóle zacząłem dojeżdżać do niej do Kicina. Tam na plebanii spotykałem się z ks. Zbigniewem Pawlakiem, który później przez wiele lat był kapelanem hospicyjnym naszego zespołu opieki paliatywnej pomagając wielu chorym, będąc równocześnie niezrównanym nauczycielem akademickim przez 20 lat ucząc o bólu duchowym. Pani Antonina trafiła w końcu na kardiologię przy ul. Długiej – gdzie narastające bóle w klatce piersiowej leczono wlewem dożylnym z nitrogliceryny, podczas gdy ich przyczyną były (nierozpoznane także przeze mnie) przerzuty raka gruczołu piersiowego do żeber i kręgosłupa. Zasugerowała wtedy, abym spotkał się z ks. prof. Włodzimierzem Sedlakiem, który ma wiedzę o działaniu krzemu, pierwiastku mogącym pomóc chorym na raka.

Zaprzyjaźniłem się z chorą. W naszych spotkaniach bardzo wyraźnie przebijała się potrzeba mówienia o umierających chorych i ich leczeniu. Pani Antonina, która bardzo już wtedy cierpiała mówiła, że warto byłoby, żebym ja się takimi chorymi zajmował. Miała do mnie zaufanie, dzieliła się swoim cierpieniem – bólem egzystencjalnym – to spowodowało, że zacząłem się nad tym wszystkim głęboko zastanawiać. Mimo naszej codziennej opieki, życie zaczęło szybko z niej uchodzić. Pani Antonina umierała w domu bardzo spokojnie, bez bólu kojonego podawaniem roztworu doustnej morfiny – to był grudzień 1985. Znaliśmy się przez 3 lata – była osobą, która wyraźnie skierowała moje myśli ku chorym u kresu ich życia.

Jakie jeszcze wydarzenie umocowało Pana Profesora w tym wyzwaniu?

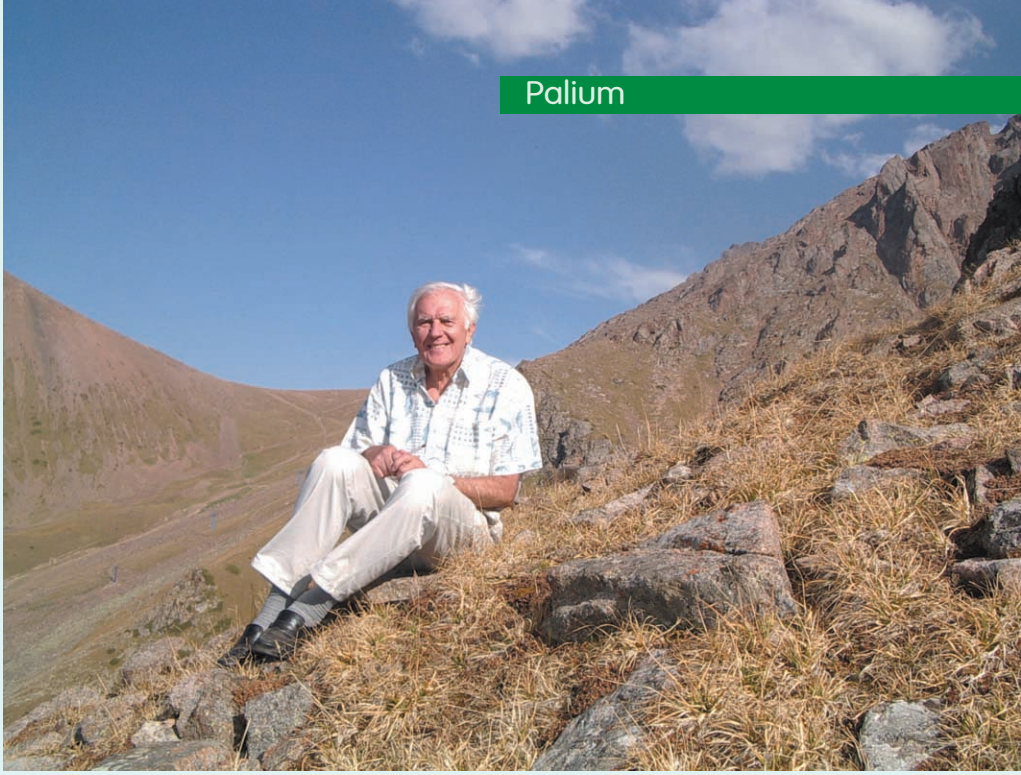
Przypominam sobie dwa wcześniejsze. Kiedy w 1981 r. zostałem dziekanem Akademii Medycznej, udzielając wywiadu dla czasopisma studenckiego NZS, powiedziałem na podstawie swoich doświadczeń klinicznych, że w naszych szpitalach dzieci w bardzo złych warunkach przychodzą na świat, ale chorzy w jeszcze gorszych umierają, i że chciałbym to zmienić. Moje słowa splotły się wtedy z działaniami dr Jolanty Ruszkowskiej i ks. Ryszarda Mikołajczaka, którzy zaczęli tworzyć Hospicjum Św. Jana Kantego; jako dziekan chciałem w tym wszystkim uczestniczyć.

Było jeszcze jedno ważne, wcześniejsze wydarzenie – kiedy po dwóch latach oczekiwania na etat asystencki w I Klinice Chorób Wewnętrznych przy ul. Długiej u prof. Kazimierza Jasińskiego, we wrześniu 1965 roku otrzymałem na oddziale G, salę nazywaną „umieralnią", w której leżeli bardzo cierpiący bliscy śmierci, pacjenci z chorobą nowotworową. Chorzy spoza marginesu zainteresowania lekarskiego, przykre zapachy, widoki i sytuacje zapadły mi mocno w pamięć. Starałem się poświęcać tym chorym czas, rozmawiać, pomagać, uśmierzać ból – mimo, że takie zachowanie nie zyskiwało uznania innych. Wtedy panowało przekonanie, że nie ma potrzeby, aby poświęcać im tak wiele uwagi. To było bardzo przykre nie wiedzieć jak z takimi chorymi rozmawiać i jak uśmierzyć ich dolegliwości.

Jest w tych wydarzeniach pewna prawidłowość i symbolika.

Historia powstania Hospicjum jest pełna nieoczekiwanych momentów, które w sposób wyraźny kierowały nasze kroki ku temu, co jest dzisiaj. Symbolika bezimiennego grobu z kamieni Antoniny Mazur przemawia bardzo mocno i motywuje do dalszych działań. To symbol wielkiego ciężaru, który dźwigała w życiu; ogromnych trudności, których nie udało się jej pokonać, mimo serca otwartego na wszystkich. To co my robimy w hospicjum to właśnie odciążanie chorego przygniecionego cierpieniem.

Jak udało się pozyskać innych tym spojrzeniem na chorych umierających?



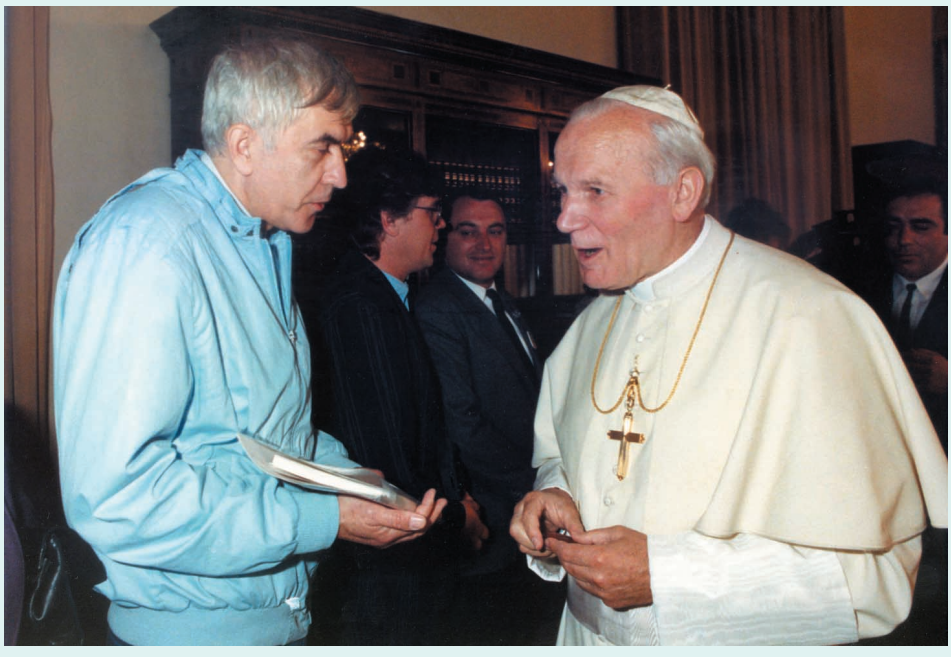
W Górach Kazachstanu – 2002 r.

Fot. Archiwum

W 1984 roku zostałem skierowany przez prof. Witolda Jurczyka, jako anestezjolog prowadzący znieczulenia u chorych onkologicznych w Szpitalu przy ul. Łąkowej. Spotykając się tam z bardzo cierpiącymi chorymi zacząłem się zastanawiać, jak im pomagać i uśmierzyć ich cierpienia. Od 1980 roku zacząłem pracę jako anestezjolog w Szwecji – jeździłem tam co roku latem. W międzyczasie w Kopenhaskim Szpitalu Królewskim uczyłem się zwalczania bólu nowotworowego przy zastosowaniu znieczulenia zewnątrzoponowego – nie wiedziałem, że można ból nowotworowy leczyć inaczej, w prosty sposób doustnym roztworem morfiny. Jak wróciłem do Polski, zacząłem chorym zakładać cewniki zewnątrzoponowe. Wtedy po raz pierwszy powstała myśl o stworzeniu wyjazdowej poradni leczenia bólu, bo trzeba było kontrolować w warunkach domowych skuteczność zastosowanych sposobów niesienia ulgi w bólu oraz prowadzić edukację rodziny odnośnie podawania leków.

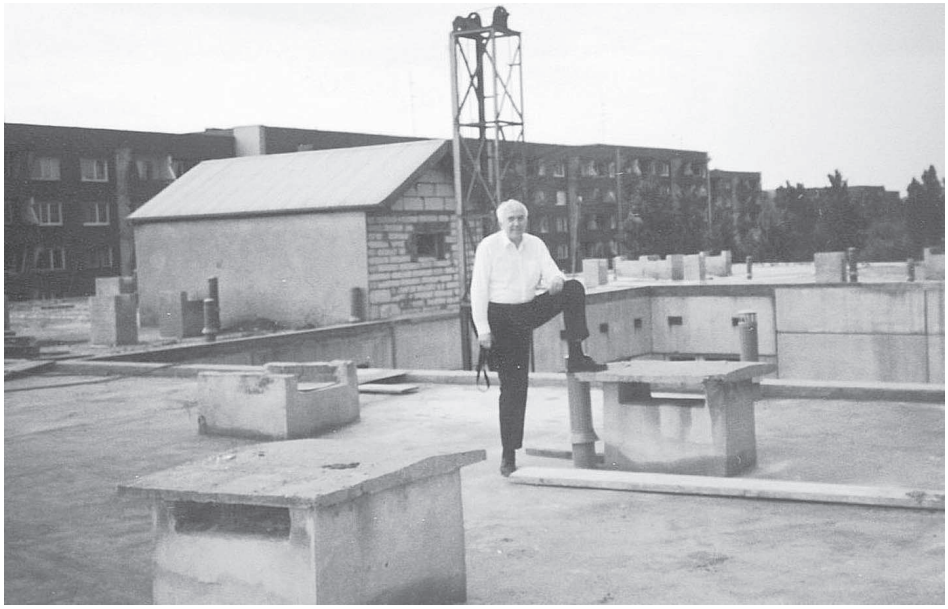
Takie przedsięwzięcie na pewno nie obyło się bez przeciwności?

Problemy były i to nie tylko w organizacji pomieszczeń. Wielu pytało czy warto zajmować się umierającymi, traktując tych chorych jak rudymentaria medycyny, co mnie jednak nie zniechęciło. Chorych z bólem na onkologii było coraz więcej – po godzinach pracy zakładaliśmy cewniki z pielęgniarkami anestezjologicznymi Eleonorą Szymańską i Marią Karalus, które również pomagały mi w opiece domowej. Kolejny problem pojawił się, kiedy pacjenci byli zwalniani do domu – nie miał się kto nimi zajmować. W 1986 r. z kolejnego pobytu w Szwecji przywiozłem mercedesa, kupionego okazyjnie za grosze – od tej pory mieliśmy już czym jeździć do chorych. Zaczęliśmy tworzyć Poradnię Leczenia Bólu z Zespołem wyjazdowym. Mieliśmy kilkunastu chorych. Pierwsi z nich, bardzo młodzi – Maciej i Robert z mięsakami kości, umierali w wielkich cierpieniach. Regularnie ich odwiedzaliśmy i dbaliśmy, by uśmierzyć ich cierpienia. Pewnego dnia Maciej zapytał, dlaczego Bóg go na to cierpienie wybrał – nie wiedzieliśmy co odpowiedzieć. To jego pytanie powraca przy wielu chorych i nadal nie znamy na nie odpowiedzi.



Spotkanie z Janem Pawłem II – 1988 r.

Fot. Archiwum



Na dachu Hospicjum Palium – 1997 r. Fot. Archiwum

Przy chorych uczyliśmy się, jak szukać osób kluczowych w rodzinie, z kim rozmawiać, żeby jak najlepiej pomóc cierpiącym. Robert, kiedy umierał prosił każdego z członków rodziny, żeby się pożegnać, bo umiera. Nauczyliśmy się, że pacjenci wiedzą, przeczuwają pewne rzeczy, mimo, że o śmierci nikt otwarcie nie mówił.

Pamiętam, że opiekowaliśmy się w tym czasie 7-letnim chłopcem, który miał guza mózgu. Wydawało nam się, że trzeba mu to życie przedłużyć – nie chcieliśmy się pogodzić z tym, że ktoś z naszych chorych mógłby umrzeć.

W 1987 roku do pomocy w opiece nad chorymi w domach przyszły jako wolontariuszki trzy studentki wydziału pielęgniarstwa w tym Wiesia Piasecka-Piotrowska. Zespół powoli się rozrastał, jeździliśmy do chorych w soboty i niedzielę i co znamienne, każdy z nas miał na to czas.

Kto pomagał Panu Profesorowi w rozwijaniu idei hospicyjnej?
Zacząłem szukać kontaktów zagranicznych. Zostaliśmy zaproszeni w 1988 r. na Kongres Europejskiego Towarzystwa Opieki Paliatywnej w Mediolanie i do Ośrodka Domowej Opieki Paliatywnej Światowej Organizacji Zdrowia. Uzyskaliśmy pieniądze na szkolenie u profesora Vittorio Ventafriddy i udział w kongresie od International School for Cancer Care. Na kongresie spotkałem się z Elizabeth Kubler-Ross autorką jednej ze 100 najważniejszych książek XX w. „Rozmowy o śmierci i umieraniu" oraz Dr Zbigniewem Żyliczem polskim lekarzem hospicyjnym, który wyemigrował do Holandii i bardzo wspomagał rozwój opieki paliatywnej i hospicyjnej w Polsce, to dzięki niemu poznałem prof. Roberta Twycross. Na konferencję pojechałam z dr Grażyną Zengteler z Hospicjum Św. Jana Kantego. Zabrałem również moją 89-letnią mamę, która dowiedziawszy się, że pojedzie do Włoch przez 3 miesiące nauczyła się języka lepiej niż ja. Zrządzeniem losu nieznajoma kobieta, milionerka zaoferowała nam kilkudniowe noclegi i utrzymanie w swoim domu – pięknym pałacu na peryferiach Mediolanu. Z tej wyprawy zachowało się także dość niepoważne powiedzenie. Żyjąc już później na własny koszt ze skromnych środków, wychudzone kury, które na bazarze kupowaliśmy na obiad nazywaliśmy „cura paliativa", co po włosku oznacza opiekę paliatywną.

Odbyliśmy również niezapomnianą wizytę u Papieża. 1 maja w Dzień Pracy wręczyłem Janowi Pawłowi II materiały z konferencji, zawierające także nasze krótkie opracowanie pierwszych doświadczeń w opiece paliatywnej, krótko opowiedziałem, co już udało nam się dokonać i poprosiłem o wskazówki, co dalej; zasugerował – „Naciskajcie Kościół".

Z nabytą wiedzą i wskazówkami, jak wyglądała praca po powrocie do Polski?
Pracowaliśmy nad utworzeniem Zespołu Domowej Opieki Paliatywnej – który miał odpowiadać wszystkim wytycznym WHO i realizować mediolański wzorzec – współpracujących ze sobą: pracownika socjalnego, psychologa, wolontariuszy, fizjoterapeuty, kapelana, pielęgniarki i lekarzy. Kluczową rolę w tej kwestii odegrała pionierska praca pracowników socjalnych: mgr Iwony Wesołowskiej i mgr Małgorzaty Makowskiej, lekarzy: dr Małgorzaty Okupny, Ewy Bączyk, Aleksandry Kotlińskiej-Lemieszek, Macieja Sopaty, Iwony Porzuczek i Wojciecha Lepperta oraz wielu pielęgniarek, w tym Anny Głowackiej, Janiny Nogalskiej, Wiesławy Piotrowskiej i Marii Radzik.

Od 1990 roku uczymy studentów i kursantów na kursach i przez wspólną pracę w domu i na oddziale medycyny paliatywnej. Do dziś praktykujemy ten model – przyjmując gości z Portugalii, Albanii, Grecji, Rosji, a nawet z Indii. Zabieramy ich na wizyty do chorych – to są najważniejsze spotkania.

We Włoszech zobaczyliśmy również hospicjum stacjonarne z pięknym widokiem na Alpy. Ale ten budynek w niczym nie przypominał hospicjum. Wtedy zrozumieliśmy, że aby stworzyć takie miejsce trzeba najpierw zadbać o relacje z chorymi. Hospicjum to nie budynek, ale dusza, duchowość.

Dzięki nawiązanym znajomościom na mediolańskim kongresie zorganizowaliśmy pierwszy Ogólnopolski Zjazd Opieki Paliatywnej z udziałem czołowych wykładowców w tym prof. Roberta Twycross z oksfordzkiego ośrodka opieki paliatywnej. Na sympozjum poznańskie w listopadzie 1988 roku zorganizowane w sali wykładowej ortopedii przyjechało ponad 300 osób z całej Polski.

Czy już wtedy rozpoczęły się pierwsze starania o oddział opieki paliatywnej?
Długo walczyłem o oddział, aż w końcu prof. Ramlau oddał mi 2 pomieszczenia na remont i adaptację. Pan inż. Józef Zieleziński podszedł bardzo entuzjastycznie do tego pomysłu realizowanego wg projektu architekta Pana Seweryna Jopa. Otwarty w 1990 r. nowy oddział liczył 7 łóżek – to był wielki sukces, również dlatego, że była to pierwsza tego typu jednostka w Polsce. Niedługo potem powstała pierwsza w Europie, powołana przez rektora AM prof. Antoniego Pruszewicza, Klinika Opieki Paliatywnej – bez edukacji nie można się rozwijać. Przygotowaliśmy w 1991 r. pierwszy w Polsce i jeden z pierwszych w Europie program nauczania. Na oddziale rozpoczęła pracę jako oddziałowa pani Ania Głowacka. Szukaliśmy dobrych lekarzy, którzy jeździli po kolei do Oksfordu, żeby uczyć się nowoczesnej opieki paliatywnej. Prowadziliś-

my w całej Polsce kursy z zakresu opieki paliatywnej. Na jedno ze spotkań przyszło ponad 800 osób. Tematyka ta budziła wielkie zainteresowanie szczególnie wśród pielęgniarek, ponieważ nikt wcześniej nie mówił o śmierci i umieraniu. Oddział szybko przy naszej aktywnej działalności zaczął pękać w szwach.

Jaki był kolejny etap podejmowanych działań?
Doszedłem do wniosku, że kolejnym krokiem jest zaistnienie w Ministerstwie Zdrowia. Wiceminister Zdrowia Krystyna Sienkiewicz była zafascynowana naszymi pomysłami – wkrótce po tym otrzymaliśmy pieniądze jako Klinika do wykorzystania na cele edukacyjne.

Kolejnym krokiem było utworzenie w 1993 roku Krajowej Rady Opieki Paliatywnej i Hospicyjnej. Zaczęliśmy opracowywać program rozwoju opieki paliatywnej dla całej Polski. Pewnego razu, jadąc na kolejne zebranie Rady okazało się, że zostały uszkodzone tory. Jechałem do Warszawy 6 godzin – traf chciał, że naprzeciwko mnie siedział wicepremier Paweł Łączkowski. Opowiadałem mu o naszych potrzebach – w dwa tygodnie później rozprowadzaliśmy pieniądze, 64 mld starych złotych, po wszystkich ośrodkach hospicyjnych w Polsce. W krajowej Radzie wywalczyliśmy jako drugi kraj w Europie specjalizację z medycyny paliatywnej dla lekarzy i opieki paliatywnej dla pielęgniarek. Wpłynęliśmy również na to, że we wszystkich województwach powstały wojewódzkie rady opieki paliatywnej i hospicyjnej.

Później nastąpiła reforma służby zdrowia. Wprowadzono w 1991 roku do Ustawy o zakładach opieki zdrowotnej opiekę paliatywną i hospicyjną, jako działalność leczniczą oraz artykuł, mówiący o tym, że każdy człowiek w Polsce ma prawo do umierania w spokoju i godności. To dawało umocowanie prawne i motywację do zapewnienia właściwej opieki. Wyszła również Ustawa o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym (1998 rok), która dzięki działaniom ks. Eugeniusza Dutkiewicza, charyzmatycznego przywódcy ruchu hospicyjnego, wprowadziła nowelizację, mówiącą o refundacji świadczeń z zakresu opieki paliatywnej, o jej akceptacji zadecydował jeden głos.

W 1994 roku Minister Zdrowia powołał urząd konsultanta krajowego ds. medycyny paliatywnej w mojej osobie. Minister Jacek Żochowski, z którym

Spotkanie z E. Kubler-Ross – Mediolan 1988 r. Fot. Archiwum

znałem się jeszcze z czasów wspólnego rozwijania intensywnej kardiologii, był bardzo zaangażowany w to wszystko. W tym samym roku wydaliśmy publikację „Zwalczanie bólów nowotworowych", później „Program rozwoju opieki paliatywnej i hospicyjnej w Polsce".

Wspomniał Pan Profesor, że oddział już wtedy pękał w szwach, jak udało się przenieść go na os. Rusa?
Długo zastanawiałem się, jak zdobyć lepsze miejsce. Dokonałem przeglądu budynków w całym Poznaniu na budowę Hospicjum Palium. Kiedy znalazłem odpowiednie miejsce, poszedłem do Wojewody Włodzimierza Łęckiego, który zgodził się przekazać budynek w stanie surowym z 1974 roku Rektorowi. Żeby wykonać dobry projekt pojechaliśmy do Anglii obejrzeć nowoczesne, wzorcowe hospicja. Pamiętam, że dyrektor Leszek Sikorski przez całą drogę raczył nas muzyką zespołu „Queen".

Od razu wiedziałem, że musi być dużo miejsca dla chorego, wygodne o domowym wystroju pomieszczenia, piękny ogród. Zanim nasz program został zaakceptowany przez Ministerstwo, musiał przejść przez ministerialny wydział projektów, aby trafić do Zarządu Inwestycji AM. Wszyscy kręcili nosami – po co ogród i sadzawka? Wszystkie formalności trwały dwa lata. W trakcie budowy nastąpiła dłuższa przerwa, ponieważ zabrakło pieniędzy.

Ważną rolę w tym wszystkim odegrała również Joasia Drażba, która była naszą pacjentką i nauczycielką. To ona zmotywowała nas do myślenia o rozbudowie, założeniu nowego pięknego miejsca, by nie tylko młode jak ona, ale wszystkie cierpiące osoby miały jak najlepsze warunki. Nazwiskiem Joasi został nazwany Ośrodek Opieki Dziennej.

W 2001 roku wprowadziliśmy się do nowego hospicjum, wyposażonego w nowoczesny sprzęt, poszerzonego w 2004 o dodatkowy 9-łóżkowy oddział. Teraz prowadzimy starania o pozyskanie 7 milionów, żeby je rozbudować. Na miejsce na 24-łóżkowym oddziale stale oczekują cierpiący, wymagający opieki stacjonarnej chorzy, korzystający z naszego domowego hospicjum

Spotkanie z pacjentem...
Jest czymś, co zawsze człowieka napawa jakimś niepokojem czy sprosta temu zadaniu i będzie właściwą osobą dla tej, która potrzebuje pomocy. Każdy człowiek, którym się opiekuję to osoba bardzo cierpiąca. Muszę znaleźć dla niej czas, by porozmawiać i mieć gotowość wysłuchania jej historii cierpienia. Kiedy poświęci się choremu czas o cierpieniu zaczyna mówić szerzej – nie jest to już tylko ból fizyczny, ale udręka psychiczna i egzystencjalna. Bardzo wyraźna staje się nuta głębokiego odczucia niesprawiedliwości i trudu w zaakceptowaniu tego, co się dzieje.

Spotkanie z chorym, o którym wiemy, że niedługo umrze jest wielkim wyzwaniem, żeby przygotować go na ten moment i oswoić z nieuchronnym. To również czas, który przynosi radość, już przez samo spotkanie z człowiekiem, który oczekuje, że podejdzie się do niego w sposób serdeczny i życzliwy. ■

Łagodzić cierpienie

Z Anną Głowacką, Pielęgniarką Oddziałową Hospicjum Palium rozmawia Monika Dziamska.

Fot. Monika Dziamska

Droga zawodowa

Moja droga zawodowa przez pierwsze 8 lat związana była z Oddziałem Chemioterapii naszego Szpitala. W tym właśnie czasie przy ul. Łąkowej, gdzie pracowałam, rozpoczął swoją działalność Pan Profesor Jacek Łuczak. Korzystając z życzliwości ówczesnego ordynatora Oddziału Chemioterapii Pana Profesora Cezarego Ramlau, Profesor Łuczak wykorzystywał w soboty i niedziele wolne łóżka, i przyjmował chorych z zaawansowaną chorobą nowotworową w celu rozpoczęcia leczenia bólu, duszności i innych dotkliwych dolegliwości. Po 2 dniach hospitalizacji chorzy musieli opuścić oddział – potrzebne były miejsca dla pacjentów aktywnie leczonych przyczynowo.

Niezwykłe wydarzenie

Kiedy zobaczyłam, że jest pewien obszar w życiu umierającego człowieka i jego bliskich, który można wypełnić profesjonalnymi działaniami, że umieranie z powodu raka może być mniej dramatyczne. Pod opieką Pana Profesora Jacka Łuczaka rozpoczęłam w domach chorych naukę pielęgnowania i komunikowania się z chorymi u kresu życia. Poznawałam problemy rodzin umierających pacjentów. To była już nie tylko medycyna i pielęgniarstwo – było to niezwykłe wydarzenie, ogniwo, którego brakowało między zakończeniem leczenia przyczynowego a chwilą odejścia.

Spotkanie z chorym

Minęło z górą 20 lat, medycyna i pielęgniarstwo w opiece paliatywnej to już wysoce specjalistyczne działania. Potrafimy już walczyć z wieloma dokuczliwymi objawami u naszych chorych, a mimo to każdy nowy pacjent to kolejne wyzwanie, nowa nauka, żal, że nie można przywrócić zdrowia, uratować życia i mimo wszystko satysfakcja, że jest się częścią tego ogniwa, które choć trochę łagodzi cierpienie.

Trudności

Nie byłabym wiarygodna, mówiąc wyłącznie o atutach pracy w Hospicjum. Uczestniczenie na co dzień w umieraniu naszych chorych, w rozpaczy ich najbliższych niejednokrotnie powoduje poczucie bezradności wobec nieuchronnej śmierci. Rodzą się pytania, na które nigdy nie otrzymamy odpowiedzi. Odczuwamy wyczerpanie emocjonalne. Trudno mi wytłumaczyć jak na nowo pozyskujemy energię. Składa się na to wiele czynników.

To, co z pewnością nas podrywa na nowo, to wdzięczność chorych, a szczególnie rodzin.

Nie bez znaczenia jest także fakt, że tworzymy wspaniały zespół wielodyscyplinarny, otwarty na problemy naszych chorych.

Wyzwania

Stoją przed nami nowe zadania. Borykamy się z brakiem miejsc na oddziale stacjonarnym – chorzy, potrzebujący pomocy, oczekują w kolejce nieraz kilka dni. Z uwagi na specyfikę pracy nie zawsze pozyskujemy kadry w wystarczającym wymiarze, co zagraża zatraceniem możliwości sprawowania „prawdziwej opieki hospicyjnej" – czynności instrumentalne pochłaniają większość czasu. Dostrzegamy także potrzebę aktywnej edukacji kadr w jednostkach naszego Szpitala w zakresie leczenia dokuczliwych objawów.

Mając zaszczyt zabrać głos na łamach „Nowin Szpitalnych" pragnę złożyć serdeczne podziękowania Panu Profesorowi Jackowi Łuczakowi za to, że nauczył mnie tej niezwykłej sztuki, jaką jest moja praca i mojemu zespołowi wspaniałych koleżanek pielęgniarek, lekarzy, opiekunów i salowych, że z niezwykłym oddaniem tę pracę pomagają mi kontynuować. ■

Szpitalne kalendarium

(dokończenie ze str. 2)

Stanisław Nizio – Starszy Specjalista ds. Obrony Cywilnej naszego Szpitala.

• **1 czerwca** odbyło się kolejne zebranie Rady Społecznej Szpitala. Spotkanie zostało poświęcone głównie omówieniu aktualizacji planu rzeczowo-finansowego na rok 2010.

• W tym samym dniu odbyły się kolejne spotkania Zespołów ds. dokumentacji medycznej i oceny przyjęć.

• Spotkanie z Barbarą Murawską, Z-cą Dyrektora ds. Medycznych Narodowego Funduszu Zdrowia odbyło się **2 czerwca**. Dr hab. Małgorzata Pyda, dr Katarzyna Katulska i Dyrekcja Szpitala podjęli rozmowy dotyczące wzrostu wartości kontraktu na badania Rezonansu Magnetycznego.

• **7 czerwca** odbyło się spotkanie Zespołu ds. Badań Klinicznych, podczas którego poddano ocenie 4 zgłoszone badania kliniczne, pod kątem zapisów projektów umów na prowadzenie badań oraz ich kalkulacji. Omówiono również bieżące sprawy związane z prowadzeniem badań klinicznych w Szpitalu.

• **14 czerwca** odbyła się kolejna Rada Medyczna – omówiono głównie sytuację ekonomiczną i plany informatyzacji Szpitala oraz sprawy pielęgniarskie.

• **15 czerwca** w Warszawie odbyło się otwarte spotkanie Zarządów Polskiej Unii Szpitali Klinicznych i Stowarzyszenia Dyrektorów Szpitali Klinicznych poświęcone aktualnym problemom szpitali klinicznych. Na spotkaniu obecny był Dyrektor Szczepan Cofta.

• **16 czerwca** odbyło się spotkanie Komitetu Terapeutycznego.

• Spotkanie Zespołu ds. chemioterapii niestandardowych odbyło się **23 czerwca.**

Aktualizacja: 30 czerwca 2010 r.

Hospicjum Palium

Fot. Archiwum

- Oddział Medycyny Paliatywnej
- Hospicjum Domowe
- Poradnia Medycyny Paliatywnej
- Oddział Dziennego Pobytu Hospicjum Palium
- Opieka ambulatoryjna w zakresie:
  - leczenia bólu przewlekłego
  - leczenia obrzęku limfatycznego
  - leczenia ran przewlekłych
  - pracownia fizjoterapii

Poradnia Leczenia Ran

Od 20 kwietnia 2006 roku, w Hospicjum Palium działa Poradnia Leczenia Ran. Porady są udzielane w ramach kontraktu Poradni Medycyny Paliatywnej, ponieważ NFZ nie kontraktuje wizyt dla chorych z ranami przewlekłymi.

Poradnia oferuje obecnie usługi z zakresu leczenia ran przewlekłych – odleżyn, owrzodzeń żylnych goleni, stopy cukrzycowej, ran pourazowych i owrzodzeń nowotworowych u chorych w podeszłym wieku, w przebiegu chorób naczyniowych, neurologicznych, internistycznych i z chorobą nowotworową.

W Poradni realizowane jest efektywne leczenie ran przewlekłych oparte na standardach światowych i europejskich, promujących i zalecających terapię przyczynową, diagnostykę (Dupplex, wskaźnik K/R), badania mikrobiologiczne i uzasadnioną antybiotykoterapię, kompresjoterapię warstwową, leczenie miejscowe rany, stosowanie nowoczesnych opatrunków aktywnych, edukację chorego i rodziny w zakresie profilaktyki i pielęgnacji.

Obecnie w poradni zarejestrowanych jest 362 chorych, a od początku jej istnienia udzielono ponad 2400 porad. Istnieje szansa, że od początku przyszłego roku Poradnia będzie czynna 5 dni w tygodniu.

dr n. med. Maciej Sopata

Spotkanie z pacjentem

Fot. Monika Dziamska

Jest czymś, co zawsze człowieka napawa jakimś niepokojem czy sprosta temu zadaniu i będzie właściwą osobą dla tej, która potrzebuje pomocy. Każdy człowiek, którym się opiekuję to osoba bardzo cierpiąca. Muszę znaleźć dla niej czas, by porozmawiać i mieć gotowość, wysłuchania jej historii cierpienia. Kiedy poświęci się choremu czas o cierpieniu zaczyna mówić szerzej – nie jest to już tylko ból fizyczny, ale udręka psychiczna i egzystencjalna. Bardzo wyraźna staje się nuta głębokiego odczucia niesprawiedliwości i trudu w zaakceptowaniu tego, co się dzieje.

Spotkanie z chorym, o którym wiemy, że niedługo umrze jest wielkim wyzwaniem, żeby przygotować go na ten moment i oswoić z nieuchronnym. To również czas, który przynosi radość, już przez samo spotkanie z człowiekiem, który oczekuje, że podejdzie się do niego w sposób serdeczny i życzliwy.

Prof. dr hab. Jacek Łuczak

Skuteczne wsparcie

Polskie Towarzystwo Opieki Paliatywnej Oddział w Poznaniu, jest organizacją posiadającą status organizacji pożytku publicznego. Od momentu powstania w 1988r., jego celem było promowanie filozofii opieki paliatywnej oraz dążenie do rozwijania różnych, wielodyscyplinarnych form udzielania pomocy chorym, zmagającym się z postępującymi chorobami ze złym rokowaniem, głównie z chorobami nowotworowymi. Do roku 2001 Towarzystwo aktywnie wspierało organizacyjnie, rzeczowo oraz przede wszystkim finansowo budowę i wyposażenie Hospicjum Palium na Os. Rusa.

Fot. Archiwum

Charyzma

Towarzystwo powstało z inicjatywy prof. dr hab. n. med. Jacka Łuczaka – Prezesa Zarządu Towarzystwa przez cały okres jego istnienia. Dzięki zaangażowaniu, wiedzy, autorytetowi i charyzmie Pana Profesora, Towarzystwo rozwija się i nieprzerwanie prowadzi swoją działalność.

Do chwili rozpoczęcia działalności przez Hospicjum Palium, Towarzystwo sfinansowało wszystkie prace wykończeniowe w budynku Hospicjum i dofinansowało jego wyposażenie łączną kwotą ponad 1,5 mln złotych. To dzięki finansowemu wkładowi Towarzystwa, Hospicjum jest miejscem przyjaznym chorym, ciepłym i pięknym. Corocznie Towarzystwo wspiera działalność Hospicjum kwotą około 400.000,00 zł.; Szpital Kliniczny *Przemienienia Pańskiego* w dbałości o możliwie najwyższą jakość

Łąkowa – miejsce, które lubią pacjenci

Dorożka jadąca Strzelecką zwalnia i skręca w prawo. Odgłos końskich kopyt i turkot cichną, gdy pojazd wjeżdża na wyłożoną drewnianą kostką ulicę Łąkową, zalaną zachodzącym słońcem, odsłaniającą czerwoną bryłę „sanatorium" sióstr Elżbietanek. Okazały neogotycki budynek wznoszono według najnowocześniejszych, europejskich wzorów – siostra, której zgromadzenie powierzyło misję zorganizowania nowej placówki podróżowała po Europie, aby poznać najlepsze ówczesne szpitale – stąd i dębowa kostka na ulicy Łąkowej, która chroniła uszy i spokój chorych... Był rok 1910. Szpital przyjmował pierwszych pacjentów.

Polski chirurg – dr Mieczkowski zlikwidował właśnie swą prywatną klinikę na Garbarach, aby podjąć pracę w nowo otwartej lecznicy. W szpitalu zamieszkał inny polski lekarz – laryngolog dr Grabowski. Asystował Mieczkowskiemu i prowadził własną praktykę. Odpowiadał bezpośrednio za opiekę nad chorymi.

Tak rozpoczynała się historia, która w swym dalszym biegu w niezwykły, niekiedy dramatyczny, sposób splatała się z dziejami Poznania i Polski. W okresie międzywojennym Siostry otworzyły także szkołę pielęgniarską. Następcą Mieczkowskiego został uczeń dr Antoniego Jurasza – Niemiec dr Schliengmann.

Nikt nie spodziewał się wtedy, że okres kiedy siostry będą miały możliwość zarządzania szpitalem zostanie brutalnie przerwany przez Niemców. Zajęli oni szpital, pozostawiając siostrom zaledwie możliwość przebywania we własnym domu. Z kolei po wojnie – kiedy tylko udało się siostrom wyprowadzić zakład „na prostą" – przejęły go bezprawnie władze komunistyczne – rozwożąc z trudem odtworzony ruchomy majątek po miejskich szpitalach poznańskich. Wyjątkowym symbolem arogancji władz było z pewnością przeznaczenie szpitala na jednostkę podległą MSW.

W latach 70-tych szpital stał się siedzibą Katedry i Kliniki Onkologii Akademii Medycznej. Z tą specjalnością jest z pewnością zrośnięty w świadomości społeczeństwa poznańskiego. I choć w tej samej dzielnicy wyrosło nowoczesne Centrum Onkologii – pacjenci lubią Łąkową – jej kameralny, niepowtarzalny klimat – będący także owocem obecności tutaj od samego początku sióstr, które jako swoją misję obrały niesienie ulgi w cierpieniu. Choć zostały brutalnie pozbawione możliwości realizowania swoich zadań – to dzięki nim na Łąkowej chorzy znajdowali pomoc, troskę, profesjonalną opiekę, życzliwość i dobroć.

Lek. med. Halina Bogusz

Fotoreportaż na str. 12-13

życia chorych, finansując wypożyczalnię sprzętu rehabilitacyjnego oraz działalność Ośrodka Opieki Dziennej, wspierając finansowo pacjentów, finansując utrzymanie ogrodu zimowego, dbając o wystrój Hospicjum.

Zaangażowanie

Dzięki działalności Towarzystwa, Hospicjum jest także miejscem wystaw i koncertów. Ważną częścią działalności Towarzystwa są szkolenia i edukacja w dziedzinie medycyny i opieki paliatywnej, obejmująca także lekarzy, pielęgniarki, psychologów i pracowników socjalnych z krajów Europy Południowo – Wschodniej oraz krajów byłego Związku Radzieckiego, a nawet Indii.

Niezwykły autorytet prof. Jacka Łuczaka oraz wspaniała praca i zaangażowanie wszystkich pracowników Hospicjum sprawiają, że Towarzystwo jest obdarzane zaufaniem darczyńców, wolontariuszy i przyjaciół Hospicjum oraz nieustannie wspierane przez tysiące osób i wiele firm, które swoimi pieniędzmi, czasem, pomocą rzeczową i organizacyjną wspierają naszą działalność.

Towarzystwo prowadzi także własną odpłatną działalność pożytku publicznego, głównie w zakresie edukacji podyplomowej lekarzy i pielęgniarek oraz na rzecz Pracowni Fizjoterapii.

Fot. Archiwum

Wyzwanie

Aktualnie, głównym wyzwaniem, jakie stanie przez Towarzystwem jest rozbudowa Hospicjum o kolejne 15 łóżek oddziału medycyny paliatywnej oraz sale wykładowe. Zgodnie z uchwałą Senatu Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu, jako właściciel terenu i budynku Hospicjum, Uniwersytet Medyczny zamierza podjąć wysiłki zmierzające do rozbudowy Hospicjum, przy zadeklarowanej współpracy naszego Towarzystwa.

Dotychczasowa baza łóżkowa Hospicjum jest daleko niewystarczająca dla zapewnienia właściwej opieki chorym, wymagającym stacjonarnego leczenia paliatywnego. Kolejka osób oczekujących na przyjęcie do Hospicjum ciągle się wydłuża. Wielu chorych nadal cierpi z powodu braku możliwości otrzymania fachowej opieki i leczenia.

Przyjaciele

Zarząd Towarzystwa żywi nadzieję, że w wysiłkach tych nadal będziemy mogli liczyć na zrozumienie i pomoc przyjaciół Hospicjum. Zachęcamy wszystkich pracowników naszego Szpitala do przekazywania 1% swojego podatku na ten cel i dziękujemy za dotychczas okazywane zaufanie, pomoc i życzliwość.

Zachęcamy Państwa także do zapoznania się z naszymi sprawozdaniami finansowymi i merytorycznymi zamieszczonymi na stronie internetowej Departamentu Pożytku Publicznego

www.pozytek.gov.pl

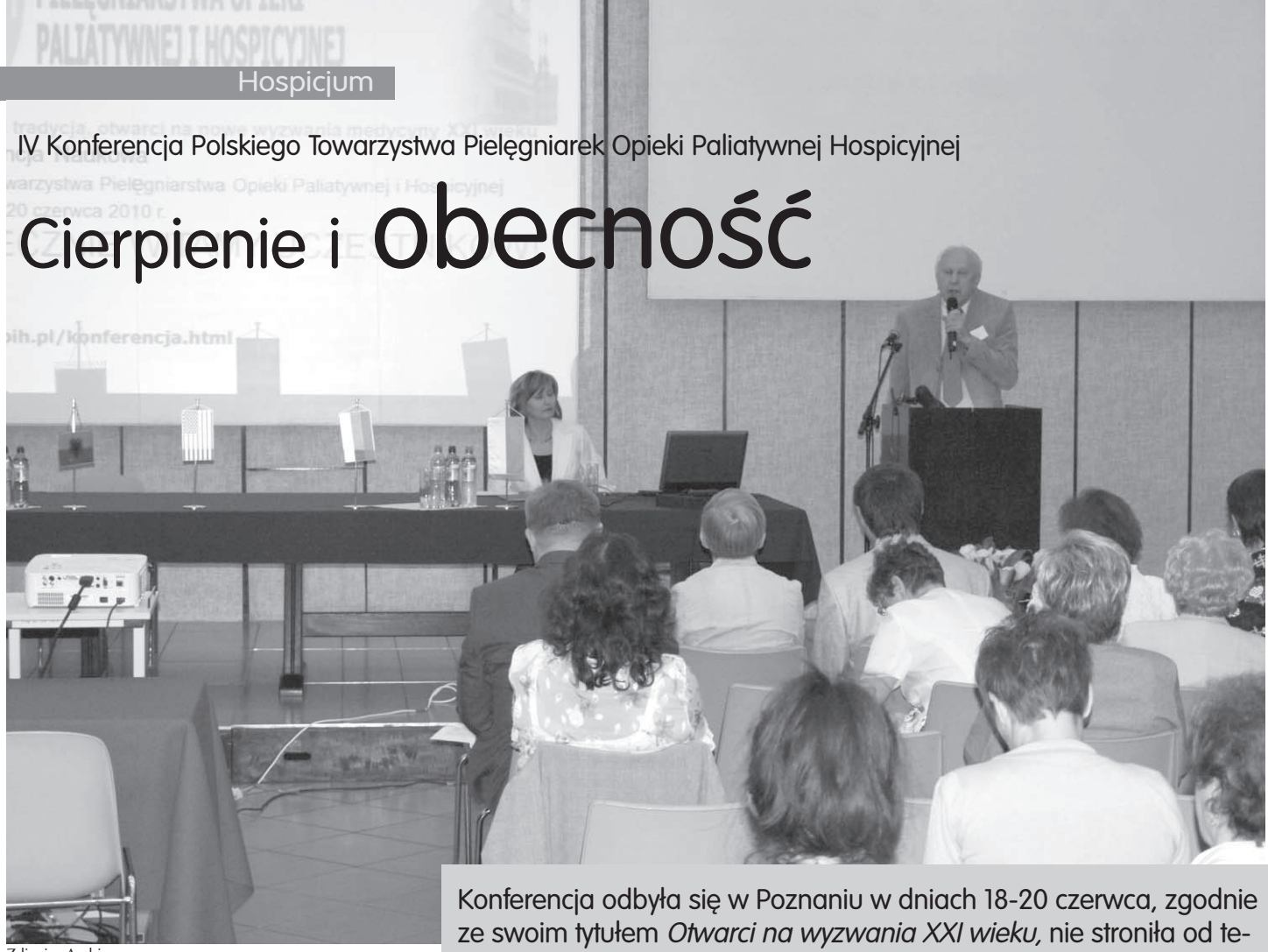
Iwona Wesołowska
Sekretarz Zarządu

Zdjęcia: Martyna Skrzypińska

Szpital przy Łąkowej

IV Konferencja Polskiego Towarzystwa Pielęgniarek Opieki Paliatywnej Hospicyjnej

Cierpienie i obecność



Zdjęcia: Archiwum

Konferencja odbyła się w Poznaniu w dniach 18-20 czerwca, zgodnie ze swoim tytułem *Otwarci na wyzwania XXI wieku,* nie stroniła od tematów gorących, współczesnych wyzwań, zarówno medycznych jak i organizacyjnych, w kraju i za granicą. Była zarazem przywołaniem początków rozwoju opieki paliatywnej w Polsce, kiedy to z inicjatywy Pana profesora Łuczaka, także z udziałem poznańskiego zespołu pielęgniarskiego opieki paliatywnej zorganizowano pierwszy Europejski Kongres Pielęgniarek Opieki Paliatywnej.

Jubileusze

Ta niezwykła, młoda specjalność, zarówno lekarska jak i pielęgniarska, będąca odnowieniem humanistycznego spojrzenia na chorego i jego rodzinę, zobaczenia go w szerszym psychospołecznym i duchowym kontekście cierpienia, zbliża się w Polsce do wielorakiego jubileuszu. Już w przyszłym roku Kraków będzie świętował 30 rocznicę inicjatyw, które doprowadziły do powstania Hospicjum Świętego Łazarza w Nowej Hucie. Także Gdańsk – drugie, niemniej ważne miejsce, gdzie idea opieki paliatywnej została zapoczątkowana przez księdza Eugeniusza Dutkiewicza i Hospicjum Pallotinum – zbliża się do „trzydziestki".

Inspiracje

Poznań jest trzecim miejscem w Polsce, gdzie podjęto wyzwanie. Zostało ono tutaj różnorakimi drogami rozwinięte, włączone w obieg medycyny akademickiej, w programy rządowe, ministerialne – na swój sposób legitymizowane w polskim systemie opieki zdrowotnej. Stąd też promieniowała idea zanoszona przez Pana profesora Jacka Łuczaka i jego zespół – niestrudzonych nauczycieli wielu nowych środowisk pielęgniarskich i lekarskich. Można to było odczytać w wystąpieniach ostatniej, niedzielnej sesji konferencji poświęconej rozwojowi hospicjów. Prawie każda z osób, zabierających głos, wspominała spotkania

Rosyjscy goście

Olga pochodzi z Syberii z kraju Kamerowskiego. W jej rodzinnym domu były polskie książki i słowniki, ojciec mawiał – *Ucz się języków, bo to w życiu przydatne*... – po latach dowiedziała się, że jej dziadek był Polakiem – jednak w ówczesnej rzeczywistości nie wolno było o tym nawet wspominać. Dziś Olga mieszka i pracuje na Florydzie. *Moje serce jest w Rosji* – mówi, uśmiechając się.

Svietlana w czasie studiów medycznych przeżyła nawrócenie – to zadecydowało o wyborze pracy w hospicjum – *To moja Golgota. Ja muszę tam pracować* – mówi. Patrząc na zdjęcia nowokuźnieckiego hospicjum, gdzie przy żelaznych sztywnych łóżkach stoją zwykłe taborety, zamiast nocnych stolików, można choć trochę odczuć miarę jej poświęcenia.

Irina jest pielęgniarką i doktorem psychologii. Obecnie robi studia MBA. Codziennie pokonuje trzygodzinną trasę kolejką elektryczną do Moskwy, gdzie wykłada i redaguje czasopismo *Pielęgniarka*. *Piszcie* – mówi – *potrzebujemy tekstów.* – najbliższy numer chce poświęcić w całości opiece paliatywnej.

W czerwcu na zaproszenie ECEPT gościła w Hospicjum Palium trzyosobowa delegacja z Rosji.

Historia rosyjskich hospicjów jest niewiele krótsza od polskiej – jednak przez dwadzieścia lat w całej Rosji powstało mniej więcej tyle oddziałów opieki paliatywnej, co w Wielkopolsce. Nie ma specjalizacji, brakuje osobnego systemu kształcenia pielęgniarskiego; nawet podawanie doustnej morfiny nie jest możliwe. Jest zatem wiele do zrobienia. Hospicja nie stały się w Rosji ruchem społecznym – problem opieki paliatywnej nie jest znany i uznany także przez decydentów. Olga ze swoimi współpracownikami stworzyli stronę internetową, która ma służyć uwrażliwieniu na problemy ludzi umierających. Wystosowali także petycję do Prezydenta.

W ramach wizyty w Polsce Rosjanki odwiedziły Kraków, Wrocław i Poznań. Poznały także hospicjum w Wągrowcu. Położone w lesie, w ogrodzie pełnym kwiatów, w nowoczesnym, choć stylizowanym budynku musiało wydawać się im niedoścignym wzorem. W dodatku wybudowane wyłącznie ze społecznych pieniędzy. *Jak wy to robicie*? – pyta z odcieniem zazdrości w głosie Irina. *U nas ludzie nie są tacy skłonni do pomocy dla innych. Każdy myśli tylko o sobie*. Może to zbyt surowa ocena społeczeństwa rosyjskiego, ale pozwala nam zastanowić się czy dostatecznie doceniamy to, co w Polsce udało się zrobić i co nadal się dzieje. Hospicja nadal powstają, już istniejące planują rozbudowę. Jest z czego być dumnym. Warto myśleć, jak pomóc dalej przenieść tę ideę, troski o człowieka w najważniejszym, choć często najtrudniejszym okresie życia...

Lek. med. Halina Bogusz

z zespołem poznańskim i inspiracje z nich płynące. Warto przywołać jeszcze dwa słowa, które padały podczas konferencji w różnych kontekstach: cierpienie i obecność.

Słowa

Cierpienie – według przytoczonej przez Ojca Karola Meissnera definicji to sytuacja, w której zmuszeni jesteśmy do akceptacji sytuacji, która nie była naszym wyborem – w tym kontekście można uświadomić sobie jak wiele różnorakich cierpień doświadcza człowiek nieuleczalnie chory.

Na koniec słowo *Obecność* – chyba najczęściej wymieniane przez wszystkich mówców otwierających konferencję – nie zawsze będących profesjonalistami medycznymi. Wydaje się, że to jest klucz do człowieka cierpiącego, który odkryła na nowo opieka paliatywna. To za tę trudną, ale tak cenną obecność dziękowano pielęgniarkom i lekarzom, wolontariuszom i psychologom. W obliczu zbliżającego się świętowania jubileuszy należy życzyć, aby tego klucza strzegła i go nigdy nie utraciła.

Uznanie

Organizatorom konferencji należą się wyrazy uznania za ten powrót refleksji i dyskusji nad medycyną paliatywną do Poznania, sprawną organizację z wykorzystaniem nowoczesnych technologii (obrady były dostępne on line w czasie rzeczywistym na stronach internetowych towarzystwa).

Lek. med. Halina Bogusz

Dlaczego hospicjum

W różnych sytuacjach i kontekstach na różnych etapach ludzkiego losu, pracy, zaangażowań społecznych pojawia się to słowo, to pytanie…

Jest więc hospicjum życiem, sposobem na zawodowe i ludzkie spełnienie,
bywa – drogą do dalszych miejsc, odkrywaniem nowych horyzontów, wreszcie jest też przystankiem ostatnim, miejscem pożegnania.

Czym właściwie jest hospicjum dla mnie?

Na pewno – **uwrażliwieniem**
na ludzką delikatność, kruchość, ale też
na siłę tych, którzy dzień za dniem biorą na siebie ludzkie losy, cierpienie, gorycz, starając się współ – być...
na piękno ukryte w każdym ludzkim losie
na heroizm matek, córek, żon, mężów, synów, czuwających przy swoich bliskich w bólu potęgowanym niekiedy własną bezradnością na każdy drobiazg rzeczywistości, drzewo, okno, błysk światła, koło którego przechodzimy niekiedy obojętnie, a które mogą okazać się tak cenne...

Lek. med. Halina Bogusz

W razie zagrożenia

Fot. Monika Dziamska

Zgodnie z zarządzeniem wewnętrznym Dyrektora Szpitala Nr 55/08, na terenie obiektu szpitalnego przy ul. Długiej, 28 maja br. odbyło się ćwiczenie epizodyczno-zgrywające siły ratowniczej Szpitala na temat: „Ewakuacja pacjentów i personelu szpitala w sytuacji zagrożenia". Ćwiczenie przeprowadzono w 2 grupach szkoleniowych: osoby z kierownictwa Szpitala i Uniwersytetu oraz członkowie formacji cywilnej.

Symulacja

W pierwszej części uczestnicy ćwiczenia zostali zapoznani z zasadami prowadzenia akcji ratowniczej i ewakuacyjnej. Przygotowano symulację zdarzeń i zadania do realizacji przez kierownictwo i personel Szpitala, w przypadku powstania pożaru. W przyjętym założeniu, zdarzenie miało miejsce na Oddziale Kardiologii „F", w godzinach popołudniowych. W takiej sytuacji, za kierowanie akcją ratowniczą i ewakuacyjną, odpowiedzialny był starszy lekarz dyżurny Szpitala.

W drugiej części, członkowie formacji obrony cywilnej wraz z pracownikami Działu Służb Pomocniczych, na bazie Oddziału Kardiologii „F", przeprowadzili pozorację ewakuacji obłożnie chorych do wyznaczonego rejonu ewakuacji. Specjalista ds. Przeciwpożarowych – Andrzej Korbacz – zaprezentował pokaz gaszenia pożaru przy użyciu gaśnicy.

Akcja

Ćwiczenie pokazało mnogość problemów i zadań do realizacji podczas zagrożeń, wymuszających prowadzenie akcji ratowniczo – ewakuacyjnych. Opracowane procedury postępowania w różnych sytuacjach kryzysowych oraz poziom wyszkolenia pracowników, pozwalają sądzić, że nasz Szpital jest zdolny do wykonania zadań założonych w ćwiczeniu bądź podobnych. W ćwiczeniu niestety nie mogli uczestniczyć strażacy z jednostki ratowniczo – gaśniczej Komendy Miejskiej Państwowej Straży Pożarnej w Poznaniu, w związku z prowadzoną akcją przeciwpowodziową.

Organizacja

Nadzór nad organizacją i przebiegiem ćwiczenia sprawowali: Dyrektor i Naczelny Lekarz Szpitala. Organizatorem i kierownikiem ćwiczenia był Starszy Specjalista ds. Obrony Cywilnej – Stanisław Nizio. Formacjami Obrony Cywilnej kierowali ich komendanci: Krzysztof Korbacz i Krzysztof Stasiak. Dyrekcja Szpitala złożyła podziękowania organizatorom i uczestnikom ćwiczenia, za sprawne przeprowadzenie przedsięwzięcia oraz liczny udział kierowniczej kadry Szpitala.

Mgr inż. Stanisław Nizio
Starszy Specjalista ds. Obrony Cywilnej

Hospicyjny wolontariat

Fot . Archiwum

W skład Zespołu Hospicyjnego wchodzą również Wolontariusze. Rola dobrze przeszkolonego i pokierowanego wolontariusza w tym Zespole jest nie do przecenienia. W zależności od predyspozycji osoba, która przychodzi do Hospicjum, aby zostać wolontariuszem, po okresie szkolenia, może być zakwalifikowana jako:

- wolontariusz akcyjny – pomagający w przeprowadzaniu akcji charytatywnych,
- wolontariusz w Hospicjum Dziennym – rozwijający zainteresowania przebywających tam pacjentów,
- wolontariusz medyczny – pomagający pozostałym członkom Zespołu Hospicyjnego w opiece nad chorymi na oddziale lub w domu chorego.

Szczególna odpowiedzialność

Fot. Zofia Owecka

Nigdy dość słów na temat dokumentacji medycznej. Na łamach naszego pisma temat już gościł, ale codzienna praktyka pokazuje, że powinien on wracać systematycznie. Co więcej, jeśli kiedyś technika na to pozwoli powinien pulsować w intensywnych kolorach, żeby zapadał w pamięć i nie pozwalał o sobie zapomnieć.

Przechowywanie dokumentacji medycznej

Czy przechowujemy dokumentację? TAK! Ale w sposób zorganizowany, a obieg dokumentacji od momentu rozpoczęcia jej wytwarzania powinien być określony i znany.

Za stworzenie warunków organizacyjnych i technicznych przechowywania dokumentacji zapewniających jej poufność, zabezpieczających przed dostępem osób nieupoważnionych, zniszczeniem lub zgubieniem oraz umożliwiających jej wykorzystanie bez zbędnej zwłoki odpowiedzialnym czyni się kierownika zakładu, który w porozumieniu z kierownikami poszczególnych komórek określa również sposób i miejsce przechowywania bieżącej dokumentacji wewnętrznej.

Zakończoną dokumentację przechowuje archiwum zakładu zapewniając jej odpowiednie warunki zabezpieczające.

Udostępnianie dokumentacji medycznej

Zakład opieki zdrowotnej udostępnia dokumentację medyczną następującym podmiotom i organom, na podstawie decyzji kierownika zakładu lub osoby przez niego upoważnionej:

- pacjentowi lub jego przedstawicielowi ustawowemu bądź osobie upoważnionej przez pacjenta, a w razie śmierci pacjenta – osobie przez niego upoważnionej do uzyskiwania dokumentacji w przypadku jego zgonu.
- instytucjom m.in.: innym ZOZ-om, jeżeli dokumentacja ta jest niezbędna do zapewnienia ciągłości świadczeń zdrowotnych, organom samorządu lekarskiego w zakresie niezbędnym do wykonywania kontroli i nadzoru, sądom i prokuratorom oraz sądom i rzecznikom odpowiedzialności zawodowej, w związku z prowadzonym postępowaniem, organom rentowym, firmom ubezpieczeniowym, szkole wyższej lub jednostce badawczo-rozwojowej do wykorzystania dla celów naukowych.

Dokumentacja medyczna jest udostępniana

1) do wglądu w zakładzie opieki zdrowotnej,
2) poprzez sporządzenie jej wyciągów, odpisów lub kopii,
3) poprzez wydanie oryginału za pokwitowaniem odbioru i z zastrzeżeniem

Zadaniem wolontariusza jest „wypełnienie" wszystkich tych momentów w procesie chorobowym, gdzie chory i jego rodzina pozbawieni są wsparcia, np. rozmowy, towarzyszenie, pomoc w karmieniu, pomoc w toalecie, pomoc w pracach porządkowych, tworzenie przyjaznej choremu i jego rodzinie atmosfery.

Wolontariat hospicyjny przy Hospicjum Palium w dalszym ciągu się rozwija. Jako jedna z nielicznych organizacji wolontariackich przyciąga coraz więcej osób młodych, ale też z grupy 50+. Staramy się o większe zaangażowanie studentów, szczególnie medycyny oraz szkół na różnych poziomach (w wolontariacie akcyjnym) i dalszym ciągu poszerzenie grupy 50 +. Próbujemy rozwijać wolontariat domowy.

Jednak naszym najważniejszym celem jest współtworzenie zaangażowanego, współpracującego i wspierającego się Zespołu Hospicyjnego, aby coraz lepiej służyć chorym i ich rodzinom.

W dzisiejszym świecie wszyscy, którzy angażują się w wolontariat hospicyjny są w jakimś sensie niedostosowani, gdyż społeczeństwo w swej masie zdaje się nie chcieć zauważać problemu cierpienia, chorowania i umierania.

Barbara Grochal

zwrotu po wykorzystaniu, jeśli uprawniony organ lub podmiot żąda udostępnienia oryginałów tej dokumentacji.

Nadzór nad dokumentacją medyczną

Prowadzenie, przechowywanie oraz udostępnianie dokumentacji medycznej powinno wiązać się z odpowiednim nadzorem nad tymi procesami.

Dane medyczne są danymi wrażliwymi i w tym sensie powinny być szczególnie chronione.

Dyrektor Szpitala sprawuje funkcję nadzorczą nad prowadzeniem dokumentacji medycznej. W praktyce takie obowiązki sprawuje najczęściej Dyrektor Medyczny Szpitala (Naczelny Lekarz Szpitala). Za prawidłowe prowadzenie dokumentacji medycznej, jak już wspomniano wyżej, odpowiada kierujący komórką organizacyjną szpitala. Największa odpowiedzialność jak się wydaje spoczywa jednak na dokonujących zapisów w dokumentacji medycznej lekarzach i pielęgniarkach. Odpowiedzialność ta dotyczy:

– kompletności zapisów,
– systematyczności zapisów,
– chronologii zapisów,
– czytelności zapisów,
– stosowania druków zatwierdzonych w danej komórce/jednostce organizacyjnej,
– prawidłowego przechowywania dokumentacji w komórce organizacyjnej,

Fot. Anna Ruszczak

– dbałość o ochronę danych osobowych zawartych w dokumentacji medycznej,
– prawidłowego udostępniania dokumentacji medycznej.

Prawidłowość przebiegu powyższych procesów powinno wspierać w placówkach medycznych szereg uregulowań wewnętrznych. Nadzór ten powinien być postrzegany jako zabezpieczenie interesów pacjenta jak i placówki medycznej.

Wyzwania

W codziennej działalności naszego Szpitala dokumentacja odgrywa niebagatelną rolę. Trzeba mieć ogromną świadomość, że przez szereg rąk codziennie przewijają się dane nazywane wrażliwymi – o czym każdy powinien pamiętać.

Dokumentacja medyczna, która swe życie rozpoczyna w momencie wejścia Pacjenta do Szpitala nieustannie krąży, a nawet wtedy, kiedy spocznie w archiwum, może być jeszcze wielokrotnie przetwarzana. Wystarczy wspomnieć, że w minionym półroczu aż **315 razy** uprawnione organy zwracały się do naszego Szpitala z prośbą o udostępnienie dokumentacji medycznej (w tym 30 razy sądy i prokuratury).

W ostatnich dniach otrzymaliśmy informację z Archiwum Państwowego, że część dokumentacji wytwarzanej przez naszą placówkę zostanie zakwalifikowana do kategorii A czyli takiej dokumentacji, która jest przeznaczona do wieczystego przechowywania głównie ze względu na swą wartość historyczną.

Będzie się to wiązało z nowymi wyzwaniami organizacji przechowywania dokumentacji, ale również z koniecznością jeszcze bardziej troskliwego jej nadzorowania.

Anna Ruszczak
Sekcja Organizacji

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2006 r. W sprawie rodzaju i zakresu dokumentacji medycznej w zakładach opieki zdrowotnej oraz sposobu jej przetwarzania wskazuje na szereg zasad dotyczących prowadzenia dokumentacji medycznej. Oto najważniejsze z nich:

·**Za prawidłowe prowadzenie dokumentacji w zakładzie opieki zdrowotnej odpowiada kierujący komórką organizacyjną zakładu.**

- Dokumentacja powinna być prowadzona czytelnie, a kolejne wpisy sporządza się w porządku chronologicznym, zaznaczając koniec każdego wpisu i opatrując podpisem.
- Każdy wpis do dokumentacji musi być opatrzony datą wpisu oraz podpisem lekarza, pielęgniarki lub położnej dokonujących wpisu.
- Dokumentację w zakładzie opieki zdrowotnej podpisuje pracownik zakładu zgodnie z uprawnieniami zawodowymi i ustalonym w zakładzie zakresem czynności, z podaniem danych go identyfikujących.
- Wpis dokonany w dokumentacji nie może być z niej usunięty, a jeśli został dokonany błędnie, powinien być skreślony oraz opatrzony datą skreślenia i podpisem lekarza, pielęgniarki lub położnej, a w zakładzie opieki zdrowotnej – czytelnym podpisem osoby je sporządzającej z podaniem danych ją identyfikujących wraz z krótkim omówieniem skreślenia.
- Każdą stronę dokumentacji indywidualnej oznacza się co najmniej imieniem i nazwiskiem pacjenta.
- Każdy z dokumentów, będący częścią dokumentacji, musi umożliwiać identyfikację pacjenta, którego dotyczy oraz osobę sporządzającą dokument, a także być opatrzony datą jego sporządzenia.
- Do prowadzonej dokumentacji wewnętrznej włącza się kopie przedstawionych przez pacjenta dokumentów medycznych lub odnotowuje się zawarte w nich informacje istotne dla procesu diagnostycznego, leczniczego lub pielęgnacyjnego. Dokument włączony do dokumentacji wewnętrznej nie może być z niej usunięty.

Nowy Regulamin

Zasady udzielania zamówień o wartości do 14 000 euro (53.746 zł netto) zostały uregulowane po raz pierwszy w Regulaminie Zamówień do 14 000 euro z dnia 19.05.2009 roku. Celem wprowadzenia regulaminu było ujednolicenie stosowanych w tym zakresie procedur.

Do postępowań o wartości wyżej wymienionej nie mają zastosowania przepisy Prawa zamówień publicznych. Mają natomiast zastosowanie przepisy ustawy o finansach publicznych, nakładające na Szpital obowiązek wydawania środków publicznych w sposób celowy i oszczędny.

Ustawa wprowadziła instytucję Kontroli Zarządczej, która polega na kontrolowaniu działań podejmowanych dla zapewnienia realizacji celów i zadań w sposób zgodny z prawem, efektywny, oszczędny i terminowy. Zadaniem Kierownika Jednostki jest uregulowanie działalności zarządczej również w zakresie wydawania środków publicznych o wartości do 14 000 euro.

Zamówienia do 14 000 euro

Od 7 czerwca 2010 roku obowiązuje nowy Regulamin Zamówień do 14 000 euro. Regulamin przekazany został do wszystkich komórek organizacyjnych Szpitala zobowiązanych do jego stosowania. Zamieszczony został również na stronie intranetowej Szpitala.

Nowy regulamin wprowadził cztery procedury udzielania zamówień:

1. Zamówienia o wartości do 15 000 zł netto.
2. Zamówienia o wartości powyżej 15 000 zł netto.
3. Zamówienia „na cito"
4. Zamówienia – zakupy zaliczkowe.

W związku z powyższym zmianie uległ obieg dokumentów:

1. Wnioski o wszczęcie i przeprowadzenie postępowania o udzielenie zamówienia publicznego (załącznik nr 4) komórki merytoryczne (m.in. Apteka, Sekcja Zaopatrzenia, Dział Administracji, Dział Techniczny) przekazują do potwierdzenia przez Głównego Księgowego, następnie do Specjalisty ds. realizacji zamówień publicznych poza ustawą Prawo zamówień publicznych w celu uzyskania zgody na realizację zamówienia zgodnie z regulaminem, podpisania protokołu i nadania numeru ewidencyjnego.
2. Wniosek nr 4A – zamówienia „na cito" realizowane w szczególności przez Aptekę lub Dział Techniczny, przekazywany jest do Specjalisty wyłącznie w celu nadania numeru ewidencyjnego i wprowadzenia do bazy zamówień do 14 000 euro.
3. Wniosek nr 4B – zakupy zaliczkowe, realizowane przez osoby upoważnione do pobierania zaliczki, przekazywany jest do Specjalisty wyłącznie w celu nadania numeru ewidencyjnego i wprowadzenia do bazy zamówień do 14 000 euro.
4. Nie ulega zmianie obieg dokumentów w zakresie załączników nr 1 i 2 do regulaminu pomiędzy Użytkownikiem (m.in. oddziały, pracownie, laboratoria) a komórką merytoryczną. W przypadku załącznika nr 1 Użytkownik wypełnia druk do pkt 3. O akceptację wniosku do realizacji pod względem merytorycznym, o której mowa w pkt 5 zwraca się pracownik komórki merytorycznej.

Wymienione procedury opisane są w sposób szczegółowy w regulaminie.

Realizacja zamówień przygotowanych między innymi na podstawie wniosków składanych przez użytkowników należy do pracowników komórek merytorycznych.

Nadzór nad realizacją postępowań o udzielenie zamówienia zgodnie z regulaminem do 14 000 euro, należy do Specjalisty ds. realizacji zamówień publicznych poza ustawą Prawo zamówień publicznych.

Grażyna Kowalska
Kierownik
Działu Zamówień Publicznych

Wybory w szpitalu

Fot. Archiwum

20 czerwca również w naszym szpitalu odbyły się wybory. Osób uprawnionych do głosowania było 196; oddano głosów 114, w tym jeden nieważny.

Punkt wyborczy był umiejscowiony w pomieszczeniu socjalnym Apteki w suterenach budynku szpitalnego przy ul. Długiej. Komisja Wyborcza dotarła także z urną pomocniczą do Hospicjum Palium. Na miejscu, korzystając z pomocy pani Ireny Graczyk (portierki), udała się na teren Szpitala do osób, które same nie mogły przyjść zagłosować.

II tura wyborów czeka nas 4 lipca – miejmy nadzieję, że frekwencja też będzie większa niż krajowa.

Arkadiusz Stasiak
Kierownik Działu Administracji

Modraszka – fot. Maciej Frankiewicz

Mało kto wie

Z Maciejem Frankiewiczem radiologiem o niecodziennych pasjach rozmawia Monika Dziamska.

Użytkowników Tlen.pl jest ponad milion, mało jednak kto wie, że twórcą tego internetowego komunikatora jest kolega ze Szpitala.

Jeśli mowa o systemie to jestem jego współtwórcą – bo system to zarówno program, który jest uruchamiany na komputerach klientów, jak i centralny serwer, który wszystkie wiadomości na bieżąco odbiera i wysyła do rozmawiających osób. Jeśli chodzi o komunikator, który widzimy na ekranie Windowsa to rzeczywiście całość była mojego autorstwa; przy serwerze byłem współautorem.

Jak długo trwały prace nad stworzeniem komunikatora?

Od rozpoczęcia prac do opublikowania pierwszej wersji minął prawie rok. To był okres, w którym dużo się uczyłem, dlatego to musiało trwać trochę dłużej. Pracę nad komunikatorem Tlen.pl rozpocząłem w czasie wakacji na przełomie III i IV roku studiów medycznych, kiedy zaczęły się kolokwia i egzaminy, do których trzeba się było sumiennie przygotowywać, tego czasu było znacznie mniej. Mimo wszystko pracowałem nad nowym projektem po 6 godzin dziennie i w weekendy. To był dla mnie czas wyrzeczeń, ale również i satysfakcji.

Skąd takie zainteresowania?

Już jako dziecko interesowałem się oprogramowaniem – na samym początku był to ośmiobitowy komputer Atari 65XE przeznaczony głównie do gier, później trafiła mi w ręce książka sąsiada inżyniera o programowaniu w Basicu – wtedy to powstały moje pierwsze programy. Mimo, że cała moja rodzina to lekarze mnie zawsze pasjonowały problemy matematyczne i algorytmiczne. Wszystkie konkursy, w jakich startowałem, były nie z biologii, ale z matematyki i informatyki. Tlen.pl powstał właśnie z tego mojego hobby. Wszystkiego uczyłem się sam, po drugim roku studiów rozpocząłem naukę programowania w C++.

Jak rozpoczęła się współpraca z portalem o2.pl?

Kolega z liceum, który jest jednym z trzech współzałożycieli o2.pl zauważył, że tworzę stronę o programowaniu w środowisku C++ Builder i zaproponował mi możliwość stworzenia komunikatora. To była dla mnie całkowicie obca dziedzina – chodziło bowiem o komunikację w oparciu o różne protokoły sieciowe. Ponieważ lubię wyzwania pomyślałem, że spróbuję.

Z Tlen.pl korzysta wielu użytkowników w całej Polsce – co daje ta świadomość?

W tej chwili już nie śledzę statystyk. Kiedy w 2006 roku kończyłem współpracę z o2.pl stałych użytkowników, którzy logowali się w ciągu ostatniego tygodnia było ok. 1,5 miliona. Natomiast jednocześnie połączonych ok. 200 tys. – to była maksymalna liczba. Świadomość, że styczność z programem miało ponad milion osób była miła.

Ta świadomość również mobilizowała – chcieliśmy stworzoną bazę cały czas poszerzać, dlatego wprowadzaliśmy nowe funkcje. Na początku była to komunikacja czysto tekstowa, potem do tego doszły rozmowy głosowe, w dalszym etapie były to video konferencje. Ostatnim projektem w firmie nad którym pracowałem był Tlenofon – czyli telefon internetowy.

Na tamten czas były to rozwiązania rewolucyjne.

Rzeczywiście, Tlen.pl był pierwszym komunikatorem w Polsce, który wprowadził rozmowy głosowe i wideo konferencje. Tlenofon był bodajże drugą telefonią internetową w naszym kraju. Byliśmy w tych rozwiązaniach rewolucyjni, aczkolwiek fakt, że Gadu-Gadu wystartowało rok wcześniej sprawił, iż przegonić konkurencji nigdy nam się nie udało; nie mniej, mieliśmy swój całkiem spory kawałek tortu na polskim rynku IM (Instant Messaging).

Co przy pracy nad „tlenem" okazało się niezbędne?
Najważniejsze – opanowanie podstawowych zasad programowania. Tlen.pl był akurat tworzony w C++, języku uważanym za dosyć trudny, ale dającym duże możliwości programistyczne. Do tego potrzebne było doskonałe poznanie specyficznych funkcji systemu Windows. Wszystkiego uczyłem się z książek, a później z Internetu, kiedy wraz z jego rozwojem informacje o programowaniu stały się dostępne praktycznie dla każdego.

Podczas współpracy z portalem o2.pl ogromnie pomogły mi zainteresowania matematyczne i algorytmiczne oraz fakt, że zawsze lubiłem rozwiązywać trudne problemy i uparcie dążyć do celu. Cierpliwość była też wielokrotnie potrzebna.

Mimo odniesionych sukcesów na polu informatycznym wybór ostatecznie padł na medycynę.
Po studiach medycznych miałem rok przerwy, wtedy głównie zajmowałem się informatyką. Później rozpocząłem roczny staż w konińskim szpitalu. W tym czasie całkiem przypadkowo udało mi się wylosować zieloną kartę do Stanów Zjednoczonych. Spędziłem tam pół roku z myślą, żeby za oceanem zostać już na stałe. Jednak to była zbyt duża odległość – mam liczną rodzinę i po prostu zaczęło mi jej brakować. Stwierdziłem, że Polska daje również duże możliwości i zielona karta poszła do szuflady, zaś czas spędzony w Ameryce wykorzystałem na podróże po tym jakże różnorodnym kraju.

Szalę na wybór medycyny przeważyło kilka rzeczy. Po pierwsze było mi żal sześciu lat studiów, którym poświęciłem bardzo dużo czasu. Poza tym po pięciu latach pracy przy komputerze, wiele godzin dziennie odczuwałem monotonię. Zaważyła także dość prozaiczna przyczyna – pojawiły się dolegliwości kręgosłupa, które dały mi do myślenia. Zacząłem się wtedy zastanawiać nad dziedziną medycyny, która pozwalałaby wykorzystać te informatyczne zainteresowania – wybór padł na radiologię.

Czy rzeczywiście te dwie odległe dziedziny udało się powiązać?
Od mniej więcej 9 miesięcy wraz z moim bratem (Michał studiuje na politechnice poznańskiej) pracuję nad projektem, który łączy radiologię i informatykę. W tej chwili jest to przeglądarka zdjęć radiologicznych, natomiast docelowo planuję ją przekształcić w wielofunkcyjną stację roboczą do oceny tych obrazów – zaawansowany program dla radiologów, który pozwoli ściągać badania z serwera i wykonywać różnego rodzaju rekonstrukcje trójwymiarowe. Na ten projekt potrzebne mi będzie kilka lat.

Pierwsze wersje ogólnodostępne przeglądarki RadiAnt Viewer pojawiły się w marcu tego roku. Muszę powiedzieć, że zostały dobrze przyjęte przez korzystających, dzięki temu, że jest szybka, sprawna i intuicyjna. Istnieją dwie wersje – polskojęzyczna i anglojęzyczna. Z ostatnio oglądanych statystyk wynika, że przeglądarka została pobrana przez użytkowników ze 118 krajów świata. To bardzo mobilizujący fakt.

Informatyka to jedno, pozostają jeszcze inne zainteresowania.
O moich zainteresowaniach mógłbym dużo mówić. Życie musi być ciekawe, trzeba próbować różnych rzeczy. Najważniejszym z nich to fotografia – głównie przyrodnicza, a jeszcze bardziej zawężając – fotografia ptaków. Wymaga cierpliwości, ale jest ona wielokrotnie wynagradzana, chociaż czasem zdarza się siedzieć na bagnach wiele godzin i wyjść z pustą kartą.

Radiologia – fot. Archiwum

National Geographic – fot. Maciej Frankiewicz

Najlepsze warunki do fotografii ptaków są wiosną. Taki wypad fotograficzny musi być poprzedzony obserwacjami, żeby wiedzieć, gdzie dany ptak zakłada gniazdo, zdobywa pokarm i jak ustawić się z aparatem. Ptaków nie da się niestety fotografować z marszu; są czujne – trzeba zrobić zasiadkę i dobrze się ukryć.

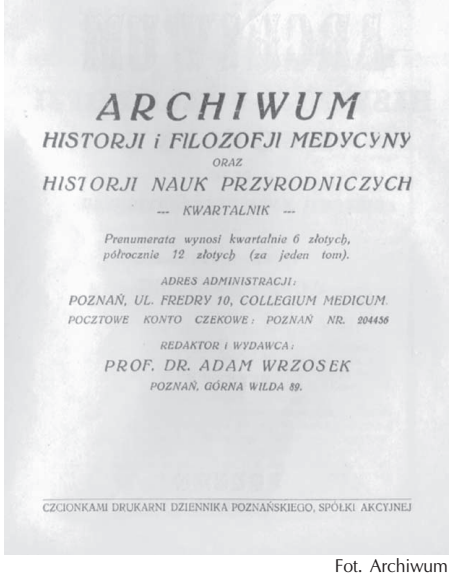
Najdłuższa z nich?
Była spędzona w sadzie u sąsiada rodziców – cały weekend czekałem na ujęcie sikorki modraszki w locie. Podczas tych dwóch dni zrobiłem 2000 zdjęć, z czego tylko 3 były właśnie takie, jak chciałem. Jedno z nich gościło przez kilka dni na głównej stronie One-Photo – to było duże fotograficzne osiągnięcie. Kiedyś wysłałem zdjęcie na konkurs magazynu Foto, którego tematem była pycha. Otrzymałem nagrodę za zdjęcie mojego psa, na którym Hermes wielkim różowym jęzorem wylizuje sobie nos. Zatytułowałem je przekornie „Mmm pycha". Przytrafiło się również wyróżnienie w corocznym konkursie National Geographic. Podczas pobytu w Stanach fotografowałem ptaki nad Zatoką Meksykańską. Kiedy przeglądałem w domu zrobione zdjęcia okazało się, że na jednym z nich w kadrze znalazła się oprócz białej mewy ciemnoskóra dziewczynka, której na dodatek wysoka fala zmyła kostium kąpielowy... Zdjęcie zostało docenione w ramach kategorii „Żart fotograficzny".

Po fotografii...
Na pewno sport – rozpoczynając od narciarstwa, poprzez mountain biking, windsurfing, aż po turystykę górską.

(dokończenie na str. 27)

Karol Schneider
– trzeci lekarz Szpitala

Zaglądając do zeszytu wydawanego przez profesora Adama Wrzoska *Archiwum Historii i Filozofii Medycyny oraz Historii Nauk Przyrodniczych* z roku 1930 (1) nie można oprzeć się zaciekawieniu w obliczu informacji o doktorze Karolu Schneiderze – przywoływanych w kontekście Karola Marcinkowskiego.


ARCHIWUM
HISTORJI i FILOZOFJI MEDYCYNY
ORAZ
HISTORJI NAUK PRZYRODNICZYCH
— KWARTALNIK —
Prenumerata wynosi kwartalnie 6 złotych, półrocznie 12 złotych (za jeden tom).
ADRES ADMINISTRACJI:
POZNAŃ, UL. FREDRY 10, COLLEGIUM MEDICUM.
POCZTOWE KONTO CZEKOWE: POZNAŃ NR. 204456
REDAKTOR I WYDAWCA:
PROF. DR. ADAM WRZOSEK
POZNAŃ, GÓRNA WILDA 89.
CZCIONKAMI DRUKARNI DZIENNIKA POZNAŃSKIEGO, SPÓŁKI AKCYJNEJ

Fot. Archiwum

Gdy po roku funkcjonowania szpitala założonego w roku 1823 z posady ustąpił dr Freter, jego następcy, dr Herfurthowi, pomagali jako wolontariusze dwaj młodzi lekarze: Karol Schneider oraz Marcinkowski. Gdy w maju 1825 roku umarł dr Herfurth, przełożona siostra Petronela Pyrzanowska poprosiła władze pruskie o mianowanie lekarzem szpitala pierwszego spośród pomocników, choć o posadę starał się także Karol Marcinkowski. Jak pisał Ignacy Zielewicz: *Podali oni wspólny do naczelnego prezesa wniosek, aby ich na to miejsce obu mianowano* (2). Szalę wyboru na rzecz Schneidera przechyliło zdanie siostry przełożonej, a także pewnie i fakt, że był on Niemcem i protestantem, a Marcinkowski Polakiem, na dodatek był uprzednio karanym za brak lojalności w stosunku do władz pruskich.

Schneidera i Marcinkowskiego łączyła szczera przyjaźń. Gdy w różnych źródłach ukazywana jest postać patrona naszego Uniwersytetu Medycznego, przewijają się także wiadomości o jego przyjacielu. Karol Schneider wspominany jest jako człowiek niepospolity i wielkoduszny. Jego filantropijne nastawienie wywarło ponoć znaczący wpływ na postawę nieco młodszego od niego Marcinkowskiego.

Trzeci lekarz naszego Szpitala urodził się w Poznaniu roku 1797, do gimnazjum uczęszczał w Głogowie i Legnicy, a studia medyczne ukończył na Uniwersytecie Berlińskim w roku 1821. Po nich zamieszkał w Poznaniu, gdzie – jak opisywał Ludwik Gąsiorowski – *oddał się duszą i ciałem li tylko praktyce lekarskiej i zjednał sobie w krótkim czasie przez swoją biegłość, łagodność wzięcia, ochotność niezmordowaną dzień i noc w odwiedzaniu chorych, bezinteresowność i dopomaganie nieszczęśliwym, nie tylko radą lekarską, ale i pieniędzmi, zwykł albowiem w domach biednych podkładać nieznacznie pod receptę zapisaną pieniądze na lekarstwa i inne wydatki domowe, taki szacunek i zamiłowanie u wszystkich mieszkańców tak miasta Poznania, jak i całej prowincji, jakiemi się rzadko który z lekarzy może poszczycić.* Profesor Wrzosek w swoimi artykule sugeruje, że są to słowa, jakie można by przypisać także i Marcinkowskiemu – takie łączyło tych dwóch lekarzy braterstwo ducha. Hipolit Cegielski – przywoływany w tym artykule – wspominał, że *Karol Schneider z wysokiego stanowiska ludzkości łatwo pojmował, wyrozumiał i szanował narodowe uczucia przyjaciela Polaka, a Karol Marcinkowski miłość swą dla narodu, którego był synem i członkiem, uszlachetniał wyższemi i gorącemi uczuciami dla ludzkości.(…) Widziano ich dzielących pomiędzy siebie chorych i cierpiących nędzarzy; widziano ich obiegających szpitale i domy miłosierdzia, widziano ich przepędzających noce na krzesłach i zrywających się z nich co chwila na zawołanie chorego.*

Świadkowie oceniają, że młodzi lekarze pracowali ponad siły. Schneider zmarł 13 grudnia 1828 roku, w wieku trzydziestu jeden zaledwie lat, po – jak pisał Gąsiorowski – *kilkunastodniowej tyfoidalno-petociowej gorączce, której nabawił się lecząc więźniów* (3). Przy łożu konania czuwał Karol Marcinkowski. W *Gazecie Wielkiego Xięstwa Poznańskiego* notowano, że *mieszkańcy naszego miasta chlubili się nim jako jednym z najzacniejszych swoich synów, że całe miasto po jego zgonie przybrało posępną postać, a lud ubogi wpadł w rozpacz, nie było bowiem prawie domu jednego, zacząwszy od świetnych możnego pałaców, aż do nędznego wyrobnika lepianki, w któryby nie był uwielbiany jako lekarz, jako prawdziwy przyjaciel ludzkości.* (…) Podczas choroby *modły za niego z równym zapałem wznosiły się w świątyniach chrześcijańskich i przybytkach starego zakonu*, gdyż dobroć jego *nie znała różnicy ani stanu, ani wiary.(…) Przy opatrywaniu chorych towarzyszyła mu zawsze matka mądrości – przezorność, tak jak przy rozdawaniu dobrodziejstw Nie wiedziała nigdy lewa, co czyniła prawa* (wg 1).

Choć w czasach współczesnych może to dziwić, opublikowane były w prasie po śmierci liczne – płomienne wiersze ku czci zmarłego lekarza. Chociażby poniższy:

Zrzekł się świata, zrzekł siebie, nie szczędząc trudu
Dla ratunku cierpiących i biednego ludu.
Nie wynagrodzą losy tysiącznymi laty
Tak drogiej dla ludzkości, dla przyjaźni straty.
Zbyt wcześnie wieczność ciebie doczesności bierze!
Lecz w sercach naszych zawsze żyć będziesz Szneyderze.

Naczelny prezes Wielkiego Księstwa Poznańskiego, Baumann, zaproponował – wczuwając się w nastroje społeczne – uczczenie pamięci doktora Karola Schneidera przez powołanie fundacji dobroczynnej jego imienia. Odezwa o stworzenie fundacji została opatrzona dwoma wierszami w języku francuskim. Ludwik Gąsiorowski wspomina o Fundacji im. dr Schneidera, która przez kilka dziesiątek lat, niosła pomoc dla ubogich Poznania. Z czasem została połączona z innymi organizacjami dobroczynnymi.

Dzieje przyjaźni dwóch lekarzy, Karolów, w pewnym sensie mogą stać się wyzwaniem do refleksji nad naszymi międzylekarskimi relacjami.

Na pewno takie postacie jak Karol Marcinkowski czy Schneider, siostra Petronela Pyrzanowska, a także wiele innych ubogacających na przestrzeni stu dziewięćdziesięciu niemalże lat nasz Szpital, powinny być zdecydowanie bardziej wyeksponowane w przekazywanym przez nas dziedzictwie. Czy zdobędziemy się kiedyś na ukazanie znaków pamięci o nich na terenie Szpitala?

Szczepan Cofta
Naczelny Lekarz Szpitala

1. Adam Wrzosek, Pierwsze lata działalności lekarskiej Karola Marcinkowskiego, *Archiwum Historii i Filozofii Medycyny oraz Historii Nauk Przyrodniczych*, 1930, 10, 1, 73-95.
2. Ignacy Zielewicz, Żywot i zasługi dr Karola Marcinkowskiego, Poznań 1891, 16.
3. Ludwik Gąsiorowski, Zbiór wiadomości do historii sztuki lekarskiej w Polsce, Poznań, 1854, 336-337.

„Biała Sobota" przy Rynku Bernardyńskim

Zdjęcia: Katarzyna Leśna

W dniu 22 maja 2010 r., z okazji obchodów Dni Rynku Bernardyńskiego, Szpital Kliniczny *Przemienienia Pańskiego* UM w Poznaniu przy współpracy ze Stowarzyszeniem Bono Serviamus, Wielkopolskim Oddziałem Wojewódzkiego NFZ oraz Klasztorem Franciszkanów przy Placu Bernardyńskim zorganizował „Białą Sobotę". Akcja społeczno-zdrowotna odbyła się w godz. od 8.00 do 13.00 w poradniach na terenie Szpitala przy ul. Długiej 1/2 oraz na Rynku Bernardyńskim.

Mieszkańcy Poznania po wcześniejszej rejestracji telefonicznej, mogli skorzystać z bezpłatnych konsultacji lekarskich: internistyczno-kardiologicznych, pulmonologicznych, okulistycznych oraz z zakresu chirurgii naczyniowej (w ramach programu zdrowotnego „Zdrowe naczynia – wczesna diagnostyka tętniaków aorty brzusznej i mężczyzn w wieku od 60 r.ż."). Ponadto każdy, kto pojawił się tego dnia w Szpitalu, mógł bezpłatnie zmierzyć ciśnienie tętnicze krwi, zbadać poziom glukozy oraz wskaźnik krzepliwości krwi INR, a także uzyskać porady z zakresu dietetyki oraz zdrowego trybu życia.

Dużym zainteresowaniem cieszył się działający obok poradni punkt wydawania danych dostępowych do Zdrowotnego Informatora Pacjenta – systemu, który umożliwia wszystkim ubezpieczonym w WOW NFZ sprawdzenie on-line (za pomocą Internetu) z jakich usług medycznych pacjent korzystał w ostatnich latach, jakie wykupił leki oraz u kogo składał deklaracje POZ.

„Biała Sobota" okazała się bardzo potrzebna, ogółem udzielono 510 świadczeń, które obejmowały konsultacje lekarskie i badania diagnostyczne. Całość przedsięwzięcia została przygotowana na wysokim poziomie, co spotkało się z wieloma miłymi słowami ze strony zadowolonych pacjentów.

Katarzyna Leśna
Sekcja Marketingu

Sobotnie badania

Punkt Laboratorium był miejscem, gdzie trafiło najwięcej zainteresowanych osób. Badaniom laboratoryjnym poddane były zarówno osoby, które korzystały z bezpłatnych konsultacji lekarskich, jak i te, które chciały wykonać wyłącznie badania.

Mimo dużej ilości chętnych do pobrania krwi laboratorium działało sprawnie. Dzięki temu osoby korzystające z badań były zadowolone z obsługi, a na konsultacje lekarskie mogły udać się z aktualnymi wynikami.

Z prowadzonych rozmów wynikało, że zgłaszały się do badań zarówno osoby, które znajdowały się pod stałą opieką lekarską, jak i te, które dawno nie miały wykonywanych żadnych badań. Myślę, że wiele osób skorzystało w istotny sposób z sobotniej akcji.

Dr n. przyr. Maria Zozulińska
Kierownik Laboratorium nr 1

Fot. Archiwum

Fot. Archiwum

Konferencja „Portret kobiety we wnętrzu – aspekty kardiologiczne i varia”

Medycyna płci – wyzwanie XXI wieku

W dniach 7-8 maja 2010 r. w Centrum Dydaktyczno-Bibliotecznym Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu odbyła się konferencja pt. Portret kobiety we wnętrzu – aspekty kardiologiczne i varia”. Organizatorem przedsięwzięcia było Wydawnictwo Termedia, a nad treścią merytoryczną czuwała doc. Anna Posadzy-Małaczyńska z Kliniki Hipertensjologii, Angiologii i Chorób Wewnętrznych Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu.

Długość życia

Według danych Głównego Urzędu Statystycznego w Polsce, w 2008 r. kobiety żyły średnio 80 lat. Jest to o ok. 18 lat dłużej w porównaniu z początkiem lat 50. ubiegłego stulecia. GUS podaje, że mimo pozytywnych zmian w wydłużaniu przeciętnego trwania życia, Polska nadal wypada niekorzystnie na tle czołówki krajów europejskich. Wiek dożywania Polek jest krótszy od przeciętnego europejskiego wieku o 4-5 lat. Wśród kobiet za długowieczne można uznać: Szwajcarki, Francuzki, Hiszpanki i Włoszki. Przeciętne trwanie ich życia przekracza 84 lata. Najkrócej w Europie żyją Mołdawianki, Rosjanki i Ukrainki – poniżej 74 lat. Przykro pogodzić się z faktem, iż wśród 45 krajów europejskich Polska, pod względem długości życia kobiet, zajmuje lokatę dopiero w trzeciej dziesiątce, dalekie 24. miejsce. Kobiety żyją wprawdzie dłużej, jednak nie znaczy, że są zdrowsze od mężczyzn.

Przyczyna zgonów

Choroby układu sercowo-naczyniowego stanowiące najczęstszą przyczynę zgonów wśród populacji w największym stopniu dotykają kobiety. W tym aspekcie w porównaniu z mężczyznami kobiety są bardziej chore i są także mniej skutecznie leczone. Ponadto w ostatnich latach dystans długości życia dzielący je od mężczyzn ulega zmniejszeniu.

Właśnie różnice, dotyczące diagnostyki i leczenia chorób sercowo-naczyniowych u kobiet, próba wyodrębnienia różnic, o których współcześnie zaczyna się pisać w literaturze medycznej nazywając zagadnienie „medycyną płci” stały się inspiracją do zorganizowania konferencji poświęconej tejże tematyce. Do wspólnych refleksji nad pytaniami, dlaczego tak się dzieje, co wynika z badań obserwacyjnych, będących podstawą do planowania dużych badań klinicznych i jakie będą dalsze losy medycyny płci, zaprosiłam wybitnych specjalistów z Europy, Polski i naszego poznańskiego środowiska medycznego. Formułując tytuł spotkania „Portret kobiety we wnętrzu” może nieco przewrotnie zasugerowałam holistyczne spojrzenie na zdrowie kobiety, którego stan zależy od wielu aspektów. Im to właśnie poświęcone zostały tematy wykładów i paneli dyskusyjnych majowej konferencji.

Medyczne odrębności

Mimo, iż konferencję planowałam z prawie rocznym wyprzedzeniem trafność decyzji o zajęciu się odrębnościami medycznymi u kobiet potwierdziła publikacja, która ukazała się tuż przed spotkaniem w *European Heart Journal*, a której rozdziały: Niższa reprezentacja kobiet w badaniach; Płeć a leczenie hipotensyjne; Cukrzyca i ryzyko s-n u kobiet i mężczyzn; Leczenie hipolipemiczne a prewencja ch.s-n uọiọ; Aspiryna w prewencji pierwotnej i wtórnej: czy są różnice?; Różnica płci w chorobie niedokwiennej serca; Ostre zespoły wieńcowe i rewaskularyzacja z perspektywy płci; Różnice płci w niewydolności serca; Płeć a migotanie przedsionków; Różnice płci w udarze mózgu były w dużej części zgodne z tematami sesji konferencji.

Koleżeńskie więzy

Inspiracją do zatytułowania konferencji „Portret kobiety we wnętrzu...” stał się obraz Mieczysława Trzcińskiego (ur. 1882 r.). Artysta ten studiował na krakowskiej akademii w roku 1903. Był członkiem Grupy 12, z którą wystawiał swe obrazy w latach 1923 i 1924 w Zachęcie. Grupa ta nie prezentowała żadnego programu artystycznego, lecz powstała na bazie więzów koleżeńskich. Wśród jej członków znaleźli się m.in. A. Styka i J.H. Rosen. Więzy koleżeńskie i fachowość także w przypadku majowej konferencji stały się kluczem do zaproszenia koleżanek i kolegów jako wykładowców: prof. Karl Heinz Rahn (Münster-Niemcy), prof. Krzysztof Narkiewicz, prof. Andrzej Rynkiewicz (Gdańsk), prof. Danuta Czarnecka, prof. Tomasz Grodzicki, prof. Kalina Kawecka-Jaszcz (Kraków), prof. Tomasz Pertyński (Łódź), prof. Krystyna Widecka (Szczecin), prof. Krzysztof Filipiak (Warszawa), doc. Krzysztof Błaszyk, prof. Magdalena Czarnecka-Operacz, prof. Stanisław Czekalski, prof. Marcin Gabriel, prof. Jerzy Głuszek, prof. Stefan Grajek, prof. Marek Jemielity, prof. Wojciech Kozubski, doc. Maciej Lesiak, dr med. Anna Nowicka, prof. Romuald Ochotny, prof. Danuta Pupek-Musialik, prof. Janusz Rybakowski, prof. Wojciech Silny, doc. Olga Trojnarska, prof. Andrzej Tykarski, prof. Maria Wanic-Kossowska, prof. Bogna Wierusz-Wysocka, prof. Henryk Wysocki, doc. Anna Posadzy-Małaczyńska (Poznań).

By słuchacze wykładów stali się także entuzjastami „medycyny płci”, podczas jednej sesji otrzymali wydaną w 2009 roku książkę pt. „Kobiety i choroby układu krążenia” – pracę zbiorową autorów w znamienitej większości środowiska poznańskiego.

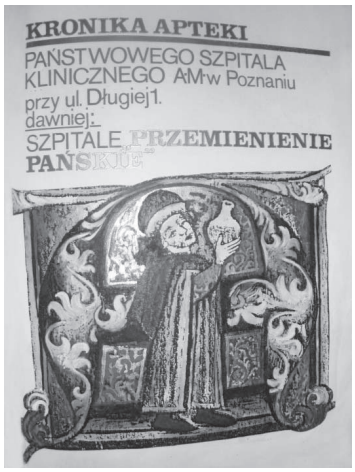
Dedykacja

Konferencja w tle miała jeszcze jeden bardzo ważny aspekt – była w części zadedykowana Prof. Jerzemu Głuszkowi, odchodzącemu w bieżącym roku na emeryturę wieloletniemu Kierownikowi Kliniki Hipertensjologii, Angiologii i Chorób Wewnętrznych Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu – mojemu nauczycielowi i przełożonemu. Prof. Głuszek swoją dociekliwą postawą wobec nauki, wiedzy medycznej i chorego zainspirował mnie do zainteresowania się „medycyną płci”.

Jestem pierwszą doktorantką Profesora, dlatego tym chętniej osobiście podjęłam się realizacji przedsięwzięcia, jakim było wspomniane sympozjum, by przez nie wyrazić wdzięczność za rozbudzenie i pielęgnowanie zainteresowania medycyną, nie tylko od strony chorego, ale również z perspektywy naukowej.

Zatrzymać czas

Kronikę założył Pan dr farm. Aleksander Kuehn w 1986 roku, a my do dziś staramy się kontynuować tę piękną tradycję.



Fot. Archiwum

Opisano w niej krótko historię Szpitala, a także Apteki Szpitalnej. Historia Apteki sięga daty 14 maja 1823 r., kiedy to Naczelny Prezes Wielkiego Księstwa Poznańskiego wydał zezwolenie na założenie tak zwanej „apteki domowej" w Instytucie Chorych – Sióstr Miłosierdzia w Poznaniu przy ul. Długiej.

Dawne losy Apteki wiążą się z osobą farmaceutki, wybitnej siostry zakonnej Filipiny Studzińskiej, która od 29 października 1825 roku kierowała Szpitalem. Siostra Filipina była pierwszą kobietą farmaceutką, która ukończyła w trybie eksternistycznym studia na Uniwersytecie Jagiellońskim.

Tryb studiów wynikał z ówczesnych poglądów i stosunków społeczno-kulturalnych, które nie pozwalały, jak podkreślono, na dyplomie „korzystać z wykładów w miejscu publicznym". Uzyskanie dyplomu wyższej uczelni było zjawiskiem unikatowym nie tylko w kraju, ale również w całej Europie. Siostra Filipina Studzińska zdała egzaminy z historii naturalnej, chemii farmaceutycznej, botaniki, materii lekarskiej oraz ustawodawstwa sanitarnego. W kronice wpisano nazwiska sióstr, które pracowały w Aptece Szpitalnej do 1957 roku. Po II wojnie światowej obowiązki kierownika pełniła siostra mgr Aniela Talarczyk. Wtedy też Apteka mieściła się na pierwszym piętrze. Obecnie w tym miejscu znajduje się laboratorium. Oprócz leków recepturowych, Apteka sporządzała również płyny do iniekcji i infuzji.

W 1953 roku, kierownikiem apteki została mgr Zofia Bielarz, następnie od roku 1956 mgr Krystyna Bielawska, od 1965 do 1966 roku kierownikiem Apteki Szpitalnej był dr Alfred Reysner. W kolejnych latach (01.05.1966 – 1985) kierownictwo objęła mgr Danuta Warchałowska – piękna karta historii naszej Apteki, o której przełożeni napisali „poświęciła wszystkie swe siły i umiejętności dla wykonywania codziennych obowiązków".

W tym czasie Apteka produkowała 40 tysięcy płynów infuzyjnych w roku. Przemysł nie zabezpieczał szpitali w odpowiednie ilości płynów, stanowiły one zatem produkt deficytowy.

Od 1 grudnia 1984 do 8 czerwca 1989 roku, kierownictwo w Aptece Szpitalnej pełnił dr farm. Aleksander Kuehn. W tym czasie Apteka przeżywała bardzo trudny okres w zakresie możliwości pełnego zaopatrzenia Szpitala w leki, płyny infuzyjne i środki opatrunkowe. Miało to związek z ogólnym kryzysem w kraju. Do Apteki były dostarczane leki darowe, importowane z Europy Zachodniej, co w znacznym stopniu pozwalało zaopatrzyć pacjentów Szpitala w podstawowe leki. Kryzys dotyczył również pracowników Apteki, którzy licznie odchodzili do innych zajęć, lepiej płatnych.

Od 8 czerwca 1989 roku, kierownikiem Apteki zostaje dr n. farm. Hanna Jankowiak-Gracz, która sprawuje tę funkcję do dnia dzisiejszego.

Staramy się w naszej kronice opisywać najważniejsze wydarzenia z życia apteki, a także osób w niej zatrudnionych. Każdy pracownik ma tu swoje miejsce, gdzie opisujemy moment przyjęcia do pracy, rozwój naukowy, wszystko to, co się udało, ale także momenty trudne, takie jak pożegnania i odejścia.

Rok 1990 przynosi duże zmiany w prawie własnościowym. Powstają prywatne apteki oraz hurtownie farmaceutyczne. Pracujemy w nowej rzeczywistości gospodarczej. Jest coraz trudniej o leki. Musimy podejmować wysiłki, mające na celu właściwe zaopatrzenie Szpitala. Sytuację dodatkowo pogarsza fakt, iż wzrost cen leków jest bardzo gwałtowny. Leki drożeją z miesiąca na miesiąc...

Ciąg dalszy, aż po dziś dzień zapisano na kartach naszej kroniki. Pozostaje więc zaproszenie do wzięcia w ręce historii Apteki i dalsze uczestnictwo w odkrywaniu jej kart.

dr n. farm. Hanna Jankowiak-Gracz
Kierownik Apteki Szpitalnej

Fot. Archiwum

Moim skromnym marzeniem, nie pozbawionym wiary w jego realizację, jest by Profesor Głuszek, mimo zasłużonej emerytury, pozostał nadal jako mentor dla naszej dalszej pracy naukowej i kolejnych spotkań związanych z „medycyną płci".

doc. Anna Posadzy-Małaczyńska
Klinika Hipertensjologii, Angiologii i Chorób Wewnętrznych

Na zdjęciu: Prof. Jerzy Głuszek i doc. Anna Posadzy-Małaczyńska

(dokończenie ze str. 23)

Góry były jedną z moich wielkich miłości. Wszystkie polskie pasma przeszedłem przynajmniej raz.

W zeszłym roku sprawiłem bratu zdalnie sterowany model samolotu. Razem wykonywaliśmy pierwsze loty i wciągnęło mnie. Najpierw uczyłem się sterowania – na początku to nie było takie łatwe. Kilka samolotów niestety skończyło swój żywot w śmietniku. Ale trafiłem w końcu na taki, który naprawdę sporo mógł wytrzymać. Kiedy nauczyłem się sterowania postanowiłem wykorzystać swoje elektroniczne zainteresowania i skonstruować autopilota. Po pół roku pracy udało się – miałem gotowy samolot, któremu w komputerze można było zaprogramować lot. Przy okazji za pomocą zainstalowanej kamerki filmował trasę.

Skąd na to wszystko czas?
Czas się po prostu znajduje. Nie ma chwili w moim życiu, w której bym się nudził. Staram się wykorzystywać każdy moment, żeby zrobić coś ciekawego.

Największe marzenie?
Moje jedno wielkie marzenie spełni się w ciągu niecałego miesiąca. Wychowywanie córeczki będzie dla mnie dużym wyzwaniem i przyjemnością. Mam również swojego „RadiAnta", którego zamierzam doskonalić przez następne lata. Kreślę też plany wyprawy fotograficznej do ornitologicznego raju – na urokliwe norweskie wyspy Lofoty.

PZU | PZU
GRUPA PZU

Szanowni Państwo

Zapraszamy niniejszym do zapoznania się z ofertą PZU SA w zakresie nowego obowiązkowego ubezpieczenia Odpowiedzialności Cywilnej lekarza wykonującego zawód na terenie RP, którego obowiązek wypływa z Ustawy o izbach lekarskich (Dz. U. z 2009 r. nr 219 poz.1708), a zasady funkcjonowania regulowane są przez Rozp. Min. Finansów z 26.04.2010 r.

Informujemy ponadto, że w naszej ofercie znajduje się dodatkowo pełen wachlarz ubezpieczeń OC dobrowolnych i obowiązkowych związanych z branżą medyczną, a między nimi:

- obowiązkowe OC świadczeniodawcy (kontrakt z NFZ),
- obowiązkowe OC podmiotu przyjmującego zamówienie na świadczenia zdrowotne (kontrakt z SPZOZ),
- dobrowolne (w tym obejmujące odpowiedzialność cywilną deliktową oraz udzielanie pierwszej pomocy.

Wszelkie pytania co do szczegółów oferty prosimy kierować pod następujące adresy mailowe:
astachowska@pzu.pl
ezak@pzu.pl
eliszynska@agentpzu.pl

Lub telefonicznie pod nr:
61 8690 264, 61 8690 259, 666 88 36 22

Będzie nam niezmiernie miło służyć Państwu fachową pomocą.

Informujemy, że PZU SA, w ramach prowadzenia działalności mającej na celu zapobieganie powstawaniu lub zmniejszanie skutków wypadków ubezpieczeniowych sfinansował zadanie prewencyjne polegające na zakupie defibrylatora dla naszego Szpitala za kwotę 24 987,92 zł.

Dyrekcja, Pracownicy, Pacjenci Szpitala
składają podziękowanie za przekazaną darowiznę celową

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

Zespół redakcyjny:
Halina Bogusz, Szczepan Cofta,
Monika Dziamska (redaktor prowadzący),
Katarzyna Leśna, Zofia Owecka, Rafał Staszewski, Joanna Wieczorek-Powiertowska

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

Dział Marketingu i Reklamy:
Patrycja Rakowska, tel. (0 61) 854-91-90
patrycja.rakowska@skpp.edu.pl

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

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