ISSN 1643-0980

nowiny szpitalne

szpital założony w 1823 roku

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

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

NR 3 (50)
Rok IX
LIPIEC – WRZESIEŃ 2009

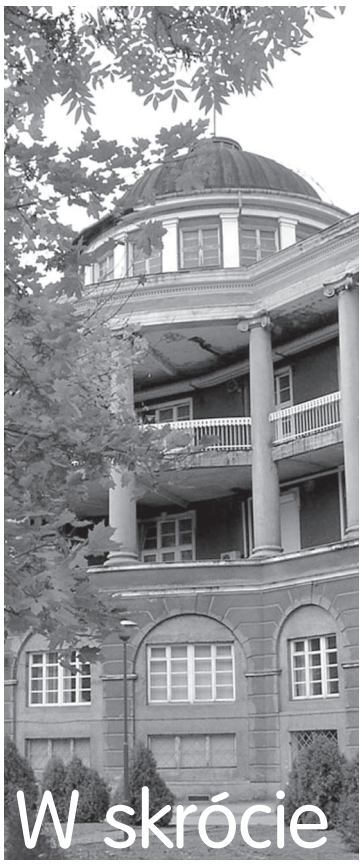
50 numer
wydanie jubileuszowe

Fot. Martyna Skrzypińska

zaskoczenie 4
rezonans otwarty 5
pod patronatem 7
domowa atmosfera 10
wzajemny obowiązek 16
szkoła onkologii 18
inicjatywa życia 20

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



Z przyszłością

To już nasze 50. spotkanie na łamach *Nowin Szpitalnych*. Jubileusz zachęca nie tylko do spojrzenia wstecz, ale przede wszystkim w stronę przyszłości. Z tej refleksji niezwykle wyraźnie przebija się hasło towarzyszące nam od dawna – szpital tradycyjny i innowacyjny.

Wrześniowy numer spaja te dwie odległe semantycznie przestrzenie. Z jednej strony historyczne kulisy szpitala, które odsłania artykuł zainspirowany niecodzienną wyprawą do chełmińskiego archiwum, z drugiej – nowoczesność, przebijająca się z relacji otwarcia Pracowni Rezonansu Magnetycznego. Z niezwykłym uznaniem możemy również śledzić dokonania naszych kardiologów w tekście doc. Macieja Lesiaka, które swoim dynamizmem mogą inspirować środowisko lekarskie w Polsce. Zapraszam również do zapoznania się z materiałami dotyczącymi tegorocznej „letniej szkoły onkologii", zorganizowanej przez prof. Janinę Markowską. Zajęcia od lat cieszą się ogromnym powodzeniem i skupiają wykładowców i studentów z całej Europy.

Zasadność 186 lat działalności szpitala wyraża się jednak przede wszystkim w spotkaniach z pacjentami, których również na łamach *Nowin Szpitalnych* nie brakuje – w spojrzeniu Marty Staszczak i Tomasza Danielewicza w ramach reportażu z Oddziału Pulmonologii.

Zapraszam do tworzenia naszej gazety i wspólnego świętowania kolejnych jubileuszy.

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

W skrócie

- W dniu **12 maja** Dyrektorzy Jan Talaga i Szczepan Cofta oraz pani Krystyna Piątkowska, kierownik Działu Organizacji i Sprzedaży Usług Medycznych uczestniczyli w spotkaniu z panią dr Barbarą Murawską, pełniącą obowiązki Zastępcy Dyrektora ds. Medycznych Wielkopolskiego Oddziału Narodowego Funduszu Zdrowia. Podczas spotkania poruszono istotne dla Szpitala problemy, związane z kontraktowaniem usług oraz koniecznością wykonywania świadczeń ponadlimitowych z zakresu m.in. chirurgii naczyniowej i okulistyki.

- W dniu **15 maja** Dyrektor Jan Talaga oraz doc. Paweł Sobczyński, Ordynator Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii spotkali się w Ministerstwie Zdrowia z Jakubem Szulcem, Sekretarzem Stanu. Celem wizyty było omówienie bieżących problemów funkcjonowania oddziału anestezjologicznego, przemawiających za natychmiastowym rozpoczęciem remontu i stworzeniem optymalnych warunków intensywnego leczenia chorych.

- **26 maja** odbyła się ogólnopolska konferencja: *Czas pracy nauczycieli akademickich w szpitalach klinicznych* w Centrum Kongresowo-Dydaktycznym UMP, w której uczestniczyła Dyrekcja Szpitala.

- Dyrektor Szczepan Cofta **28 maja** spotkał się w Urzędzie Marszałkowskim z dyrektorami szpitali w celu omówienia problemu okulistyki dziecięcej w Wielkopolsce.

- **28 maja** na zaproszenie prof. Jacka Łuczaka w sali wykładowej Hospicjum Palium wykłady wygłosili dr n. med. Gabriel Mor oraz dr psychologii Noami Mor z Izraela. Podczas spotkania wręczono prestiżowe ordery Ecce Homo.

- W dniu **28 maja** odbyło się spotkanie Rady Społecznej Szpitala, która pozytywnie zaopiniowała realizację planu rzeczowo-finansowego za 2008 rok oraz dokonała aktualizacji i modyfikacji w planie na rok następny.

- **1 czerwca** – Dyrektor Jan Talaga i pani Irena Usowicz odebrali protokół przekazania robót budowlanych pierwszego etapu inwestycji, dotyczącej dobudowy nowego skrzydła Szpitala przy ul. Szamarzewskiego, przeznaczonego na oddziały onkologiczne z blokiem operacyjnym.

- W dniu **4 czerwca** odbyło się spotkanie Kierowników Działów Administracji z przedstawicielem firmy Konsultant Komputer, Przemysławem Spychałą. Celem spotkania było przedstawienie elektronicznego systemu obiegu dokumentów ITcube, który wykorzystywany w jednostkach szpitalnych, przyspieszyłby proces wzajemnej pracy i komunikacji. Wersja próbna na 10 stanowiskach organizacyjnych zostanie wprowadzona w drugiej połowie września.

- **8 czerwca** odbyło się pierwsze spotkanie z zaplanowanych cyklicznych spotkań Rady Medycznej. Jest to nowa formuła spotkań Dyrekcji z Ordynatorami – Kierownikami Klinik, poszczególnymi Kierownikami medycznych komórek organizacyjnych oraz przedstawicielami administracji. Celem powyższych spotkań będzie omawianie bieżących problemów, dotyczących funkcjonowania naszego Szpitala. Podczas pierwszego spotkania szczegółowo omówiono wykonania kontraktów w ostatnich miesiącach oraz poruszono aktualne zagadnienia poszczególnych działów administracji.

- W dniu **22 czerwca** odbyły się wybory delegatów do Wielkopolskiej Izby Lekarskiej. Z grona naszych lekarzy wybrano: Szczepana Coftę, Macieja Cymerysa, Andrzeja Dmitriewa, Grzegorza Gertiga, Karolinę Hoffmann, Teresę Kosicką, Fryderyka Pukackiego, Piotra Kleine Schmidt, Włodzimierza Skorupskiego oraz Tomasza Smukowskiego.

(dokończenie na str. 9)

Szpitalna wizytówka

Informujemy, że została opracowana anglojęzyczna broszura dotycząca naszego Szpitala. Aktualne dane, syntetyczne informacje w przystępnej graficznej formie mogą posłużyć jako doskonała wizytówka naszej placówki poza granicami kraju.

Wszystkich zainteresowanych zapraszamy do Sekretariatu Dyrekcji po odbiór projektu broszury w wersji elektronicznej.

Redakcja

OKIEM DYREKTORA NACZELNEGO SZPITALA

Trzeba być optymistą

Po raz pierwszy spotkaliśmy się z tak długim, trwającym 10 miesięcy postępowaniem kontrolnym Najwyższej Izby Kontroli.

W toku wielu tygodni prac i przygotowywania zestawień, obliczeń, dotknięto ważnego, choć nie kluczowego obszaru działania szpitali klinicznych. Oczekiwalibyśmy wystąpień pokontrolnych mających aspekt praktyczny. Niejednoznaczne prawo i kwestionowane wytyczne choćby publicznego płatnika, powodują, że nadal nie mamy jasności sytuacji w postępowaniu z badaniami klinicznymi.

Czy powinniśmy stosować sugerowaną kilka miesięcy temu umowę trójstronną, czy zgodnie z obecnym oglądem sytuacji kontrolerów powrócić do umów dwustronnych, przy zapewnieniu informacji o wynagrodzeniu i obowiązkach badacza? Czy komunikat NFZ pozwala na rozliczanie standardowych świadczeń? W jaki sposób opodatkowywać badania kliniczne?

Mam nadzieję, że nie będzie tortu urodzinowego na rocznicę rozpoczęcia kontroli NIK. Przy całym szacunku do postępowania kontrolnego i urzędu Najwyższej Izby Kontroli, niestety muszę przyznać, że protokół kontroli to swoista „wydmuszka" rozdęta do granic możliwości. Wydaje się, że takie poddanie ocenie niektórych działań szpitala, może tylko spowodować huk „pęknięcia balonu", a nie rozwiązania spraw, także w aspekcie ogólnopolskim.

Szkoda, że nie stosuje się tej samej miary oceny sytuacji w innych częściach Polski. Mam jednak nadzieję, że będzie nam dane rzetelnie i twórczo podyskutować m.in. na ten temat podczas Forum Szpitali Klinicznych.

Jan Talaga
Dyrektor Naczelny Szpitala

OKIEM NACZELNEGO LEKARZA SZPITALA

Współpraca, rozwój,

Przed kilku laty, poruszając refleksję na tematy kształtowania życia szpitalnego, często przywoływaliśmy słowo: współodpowiedzialność. Rzeczywiście wydawała się ona być właściwością niezwykle ożywczą dla wspólnego budowania na pewnym etapie rozwoju zarządzania Szpitalem.

W chwili obecnej wydaje się, że ewoluujemy ku innym wyzwaniom, które powinny stanowić ramy dla kształtu szpitalnego formowania. Zasugerowałem je w tytule tego szkicu.

Współpraca

Bardziej niż ku wskazywaniu współodpowiedzialności, powinniśmy skłaniać się ku ukazywaniu wyzwania, jakim jest współpraca. Odpowiedzialność jest – choć często wielu z nas sobie tego nie uświadamia – zasadniczo jednoosobowa i zazwyczaj określona (na przykład ordynatora lub dyrektora). Z czasem jednak okazało się, zwłaszcza gdy zderzamy się z działaniami kontrolnymi, że współodpowiedzialność ma swą rację o tyle, o ile idzie w parze z rozsądnym delegowaniem uprawnień.

Współpraca wszystkich szpitalnych ogniw, pracowników różnych stanów (nie tylko lekarzy, którzy są siłą zamachową współczesnego systemu ochrony zdrowia), przede wszystkim w obrębie jednostek, stanowi wymóg skutecznego funkcjonowania Szpitala. Poza tym ważna wydaje się współpraca między jednostkami, choć u różnych osób różna jest także świadomość jej niezbędności (uwaga ta dotyczy nie tylko pionu medycznego, ale i administracyjnego).

Rozwój

Szczególnie w ostatnich latach doświadczamy, że rozwój nie dotyczy tylko szpitali klinicznych. Dynamicznie rozwija się wiele jednostek konkurencyjnych (paradoksalnie zazwyczaj siłami naszego personelu). Bolączką szpitali klinicznych jest często zachowanie postawy pasywnej z przekonaniem, że sama racja bycia klinicznym jest zupełnie wystarczająca. Stąd cenne wydaje się zachowanie dynamicznej kreatywności, utrzymującej wiodącą rolę szpitala klinicznego. Nie na zasadzie blokowania dostępu innym (w medycynie jest przecież miejsce dla inicjatywy wszystkich), lecz twórczego kroku do przodu.

W każdej z reprezentowanych przez nas dziedzin refleksja nad takim krokiem do przodu jest niezbędna. Cenna jest dyskusja o nowym kształcie działalności przy ulicy Długiej, rozwoju hematologii, onkologii pulmonologicznej bądź innej, usprawnieniu działalności i modyfikacji wyposażenia większości spośród pracowni.

Harmonia

Dynamika rozwoju musi być jednakże związana ze spełnieniem jeszcze jednego bezwzględnie koniecznego warunku. Jest nim zachowanie harmonii funkcjonowania. Dotyczy to inicjatyw poszczególnych pionów działalności, które nie mogą być sprzeczne bądź ze sobą konkurować. Wspólnym atutem powinno

(dokończenie na str. 5)

Fot. Monika Dziamska

Dr Hanna Jankowiak-Gracz

Zaskoczenie

15 maja w Dniu Polskiej Farmacji dr Hanna Jankowiak-Gracz oraz Dyrektor Jan Talaga uczestniczyli w uroczystej gali, zorganizowanej w Warszawie przez kolegium redakcyjne Gazety Farmaceutycznej. Podczas uroczystości apteka szpitalna została odznaczona *Tytułem Mistrza 2009*. Powyższe prestiżowe wyróżnienie jest przyznawane każdego roku tylko jednej aptece w Polsce.

O przyznanej nagrodzie z dr Hanną Jankowiak-Gracz – kierownikiem apteki szpitalnej rozmawia Monika Dziamska.

Jakie znaczenie przyznany tytuł ma dla Pani doktor i pracowników apteki w codziennej pracy?

Nadany tytuł traktuję jako wyróżnienie dla apteki – tym bardziej, że przyznawany jest on tylko jednej aptece w roku. Warto przypomnieć, że w Polsce jest około 13 tysięcy aptek otwartych i 700 aptek szpitalnych. Przyznam, że wyróżnienie było dla mnie wielkim zaskoczeniem. Nie zabiegaliśmy o nagrody i nie braliśmy udziału w rankingach, po prostu komisja uznała nasze osiągnięcia. Myślę, że dla pracowników nagroda jest wyrazem uznania za bardzo ciężką i odpowiedzialną pracę na rzecz chorych. Apteka szpitalna zaopatruje oddziały w leki i wyroby medyczne o wartości 60 mln złotych rocznie. To miejsce nieprzerwanej pracy 365 dni w roku w zakresie przygotowywania leków cytotoksycznych stosowanych w klinikach hematologii, chemioterapii, pulmonologii, ginekologii – około 20 tysięcy dawek indywidualnych. Sporządzamy również leki recepturowe, żywienie pozajelitowe metodą „all in one", płyn kardioplegiczny do operacji na otwartym sercu, doszklistkowe podanie antybiotyków dla pacjentów kliniki okulistycznej i aktywnie realizujemy programy terapeutyczne.

Co Tytuł Mistrza oznacza dla naszego szpitala?

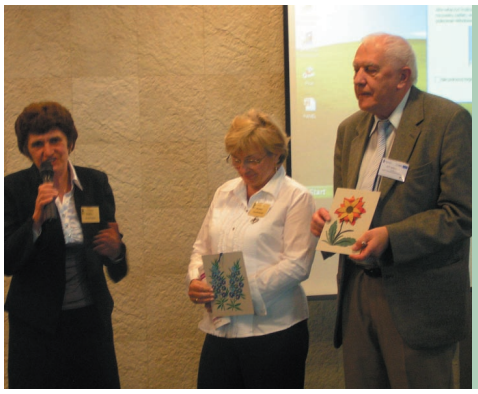
Dla szpitala, a ściślej dla pacjentów szpitalnych dobrze zorganizowana apteka, świadcząca usługi farmaceutyczne zgodnie z prawem farmaceutycznym jest gwarantem bezpiecznej i ekonomicznej farmakoterapii.

Nagroda została przyznana za wprowadzenie nowatorskich rozwiązań w działalności naszej apteki. Jakie konkretne działania mieszczą się w powyższym uzasadnieniu?

Do nowatorskich rozwiązań niewątpliwie możemy zaliczyć dobrze zorganizowaną logistykę dostaw leków do czterech, znacznie oddalonych od siebie, szpitalnych jednostek. Od 1994 roku zajmujemy się przygotowywaniem żywienia pozajelitowego metodą „all in one", a od roku dysponujemy nowoczesną pracownią z pompą dozującą Multicomp II. Ewenementem na skalę krajową było utworzenie w 2000 roku pracowni farmacji szpitalnej umocowanej na Wydziale Farmaceutycznym przy Katedrze i Zakładzie Farmacji Klinicznej i Biofarmacji oraz organizacja szkoleń dla studentów.

Od 2001 roku w dwóch pracowniach w strukturze apteki przygotowujemy leki cytostatyczne, a od 2005 funkcjonuje dział wyrobów medycznych. Bierzemy również aktywny udział w Komitecie Terapeutycznym, realizacji Programów Terapeutycznych i tworzeniu nowych technologii przygotowywania leków.

Szanując tradycję i pamiętając o dokonaniach pierwszej farmaceutki s. Filipiny Studzińskiej, staramy się realizować wymagające zadania, które jeszcze przed nami. ■



Obecność

W dniu 24 czerwca br. wolontariuszki Hospicjum Palium Maria Modrzejewska oraz Maria Krążelewska wraz z prof. Jackiem Łuczakiem na zaproszenie Doradztwa Gospodarczego DGA S.A. i Urzędu Miasta, wzięli czynny udział w konferencji dotyczącej realizacji projektu: "Wolontariat wart Poznania".

Podczas konferencji realizatorzy projektu współfinansowanego przez Unię Europejską w ramach programu Europejskiego Funduszu Społecznego oraz zaproszeni goście przedstawili podjęte działania. Omówiono tematykę współpracy międzyresortowej w obszarze

Fot. Monika Dziamska

W pracowni podczas badań

rezonans otwarty

Oficjalnie, z udziałem zaproszonych gości, w dniu 14 października oddano do użytku nowoczesną Pracownię Rezonansu Magnetycznego. Dzięki współfinansowaniu Unii Europejskiej w ciągu niespełna sześciu miesięcy ukończono remont starych pomieszczeń po pralni szpitalnej i zamontowano ultra nowoczesny sprzęt.

Symboliczną wstęgę u progu nowej pracowni przecięli: Marszałek Województwa Leszek Wojtasiak, JM prof. Jacek Wysocki, Retor Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu, dyr. Jan Talaga oraz prof. Stefan Grajek. Jego Ekscelencja ks. Biskup Grzegorz Balcerek poświęcił nowe pomieszczenia i sprzęt, a blisko 100 zaproszonych gości mogło z bliska przyjrzeć się, jak wygląda i pracuje nowy nabytek lecznicy przy ul. Długiej. Nowoczesny Rezonans Magnetom 1,5 T firmy Siemens wyposażony jest w technologię, dzięki której badanie nie będzie wymagało zmiany pozycji pacjenta, ręcznego przesuwania stołu czy też uzupełniania tzw. cewek. Wyróżnikiem tego sprzętu jest bogaty zestaw cewek matrycowych, które zapewniają doskonałą jakość obrazów. Cała konfiguracja sprzętu została zaprojektowana w taki sposób, by umożliwić badania organów mających większą dynamikę czyli np. serca i naczyń.

Pracownia Rezonansu Magnetycznego współfinansowana jest przez Unię Europejską z Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego oraz z budżetu Państwa w ramach Wielkopolskiego Regionalnego Programu Operacyjnego na lata 2007-2013. Jest to projekt kluczowy dla Województwa Wielkopolskiego, a więc o ważnym znaczeniu dla systemu ochrony zdrowia. Wartość podpisanej umowy na realizację projektu z Urzędem Marszałkowskim to kwota 6.352.830,00 zł, z czego 4.764.622,50 zł to kwota dofinansowania z Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego. Pozostałe środki na realizację inwestycji pochodzą z Ministerstwa Zdrowia.

Pracownia Rezonansu Magnetycznego stworzona została w ramach projektu: *Program leczenia ostrych pęknięć tętniaków aorty i ostrej zatorowości płucnej*. Jest to zatem pracownia szczególnie predysponowana do diagnostyki chorób serca i naczyń, choć oczywiście wykonywane będą badania także w innych wskazaniach. Z racji na duży udział lecznictwa onkologicznego w profilu Szpitala Klinicznego *Przemienienia Pańskiego,* rezonans magnetyczny będzie nieocenionym elementem precyzyjnej diagnostyki nowotworów.

Szpital *Przemienienia Pańskiego* specjalizując się w leczeniu schorzeń kardiologiczno-naczyniowych zyskał możliwość pełnej, nieinwazyjnej diagnostyki. Wart podkreślenia jest fakt, że dzięki uruchomieniu pracowni rezonansu magnetycznego, jako jedyny szpital w Wielkopolsce spełniać będziemy tzw. złoty standard w leczeniu chorób sercowo-naczyniowych np. ostrego pęknięcia tętniaka aorty. Oferujemy bowiem w jednym miejscu zarówno opiekę kardiologiczną, kardiochirurgiczną, anestezjologiczną oraz zabiegi z zakresu kardiologii i radiologii inwazyjnej, jak i diagnostykę rezonansu magnetycznego oraz tomografii komputerowej.

Do czasu uzyskania kontraktu z NFZ w zakresie diagnostyki ambulatoryjnej, rezonans magnetyczny służyć będzie pacjentom hospitalizowanym na oddziałach Szpitala Klinicznego *Przemienienia Pańskiego* UM w Poznaniu.

Rafał Staszewski

OKIEM NACZELNEGO LEKARZA SZPITALA

(dokończenie ze str. 3)

być zharmonizowanie działalności sercowo-naczyniowej, a także onkologicznej. Są one naszą jedyną w swoim rodzaju szansą. Także w szpitalu klinicznym musi pojawiać się słowo: dyscyplina.

Zharmonizowania wymagają też na przykład prowadzone przez nas badania kliniczne. Jeśli – z punktu widzenia ekonomicznego szpitala – stanowią jedynie margines przychodów, to jeśli opłacają się innym, muszą też opłacać się szpitalowi. Powinny one stanowić istotny dynamiczny segment naszej działalności, jednak w harmonii z innymi jej wymiarami.

Zachowanie *harmonii* – w rzeczywistości *współpracy,* mobilizującej nas do *rozwoju* – na pewno sprzyjać będzie dynamicznej ewolucji Szpitala.

Szczepan Cofta
Naczelny Lekarz Szpitala

przy chorych

zadań społecznych i wolontariatu pracowniczego, strategię rozwoju wolontariatu w Wielkopolsce oraz pomoc ofiarowaną przez Centrum Integracji Społecznej Darzybór.

Honorowy gość konferencji prof. Jacek Łuczak przedstawił prezentację przygotowaną wspólnie z koordynatorem wolontariuszy Hospicjum Palium mgr Eweliną Lewandowską: „Wolontariat w opiece paliatywnej i hospicyjnej" oraz wziął udział w panelu dyskusyjnym na temat: „Czy strategia rozwoju wolontariatu w województwie wielkopolskim ma szanse na wdrożenie?".

Wolontariuszki Maria Modrzejewska oraz Maria Krążelewska w krótkich wypowiedziach przedstawiły motywy podjęcia wolontariatu oraz korzyści dla osobistego rozwoju uzyskiwane z posługi cierpiącym chorym u schyłku życia. Przekazały licznie zebranym uczestnikom, na podstawie własnych doświadczeń, jak ważna dla chorych i ich bliskich jest obecność przy nich – rozmowy, trzymanie za rękę, a bardzo często również wspólne milczenie.

Maria Krążelewska
Maria Modrzejewska

Z gośćmi z Izraela

Fot. Archiwum

Podczas wizyty 28 maja w Hospicjum Palium goście z Tel Aviv zostali odznaczeni przez Rektora UM prof. Jacka Wysokiego medalami im. Karola Marcinkowskiego. W uroczystym spotkaniu wzięli udział Dyrektor Szczepan Cofta, naczelna pielęgniarka mgr Dorota Liczbańska, zespół Hospicjum Palium, lek. med. Halina Bogusz, dr n. med. Aleksandra Kotlińska-Lemieszek, kierownik Katedry i Kliniki Medycyny Paliatywnej oraz lekarze stażyści.

Państwo Mor uczestniczyli także w innych spotkaniach, przewidzianych na kolejne dni wizyty. Wygłosili wykłady w nowej siedzibie Wielkopolskiego Stowarzyszenia Wolontariuszy Opieki Paliatywnej „Hospicjum Domowe", prowadzonego przez dr Annę Skawińską oraz podczas otwartego spotkania z udziałem przedstawicieli Gminy Żydowskiej i pani Elżbiety Dybowskiej, zastępcy dyrektora Wydziału Zdrowia i Spraw Społecznych Urzędu Miasta Poznania.

W dniu 30 maja państwo Mor byli gośćmi ks. Andrzeja Rygielskiego. Poza spotkaniem z personelem Hospicjum Miłosiernego Samarytanina we Wągrowcu mieli również sposobność odwiedzenia pacjentów Hospicjum. Goście z Izraela bardzo wysoko ocenili poziom świadczonej opieki i leczenia oraz zaangażowanie personelu, sprawującego opiekę. Byli również pełni uznania dla wyposażenia obiektu hospicyjnego, zapewniającego wysoki komfort leczenia chorych.

Prof. dr hab. Jacek Łuczak
Ordynator Hospicjum Palium

Na zaproszenie władz Uniwersytetu Medycznego im K. Marcinkowskiego i Urzędu Miasta oraz na wniosek prof. Jacka Łuczaka, kierownika Hospicjum Palium do Poznania 28 maja br. przyjechali goście z Izraela – dr Gabriel Mor z małżonką dr psychologii Naomi Mor – niezwykle zasłużeni w rozwoju opieki hospicyjnej.

Oto człowiek

Ordery Ecce Homo przyznawane są od 1997 roku osobom, które z zaangażowaniem wypełniają misję pomocy innym. 31 maja br. tym szczególnym wyróżnieniem zostali odznaczeni ks. Kanonik Andrzej Rygielski, założyciel i kierownik Hospicjum im. Miłosiernego Samarytanina we Wągrowcu oraz dr n. med. Gabriel Mor, twórca pierwszego hospicjum w Izraelu i założyciel zespołu domowej opieki hospicyjnej w Tel Aviv.

Kandydatury do nagrody przedłożył Kapitule Orderu Ecce Homo prof. Jacek Łuczak, jako ubiegłoroczny laureat oraz sporządził teksty zaszczytnych laudacji.

Redakcja

Fot. Archiwum

Przed burtą okrętu

Pod patronatem

Okręt Rzeczpospolitej Polskiej Poznań jest jednostką bojową 8 Flotylli Obrony Wybrzeża w Świnoujściu, która swoją nazwą w szczególny sposób nawiązuje do związku Marynarki Wojennej z naszym regionem. Na przestrzeni ostatnich lat nasze miasto przy wielu okazjach dawało dowód przywiązania i sympatii do tego okrętu, który jest składową 2 Dywizjonu Okrętów Transportowo-Minowych. W 2004 roku na jego burcie umieszczono herb ufundowany przez miasto Poznań, a Szkoła Podstawowa nr 45 wybrała *ORP Poznań* na swojego patrona.

Fot. Archiwum

Podczas krótkiego rejsu w Porcie Świnoujście.

Od prawej: Dowódca ORP „Poznań" kpt. mar. Marek Szwarc, dr hab. Paweł Sobczyński, Dowódca 2 Dywizjonu Okrętów Transportowo-Minowych kmdr por. Krzysztof Zdonek.

Aby podkreślić te związki również od strony zdrowotnej, nasz Szpital wystąpił z inicjatywą objęcia leczniczym patronatem załogi *ORP Poznań* wraz z rodzinami. Propozycję taką skierowałem wraz z Naczelnym Lekarzem Szpitala dr med. Szczepanem Coftą w postaci listu intencyjnego do dowódcy 8 Flotylli Obrony Wybrzeża – Kontradmirała Jerzego Lendy. Ze względów logistycznych patronat ten będzie miał formę indywidualnych konsultacji i leczenia pacjentów, przede wszystkim w zakresie kardiologii i okulistyki. Ponadto planuje się przedsięwzięcia w zakresie profilaktyki zdrowotnej.

Propozycja została przyjęta bardzo życzliwie i zaowocowała zaproszeniem mnie do zwiedzenia świnoujskiego Portu Wojennego, jako miły początek naszej współpracy.

Dr hab. Paweł Sobczyński
Ordynator Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii

Nowa ekspozycja

Od ponad trzech miesięcy w holu Oddziału Kardiologii w budynku szpitalnym przy ul. Długiej pacjenci oraz ich rodziny mogą korzystać z kawiarenki, otwartej przez prof. Stefana Grajka, Ordynatora Oddziału Kardiologii. Dodatkowo miejsce to zdobią obrazy studentów i absolwentów Poznańskiej Akademii Sztuk Pięknych.

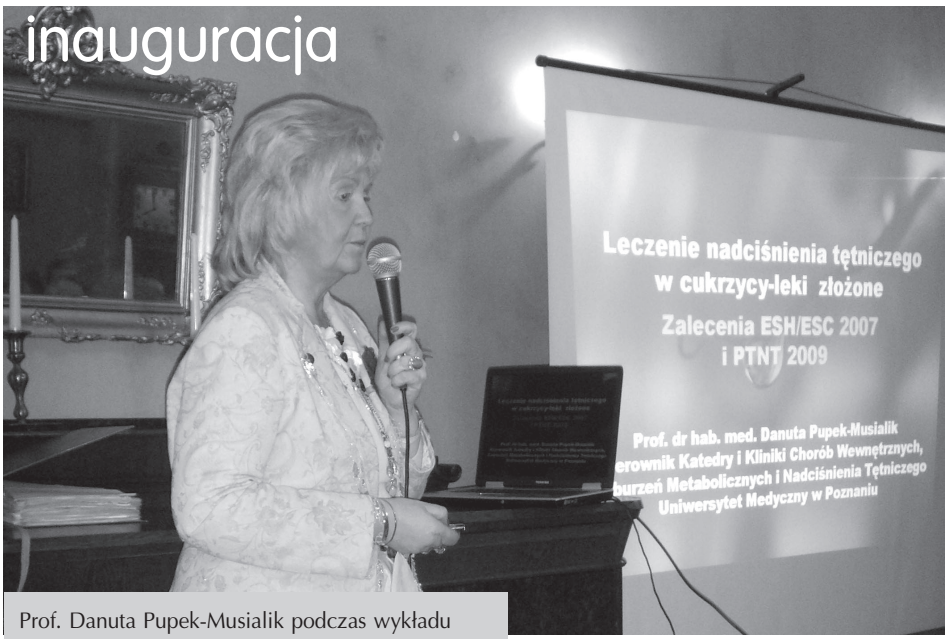
Na początku sierpnia pierwotna ekspozycja została całkowicie wymieniona. Obecnie wystawa obejmuje 27 obrazów i szkiców autorstwa: Pauliny Kaźmierczak, Marceliny Pałuczak, Małgorzaty Szczurek, Jolanty Wójcik, Pawła Dunikowskiego, Marty Żukiel, Artura Chochowskiego, Pauliny Ustasz, Katarzyny Adamkiewicz, Kingi Troneczek oraz Moniki Gawareckiej.

Zaprezentowane prace są przeznaczone na sprzedaż, z której część dochodu zostanie przekazana Stowarzyszeniu „Serce dla serca".

Redakcja

Stylowa inauguracja

Pod koniec maja br. odbyło się zebranie Konsultanta Wojewódzkiego w dziedzinie chorób wewnętrznych z ordynatorami oddziałów internistycznych z terenu Wielkopolski. Po spotkaniu miało miejsce inauguracyjne posiedzenie nowopowstałego Oddziału Wielkopolskiego Polskiego Towarzystwa Kardiodiabetologicznego.



Prof. Danuta Pupek-Musialik podczas wykładu

Fot. dr Paweł Bogdański

Ordynatorzy

Powyższe spotkania odbyły się 29 maja br. w urokliwych, stylowych wnętrzach pałacu w Krześlicach, który stanowi jeden z najpiękniejszych zabytków romantycznej architektury neogotyckiej w Polsce. Niecodzienna oprawa z pewnością wpłynęła na frekwencję, która była imponująca. Na spotkanie z Konsultantem Wojewódzkim – panią prof. Danutą Pupek-Musialik przyjechało pięćdziesięciu ordynatorów i ich zastępców. Podczas zebrania omówiono ważne problemy organizacyjne z zakresu oddziałów internistycznych na terenie Wielkopolski, dotyczące m.in. niedostatecznej obsady kadrowej na oddziałach; problematyki tworzenia oddziałów dla przewlekle chorych.

Towarzystwo

Po spotkaniu z ordynatorami odbyło się pierwsze zebranie nowopowstałego Oddziału Polskiego Towarzystwa Kardiodiabetologicznego w województwie wielkopolskim, w którym uczestniczyło ok. 80 osób. Interesujące wykłady wygłosili: prof. Stefan Grajek, prof. Danuta Pupek-Musialik oraz dr Dorota Pisarczyk-Wiza. Poruszono w nich tematykę leczenia kardiologicznego oraz terapii nadciśnienia tętniczego i cukrzycy u pacjentów diabetologicznych, jako populacji o wysokim ryzyku powikłań sercowo-naczyniowych.

Zebranie zakończyła uroczysta kolacja, którą umilił koncert muzyki poważnej wykonany przez orkiestrę smyczkową.

Spotkania

Oba zebrania spotkały się z dużym zainteresowaniem, co dla organizatora – zespołu Katedry i Kliniki Chorób Wewnętrznych, Zaburzeń Metabolicznych i Nadciśnienia Tętniczego UM, było potwierdzeniem zasadności ich zorganizowania i powodem do zadowolenia.

Kolejne spotkania zaproponowano w czwartym kwartale br.

Marlena Budych

Na medal

W dniu 20 maja br. w Warszawie Minister Edukacji Narodowej – Katarzyna Hall przyznała Pani Profesor Danucie Pupek-Musialik, kierownikowi Katedry i Kliniki Chorób Wewnętrznych, Zaburzeń Metabolicznych i Nadciśnienia Tętniczego, Medal Komisji Edukacji Narodowej.

Powyższe odznaczenie jest najwyższym wyróżnieniem przyznawanym za szczególne zasługi dla oświaty i wychowania.

Gratulujemy Pani Profesor tak doniosłego odznaczenia.

dr hab. med. Wiesław Bryl

Ostateczne decyzje

25 marca br. Dyrektor Szpitala w porozumieniu z Okręgową Izbą Pielęgniarek i Położnych w Poznaniu ogłosił konkurs na stanowiska Pielęgniarek Oddziałowych na terenie trzech jednostek naszego Szpitala.

Powołana komisja konkursowa przeprowadziła indywidualne rozmowy i zarekomendowała Dyrektorowi Szpitala kandydatury trzech pielęgniarek, które już wcześniej z zaangażowaniem pełniły obowiązki na obieranych stanowiskach. Pod koniec maja zapadły ostateczne decyzje, a stanowiska pielęgniarek oddziałowych na okres trzech lat zostały powierzone:

- *mgr Arlecie Jankowskiej* – Oddział Hematologii i Chorób Rozrostowych Układu Krwiotwórczego,
- *mgr Alicji Frąckowiak* – Oddział Nadciśnienia Tętniczego i Zaburzeń Metabolicznych
- *Aleksandrze Ostajewskiej* – Oddział Pulmonologii.

Mam nadzieję, że praca podczas kolejnej kadencji będzie źródłem satysfakcji i miejscem zawodowego rozwoju.

Dorota Liczbańska
Naczelna Pielęgniarka

Wielo zadaniowa

Sekcja Organizacji jest częścią Działu Organizacji i Sprzedaży Usług Medycznych. Sekcja nadzoruje również pracę Archiwum oraz Kancelarii. Brzmi formalnie i mało przyjaźnie.

Fot. Martyna Skrzypińska

Sekcja Organizacji, od lewej: Iwona Grzelczak, Anna Ruszczak, Zofia Owecka.

Czym się zajmujemy? W czym możemy pomóc?

Pani Iwona Grzelczak – prowadzi i nadzoruje skromną część Archiwum, znajdującą się w budynku przy ul. Długiej, ale jej codzienna praca skupia się głównie na udostępnianiu dokumentacji medycznej uprawnionym osobom i instytucjom. Spędza wiele czasu na przygotowywaniu kserokopii, czuwa aby dokumentacja została udostępniona uprawnionym jednostkom w możliwe najkrótszym czasie. Współpracuje ze wszystkimi oddziałami, głównie z rejestratorkami i sekretarkami medycznymi oraz lekarzami. To dzięki ich życzliwości i zrozumieniu współpraca przebiega bez zakłóceń i w miłej atmosferze.

Pani Zosia Owecka – pracuje w naszym niewielkim zespole od marca tego roku. Przejęła obowiązki pani Agnieszki Stasik. Z pewnością spotkają się z nią lekarze podpisujący porozumienia w sprawie odbywania staży cząstkowych. Przygotowuje wnioski akredytacyjne na prowadzenie specjalizacji i staży specjalizacyjnych dla oddziałów naszego Szpitala. Do tego jest i prawą, i lewą ręką Kierownika Sekcji. Z panią Zosią omawiam wszystkie sprawy bieżące i wdrażam ją we wszystkie możliwe przedsięwzięcia Sekcji Organizacji.

A tych obowiązków mamy niemało. Opiekujemy się dokumentami organizacyjnymi Szpitala (Statut, Regulamin Organizacyjny i Porządkowy), przygotowujemy zarządzenia Dyrektora, dbamy o zawieranie umów o ubezpieczenia Szpitala w zakresie szkód majątkowych i OC, a tym samym współuczestniczymy w rozpatrywaniu roszczeń i likwidacji szkód, monitorujemy skargi, koordynujemy prace związane z wystawianiem przez specjalistów opinii lekarskich dla sądów. Koordynujemy przygotowanie i podpisywanie umów na wykonywanie w Szpitalu badań diagnostycznych przez jednostki zewnętrzne. Bierzemy udział w pracach Zespołu ds. Oceny List Oczekujących oraz Zespołu ds. Dokumentacji Medycznej. Równocześnie dbamy o to, żeby pacjenci czuli się dobrze poinformowani nie tylko o swoich prawach, ale również o sposobie funkcjonowania naszego Szpitala.

Te w wszystkie obowiązki pozwalają nam brać udział w mniejszym lub większym stopniu we wszystkich działaniach Szpitala, co jest niezwykle interesujące, ale bywa też bardzo trudne. Pozwolę sobie wykorzystać łamy naszego pisma, aby podziękować moim współpracownikom – pani Iwono, pani Zosiu po prostu bardzo dziękuję.

Anna Ruszczak
Kierownik Sekcji Organizacji

W skrócie

(ciąg dalszy ze str. 2)

- **8 lipca** na spotkaniu u prorektora Grzegorza Oszkinisa w obecności sekretarza Stanu Ministerstwa Zdrowia Jakuba Szulca oraz marszałek Krystyny Pośledniej Dyrektorzy omawiali obecną sytuację Szpitala, wskazując najistotniejsze kwestie, wymagające szczególnego zainteresowania.
- W związku ze znaczącym przekroczeniem kontraktu w zakresie chemioterapii w naszym Szpitalu **17 sierpnia** Dyrektor Szczepan Cofta oraz pani Krystyna Piątkowska, kierownik Działu Organizacji i Sprzedaży Usług Medycznych spotkali się w Wielkopolskim Oddziale NFZ z Dyrektor Barbarą Murawską. Priorytetem spotkania było ukazanie i uzasadnienie potrzeb prowadzonej przez nas działalności.
- **15 września** w Rzeczpospolitej został opublikowany artykuł „Badania kliniczne, czyli prawny i podatkowy supeł" autorstwa mec. Moniki Urbaniak i dr Rafała Staszewskiego. Zapraszamy do lektury.
- **16 września** odbyło się robocze spotkanie Dyrekcji Szpitala z dyrektorami poznańskich szpitali dotyczące programu ostrych zespołów wieńcowych.
- W dniach **24-26 września** odbył się XIII Międzynarodowy Kongres Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego. Podczas sesji dydaktycznych uczestnicy mieli okazję poznać najnowsze badania naukowe, metody diagnostyczne i zalecenia terapeutyczne z zakresu różnych dziedzin kardiologii, kardiochirurgii i nauk pokrewnych.
- **26 września** po raz kolejny odbyła się Biała Sobota w miejscowości Piłka na terenie Puszczy Noteckiej. W sobotniej akcji wzięło udział wielu pacjentów, którym zaoferowano kompleksowe badania laboratoryjne oraz konsultacje u lekarzy specjalistów.
- Prowadzone w naszym Szpitalu kontrole NIK, Narodowego Funduszu Zdrowia oraz Urzędu Skarbowego, dotyczyły w większości realizacji badań klinicznych. Kontrolowano poprawność organizacji badań klinicznych w Szpitalu, rozliczanie pacjentów włączonych do badań klinicznych z NFZ, a także inne aspekty gospodarki lekiem.

Domowa atmosfera

Oddział Pulmonologii, Alergologii i Pulmonologii Onkologicznej zajmuje pierwsze piętro budynku szpitalnego przy ul. Szamarzewskiego. Co roku leczy się w nim 1200 osób, z których ponad połowę stanowią chorzy z rakiem płuca. Ponadto z klinicznej poradni korzysta 12 tysięcy pacjentów.

Nowotwory, POChP, mukowiscydoza czy ostre infekcje układu oddechowego często zmuszają chorych do powrotów. Wieloletnie znajomości spajają życie pacjentów i personelu, tworząc między nimi specyficzne więzi. „Klimat oddziału tworzą przede wszystkim pracujący w nim ludzie, dzięki którym pacjenci, czują się u nas jak w domu – mówi prof. Halina Batura-Gabryel, Ordynator Oddziału. – Jeśli tego samego zdania jest również pacjent, który panicznie boi się placówek służby zdrowia to dla mnie jest to niezwykle wymierna i zobowiązująca opinia. Staramy się zwracać uwagę na to, by każdy czuł się u nas dobrze. Naczelne miejsce naszej pracy zajmuje naprawdę chory – choć to oczywistość, w praktyce nie wszędzie tak jest" – puentuje. Profesor z wielkim uznaniem ocenia nie tylko zaangażowanie lekarzy, łączących opiekę nad chorymi na oddziale z rozległą pracą dydaktyczną i naukową, ale także zespołu pielęgniarek, które dbają o dobro pacjenta i towarzyszą mu w najtrudniejszych chwilach. Tą opinię potwierdzają nie tylko pacjenci oddziału, ale także Aleksandra Ostajewska, od 26 lat pełniąca funkcję pielęgniarki oddziałowej. „Od pierwszych chwil starałam się stworzyć atmosferę otwartej i szczerej rozmowy oraz braku przyzwolenia na złe zachowania. Dziś te wypracowane reguły procentują. Wspólnie udało nam się stworzyć bardzo zgrany zespół dobrych i pracowitych kobiet".

Pacjenci

Oddział Pulmonologiczny jest jednym z największych ośrodków w Polsce, który zajmuje się mukowiscydozą dorosłych. „Nazywamy je naszymi dziećmi. Przy tych młodych ludziach nie można przyjść do pracy, zrobić swoje i się nie zaangażować – wyznaje Aleksandra Ostajewska. – Zawsze trudno się pogodzić z tym, że mimo wkładanego trudu, kilkuletniej walki o zdrowie, pacjent po prostu nam się wymyka. Mukowiscydoza na razie jest nie do wyleczenia, jednak każdy z nas ma nadzieję".

Oprócz farmakologii doskonałe rezultaty leczenia pacjentów z chorobami płuc daje również zaplecze psychologiczne i rehabilitacyjne, na które kładzie się na oddziale duży nacisk. „Paradoksalnie, w im gorszym stanie znajduje się pacjent, tym efekty są bardziej widoczne – stwierdza mgr Witold Breliński, rehabilitant prowadzący z pacjentami zajęcia oddechowe i ogólnousprawniające. Oprócz ćwiczeń pacjenci mają do dyspozycji również pracownię aerozoloterapii, spirometrii, bodypletyzmografii oraz salę drenażową. Dla tak zwanych „bezdechowców" na oddziale funkcjonują dwie pracownie zaburzeń podczas snu, gdzie podczas ich jednonocnego odpoczynku przeprowadza się diagnostykę zespołu bezdechu śródsennego.

Badania

Pomieszczenia Oddziału Pulmonologicznego zlokalizowane są również na parterze szpitalnego budynku, gdzie znajduje się pracownia diagnostyki laboratoryjnej, w której przeprowadza się m.in. bronchofiberoskopię. „Bardzo wielu pacjentów przeżywa ogromny stres przed badaniem – mówi pielęgniarka Ewa Napierała. – Do tej grupy najczęściej należą panowie, którzy nie są w stanie wydusić z siebie żadnego słowa, spoglądając na aparat, którym musimy dostać się do ich płuc. Staramy się wtedy porozmawiać z pacjentem i poinformować, co podczas takiego zabiegu, który nie należy do najmilszych, go czeka. Dodatkowo stosujemy znieczulenie, by zapewnić choremu jak największy komfort". Zwykle podczas tego typu zabiegów pobiera się do analizy wycinki płuc; pracownia jednak pamięta wyciąganą z oskrzeli pinezkę i kawałek jabłka, którym zakrztusiła się studentka w czasie przerwy w zajęciach z pulmonologii.

Oddział

Każdego roku pacjentów wymagających pomocy pulmonologicznej przybywa. W wielu przypadkach zabiegi wykonywane są ambulatoryjnie, bez przyjmowania pacjenta na oddział, co umożliwia szybką pomoc znacznie większej ilości osób. To jednak nie jedyny problem, z którym zmaga się prof. Batura-Gabryel. „Przy profilu naszych chorych, których trzeba od siebie oddzielić, izolatki są niezbędne, a my nie posiadamy ani jednej. Marzy nam się dla naszych chorych lepiej wyposażona sala dzienna do podawania chemioterapii, świetlica, toalety i łazienki z prawdziwego zdarzenia. Jesteśmy zmuszeni do przekraczania limitów w stosowaniu chemioterapii u chorych

Fot. Monika Dziamska

Prof. Halina Batura-Gabryel – Ordynator Oddziału

z rakiem płuca. Weszły nowe standardy leczenia, które kosztują więcej niż stare; nie wyobrażam sobie jednak, bym mogła odmówić komukolwiek pomocy w sytuacji ratowania życia. Ogromne potrzeby mamy również w zakresie wyposażenia i sprzętu" – wylicza Ordynator. Te ostatnie jednak pracownicy starają się uzupełniać również własnymi siłami w ramach działalności w Stowarzyszeniu Wspierania Pulmonologii Poznańskiej. „Co roku kupujemy sprzęt o wartości kilkudziesięciu tysięcy złotych. Ostatnio zaopatrzyliśmy się w fiberoskop – dodaje profesor Halina Batura-Gabryel. – Od 2005 roku zakupiliśmy sprzęt o łącznej sumie ponad 250 tys. złotych. Trudno jednak w większym stopniu zaopatrywać oddział, przy szeregu innych wymagających od nas zaangażowania i skupienia zadaniach".

Pomysły

Na oddziale stale się coś dzieje. Powstała nowa salka dla studentów i pomieszczenia socjalne dla lekarzy – pokój do spania i jadalnia. Siedem miesięcy temu z inicjatywy Dyrektora Szczepana Cofty oraz Macieja Dudziaka, kapelana szpitala, pojawiła się na oddziale „ruchoma biblioteka" obsługiwana przez wolontariuszy. Cieszy się ona dużym zainteresowaniem chorych, którzy chętnie i często korzystają z jej zasobów. W najbliższych planach sytuuje się remont i zagospodarowanie holu dla pacjentów – z nową wykładziną i kolorowymi meblami. Wzdłuż oddziałowego korytarza wiszą grafiki podarowane przez artystę plastyka – Józefa Nowickiego, . „Zależało nam, by oddział nie wiał pustką. Wiele podobnych prac widziałam w Europie i myślę, że nasze są od nich o wiele lepsze – ocenia prof. Batura-Gabryel. – Choć to specyficzny rodzaj sztuki i dokonywanych na zdjęciach graficznych zabiegów, to w tych pracach jest głębia. Szczególnie podoba mi się cykl 3 grafik o nadziei, która w tym miejscu jest nam bardzo potrzebna".

Monika Dziamska

Fot. Archiwum

Liczy się pacjent

Z Tomaszem Danielewiczem – pielęgniarzem Oddziału Chirurgii "B" Szpitala Wojewódzkiego w Poznaniu, a jednocześnie pacjentem Oddziału Pulmonologii, Alergologii i Pulmonologii Onkologicznej o wykonywanym zawodzie i POChP, która za 20 lat według Światowej Organizacji Zdrowia będzie 4 przyczyną zgonów na świecie rozmawia Monika Dziamska.

Szacuje się, że na POChP choruje około 210 milionów ludzi na świecie. Choć w Polsce co roku umiera na nią 15 000 osób, to dla wielu nazwa ciągle jeszcze brzmi dość enigmatycznie.

POChP – Przewlekła obturacyjna choroba płuc to schorzenie wynikające ze zmian zachodzących w pęcherzykach płucnych, które w wyniku procesów zapalnych powodują ich niewydolność, a więc nie są w stanie prawidłowo uczestniczyć w wymianie gazowej tlenu i dwutlenku węgla. Powstają przez to pęcherze rozedmowe, które z czasem pękają. W ten sposób płuca nie mogą spełniać swojej funkcji wentylacyjnej – to nieodwracalny, aczkolwiek powolny, proces niszczenia płuc, mający rokowanie bardzo poważne.

POChP przez większość czasu przebiega bezobjawowo, dlatego niezauważona może rozwijać się latami. Zwykle pierwszymi objawami są kaszel i niewielkie duszności, które zazwyczaj nie budzą groźnych podejrzeń. Choroba rozwija się głównie wśród osób palących papierosy – to największa grupa ryzyka. Powody zachorowań mogą być również inne, czego przykładem jestem ja. Rozpoznanie POChP w 2001 roku w Klinice Akademii Medycznej w Lublinie było dla mnie ogromnym zaskoczeniem. Powstanie choroby było u mnie rezultatem bardzo dużej ilości zapaleń płuc i oskrzeli w dzieciństwie. To one spowodowały ich destrukcję, a w połączeniu z zapalnym rozszerzeniem błony śluzowej oskrzeli dały efekt, który zalicza mnie do grupy osób chorujących na POChP.

Od czego zależy szybkość rozwoju choroby?

POChP jest śmiertelnym schorzeniem. Jednak przy nowoczesnych technikach diagnostycznych, farmakoterapii, rehabilitacji oddechowej, ale przede wszystkim przy bardzo pozytywnym nastawieniu pacjenta, jak również jego najbliższych, można bardzo poważne następstwa choroby odwlec w czasie.

Dynamika procesu chorobowego zależy przede wszystkim od konstytucji fizycznej osoby chorującej, stopnia zaawansowania schorzenia, wyniszczenia organizmu, również od warunków socjoekonomicznych, a więc możliwości zaopatrywania się w lekarstwa i aparaturę medyczną. Niezwykle ważne jest też zaplecze psychoemocjonalne i wsparcie społeczne, ze strony rodziny, znajomych, otoczenia miejsca pracy.

Mam to szczęście, że jestem pielęgniarzem i wykonuję zawód, o którym zawsze marzyłem, w Szpitalu Wojewódzkim w Poznaniu. Dzięki mgr Barbarze Majkowskiej – pielęgniarce naczelnej, Dyrekcji szpitala, zwierzchnikom swojego oddziału, jak również koleżankom, mogę pomimo swojej choroby, cieszyć się zawodem. Spotkałem się z ogromną wyrozumiałością, wsparciem i chęcią pomocy ze strony wielu ludzi. To daje mi poczucie bycia potrzebnym i nie wyklucza mnie ze społeczeństwa; sprawia, że mam dodatkową motywację do ratowania siebie tak długo, jak tylko będzie to możliwe.

W jaki sposób można uchronić się przed POChP?

Warto korzystać z akcji badań przesiewowych w kierunku POChP, badań spirometrycznych i wizyt u ftyzjopulmonologa, szczególnie kiedy mamy do czynienia z niepokojącymi objawami w postaci narastającego kaszlu, zwłaszcza po nocy wraz z odkrztuszaniem śluzowo-ropnej wydzieliny, duszności, nadmiernej męczliwości podczas wysiłku fizycznego, częstych infekcji układu oddechowego. Niektórzy dopiero w zaawansowanym stadium choroby trafiają od lekarza podstawowej opieki zdrowotnej i do lekarza specjalisty, a wtedy leczenie staje się o wiele trudniejsze.

Diagnoza POChP i co dalej?

Z POChP powinno się bezwzględnie zaprzestać palenia tytoniu i prowadzenia trybu życia, eksploatującego układ oddechowy. Z problemem chorych oskrzeli i płuc żyję już 32 lata. Przez ten czas sposób leczenia uległ diametralnym przemianom – pojawiły się nowe leki,

(dokończenie na str. 14)

Z aparatem

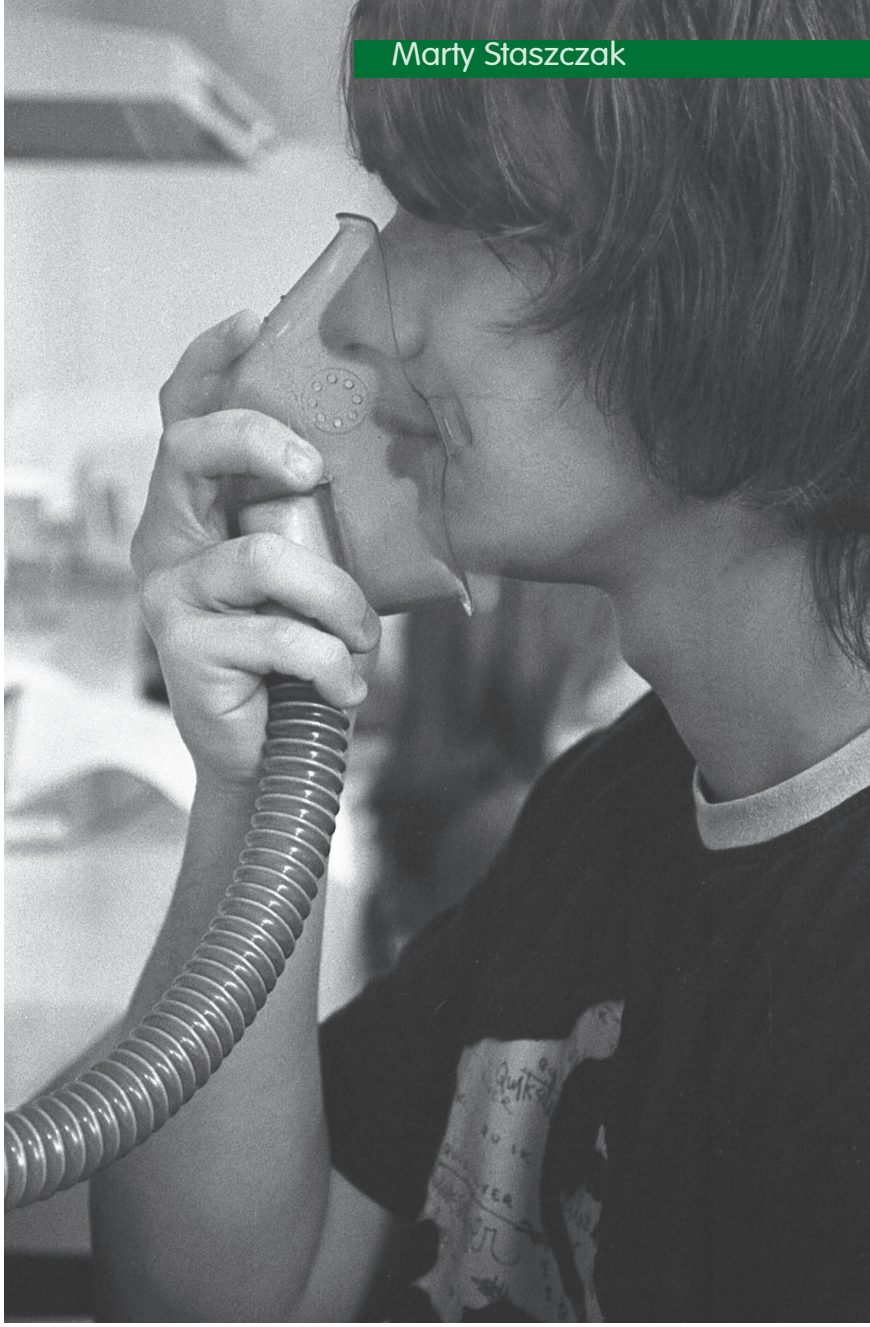
Reportaż powstawał podczas kilku pobytów w Klinice Pulmonologii. Dzięki poparciu dra Cofty i uprzejmości pracowników szpitala, miałam możliwość wejść z aparatem w miejsca niedostępne dla pacjentów. Początkowo planowałam bronić się fotografią tańca, jednak ówczesny stan zdrowia nie pozwolił mi na zrobienie takich prac.

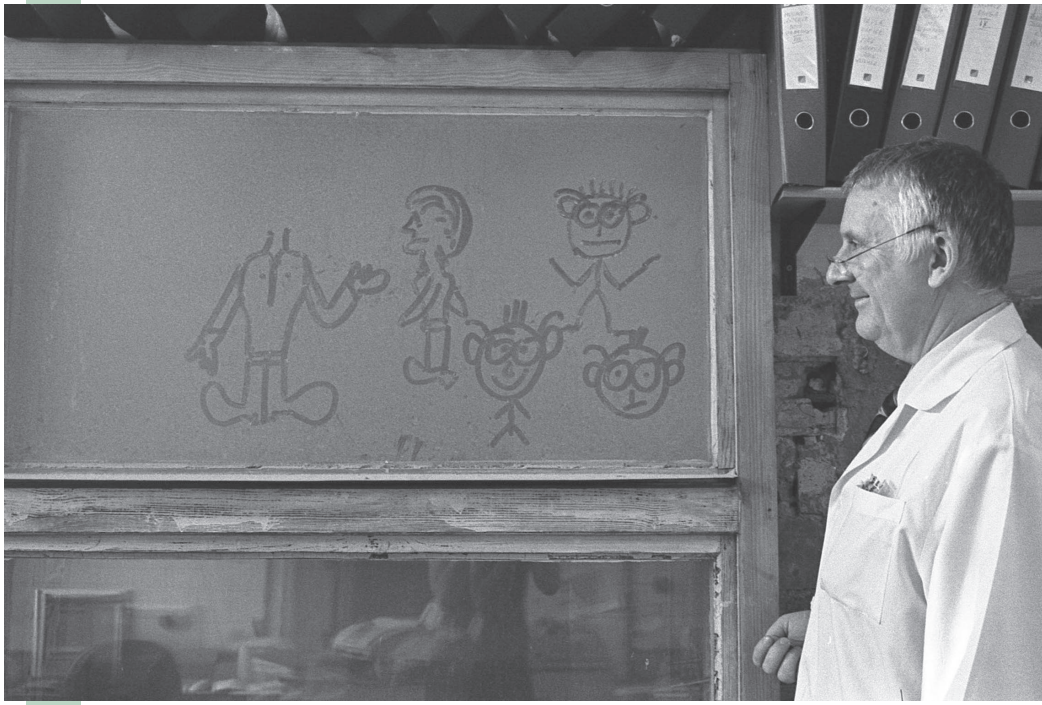
W większości fotografowałam osoby, z którymi dzieliłam pokój lub znałam je od dawna. Przede wszystkim zamierzałam pokazać życie codzienne szpitala – pracę personelu, proces leczenia, jak również wszystkie zwykłe zachowania ludzi – poranny papieros i popołudniowe plotki przy kawie – wszystko to w piżamie i z wenflonem w ręku.

Marta Staszczak

Wnikliwe spojrzenie

Marty Staszczak





Zdjęcia wykonane przez Martę Staszczak, chorą na mukowiscydozę, studentkę fotografiki podczas pobytu na Oddziale Pulmonologii, Alergologii i Pulmonologii Onkologicznej w 2006 r. Fotografie, ukazujące pacjentów i wewnętrzne życie szpitala, wykorzystane zostały do obrony pracy dyplomowej w Wyższej Szkole Humanistyczno-Ekonomicznej w Łodzi w 2007 roku.

LICZY SIĘ PACJENT

(dokończenie ze str. 11)

przenośna aparatura, którą można stosować w domu. Obecnie znacznie większą uwagę niż kiedyś poświęca się edukacji pacjentów i ich rodzin. Czas hospitalizacji w zaostrzeniu POChP bardzo się skrócił. Ogranicza się on głównie do opanowania silnych duszności, odczynów gorączkowych i zakażeń układu oddechowego. Dzięki szybkim technikom diagnostyki obrazowej, tomografii komputerowej wysokiej rozdzielczości (HRCT), oglądaniu stanu dolnych dróg oddechowych przez specjalnie cienki, elastyczny endoskop (bronchofiberoskopia), szybkiej ocenie spirometrycznej i mikrobiologicznej plwociny, badań genetycznych można powrócić do w miarę normalnego i aktywnego trybu życia.

Nasz Oddział Pulmonologii okiem pacjenta...

Oddział pulmonologiczny, z racji panującej w nim atmosfery, pozwoliłem nazwać sobie drugim domem. Kiedy jestem zmuszony tam wrócić – wracam jak do siebie. Czuję się bezpieczny, bo wiem, że wszystkie niezbędne badania będą wykonane i zostanie wdrożone odpowiednie leczenie.

Jedyną rzeczą, która budzi mój smutek i niezrozumienie jest brak miejsc izolacyjnych, które dawałyby komfort i bezpieczeństwo w leczeniu pacjentów nie tylko z POChP, ale także mukowiscydozą i nowotworami. Z mojej perspektywy to największa bolączka. Jeśli chodzi o stosowane leki, fizjoterapię i fizykoterapię oddział pulmonologiczny spełnia wymagane kryteria.

Pielęgniarz na oddziale, ale jako pacjent. Czy choroba pozwala dostrzec zawód w innym świetle?

Ostatnia hospitalizacja była moim 73 pobytem w szpitalu. Będąc pielęgniarzem, posiadam wiedzę i umiejętności, które bardzo pomagają mi w byciu pacjentem. Z kolei jako pacjent, mogę obserwować i stale uczyć się wykonywać swój zawód jeszcze lepiej.

Pielęgniarstwo ftyzjopulmonologiczne jest bardzo specyficzne. Mimo, że jest ono typowo zachowawcze, uczy szacunku do pacjenta przez długotrwały czas leczenia, często aż do śmiertelnego zejścia. Bardzo chciałbym nauczyć się od pielęgniarek z oddziału pulmonologicznego ogromnego wyczucia w zakresie edukacji pacjentów – odpowiedniego doboru słów do przekazywanych, nierzadko trudnych, informacji oraz umiejętności szczerej i ciepłej rozmowy. Zawsze jestem pod wrażeniem ich wiedzy i ogromnej troski o pacjenta. Każda śmierć na oddziale jest przeżywana, jak osobista porażka.

Chyba nie zawsze jednak wszystko wygląda tak korzystnie?

Największym minusem i pielęgniarstwa ftyzjopulmonologicznego, i generalnie medycyny w Polsce jest powstanie jednej z najbardziej zbiurokratyzowanych instytucji, jaką można było stworzyć, czyli Narodowego Funduszu Zdrowia. Instytucji, która spowodowała, że pacjenci to punkty i jednostki rozliczeniowe, a wykonywane przy nich czynności to procedury, które mają swój kod i symbol. W systemie ochrony zdrowia, zaserwowanym przez polski NFZ, pacjent pojawia się zwykle na samym końcu.

Marzy mi się, by zespół interdyscyplinarny: lekarz, pielęgniarka, fizjoterapeuta, dietetyk, psycholog, duszpasterz, rodzina, miał rzeczywiście czas wspólnie usiąść i porozmawiać z chorym i jego rodziną, wytyczając alternatywne sposoby diagnostyki, leczenia, rehabilitacji oraz wsparcia psychoemocjonalnego. W przypadku polskiego systemu ochrony zdrowia, jeszcze długo będzie to utopią, ale będę w nią wierzył.

Życie z chorobą…

POChP przyniosło największą dla mnie zawodową porażkę – konieczność odejścia ze względów zdrowotnych z pracy na Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii w moim szpitalu, pod kierunkiem dr Adama Mikstackiego i oddziałowej, mgr Elżbiety Piszczoły. Pracę w OIT traktowałem w kategoriach realizacji mojej życiowej pasji, jaką jest OIOM. Odejście stamtąd, po ponad roku pracy, bardzo przeżyłem. Wiedziałem jednak, że aby ratować swoje życie musiałem tą cenę zapłacić.

Z POChP również przyszłość jest wymagająca.

Bardzo chciałbym mieć kiedyś okazję, jako pielęgniarz, sprawować opiekę nad pacjentem w zaawansowanym stadium mukowiscydozy – do tej pory nie miałem jeszcze takiej możliwości.

Kolejnym marzeniem jest praca przez długie lata na Oddziale Chirurgii Ogólnej w Szpitalu Wojewódzkim przy Juraszów, w którym mam przyjemność aktualnie pracować. Cieszę się, że moje nowe koleżanki w zawodzie, lekarze, jak i kierownictwo oddziału chirurgicznego (dr Jerzy Skrobisz oraz pielęgniarka oddziałowa Jadwiga Nowak) wykazują bardzo dużo wyrozumiałości w wykonywanych przeze mnie czynnościach pielęgniarskich i realizacji pasji zawodowych.

Zawsze zastanawiałem się nad tym, co by było, gdybym nie był chory. W pewnym momencie złapałem się na tym, że nie chciałbym zmienić swojego życia. Choroba nauczyła mnie ogromnego szacunku do ludzi, zmieniła moje zapatrywania na wiarę w Boga i sprawiła, że pokochałem swoje życie takim, jakie jest.

Wiem, że wyniki moich badań układu oddechowego się zmieniają i z czasem będą coraz bardziej niekorzystne. Zdaję sobie sprawę, co to dla mnie znaczy. Zawsze jednak rodzinie i znajomym mówię, że niezależnie od tego, ile tego życia jeszcze mi zostało, nie chcę go nigdy przegrać. ■

Ten sam cel

Fot. dr. Hanna Jankowiak-Gracz

Dyrektor Jan Talaga, przełożona s. Krystyna Jaroszewska i biskup Marek Jędraszewski

6 sierpnia br. w Kościele Przemienienia Pańskiego przy ul. Długiej odbyła się uroczystość odpustowa – święto patronalne Szpitala Klinicznego Przemienienia Pańskiego. Uroczystą mszę św. o godz. 18 celebrował i homilię wygłosił ks. biskup Marek Jędraszewski. Świątynia była wypełniona wiernymi po brzegi. Licznie przybyli również pacjenci, przebywający aktualnie w szpitalu.

Po uroczystościach religijnych goście zostali zaproszeni do jadalni Sióstr Miłosierdzia. W tym spotkaniu wziął udział również Dyrektor Naczelny Jan Talaga oraz osoby towarzyszące. Był to również znakomity moment, by w słowie powitalnym zauważyć, że zarówno Siostry, jak i Dyrekcja oraz pracownicy szpitala są sobie bliscy, gdyż łączy nas ten sam cel – służba chorym. To w tym miejscu 186 lat temu nasze Siostry poprzedniczki dały początek służbie zdrowia w Poznaniu i w całej Wielkopolsce. A Chrystus w wizerunku Przemienienia Pańskiego był tu obecny od początku i do dzisiaj błogosławi temu dziełu, jakim jest służba chorym; wysłuchuje próśb ludzi modlących się, przywraca im zdrowie i nadzieję.

s. Krystyna Jaroszewska
Przełożona Zgromadzenia Sióstr Miłosierdzia

Notatki

z archiwum chełmińskiego o naszym Szpitalu

Podczas wakacyjnych wędrówek zawitałem do domu prowincjalnego Sióstr Miłosierdzia w Chełmnie – właścicielek naszych budynków przy ul. Długiej. Okazało się, że bogate archiwum zakonne kryje wiele cennych informacji o przeszłości naszego stuosiemdziesięciosześcioletniego Szpitala.

Fragment zabudowań Sióstr Miłosierdzia w Chełmnie. Obecny imponujący klasztor, położony na wysokim brzegu Wisły, powstał w trakcie ewolucji zabudowań zamku krzyżackiego, a następnie sióstr klauzurowych.

Dziewiętnastowieczny witraż w korytarzu klasztornym przestawiający św. Wincentego a'Paulo – patrona europejskiej dobroczynności.

Czy wiemy na przykład, że:

• orędziem z 2 sierpnia 1821 roku król pruski zarządził zamianę Klasztoru Klarysek przy Placu Bernardyńskim w Poznaniu na „Szpital Sióstr Miłosierdzia"; w budynkach początkowo – od roku 1822 – organizowano klasztor sióstr, a następnie przystąpiono do przebudowy umożliwiającej przyjmowanie chorych;

• na początku działalności Szpitala można było pomieścić 60 chorych, wśród których pracowało 9 Sióstr Miłosierdzia;

• w roku 1930 szpital mieścił 260 chorych, wśród których pracowało 60 sióstr zakonnych, 20 pomocnic – pielęgniarek i 120 osób służby;

• pierwotne nieruchomości Zakładu Sióstr Miłosierdzia Przemienienia Pańskiego składały się z własności klasztornej po zakonie Klarysek oraz z darowizny Siostry Józefy Daleszyńskiej (na terenie ogrodu z dwoma domami mieszkalnymi, kupionego od Schlabitzów powstawały nowe zabudowania);

• w skład posesji wchodziły m.in. ogród Klarysek z wejściem od ul. Rybaki 45;

• znaczna część gruntów klasztornych została sprzedana przez siostrę Pyrzanowską w roku 1841 Komisji Fortyfikacyjnej;

• w roku 1872 „pielęgnowano w Zakładzie 1165 osób; z tych wyszło uleczonych – 836; nieuleczonych – 81; umarło – 114; z końcem roku w kuracji pozostało – 134; czas kuracji pojedynczych chorych na dni obliczony razem wynosi – 51,774 dni, z których: podług etatu – 10,950; z funduszu dobroczynnego – 9,125; ze strony płacących chorych – 6,383; na koszt administracji fortecznej – 0,010; zatem dni opłaconych – 26,468; dni kuracyjnych niepłatnych – 25,306".

• w roku 1877 – podczas okupacji niemieckiej – podjęto próbę upaństwowienia Szpitala z powierzeniem zarządu tzw. Naczelnemu Prezesowi; zmianę tę kontestowano;

• pierwszy ślad działalności klinicznej można datować na rok 1928, kiedy to podpisano odpowiednie umowy między Siostrami a Uniwersytetem Poznańskim (umożliwiło to rozporządzenie Ministra Oświaty z dnia 22 marca 1928 roku) – rozpoczęto wówczas działalność kliniki chirurgicznej; aneksem do umowy uregulowano umieszczenie ponadto w roku 1945 kliniki ortopedycznej (wskutek utraty jej bazy podczas wojny);

• próbę rozszerzenia działalności klinicznej podjęto w roku 1948 – w dokumentach można znaleźć uchwałę Wydziału Lekarskiego, postulującą umieszczenie klinik w budynku przy ul. Długiej, a także wstępną odmowę Sióstr dotyczącą lokalizacji dalszych klinik; Siostry prosiły o dalsze bardziej wnikliwe zbadanie spraw i określenie możliwości.

Szczepan Cofta
Naczelny Lekarz Szpitala

Wzajemny obowiązek

Przepisy Kodeksu pracy wprost określają obowiązki pracodawców i pracowników, dotyczące profilaktycznych badań lekarskich. Zasadą jest, że pracodawca (a w jego imieniu bezpośredni przełożony pracownika) nie może dopuścić do pracy pracownika niemającego aktualnego orzeczenia lekarskiego, stwierdzającego brak przeciwwskazań do pracy na określonym stanowisku.

Dodatkowo, art. 10 ust. 1 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej wprost stwierdza, że „w zakładzie opieki zdrowotnej świadczenia zdrowotne udzielane są wyłącznie przez osoby wykonujące zawód medyczny oraz spełniające wymagania zdrowotne, określone odrębnymi przepisami".

W dziedzinie profilaktycznych badań lekarskich podmiotem obowiązków jest nie tylko pracodawca (a w jego imieniu osoby bezpośrednio kierujące pracą innych osób), ale także pracownicy. Wynika to z art. 211 pkt. 5 k.p., zgodnie z którym pracownik ma obowiązek poddać się badaniom lekarskim.

Niepoddanie się profilaktycznym badaniom przez pracownika może rodzić jego odpowiedzialność zarówno porządkową, jak i materialną – jeśli spowodowałoby to szkodę po stronie pracodawcy; może być także potraktowane jako ciężkie naruszenie przez pracownika podstawowych obowiązków pracowniczych i jako takie będzie stanowiło podstawę niezwłocznego rozwiązania stosunku pracy z winy pracownika (art. 52 k.p.).

Natomiast naruszenie przez pracodawcę obowiązków w dziedzinie profilaktycznych badań lekarskich może rodzić zarówno jego odpowiedzialność za wykroczenia przeciwko prawom pracownika (art. 283 § 1 k.p.), jak i odpowiedzialność odszkodowawczą, jeżeli w wyniku zaniedbań dotyczących profilaktycznych badań nastąpiło pogorszenie stanu zdrowia pracowników.

Koszty

Ciężar finansowy profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracownikiem obciąża całkowicie pracodawcę. Pracodawca ma obowiązek wypłacić pracownikom wynagrodzenie za czas niewykonywania pracy w związku z badaniami profilaktycznymi (okresowe i kontrolne badania lekarskie przeprowadza się bowiem w miarę możliwości w godzinach pracy), a także zwrócić koszty podróży w razie przejazdu pracownika na badania profilaktyczne do innej miejscowości (art. 229 § 3 k.p.).

Ustawodawca przywiązuje dużą wagę do dokumentacji medycznej, dotyczącej badań profilaktycznych. Prowadzenie odpowiedniej dokumentacji obciąża zarówno lekarza, jak i pracodawcę. Lekarz przeprowadzający badanie profilaktyczne powinien prowadzić karty badań profilaktycznych i rejestr wydanych zaświadczeń. Prawidłowość przeprowadzania badań profilaktycznych, tzn. tryb, zakres i częstotliwość tych badań, jak również wydawanie i dokumentowanie orzeczeń lekarskich jest objęte kontrolą sprawowaną z urzędu przez wojewódzkie ośrodki medycyny pracy. Natomiast pracodawca jest zobowiązany do przechowywania w aktach osobowych orzeczeń lekarskich, wydanych na podstawie badań profilaktycznych.

Procedura

W Szpitalu wszystkie badania profilaktyczne mogą być wykonywane wyłącznie za pośrednictwem Poradni Badań Okresowych.

1. Bezpośredni przełożony wystawia podległym pracownikom skierowanie na badania profilaktyczne.
2. Skierowanie na badania okresowe i kontrolne powinno być wystawione z odpowiednim wyprzedzeniem, które umożliwi pracownikowi wykonanie badań i otrzymanie stosownego orzeczenia przed dniem utraty ważności poprzedniego.
3. Sekcja Kadr przypominająco informuje, pisemnie i telefonicznie, kierowników poszczególnych jednostek organizacyjnych, co najmniej z miesięcznym wyprzedzeniem, o konieczności skierowania podległych im pracowników na badania okresowe.
4. Skierowanie, będące podstawą przeprowadzenia badania, powinno zawierać informacje określające:
   a. rodzaj badania profilaktycznego, jakie ma być wykonane;

Kompleksowo

Badania profilaktyczne są niezwykle ważne, ponieważ pozwala ją na kompleksową ocenę stanu zdrowia i czynników ryzyka wielu chorób. Bardzo często po badaniach laboratoryjnych, specjalistycznych i przeprowadzonym wywiadzie z badaniem przedmiotowym wykrywa się cukrzycę, nadciśnienie i inne schorzenia.

Na podstawie stanu zdrowia pacjenta określam czas, po którym badanie powinno być wykonane ponownie. W razie stwierdzonych odchyleń pracownik kierowany jest do lekarza rodzinnego z pismem, w jakim kierunku rozszerzyć diagnostykę i wprowadzić ewentualne leczenie.

Do tej pory tylko jedna osoba nie otrzymała zdolności do pracy i została w trybie pilnym skierowana do szpitala. Po niedługim czasie, dzięki wprowadzonemu leczeniu i rzetelnemu podejściu do zaleceń, mogła rozpocząć pracę.

Dr Wiesława Makowska-Kaczmarek
Lekarz Zakładowy

Fot. Monika Dziamska

Kolejna edycja

W dniu 27 czerwca br. w Sali Seminaryjnej Kliniki Chirurgii Ogólnej i Naczyń odbyły się po raz drugi warsztaty z cyklu dotyczącego leczenia ran i owrzodzeń. Program zajęć obejmował seminaria z zakresu roli kompresoterapii w leczeniu przewlekłych owrzodzeń goleni i obrzęków limfatycznych oraz zespołu stopy cukrzycowej; a także zajęcia praktyczne, podczas których przedstawiono diagnostykę dwudziestu przypadków (dr Krzysztof Wachal, dr Sławomir Kaczmarek).

Fot. Jakub Tomaszewski

Warsztaty, objęte patronatem medialnym dwumiesięcznika „Leczenie ran", zorganizowano przy współpracy: Kliniki Chirurgii Ogólnej i Naczyń Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu, Kaliskiego Towarzystwa Lekarskiego, Wielkopolskiego Oddziału Towarzystwa Chirurgów Polskich. Zgromadziły one ponad trzydziestu lekarzy z całej zachodniej Polski. W murach naszego Szpitala gościliśmy głównie chirurgów i dermatologów, nie zabrakło także rehabilitantów z Poradni Hospicjum Palium.

Dzięki nowoczesnemu sprzętowi dydaktycznemu i diagnostycznemu, którym dysponuje Klinika Chirurgii Naczyniowej warsztaty miały bardzo ciekawą formę praktyczną. Wszyscy uczestnicy mogli aktywnie doskonalić i sprawdzić swoje umiejętności w zakładaniu opasek i odzieży kompresyjnej. Duża ilość zgromadzonych różnorodnych produktów (dostępnych w kraju lub jedynie zagranicą), stosowanych w leczeniu tych problemów klinicznych, pozwoliła uczestnikom spotkania na poszerzenie swojej wiedzy również o najnowsze osiągnięcia w tej dziedzinie. Każdy uczestnik szkolenia otrzymał pięć punktów edukacyjnych.

Ponieważ warsztaty organizowane w naszym Szpitalu spotkały się z dużym zainteresowaniem środowiska medycznego w listopadzie tego roku prawdopodobnie zostanie zorganizowana ich kolejna edycja. Wszystkich pracowników, zainteresowanych tą tematyką, serdecznie na nią zapraszam.

Dr n. med. Krzysztof Wachal

b. stanowisko pracy, na którym osoba ma być zatrudniona (w przypadku osób przyjmowanych do pracy lub pracowników przenoszonych na inne stanowiska pracy) albo na którym osoba jest zatrudniona (w przypadku pracowników);
c. występowanie na stanowisku lub stanowiskach pracy szkodliwych dla zdrowia lub uciążliwych warunków oraz aktualne wyniki badań i pomiary czynników szkodliwych dla zdrowia, wykonanych na tych stanowiskach.

W przypadku orzeczeń:

- stwierdzających, że ze względu na stan ciąży kobieta nie powinna wykonywać pracy;
- stwierdzających u pracownika objawy wskazujące na powstawanie choroby zawodowej;
- stwierdzających niezdolność do wykonywania dotychczasowej pracy u pracownika, który uległ wypadkowi przy pracy lub u którego stwierdzono chorobę zawodową, lecz nie zaliczono go do żadnej z grup inwalidów,

pracodawca (a w jego imieniu bezpośredni przełożony) wystawia skierowanie, po zgłoszeniu przez pracownika niemożności wykonywania dotychczasowej pracy, poza terminami wynikającymi z ustalonej częstotliwości wykonywania badań.

5. Po przeprowadzeniu badania profilaktycznego lekarz wydaje – w formie zaświadczenia – orzeczenie o braku przeciwwskazań zdrowotnych do pracy na określonym stanowisku pracy lub orzeczenie stwierdzające ich istnienie.
6. Zaświadczenia lekarskie w przedmiotowych sprawach wydawane są odrębnie pracownikowi i pracodawcy.
7. Poradnia Badań Okresowych przekazuje orzeczenia, wydawane na potrzeby pracodawcy na bieżąco, bezpośrednio do Sekcji Kadr, gdzie przechowywane są w aktach osobowych.
8. Sekcja Kadr przekazuje kopię zaświadczeń do widomości osobie, która skierowanie wystawiła.
9. Wyniki przeprowadzonych badań oraz opis badania odnotowane pozostają w dokumentacji medycznej pracownika. Dokumentacja ta składa się z karty badania profilaktycznego oraz rejestru wydanych zaświadczeń.

Wniosek

Jeśli pracownik lub pracodawca nie godzą się z treścią wydanego orzeczenia, mają możliwość wystąpienia z wnioskiem do właściwego wojewódzkiego ośrodka medycyny pracy o przeprowadzenie ponownego badania. Wniosek można złożyć w ciągu 7 dni od dnia wydania orzeczenia (zaświadczenia). Złożenie wniosku następuje za pośrednictwem lekarza, który wydał kwestionowane zaświadczenie.

Natomiast w przypadku, gdy zaświadczenie to wydał lekarz zatrudniony w wojewódzkim ośrodku medycyny pracy – wniosek o przeprowadzenie badania składa się do najbliższej jednostki badawczo-rozwojowej w dziedzinie medycyny pracy. W ciągu 14 dni od dnia złożenia wniosku powinno zostać przeprowadzone ponowne badanie i wydane zaświadczenie. Orzeczenie lekarskie, wydane na podstawie ponownego badania, jest ostateczne i nie przysługuje od niego odwołanie.

Iwona Wesołowska
Kierownik Działu Kadry Płace

elective course

Szkoła onkologii

Fot. Monika Dziamska

Elective Course in Oncology for medical students nazywana potocznie „letnią szkołą onkologii", organizowana z inicjatywy prof. Janiny Markowskiej i prof. Jana Vermorkena, w tym roku odbyła się po raz piąty. Podczas intensywnych zajęć w dniach od 10-21 sierpnia br. 24 studentów wydziałów medycznych z 16 krajów europejskich miało możliwość zapoznania się z podstawowymi zagadnieniami z zakresu onkologii – mechanizmami powstawania oraz zasadami diagnozowania i leczenia najczęstszych nowotworów. Program zajęć obejmował część teoretyczną – wykłady oraz pracę nad zagadnieniem problemowym i praktyczną – wizyty na szpitalnych oddziałach. Zajęcia prowadzone były przez znanych wykładowców z szeregu ośrodków w kraju i za granicą. Tak jak poprzednie również tegoroczna edycja „letniej szkoły onkologii" zorganizowana została we współpracy z European CanCer Organisation.

Redakcja

Dr Radosław Mądry

Georgios Chatzigiannidis, Grecja, National and Kapodistrian University of Athens

Przyszłość

Powodem dla którego tu jesteśmy jest oczywiście poszerzenie wiedzy z zakresu interesujących nas zagadnień. Do tej pory podczas zajęć praktycznych i teoretycznych mieliśmy możliwość zapoznania się z wieloma aspektami chirurgii onkologicznej, chemioterapii i radioterapii. Mając tą podstawową wiedzę, możemy ją rozwijać w przyszłości na wybranych specjalnościach.

Osobiście najbardziej z zagadnień onkologicznych interesuje mnie chirurgia. Uczęszczamy na wiele interesujących zajęć, spośród których jednak największe wrażenie wywarła na mnie sesja o chemioterapii. Być może rezultatem będzie zmiana moich zainteresowań i obranie związanego z nią zawodowego kierunku.

Teoretyczne sesje bez wyjątku są prowadzone na najwyższym poziomie, wykładowcy tłumaczą nawet najdrobniejsze detale, ale to jednak wizyty na oddziałach i bezpośredni kontakt z pacjentem są najbardziej poruszające. Widzieliśmy wielu, często bardzo młodych ludzi z nowotworami.

Kiedy stoisz przy łóżka pacjenta, wtedy lepiej rozumiesz, że jesteś lekarzem i musisz mu pomóc. To najważniejszy aspekt tego kursu. ■

John Overton, Wielka Brytania, Queen Mary, University of London

Integracja

Zgłosiłem się na kurs ponieważ interesują mnie kwestie onkologiczne. Dorastałem w Brukseli, która jest stolicą Unii Europejskiej. Uczęszczałem tam do europejskiej szkoły, gdzie wśród kolegów z różnych stron świata, uczyłem się integracji oraz szacunku do innych kultur i tradycji. To dlatego idea kursu dla studentów z całej Europy szczególnie do mnie przemówiła. Różnorodność tworzy niezwykłe środowisko do czerpania wiedzy.

Wykłady teoretyczne są na bardzo wysokim poziomie, prowadzą je doskonali wykładowcy, europejscy eksperci z wybranych dziedzin, spośród których najbardziej cenionym przeze mnie jest prof. Vermorken z Belgii.

Do tej pory mieliśmy okazję zobaczyć rozległą gamę specjalizacji, powiązanych z tematem onkologii i dokładnie zapoznać się z trzema głównymi sposobami leczenia nowotworów.

Warto było tu przyjechać. W Anglii nie ma podobnych, tak unikatowych kursów, z których studenci mogą czerpać tak nieocenione korzyści. ■

Elshad Hasanov, Turcja, Hacettepe University

Wiedza

Jeszcze zanim rozpocząłem studia medyczne bardzo interesowałem się onkologią. Kiedy tylko usłyszałem o kursie współorganizowanym przez European CanCer Organisation, wiedziałem, że to dla mnie olbrzymia szansa na zdobycie rozległej wiedzy.

Najważniejszą rzeczą, jakiej się tu dowiedziałem było to, ile zostało już zrobione w kwestii leczenia raka i ile jeszcze zostało do zrobienia dla nas w przyszłości. Cieszę się, że jestem obecny na tym dwutygodniowym kursie, który umożliwia nam zobaczenie tego, z czym zwykle spotyka się dopiero w codziennej zawodowej praktyce.

Zajęcia praktyczne uświadomiły mi, jak trudno być onkologiem, który pełen przygnębiających obrazów musi zawsze być gotowy do pomocy i umieć podejmować wyważone decyzje. Mimo to, taką właśnie chciałbym mieć pracę w przyszłości – nieustannie z myślą o kimś. ■

Uznanie

Fot. Monika Dziamska

Prof. Janina Markowska

O letniej szkole onkologii zorganizowanej we współpracy z European CanCer Organisation i Uniwersytetu Medycznego z prof. Janiną Markowską rozmawia Monika Dziamska.

Studenci z europejskich uniwersytetów po raz trzeci w Poznaniu uczestniczyli w letniej szkole onkologii. Dla kogo organizowane są te zajęcia?

Elective Course in Oncology for medical students to kurs przeznaczony dla studentów ostatniego roku medycyny z całej Europy. W tym roku spośród 70 kandydatów wybraliśmy jedynie 24 osoby, które spełniały wymogi kwalifikacji. Każda z nich musiała przedstawić list rekomendacyjny ze swojej uczelni oraz posiadać choćby niewielki dorobek naukowy bądź praktyczny. Przy wyborze zwracaliśmy również dużą uwagę na to, by studenci byli zdecydowani w przyszłości na pracę w onkologii. Dzięki tym wstępnym kryteriom, wielu absolwentów organizowanych przez nas w ostatnich latach kursów pracuje w Poznaniu, z czego dwóch w Klinice Onkologii.

W jaki sposób został rozłożony harmonogram zajęć?

Letnia szkoła to bardzo intensywny kurs, który składa się z dwóch zasadniczych części: teoretycznej i praktycznej. Każdy student uczestniczył w wykładach prowadzonych przez europejskich ekspertów z różnych dziedzin onkologii. Oprócz doskonałych wykładowców z Holandii, Finlandii, Niemiec i Belgii, swoją wiedzą dzielili się również nasi doskonali poznańscy prelegenci, jak prof. Jerzy Nowak – wybitny genetyk czy prof. Jacek Wachowiak – znany hematolog. Niezwykle ważne jest również to, że teoretyczna wiedza przeplatana jest z praktyką na szpitalnych oddziałach Uniwersytetu Medycznego oraz Wielkopolskiego Centrum Onkologii. Studenci dodatkowo podczas dwutygodniowego kursu przygotowują w grupach pracę naukową, dotyczącą wybranego problemowego zagadnienia, którą na zakończenie prezentują reszcie uczestników.

Dwie pierwsze edycje letniej szkoły onkologii odbyły się kolejno w Antwerpii (2005) i Berlinie (2006), tegoroczna jest trzecią organizowaną w Poznaniu. Prawdopodobnie kolejna również będzie miała miejsce w naszym mieście.

Rzeczywiście, nasz ośrodek cieszy się wielkim uznaniem, zarówno wykładowców, jak i uczestników kursu. Wynika to przede wszystkim z doskonałej organizacji, nad którą czuwa dr Radek Mądry i wysokiego poziomu przekazywanej wiedzy, dotyczącej zagadnień onkologicznych. Umożliwiamy zdolnym studentom spotkania ze znanymi onkologami oraz ukończenia specjalistycznego kursu podczas wakacji. Zapewniamy również wszystkim uczestnikom dobre warunki lokalowe, posiłki i bezpłatne przejazdy środkami miejskiej komunikacji. Myślę jednak, że oprócz tego wszystkiego dajemy im coś więcej – zapewnienie, że na każdym z nich bardzo nam zależy.

Inicjatywa

Choroby układu sercowo-naczyniowego wciąż stanowią przyczynę około połowy zgonów mieszkańców Europy. Wśród nich zabójcą nr 1 jest zawał serca. W maju br. w czasie kongresu EuroPCR w Barcelonie, Europejskie Towarzystwo Kardiologiczne (European Society of Cardiology) wraz z Europejskim Towarzystwem Interwencji Sercowo-Naczyniowych (European Association of Percutaneous Cardiovascular Interventions) ogłosiło rozpoczęcie nowej inicjatywy o nazwie *Stent for Life,* czyli *Stent dla Życia*.

Do jej powstania przyczyniły się, z jednej strony niezbite dowody o skuteczności leczenia interwencyjnego zawału serca, a z drugiej duże dysproporcje pomiędzy częstością stosowania takiego leczenia w różnych krajach Europy. Zastosowanie angioplastyki pierwotnej z implantacją stentu (PPCI) w ostrej fazie zawału serca z uniesieniem odcinka ST (STEMI) pozwoliło, w ostatnich latach, obniżyć śmiertelność szpitalną pacjentów z ok. 15 procent w czasach fibrynolizy do zaledwie 4-5 procent. Zatem PPCI ratuje dodatkowo życie ok. 10 pacjentów na każdych 100 leczonych! Mimo to, wiele państw Europy w niedostatecznym stopniu wykorzystuje tę metodę w terapii ostrego zawału serca. Odsetek chorych leczonych inwazyjnie, w różnych krajach naszego kontynentu, waha się między pięcioma a dziewięćdziesięcioma procentami. Obecnie w Europie liczba zabiegów PPCI wynosi średnio ok. 450 w przeliczeniu na milion mieszkańców. Głównym zadaniem programu *Stent for Life* jest zwiększenie dostępności do PPCI, tak aby podnieść tę średnią do 600 na milion, co oznacza leczenie inwazyjne blisko 70 procent pacjentów z zawałem serca.

Lider europejski

Jak na tle tych liczb wygląda nasz kraj? Z dumą trzeba przyznać, że Polska należy do liderów europejskich w leczeniu ostrych zespołów wieńcowych (OZW). Dysponujemy nowoczesną siecią blisko stu ośrodków kardiologii inwazyjnej, leczących pacjentów z zawałem serca 24 godziny na dobę przez siedem dni w tygodniu. Liczba PPCI w ostrej fazie STEMI już dawno przekroczyła średnią europejską; w roku 2008 wykonaliśmy ponad 27 tysięcy takich zabiegów, co daje średnią 710 na milion mieszkańców, czyli znacznie więcej niż wyznaczony cel dla Europy na najbliższe lata (600/milion). Oznacza to, że obecnie ponad 70% pacjentów z zawałem serca z uniesieniem odcinka ST jest w Polsce leczona inwazyjnie. Wielkopolska jest jednym z pierwszych regionów, który wprowadził kompleksowy program leczenia zawału serca dla całego województwa. Powiat poznański, jest pod tym względem wyjątkowy, ponieważ od października 2001 roku każdy pacjent z ostrym zawałem może być leczony inwazyjne. Już w roku 2002 leczyliśmy ponad 1000 chorych ze STEMI metodą inwazyjną, podczas gdy fibrynolizę zastosowano tylko u 34. Nasz Szpital, jak wiadomo, bierze udział w tym programie od samego początku, tj. od 15 października 2001 roku, kiedy miał miejsce pierwszy dyżur hemodynamiczny. Obserwacje tych chorych wykazały, że śmiertelność szpitalna w grupie leczonej inwazyjnie wyniosła zaledwie 3%, a śmiertelność 30-dniowa 4,8%.
W pierwszym roku po zawale serca zmarło łącznie blisko 10 procent, a po trzech latach 12 procent leczonych. Zatem w grupie leczonej inwazyjnie przeżywalność 3-letnia była większa niż przeżycie wewnątrzszpitalne pacjentów leczonych fibrynolizą. Od tego czasu liczba wielkopolskich szpitali prowadzących 24-godzinny dyżur hemodynamiczny wzrosła z dwóch do siedmiu. Oprócz czterech szpitali poznańskich dyżur taki prowadzą także ośrodki w Kaliszu, Pile i Lesznie. Mimo to, w naszym Szpitalu nadal leczymy około 700 pacjentów z zawałem serca rocznie.

Wiele do zrobienia

Czy to znaczy, że jesteśmy tak dobrzy, że nic się już nie da poprawić w leczeniu pacjentów z ostrymi zespołami wieńcowymi w Polsce? Niestety, wiele jest jeszcze do zrobienia. Naszą bolączką jest zbyt późne zgłaszanie się chorych z zawałem do specjalistycznych ośrodków kardiologii inwazyjnej. Składa się na to wiele czynników. Przede wszystkim sam pacjent często zwleka z wezwaniem pomocy, a jeśli już zdecyduje się zbadać, to nierzadko jedzie do najbliższego szpitala własnym transportem. Wszystko to sprawia, że na 100 chorych z zawałem serca około 25 umiera w okresie przedszpitalnym! Kolejnym ważnym czynnikiem opóźniającym leczenie jest przewożenie pacjenta z zawałem serca do naj-

Anomalie

Upały, gwałtowne burze, ulewy, powodzie i znowu upały – pogoda nie oszczędza Polski w ostatnich miesiącach. Oprócz zwykle spotykanych zjawisk atmosferycznych, nasz kraj nawiedzają także te wyjątkowo niekorzystne.

Do anomalii pogodowych w Wielkopolsce, po ich licznych i niespodziewanych przejawach, należy się przyzwyczaić.

Wspomniane zjawiska nie omijają również naszego Szpitala. Na skutek burz i towarzyszących im ulewnych deszczy w ostatnich dwóch miesiącach mieliśmy kilka podtopień i zalań, które były utrapieniem dla Dyrekcji Szpitala.

W związku z nieprzewidywalną pogodą, niosącą zniszczenia i narażającą naszą placówkę na materialne straty, służby Szpitala poczyniły starania, które mają zapobiec przyszłym zalaniom. Pracownicy Działu Technicznego zamontowali zasuwy burzowe, wykonali częściowo izolację pionową ścian piwnic oraz przeczyścili kanalizację deszczową.

Dbając o dobro Szpitala zwracam się z uprzejmą prośbą do wszystkich pracowników, by zadbali o zabezpieczenie własnych pomieszczeń.

Arkadiusz Stasiak
Kierownik Działu Administracji
Irena Usowicz
Kierownik Działu Technicznego

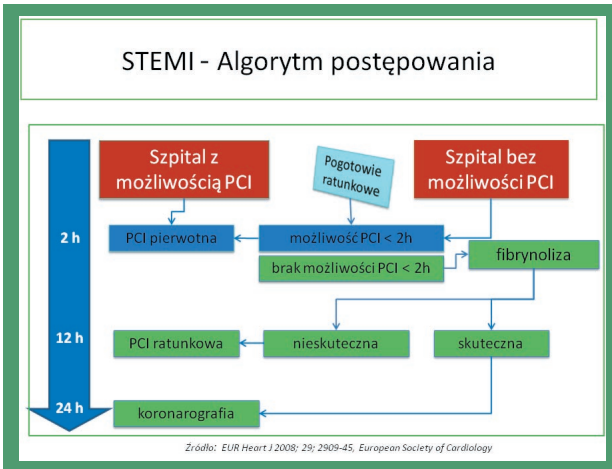
bliższego szpitala, często nieposiadającego możliwości leczenia angioplastyką pierwotną. Nadal nie wszystkie karetki wyposażone są w aparaty EKG, a nawet jeśli je mają, to istnieją problemy z interpretacją zapisu. Można temu zaradzić, stosując system transmisji zapisu EKG za pomocą sieci GSM do ośrodka, w którym kardiolog oceni czy transportowany pacjent może mieć zawał serca. Chodzi tu przede wszystkim o postać zawału z uniesieniem odcinka ST, w którym każda minuta się liczy. Takie systemy działają też w Wielkopolsce, np. w regionie pilskim. Aby skutecznie skrócić czas między rozpoznaniem zawału a otwarciem tętnicy wieńcowej, pacjent powinien być przekazany bezpośrednio do ośrodka kardiologii inwazyjnej, specjalistycznym transportem, z pominięciem wszystkich jednostek pośrednich (przychodnie, szpitale rejonowe, SORy itp.). Obecnie dopuszcza się leczenie fibrynolityczne tylko w bardzo wczesnej fazie ostrego zawału serca oraz w przypadkach, kiedy nie jest możliwe przekazanie chorego na leczenie inwazyjne w ciągu najbliższych dwóch godzin (Ryc. 1).

Nowa epoka

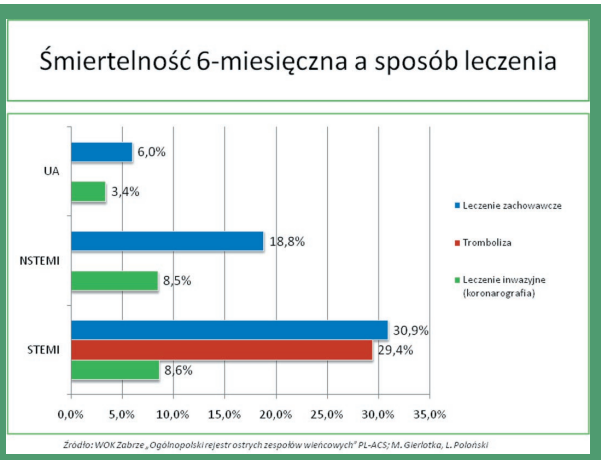
W Polsce, prowadzony jest od kilku lat *Ogólnopolski Rejestr Ostrych Zespołów Wieńcowych*. Obecnie zgromadzone w nim dane dotyczą leczenia kilkuset tysięcy pacjentów w szpitalach naszego kraju! Dane te jasno wykazują przewagę leczenia inwazyjnego we wszystkich postaciach ostrych zespołów wieńcowych (zawał z uniesieniem, bez uniesienia odcinka ST oraz dławica piersiowa niestabilna). Ryc. 2 ilustruje śmiertelność 6-miesięczną pacjentów z różnymi typami OZW w zależności od sposobu leczenia.

W tym roku mija dwadzieścia lat od uzyskania przez nasz kraj niezależności i pięć lat od wejścia Polski do Unii Europejskiej. Rozwój kardiologii, a zwłaszcza postęp, jaki dokonaliśmy w leczeniu zawału serca jest doskonałym przykładem właściwego wykorzystania możliwości, jakie dała nam nowa epoka. Nie tylko dogoniliśmy Europę, ale nawet wyprzedziliśmy większość krajów „starej" Unii w organizacji opieki nad pacjentami z ostrymi zespołami wieńcowymi. Jest to niewątpliwie jedno z największych osiągnięć medycyny polskiej ostatnich lat. Tym bardziej zdziwiła i zbulwersowała nas przeprowadzona w lipcu przez Narodowy Fundusz Zdrowia próba zawrócenia biegu historii i pozbawienia wielu Polaków możliwości nowoczesnego leczenia w stanach zagrażających życiu. Usunięcie zabiegów leczenia inwazyjnego ostrych zespołów wieńcowych z listy procedur nielimitowanych naraziłoby ich, w wielu przypadkach, na ryzyko utraty zdrowia lub nawet życia. Na szczęście, dzięki interwencji środowiska kardiologicznego i spotkaniu z panią Minister Zdrowia problem wydaje się, przynajmniej na jakiś czas rozwiązany. Był to jednak niebezpieczny sygnał, mówiący, że szukanie oszczędności może się odbywać nawet kosztem procedur ratujących życie. Dalsze podobne działania naszych urzędników mogą doprowadzić do tego, że wkrótce znów będziemy się mogli mierzyć z Europą jedynie na lodówki i tostery.

Dr hab. med. Maciej Lesiak
Przewodniczący Sekcji Interwencji Sercowo-Naczyniowych
Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego



Ryc. 1



Ryc. 2

oprac. Ewa Flizikowska

Studencka reforma

Pani Minister Ewa Kopacz powołała w 2008 roku Zespół ds. opracowania reformy kształcenia lekarzy i lekarzy dentystów, którego miałem zaszczyt zostać członkiem. Ideą reformy jest zreorganizowanie studiów medycznych tak, aby trwały pięć lat, a szósty rok był wyłącznie praktyczny. Ma to na celu likwidację stażu podyplomowego, co oprócz aprobaty, budzi także zastrzeżenia zarówno ze strony środowiska lekarskiego, jak i studenckiego. Ministerstwo Zdrowia zamierza tak zorganizować tok studiów, by były mniej obciążone wiedzą faktograficzną, a bardziej nastawione na praktykę. Koncepcję należy jednak rozumieć szerzej niż tylko naukę poszczególnych umiejętności. Chodzi o stworzenie odpowiednich warunków, które przygotują absolwentów kierunku lekarskiego i lekarsko-dentystycznego do odpowiedzialnego i refleksyjnego wykonywania zawodu, pracy w zespole oraz kształcenia przez całe życie.

Zaproponowane filary projektu reformy są w istotnych punktach zbieżne z duchem zmian w edukacji medycznej na świecie, ale szczegóły wymagają jeszcze dopracowania. Cieszy fakt, że wreszcie zauważono, iż student powinien nie tylko zdobywać wiedzę (co jest bardzo istotne), ale także uczyć się wielu umiejętności przydatnych w późniejszej praktyce.

Paweł Żebryk

Weryfikacja

Po kontroli w placówkach udzielających świadczeń ambulatoryjnej opieki zdrowotnej, przeprowadzonej przez Łódzki Oddział NFZ, okazało się, że według harmonogramów część lekarzy pracuje w kilku lub kilkunastu placówkach w tym samym czasie. W odpowiedzi Rzecznik Funduszu Edyta Grabowska-Woźniak oznajmiła, że takie sytuacje nie będą tolerowane i jednocześnie zaznaczyła, że oddziały wojewódzkie NFZ, które są partnerami umów z placówkami, mogą karać świadczeniodawców wysokimi karami finansowymi, wynoszącymi od 0,5 do 2 procent całego kontraktu.

Groźba

Taką weryfikację na wniosek Centrali przeprowadził również Wielkopolski Oddział NFZ. Jej efektem była szczegółowa analiza zgodności dni udzielania świadczeń ze zgłoszonym do NFZ harmonogramem pracy lekarzy oraz idąca za tym groźba niezapłacenia za wykonane świadczenia, które wcześniej nie zostały uwzględnione.

Aby do tego nie dopuścić konieczna okazała się weryfikacja harmonogramów pracy lekarzy z dniami rzeczywiście udzielanych porad, która została przeprowadzona w sierpniu przez Dział Organizacji i Sprzedaży Usług Medycznych naszego Szpitala.

Urlopy

Głównym problemem okazały się sytuacje, kiedy lekarz udzielający świadczeń w poradni, znajdował się na urlopie, a Fundusz nie został o tym fakcie poinformowany. NFZ uważa bowiem, że jeżeli umowy są realizowane nieprawidłowo lub nie są w ogóle realizowane (co może mieć miejsce właśnie w trakcie urlopów), dostęp pacjentów do świadczeń staje się ograniczony, a kolejki oczekujących wydłużają się. Dlatego każdorazowa nieobecność lekarza powinna być zgłoszona do Funduszu pisemnie z jednoczesnym wskazaniem osoby, która będzie go w tym czasie zastępować.

Zastępstwa

Wiadomo też, że nie w każdym przypadku da się sztywno wyznaczyć harmonogram pracy lekarza. Dotyczy to głównie osób pracujących na blokach operacyjnych, których dostępność w określonych dniach (godziny przyjęć nie są jeszcze weryfikowane) jest uzależniona od zaplanowanych na dany dzień zabiegów, i którzy często są zastępowani przez kolegów z poradni. Według Funduszu również w takich sytuacjach, podobnie jak w przypadku urlopu, aby móc rozliczyć porady udzielone przez zastępcę należy poinformować Fundusz.

Harmonogramy

W związku z powyższym, aby uporządkować godziny przyjęć w poradni i sprostać kolejnym weryfikacjom Funduszu (najbliższa obejmie świadczenia udzielone w miesiącu wrześniu), wszyscy lekarze udzielający świadczeń w poradniach przyszpitalnych, otrzymali do wglądu i ewentualnej weryfikacji swoje harmonogramy pracy oraz zostali poinformowani o konieczności zgłaszania każdego zastępstwa. Część lekarzy przekazała już swoje uwagi do Działu Organizacji, co pozwoliło na wprowadzenie stosownych zmian w harmonogramach.

Warto dodać, że uporządkowanie godzin pracy lekarzy w poradniach będzie pomocne w planowanej przez NFZ dalszej weryfikacji czasu pracy z harmonogramami udzielania świadczeń w pracowniach diagnostycznych (KT, USG itd.).

Akcja

Weryfikacja harmonogramów pracy lekarzy w ramach ambulatoryjnej opieki medycznej to dopiero początek wielkiej akcji szykowanej przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Kolejnym etapem ma być analiza czasu pracy lekarzy w ramach pozostałych umów, a także szczegółowa analiza czasu pracy w poradni, przypadająca na jednego pacjenta.

Martyna Skrzypińska
Dział Organizacji i Sprzedaży Usług Medycznych

Początek

1 października w sali wykładowej hemodynamiki odbyło się spotkanie z lekarzami, rozpoczynającymi staż podyplomowy w naszym Szpitalu. Spotkanie poprowadził Dyrektor Szczepan Cofta oraz dr med. Stanisław Dzieciuchowicz – zastępca przewodniczącego Okręgowej Rady Lekarskiej. Po uroczystym powitaniu lekarze wraz z koordynatorami: doc. Wiesławem Brylem, dr Karoliną Hoffmann, dr med. Hanną Wachowiak-Baszyńską oraz dr med. Małgorzatą Wengerek-Kołaczkowską omówili najistotniejsze kwestie organizacyjne.

Z ramienia administracji Szpitala stażystami opiekuje się p. Urszula Bilicka.

Redakcja

SamoObsługa

Wraz z początkiem okresu wakacyjnego dla sporej części pracowników części białej naszego szpitala rozpoczął się czas nauki – wystartowały kursy, obejmujące podstawowy zakres obsługi komputera – zwłaszcza narzędzi biurowych (MS Office, Open Office, aplikacji związanych z pocztą elektroniczną i przeglądarek internetowych). Mamy nadzieję, że mimo tego, iż kurs połączony jest ze stresem egzaminu końcowego, to jednak wiedza, którą przekazuje pani Agnieszka Stasik z Działu Informatyki, przyda się nie tylko w wykonywanej pracy, ale również w życiu prywatnym. Przecież informatyzacja naszego życia codziennego zatacza coraz szersze kręgi i umiejętności obsługi komputera przydają się już nie tylko na stanowisku pracy, ale również w wielu dziedzinach życia: banku, bibliotece, w kontaktach prywatnych.

Oczywiście Dział Informatyki próbuje również przybliżyć kilka funkcjonalności, nie stosowanych w naszym Szpitalu, systemu Eskulap – już wszystkie oddziały szpitalne, znajdujące się przy ul. Łąkowej mogą tworzyć wypisy pacjentów z oddziału poprzez ten system. Do pełniejszego wykorzystania tych możliwości przyczynili się pracownicy Laboratorium nr 2, którzy z zaangażowaniem (próbując rozwiązać pojawiające się problemy informatyczno-laboratoryjne wraz z naszym informatykiem panem Jakubem Brelińskim), jako pierwsi w szpitalu wykorzystują moduł laboratoryjny systemu Eskulap. Wdrożenie tego modułu spowodowało bezpośrednie przesyłanie poprzez system wyników laboratoryjnych na oddział i w efekcie możliwość automatycznego pojawienia się tych danych na karcie informacyjnej pobytu szpitalnego pacjenta. Dzięki temu na wypisie mogą pojawić się wyniki pracowni diagnostycznych (RTG, USG, TK), mikrobiologii, a także laboratorium przy ul. Łąkowej. Mamy nadzieję, że pozostałe laboratoria również pójdą za ich przykładem.

Jak widać konieczność korzystania z komputera coraz bardziej staje się koniecznością w pracy zawodowej. Oczywiście, trzeba pamiętać, że wykorzystywanie sprzętu komputerowego wiąże się z pewnymi obowiązkami zawartymi w *Polityce bezpieczeństwa informacji* szpitala. Na szczególną uwagę zasługują punkty mówiące o zakazie samodzielnej instalacji oprogramowania, wykorzystania Internetu tylko w zakresie niezbędnym do wypełniania obowiązków służbowych oraz ochronie danych. Przypominamy, że każdy pracownik powinien korzystać z kont w zakresie nieobejmującym uprawnień administratorskich (dotyczy to zarówno komputerów stacjonarnych, jak i laptopów), gdyż takie właśnie konta zupełnie wystarczają do pełnienia swoich obowiązków.

Maria Przybył
Kierownik Działu Informatyki

VIII Forum Szpitali Klinicznych

29-30 października odbędzie się kolejne spotkanie w ramach VIII Forum Szpitali Klinicznych. Zapraszamy wszystkich Pracowników Szpitala do uczestnictwa w Wieczorze Św. Łukasza oraz w głównych sesjach plenarnych, poruszających najistotniejsze zagadnienia szpitali klinicznych w Centrum Kongresowo-Dydaktycznym Uniwersytetu Medycznego.

Szczegółowe informacje dostępne są na stronie inernetowej Szpitala.

Redakcja

Fot. Sławomir Tobis

W oczekiwaniu na badania

Biała Sobota

W ostatnią sobotę przed rozpoczęciem roku akademickiego grono Pracowników naszego Szpitala oraz Przyjaciół włączyło się do drugiej już „Białej Soboty" w Piłce w Puszczy Noteckiej. Przyjęliśmy około 150 pacjentów, zmobilizowaliśmy do oddania krwi 28 mieszkańców okolicy. Pragnę osobiście wyrazić wdzięczność wszystkim, którzy wyrazili gotowość serca i poświęcili swój czas na pomoc okazaną mieszkańcom ubogiej wioski, z której do specjalisty jest co najmniej czterdzieści kilometrów.

Szczepan Cofta
Naczelny Lekarz Szpitala

PZU SA

Szanowni Państwo

W najbliższym numerze Nowin Szpitalnych chcemy przybliżyć Państwu temat ubezpieczeń odpowiedzialności cywilnej obowiązkowej i dobrowolnej lekarzy, pielęgniarek, przedstawicieli innych zawodów medycznych oraz zakładów opieki zdrowotnej. Pragniemy poruszyć problem potrzeby i konieczności ubezpieczenia, terminowości i skutków rodzących się z powodu przerwania ciągłości ubezpieczenia.

W związku z powyższym prosimy o przybliżenie nam zagadnień, które dotychczas budzą wątpliwości i są dla Państwa istotne.

Odpowiemy na każde pytanie, a te odpowiedzi, które najczęściej będą się powtarzać zamieścimy w biuletynie grudniowym.

Przykładowe pytania, które pojawiły się dotychczas to:

1. Kiedy powstaje obowiązek zawarcia ubezpieczenia na bazie:
   Rozporządzenia Ministra Finansów z dnia 28 grudnia 2007 roku w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej świadczeniodawcy udzielającego świadczeń opieki zdrowotnej, a kiedy na podstawie Rozporządzenia Ministra Finansów z dnia 23 grudnia 2004 roku w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu przyjmującego zamówienie na świadczenie zdrowotne?
2. Które z ubezpieczeń daje pełną ochronę?
3. Czy lekarz podpisujący 3 kontrakty musi posiadać również 3 ubezpieczenia obowiązkowe i jedno dobrowolne?
4. Kto powinien mieć ubezpieczenie dobrowolne i jaki jest jego zakres?
5. Kiedy następuje odpowiedzialność z ubezpieczenia ZOZ-u za błąd, który popełniła osoba zatrudniona na umowę o pracę, umowę zlecenie, itp?
6. W jakich przypadkach brak jest ochrony ubezpieczeniowej z racji niewłaściwie dostosowanego ubezpieczenia?
7. Czy w ubezpieczeniu obowiązkowym i dobrowolnym istnieje odpowiedzialność za wszystkie osoby pracujące w danej jednostce, ZOZ-ie, gabinecie prywatnym?
8. Które z ubezpieczeń zapewnia wypłatę odszkodowania przy szkodzie rzeczowej?
9. W jakich przypadkach zakres ubezpieczenia należy rozszerzać o klauzule ubezpieczeniowe?
10. Jaki jest zakres terytorialny ochrony ubezpieczeniowej i w jakich przypadkach należy go rozszerzyć?
11. Co powoduje przerwa w ubezpieczeniu?
12. Czy sumy gwarancyjne zaproponowane przez ustawodawcę są wystarczające w porównaniu z roszczeniami i wyrokami sądu oraz czy istnieje możliwość ich podwyższenia?

Prosimy o zakreślenie pytań, na które odpowiedzi uznajecie Państwo za ważne i istotne.

Pytania i wątpliwości, które dotychczas się nie pojawiły prosimy przesłać na adres:
astachowska@pzu.pl, ezak@pzu.pl, jpokrywka@pzu.pl, mszymczak@pzu.pl.

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

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.