

ISSN 1643-0980

nowiny szpitalne



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

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

nr 3 (64) XIII rok
maj/październik 2013

walka
o OZW

badania
genetyczne

wypalenie
zawodowe

• Na posiedzeniu Rady Medycznej, które odbyło się 13 maja przedstawiono m.in. działalność Personelu Pielęgniarskiego i wolontariuszy, a także Oddziału Chemioterapii. Ponadto omówiono kwestię archiwizowania dokumentacji medycznej oraz zasady wdrażania dokumentacji elektronicznej w poradniach.

• 27 maja odbyło się posiedzenie Rady Klinikistów, na którym wybrano nowego Przewodniczącego Rady – prof. dr hab. Stefana Grajka.

• 28 maja odbyło się posiedzenie Rady Społecznej Szpitala, na którym członkowie Rady zaopiniowali m.in. wykonanie planu finansowo-inwestycyjnego, aktualizację planu finansowo-inwestycyjnego na 2013 r., a także zapewnienie wkładu własnego dla projektu współfinansowanego ze środków EOG i inwestycję dotyczącą utworzenia ośrodka radioterapii.

• 4 czerwca odbyło się spotkanie Komitetu Terapeutycznego, na którym

omówiono nowe wnioski na leki i wyroby medyczne.

• Tegoroczną Białą Sobotę, która odbyła się 8 czerwca, uświetnił koncert plenerowy w wykonaniu Kameralnego Zespołu Muzycznego Operacja Muzyka. Podczas pikniku zdrowotnego tradycyjnie przeprowadzono bezpłatne badania profilaktyczne. *Więcej na str. 12-13.*

• 21 czerwca odbyła się, kierowana do Diagnostów Laboratoryjnych, ogólnopolska konferencja na temat Organizacji Pracowni Serologii Transfuzjologicznej i Banku Krwi. Szkolenie organizowała Szpital wraz ze Stowarzyszeniem Bono Serviamus.

• 25 i 26 czerwca – odbył się pierwszy etap dialogu technicznego na temat ewentualnej budowy ośrodka radioterapii w ramach naszego Szpitala.

• 8 lipca odbyło się kolejne posiedzenie Rady Medycznej, na którym uczestnicy wysłuchali refleksji związanych z pracami Komisji Przejrzystości przy Agencji Oceny Technologii Medycznych. Omówiono zasady, którym podlegają dyżury związane z ostrymi zespołami wieńcowymi, a także przedstawiono strategię informatyczną związaną z prawem obli-



gującym do prowadzenia dokumentacji elektronicznej.

• 11 września o godzinie 10.00, w obiekcie szpitalnym przy ul. Długiej, otwarto zmodernizowaną Pracownię Radiologii Zabiegowej. *Więcej na str. 14.*

• W dniach 25-28 września odbył się na terenie Międzynarodowych Targów Poznańskich XXV Zjazd Polskiego Towarzystwa Hematologów i Transfuzjologów. Przewodniczącym Komitetu Naukowego i Organizacyjnego był prof. dr hab. med. Mieczysław Komarnicki. Wykłady wygłosili najwybitniejsi naukowcy w dziedzinach hematologii i transfuzjologii z kraju i zagranicy.

Numer zamknięto: 28 września 2013 r.

Opracowanie: Magdalena Rzekiecka

OKIEM NACZELNEGO LEKARZA SZPITALA

Podróżujący samolotami naszego narodowego podniebnego przewoźnika są w ostatnich tygodniach zaskoczeni zmianami, które – po wielu latach bezskutecznych prób – zostały wymuszone i jednak się dokonują.



Szczępan Cofta
Naczelny Lekarz Szpitala

Na pewno dotyczą pewnego blichtru w podróżach, jaki związany był z sympatycznymi poczęstunkami i oferowaną prasą na pokładzie, a których teraz zabrakło. Ograniczone zostały liczne załogi pokładowe, i opiekujący się podróżnymi już się tak szeroko nie uśmiechają – atmosfera pewnie się pogorszyła. Zapewne przeprowadzane bolesne cięcia nie wpływają na bezpieczeństwo lotów i piloci są

Refleksje nad kazusem LOT-u

niezastępowalni, jednak wyczuwalna sztywna atmosfera zespołów oraz nie najlepsze wrażenie marketingowe nie mogą nie być brane pod uwagę. Także siatka połączeń kurczy się i – co pewnie przyjmujemy z ogromnym bólem – podróżowanie Lot-em oraz nasze sympatie zostają wystawione na poważną próbę.

Takie przeobrażenie – na pewno niezbędne dla ratowania firmy – jeszcze niedawno było niewyobrażalne, choć wielu irytowały dotąd hojnie przyznawane dotacje. Wydawało się, że nic naszego sympatycznego narodowego molocha nie ruszy. A jednak...

Gdy myślimy o naszym Szpitalu klinicznym (a także i innych), wydaje się, że wiele trudnych problemów jest nie do przełamania, i że w pewnych pułapkach zarządzania będziemy tkwili wiecznie. Czy jednak taka strategia udawać się będzie w nieskończoność? Oczywiście w takiej sytuacji jest nam wygodnie, choć rzeczywi-

OKIEM DYREKTORA NACZELNEGO SZPITALA

Chciałbym podzielić się z czytelnikami kilkoma refleksjami z tegorocznego XXIII Forum Ekonomicznego w Krynicy, które odbyło się w dniach 3-5 września br.



Jan Talaga
Dyrektor Naczelny Szpitala

Kto będzie się nami opiekował?

Jako, że interesowały mnie przede wszystkim sprawy ochrony zdrowia, uczestniczyłem w panelach IV Forum Ochrony Zdrowia o finansach w ochronie zdrowia, kontraktowaniu, polityce lekowej państwa i szeroko pojętej organizacji ochrony zdrowia. W każdym z paneli brali udział politycy oraz praktycy, obecni i byli ministrowie zdrowia. Jedną z sesji poświęconej problemom starzejącego się społeczeństwa zaszczylił swą obecnością pan prezydent Lech Wałęsa. Była to jedna z najciekawszych i bardzo

pogodnych sesji. Prezydent w znakomitej formie i humorze, co udzieliło się siedzącemu obok ministrowi Bartoszowi Arłukowiczowi.

Poruszono ważne problemy: polskie społeczeństwo starzeje się „naj-

szybciej” w Europie, a wskaźnik dzietności ma najniższy. W przyszłości wielu ludzi osiągnie podeszły wiek i już dziś musimy się do tego przygotowywać, nie tylko służba zdrowia, ale całe społeczeństwo.

Brakuje w Polsce pozytywnego obrazu ludzi w podeszłym wieku, brakuje geriatrów, oddziałów geriatrycznych, rehabilitantów oraz służb socjalnych do obsługi spraw osób starszych. Do tego dodać trzeba niedostateczne kontraktowanie oddziałów geriatrycznych, które będą musiały się zająć sprawnym leczeniem ludzi starszych, tak aby mogli być jak najdłużej sprawni, by nie wymagali dodatkowej, całodobowej opieki.

Myślę, że powyższe problemy muszą być rozwiązywane już dzisiaj, gdyż roczniki powojennego wyżu demograficznego za parę lat będą wymagały szczególnej troski. Kto będzie się nimi opiekował, kiedy na jednego pracującego będzie przypadał jeden emeryt?...

stość wymaga refleksji i przeobrażenia.

Minął w naszym kraju czas nieustannego zwiększania kwot przeznaczonych na funkcjonowanie służby zdrowia, które są prostą pochodną zamożności społeczeństwa (wprowadzenie tej zależności przed laty było – jak się wydaje – jednym z najlepszych elementów reformy). Okazuje się, że nie możemy już liczyć na nieustannie wzrastające kwoty mimo postępu medycyny i licznych pomysłów (oraz konieczności), jakie jesteśmy w stanie zaproponować w każdej z naszych specjalności.

Ważną refleksją staje się ta, która związana jest z próbami redukcji kosztów. Nie udawana, lecz rzeczywista. Jest ona w bieżących miesiącach podejmowana nie tylko u nas, lecz nawet w najbogatszych państwach świata. Z okładki TIME Magazine sprzed kilku miesięcy poświęconego sytuacji w najbogatszej służbie zdrowia „krzyczy” pytanie:

dlaczego to wszystko tak drogo kosztuje? U nas oczywiście mniej, ale...

Dyrekcja zaprosiła w ostatnich tygodniach – za pośrednictwem Kierowników Jednostek – do refleksji i dyskusji związanej z koniecznością obniżenia kosztów. Odnosi się bowiem często wrażenie braku powszechnej świadomości konieczności ich racjonalizowania. Pisaliśmy m.in. w kierowanym liście, jak poniżej.

W prowadzonym zarządzaniu staramy się zapewniać warunki optymalnej merytorycznie i możliwie najwyższej jakości opieki nad powierzonymi nam pacjentami. (...) Działania nasze są dalekie od nadmiernej ingerencji w prowadzoną gospodarkę lekową, czy wyrobami medycznymi, wykazujemy ponadto zaufanie do Kierowników Jednostek związane z prowadzoną polityką kadrową, co wynika z akademickiego charakteru szpitala, a także chęci zachowania pełnych szacunku relacji międzyludzkich. Staramy się

ponadto nie wprowadzać – tak często współcześnie w szpitalach obecnych – kontrowersyjnych, nowoczesnych zasad korporacyjnego zarządzania obcego kulturze środowiska medycznego, zwłaszcza w szpitalu ze szczególnymi tradycjami.

Pragniemy jednakże zaznaczyć, że przychody naszego Szpitala nie są uprzywilejowane w stosunku do innych, w których obowiązujące restrykcje w ukazanych powyżej zakresach zarządzania są niezwykle precyzyjne. Nie stanowimy zielonej wyspy w polskim szpitalnictwie, będąc ostatnio wystawiani na próby ostrej konkurencji szpitali nawet uniwersyteckich. Ponadto restrykcjom poddawane są finanse tradycyjnie dochodowej działalności specjalizacji takich jak kardiologia, kardiochirurgia czy okulistyka. Na zasadzie solidarności staramy się zapewnić możliwość funkcjonowania w zakresach deficytowych.

Wszystko to, by uniknąć scenariusza naszego kochanego LOT-u.

Pewien powab

Aleksandra Paradowska

historyk sztuki, autorka pracy doktorskiej na temat architektury szpitalnej Wielkopolski w okresie międzywojennym

Tworzący spójną całość wzór na posadźce stanowi integralny element estetyki międzywojennego gmachu, wpisujący się w jego klasycyzującą, quasi-pałacową formułę.

Klasycyzująca estetyka

W sięgającej głęboko w wiek XIX historii Szpitala Przemienienia Pańskiego, ułożonego w poklasztornych budynkach, a następnie wielokrotnie unowocześnianych i rozbudowywanych, okres międzywojenny zajmuje miejsce szczególne. Wówczas, w latach 1925-1932, znacząco powiększono przestrzeń szpitala poprzez dobudowę obszernych skrzydeł od strony ulicy Długiej. Ich charakterystyczna sylwetka z głównym wejściem w rotundzie była dziełem zespołu architektów: Edwarda Madurowicza, Juliana Puttermanna i Lucjana Weicherta. Prace wykonawcze prowadzone były pod kierunkiem architekta Rogera Sławskiego oraz budowniczego Maksymiliana Garsteckiego.

Zarówno sama bryła nowych skrzydeł, jak i wnętrza zostały zaprojektowane zgodnie z klasycyzującą estetyką, stosowaną powszechnie w budynkach użyteczności publicznej, powstających w Poznaniu w latach dwudziestych. Rozbudowa szpitala o nowe, obszerne pomieszczenia pozwoliła nie tylko na zwięk-

szenie liczby miejsc dla pacjentów, ale także na rozwinięcie działalności edukacyjnej w ramach kliniki chirurgicznej prowadzonej przez prof. Antoniego Jurasza.

Znaczące modyfikacje

Współcześnie na międzywojenną metrykę monumentalnego gmachu wskazują przede wszystkim wysokie elewacje z kolumnami, fryzami i gzymsami. Znacznie mniej śladów jego pierwotnego wyglądu zachowało się natomiast we wnętrzach. Konieczne modernizacje, związane ze zmieniającymi się dynamicznie potrzebami szpitala w kolejnych dziesięcioleciach, pociągnęły za sobą znaczące modyfikacje. Jeśli jednak dokładniej przyjrzeć się szpitalnym pomieszczeniom, dostrzegalne stają się nieliczne pozostałości ich dawnego wyglądu.

Już po przekroczeniu progów szpitala w reprezentacyjnym holu uwagę zwracają lustrzane schody z balustradą ozdobioną wolutami, wahadłowe dwuskrzydłowe drzwi oraz dekoracyjna terakotowa posadzka. Projektantami tego wnętrza, jak i pozostałych w szpitalu, byli z pewnością sami autorzy rozbudowy, można jednak przypuszczać, że w fazie wykonawczej pewien wpływ na jego kształt mogli mieć także wspomniani Roger Sławski i Maksymilian Garstecki, nadzorujący budowę.

Rodzaj obszerne dywanu

Wśród wymienionych, zachowanych do dziś, elementów dekoracyjnych to właśnie posadzka jest szczególnie interesująca. W latach międzywojennych znajdowała się nie tylko w holu wejściowym i na wysokim parterze, ale powtarzała się także w rozmaitych wersjach na pozostałych kondygnacjach. Na archiwalnej fotografii holu szpitalnego na jednym z wyższych pięter widoczna jest inna wersja jej kompozycji.

Zachowany do dziś mozaikowy wzór przypomina rodzaj obszerne dywanu. W ramach tej kompozycji kwadratowe płytki otacza obramienie z mniejszych elementów o kształcie prostokąta. Motywy powielone na każdym z kwadratów, umieszczone na beżowym tle tworzą wraz z sąsiednimi błękitne ośmioboki oraz czerwone i czarne krzyże. Figury te dekorują



Hol wejściowy szpitala, fot. z lat międzywojennych



Hol na jednym z pięter, fot. z lat międzywojennych

W artykułach publikowanych w latach międzywojennych przez przedstawicieli środowisk lekarzy i architektów, wyraźnie ujawnia się wizja nowoczesnej placówki leczniczej jako miejsca, w którym chory dochodzi do zdrowia nie tylko dzięki odpowiedniej opiece medycznej i higienicznemu otoczeniu, ale także przebywaniu w estetycznej przestrzeni.

niebieskie i żółte obramienia oraz wstęgi, w które wplecione są liście, palmety, koła oraz inne formy geometryczne, układające się w rodzaju kwiatów. Z kolei wstęgi na mniejszych prostokątnych płytkach, stanowiących dekoracyjną ramę całej kompozycji, łączą się w motyw wplecionki.

Przyjazne wnętrze

Tworzący spójną całość wzór na posadzce stanowi integralny element estetyki międzywojennego gmachu, wpisujący się w jego klasycyzującą, quasi pałacową formułę. Płynne linie oraz kształty tworzące mozaikowy wzór posadzki w założeniu projektantów miały korespondować zarówno z motywami ornamentálnymi elewacji, jak i z elementami wnętrza – jak choćby z dekoracją kolumn i formami stolarki drzwi.

Mimo że obecnie zachowały się tylko nieliczne elementy pierwotnego wyglądu wnętrza szpitala, zostały one utrwalone na fotografiach z lat 30. Widoczna na nich dbałość o estetykę jest wymownym świadectwem międzywojennych poglądów na temat szpitalnej przestrzeni. Projekt nowoczesnego szpitala miał bowiem wyrastać nie tylko z czysto praktycznych przesłanek, ale równocześnie realizować postulat stworzenia przyjaznego otoczenia dla pacjentów oraz pracowników.

Nowoczesny szpital

W artykułach publikowanych w latach międzywojennych przez przedstawicieli środowisk lekarzy i architektów, wyraźnie ujawnia się wizja nowoczesnej placówki leczniczej jako miejsca, w którym chory dochodzi do zdrowia nie tylko dzięki odpowiedniej opiece medycznej i higienicznemu otoczeniu, ale także przebywaniu w estetycznej przestrzeni. Jak pisał międzywojenny specjalista w dziedzinie projektowania szpitali, warszawski architekt Władysław Borawski: „Nie trzeba zapominać, że szpital dzisiejszy (...) musi liczyć się z czynnikiem estetycznym, równoległe z prostotą i celowością wnętrza winien posiadać pewien powab, harmonię kolorów i odpowiednią grę światła. Wszystko to umiejętnie zastosowane w sposób dodatni działa na psychikę chorego, niweczy apatię, usposabia przyjaźniej i ufniej do otoczenia, niosącego swą ciężką pracę w warunkach z większym zadowoleniem i pogodą wewnętrzną.”¹ Dlatego też w ówczesnych opisach placówek leczniczych wymieniane są nie tylko odpowiednie rozplanowanie pomieszczeń oraz wyposażenie w medyczną aparaturę, ale jako nie mniej ważne – także elementy wystroju wnętrza i ich odpowiednio dobrane kolorystyki. Wśród archiwalnych dotyczących Szpitala Przemienienia Pańskiego nie zachował się niestety żaden z tego typu opisów.

Nie ulega wątpliwości, że projektanci międzywojennej rozbudowy brali pod uwagę obowiązujące ówczesnie postulaty. Współcześnie ślady ich koncepcji – w tym dekoracyjna szpitalna posadzka – pozwalają na ożywienie w pamięci widoków z archiwalnych zdjęć.

¹ W. Borawski, *Budownictwo szpitalne w Warszawie*, „Architektura i Budownictwo”, 1929, z. 2/3, s. 102.

Studzienka

Znaleźć dar-czyńców

„Moje Szanowne Panie,
Sprowadziwszy wodę do picia na plac przed Landgrafa pragnę nią powoli całe zaopatrzyć miasto. Najpierwsza moja troskliwość jest dla Was i szpitalowi Waszemu najpierwej bym pragnął tę dogodność sprawić.

Zapytuję się więc Was niniejszym pismem czyliby Wam dogodną rzeczą było abym wam wodę tę do szpitala dla użycia onego sprowadził.

Pelen uszanowania piszę się Waszym najniższym sługą.

Edward Raczyński”

Ten list, napisany własnoręcznie przez hrabiego Raczyńskiego w dniu 29 października 1840 roku, rozpoczyna historię studzienki przy ulicy Długiej. Można prawie namacalnie odczuć szacunek i serdeczność, jakimi darzył siostry, ich już wypróbowany dobrodziej. Siostra przełożona Pyrzanowska nie odpowiedziała od razu na tę propozycję, wydawałoby się, nie do odrzucenia. Musiała sprawdzić, czy posiadanie wody do picia w szpitalu to same tylko korzyści. W archiwum sióstr szarytek w Chełmnie zachował się list, w którym konsultowała tę kwestię.



Ostatecznie jednak wyraziła zgodę i studzienka stanęła, ozdobiona figurą Madonny zgodnie z wyobrażeniem Rafała, w oprawie jakoby neogotyckiego fragmentu architektury. Można sobie wyobrazić, że znacząco zmieniła krajobraz tej okolicy, wprowadzając w niej nie tylko ożywość wody, ale i spokojne piękno swej historycznej formy.

Oby udało się nam znaleźć dar-czyńców równie szlachetnych i hojnych jak hrabia Edward...

Halina Bogusz

Przyłóżkowe usprawnienie

Z rehabilitantkami: mgr Marią Szudrowicz, kierownikiem Sekcji Rehabilitacji, i mgr Teresą Chęcińską rozmawiają Martyna Wasiak i Magdalena Rzekiecka

Co dobrego w naszym szpitalu robi Sekcja Rehabilitacji?

Teresa Chęcińska: Realizujemy rehabilitację przyłóżkową prowadzącą do samodzielnego wykonywania przez pacjenta czynności dnia codziennego. Tworzymy Zespół, w którego każdy pracuje na poszczególnym oddziale. Przy ulicy Długiej w Sekcji Rehabilitacji pracuje 7 osób, przy ulicy Szamarzewskiego i na Osiedlu Rusa po 5 osób.

Maria Szudrowicz: Musimy sprawić by pacjent opuścił łóżko jak najwcześniej. Nasze działania mają zapobiegać powikłaniom wynikającym z małej aktywności fizycznej, a tym samym skrócić czas pobytu w szpitalu. Aktywnie uczestniczymy w życiu oddziałów – rano bierzemy udział w odprawie i wizycie lekarskiej. Codzienne spotkania naszego Zespołu poświęcamy omówieniu pacjentów i wymianie doświadczeń.

A jeśli pacjent nie chce ćwiczyć?

M.Sz.: Pacjent ma prawo do odmowy współpracy, ale naszym zadaniem jest wyjaśnienie celu ćwiczeń i uświadomienie zasadności rehabilitacji.

T.Ch.: Bywają pacjenci negatywnie nastawieni, bo boją się, że ćwiczenia nasilą dolegliwości związane przykładowo z przebytym zabiegiem. Przekazujemy im, że współpraca z nami przyspieszy powrót do domu.

Czy chęci są ważne?

M.Sz.: Większość pacjentów jest pozytywnie do nas nastawionych.

T.Ch.: Wręcz pomagają się ćwiczeń.

M.Sz.: Pozostawiamy pacjentów ze świadomością, że działania lekarskie to poło-wa sukcesu, reszta zależy od współpracy z rehabilitantami.

Jakie trudności napotykają Panie w swojej pracy?

M.Sz.: Od kilku lat nową grupę tworzą chorzy po przeszczepach serca. Poświęcamy im bardzo dużo uwagi. Zbieramy nowe doświadczenia i poznajemy ich zmienną psychikę.

T.Ch.: Trudności wiążą się ściśle ze stanem pacjenta wynikającym z przebiegu choroby. Większość z nich z trudem odzyskuje sprawność psycho-fizyczną.

Rola rehabilitacji w procesie leczenia...

M.Sz.: Cieszymy się, że nasza Dyrekcja czuje potrzebę rehabilitacji. Pracując z takim Zespołem docieramy do każdego pacjenta.

T.Ch.: Nieskromnie uważamy, że nasza rola jest bardzo ważna. Pozwalają nam tak myśleć pacjenci, którzy często mówią: Co ja bym bez Pani zrobił?

M.Sz.: Bardzo ważną rolę spełnia Oddział Opieki Paliatywnej i Ośrodek Rehabilitacji Diennej na Osiedlu Rusa. Cieszy się on dobrą opinią pacjentów poddawanych kompleksowej terapii przeciwozrękowej. Tam też pacjenci korzystają z zabiegów fizykoterapeutycznych.

T.Ch.: Nasza praca jest ciekawa, bo to pacjenci są ciekawi. Przy każdym łóżku spotykamy inny świat. Cieszymy się, że pomagamy ludziom w trudnym okresie życia, jakim jest niewątpliwie okres choroby.

Oporność bakterii na antybiotyki

Spowalnianie tempa narastania

Bez precedensu

W ciągu ostatniego miesiąca do Szpitala Klinicznego Przemienienia Pańskiego zostało przeniesionych dwóch pacjentów ze Szpitala HCP w Poznaniu, u których przy przyjęciu stwierdzono w przewodzie pokarmowym nosicielstwo bakterii *Klebsiella pneumoniae*. Bakterie produkują enzymy – karbapenemazy tzw. NDM-1 (New Delhi Metallo- β -Lactamse), które niszczą antybiotyki ostatniego rzutu – karbapenemy (imipenem, meropenem) i równocześnie występują w skojarzeniu z innymi mechanizmami oporności, powodując brak skutecznych opcji terapeutycznych leczenia zakażenia.

Za Wikipedią: „NDM-1 został zidentyfikowany w *Klebsiella pneumoniae* i *Escherichia coli* wyizolowanych w 2008 roku u pacjenta szpitala w Nowym Delhi (Indie). U tego pacjenta rozpoznano zakażenie układu moczowego. Później stwierdzono pojawienie się NDM-1 u kilku gatunków gram-ujemnych enterobakterii (najczęściej u *Klebsiella pneumoniae* i *Escherichia coli*) na obszarze Indii, Pakistanu i Bangladeszu, skąd NDM-1 został zawleczony do Wielkiej Brytanii, Stanów Zjednoczonych, Kanady, Japonii i Brazylii. Od sierpnia 2010 enzym NDM-1 gwałtownie rozprzestrzenił się w wielu krajach na wszystkich kontynentach wywołując śmiertelne zakażenia. Pierwszy przypadek śmiertelny wystąpił w Belgii w czerwcu 2010 roku” [koniec cytatu].

Stwierdzenie NDM-1 w naszym szpitalu jest zdarzeniem bez precedensu, jednakże wpisuje się w ciąg zmian lekooporności drobnoustrojów powodujących zakażenia, których skutkiem jest brak możliwości leczenia nawet tak prostych

Fot. Martyna Wasiak



Od lewej mgr Maria Szudrowicz, mgr Teresa Chęcińska, Tomasz Augustyn, mgr Magdalena Moszyńska

zakażeń jak zapalenie pęcherza moczowego.

Działania

W naszym Szpitalu podejmowane są działania, których celem jest spowolnienie tempa narastania oporności na antybiotyki, do których należą:

- Rozważne stosowanie antybiotyków: zlecenie antybiotyków wtedy i tylko wtedy, kiedy jest to korzystne dla pacjenta, dokonywanie wyboru antybiotyku, dawki, czasu leczenia, tak aby uzyskać optymalną skuteczność leczenia, przy minimalnym ryzyku objawów niepożądanych, minimalnym wpływie na lekooporność oraz jak najmniejszych kosztach.
- Najpierw diagnostyka, potem leczenie: pobranie materiału na badanie mikrobiologiczne przed podaniem antybiotyku zwiększa szanse na wykrycie drobnoustroju i wybór optymalnego antybiotyku.
- Nie wydłużanie okołoperacyjnej profilaktyki antybiotykowej poza okres 24 godz.; nie zlecania innych antybiotyków do profilaktyki niż cefazolina i metronidazolu w przypadku zabiegów na jelicie grubym i niektórych zabiegów na drogach rodnych.
- Leczenie zakażenia nie kolonizacji lub zanieczyszczenia: dotyczy właściwej interpretacji wyników badań mikrobiologicznych pobieranych z dróg oddechowych, z przewlekłych zmian skórnych oraz gdy w jednym posiewie krwi wystają gronkowce koagulazo-ujemne.
- Szybkie wykrywanie niebezpiecznych mechanizmów oporności: na podstawie analizy aktualnej sytuacji epidemiologicznej należy pobrać wymaz z odbytu na nosicielstwo Enterobacteriaceae produkujących karbapenemazy



Fot. Archiwum

przy przyjęciu pacjenta ze Szpitala HCP, Szpitala Klinicznego im H. Święcickiego w Poznaniu oraz szpitali warszawskich, szpitali klinicznych Białegostoku i Lublina; lekarze są proszeni o zgłaszanie Sekcji ds. Kontroli Zakażeń Szpitalnych przypadku przyjęcia pacjenta, o którym wiadomo, że był zakażony/kolonizowany drobnoustrojami produkującymi karbapenemazy (KPC, OXA-48, NDM-1)

- Izolacja pacjenta: każdy pacjent, u którego zostanie stwierdzony w/w drobnoustroj, zgodnie z zaleceniem Ministerstwa Zdrowia, musi być poddany izolacji kontaktowej, a na oddziale zostają wdrożone działania wyjaśniające czy nie doszło do rozprzestrzenienia drobnoustroju.

- Przestrzeganie podstawowych zasad zapobiegających przenoszeniu drobnoustrojów między pacjentami: dotyczy

w szczególności higieny rąk, dezynfekcji stetoskopu, nieużywania przedmiotów podręcznych w trakcie kontaktu z pacjentem (telefony, klucze, długopisy).

Dr Tomasz Ozorowski
Seksja ds. Zakażeń Szpitalnych

Material źródłowy:

1. <http://www.reuters.com>: Scientists find new superbug spreading from India.
2. BBC News: NDM-1: New 'superbug' found in UK hospitals.
3. Shino Yuasa (8 September 2010). "Japan confirms first case of superbug gene". *TheBostonGlobe*.
4. News From the Centers for Disease Control and Prevention: Bacterial Carbapenem Resistance Could Create "Nightmare Scenario", JAMA 2013; 310:363

Bezapelacyjne zwycięstwo

Sąd Apelacyjny w Poznaniu przyznał rację Szpitalowi Klinicznemu Przemienienia Pańskiego UM w Poznaniu – pacjenci włączeni do badań klinicznych mieli prawo do rutynowych i gwarantowanych świadczeń zdrowotnych.

Zdaniem Sądu

Przypomnijmy – w wyniku kontroli NIK i NFZ – zakwestionowano szereg świadczeń zdrowotnych wykonanych pacjentom, którzy jednocześnie byli uczestnikami prowadzonych badań klinicznych. Wątpliwości kontrolerów dotyczyły jednak rutynowych świadczeń, które niezależnie od faktu włączenia pacjenta do badania, byłyby wykonane. Zdaniem Sądu kontrola NFZ oparta była o błędne przesłanki. Sąd podkreślił, że fakt włączenia pa-

cjenta do badania nie mógł przesądzać o braku możliwości rozliczenia z publicznym płatnikiem rutynowych świadczeń.

Sukces wielu

To ważny i bezprecedensowy wyrok w skali całego kraju, bowiem problem ten dotyczy wiele szpitali uniwersyteckich. Podczas wokandy Szpital reprezentowali dr Monika Urbaniak i dr Rafał Staszewski. Sukces możliwy był dzięki zaangażowaniu wielu osób, przekonanych o racji

Szpitala. Ogromną dokumentację oraz wyciągi z historii chorób przygotowała Sekcja Badań Naukowych i Dydaktyki pod kierunkiem Ingi Wałaszewskiej i Joanny Wieczorek-Powiertowskiej. Wielu logicznych argumentów dostarczył zespół lekarski Szpitala, a na szczególne uznanie zasługuje pomoc konsultanta krajowego ds. kardiologii prof. Grzegorza Opolskiego, który był jednym ze świadków Szpitala.

Redakcja

Z miłości do rzemiosła

Z dr Michałem-Goranem Stanišicem*, chirurgiem naczyniowym, rozmawia Daria Szaj.

— Jak zaczęła się Twoja przygoda z medycyną?

Kiedy zdawałem na studia medyczne – było to na przełomie 88 i 89 roku – miałem wtedy niespełna 17 lat. Tak młody wiek, w którym musiałem podjąć taką ważną decyzję wynikał ze specyfiki miejsca, w którym mieszkalem, gdzie funkcjonowała 10 letnia ścieżka edukacji (Rosja – red.). Trudno więc powiedzieć, że to był to wybór w pełni świadomy. Wiele rzeczy się wówczas zmieniało, przyszłość wydawała się być wyjątkowo niepewną. Grzecznie posłuchałem podpowiedzi rodziców, którzy wyjaśnili mi, że medycyna jest bezpiecznym wyborem i jednocześnie daje możliwość rozwoju. Nie żałuję tej decyzji.

— Gdyby nie wskazówki rodziców, to jakie inne alternatywy na przyszłość rozważałeś?

Myslałem kiedyś, by pójść w kierunku dyplomacji, to było moje marzenie. W dyplomacji pracowała moja mama... Wy tłumaczyła mi jednak dość szybko, że gdy ma się złożone pochodzenie i mieszka się w politycznie niepewnym kraju, to dyplomacja jest zbyt sprzedajnym zawodem, by ją uprawiać i realizować swoje ideały. Myślę, że gdybym nie został lekarzem, to byłbym albo dziennikarzem – bo to mnie od zawsze pasjonowało, albo zająłbym się działalnością polityczną, bo gdy miałem naście lat strasznie mnie to odpowiadało. Zawsze miałem też możli-

wość bycia tłumaczem języka rosyjskiego i francuskiego, ponieważ od wczesnego dzieciństwa zajmowałem się prawie zawodowo różnego rodzaju tłumaczeniami. Podsumowując: prawdopodobnie byłbym bardzo daleko od medycyny, tak jak cała moja rodzina.

— Na pewno na swej zawodowej drodze spotkałeś wielu ludzi...

W naszym zawodzie człowiek przez cały czas podpatruje jak pracują inni. Z drugiej strony zanika pojęcie mistrza i ucznia w medycynie, bo z różnych względów wymaga się od nas przede wszystkim samokształcenia. W życiu uczę się nie tylko od wzorców pozytywnych, ale też od tych negatywnych. Tak naprawdę to od nas zależy, który wzorec wybierzemy. Trudno mówić, kto wywarł największy wpływ na moje wybory, bo często pewne wybory są dziełem przypadku.

Uważam, że należy wzorować się na najbliższych kolegach: czerpać od nich to co pozytywne i unikać wzorców negatywnych. Z punktu widzenia zawodowego – najbardziej wpłynęła na mnie pewna pani doktor, która na pierwszym roku studiów pozwoliła mi naciąć ropień... Wtedy zrozumiałem, że chirurgia jest dla mnie. To ona przyczyniła się do tego, że grono chirurgów się zwiększyło. Dużo zawdzięczam prof. dr hab. Stanisławowi Zapalskiemu, który pozwolił mi bym przychodził w czasie studiów do Kliniki, a potem pozwolił mi tutaj praco-

wać, wykorzystywać zdobywane stypendia i kształcić się w Szpitalu na Długiej. Z punktu widzenia naukowego, bardzo dużo zawdzięczam prof. dr hab. Wacławowi Majewskiemu, który wyciągnął mnie z pewnego marazmu twórczego, ponieważ przez pierwsze kilka lat nauki zawodu nie wiedziałem, że medycyna to nie jest tylko rzemiosło, ale również nauka... To właśnie on pokazał mi, czym jest praca naukowa.

Dużo zawdzięczam także moim kolegom z pracy – wykształconym i piekielnie inteligentnym lekarzom. Pracując w tak konkurencyjnym środowisku muszę cały czas się doksztalać, by im dorównać... no i czasami być lepszym...

— Jako wykładowca akademicki, co możesz powiedzieć o współczesnej dydaktyce, o studentach?

Jestem bardzo wymagającym wykładowcą, ponieważ uważam, że jeśli będę mało wymagał i niewłaściwie przygotowywał studentów do wykonywania ich przyszłego zawodu oraz wymagał od nich niewiele wysiłku i pracy, to tak samo mało będą wymagać od siebie, gdy będą mnie leczyć za kilka lat... Wychodzę z założenia, że prawdopodobnie trafię kiedyś na osobę, która była moim studentem i z tych – poniekąd egoistycznych pobudek, uważam że trzeba bardzo dużo wymagać od młodego pokolenia lekarzy. Bardzo mnie boli, że nasi studenci będąc na 5-6 roku studiów nadal czują się jak uczniowie szkoły średniej, zatracają pęd do wiedzy i starają się tylko przetrwać studia. Ja staram się to zmienić, choć często spotyka się to z negatywnym odbiorem. Tylko niektórzy studenci rozumieją, że właśnie tak powinno być. Jeśli chcemy wymagać czegoś od lekarzy w przyszłości, to musimy wymagać od studentów. Byłoby też dobrze, gdyby oni wymagali więcej od nas.

— Jakim miejscem jest Oddział Chirurgii Ogólnej i Naczyniowej, Klinika?

Jest to bez wątpienia miejsce wyjątkowe, miejsce z tradycjami. Uważam, że praca w tym miejscu to ogromny zaszczyt. Jednocześnie to miejsce powinno dawać

* dr Michał Goran Stanišić – specjalista w zakresie chirurgii naczyniowej, od 1996 roku na stałe związany ze Szpitalem Klinicznym *Przemienienia Pańskiego* UM w Poznaniu i Kliniką Chirurgii Ogólnej i Naczyniowej. Absolwent studiów Wydziału Lekarskiego AM w Poznaniu oraz studiów podyplomowych w zakresie orzecznictwa i ubezpieczeń na Akademii Medycznej we Wrocławiu. Specjalizuje się w otwartym i wewnątrznaczyniowym leczeniu miażdżycy tętnic, szczególnie w zaawansowanych postaciach niedokrwienia w cukrzycy oraz w nowoczesnych sposobach leczenia chorób żył. Jego pasją to nauczanie przyszłych kadr medycznych, a także psychologiczne aspekty relacji z pacjentami. Prywatnie lubi niezaplanowane podróże oraz cieni wartości życia rodzinnego.

i nauki

lekarzowi satysfakcję z pracy, również satysfakcję materialną. Powinno być miejsce, z którym człowiek jest związany ideowo, mentalnie. Jeśli zdefiniujemy sobie naszą wizję i misję – i co najważniejsze w tę wizję i misję uwierzmy, to będzie nam się łatwiej pracowało. Codziennie musimy też doskonalić umiejętność pracy zespołowej. Zespół to ludzie, którzy sobie ufają, każdy może zastąpić kolegę bez upośledzenia jakości leczenia pacjenta. To jest kluczowy element pracy w zespole – zachowanie ciągłości pracy – dla dobra pacjenta. Musimy pamiętać, że pracując w czołowym ośrodku pracujemy nie tylko na swoje nazwisko, ale także na renomę ośrodka i odwrotnie.

— **Dlaczego badania relacji lekarz – pacjent i psychologicznymi przesłankami podejmowania decyzji przez pacjentów są w Twojej opinii tak istotne?**

Kiedy wykonuje się zawód lekarza przez wiele lat, nasuwa się pytanie – dlaczego pacjent godzi się na to co proponuje mu lekarz? Dlatego że się boi? Dlatego że nie ma wyjścia, czy dlatego, że nie wie, że ma jakieś alternatywy. Zrozumienia mechanizmu decyzji pacjenta, jego strachu przed chorobą i leczeniem powoduje, że człowiek zaczyna zwracać uwagę na każde wypowiedziane słowo. Okazuje się, że to co mówimy pacjentom, jest przez nich zupełnie inaczej postrzegane. Przekazując informacje o ciężkiej chorobie, sam fakt wymienienia nazwy choroby, potwierdzenia jej istnienia wyłącza w większości przypadków percepcję naszego pacjenta. Zaczyna on potulnie kiwać głową, gdy tak de facto niczego nie rozumie. Lekarz mówi, a do pacjenta nic nie dociera. Zrozumienie mechanizmu pojawienia się u pacjenta decyzji o zaufaniu lekarzowi, jeśli nauczymy się przekazywać pacjentowi informacje i wiedzę, to poprawią się wyniki naszego leczenia. Pacjent będzie wtedy przestrzegał naszych zaleceń. I tutaj mamy olbrzymie pole do popisu.

W gabinetach prywatnych, gdzie pacjenci płacą za leczenie swoje ciężko zarobione pieniądze, tylko 50% z nich przestrzega otrzymanych zaleceń. Wy-



Fot. Archiwum

obrażmy sobie teraz sytuację, gdy pacjent przychodzi do poradni publicznej, gdzie jest o wiele więcej pacjentów i lekarze mają dla nich o wiele mniej czasu. Prawdopodobieństwo zrozumienia przez pacjenta otrzymanych informacji, przy o wiele krótszej rozmowie z lekarzem jest znikome. Nie poświęcając pacjentowi wystarczającej ilości czasu nie zapewniamy mu bezpieczeństwa. Nie objaśnimy pacjentowi tego, co będzie się z nim działo oraz jakie mogą być ewentualne powikłania, skutkuje dużą ilością skarg pacjentów, procesów sądowych. Wynika to z tego, że pacjent nie do końca zro-

zumiał przekaz, a boi się ponownie zapytać lekarza. To nie jest problem tylko naszego kraju, również w badaniach holenderskich okazało się, że pacjent będąc u chirurga naczyniowego w większości przypadków nic nie mówi, nie jest partnerem w rozmowie z lekarzem, a jedynie słuchaczem nudnawego monologu.

— **Jakie stawiasz przed sobą wyzwania?**

Lekarz powinien podążać ze trendami medycznymi i je tworzyć. Trzeba cały czas stawiać sobie nowe zadania, by się nie wypalić i być efektywnym. I ja tak właśnie staram się robić.

Dr Michał-Goran Staniś oraz m.in. Kierownik Kliniki Chirurgii Ogólnej i Naczyń – prof. Grzegorz Oszkiniś są współtwórcami innowacyjnego projektu telemonitoringu zespołu stopy cukrzycowej, który wkrótce zostanie wdrożony w wybranych szpitalach na terenie województwa wielkopolskiego. Więcej o projekcie w następnym wydaniu Nowin Szpitalnych. Ponadto zachęcamy do lektury interesującego artykułu zamieszczonego na łamach Gazety Wyborczej oraz publikacji medycznych dr Michała Staniśa i psycholog – prof. Teresy Rzepy.

Walka o OZW

Ostatnie miesiące przyniosły kolejne zaskakujące rozwiązania w racjonalizacji wydatków systemu opieki zdrowotnej. Wydaje się, że warto w tym miejscu postawić pytanie – czy jesteśmy tak bogatym krajem, by angażować siły i środki wielu szpitali, zamiast racjonalnie gospodarować zasobami? Łatwo jest używać pojęcia dobra pacjenta, niekoniecznie odnosząc się do realiów medycznych.

Koniec z logiką

Program Leczenia Ostrych Zespołów Wieńcowych, współtworzony przez Wielkopolską Regionalną Kasę Chorych, Klinikę Kardiologii i Szpital Kliniczny Przemienienia Pańskiego UM w Poznaniu był modelowym przykładem logicznie stworzonego programu zdrowotnego. Logicznie – bo uwzględniał zarówno racje medyczne, jak i uwzględniał kontekst optymalnego wykorzystania publicznych zasobów. Dwie Pracownie Hemodynamiki – mające zaplecze kardiologiczne – dyżurowały naprzemiennie, gwarantując bezpieczeństwo medyczne pacjentów Poznania i okolic. System był prosty i racjonalny – jeden dyżurujący szpital w godzinach wieczorno-nocnych, w zupełności gwarantował zabezpieczenie zdrowotne dla pacjentów z ostrym zespołem wieńcowym. Jak śpiewała Anna Jantar *nic nie może przecież wiecznie trwać...* Załamał się logiczny, wypra-

cowany przez lata konsensus. A nowe rozwiązanie? Trzy dyżurujące łącznie pracownie w Poznaniu. Trzy zespoły lekarzy kardiologów, techników RTG, pielęgniarek, gotowości pracowni. W końcu Poznań to metropolia, gdzie dojazd karetki pogotowia z pacjentem zajmuje więcej niż godzinę czy dwie. Racje zawsze się znajdują.

Oparcie na dowodach

Wydatki na ochronę zdrowia rosną nieproporcjonalnie szybciej w porównaniu do wzrostu dochodu narodowego. Dlatego też przy podejmowaniu decyzji warto kierować się medycyną opartą na dowodach, także w obszarze polityki zdrowotnej i praktyki klinicznej. Dyscyplina ta łączy wiedzę z zakresu m.in.: medycyny, epidemiologii, biostatystyki, ekonomii, i prawa. Trudno jest jednak docenić naukę, gdy z takim impetem w świat medycyny wkraczają pieniądze.

Czekając z innymi

Czy obecny stan opieki nad pacjentami mającymi „zawał serca” jest lepszy od poprzedniego? Z pewnością powstaną opracowania naukowe porównujące, czy rezygnacja z dotychczasowego systemu (bez zwiększenia ilości wykonanych procedur OZW, ale za to z kilkoma dyżurującymi szpitalami) istotnie poprawi tzw. kliniczne punkty końcowe, takie jak zmniejszenie zgonów, zwiększenie wyleczeń, polepszenie jakości życia, czy też zmniejszenie zdarzeń niepożądanych. Oby obiektywne badania naukowe udowodniły, że niewidzialna ręka rynku medycznego miała rację... Dziś pozostaje nam trwać w gotowości, czekając z innymi na przyjazd karetki, by pomóc choremu. W końcu jesteśmy bogatym systemem opieki zdrowotnej i za wspólne czekanie kilku szpitali warto płacić.

Rafał Staszewski

Z-ca Dyrektora ds. Administracji

.....Nadzwyczajny tryb postępowania.....

Dzięki obserwowanemu w ostatnich latach postępowi kardiologii dziecięcej wiek rozrodczy osiągają kobiety ze złożonymi wadami wrodzonymi serca i należy się spodziewać iż ich liczba w najbliższym czasie będzie dynamicznie wzrastać.

Posiadać potomstwo pragną również chore z mechanicznymi protezami zastawkowymi jak i zaawansowanymi zaburzeniami rytmu serca. Opieka nad tymi pacjentkami w czasie ciąży i porodu wymaga szczególnych umiejętności oraz

zapewnienia szczególnych warunków organizacyjnych, które jako jedni niewielu w kraju potrafimy spełnić.

Obserwacja i hospitalizacja

Ciężarna z zaawansowaną chorobą serca przez okres ciąży jest pod obserwacją doświadczanego kardiologa i położnika. Częstość wizyt w poradni ustalana jest w zależności od stopnia zaawansowania choroby. Nasilenie typowych dla ciąży zmian hemodynamicznych następuje w początku trzeciego trymestru, kiedy to pacjentki wymagają szczególnego nadzoru. W razie nasilenia dolegliwości konieczna jest ich hospitalizacja. Niebawale zagrożone są chore z mechaniczną protezą zastawki. Z tego powodu w pierwszym trymestrze wymagają około sześciotygodniowej hospitalizacji, ze względu na konieczność zastosowania parenteralnego leczenia antykrzepliwego – stosowane przed ciążą leki doustne stwarzają bowiem ryzyko powikłań ośrodkowego układu nerwowego u płodu.

Szczególny poród

Wszystkie pacjentki, w stosunku do których podjęta jest decyzja o konieczności porodu w warunkach szczególnej opieki kardiologicznej, ze względu na istniejące ryzyko, przyjmowane są do kliniki dwa tygodnie przed terminem spodziewanego

(dokończenie na str. 15)



Fot. Martyna Wasiak

Prof. dr hab. Olga Trojnarowska podczas badania

Szczególny rodzaj stresu

W ostatnich latach psycholodzy zwracają uwagę na rodzaj stresu związanego z pracą, który w szczególny sposób ujawnia się w zawodach związanych z niesieniem pomocy innym.

Mowa tu o wypaleniu zawodowym, które określane jest jako „stan fizycznego i psychicznego wyczerpania, który powstaje w wyniku działania długotrwałych negatywnych uczuć rozwijających się w pracy i w obrazie własnym człowieka” (Emener i in., 1972). Uważa się, że wypalenie jest wynikiem długotrwałego lub powracającego obciążenia związanego z intensywną pracą dla innych ludzi. Czasem osoby pomagające uświadamiają sobie, że siły ich zostały całkowicie wyczerpane, a pomoc drugiej osobie jest dla nich ogromnym wysiłkiem.

Sygnaly ostrzegawcze

Wśród sygnałów ostrzegawczych wymienić można (nasilające się w czasie): brak chęci do pracy, uczucie przemęczenia, uczucie bezradności, poczucie izolacji, przygnębienie, trudności

obecnego funkcjonowania pod kątem problemu wypalenia zawodowego.

Co możemy zrobić?

Wśród sposobów indywidualnego zapobiegania lub radzenia sobie z wypaleniem wymienić warto:

- Dystans do problemów w pracy: szczególnie trudny do uzyskania w zawodach medycznych, ze względu na przebywanie z ludźmi cierpiącymi. Umiejętność oddzielenia życia zawodowego od prywatnego pozwala nam odpocząć i zregenerować siły przed kolejnym dniem pracy.
- Zarządzanie czasem: dobra organizacja czasu pracy, uwzględniająca krótkie przerwy, pozwala osiągnąć lepsze efekty ze względu na ograniczone możliwości przetwarzania



Fot. dr Maciej Frankiewicz

w kontaktach z pacjentami i klientami, trudności z kontrolowaniem emocji, drażliwość, brak cierpliwości i objawy psychosomatyczne. Na pojawienie się syndromu wypalenia mają wpływ zarówno warunki pracy, relacje interpersonalne w miejscu pracy, jej organizacja, jak również nasze sposoby radzenia sobie z wyżej wymienionymi problemami. Na czynniki te nałożyć się mogą wydarzenia z życia prywatnego pracownika, nasilając odczuwane w pracy objawy.

Wobec syndromu wypalenia zawodowego nie jesteśmy jednak bezsilni. Zarówno pracownik jak i pracodawca są w stanie skutecznie przeciwdziałać opisywanemu syndromowi lub odwracać jego skutki. Wymaga to aktywnej postawy, zdecydowania i rewizji

Wobec syndromu wypalenia zawodowego nie jesteśmy bezsilni. Zarówno pracownik jak i pracodawca są w stanie skutecznie przeciwdziałać opisywanemu syndromowi lub odwracać jego skutki.

informacji przez nasz mózg. Nie mniej ważny jest nasz rytm dobowy – odpowiednia ilość snu często bagatelizowana w ferworze codziennych obowiązków. W cyklu tygodniowym warto nie przekraczać rozsądnej ilości godzin pracy,

a w cyklu rocznym nie zapominać o urlopach, które powinny być wykorzystywane tylko na odpoczynek.

- Efektywne radzenie sobie ze stresem: wyznaczanie sobie realnych celów do wykonania i planowanie pracy redukuje stres w trakcie jej realizacji. Redukcji stresu sprzyja

również sport i aktywne spędzanie wolnego czasu (szczególnie ważne dla pracowników umysłowych, bowiem podczas

(dokończenie na str. 18)



Rowerzyści i ich niepowtarzalne koszulki



Uczestnicy rajdu na starcie



Degustacja zdrowych przekąsek to był pyszny pomysł!



Pogoda i frekwencja dopisały

Muzycznie, zdrowo,

Foto: Mirosław Baryga



Wspólne zdjęcie na Placu Wolności w Poznaniu



Koncert Kameralnego Zespołu Muzycznego „Operacja Muzyka”



Bezpłatne badania i konsultacje to podstawa każdej Białej Soboty

sportowo

Dla ciała

W sobotę ósmego czerwca, w naszym obiekcie szpitalnym przy ulicy Szamarzewskiego, odbył się piknik zdrowotny, podczas którego mieszkańcy Poznania i okolic mogli skorzystać z bezpłatnych badań i konsultacji specjalistycznych, w tym m. in.: badań laboratoryjnych, porad onkologicznych, internistycznych, dietetycznych czy pulmonologicznych. Akcja profilaktyczna cieszyła się olbrzymim zainteresowaniem. Pacjenci, zaproszeni goście oraz pracownicy szpitala delectowali się również zdrowymi przekąskami – sałatkami, surówkami oraz rozslawionymi w mediach szpitalnymi racuchami, które tym razem przygotowane były z pełnoziarnistej maki i serwowane z owocami i bitą śmietaną.

Dla ucha

Podczas pikniku odbył się koncert Kameralnego Zespołu Muzycznego „Operacja Muzyka”, działającego od 2006 roku przy Wielkopolskiej Izbie Lekarskiej. W skład zespołu, pod kierownictwem artystycznym Pani Dobrochny Martenki, wchodzi lekarze różnych specjalności, stomatolodzy, studenci Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu oraz zaprzyjaźnieni przedstawiciele innych kierunków studiów i zawodów. Podczas muzycznego koncertu „W promieniach słońca” mogliśmy delectować się utworami z repertuaru między innymi Huberta Kowalskiego i Krzysztofa Komedy, Astora Piazzoli czy Michała Lorenca.

Dla sportowego ducha

Ósmy czerwca, to w kalendarzu miłośników 2 kółek Święto Cyklistów. Przez centrum Poznania przejechała tego dnia kolumna ponad 100 rowerzystów, w której oprócz członków Sekcji Rowerzystów Miejskich, uczestniczyła liczna grupa pracowników naszego Szpitala oraz członkowie ich rodzin i przyjaciele. Trasa rajdu przebiegała z ulicy Długiej przez Plac Wolności i wiodła do Szpitala przy ulicy Szamarzewskiego. Wszyscy uczestnicy uwiecznieni zostali na wspólnym zdjęciu, wykonanym przy Placu Wolności, a także na filmie, który obejrzeć można na szpitalnym facebooku i kanale youtube.

Dziękujemy wszystkim osobom zaangażowanym w przygotowanie przedsięwzięcia oraz tym którzy z dumą noszą szpitalne koszulki z logo i napisem – dla panów Ale mam napęd i dla pań – Ale ze mnie sprycha. Kto nie uczestniczył w rajdzie – niech żałuje – i nad kondycją na przyszły rok pracuje!

Daria Szaj



Stan obecny...

Bez drugiego Neapolu

Jak każdy z Państwa tak i również administrujący szpitalem musieli złożyć deklaracje, które stanowią podstawę naliczania nowych opłat za odbiór i utylizację odpadów komunalnych. Tak zwana ustawa śmieciowa, wprowadzona w życie 1 lipca br., według powszechnych opinii skutkuje głównie kosztami dla przeciętnego obywatela i instytucji.

Trudno się z tym nie zgodzić, tym bardziej że i dla naszego szpitala nowe prawo wiąże się ze zwiększonymi opłatami za nową organizację wywozu odpadów komunalnych i surowców wtórnych. Wartość ta jest około 2,5 krotnie większa niż przed wejściem ustawy w życie. Powodem tego jest przeniesienie bezpośrednio obowiązku na gminę, która ustanawia stawki za gospodarowanie odpadami.

Na dzień dzisiejszy realizacja wywozu odpadów komunalnych jest kontynuowana przez przedsiębiorców dotychczasowych, natomiast po 1 stycznia 2014 roku będzie wykonywana przez wyłonionych w postępowaniu. Rejon miasta Poznania został podzielony na strefy i po wyłonieniu nowego wykonawcy okazać się może, że usługę dla naszych trzech jednostek będzie realizowana przez różne przedsiębiorstwa.

Jak przysłało na poznaniaka mam nadzieję, że nowa organizacja nie zakłóci prawidłowego opróżniania naszych pojemników komunalnych i do „drugiego Neapolu” nie dojdzie.

Arkadiusz Stasiak
Kierownik Działu Administracji



...i zaaranżowana wersja pesymistyczna

Pracownia Radiologii Zabiegowej po modernizacji

Najnowsza generacja

Pracownia Radiologii Zabiegowej wyposażona została w najnowszej generacji angiograf firmy Philips, z możliwością wykonywania rekonstrukcyjnych, trójwymiarowych obrazów naczyń.

— *Ogromną zaletą nowego sprzętu jest możliwość wykonywania podczas badań angiograficznych szybkich badań tomograficznych wybranych odcinków diagnostycznych. Dodatkowo pracownia uzyskała najnowszej generacji oświetlenie ledowe, wykorzystywane podczas zabiegów hybrydowych – mówi prof. dr hab. Robert Juszkat. — Mam nadzieję, że nowoczesny sprzęt zdecydowanie poprawi diagnostykę naczyniową oraz skuteczność i bezpieczeństwo leczenia wewnątrznaczyniowego naszych pacjentów – dodaje.*

Prace modernizacyjne trwały od połowy sierpnia do początków września. Pracownię uroczyście otwarto w dniu 11 września br.

Redakcja



Remont pracowni

Fot. Martyna Wasiała



Otwarcie pracowni 11 września 2013 r.

Fot. Wiesław Werner



Zespół podczas angioplastyki tętnic biodrowych z implantacją stentów

Fot. Magdalena Rzekećka

Teren budowy



Montaż windy i prace remontowe w skrzydle C od ul. Garbary

Fot. Hanna Janikowiak

W ostatnim czasie wykonano następujące prace remontowo-budowlane na terenie Szpitala:

- zakończono remont szatni na Oddziale A (lipiec),
- zakończono remont dyżurki pielęgniarskiej Bloku Operacyjnego Chirurgii Ogólnej i Naczyń (lipiec),
- wymalowano sale chorych na Oddziale C,
- zakończono prace dotyczące wymiany wytwornicy pary w kotłowni przy ulicy Długiej,
- przekazano teren pod budowę drogi pożarowej ul. Szmarzewskiego 82/84 (wrzesień),
- zakończono prace remontowe na oddziale okulistyki (sale chorych + dyżurka pielęgniarek),
- trwają prace montażu windy – skrzydło C, od ulicy Garbary (na zdjęciu obok),
- trwa rozbudowa obiektu Hospicjum Palium o Oddział stacyjny „C”.

Irena Usowicz

Kierownik Działu Technicznego

Marketing nie worek

Z Daria Szaj o amerykańskim modelu marketingu w służbie zdrowia rozmawia Magdalena Rzekiecka

Sześć wakacyjnych tygodni spędziłaś bardzo pracowicie, na stażu w szpitalu Cape Cod Healthcare w MA, w Stanach Zjednoczonych. Czego się nauczyłaś?

Miałam okazję wziąć udział w wielu spotkaniach biznesowych, poznałam Dział Marketingu i Rozwoju Biznesu – myślę, że na tyle dobrze, na ile to było możliwe w tak krótkim okresie czasu.

nych, licznych wydarzeń w życiu szpitala i jego fundacji.

Gdybyś miała porównać marketing w naszym Szpitalu z tym w Cape Cod...

U nas marketing jest jak worek, w który wrzuca się wszystko. Wieloaspektowość działań marketingu jest ogromna: począwszy od organizacji konferencji po

odpowiada za projekty graficzne, za stronę internetową, za kontakty z lekarzami, za kontakty z lokalną społecznością czy agencjami rządowymi. Wszyscy doskonale ze sobą współpracują, uzupełniają się, szanują wzajemnie swoją pracę i na każdym etapie rozmawiają. Poza tym – podobnie jak prof. Zapalski, na pytanie czego najbardziej zazdroszczę Amerykanom – odpowiem krótko – spokojnie.

Co podpatrzona w Cape Cod chciałabyś zaszczyć także u nas?

Marzy mi się kilka projektów, do realizacji których, jak mi się wydaje, potrzeba jeszcze trochę czasu, dojrzałości oraz ich adaptacji do naszych realiów.

Bardzo podobał mi się pomysł wykorzystania internetowego systemu badań ankietowych do rozwoju

współpracy i komunikacji wewnętrznej oraz rozwiązania w zakresie dwustronnego przepływu informacji, w tym częste spotkania z kadrą zarządzającą i wspólne rozwiązywanie problemów. Chciałabym także, żebyśmy rozwinęli naszą współpracę z lokalną społecznością, ze stowarzyszeniami mieszkańców, ale też przedsiębiorcami. Oj dużo tego...

www.capecodhealth.org



Budynek Marketingu Szpitala Cape Cod



Cape Cod Hospital

Byłam odpowiedzialna za jeden duży projekt: przeprowadzania badań potrzeb lokalnej społeczności w zakresie opieki onkologicznej. To był kluczowy projekt, w ramach którego współpracowałam z wieloma osobami, jednostkami i podmiotami, dzięki czemu poznałam całą specyfikę przepływu informacji. Poza tym pomagałam w wyborze firmy, która wdroży nową stronę internetową szpitala, w przygotowaniach do targów i róż-

różnego rodzaju projekty profilaktyczne, zarządzanie stroną internetową i szereg różnych inicjatyw. Natomiast w Szpitalu w Cape Cod ze względu na to, że jest wiele osób, które zajmują się swoją określoną działalnością ta praca przebiega dużo sprawniej, pracownicy nie są tak bardzo obciążeni wielozadaniowością i mogą skupić się na konkretnych wybranych czynnościach. Jest osoba, która odpowiada za kontakty z mediami, jest osoba, która

•••Nadzwyczajny tryb postępowania•••

(dokończenie ze str. 10)

rozwiązania. Na podstawie oceny kardiologicznej i położniczej wyznaczana jest data porodu. Organizowany jest on na sali operacyjnej Kliniki Kardiologii, w godzinach wczesnorannych, tak by nie zakłócać harmonogramu operacji kardiologicznych. W celu wykonania cięcia cesarskiego do ośrodka kardiologicznego przyjeżdża zespół położniczy, natomiast dla opieki nad noworodkiem zespół neonatologów. Znieczulenie w czasie zabiegu prowadzi doświadczony anestezjolog należący do zespołu kardiologicznego. W czasie porodu obecny jest zajmujący się pacjentką kardiolog. Po porodzie noworodek przekazywany jest do Kliniki Neonatologii, a matka pierwszych kilka godzin spędza na Sali Pooperacyjnej Kliniki Kardiologii, a następnie w zależności od wskazań dobę lub kilka dni na Sali

Intensywnej Terapii Kliniki Kardiologii. Jeśli przebieg poporodowy jest bez powikłań chora wypisywana jest po kilku dniach do domu z zaleceniem kontroli w Poradni Kardiologicznej.

Wyróżnienie i zobowiązanie

W ciągu ostatnich kilku lat (od roku 2000), spośród ponad trzystu ciężarnych będących pod opieką Poradni Wad Wrodzonych Serca u Dorosłych dwadzieścia pięć kobiet urodziło swe dzieci w przedstawiony powyżej sposób. Przedstawiony nadzwyczajny tryb postępowania zapewnia maksimum bezpieczeństwa dla matki i noworodka, o czym wiedzą kardiologowie z innych regionów naszego kraju kierując ciężarne właśnie do naszego szpitala, co jest dla nas dużym wyróżnieniem ale i zobowiązaniem.

Olga Trojnarowska
Kierownik Pracowni Echokardiografii

Czego inni nie widzą, genetyk dostrzeże

Jedną z najprężniej rozwijających się nauk medycznych jest genetyka, obecna na każdym kroku i w każdej dziedzinie medycyny. Badania genetyczne stanowią fundament współczesnej diagnostyki hematologicznej, co ma bezpośrednie odzwierciedlenie między innymi w najnowszej klasyfikacji WHO poszczególnych typów białaczek i innych schorzeń hematologicznych.

Aparatura, kadra, badania

W skład Laboratorium Diagnostyki Hematologicznej w naszym szpitalu, strukturalnie należącego do Oddziału Hematologii i Chorób Rozrostowych Układu Krwiotwórczego, wchodzi trzy pracownie wykonujące badania genetyczne z zakresu hematologii i zaburzeń hemostazy: Pracownia Biologii Molekularnej, Pracownia Cytogenetyki oraz Pracownia Hemostazy. Pracownie wykonujące badania genetyczne wyposażone są w zaawansowaną, nowoczesną aparaturę, która gwarantuje doskonałą jakość oznaczeń. W diagnostyce posiadany sprzęt to jednak częściowy sukces. Ważniejsza jest doświadczona, wykwalifikowana kadra: specjalista z dziedziny laboratoryjnej genetyki medycznej, dia-

gności laboratoryjnej oraz biolodzy molekularni, którzy zmagają się często z trudnymi przypadkami diagnostycznymi.

Badania genetyczne wykonywane są u chorych hospitalizowanych w macierzystym szpitalu, u pacjentów z innych wiodących ośrodków hematologicznych w Polsce oraz od wielu lat w ramach realizacji kontraktu z NFZ. Zauważalna jest tendencja wzrostowa dotycząca liczby zlecanych i wykonywanych badań (wykres).

Biolog molekularny

W dobie coraz szybszego rozwoju tzw. „medycyny spersonalizowanej” praca biologa molekularnego nabiera szczególnego

..... Zainteresowanie wzrasta

W badaniach klinicznych i nieinterwencyjnych bierze udział około 400 pacjentów Szpitala rocznie.

Aktualnie w Szpitalu Klinicznym Przemienienia Pańskiego UM w Poznaniu jest realizowanych 65 badań klinicznych i nieinterwencyjnych. Badania są prowadzone na Oddziałach: Okulistyki; Kardiologii; Hipertensjologii; Angiologii i Chorób Wewnętrznych; Nadciśnienia Tętniczego i Zaburzeń Metabolicznych; Hematologii i Chorób Rozrostowych Układu Krwiotwórczego; Pulmonologii, Alergologii i Onkologii Pulmonologicznej; Chemioterapii; Ginekologii Onkologicznej; Opieki Paliatywnej.

Dodatkowo zgłoszonych jest 25 nowych badań klinicznych, do których

w chwili obecnej Sekcja Badań Naukowych i Dydaktyki prowadzi negocjacje. W badaniach klinicznych i nieinterwencyjnych rocznie bierze udział około 400 pacjentów Szpitala.

W latach 2009-2011 nastąpił znaczący spadek liczby zakontraktowanych umów na badania kliniczne, skutkujący również zauważalnym zmniejszeniem ofert nowych badań ze strony sponsorów. Powyższe podyktowane było licznymi kontrolami, które w tym okresie były prowadzone w Szpitalu przez Najwyższą Izbę Kontroli, WOW NFZ, Urząd Skarbowy czy Agencję Bezpieczeństwa Wewnętrznego.

Obecnie, dzięki zastosowaniu przez Sekcję Badań Naukowych i Dydaktyki jednolitych zasad kontraktowania i nadzoru nad realizacją procesu prowadzenia badań klinicznych oraz wprowadzeniu działań marketingowych skierowanych do potencjalnych sponsorów, zainteresowanie naszym Ośrodkiem Badawczym systematycznie wzrasta, co jest zauważalne w liczbie zgłaszanych nowych badań i podpisywanych umów na prowadzenie prestiżowych badań klinicznych i nieinterwencyjnych.

Inga Wałaszowska
kierownik Sekcji ds. Badań
Naukowych i Dydaktyki

Realizacja badań klinicznych i proces kontraktowania – stan na dzień 31.08.2013 r.

Rok	Liczba zgłoszonych badań	Liczba podpisanych umów	Liczba aktywnych badań	Liczba badań zgłoszonych w poszczególnych latach, dla których nie podpisano umów, z powodu wycofania się Sponsora
2007	58	39	62	0
2008	47	49	80	0
2009	43	7	52	27
2010	45	24	43	22
2011	36	17	60	12
2012	34	27	54	6
2013 (VIII 2013)	28	20	65	2

znaczenia – wiele nowatorskich i skutecznych terapii onkologicznych możliwych jest do zastosowania jedynie po zbadaniu profilu genetycznego komórek nowotworowych. Pracownia Biologii Molekularnej wykonuje oznaczenia markerów genetycznych w białaczkach zgodnie z najbardziej aktualnymi standardami światowymi, co w istotny sposób wpływa na dalsze leczenie i monitorowanie stanu chorego. Imponująca jest także rozdzielczość metod molekularnych – jesteśmy w stanie znaleźć mutację w obrębie pojedynczego nukleotydu, jednej „liter” ludzkiego DNA, co w praktyce oznacza znalezienie defektu wielkości nanometra!

Cytogenetyk

Nieco inaczej wygląda praca cytogenetyka. Naszym głównym celem jest analiza wzoru prążkowego chromosomów, dzięki której możemy globalnie zagłębić się w tajemnicę ludzkiego genomu. Uzyskanie chromosomów do analizy kariotypu jest trudne i wymaga prowadzenia hodowli komórkowych. Wgląd w cały zestaw chromosomów pozwala wykryć wszystkie zaburzenia zarówno w liczbie, jak i strukturze chromosomów. Wynik takiego badania umożliwia klinicyście zakwalifikowanie chorego do odpowiedniej grupy ryzyka. Często zdarza się, że u pacjentów chorych na ostre białaczki dochodzi do bardzo złożonych zmian kariotypu, które utrudniają diagnostykę. W takich przypadkach, wykorzystuje się technikę fluorescencyjnej hybrydyzacji (FISH) z użyciem sond molekularnych. Jest ona zaliczana do metod cytogenetyki molekularnej, która skupia uwagę na konkretnych genach, umiejscowionych na poszczególnych chromosomach umożliwiając tym samym wykrycie aberracji niewidocznych w metodzie prążkowej.

Trombofilia

Jednym z częstych problemów diagnostycznych w hematologii jest zakrzepica. W Pracowni Hemostazy wykonujemy badania genetyczne w kierunku rozpoznania wrodzonej trombofilii, która jest dziedziczną skłonnością do występowania zakrzepicy żył głębokich i zatorowości płucnej. Najczęściej lokalizują się one w naczyniach kończyn dolnych, rzadziej górnych, w obrębie naczyń wątroby lub mózgu. Diagnostyka genetyczna polega na wykryciu lub wykluczeniu obecności mutacji Leiden genu czynnika V oraz polimorfizmu genu protrombiny.

Kompleksowa diagnostyka

Dzięki współdziałaniu tak różnych pracowni diagnostycznych w jednym laboratorium możliwa jest kompleksowa diagnostyka schorzeń hematologicznych bardzo zaawansowanymi metodami molekularnymi. Szczególnie obrazowym

przykładem współpracy i wzajemnego uzupełnienia jest obecnie stosowany algorytm diagnozowania i leczenia przewlekłej białaczki szpikowej, który obejmuje: wykrycie chromosomu Philadelphia będącego swoistym markerem cytogenetycznym tej choroby, stwierdzenie technikami cytogenetyki molekularnej i biologii molekularnej charakterystycznej fuzji genów *BCR-ABL1* oraz systematyczne

badanie poziomu tego onkogenu metodami molekularnymi. Takie postępowanie pozwala na obserwację dynamiki choroby na tak wysokim poziomie precyzji i czułości, jaki jest nieosiągalny dla żadnych innych metod diagnostycznych – możemy wykryć pojedynczą komórkę nowotworową wśród miliona komórek zdrowych.

Pewien synergizm zachodzi także w diagnostyce chorób zakrzepowo-zatorowych. Występowanie przewlekłego nowotworu mieloproliferacyjnego, którego markerem jest badany w Pracowni Biologii Molekularnej gen *JAK2*, istotnie wpływa na ryzyko wystąpienia zakrzepic, których diagnostykę laboratoryjną prowadzi Pracownia Hemostazy.

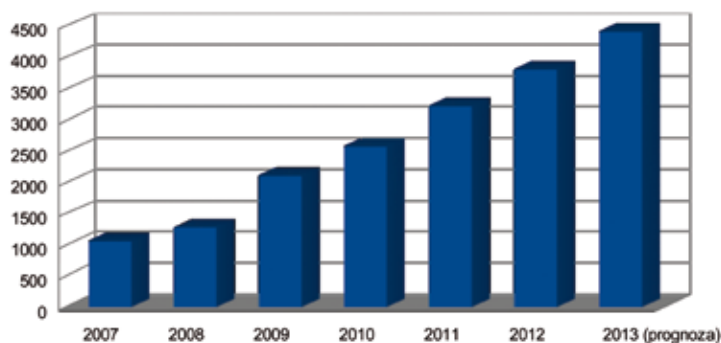
Wzajemna współpraca

Bez wzajemnej współpracy między naszymi pracownikami, wymiany informacji, ciągłego doskonalenia umiejętności i udziału w międzynarodowych testach kontroli, prawidłowy proces diagnostyczny nie mógłby się odbyć. Jesteśmy po to by służyć pacjentowi i pomagać lekarzowi w wyborze narzędzi do walki z chorobami nowotworowymi układu krwiotwórczego i zaburzeniami hemostazy.

Dr hab. n. med. Maria Kozłowska-Skrzypczak
Kierownik Laboratorium Diagnostyki Hematologicznej

we współpracy z mgr inż. Anną Przybyłowicz-Chalecką
oraz mgr Błażem Ratajczakiem

Wzrost ilości badań genetycznych w latach 2007-2013) w Szpitalu



Abbott
Vascular

REKLAMA

Aerobik

Wysiłek nagrodzony korzyściami

Po raz kolejny organizujemy dla pracowników zajęcia z aerobiku. Dla pań pracujących przy ul. Szamarzewskiego 82/84 zajęcia będą się odbywać w salce rehabilitacyjnej. Z uwagi na brak dostępu do sali ćwiczeń, w tym sezonie zajęć na ul. Długiej nie będzie.

Cena

karnetu miesięcznego za zajęcia (1 raz w tygodniu) wynosi 16 zł. Można wykupić karnet na większą ilość miesięcy, co stanowi wielokrotność ceny karnetu miesięcznego. Kwotę należy uiścić na



koncie Stowarzyszenia Bono Serviamus o nr: 131030 1247 0000 0000 7991 2007 Bank Handlowy w Warszawie o. w Poznaniu z dopiskiem w tytule: (imię, nazwisko, dzień tygodnia, ilość miesięcy).

Osoby chętne

proszę o kontakt telefoniczny pod nr 9190 (p. Patrycja Rakowska). Aerobik będzie się odbywał do końca czerwca 2014 roku. Wszystkie chętne Panie zapraszamy do wspólnych ćwiczeń! Wystarczy zabrać ze sobą jedynie karimatę i dobre samopo-

czucie. Korzyści płynące z uprawiania aktywności fizycznej, w tym z aerobiku jest wiele: poprawa funkcjonowania układu krążenia i układu oddechowego, wzmocnienie układu mięśniowego i kształtowanie sylwetki, co ma wpływ na dobre samopoczucie. Ponadto wzmożone wydzielanie endorfin (hormonów szczęścia) podczas wysiłku fizycznego powoduje, że czujemy się szczęśliwsi.

Joanna Latuszewska

Komunikacja z pacjentem

Dobra podstawa

Komunikacja z pacjentem – teoria i praktyka – pod takim tytułem w dniu 21 lutego br. na terenie naszego Szpitala odbyło się szkolenie, w którym wzięło udział kilkadziesiąt osób z różnych komórek organizacyjnych.

Głównym zagadnieniem szkolenia było usprawnienie i polepszenie komunikacji między personelem medycznym a pacjentem. Omówione zostały konkretne przykłady zachowań interpersonalnych z jednoczesną nauką asertywności.

Moim zdaniem tego rodzaju szkolenia są dobrą podstawą pracy, która jest nieodrodną częścią życia z pacjentem. Umożliwiają spojrzenie z dystansem na sposób obsługi pacjentów oraz ocenę naszych osobistych postaw wobec chorych. Dają nam pomocne wskazówki jak postępować z osobami agresywnymi i roszczeniowymi.

Sądzę, że takie szkolenia powinny być obowiązkowe dla każdego nowo przyjętego pracownika, którego praca polega na ciągłym kontakcie z pacjentem.

Anna Mrówczyńska

Szczególny rodzaj stresu

(dokończenie ze str. 11)

wypoczynku powinniśmy angażować „odpoczywające” w pracy modalności, by zregenerować organizm). Dodatkowym źródłem energii jest posiadanie hobby – dającego inne od rodzinnych i zawodowych cele i wyłączającego nasze myślenie od problemów podczas jego realizacji, jak również przebywanie w otoczeniu zwierząt i zieleni.

- Określenie priorytetów: brak jasnych celów i priorytetów w ramach pracy zawodowej przyspiesza wypalenie zawodowe – tracimy wtedy poczucie sensu tego co robimy.

Co może zrobić pracodawca i przełożony?

W ramach przeciwdziałania wypaleniu zawodowemu pracodawca posiada wiele możliwości działania (zarówno w ramach profilaktyki pierwotnej jak i wtórnej).

Klarowne definiowanie umów i zakresu obowiązków oraz przestrzeganie ich, przejrzyste systemy ocen pracowniczych, jasny i uczciwy system wynagrodzeń, pozwala spełniać podstawowe potrzeby człowieka takie jak potrzeba bezpieczeństwa.

Dobre warunki pracy (z kontrolowaną ilością stresorów), motywujący system premiowania i awansu, organizowanie lub umożliwianie korzystania ze szkoleń podnoszących kwalifikacje

oraz możliwość rotacji w ramach stanowisk pracy to ważne narzędzia w walce z wypaleniem zawodowym, pozwalające na realizację wyższych potrzeb człowieka w tym rozwoju i samorealizacji.

Praca zawodowa ma zabezpieczać potrzeby bytowe, społeczne i poznawcze człowieka. Podany układ potrzeb nie jest przypadkowy. Wysiłek każdego z nas koncentruje się w pierwszej kolejności na zaspokojeniu potrzeb fizjologicznych i bezpieczeństwa. Dopiero to motywuje do rozwoju wyższych potrzeb jak i skuteczniejszej realizacji powierzonych przez pracodawcę obowiązków.

Pracownicy służby zdrowia, szczególnie narażeni na zjawisko wypalenia zawodowego, powinni zwrócić dużą uwagę na opisane w artykule symptomy i strategię radzenia sobie, by w wybrane sposoby redukować obciążenia powodujące syndrom. Warto też zastanowić się czy na pewno to, co robimy jest tym, na czym nam zależy. Może czas na odważne decyzje i zmiany? Jeśli robimy to, co lubimy i co nas interesuje, zagrożenie wypaleniem jest mniejsze.

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



Fot. Mirosław Baryga

Niecodzienny był to widok: siostry szarytki spacerujące po szpitalnym ogrodzie w habicie i kornecie jak przed laty. Tylko fotograf u ich boku rozwiął złudzenie cofnięcia się w czasie.

W rolę trzech sióstr wcieliły się: Beata Nowaczyk (Dział Planowania i Analiz) oraz Daria Szaj i Martyna Wasiak (Sekcja Marketingu). Wzbudziły spore emocje: ciekawskie spojrzenia z okien szpitala, zachwyt i... błysk fleszy.

Stroje, które miały na sobie to oryginalne habity wypożyczone dzięki uprzejmości Sióstr Miłosierdzia Wincentego a Paulo z Chelмна. W niezmienionej formie używane były w Zgromadzeniu przez ponad trzysta lat. Ich wzór powstał na podobieństwo ubioru francuskich

dziewcząt z XVII wieku (Zgromadzenie powstało w 1633 roku we Francji), dla których kornet był codziennym nakryciem głowy.

Habit składał się z obszernej spódnicy oraz fartucha. Na habicie – biały kołnierz. I najbardziej charakterystyczny: biały, wykrochmalony kornet (po polsku: kapeluszek).

– *Habity są bardzo ciężkie, siostrom na pewno trudno było w nich pracować – mówi Daria Szaj. Poza wagą stroju pewne trudności w poruszaniu sprawiał także rozłożysty kornet – dodaje.*

Siostra Krystyna Jarosiewska, przełożona sióstr z domu *Przemienienia Pańskiego* przy Długiej w Poznaniu, podkreśla, że szarytki były przyzwyczajone do dawnych habitów i w żadnej mierze nie przeszkadzały im one w służbie chorym.

– *Habit i kornet noszone przez wiele pokoleń sióstr stał się dla całego świata symbolem Miłosierdzia Chrystusowego – akcentuje. Sama nosiła historyczny strój bardzo krótko. W tym bowiem czasie Sobór Watykański II zalecił dostosowanie strojów zakonnych do czasów współczesnych i uprościł je. Wspomina, że siostry bardzo przeżywały wprowadzone wówczas zmiany, z żalem żegnając tradycyjne habity i kornety.*

Wcielenie się w rolę szarytek odbyło się na potrzeby filmu, jaki zostanie zaprezentowany po raz pierwszy na Gali Jubileuszowej z okazji 190-lecia Szpitala. Zdjęcia zrobiono w Galerii Ojców Jezuitów przy ulicy Szewskiej oraz w Muzeum Farmacji na Alejach Marcinkowskiego w Poznaniu.

Magdalena Rzekiecka

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

Zespół redakcyjny:
Halina Bogusz, Szczepan Cofa, Monika Dudziak
Magdalena Rzekiecka (redaktor prowadzący),
Rafał Staszewski, Martyna Wasiak

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

Sekcja Marketingu i Konferencji:
Daria Szaj
daria.szaj@skpp.edu.pl
tel. 61 854 92 18

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

Druk: POSITIV

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

Lead the 4th Revolution in Interventional Cardiology



Absorb

Bioresorbable Vascular Scaffold System



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

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

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

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

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

