ISSN 1643-0980

nowiny szpitalne

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 4 (51)
Rok IX-X
PAŹDZIERNIK – STYCZEŃ
2009-2010

rezonans 4
niekonwencjonalna operacja 6
badania kliniczne 8
grypa AH1N1 10
VIII Forum 11
rewolucyjna dekada 18

W skrócie

365 dni

Kolejny numer *Nowin Szpitalnych* u progu 2010 roku obfituje w relacje, którymi żyliśmy przez ostatnie miesiące. Najszerzej piszemy o październikowym VIII Forum Szpitali Klinicznych, które przez lata nabrało wymiaru ogólnokrajowego. Niebywałym sukcesem tych dwudniowych spotkań jest duże zainteresowanie podejmowaną tematyką, które co roku przekłada się na wymierne próby wypracowania wspólnego kierunku działań i okiełznania problematycznych zagadnień.

Spotkania z ordynatorami Chirurgii Onkologicznej i Okulistyki pokazują, że czas poświecony na zdobywanie wiedzy i doskonalenie własnych umiejętności będzie procentował w przyszłości kolejnymi niebagatelnymi sukcesami, którym również na łamach naszego szpitalnego periodyku postaramy się towarzyszyć.

Miejmy nadzieję, że Nowy Rok przyniesie klarowne rozwiązania w kwestii badań klinicznych, a Narodowy Fundusz Zdrowia nie będzie już bardziej zmuszał nas do zaciskania kontraktowego pasa.

A na kolejne 365 dni życzymy, by upływający czas odmierzał mądrość, a nie starość, jak to ma miejsce w życiu dwunastu Bohaterów naszego szpitalnego kalendarza.

Monika Dziamska
Redaktor prowadzący
monika.dziamska@skpp.edu.pl

- **6 października** odbyło się coroczne spotkanie Dyrekcji Szpitala z Pełnomocnikiem ds. Zarządzania Jakością oraz osobami odpowiedzialnymi za System Zarządzania Jakością na Oddziale Kardiochirurgii oraz w Pracowni Hemodynamiki. Przedmiotem spotkania było omówienie wyników audytów wewnętrznych, badania satysfakcji pacjenta, zgłoszeń zdarzeń niepożądanych i skarg pacjentów oraz aktualizacja celów dotyczących jakości. W związku ze zbliżającą się datą utraty ważności posiadanego przez Szpital certyfikatu ISO 9001:2001, Dyrekcja podjęła decyzję o przystąpieniu do audytu recertyfikacyjnego.

- W dniu **12 października** odbyła się Rada Medyczna, w której uczestniczyli Dyrektorzy, ordynatorzy, kierownicy medycznych komórek organizacyjnych oraz przedstawiciele administracji szpitala. Podczas spotkania omówiono wykonania kontraktów z NFZ, rejestr zdarzeń niepożądanych, zestawienie skarg pacjentów oraz przedstawiono instrukcję dotyczącą podbierania materiałów do badań mikrobiologicznych.

- **14 października** w budynku szpitalnym przy ul. Długiej miało miejsce uroczyste otwarcie Pracowni Rezonansu Magnetycznego. Nowa pracownia została wyposażona w jeden z najnowocześniejszych aparatów w Polsce, który pozwala na wykonywanie specjalistycznej i precyzyjnej diagnostyki obrazowej.

- W związku z renegocjacją umowy w lecznictwie szpitalnym i chemioterapii Dyrektorzy Jan Talaga i Szczepan Cofta oraz pani Krystyna Piątkowska, kierownik Działu Organizacji i Sprzedaży Usług Medycznych **19 października** spotkali się z Dyrekcją Wielkopolskiego Oddziału NFZ.

- Członkowie Bono Serviamus – Stowarzyszenia na Rzecz Rozwoju Szpitala Klinicznego *Przemienienia Pańskiego* **19 października** omówili podjęte działania w roku 2009 oraz zatwierdzili zestawienie finansowe. Podczas spotkania wybrano również nowy skład zarządu. Po złożonej przez Dyrektora Jana Talagę rezygnacji, stanowisko prezesa objął prof. Stanisław Zapalski.

- W dniu **21 października** w Sejmie RP Dyrektor Jan Talaga i dr Rafał Staszewski uczestniczyli w spotkaniu z posłem Bolesławem Piechą, poświęconemu najważniejszym problemom badań klinicznych, realizowanych w ośrodkach uniwersyteckich.

- **22 października** Dyrektor Jan Talaga spotkał się z dr Jackiem Paszkiewiczem Prezesem Narodowego Funduszu Zdrowia.

- W sali wykładowej hemodynamiki **22 października** odbyło sie szkolenie *ABC Rezonansu Magnetycznego* dla przedstawicieli wszystkich szpitalnych jednostek. Uczestnicy zostali poinformowani o procedurach kierowania pacjentów do pracowni, rodzajach przeprowadzanych badań oraz godzinach przyjęć. Podczas spotkania została również szczegółowo omówiona specyfika diagnostyki rezonansu magnetycznego.

- W związku z weryfikacją świadczeń wykonanych w latach ubiegłych w dniu **23 października** Dyrektor Jan Talaga oraz pani Krystyna Piątkowska, kierownik Działu Organizacji i Sprzedaży Usług Medycznych odbyli spotkanie z Dyrektorem NFZ Zbigniewą Nowodworską.

- **27 października** Dyrekcja Szpitala gościła Kanclerza Uniwersytetu Medycznego Bogdana Poniedziałka. Spotkanie zostało poświęcone m.in. planom budowy budynku szpitalnego przy ul. Szamarzewskiego.

- Coroczna konferencja organizowana przez nasz Szpital odbyła się w dniach od **29-30 października**. W tym roku *VIII Forum Szpitali Klinicznych* zostało poświęcone najistotniejszym zagadnieniom dotyczącym badań klinicznych.

- W dniu **3 listopada** odbyła się Rada Klinicystów. Podczas spotkania omówiono bieżące kwestie, dotyczące prowadzonych badań klinicznych na terenie naszego Szpitala, funkcjonowania Pracowni Rezonansu Magnetycznego oraz tzw. nadwykonań procedur medycznych.

- **4 listopada** zorganizowano zebranie Komitetu ds. Zakażeń. Na spotkaniu omówiono wyniki monitorowania szpitalnych zakażeń, ognisk epidemiologicznych oraz badań mikrobiologicznych w 2009 r. Przedstawiono również nowe procedury zapobiegania zakażeniom w Szpitalu oraz plan działań na następny rok.

- W dniu **24 listopada** podczas Komitetu Transfuzjologicznego omówiono odbyte w I półroczu wizyty dotyczące gospodarki krwią w jednostkach organizacyjnych szpitala. Przekazano również wstępne informacje o planowanych w 2010 roku zmianach unifikacyjnych dotyczących krwi i jej składników.

- **25 listopada** w sali wykładowej im. prof. Jezierskiego w budynku szpitalnym przy ul. Długiej odbyło się szkolenie dotyczące stosowania prawa zamówień publicznych w Szpitalu przeznaczone dla wszystkich Pracowników Szpitala uczestniczących w procedurze postępowania o zamówienie publiczne.

- W dniu **2 grudnia** gościł w naszym Szpitalu JM Rektor, prof. Jacek Wysocki, który

(dokończenie na str. 23)

Na okładce: Jacek Fedorowicz, Zenon Laskowik i Krzysztof Kiełpiński podczas występu na Wieczorze Św. Łukasza, Fot. Witold Breliński

OKIEM DYREKTORA NACZELNEGO SZPITALA

Ambitne działania

Rok 2010 zapowiada się bardzo intensywnie, zwłaszcza w zakresie inwestycji. Choć dookoła sytuacja ekonomiczna nadal niestabilna, a NFZ bywa wymagającym partnerem, Szpital *Przemienienia Pańskiego* nie ustaje w wysiłkach zmieniających jego oblicze. Wiele instytucji ma ambitne plany. My – mimo wielu przeciwności – próbujemy je urealniać dla dobra wspólnego.

Silni onkologią

Ważnym segmentem naszej działalności jest onkologia. Świadczymy znaczącą część usług medycznych w tym zakresie w Wielkopolsce, stanowiąc przy tym główną bazę edukacyjną dla przyszłych medyków. Cieszy więc, że w roku 2010 zakończy się rozbudowa szpitala przy ul. Szamarzewskiego 82/84 o obiekt służący oddziałom onkologicznym, które przeniosą się z zabytkowego, lecz mało funkcjonalnego budynku przy ul. Łąkowej. Powstanie nowy obiekt na miarę Uniwersyteckiego Centrum Onkologii. Po raz pierwszy w historii naszej Alma Mater w jednym miejscu – dla celów dydaktyki, nauki i świadczeń medycznych – skupiona zostanie działalność onkologiczna. W nowym obiekcie, poza oddziałami, powstanie nowoczesny blok operacyjny. Całość – w łączności z istniejącym budynkiem, posiadającym już zaplecze diagnostyczne i administracyjne – stworzy silny 220 łóżkowy kompleks szpitalny. Zadbamy też o ekologię i wygląd. Zarówno nowy, jak i stary budynek zostaną ocieplone, a cała bryła budynku będzie miała zharmonizowaną kolorystykę. W tym roku powstanie także dwukondygnacyjny budynek poradni przyszpitalnych, z możliwością ich rozbudowy w przyszłości.

Unijne prześwietlenia

Jak ważna jest diagnostyka obrazowa w działalności onkologicznej nie trzeba zbytnio nikogo przekonywać. Cieszy więc, że w doborowym towarzystwie Szpitala Ginekologiczno-Położniczego, jako jedyne dwa szpitale w Poznaniu otrzymaliśmy dofinansowanie UE w ramach programu Infrastruktura i Środowisko. Dzięki dotacji w kwocie blisko 10 mln zł możliwa będzie rozbudowa Działu Radiologii przy ul. Szamarzewskiego, prowadzona spójnie z ideą tworzenia kompleksu onkologicznego i prowadzonych już inwestycji. Współfinansowanie umożliwi także zakup nowoczesnego 64-rzędowego tomografu komputerowego, a także ucyfrowienie części urządzeń służących diagnostyce obrazowej.

Bezpieczny pacjent

Nie zapominamy też o naszym podstawowym filarze – działalności kardiologiczno-naczyniowej przy ul. Długiej. By wzmocnić bezpieczeństwo leczenia pacjentów, a także stworzyć należyte

(dokończenie na str. 5)

OKIEM NACZELNEGO LEKARZA SZPITALA

Szpital miejscem zaufania

Być może dla niektórych tytuł tej refleksji brzmi nieco prowokacyjnie lub niedorzecznie. Jeśli jednak – w mojej opinii – nie będzie stawał się rzeczywistością, zatracać będziemy najgłębszy i najpełniejszy wymiar tego, co dokonuje się w naszych murach.

Można by powiedzieć o dwóch osiach, na których realizuje się rzeczywistość współczesnego funkcjonowania świata medycyny. Pierwszą jest nieustanne balansowanie od bezinteresowności (swego rodzaju *charis*) do skrajnego skomercjalizowania aktów medycznych. To znaczy między nie oglądającym się na nic przyjechaniem do szpitala na wezwanie w najbardziej nieoczekiwanym momencie dnia czy nocy a zapytaniem – już po umyciu się do zabiegu – jaki procent od tego zabiegu otrzymam (fakty autentyczne). Drugą osią jest balansowanie między podejrzliwością, która ryzykuje powstawaniem złych relacji międzyludzkich w poszczególnych fragmentach szpitala a rzeczywistością zaufania. Nieufność w niektórych wymiarach potrafi przybierać maski mnożenia dokumentacji, procedur, wewnętrznych regulacji. Pozostawmy na boku refleksję nad osią materialną.

Odrywanie się od świata podejrzliwości i nieufności wymaga swego rodzaju dojrzałości. Współczesne systemy zarządcze ryzykują często karykaturalnym upodabnianiem się do świata orwellowskiego. Nawet w majestacie systemów jakości. Zastępowany jest zdrowy rozsądek i zaufanie papierami, mnożą się restrykcje dokumentacji medycznej. A ułomny świat prawnych regulacji pretenduje do stawania się superrecenzentem świata, który jakby nieco wymykał się spod naszej kontroli. Jeślibyśmy – wykonując zawody medyczne i im służebne – nie mieli siły

(dokończenie na str. 5)

Precyzyjne obrazowanie

Pracownia Rezonansu Magnetycznego rozpoczęła swoją normalną działalność. Całość inwestycji została sfinansowana ze środków Unii Europejskiej w ramach Wielkopolskiego Regionalnego Programu Operacyjnego i środków Ministerstwa Zdrowia. Na razie podstawowym ograniczeniem dla „rozwinięcia żagli" i prowadzenia szerokiej diagnostyki jest skromny kontrakt z NFZ, mimo iż dostępność do badań rezonansu jest nadal w Wielkopolsce niewystarczająca.

Prof. Stefan Grajek wręcza pamiątkowy medal Szpitala Wicemarszałkowi Województwa Wielkopolskiego Leszkowi Wojtasiakowi

Inicjatorem powstania Pracowni Rezonansu Magnetycznego był prof. Stefan Grajek, który od lat zabiegał o pozyskanie środków na tą inwestycję. Kiedy pojawiła się szansa pozyskania funduszy z Unii Europejskiej, zrodziła się idea zaproponowania nowatorskiego pomysłu wykorzystania potencjału Szpitala Klinicznego *Przemienienia Pańskiego* UM w Poznaniu w leczeniu ostrych pęknięć tętniaków aorty. *Trzeba mieć dobry pomysł na projekt, który niesie ze sobą wartość zdrowotną dla społeczeństwa – mówi prof. Grajek. Sam projekt jednak nie wystarczy, trzeba nieustannie przekonywać i tłumaczyć, jaką korzyść otrzymają bezpośrednio pacjenci.*

Prof. Stefan Grajek przekonał Zarząd Województwa Wielkopolskiego, że warto włączyć szpital kliniczny do listy beneficjentów kluczowych. Pracownia Rezonansu Magnetycznego służyć będzie wszystkim pacjentom wymagającym precyzyjnego obrazowania, a w szczególności diagnostyka ta pomocna będzie w rozpoznaniu tętniaków rozwarstwiających aorty. Kluczowym aspektem realizacji projektu dla pacjentów leczonych z powodu schorzeń sercowo-naczyniowych było zwiększenie dostępu do badań rezonansu magnetycznego.

Warto podkreślić, że Szpital Kliniczny *Przemienienia Pańskiego* Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu jest obecnie jedynym na terenie Wielkopolski ośrodkiem łączącym kompleksowe leczenie schorzeń kardiologicznych i naczyniowych zgodnie z tzw. złotym standardem (radiologia zabiegowa, chirurgia naczyń, kardiologia interwencyjna, kardiochirurgia, anestezjologia) w połączeniu z diagnostyką rezonansu magnetycznego.

Liczba rezonansów magnetycznych w Polsce jest nadal jedną z najniższych nie tylko w krajach europejskich. Według danych Organizacji Współpracy Gospodarczej i Rozwoju (OECD), Polska znajduje się na jednym z ostatnich miejsc wśród wspólnoty krajów OECD pod względem dostępności do badań rezonansu magnetycznego.

Redakcja

Pracownia rezonansu wyposażona w jedno z najnowocześniejszych urządzeń w Polsce

Zdjęcia: Martyna Skrzypińska

Rektor Uniwersytetu Medycznego prof. Jacek Wysocki i Dyrektor Naczelny Jan Talaga podczas uroczystego otwarcia pracowni

Biskup Grzegorz Balcerek poświęcił nowe pomieszczenia i sprzęt

Doc. Małgorzata Pyda – Kierownik nowopowstałej Pracowni Rezonansu Magnetycznego

PROGRAM REGIONALNY NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI
WOJEWÓDZTWO WIELKOPOLSKIE
UNIA EUROPEJSKA EUROPEJSKI FUNDUSZ ROZWOJU REGIONALNEGO

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską z Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego oraz z budżetu Państwa w ramach Wielkopolskiego Regionalnego Programu Operacyjnego na lata 2007-2013
Program leczenia ostrych pęknięć tętniaków aorty i ostrej zatorowości płucnej

Nominacje

W dniu 3 lutego nominacje profesorskie od Prezydenta Rzeczpospolitej Polskiej otrzymali Prof. Sylwia Grodecka-Gazdecka, Prof. Witold Młynarczyk i Prof. Grzegorz Oszkinis.

Uzyskania najwyższego tytułu naukowego serdecznie gratulujemy.

Redakcja

Konsensus

W lipcowym numerze *Heart Rhythm* (2009; 6:1085-1104), oficjalnego czasopisma *Heart Rhythm Society* ukazał się konsensus grupy ekspertów dotyczący wskazań do usuwania elektrod wewnątrzsercowych. Poprzedni dokument pochodził z 2000 roku.

W nowej wersji opracowania przedstawiono uaktualnione zalecenia dotyczące ekstrakcji elektrod, wymagania odnoszące się do personelu oraz ośrodka, a także definicje wyników procedury i powikłań oraz podział narzędzi stosowanych przy tego typu zabiegach.

Wśród dwunastu autorów opracowania znalazło się 3 Europejczyków, w tym również dr med. Przemysław Mitkowski z I Kliniki Kardiologii. Udział Polaka w grupie autorów międzynarodowych zaleceń należy nadal do rzadkości. Nasz ośrodek należy do dwóch wiodących w kraju, zajmujących się leczeniem powikłań elektroterapii serca i świadczy usługi nie tylko dla ośrodków wszczepiających w województwie wielkopolskim, ale także dla innych ośrodków w kraju.

Redakcja

Szczególna publikacja

Niebawem w *European Heart Journal* ukaże się publikacja wyników pierwszych randomizowanych badań nad wpływem pierwotnych komórek macierzystych na gojenie się zawału serca. 2,5-letnie obserwacje prowadzone przez Zespół związany z naszym Szpitalem pozwoliły na wyciągnięcie nowatorskich wniosków – odnotowano zależność tworzenia się nowych naczyń przy współpracy komórek macierzystych w obrębie przebytego zawału mięśnia sercowego.

Nie sposób nie wspomnieć, że EHJ jest jednym z najbardziej prestiżowych czasopism europejskich, o bardzo wysokim indeksie cytowań (Impact factor).

Badania przeprowadzili nasi lekarze z Kliniki Kardiologii i Hematologii oraz przedstawiciel Kliniki Gastroenterologii ze Szpitala Klinicznego im. H. Święcickiego: Stefan Grajek, Małgorzata Popiel, Lidia Gil, Piotr Bręborowicz, Maciej Lesiak, Rafał Czepczyński, Krzysztof Sawiński, Ewa Straburzyńska-Migaj, Aleksander Araszkiewicz, Anna Czyż, Maria Kozłowska-Skrzypczak i Mieczysław Komarnicki.

Redakcja

OKIEM DYREKTORA NACZELNEGO SZPITALA

(dokończenie ze str. 3)

warunki pracy, rozpoczął się remont oddziału anestezjologii i intensywnej terapii. Nowy oddział anestezjologii powstaje w pomieszczeniach po starym bloku operacyjnym i mam nadzieję, że od maja zostanie uruchomiony, mimo kilku niespodziewanych zdarzeń, związanych przede wszystkim ze starą bryłą obiektu.

* * *

Zarządzanie szpitalem to nie prowadzenie fabryki śrubek czy hotelu. Każda decyzja niesie za sobą daleko idące konsekwencje, w tym także dla pacjenta. Pomyłka może kosztować coś najcenniejszego – zdrowie i życie. To także wiele oczekiwań Pracowników i problemów dnia codziennego, wynikających również z niedoskonałości, a czasem sprzeczności przepisów prawa. W tym tyglu spraw spróbujmy znaleźć te najważniejsze, pamiętając że pracujemy w instytucji, gdzie nadzieja przeplata się z bólem i oczekiwaniem pomocy.

Jan Talaga
Dyrektor Naczelny Szpitala

OKIEM NACZELNEGO LEKARZA SZPITALA

(dokończenie ze str. 3)

wznosić się ku rzeczywistości wzajemnego zaufania, wyrastającego z wewnętrznych powinności i dojrzałości, tracilibyśmy bardzo wiele. Nawet styl zarządzania musi opierać się na zaufaniu, które jest właściwą podwaliną współpracy. Zamiast „ręcznego sterowania" ważne jest tworzenie struktur wzajemnego uzupełniania się, które pomnaża efekty działań i mobilizuje do współodpowiedzialności. A nade wszystko pomaga dorastać i realizować się przemieniając codzienny trud w zawodowe pasje.

Właściwością rzeczywistości zaufania wydaje się być dobra wzajemna komunikacja, która nie unika tematów trudnych i niweluje zawoalowane posunięcia.

Szansą dla prawidłowych międzyludzkich relacji, a – co za tym idzie – prawdziwie skutecznego funkcjonowania szpitala – jest jedynie zaufanie. Budowanie świata zaufania, oczywiście nie zapominając, że powinny zostać zagwarantowane podstawowe mechanizmy sprawności organizacyjnej, wynikające z tworzenia administracyjnego ładu i dyscypliny. Nie warto rezygnować ze spuścizny, jaką ofiarowały nam poprzednie pokolenia opiekujących się chorymi, gdy mówi się jeszcze (na szczęście) o naszych zawodach jako zawodach zaufania publicznego.

Szczepan Cofta
Naczelny Lekarz Szpitala

Z dr hab. Jarosławem Kocięckim,
Ordynatorem Oddziału Okulistki
rozmawia Monika Dziamska

Niekonwencjonalna operacja

9 grudnia na Oddziale Okulistyki dr hab. Jarosław Kocięcki i dr Marcin Stopa przeprowadzili zabieg usunięcia nowotworu gałki ocznej. Do tej pory tego typu zabiegi wiązały się z usunięciem gałki ocznej lub przynajmniej stosowaniem brachyterapii z użyciem płytki radioaktywnej, co nie zawsze kończyło się sukcesem terapeutycznym. Po raz pierwszy w naszym ośrodku przeprowadzono endoresekcję guza wewnątrzgałkowego drogą witrektomijną z jednoczesnym usunięciem guza w całości, co umożliwia przeprowadzenie pełnej diagnostyki histopatologicznej nowotworu. To rewolucyjne posuniecie może w przyszłości stanowić fundament w leczeniu nowotworów i przyczynić się do znacznej poprawy komfortu życia pacjentów na całym świecie. Do dziś żadna klinika okulistyczna nie odniosła podobnych sukcesów.

Co zadecydowało o przeprowadzeniu zabiegu nową, niestosowaną do tej pory metodą?

Pacjent trafił do nas po kilku operacjach w innym ośrodku. Miał nieprawidłowo wszczepioną soczewkę wewnątrzgałkową, a po konwencjonalnej operacji odwarstwionej siatkówki, podczas przeprowadzonych badań, na dnie oka stwierdzono znamię naczyniówki. W ostatnim czasie okazało się, że w miejscu tego znamienia rozwija się guz wewnątrzgałkowy.

Tak obciążone oko zazwyczaj źle rokuje i z reguły skazane jest na usunięcie, tym bardziej, że nowotworowi towarzyszył krwotok, a ponieważ zlokalizowany był przy wcześniej wszczepionej opasce silikonowej, trudno było ocenić, jaka jest jego wielkość. Pacjent nie chciał się zgodzić na usunięcie gałki ocznej. Biorąc pod uwagę użyteczną funkcję oka oraz względy psychologiczne i kosmetyczne postanowiliśmy operować. Zdecydowaliśmy się zaryzykować, by usunąć guz z pozostawieniem oka.

Na czym polegała rewolucyjność przeprowadzonego zabiegu?

Zabieg trwał ponad cztery godziny. W tym czasie usunęliśmy najpierw nieprawidłowo osadzoną i zrotowaną soczewkę. Następnie odwarstwiliśmy siatkówkę, wycięliśmy precyzyjnie nowotwór w granicach klinicznie zdrowej tkanki i przyłożyliśmy siatkówkę z powrotem. Istotne i rewolucyjne było to, że guz usunęliśmy w całości i to tą samą drogą, co soczewkę. Na tym przykładzie okazało się, że możliwe jest przeprowadzenie zabiegu, który przy minimalnym narażeniu pacjenta na rozsiew komórek nowotworowych i ewentualne przerzuty pozwala na wykonanie badania histopatologicznego. Do tej pory nowotwory wewnątrzgałkowe usuwaliśmy poprzez twardówkę. Wiązało się to z szerokim nacięciem ściany gałki ocznej. Nowa metoda – endoresekcja nowotworu wewnątrzgałkowego poprzez usuniecie guza drogą witrektomijną (tzn. wewnątrzgałkową) nie wymaga tak dużej ingerencji i pociąga za sobą mniejsze ryzyko uszkodzenia gałki ocznej i wtórnego odwarstwienia siatkówki i krwotoków.

Zatem powzięty przed zabiegiem plan udało się w pełni pomyślnie zrealizować?

Minusem całej operacji było to, że z uwagi na przebyte wcześniej zabiegi operacyjne i związane z tym bardzo rozległe blizny nie mogliśmy przeprowadzić jednoczesnej brachyterapii tj. naszycia płytki radioaktywnej. Manipulacje spowodowane tym zabiegiem mogłyby spowodować rozejście się uprzednio wykonanej rany operacyjnej. Mogłoby to skutkować wypłynięciem specjalnego oleju silikonowego (celowo podanego do oka) i koniecznością usunięcia całej gałki ocznej. Od zabiegu

naszycia płytki odstąpiliśmy jednak tylko czasowo – w momencie, kiedy w miejscu rany operacyjnej powstanie blizna spróbujemy to zrobić. Przewiduję, że taki zabieg będzie możliwy już za miesiąc.

Operacja, jeśli chodzi o samą część wewnątrzgałkową, udała się idealnie. Mamy pełną dokumentację fotograficzną i filmową tego wydarzenia. Dr Marcin Stopa był głównym operatorem, a ja mu asystowałem, choć prawdę mówiąc, nasze role zmieniały się na poszczególnych etapach operacji.

Dlaczego nikomu do tej pory nie udało się przeprowadzić podobnej operacji i osiągnąć takich rezultatów?

Rewolucyjność naszych działań polega na ich unikatowości. W Polsce tego typu chirurgią nikt w takim zakresie się nie zajmuje, dlatego nikt jeszcze nie usunął guza w sposób, jaki my to zrobiliśmy. Na świecie podobne próby były podejmowane – mam tu na myśli Niemcy, Anglię czy Japonię – ale tam guz usunięto wytwarzając drogę przez twardówkę, co de facto wiąże się albo z rozległym nacięciem, albo z wyciskaniem nowotworu, to powoduje, że komórki nowotworowe mogą pozostać w oku. Jeśli stosowana jest droga witrektomijna – niszczony jest cały guz, co wręcz uniemożliwia późniejszą diagnostykę histopatologiczną.

My wykonaliśmy operację unikając tak dużej destrukcji. Całość przedsięwzięcia oprócz umiejętności, wiedzy i zaplecza wymaga również odwagi, gdyż przy tego typu zabiegach musimy borykać się z obciążeniem psychicznym, jako że mimo wszystko mamy do czynienia z nowotworem. Zawsze istnieje ryzyko uogólnienia się choroby. Z tym obciążeniem nie każdy może sobie dać radę, tym bardziej, że jeśli po zabiegu nastąpi przerzut, bez względu na to czy był on już przed zabiegiem, czy też nie, pacjent może mieć pretensje do lekarza.

Czy udana operacja to zapowiedź dalszych rewolucyjnych przedsięwzięć w przyszłości?

Przyszłość w perspektywie powyższej operacji kształtuje się bardzo obiecująco. To dla nas potężne doświadczenie i trampolina w górę, ponieważ okazało się, że całościowe wycięcie guza jest możliwe. Być może jest to doskonały sposób terapii dla innych pacjentów, dla których do tej pory nie mieliśmy rozwiązania. Z czasem będziemy zdobywać następne doświadczenia i doskonalić tą metodę.

Czy powyższy sposób terapii nowotworów może być zastosowany u wszystkich pacjentów?

Oczywiście nie jest to metoda dobra dla wszystkich. Kwalifikujący się do operacji pacjenci muszą być w dobrym stanie ogólnym, ponieważ jest to zabieg prowadzony przy znacznie obniżonym ciśnieniu ogólnym. Nie u wszystkich ten parametr da się osiągnąć. Guz musi być dobrze odgraniczony i jednoznacznie zdefiniowany. Oprócz uchwytnej masy guza, najlepiej jeśli zlokalizowany jest w biegunie tylnym gałki ocznej – tam gdzie można do niego dotrzeć. Idealną sytuacją jest również usytuowanie guza poza polem plamkowym tj. miejscu, które jest odpowiedzialne za najostrzejsze widzenie. Jeśli jednak jest w plamce – priorytetem staje się przede wszystkim zachowanie życia i zdrowia pacjenta. Ostrość wzroku jest dopiero kolejnym czynnikiem.

Nie prowadzimy statystyk ex tempore, ilu naszych pacjentów mogłoby skorzystać ze wspomnianego rozwiązania. Z obserwacji jednak mogę powiedzieć, że jest ich znaczna ilość. Obecnie część z nich leczona jest brachyterapią bądź poprzez wycięcie nowotworu drogą przeztwardówkową, która jednak jest obarczona dużym ryzykiem dodatkowych powikłań. Część pacjentów leczona jest termoterapią laserem diodowym – w czym również odnieśliśmy pozytywne sukcesy.

Nieinwazyjna metoda wycięcia guza gałki ocznej stanowi nadzieję dla wielu pacjentów – czy zapewnia ona 100% skuteczności leczenia?

Nigdy tak naprawdę nie możemy powiedzieć, że pacjent jest do końca wyleczony. Nawet przy całkowitym usunięciu guza czy enukleacji tj. usunięciu gałki ocznej, nie wiemy, czy komórki nowotworowe nie zostały już rozsiane i nie możemy powiedzieć, że pacjent jest zupełnie bezpieczny.

Okazuje się, że nawet po udanej operacji usunięcia guza u części pacjentów występują przerzuty w późniejszym okresie. Najdłuższy okres o jakim wiem, to 42 lata od chwili usunięcia ogniska pierwotnego – ryzyko zatem pozostaje do końca życia.

Lepszą skuteczność metody możemy osiągnąć niewątpliwie poprzez lepszy sprzęt: nowy witrektom, dodatkowe oświetlenie i narzędzia. Gdybyśmy mieli lepsze instrumentarium, myślę że tego typu operacje przychodziłyby z większą łatwością, wygodą i bezpieczeństwem dla pacjenta. ■

Inspiracje

Na terenie Hospicjum Palium została zorganizowana wystawa prac pani doktor Wioletty Sacharczuk, internistki stażującej w naszym Szpitalu. 11 grudnia br., 13 olejnych obrazów zostało wkomponowanych w przestrzeń szpitala i są dostępne do oglądania.

Jak sama artystka twierdzi *„inspiracje czerpię z tego, co mnie otacza, gra światła w ogródku, wielobarwność łąk, cisza i spokój morza, ale także szarość miast, nihilizm ludzi”.*

Prezentowane prace spotkały się z ogromnym zainteresowaniem i są przeznaczone na sprzedaż.

Mariusz Rzepecki
Kierownik Administracji
i Organizacji Świadczeń

Fot. Mariusz Rzepecki

Badania kliniczne w onkologii

Dyskusja

Tocząca się w ostatnim czasie dyskusja na temat badań klinicznych skłania do przedstawienia paru uwag związanych z tym obszarem działalności lekarskiej. Być może właśnie w onkologii, jak w żadnej innej specjalizacji medycznej, badania kliniczne są nieodzownym warunkiem postępu i poprawy skuteczności leczenia. Założenia medycyny opartej na faktach (Evidence Based Medicine) nakazują tworzenie nowych standardów oraz wprowadzanie leków wyłącznie na podstawie wiarygodnych i obiektywnych wyników, a takie można uzyskać tylko w badaniach klinicznych. Służą temu szczególnie badania fazy III, w których nowe leki porównywane są w zakresie skuteczności i toksyczności z obowiązującymi aktualnie standardami. Bardzo często leczenie takie przyczynia się również do poszerzenia opcji terapeutycznych dostępnych dla pacjentów z chorobą nowotworową. Zdarza się także, że proponowane leczenie jest tak naprawdę jedyną możliwością, jaką można choremu przedstawić. Dotyczy to szczególnie tych nowotworów, w których standardowa terapia jest bardzo kosztowna i nie zawsze możliwa do opłacenia przez szpital lub NFZ.

Postęp

W ramach Oddziału Chemioterapii od wielu lat prowadzone są badania kliniczne w nowotworach piersi, przewodu pokarmowego, układu moczowego, a także z lekami wspomagającymi terapie podstawowe, jak leki przeciwwymiotne, czynniki stymulujące mielopoezę. Szczególne jednak miejsce zajmują badania prowadzone u chorych z nowotworami złośliwymi nerek, w tym z rakiem jasnokomórkowym nerki. Choroba ta od niedawna stała się wyzwaniem dla onkologów z racji rejestracji nowych i skuteczniejszych leków.

Badania rejestracyjne dwóch z tych leków: Toriselu (temsirolimus) i Sutentu (sunitinib) objęły szczególnie dużą grupę chorych i w konsekwencji nasz ośrodek w obu z nich był przodującym w odniesieniu do ilości leczonych pacjentów. Przeprowadzone audyty, w tym również FDA (Food and Drug Administration – agencja rządowa w USA), potwierdziły wysoką jakość wykonanej pracy i dostarczonych w badaniach danych. Ostatnim etapem było opublikowanie w 2007 roku w prestiżowym New England Journal of Medicine dwóch artykułów przedstawiających założenia i wyniki badań. Na podstawie tych publikacji oba leki zostały zarejestrowane w terapii pierwszej linii u chorych ze zmianami nieoperacyjnymi lub przerzutami odległymi. Współudział w tworzeniu nowego standardu leczenia przerzutowego raka nerki odebraliśmy jako duże wyróżnienie i docenienie naszego wkładu w przeprowadzone badanie. Aktualnie prowadzone są następne badania obejmujące stosowanie leków zarówno w pierwszej i drugiej linii leczenia, a także u chorych poddanych radykalnej nefrektomii, czyli w terapii uzupełniającej. Należy oczekiwać, że przyniesie to dalszy postęp w leczeniu tej trudnej i groźnej choroby.

Standardy

Szpitale kliniczne jako placówki uniwersyteckie, wydają się być szczególnie predysponowane do prowadzenia badań klinicznych. Dodatkową korzyścią, poza naukowym rozwojem oraz dostępem do najnowszych terapii, jest możliwość zapoznania się i przyswojenia przez personel medyczny międzynarodowych standardów pracy.

Piotr Tomczak
Ordynator Oddziału Chemioterapii

Od środka

Spojrzenie na proces realizacji badań klinicznych w naszym Szpitalu wymaga pewnego dystansu i syntetycznego ujęcia wszystkich zmian, których dokonaliśmy na przestrzeni ostatniego roku. Zaczynając od początku – w grudniu zeszłego roku rozpoczęła się u nas kontrola Najwyższej Izby Kontroli; jej pokłosiem są nowe zasady funkcjonowania obsługi badań klinicznych w naszym Szpitalu.

Niestety, wprowadzenie nowych zasad, w ciągle niejasnej i nieuporządkowanej sytuacji formalnoprawnej, dotyczącej badań klinicznych, skutkuje ich stałą weryfikacją i dopasowywaniem do zmieniających się interpretacji przepisów. Główne założenia realizacji badań klinicznych przyjęte w naszym Szpitalu:

1. wprowadzenie wzoru umowy trójstronnej,
2. założenie zwiększenia wynagrodzenia dla Szpitala kosztem zmiany proporcji podziału budżetu badania pomiędzy badaczem a szpitalem (ośrodek badawczy),
3. ustalenie zasad wyceny badań klinicznych,
4. przyjęcie założenia, iż nie rozliczamy z NFZ pacjentów w badaniu klinicznym, co wiąże się z podpisywaniem umów, w których sponsor zobowiązuje się do pokrycia całości kosztów leczenia - nawet standardowej terapii.

Fot. Zofia Owecka

Sekcja ds. Badań Klinicznych i Naukowych. Od lewej: Katarzyna Leśna, Joanna Wieczorek-Powiertowska, Agnieszka Markiewicz

Sprzeczności

Wytyczne uzyskiwane z różnych instytucji, które zainteresowały się funkcjonowaniem działalności Szpitala w zakresie badań klinicznych, a mianowicie Urzędu Skarbowego czy Wielkopolskiego Oddziału Narodowego Funduszu Zdrowia są w części merytorycznie sprzeczne z wykładnią przepisów prawa, do której odnosił się Szpital. Powstałe zamieszanie wokół badań klinicznych wzbudza wiele emocji i kontrowersji w całej Polsce, ale wydaje się, że w Wielkopolsce stanowiska poszczególnych urzędów kontrolujących ten obszar działalności stoją w sprzeczności z resztą kraju.

Mimo wielu nieścisłości i uzyskiwaniu sprzecznych opinii odnośnie regulacji prawnych funkcjonowania badań klinicznych, staramy się wypracować jak najbezpieczniejszy sposób podejścia do tak niepewnej materii, jaką się one okazały.

Kontrowersje

Główną zasadą przyjętą przez Szpital, wzbudzającą najwięcej kontrowersji odnośnie podpisywania nowych umów na badania kliniczne jest założenie, iż nie możemy rozliczyć z Narodowym Funduszem Zdrowia wizyt pacjenta włączonego do badania klinicznego. Wielkopolski Oddział NFZ uznał, iż wszystkie świadczenia wymienione w protokole badania klinicznego udzielone pacjentowi po podpisaniu przez niego świadomej zgody na udział w badaniu, są świadczeniami wynikającymi z przeprowadzenia badania klinicznego. Nawet jeśli są powodowane stanem zdrowia pacjenta i stanowią rutynowe leczenie w danej jednostce chorobowej, to według WONFZ bez nich badanie kliniczne nie mogłoby się odbyć, więc koszt wszystkich tych świadczeń powinien ponieść sponsor badania. Możemy się nie zgadzać z takim podejściem, próbować odwoływać się od takiej interpretacji przepisów regulujących prowadzenie badań klinicznych, ale dopóki nie ma jasnych wytycznych, jednolitych w całym kraju, to dla bezpieczeństwa nie możemy ryzykować podpisania umowy, gdzie musielibyśmy standard terapii rozliczyć z NFZ.

Skutki

Skutkuje to dla nas ograniczeniem liczby badań kontraktowanych w naszym Szpitalu. Dla porównania w ubiegłym roku podpisaliśmy 47 umów na realizację badań klinicznych, w tym roku do dnia dzisiejszego mamy podpisanych 6 umów. Ogółem do Szpitala zgłoszono 39 propozycji nowych badań z czego, oprócz 6 sfinalizowanych umów, 29 zostało ocenionych i przygotowanych do ewentualnego podpisania kontraktu. Nie mamy jednak pewności ile z nich zostanie podpisanych ze względu na wysokie koszty ich prowadzenia.

Mała ilość podpisanych nowych umów na prowadzenie badań klinicznych w naszym Szpitalu i niepewność co do podpisania kolejnych wynika z:

- przestoju spowodowanego kontrolą NIK – do połowy września Szpital nie podpisywał żadnych nowych umów na badania kliniczne;
- podejścia sponsorów badań, którzy powołując się na obowiązujące przepisy nie podzielają zdania, iż powinni finansować koszt rutynowego leczenia pacjenta, zdejmując ten obowiązek z publicznego płatnika (NFZ). Sponsorzy nie są przygotowani na poniesienie takich wydatków więc rezygnują z podpisywania umów z naszym Szpitalem;
- niejasnej sytuacji w dziedzinie badań klinicznych, która podnosi ryzyko ich prowadzenia i skutkuje wymogiem bardzo dokładnej oceny każdej nowej propozycji badania, które miałoby być realizowane w Szpitalu, a zasoby osobowe Sekcji ds. Badań Klinicznych i Naukowych są nieduże. Poza tym firmy zgłaszające się do naszego Szpitala z propozycją badania nie deklarują od razu czy pokryją koszt standardowego leczenia, lecz proszą o przygotowanie wyceny kosztów badania i przeanalizowanie propozycji umowy, aby mogły ocenić czy są w stanie sprostać postawionym warunkom. Ocena jednej umowy zajmuje kilka dni pracy – wiąże się to z przygotowaniem wyceny kosztowej opartej na analizie protokołu badania, uzyskaniem zgody Zespołu ds. Badań Klinicznych na realizację badania w naszym Szpitalu, naniesieniem odpowiednich zmian w umowie dotyczącej analizowanego badania, skonsultowaniem ich ze sponsorem badania i badaczem, ewentualnymi poprawkami i wynegocjowaniem odpowiadającej stronom propozycji umowy. Bardzo często zdarza się, że po wykonaniu całej tej pracy sponsor wycofuje się z chęci prowadzenia badania w naszym Szpitalu i czas poświęcony na jego analizę jest czasem straconym, gdyż nie przyniesie żadnych wymiernych korzyści finansowych. Często koszty wyliczone przez Szpital są na tyle duże, że badacz ma również wątpliwości czy nakład pracy, jaki musi włożyć w przeprowadzenie badania jest wart proponowanej mu części budżetu, która została po odliczeniu kosztów Szpitala.

Wnioski

Podsumowując, chciałoby się powiedzieć, że nie jest łatwo poruszać się w materii badań klinicznych. Niejasne regulacje prawne w tej dziedzinie powodują ciągłą analizę i zastanawianie się czy przyjęte w umowach zapisy odpowiednio zabezpieczają interesy Szpitala, co bywa czasochłonne i nie sprzyja sprawnemu kontraktowaniu nowych badań.

Zdajemy sobie sprawę, że badania kliniczne są powoli wyprowadzane poza ośrodki kliniczne, gdzie nie ma tylu obostrzeń w ich prowadzeniu. Niestety w obecnej chwili nie możemy zaproponować żadnych korzystniejszych warunków, ale nie poddajemy się, trwamy przy swoich racjach i czekamy na doprecyzowanie przepisów w tym względzie.

Joanna Wieczorek-Powiertowska
Sekcja Badań Klinicznych

Zmagania z grypą AH1N1

Temat grypy AH1N1 (wirus grypy na fotografii poniżej) od dłuższego czasu "cieszy" się dużą popularnością w świcie mediów. Zarówno treść, jak i forma przekazu, nierzadko wywołuje w nas dreszczyk grozy. Sposób w jaki przyjmujemy takie komunikaty, zależy często od posiadanej przez nas wcześniej wiedzy na ten temat oraz od tego czy potrafimy odróżnić cenne informacje na tle hałaśliwych sensacji.

Z pewnością grypa to temat poważny, którego nie powinny bagatelizować szczególnie osoby reprezentujące ochronę zdrowia.

Ogłoszona przez WHO w czerwcu 2009 r. pandemia grypy (aktualna sytuacja epidemiczna tabela 1), pociągnęła za sobą wdrożenie wielu działań profilaktycznych zarówno na świecie, jak i w Polsce. O podejmowanych interwencjach i zaleceniach, jesteśmy na bieżąco informowani w komunikatach pochodzących z wiarygodnych i kompetentnych źródeł, np. CDC, PZH oraz GIS. W oparciu o wytyczne ww, Sekcja ds. Kontroli Zakażeń Szpitalnych w porozumieniu z Dyrekcją Szpitala, opracowała i wdrożyła własne (dostępne w intranecie w zakładce Działalność Medyczna/Kontrola Zakażeń Szpitalnych):

1. „Plan działań podejmowanych w przypadku podejrzenia lub potwierdzenia zakażenia wirusem grypy AH1N1 (świńska grypa)",
2. „Zasady postępowania pracowników Biura Przyjęć Szpitala z pacjentem z objawami grypy przyjmowanym w trybie planowym"

oraz

3. „Zarządzenie Wewnętrzne Dyrektora Szpitala Klinicznego w sprawie postępowania z personelem oraz pacjentami u których jest stwierdzana lub podejrzewana grypa."

Zawarte w tym dokumencie informacje, dotyczą podstawowej wiedzy o grypie, a także profilaktyki, diagnostyki i leczenia.

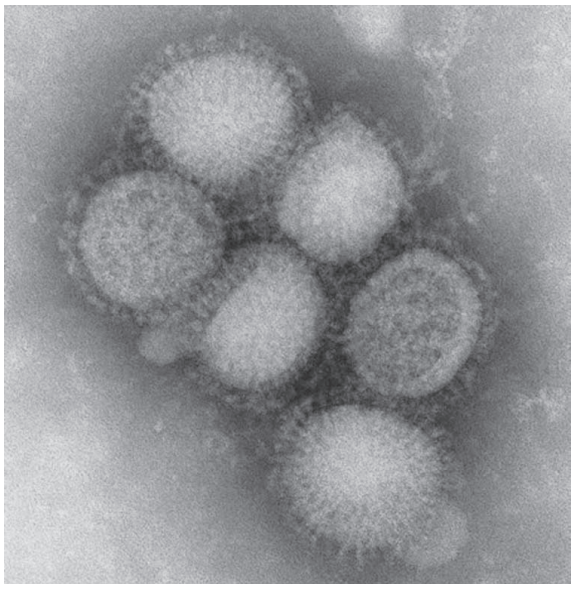
Zgodnie z poleceniem Wojewody Wielkopolskiego od dnia 19.11.2009 opracowywane są w Szpitalu dobowe raporty sprawozdawcze, które następnie przesyłane są każdego dnia do Wojewódzkiego Centrum Zarządzania Kryzysowego w Poznaniu oraz Działu Nadzoru i Współpracy ze Szpitalami Klinicznymi.

Według stanu na dzień 14.12.2009 w Szpitalu nie stwierdzono zachorowania na grypę AH1N1, a jedynie na grypę sezonową typu A, potwierdzoną u dwóch pacjentów. Jeden z nich wymagał izolacji, którą dostosowano do warunków i możliwości oddziału, polegającą m.in. na:

- stosowaniu masek, w przypadku kiedy praca przy chorym odbywała się w odległości mniejszej niż 1 metr,
- ograniczeniu przemieszczania pacjenta celem wykonania niezbędnych procedur (jeżeli pacjent opuszczał pokój polecono, aby zakładał maskę),
- przestrzeganiu zasad izolacji standardowej, polegającej m.in. na częstej dezynfekcji rąk.

Mimo, iż do tej pory w Szpitalu nie odnotowano żadnego przypadku grypy AH1N1, ważne jest wyczulenie całego personelu i stosowanie się do obowiązujących zaleceń profilaktycznych: bezwzględna higiena rąk, zasłanianie ust podczas kaszlu, unikanie (w granicach rozsądku) większych skupisk ludzkich, zachowanie środków ostrożności podczas kontaktów z osobami przeziębionymi lub chorymi na grypę, wietrzenie pomieszczeń, zapewnienie odpowiedniej ilości snu i wypoczynku oraz wzmocnienie odporności organizmu przez racjonalne odżywianie, uwzględniające odpowiednią ilość witamin i składników odżywczych.

Maria Jax
Sekcja ds. Kontroli Zakażeń Szpitalnych



Wirus grypy AH1N1, źródło CDC

Tab. 1.Wirus grypy AH1N1 – aktualny raport światowy z dnia 9.12.2009; (wybrane informacje)

Państwo	Skumulowana liczba przypadków	Skumulowana liczba zgonów	Śmiertelność
Meksyk	190927	3555	1.86%
USA	66070	671	1.02%
Kanada	25828	363	1.41%
POLSKA	**1525**	**67**	**4.39%**
Niemcy	190000	86	0.06%
Rosja	20834	285	1.37%
Ukraina	166	41	14.70%
Słowacja	171	11	1.11%
Wielka Brytania	22444	270	1.20%

Sprzyjający czas

Forum Szpitali Klinicznych organizowane przez nasz szpital wpisało się na stałe w jesienny pejzaż znaczących poznańskich wydarzeń. VIII Konferencja zgromadziła 29-30 października 2009 r. dyrektorów większości polskich szpitali klinicznych oraz osoby zainteresowane zagadnieniami badań klinicznych, które stały się tematem przewodnim większości spotkań.

VIII FORUM SZPITALI KLINICZNYCH

W pierwszym dniu forum miały miejsce obrady Walnego Zgromadzenia Stowarzyszenia Dyrektorów Szpitali Klinicznych, którym przewodniczyli dyrektorzy dr hab. Maciej Kowalczyk oraz dr Wojciech Bieńkiewicz. Czas w gronie kierowników szpitalnych placówek sprzyjał konstruktywnej dyskusji na temat ogólnopolskich, jak i lokalnych problemów oraz ważkich decyzji dotyczących przyszłości funkcjonowania ośrodków, reprezentowanych przez przybyłych gości.

Wieczorem sala kina Apollo wypełniła się po brzegi. Ponad 400 osób świętowało dzień patrona lekarzy podczas *Wieczoru Św. Łukasza*. Gościem honorowym spotkania był dr Konstanty Radziwiłł, prezes Naczelnej Rady Lekarskiej, który wygłosił wykład: *Być lekarzem w Polsce i Europie dziś*. Podczas wieczornego spotkania, zgodnie z pięcioletnią już tradycją, zostały przyznane wyróżnienia *Bono Servienti* osobom, których osobowość i aktywność wybitnie zaznaczyły się w szpitalnej działalności oraz są niezwykle inspirującym wzorem dla innych.

Uroczyste spotkanie uwieńczył występ Zenona Laskowika z jego *Kabareciarni*. Na zakończenie każdy z przybyłych gości mógł posmakować *świętołukaszówki*, tradycyjnego napoju przygotowanego przez naszych szpitalnych farmaceutów.

Podczas drugiego dnia forum w Centrum Kongresowo-Dydaktycznym Uniwersytetu Medycznego kilkunastu prelegentów przedstawiło istotne kwestie dotyczące szpitalnictwa klinicznego. Spotkanie zorganizowane wokół trzech głównych sesji: *Gorące problemy szpitali klinicznych*, *Pytania o badania kliniczne* oraz *Szpital kliniczny w systemie opieki zdrowotnej – otoczenie zewnętrzne i problemy organizacyjne* stało się przyczynkiem żarliwych dyskusji wśród zebranych, także w kuluarowych rozmowach.

Forum Szpitali Klinicznych od ośmiu lat stanowi doskonałą przestrzeń do stawiania najtrudniejszych pytań i wspólnego szukania odpowiedzi. To czas do namysłu nad dalszym kierunkiem działań, dzielenia się doświadczeniami i spotkań z ludźmi niosącymi w sobie pasje.

Monika Dziamska

Fot. Zofia Owecka

Wystąpienie prof. Grzegorza Oszkinisa

Fotoreportaż na str. 12-13

Fot. Witold Breliński

Dr Konstanty Radziwiłł w czasie wykładu

Z powołania

Każdego roku podczas *Wieczoru Św. Łukasza* spotykamy się z osobami, które w sposób szczególny skłaniają nas do refleksji nad lekarskim powołaniem i sensem pracy wśród chorych.

W poprzednich latach mieliśmy okazję poznać o. Karola Meissnera i profesorów: Andrzeja Szczeklika, Jerzego Woy-Wojciechowskiego, Mariana Zembalę oraz Wojciecha Łączkowskiego.

Tym razem podczas wieczoru patrona lekarzy gościliśmy prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej, dr Konstantego Radziwiłła, który wygłosił wykład: *Być lekarzem w Polsce i Europie dziś.* Wnikliwe spojrzenie na wybrane aspekty etyki lekarskiej oraz usytuowanie jej w kontekście europejskich norm było nie tylko wytrawną lekcją kodeksu, ale także wymownym świadectwem osoby dbającej o dobro innych.

md

VIII Forum Szpitali Klini

ZDJĘCIA:

Zofia Owecka

Witold Breliński

Szatnia, WC

Po prostu porozmawiać

Profesor Jerzy Głuszek, Ordynator Oddziału Hipertensjologii i Angiologii został jednym z laureatów *Bono Servienti 2009*. Kapituła tego wyjątkowego szpitalnego odznaczenia w uzasadnieniu wyraziła uznanie dla postawy szczególnego rysu lekarza praktyka, stającego przed pacjentami z wnikliwą kompetencją, życzliwością i skromnością.

Przy okazji tworzenia tegorocznego kalendarza miałam okazję rozmowy z Panem profesorem, posłuchania jego refleksji i wspomnień o swojej drodze lekarskiej, o medycynie i tym co w niej najważniejsze.

Pozwalam sobie podzielić się nimi z tymi, którzy Pana profesora znają i cenią – pracując z nim na co dzień, a także z tymi, którzy nie mieli okazji bliższego zetknięcia.

Lek. med. Halina Bogusz

Fot. Romuald Królak

O wyborze drogi życiowej

Na początku myślałem o politechnice. W ostatniej klasie szkoły średniej zmieniłem zdanie. Stwierdziłem, że lekarz zawsze będzie potrzebny i może pomóc ludziom, niezależnie od układów politycznych.

O internie

O internie myślałem już na studiach. Wybrałem ją, dlatego że sądziłem, że jest królową nauk medycznych. Podobało mi się, że aby dojść do rozpoznania trzeba myśleć.

Po studiach podczas okresu urlopowego, kiedy byłem na stażu z chirurgii w Bydgoszczy brakowało lekarzy i chirurdzy angażowali mnie do zabiegów operacyjnych. Wtedy chirurgia zaczęła mi się bardzo podobać, ale stwierdziłem, że pozostanę przy moim pierwotnym wyborze i nie żałuję.

Rozgryzanie łamigłówek diagnostycznych jest niezmiernie ciekawe. Interna jest królową nauk!

O młodych lekarzach

Muszą zdobywać wiedzę, żeby profesjonalnie leczyć. Ważne jest też, żeby potrafili podzielić się czasem z pacjentem i okazać mu – może nie współczucie – ale zainteresowanie bardziej osobiste. W tej fachowości musi być serce.

Korzyść ze spotkania lekarza z chorym jest obopólna – lekarz może nauczyć się cierpliwości, znoszenia cierpienia, może wreszcie wyobrazić sobie, że kiedyś też będzie chory.

O szpitalu dawniej

Kiedyś w szpitalu było mniej sprzętu lekarskiego, ale ludzie się lepiej znali. Chorzy przebywali w szpitalu dłużej i przychodzili do niego jak do jakiegoś dalszego krewnego, kogoś znajomego. Szpital uczy stosunku do chorego.

O swojej mistrzyni

Nas uczyła pani profesor Raszeja. Podejście, które ona wypracowała – mam nadzieję że zachowujemy, starając się, żeby wzór Jej osobowości pozostał na dłużej w naszym Szpitalu. Ona stworzyła szkołę niezwykłej życzliwości, zarówno dla młodych lekarzy, których wielu wychowała, jak i wielkiej serdeczności dla chorych.

Te wzorce zachowań przejmują młodzi – i nawet jeśli odejdą, to w nich już one pozostaną.

O przyszłości

Wyzwaniem współczesnej interny jest wypracowanie takiego modelu pracy zespołowej, który pozostawia miejsce na spotkanie z chorym jako z człowiekiem. Tajemnica medycyny zawarta jest między innymi w osobowości lekarza i jej oddziaływaniu na chorego. ■

Fot. Witold Breliński

Laureaci

Po raz piąty podczas Wieczoru Św. Łukasza zostały przyznane szpitalne wyróżnienia Bono Servienti (Służącemu Dobru), które w szczególny sposób honorują osoby promujące najdonioślejsze tradycje naszego szpitala.

Spośród kandydatów zgłoszonych przez pracowników Kapituła Wyróżnienia 26 października postanowiła przyznać sześć odznaczeń. Laureaci oprócz dyplomów otrzymali pamiątkowy medal, na którym widnieje charakterystyczna kopuła budynku szpitalnego przy ul. Długiej oraz łacińskie hasło odzwierciedlające najważniejsze punkty misji podjętej przez szpital: *Salus Aegroti, Educatio, Scencia* (Zdrowie Chorego, Edukacja, Nauka).

Badanie satysfakcji pacjentów

Anonimowo

W dniach od 7-22 września 2009 r. w obiektach Szpitala przy ul. Długiej, Łąkowej i Szamarzewskiego, przeprowadzone zostało badanie satysfakcji pacjentów. Badanie to jest jednym z wymogów stawianych przez normę ISO 9001 i prowadzone jest w Szpitalu co roku, zgodnie z obowiązującą procedurą. Narzędziem wykorzystywanym w badaniu jest anonimowy kwestionariusz ankiety, zawierający 15 pytań zamkniętych, dotyczących oceny działalności Biura Ruchu Chorych, oceny opieki lekarskiej i pielęgniarskiej oraz innych czynników mogących mieć wpływ na stopień zadowolenia pacjentów ze świadczonych przez Szpital usług.

Fot. Monika Dziamska

Wśród zebranych 120 formularzy ankiet, 54 pochodziły ze skrzynek badania satysfakcji znajdujących się na Oddziałach: Chirurgii Ogólnej i Naczyń „D", Kardiochirurgii i Okulistyki, na których ankiety dostępne są przez cały rok, a pozostałe rozdawane były pacjentom bezpośrednio.

W badaniu wzięli udział pacjenci w wieku od 20 do 84 lat. Najliczniejszą grupę – 35 osób, stanowili chorzy przebywający na Oddziale Okulistyki, najmniej licznie (3 osoby) reprezentowany był Oddział Chirurgii Onkologicznej.

Po przeprowadzonej analizie wyników badania, sformułowano następujące wnioski:

1. Zdecydowana większość pacjentów wysoko oceniła sprawność załatwiania formalności związanych z przyjęciem do Szpitala, podkreślając przy tym ogromną życzliwość pracowników Biura Ruchu Chorych.
2. Równie wysoko ankietowani ocenili życzliwość lekarzy i pielęgniarek, szybką reakcję pielęgniarek na zgłaszane przez pacjentów problemy oraz fakt wykonywania przez personel badań lub zabiegów z poszanowaniem intymności chorych, co potwierdziło 90,8% respondentów.
3. Pacjenci w przeważającej większości, informowani są o celu oraz przebiegu proponowanych badań lub zabiegów (odmiennego zdania w tej kwestii było 5% ankietowanych), a przekazywane przez lekarzy informacje na ten temat są dla chorych zazwyczaj „w pełni zrozumiałe". Podpisując zgodę na wykonanie badania lub zabiegu, 90% respondentów wiedziało, na czym będą one polegały.
4. Jakość posiłków pacjenci oceniali najczęściej dobrze (38,4%) lub bardzo dobrze (25%).
5. Ponad połowa pacjentów (61,7%) nie jest informowana o swoich prawach.
6. Chorzy pozytywnie oceniają pobyt w Szpitalu i poleciliby go swojej rodzinie lub bliskim. Opinię taką wyraziło 94% badanych.

Maria Samek
Biuro Pełnomocnika
ds. Zarządzania Jakością

Wyróżnienia *Bono Servienti 2009* otrzymali:

- **Pan Włodzimierz Czabański**
w uznaniu za podejmowane działania oraz pomoc w Hospicjum Palium i propagowanie idei opieki paliatywnej.

- **Pan profesor Jerzy Głuszek** – Ordynator Oddziału Hipertensjologii i Angiologii
w uznaniu postawy szczególnego rysu lekarza – praktyka stającego przed pacjentami z wnikliwą kompetencją, życzliwością i skromnością.

- **Pani mgr Barbara Łuczak** – Pielęgniarka Oddziałowa Chirurgii Ogólnej i Naczyń
w uznaniu szczególnego oddania w pracy oraz troski o fizyczne i duchowe potrzeby chorych.

- **Pani mgr Anna Mól z Zespołem Laboratorium Bakteriologii**
w uznaniu za kompetentnie wykonywaną pracę z zachowaniem harmonii wśród pracowników różnych zawodów medycznych – w trosce o dobro pacjenta.

- **Pani Barbara Pankiewicz** – pracownik archiwum
w uznaniu wykonywania swojej pracy z godną podziwu pieczołowitością, dokładnością i kreatywnością.

- **Pani mgr Ewa Radoszewska** – pracownik administracji
honorując pomoc niesioną innym, pracowitość i bezgraniczne poświęcenie sprawom szpitala.

Monika Dziamska

Dział Administracji

Cztery jednostki

Dział Administracji obecnie tworzy 38 osób. Zespół złożony z pracowników biurowych, placowych, portierni i szatni podzielony jest na jednostki funkcjonujące w czterech budynkach naszego szpitala. Wszystkie szpitalne obiekty nadzorowane są przez kierowników, powołanych w celu ułatwienia rozwiązywania Państwa problemów w danej jednostce.

Do zadań Działu Administracji w szczególności należą:

- dopilnowanie porządku na terenie obiektów,
- nadzór nad gospodarką odpadami,
- zabezpieczenie mienia i osób,
- zabezpieczenie transportu sanitarnego, ciężarowego oraz osobowego.

Pani Beata Sypniewska
Z-ca Kierownika Działu Administracji. Zatrudniona w szpitalu od października 1994 r., obecnie pracuje w obiekcie przy ul. Szamarzewskiego. Ukończyła Uniwersytet Medyczny na wydziale Zdrowie Publiczne oraz Podyplomowe Studium Administracji Europejskiej na Uniwersytecie Adama Mickiewicza.
Prywatnie w wolnych chwilach lubi zarówno aktywny wypoczynek, jak i spokojny relaks przy muzyce i książce.

Pan Józef Zieleziński
od 1989 r. związany z naszym szpitalem. Po przejściu na emeryturę podjął się nowego wyzwania jako Z-ca Kierownika Działu Administracji przy ul. Łąkowej. Jest pracownikiem kreatywnym, dzięki pozyskanym sponsorom na placu manewrowym w obiekcie szpitalnym przy ulicy Łąkowej została położona kostka brukowa, a w Hospicjum Palium założony monitoring i rogatka wjazdowa.
Pan Józef Zieleziński jest członkiem Polskiego Towarzystwa Opieki Paliatywnej, w której pełni funkcję wiceprezesa drugą kadencję. Zamiłowaniem po pracy jest jazda na rowerze z synami po okolicach Poznania. Wiele satysfakcji przynosi mu również jazda na nartach, której nauczył się niedawno.

Pan Mariusz Rzepecki
jest nowym pracownikiem Szpitala. Od sierpnia br. pełni funkcję Kierownika Administracji i Organizacji Świadczeń Medycznych w obiekcie na os. Rusa. Ukończył Uniwersytet Adama Mickiewicza na wydziale Fizyki. Nie poprzestając na podnoszeniu swoich kwalifikacji ukończył również studium podyplomowe w Wyższej Szkole Bankowości – Marketing i Reklama oraz na Uniwersytecie Ekonomicznym – Logistyka i Zarządzanie Łańcuchem Dostaw.
Po pracy lubi spędzać czas przy książce oraz trenować sporty walki, chociaż pasją nadal pozostała fizyka.

Arkadiusz Stasiak
Kierownik Działu Administracji

Na stanowisku

Jest czas pracy i czas odpoczynku i właśnie na odpoczynek zdecydowała się pielęgniarka oddziałowa Wiesława Bienias pisząc podanie do Dyrektora Szpitala o rozwiązanie umowy o pracę, w związku z planowanym przejściem na emeryturę.

Pielęgniarka Oddziałowa Wiesława Bienias całe życie zawodowe związała z naszym Szpitalem, a ściślej z kardiologią. Pracę na stanowisku pielęgniarki podjęła 15 lipca 1966 r. na oddziale wewnętrznym, a 1 września 1974 r. objęła stanowisko Pielęgniarki Oddziałowej na oddziale „G", gdzie pracuje nieprzerwanie do dnia dzisiejszego. Jest świadkiem i uczestnikiem zmian niosących nowe wyzwania, jakie dokonują się w leczeniu i sprawowaniu opieki pielęgniarskiej, w związku z postępem nauki i techniki.

Wiesława Bienias to wyrozumiały i mądry *nauczyciel* zawodu wielu pokoleń pielęgniarek. Zawsze na stanowisku pracy, życzliwa i kompetentna.

Pielęgniarce Oddziałowej Wiesławie Bienias dziękuję za lata pracy i życzę dobrego, zasłużonego wypoczynku.

Po przeprowadzonym postępowaniu konkursowym, pracę na stanowisku Pielęgniarki Oddziałowej na oddziale „G" od 1 lutego 2010 r. podejmie piel. Grażyna Gertig.

Pielęgniarka Grażyna Gertig pracę rozpoczęła 1 września 1986 r. na oddziale „G", po urlopie wychowawczym pracowała na Oddziale Hematologii, zaś od 21 grudnia 2007 r. objęła stanowisko Pielęgniarki Koordynującej Zespołu Poradni Specjalistycznych w obiekcie szpitalnym przy ul. Łąkowej.

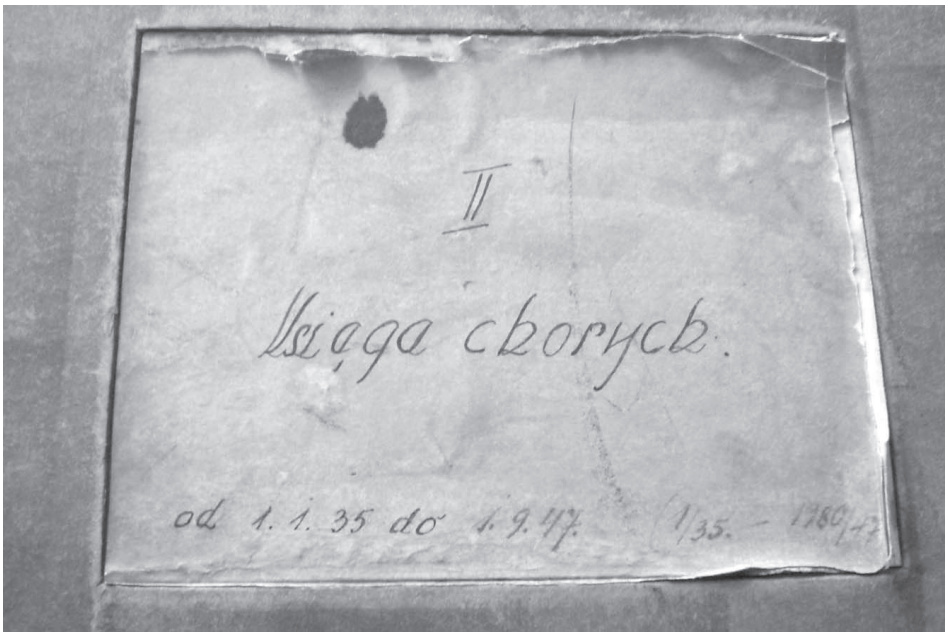
Obejmującej stanowisko Pielęgniarce Oddziałowej Grażynie Gertig życzę satysfakcji z wykonywanej pracy i realizacji zamierzonych celów.

Dorota Liczbańska
Naczelna Pielęgniarka Szpitala

Fot. Zofia Owecka

Wojenna księga chorych

W szpitalnym archiwum pod numerem 3158 znaleźć można *Księgę chorych* obejmującą czas od 1 stycznia 1935 roku do 1 września roku 1947



Fot. Szczepan Cofta

Zawarte są w niej zapisy imion i nazwisk osób przyjmowanych do szpitala z datą przyjęcia i zwolnienia, wiekiem, rozpoznaniem oraz datą i typem ewentualnie przeprowadzonej operacji. Wszystko starannie kaligrafowane tą samą ręką, z zapisami łacińskimi rozpoznań i operacji.

Przeglądając wspominaną księgę warto zastanowić się, co można wyczytać z niej w kontekście czasu drugiej wojny światowej. We wrześniu 1939 roku zapisy kontynuowane są jakby bez przeszkód. Pewien niepokój może budzić jedynie to, że pojawiają się pewne braki: nie przy każdym nazwisku pojawia się rozpoznanie. Nadal wycinane były wyrostki robaczkowe, dokonywanie były resekcje żołądka, operacje przepuklin, nacięcia ropni.

Jednak już w dniu 1 września na 56 przyjęć 28 spowodowanych było odniesionymi ranami. Wcześniej średnio każdego dnia do szpitala przyjmowano od jednej do dziesięciu osób. Oprócz rodzajów ran wpisy mówią wprost o śmiertelnym okaleczeniu bombą czy upływie krwi wskutek obrażeń. W dniu 2 września na 9 przyjętych osób tylko dwie nie miały ran. Skąd przywożono w tych dniach pacjentów do naszego szpitala? Były to najprawdopodobniej ofiary bombardowań. W pierwszych dwóch tygodniach września odbyło się ponadto pięć porodów.

Pierwsze wojska niemieckie wkroczyły do Poznania w dniu 10 września, do 14 września miasto zostało w całości opanowane. W tym czasie przyjmowani byli już tylko pojedynczy pacjenci, tak jakby szpital był w tym czasie przepełniony. Pojawiają się też pewne niekonsekwencje w chronologii zapisów. W drugiej części września sytuacja jakby się stabilizuje, przyjmowani zaczynają być rutynowi pacjenci, choć nadal racją przyjęć dużej części spośród nich są rany.

Od 9 października napisy są dokonywane inną ręką, przyjmowanych jest niewielu pacjentów: w ciągu całego miesiąca tylko trzydziestu dziewięciu. Zapisy od listopada do końca grudnia nie zawierają już żadnych informacji oprócz imion, nazwisk i wieku pacjentów. Wśród grudniowych zapisów większość nazwisk ma brzmienie niemieckie, a nawet przy polskich nazwiskach pojawia się niemiecki zapis imion. Przyjęto w tym miesiącu tylko 63 osoby. Szpital objęty został zarządem niemieckim.

Następne zapisy księgi to dopiero rok 1945: starannych wpisów dokonuje ta sama osoba, która czyniła to w czasie przedwojennym. Zaczynają się 8 lutego, choć trzy wpisy świadczą o pacjentach, którzy przybyli do szpitala wcześniej. W tym dniu wyzwalane było Stare Miasto oraz wschodnia część Poznania. Żołnierze radzieccy zdobyli zamek, w którym uprzednio mieścił się szpital dla żołnierzy niemieckich. Bazar został zdobyty dzień wcześniej. Szpital nasz wznowił więc działalność już w dniu wyzwolenia południowej części Starego Miasta.

Do dnia całkowitego wyzwolenia Poznania – 23 lutego – znajdujemy informację o przyjęciu 36 chorych. Zapisy nie są kompletne, jednakże u 20 spośród nich są wpisy o ranach postrzałowych różnych okolic ciała. Ponadto przyjęto dwa porody, jedna osoba miała zapalenie płuc, jedna duszność z powodu astmy oskrzelowej, jedna wrzód żołądka.

Najwięcej pacjentów przybyło z powodu ran w dniu 9 lutego (10 osób, z tego 3 zmarły). Z zapisów kronikarskich czasu wojny wynika, że w tym dniu toczyły się walki przy zbiegu ulic Młyńskiej i Solnej.

Następnie między 15 a 20 lutego przyjmowano tylko pacjentów wojennych (na 10 przyjętych - 4 pacjentów zmarło). W tych dniach toczyły się krwawe walki o Cytadelę. Księga zaświadcza, że pojedynczy pacjenci z ranami wojennymi docierali do szpitala do 14 marca. Szpital w tym czasie zaczynał kontynuować swoją rutynową działalność.

Szczepan Cofta
Naczelny Lekarz Szpitala

Z prof. dr hab. med. Sylwią Grodecką-Gazdecką, Ordynatorem Oddziału Chirurgii Onkologicznej o Sesji Naukowo-Szkoleniowej „Kroki milowe w raku piersi w ostatnich 10 latach" rozmawia Zofia Owecka.

Rewolucyjna dekada

Fot. Andrzej Olszański

Prof. Sylwia Grodecka-Gazdecka, dr Janina Przybora – nestor poznańskiej onkologii, prof. Andrzej Kułakowski, prof. Arkadiusz Jeziorski

Jak ocenia Pani Profesor tegoroczną jubileuszową Sesję na tle poprzednich?

Ideą corocznych spotkań było zapraszanie znakomitości z różnych ośrodków onkologicznych w Polsce, a jednocześnie zaprezentowanie naszego ośrodka. Staraliśmy się każdego roku pokazać, co nowoczesnego i aktualnego dzieje się w środowisku poznańskich onkologów: w Klinice Onkologii, jak również u kolegów z Wielkopolskiego Centrum Onkologii i Ośrodka Profilaktyki i Epidemiologii Nowotworów. Dziesiąta konferencja miała stanowić swego rodzaju podsumowanie ostatnich lat. Tym razem głos oddaliśmy w całości zaproszonym gościom. Jako przejaw szacunku dla organizatorów odebraliśmy fakt przyjęcia zaproszenia przez najbardziej znane postacie polskiej onkologii, w tym: prof. Andrzeja Kułakowskiego – twórcę polskiej chirurgii onkologicznej, specjalności wyodrębnionej z chirurgii ogólnej. Zasługą profesora jest również rozwój rehabilitacji kobiet po mastektomii oraz zainicjowanie działań zmierzających do stworzenia tzw. onkologii geriatrycznej.

W tym roku poprosiłam wykładowców, by każdy zasygnalizował, co w tych ostatnich 10 latach można uznać za rewolucyjne.

Czy zaproszonym gościom udało się podsumować ostatnią dekadę?

Praktycznie każdy z wykładowców mówił o nowościach w swojej gałęzi. Onkologia jest dziedziną, w której postęp terapeutyczny w ostatnim czasie jest niezwykle czytelny i odbywa się już nie krokami, a olbrzymimi skokami. Istotnym elementem jest znalezienie subtelnej równowagi pomiędzy wdrażaniem najnowszych osiągnięć diagnostycznych i terapeutycznych a dbałością o jakość życia leczonych z powodu choroby nowotworowej. Między innymi zwrócono uwagę na pewne odrębności w leczeniu nowotworów u osób starszych, gdzie często pojawia się konieczność wyważenia pomiędzy optymalnym leczeniem nowotworu, a chorobami współistniejącymi. Z tej właśnie przyczyny została powołana sekcja GONG (Geriatric Oncology Group) przy Polskim Towarzystwie Chirurgii Onkologicznej, podejmująca problematykę onkogeriatryczną. Jestem odpowiedzialna za rozpowszechnienie tej inicjatywy – obecnie studenci z koła naukowego przeprowadzają ankietę (której współautorem jest prof. Andrzej Kułakowski) wśród starszych pacjentek, mającą na celu pełniejszą ocenę ich stanu zdrowia. Planujemy wykorzystać wyniki ankiet do podejmowania decyzji o optymalnym sposobie terapii.

Jakie sukcesy odnotowano w ostatnim czasie w dziedzinie profilaktyki nowotworów?

Osiągnięciem ostatnich kilku lat jest *screening* – czyli populacyjny program profilaktyczny. Na uwagę zasługuje też wzrastająca dostępność badań genetycznych. Na terenie Wielkopolski funkcjonuje coraz lepiej rozwinięta sieć poradni genetycznych. Obserwuje się również większe zrozumienie i zainteresowanie ze strony samych pacjentek. Poradnie genetyczne mają podpisane porozumienia z NFZ, dzięki czemu u osób spełniających warunki wynikające z oceny stopnia ryzyka, można wykonać bezpłatnie oznaczenia mutacji genetycznej. Obecnie, za tymi badaniami idzie konkretna propozycja profilaktyczna – pacjentki mogą dowiedzieć się czy należą do grupy wysokiego ryzyka i jakie mogą mieć dalsze badania kontrolne. Oczywiście stwierdzona mutacja nie przesądza o zachorowaniu. Wiedza o posiadanej mutacji genetycznej ułatwia decyzję o podjęciu działań profilaktycznych – np. usunięcie jajników u kobiety 40-letniej, która już urodziła dzieci i więcej ich nie planuje, może o 50% zredukować ryzyko zachorowania na raka piersi. Wiele kobiet zupełnie spokojnie tę propozycję akceptuje. Profilaktyczna mastektomia jest propozycją dramatyczną, choć istnieje grupa kobiet, która po zachorowaniu na raka jednej piersi, jest w stanie zaakceptować propozycję usunięcia drugiej.

Terapia raka piersi wiąże się często ze znacznym okaleczeniem – jakie są współczesne poglądy na temat operacji oszczędzającej?

Leczenie oszczędzające było metodą zarezerwowaną dla chorych na wczesne postacie nowotworu, pod warunkiem zachowania odpowiednich wymogów kwalifikacyjnych, czyli niedużego guza oraz braku podejrzeń o przerzuty do węzłów chłonnych pachowych. W ostatnich 10 latach w niektórych ośrodkach w Polsce nawet 60% wszystkich chorych jest operowanych w sposób oszczędzający. Amputacja jest spychana na drugi tor. Wyniki metody oszczędzającej w takim stadium zaawansowania choroby są porównywalne ze skutecznością amputacji piersi. Równoważność obu metod udowodniły badania kliniczne. A kalectwo w przypadku zabiegu oszczędzającego jest zdecydowanie mniejsze. W ostatnich latach leczenie z zachowaniem gruczołu piersiowego może być przeprowadzone także u niektórych chorych,

u których indukcyjne leczenie cytostatykami spowodowało takie ograniczenie zasięgu choroby, że leczenie oszczędzające jest możliwe i bezpieczne.

Kiedy pacjentki mogą poddać się zabiegom rekonstrukcyjnym?

Mamy obowiązek informowania kobiet po mastektomii o zabiegach rekonstrukcji – część kobiet interesuje się tym zagadnieniem i korzysta z tej możliwości. Nie jesteśmy wielkimi entuzjastami rekonstrukcji natychmiastowej. Jako onkolodzy wolimy sygnalizować pacjentkom, że należy odczekać z rekonstrukcją do zakończenia leczenia przeciwnowotworowego. U niektórych kobiet jest to pół roku. Lekarze rekonstruujący – wykonujący operacje plastyczne – stawiają barierę na poziomie półtora roku po zakończonej radioterapii, co ma swoje uzasadnienie – mięsień piersiowy ulega w pewnym stopniu zwłóknieniu, co wpływa na jego elastyczność, a w konsekwencji na efekt końcowy.

Czy pojawiły się – w minionej dekadzie – nowe trendy w terapii farmakologicznej raka piersi?

Coraz większa jest wiedza o przydatności leczenia antyestrogenowego, hormonalnego. Metoda ta znajduje zastosowanie w przypadku obecności receptorów dla estrogenów w tkance guza. W określonych grupach chorych, terapia hormonalna może mieć porównywalną skuteczność do chemioterapii, przy dużo mniejszych działaniach niepożądanych. Taka wiedza może w przyszłości pomóc w doborze leków jeszcze przed operacją, czyli do terapii indukcyjnej Warto pamiętać też, że pojawiają się nowe leki, na przykład parę lat temu nie znaliśmy pojęcia leków celowanych (choć tak naprawdę przykładem terapii celowanej jest hormonoterapia znana od końca XIX wieku). Obecnie nacisk położony jest na leczenie skojarzone, czyli stosowanie różnych dostępnych metod na miarę potrzeb, przy jednoczesnym indywidualnym podejściu do każdego przypadku. Leczenie skojarzone wymaga dobrego porozumienia pomiędzy specjalistami, zaś indywidualizacja leczenia – polega na doborze schematu terapii do konkretnego pacjenta. Indywidualne podejście umożliwia nam znajomość coraz większej liczby czynników, charakteryzujących chorobę konkretnego pacjenta. Dlatego terapia nie musi być, a wręcz nie jest w tej chwili identyczna dla wszystkich osób. W ten sposób, pacjentka stała się aktywnym uczestnikiem procesu terapeutycznego i decyzyjnego.

Czy w kierowanej przez Panią Profesor Klinice to indywidualne podejście do każdej pacjentki udało się zrealizować?

Osiągnięciem ostatniego czasu jest istnienie na terenie Kliniki tzw. Interdyscyplinarnego Zespołu ds. Raka Piersi. Specjaliści chirurgii onkologicznej, onkologii klinicznej, radioterapii i patomorfologii spotykają się we czwartki o godz. 12.00 i ustalają optymalny plan leczenia dla każdej pacjentki. Pacjentce przedstawia się określoną propozycję leczenia. Jest to krok w kierunku powstawania ośrodków leczenia raka piersi (*Breast Units*), których tworzenie, w celu poprawy jakości leczenia, jest rekomendowane dla całej Europy.

Czy można zatem mówić o poprawie jakości życia kobiet leczonych z powodu raka piersi?

Jakość życia pacjentek poprawiła się – jest więcej zabiegów oszczędzających, mniej kalectwa, większy komfort. Dzięki mammografii wzrosła wykrywalność tzw. małych raków, co zwiększa szanse uzyskania lepszego wyniku leczenia, przy jednocześnie mniej agresywnym leczeniu. Nastąpił rozwój psychologicznej pomocy pacjentce: wsparcie psychologiczne jest coraz powszechniejsze i na coraz wyższym poziomie. Widoczna jest wyraźna intensyfikacja wszechstronnych działań rehabilitacyjnych.

Która z form terapii stała się bardziej powszechna – wyszła na prowadzenie?

Bezdyskusyjnym liderem leczenia raka piersi jest postępowanie chirurgiczne, skojarzone z nowoczesnymi technikami radioterapii i rodzajami leczenia systemowego. W tym ostatnim jeszcze większego znaczenia nabiera leczenie hormonalne. U pacjentek z obecnymi receptorami dla estrogenów ta forma terapii jest bardzo rekomendowana (zalecenia z St. Gallen 2009). Nowością jest od kilku lat leczenie celowane, ukierunkowane np. przeciwko określonym receptorom czynników wzrostu (terapia anty-HER2) albo będące inhibitorem angiogenezy. Takie leki są już wykorzystywane w leczeniu. Inne są dopiero w fazie badań klinicznych. ■

Fot. Andrzej Olszański

Prof. Andrzej Kułakowski podczas wykładu

Sesja naukowo-szkoleniowa

Milowe kroki

Tego roku, już po raz dziesiąty, październikowy Poznań gościł znakomitych specjalistów w dziedzinie onkologii z całego kraju. Jubileuszową Sesję Naukowo-Szkoleniową z cyklu „Październik miesiąc profilaktyki raka piersi" organizatorzy zatytułowali tym razem „Kroki milowe w raku piersi w ostatnich 10 latach". Podczas konferencji zaprezentowane zostały najnowsze osiągnięcia w dziedzinie diagnostyki i terapii raka piersi. W części pierwszej, przedstawione zostały zasady nowoczesnej diagnostyki histopatologicznej i molekularnej choroby nowotworowej, omówiono również znaczenie angiogenezy w patogenezie raka. Drugą część poświęcono leczeniu loko-regionalnemu. Wykładowcy przedstawili najnowocześniejsze możliwości rekonstrukcyjne przy wykorzystaniu „macierzystych" komórek tłuszczowych, podkreślono zwiększającą się użyteczność wykorzystania biopsji węzła wartownika, a także uporządkowano dotychczasową wiedzę na temat radioterapii raka piersi, również śródoperacyjnej. Podczas sesji trzeciej była mowa o leczeniu systemowym, czyli leczeniu cytostatykami, hormonoterapii oraz o zastosowaniu nowej grupy leków celowanych, do których należą między innymi przeciwciała monoklonalne.

Październikowa konferencja zajmuje już swoje stałe miejsce w kalendarzu poznańskich spotkań naukowych; w obradach każdego roku uczestniczy około 400 osób. Wśród uczestników konferencji obecni są corocznie zarówno onkolodzy, jak też ginekolodzy, lekarze rodzinni oraz radiolodzy z całej Polski. W tym roku licznie reprezentowany był Zarząd Polskiego Towarzystwa Chirurgii Onkologicznej, którego członkiem jest prof. Sylwia Grodecka-Gazdecka.

Zofia Owecka
Sekcja Organizacji

Kontrakty z NFZ w roku 2010

Problemowa propozycja

Ponieważ od dnia 1 stycznia 2009 realizujemy zawartą trzyletnią umowę z Narodowym Funduszem Zdrowia, to zgodnie z obowiązującymi zapisami do dnia 30 listopada NFZ był zobowiązany ustalić wartość kontraktu na rok przyszły.

Propozycja finansowa przedstawiona przez NFZ zakłada finansowanie naszej głównej umowy w zakresie leczenia szpitalnego na poziomie niższym niż w roku bieżącym o ok. 1%.

Wartość świadczeń udzielonych ponad limit umowy w roku bieżącym to kwota ponad 17 mln złotych, co stanowi 11% wartości wszystkich zwartych z NFZ umów.

Zagrożenie

Duży problem, który czeka nas w nowym roku, to na pewno niedostateczne finansowanie świadczeń onkologicznych, oczywiście głównie leków onkologicznych. Mając na względzie tegoroczną wartość wniosków na chemioterapię niestandardową (ponad 4 mln zł), która obejmuje głównie najdroższe leki oraz ogólną wartość ponadlimitów w zakresie umowy na chemioterapię (ponad 7 mln zł), utrzymanie poziomu finansowania z roku 2009 w przyszłym roku niesie za sobą poważne zagrożenie związane z możliwością finansowania przez Szpital leków onkologicznych.

Finansowanie

W 2010 roku umowy z NFZ będą realizowane na podstawie Rozporządzeń Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych tzw. *koszykowych*.

W związku z tym możemy się spodziewać, że problem będzie głównie dotyczył finansowania nowych drogich terapii w ramach tzw. *hospitalizacji za zgodą płatnika*, gdyż NFZ będzie finansował jedynie świadczenia, które przewidują Rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych.

Faktem jest, że zakres świadczeń w Rozporządzeniach jest niezwykle szeroki i opiera się on na kwalifikacji chorób i problemów zdrowotnych ICD 10 oraz klasyfikacji procedur medycznych ICD 9.

Wiele wątpliwych kwestii, dotyczących zakresu finansowania świadczeń, będzie zatem zależało od interpretacji zapisów obowiązujących aktów prawnych.

Krystyna Piątkowska
Kierownik Działu Organizacji i Sprzedaży Usług Medycznych

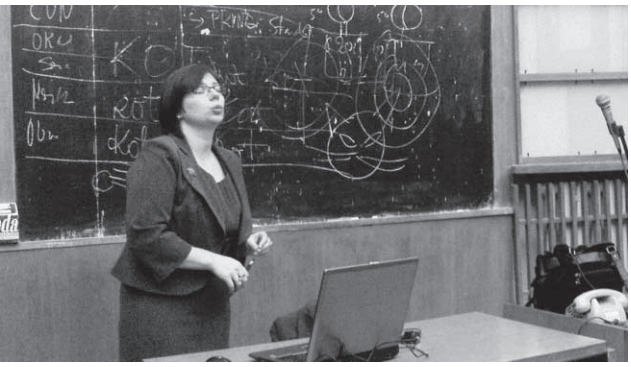
Klub filmowy

Z przerwą

Pierwszy seans w ramach szpitalnego klubu filmowego został wyświetlony **28 listopada** w kinie Malta. Francuska komedia „Jeszcze dalej niż północ" w reżyserii Dany'ego Boona z nieoczekiwaną przerwą na klejenie zerwanej taśmy została wzbogacona o kilka opowieści Dyrektora Szczepana Cofty o Śródce.

Wypełnione po brzegi kino jest zachętą do kontynuacji filmowych spotkań. Zapraszamy wszystkich pracowników na kolejne kinowe spotkania, o których będziemy informować na bieżąco.

Redakcja



Fot. Grażyna Kowalska

Zamówienia

W dniu 25 listopada 2009 r. odbyło się szkolenie pracowników szpitala na temat stosowania ustawy z 29.01.2004 r. Prawo zamówień publicznych.

Warsztaty z kompresjoterapii

W dniu 28.11.2009 odbyły się w naszym Szpitalu warsztaty szkoleniowe z zakresu kompresjoterapii i diagnostyki zaburzeń żylnych pod kierownictwem dr Krzysztofa Wachala.

Patronat honorowy nad warsztatami objął prof. dr hab. Wacław Majewski. W warsztatach licznie wzięli udział lekarze i pielęgniarki z Poznania i okolic oraz goście ze Szczecina i Warszawy.

Pierwszą część warsztatów wypełniły interesujące wystąpienia. Jako pierwszy zabrał głos dr Krzysztof Wachal w niezwykle zajmującej prezentacji połączonej z wykładem. Przybliżył on uczestnikom warsztatów zagadnienia związane z fizjopatologią zaburzeń żylnych, skalą ocen, leczeniem i zastosowaniem kompresjoterapii.

Drugi wykład połączony z prezentacją, wygłoszony przez prof. Marcina Gabriela, obejmował zagadnienia związane z fizjopatologią obrzęku limfatycznego oraz ze sposobami radzenia sobie z tą dolegliwością. Podczas prelekcji mogliśmy zapoznać się z elementami masażu limfatycznego, jego regułami i sposobem wykonania oraz jak w przypadku pierwszego wykładu z zasadami kompresjoterapii stosowanej przy ww. dolegliwości. Wykład prof. Gabriela został nagrodzony gromkimi brawami.

Drugą część warsztatów spędziliśmy na zajęciach praktycznych w Poradni Chirurgii Ogólnej i Naczyń. Wykładowcy podzielili się z nami wiedzą o praktycznym zastosowaniu zagadnień przedstawionych na wykładach. Mieliśmy sposobność uczestniczenia w badaniach Dopplerowskich oraz przećwiczenia zabiegów kompresjoterapii.

Fot. Archiwum

Niezwykle nowatorskim posunięciem był dla mnie fakt, że zaproszeni pacjenci zostali wybrani z grupy chorych najmniej zadowolonych z efektów leczenia. Pozwoliło to w pełni ocenić skalę problemów pacjentów cierpiących na objawy niewydolności żylnej i ograniczeń, jakie niesie za sobą ta jednostka chorobowa.

Na zakończenie części praktycznej biorącym udział w zajęciach rozdane zostały certyfikaty uczestnictwa w warsztatach wraz z drobnymi upominkami książkowymi.

Dzięki operatywności kierownika warsztatów dr Krzysztofa Wachala mogliśmy uczestniczyć też w obiedzie, podczas którego już w luźnej atmosferze było nam dane przedyskutować zagadnienia prezentowane podczas warsztatów.

Uważam, że zarówno forma warsztatów jak i ich zorganizowanie są wynikiem olbrzymiego doświadczenia oraz wiedzy i umiejętności klinicznych i dydaktycznych lekarzy pracujących w Klinice Chirurgii Ogólnej i Naczyń naszego Szpitala, a dzielenie się nimi z innymi pracownikami jest godne pochwały i uznania.

Jako uczestnik dziękuję za zdobytą dotychczas wiedzę. Będę niezmiernie zadowolony z kolejnych takich doświadczeń.

Grzegorz Jaworski
Kierownik Centralnej Sterylizatorni

Był to kolejny kurs zorganizowany na terenie Szpitala. Celem szkolenia było przybliżenie przepisów Prawa zamówień publicznych, do stosowania których, zobowiązani są pracownicy uczestniczący w procedurach o udzielenie zamówienia. Rozpoczyna się nowy rok budżetowy, mamy nowe plany i będą nowe zakupy, które powinny być realizowane zgodnie z przepisami wymienionej powyżej ustawy oraz funkcjonującymi w Szpitalu regulaminami wewnętrznymi w zakresie zamówień publicznych.

Omówione zostały w szczególności zagadnienia dotyczące: zawierania umów, udzielania zamówień o wartości do 14 000 euro, opisu przedmiotu zamówienia i obowiązków członków komisji przetargowej.

Szkolenie prowadziła Pani Kinga Ławniczak, Radca Prawny Kancelarii Prawnej „MEDIATOR".

Grażyna Kowalska
Kierownik Działu
Zamówień Publicznych

Czy oryginalne leki biotechnologiczne można w pełni bezpiecznie zastępować ich formami odtwórczymi?

Leki biotechnologiczne to stosunkowo młoda kategoria leków, ponieważ pierwsza biotechnologiczna insulina została wprowadzona do lecznictwa nieco ponad ćwierć wieku temu. Leki te nie stanowią odrębnej grupy z punktu widzenia farmakologicznego, ponieważ mogą oddziaływać na różne narządy organizmu według różnych mechanizmów. Powodem dla którego możemy jednak traktować je łącznie jest wielce specyficzna metoda ich wytwarzania polegająca na wykorzystaniu metod inżynierii genetycznej, gdzie funkcję reaktora produkcyjnego pełnią genetycznie zmodyfikowane komórki. Modyfikacja ta polega na wprowadzeniu ludzkiego genu kodującego białko, które reguluje funkcje naszego organizmu, do komórek bakterii, grzybów, roślin czy ssaków. W efekcie komórki te zaczynają produkować owe białko, które następnie wykorzystujemy jako lek. Mogą to być hormony, przeciwciała, a także szczepionki czy środki diagnostyczne. Warto poświęcić trochę miejsca na omówieniu tego procesu, bowiem wyjaśnia to praktyczną niemożliwość skopiowania produktu oryginalnego.

Na etapie klonowania i ekspresji „wycinamy" pożądany gen z ludzkiego genomu. Stosujemy w tym celu specyficzne enzymy (tzw. endonukleazy restrykcyjne), które są w stanie rozpoznać sekwencje nukleotydów tworzące ludzkie DNA, a zatem są w stanie wyciąć dokładnie ten fragment, który koduje białko, które mamy zamiar wytwarzać. Teraz należy wprowadzić tak uzyskany gen do komórki „produkcyjnej" – często stosuje się komórki bakterii Escherichia coli. Do tego celu stosujemy tzw. wektory, czyli nośniki, które są w stanie przenieść gen ludzki do wnętrza komórki „produkcyjnej". Często funkcję takiego wektora pełni plazmid bakteryjny będący kolistą, dwuniciową strukturą zbudowaną z bakteryjnego DNA. Plazmidy są wykorzystywane przez bakterie do wymiany pomiędzy sobą materiału genetycznego, a zatem wykazują one naturalną umiejętność wnikania do innej komórki i przekazywania genów z jednej komórki do drugiej.

Aby przekazać ludzki gen należy rozciąć plazmid stosując odpowiednie restrykcyjne endonukleazy, a następnie włączyć gen ludzki wykorzystując enzymy zwane ligazami. Tak spreparowany plazmid wnika następnie do komórki „produkcyjnej", a zawarty w nim ludzki gen powoduje, iż zmodyfikowana genetycznie komórka jest w stanie produkować ludzkie białko (np. insulinę, czynniki wzrostu granulocytów czy erytropoetynę). W tym momencie dochodzimy do etapu produkcji i oczyszczania białka, w którym należy tylko namnożyć komórki, aby otrzymywać ludzkie białko z odpowiednią wydajnością. Budowa i struktura tak otrzymanego białka nie zależy jednak tylko i wyłącznie od ludzkiego genu modyfikującego komórkę „produkcyjną" istotne są także procesy zachodzące już po syntezie (nazywanej translacją), które określane są jako modyfikacje posttranslacyjne. Mogą to być rozmaite złożone reakcje jak np. odcięcie części białka, wprowadzenie reszt cukrowych (tzw. glikozylacja) czy innych grup funkcyjnych. Modyfikacje te mogą mieć bardzo istotny wpływ na aktywność finalnego produktu, a zależą one znacząco od samej komórki. Ten sam ludzki gen może dać inny produkt w komórce bakterii, a inny w komórce ssaka. Wpływ może mieć nawet rodzaj narządu z którego pochodzi komórka. Ostatni etap to izolacja białka, oczyszczenie i nadanie konkretnej postać leku.
W istocie operacje izolacji i oczyszczenia należą do najbardziej skomplikowanych z technologicznego punktu widzenia, a ich odtworzenie przez innego wytwórcę jest nieprawdopodobne. Dodatkowo okazuje się, że rodzaj substancji pomocniczych użytych na etapie nadawania formy farmaceutycznej jest także bardzo ważny, ale trudno byłoby zgadnąć, że także z punktu widzenia immunogeniczności uzyskanego preparatu! Wiadomo bowiem, że układ immunologiczny jest w stanie rozpoznać obce gatunkowo białko i wytworzyć skierowane przeciwko niemu przeciwciała. Tymczasem w 1998 w wielu krajach (poza USA) z roztworu stabilizującego erytropoetynę alfa (Erypo®, Eprex®) usunięto ludzką albuminę, zastępując ją tenzydem (polisorbatem – 80) i glicyną.

Od tego czasu zaobserwowano w Europie znacząco zwiększoną liczbę występowania przypadków PRCA (aplazji układu czerwonokrwinkowego).

Ten rodzaj PRCA był następstwem wytworzenia przeciwciał neutralizujących erytropoetynę, reagujących krzyżowo ze wszystkimi dostępnymi komercyjnie erytropoetynami, a także ludzką endogenną erytropoetyną. Istotnie nie sposób było przewidzieć, że reakcja immunologiczna może być indukowaną zmianą substancji pomocniczych.

Zrozumiałe staje się zatem, że rodzaj i jakość uzyskanego produktu zależy decydująco od całego procesu technologicznego – od klonowania po nadanie postaci farmaceutycznej, zatem lek odtwórczy będzie zawsze tylko podobny i bez badań klinicznych oraz długotrwałej praktyki klinicznej nie będziemy w stanie wyrokować o jego pełnej równoważności biologicznej.

Tymczasem możliwe jest dopuszczenie do obrotu odtwórczego leku biotechnologicznego na takiej samej zasadzie jak każdy lek generyczny. Oznacza to, że musi on wykazać się:

– taką samą kompozycją jakościową i ilościową substancji aktywnych,

– taką samą formą farmaceutyczną jak referencyjny produkt medyczny.

Jego równoważność z lekiem referencyjnym została potwierdzona w odpowiednich badaniach biorównoważności. Niestety, nie są wymagane porównawcze badania kliniczne leków odtwórczych względem oryginalnych według procedur dobrej praktyki klinicznej. Piśmiennictwo medyczne określa odtwórcze formy oryginalnych leków biotechnologicznych (nazywanych krótko lekami biopodobnymi) jako:

– „alternatywne wersje produktów biologicznych",

– „nowe środki biofarmaceutyczne, które są podobne, ale nie identyczne, jak referencyjne produkty biofarmaceutyczne",

– „unikatowe związki, które nie są generycznymi wersjami innowacyjnych biofarmaceutyków"

– „nowe nie innowacyjne produkty o ograniczonej klinicznej charakterystyce w momencie rejestracji".

Do niedawna zgodnie z prawem jedynie we Francji i Hiszpanii leki biotechnologiczne nie mogły być zamieniane na ich formy odtwórcze (i odwrotnie), na Słowacji natomiast wprowadzono listę leków, których substytucja jest zakazana (lista ta obejmuje wszystkie zarejestrowane leki biotechnologiczne). Ostatnio szereg innych krajów europejskich wprowadza podobne ograniczenia. Prawdopodobnie najlepszym wyjściem byłoby wprowadzenie innych nazw międzynarodowych dla nowo rejestrowanych leków biopodobnych – takie stanowisko prezentowała jeszcze w 2007 roku Światowa Organizacja Zdrowia (WHO), ale do tej pory nie przekuło się to na konkretne decyzje.

Dr hab. n. farm. Włodzimierz Bialik
Zakład Farmakoekonomiki, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

Tekst sponsorowany, zaprezentowany podczas VIII Forum Szpitali Klinicznych

Recerty-fikacja

Fot. Maria Samek

Audyt zewnętrzny systemu zarządzania jakością przeprowadzili audytorzy z DNV

Kolejna wizyta audytorów z firmy DNV – tym razem trwała nieco dłużej. Certyfikat zgodności z normą ISO 9001 przyznany Szpitalowi w 2006 roku miał stracić swoją ważność w styczniu 2010 roku. Audyt miał więc być dokładniejszą – niż w przypadku dwóch poprzednich – oceną.

Na szlaku audytorów znalazły się po raz pierwszy Dział Organizacji, Sekcja Organizacji, Dział Informatyki i Centralna Sterylizatornia. Tradycyjnie odwiedzili oni również Oddział Kardiochirurgii, Pracownię Hemodynamiki, Sekcję ds. Kontroli Zakażeń Szpitalnych, Sekcję Ruchu Chorych, Sekcję Aparatury Medycznej i Sekcję Zaopatrzenia. Złożyli także wizytę Naczelnej Pielęgniarce, aby przedyskutować i sprawdzić, jak nadzorujemy zlecane na zewnątrz pranie i żywienie.

W wyniku audytu potwierdzono zgodność systemu zarządzania jakością z normą ISO 9001/2008. Nie stwierdzono żadnych niezgodności. Spostrzeżenia audytorów – których szczegóły znaleźć można w intranecie – sprowadziły się do obserwacji (sytuacja, w której stwierdza się zagrożenie niezgodnością), możliwości doskonalenia czy działań godnych uwagi (pozytywna ocena ze strony audytorów).

Na szczególne uznanie audytorów zasłużyły:

- pełne przygotowane do transplantacji serca,
- wdrożenie rejestru zdarzeń niepożądanych (dla niezorientowanych – procedura zgłaszania zdarzeń wraz z ich przykładową listą znajduje się w intranecie),
- opracowanie zestawu wskaźników dotyczących jakości.

Gratulujemy wszystkim audytowanym, dziękujemy za aktywny udział w audycie i liczymy na dalszą współpracę w sprawach jakościowych, które w końcu nie omijają nikogo z nas. Z audytorami żegnamy się na rok, kiedy to spotkamy się na jednodniowym audycie nadzoru.

Lek. med. Halina Bogusz
Pełnomocnik ds. Zarządzania Jakością

W skrócie

(ciąg dalszy ze str. 2)

odbył długą rozmowę z Dyrekcją poruszając aktualne dla Szpitala tematy.

- **7 grudnia** odbyło się kolejne spotkanie Rady Medycznej – podczas której poruszono min. najistotniejsze kwestie dotyczące zamówień publicznych, wykonania kontraktów z NFZ oraz urlopów szkoleniowych dla lekarzy.
- W dniach od **8-9 listopada** został przeprowadzony audyt zewnętrzny systemu zarządzania jakością w naszym Szpitalu. Potwierdzono zgodność aktualnego systemu z normą ISO 9001/2008.
- **10 grudnia** Dyrektorzy Jan Talaga i Szczepan Cofta oraz prof. Stefan Grajek, Ordynator Oddziału Kardiologii i Rafał Staszewski, Kierownik Biura Dyrekcji spotkali się ze Zbigniewem Dederkiem Naczelnikiem Wydziału Świadczeń Opieki Zdrowotnej NFZ w sprawie wystąpień pokontrolnych, dotyczących badań klinicznych w naszym Szpitalu.
- Wieczór promujący szpitalny kalendarz 2010 odbył się **15 grudnia** w Muzeum Archidiecezjalnym.
- **18 grudnia** odbyło się posiedzenie Rady Społecznej Szpitala.
- Spotkanie opłatkowe Dyrekcji Szpitala odbyło się **22 grudnia**. W ostatnim tygodniu przed świętami zorganizowano również Wigilie dla Emerytów oraz Pracowników poszczególnych szpitalnych oddziałów.

Aktualizacja: 31 grudnia 2009 r.

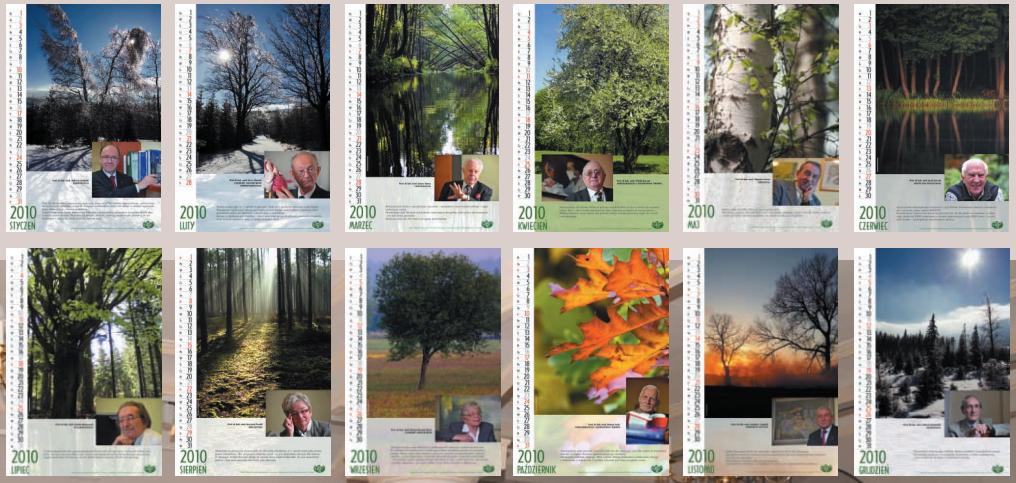
Zbiórki

Zarząd Polskiego Towarzystwa Opieki Paliatywnej Oddział w Poznaniu z siedzibą w Poznaniu na os. Rusa 25 a, uprzejmie zawiadamia, że podczas zbiórek publicznych przeprowadzonych w okresie od 2 kwietnia 2009 r. do 31 stycznia 2010 r., zebrano 15.279,52 zł (słownie: piętnaście tysięcy dwieście siedemdziesiąt dziewięć złotych, pięćdziesiąt dwa grosze).

Cała zebrana kwota została przeznaczona na realizację celów statutowych, w tym przede wszystkim na dofinansowanie działalności Hospicjum Palium.

Jednocześnie Zarząd pragnie serdecznie podziękować wszystkim osobom, które podczas przeprowadzanych zbiórek, wsparły działalność Towarzystwa.

W imieniu Zarządu
prof. dr hab. Jacek Łuczak – Prezes
Małgorzata Makowska – Skarbnik



Koncert kameralny zespołu Trio Frullato

Fot. Ryszard Prędki

MistrZowie

Fot. Ryszard Prędki

„Drzewo jest mocą wzrastającą ku górze”

Antoine de Saint-Exupéry

Takie motto w tym roku figuruje na szpitalnym kalendarzu, który prezentuje dwunastu profesorów, zasłużonych dla naszego Szpitala. Wybitne postaci wielkopolskiej medycyny: prof. Andrzej Cieśliński, prof. Jerzy Głuszek, prof. Janusz Hansz, prof. Witold Jurczyk, prof. Zbigniew Kwias, prof. Jacek Łuczak, prof. Witold Młynarczyk, prof. Krystyna Pecold, prof. Bożena Raszeja-Wanic, prof. Roman Szulc, prof. Stanisław Zapalski oraz prof. Andrzej Ziemiański na kolejnych kartach kalendarza dzielą się refleksjami dotyczącymi lekarskiej praktyki. Sylwetki Mistrzów uchwycone obiektywem Romualda Królaka skomponowane zostały w sąsiedztwie fotografii drzew, wykonanych przez pracowników naszego Szpitala.

Premiera kalendarza połączona ze spotkaniem z jego Bohaterami odbyła się 15 grudnia w Muzeum Archidiecezjalnym na Ostrowie Tumskim. *Wieczór Dwunastu* skupił ponad 150 osób w urokliwym gmachu Akademii Lubrańskiego.

Wtorkowe spotkanie *Gawędą o drzewach* rozpoczął dr hab. Władysław Danielewicz z Uniwersytetu Przyrodniczego. Wspólne świętowanie w gronie zasłużonych medyków nabrało refleksyjnego charakteru dzięki zamyśleniom profesorów. Wieczór dodatkowo uświetnił koncert kameralny „Od wiosny do zimy” grupy „Trio Frullato”.

Kolportaż kalendarza 2010 odbył się we wszystkich szpitalnych jednostkach.

Monika Dziamska

szpital założony w 1823 roku

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), 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.