

Pacjent w centrum uwagi

Uniwersyteckie Centrum Kliniczne rozwija się niezwykle dynamicznie. Zmiany i innowacje, które wprowadzono na przełomie 2017 i 2018 r. dotyczyły wielu różnych aspektów funkcjonowania Szpitala. O te najważniejsze spytaliśmy: dyrektora naczelnego Jakuba Kraszewskiego, dyrektora ds. lecznictwa Tomasza Stefaniaka oraz zastępców dyrektora naczelnego: Annę Lignowską, Adama Sudoła i Arkadiusza Lendziona.

■ **Zeszły rok przyniósł Uniwersyteckiemu Centrum Klinicznemu wiele sukcesów natury medycznej i organizacyjnej. Zaczniemy od kwestii medycznych.**

Jakub Kraszewski: Ruszyły programy przeszczepów płuc, koordynowany przez dr. Jacka Wojarskiego, i wątroby, pod kierownictwem prof. Zbigniewa Śledzińskiego, które będą się rozwijać. Zauważono nasz wkład w rozwój trombektomii mechanicznej i zostaliśmy wytypowani jako jeden z pierwszych ośrodków, w których ten rewolucyjny zabieg będzie finansowany. Aktualnie czekamy na wprowadzenie odpowiednich regulacji przez Ministerstwo Zdrowia. Do tej pory zespół kierowany przez dr hab. Edytę Szurowską, prof. GUMed, oraz dr. hab. Bartosza Karaszewskiego, prof. GUMed, wykonał ponad 80 trombektomii, których koszt poniosł w całości Szpital.

Tomasz Stefaniak: W 2017 r. Klinika Nefrologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych, której ordynatorem jest prof. Alicja Dębska-Ślizień, we współpracy z Kliniką Chirurgii Ogólnej, Endokrynologicznej i Transplantacyjnej, kierowaną przez prof. Zbigniewa Śledzińskiego, przeszczepiła 125 nerek, czyli najwięcej w Polsce. W tym samym roku po raz pierwszy zespół transplantologiczny dr hab. Marii Bieniaszewskiej wykonał ponad 100 przeszczepów szpiku, a także zbliżyliśmy się do tej liczby, jeśli chodzi o transplantacje rogówek w Kli-

nice Okulistyki, kierowanej przez dr. Leopolda Glassnera. Nasi specjaliści wykonali również nowatorskie zabiegi z wykorzystaniem druku 3D: zabieg rekonstrukcji oczodołu, zabieg rekonstrukcji zuchwy (Oddział Chirurgii Szcękowo-Twarzowej pod kierownictwem dr hab. Barbary Drogoszewskiej), zabieg przeszskórnej implantacji zastawki tętnicy płucnej (zespół z Kliniki Kardiologii Dziecięcej i Wad Wrodzonych Serca, Kliniki Kardiologii i Chirurgii Naczyniowej oraz Zakładu Radiologii). W 2018 r. w Uniwersyteckim Centrum Klinicznym odbył się drugi w historii Polski jednoczasowy przeszczep serca i nerki, co wymagało współpracy wielu specjalistów z: Kliniki Kardiologii i Chirurgii Naczyniowej, Klinicznego Centrum Kardiologicznego, Kliniki Nefrologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych, Kliniki Chirurgii Ogólnej i Transplantacyjnej, a także immunologów, anestezjologów i koordynatorów transplantacyjnych. Należy podkreślić tutaj rolę Regionalnego Centrum Koordynacji Transplantacji, którego kierownikiem jest mgr Anna Milecka. Warto też wspomnieć, że dr hab. Robert Sabiniewicz wraz z zespołem z Kliniki Kardiologii Dziecięcej i Wad Wrodzonych Serca, której ordynatorem jest dr hab. Joanna Kwiatkowska, jako pierwszy w Polsce wszczepił pacjentowi z ostrym nadciśnieniem płucnym zestaw do regulacji przepływu na poziomie przedsionków serca (AFR–atrial flow regulator). Co więcej, zespół Kliniki Kardiologii i Chirurgii Naczyniowej, kierowanej przez prof. Jana Rogowskiego, przeprowadził pierwszą w Polsce i jedną z niewielu na świecie operację naprawy zastawki mitralnej u pacjentki we wczesnej ciąży, a także wykonał najwięcej w Polsce zabiegów podskórnego wszczepienia zastawek aortalnych TAVI, za ten program odpowiedzialny jest dr Dariusz Jagielak.

W dalszym ciągu notujemy wzrost pacjentów obsługiwanych w pakiecie onkologicznym. Wiąże się to z szeroko zakrojonymi działaniami organizacyjnymi, zwiększającymi liczbę koordynatorów pakietu onkologicznego, a także z tworzeniem kolejnych tzw. unitów: Breast Cancer Unit – czyli Centrum Chorób Piersi, koordynowanym przez dr hab. Elżbietę Senkus-Konefkę, Liver Cancer Unit – Ośrodek Leczenia Nowotworów Wątroby, kierowany przez prof. Zbigniewa Śledzińskiego, a także Prostate Cancer Unit – Centrum Leczenia Raka Prostaty, na czele którego stoi dr hab. Marcin Matuszewski.



Piotr Ciborski, zastępca DN ds. personalnych, Anna Lignowska, zastępca DN ds. pielęgniarstwa, Adam Sudoł, zastępca DN ds. logistyki medycznej, Jakub Kraszewski, dyrektor naczelny, Dorota Kuzimska, zastępca DN ds. sprzedaży i rozliczeń usług medycznych, Tomasz Stefaniak, dyrektor ds. lecznictwa

■ **W tym roku ma powstać również OIOM dziecięcy. Kiedy to nastąpi?**

JK: Jesteśmy w trakcie procedury konkursowej, w październiku OIOM powinien już działać.

TS: OIOM dziecięcy jest odpowiedzią na nasze potrzeby związane ze specjalistyczną opieką. Ponieważ są one ogromne, nie będzie niestety mógł świadczyć pełnego zakresu usług dla całego województwa.

JK: Jest to pierwszy krok w kierunku budowy Uniwersyteckiego Specjalistycznego Centrum Pediatricznego. OIOM jest już w pełni wyposażony, personel został już zrekrutowany. Dzięki współpracy z GPEC-em udało się nam zakończyć kompleksową termomodernizację budynku nr 2. W tej chwili kończymy małą architekturę tego obiektu.

TS: Ważnym aspektem jest odpowiedzialność architektoniczna i urbanistyczna, czyli odzwierciedlenie starego wyglądu Szpitala, a także dbałość o tereny zielone wokół niego.

■ **Minęło już trochę czasu od wprowadzenia nowego systemu finansowania jednostek medycznych. Jak oceniają Państwo tę zmianę?**

JK: Pierwszy okres rozliczeniowy zeszłego roku rozliczyliśmy w sposób wzorowy. Wraz z dyrektorem Stefaniakiem oraz dyrektorem Kuzimską zostaliśmy nawet zaproszeni przez Ministerstwo Zdrowia, bo zrealizowaliśmy dokładnie w punkt ryczałt, co do kilkunastu tysięcy złotych. Ministerstwo zastanawiało się, jak to jest możliwe w tak dużym szpitalu, jak nasz. Oczywiście okazało się, że ta reforma systemowa posiada mankamenty, pomimo że zapewnia stabilny przepływ części należności z NFZ – środki z części ryczałtowej przychodzą co miesiąc i wyraźnie poprawia to płynność Szpitala. Z drugiej strony umiejscowienie w ryczałcie dziedzin, takich jak: anestezjologia, intensywne terapię czy części procedur związanych z transplantacją i onkologią powoduje, że Szpital nadwykonuje ryczałt (4% na początku tego roku). To trudna sytuacja. Ryczałt generalnie jest rozwiązaniem statycznym i nie zabezpiecza finansowo przepływu pacjentów ze szpitali powiatowych i obwodowych do szpitala klinicznego, który niewątpliwie nastąpił.

■ **Jak Uniwersyteckie Centrum Kliniczne radzi sobie ze zwiększoną liczbą chorych na poziomie obsługi pacjenta?**

JK: Zwiększyła się liczba pacjentów, a my przyspieszyliśmy czas obsługi. Zespół Jolanty Cichowskiej w pionie dyrektor Anny Lignowskiej wprowadził nowy system kolejkowy Qmatic w Punkcie Przyjęć Planowych oraz Rejestracji Poradni i Rejestracji Radiologii w CMI. Miesięcznie około 600 osób rejestruje się przez Internet. Uruchomiliśmy rejestrację pacjenta po hospitalizacji bezpośrednio przy wypisie. Te działania zostały wdrożone na razie w połowie klinik. Warto podkreślić, że powodzenie tego procesu zależy od czynnego udziału klinik. Te jednostki, które się zaangażowały, bardzo pomogły w procesie zmiany wizerunku Szpitala w tym zakresie.



■ **Również proces przyjęcia pacjenta do UCK został zmodyfikowany.**

JK: Tak, w nowej strukturze Aleksandra Talaśka, kierownik Działu Zaopatrzenia i Transportu, wraz z Jolantą Cichowską, kierowniczką Działu Koordynacji Opieki Medycznej, zreorganizowały proces technicznego przyjmowania pacjentów do Szpitala. Pacjent przebiera się na oddziale i w tym samym miejscu przechowuje swoje rzeczy w szafkach depozytowych, co niewątpliwie wpływa na podniesienie komfortu pobytu.

Pilotażowo testujemy rozwiązanie konsultacji prehospitalizacyjnych w CMI w celu uniknięcia kosztów odwołanych hospitalizacji i niezrealizowanych zabiegów operacyjnych.

TS: Pacjent w systemie kolejkowym Qmatic uzyskuje numer do pokoju prekwalifikacyjnego, a następnie – po konsultacji z lekarzem, gdy ten stwierdzi, że wszystko jest w porządku, wszystkie zalecenia zostały zrealizowane, zostaje przekierowany do Punktu Przyjęć Planowych. Natomiast jeśli jest jakaś przeszkoda, automatycznie wyznaczamy nowy termin wizyty.

Anna Lignowska: Pacjent przychodzi do Szpitala na zabieg operacyjny w określonym stanie zdrowotnym, może mieć gorączkę związaną z nagłą infekcją, opryszczkę, menstruację, nieodstawione leki przeciwzakrzepowe itp. Podczas konsultacji okazuje się, że nie możemy takiego pacjenta przyjąć, dostaje więc kolejny termin, ma czas na dojeżdżenie do siebie i nie blokuje miejsca. Dzięki czemu możemy przyjąć następnego chorego.

JK: Szacujemy, że w skali całego Szpitala jest to kilkuprocentowa oszczędność, którą możemy przeznaczyć na hospitalizację. Liderem osiągniętym dobre wyniki w tym zakresie jest urologia, która dzięki temu uzyska możliwość wykorzystania dodatkowych środków z ryczałtu.

■ **To działanie wpłynęło także na optymalizację doświadczenia do bloku operacyjnego.**

TS: Tak, jednak z blokiem operacyjnym związana jest inna, wprowadzona z sukcesem, zmiana organizacyjna. Antycypowanie wykorzystania bloku operacyjnego i dostosowanie ilości zabiegów do dostępnych terminów i personelu (tzw. *booking*) pozwoliły na znaczące skrócenie czasu pomiędzy

zabiegami, a tym samym doprowadziły nie tylko do oszczędności finansowych, ale także do zwiększenia zarówno dostępności dla pacjentów, jaki i ilości wykonanych zabiegów. Metoda ta jest wstępnie wprowadzona na blokach operacyjnych w budynku CMI, przy współpracy z panią mgr Moniką Łęgosz, a w momencie uruchomienia nowego bloku operacyjnego w budynku CMN stanie się standardem postępowania w UCK.

JK: Warto dodać, że dzięki temu mogliśmy wykonać więcej procedur operacyjnych w ramach karty DiLO, a także więcej procedur w obszarze nielimitowanych świadczeń ortopedycznych, okulistycznych i transplantologicznych.

Adam Sudol: Należy również wspomnieć o wyjątkowym w skali kraju procesie regeneracji i odnawiania naszych zasobów narzędzi chirurgicznych w Dziale Sterylizacji, którego kierownikiem jest Andrzej Tomasik. W ramach umowy z producentem sukcesywnie przekazujemy narzędzia do jego siedziby, gdzie są oceniane pod kątem zużycia, a następnie regenerowane lub wymieniane na nowe. W ten sposób przedłużana jest żywotność instrumentarium używanego głównie na blokach operacyjnych, zwiększone jest bezpieczeństwo pacjentów operowanych oraz komfort pracy personelu.

■ **Czy nowe technologie są wprowadzane także w innych obszarach pracy Szpitala?**

Arkadiusz Lendzion: Oczywiście, we współpracy z Marcinem Wojciechowskim, kierownikiem Działu Teleinformatyki, kontynuujemy wprowadzanie informatyzacji w innych obszarach. Przyspieszyliśmy Zintegrowany System Informatyczny CliniNET HIS poprzez przejście na nową niezwykle wydajną bazę danych Oracle. Wdrożyliśmy system hurtowni danych medycznych MedStream Designer (MSD), umożliwiając indywidualne przeszukiwanie całej bazy medycznej pacjentów UCK w poszukiwaniu zanonimizowanych przypadków spełniających specyficzne kryteria wyszukiwania. Opracowaliśmy i udostępniiliśmy pulpity informacyjne (tzw. dashboards), prezentujące najważniejsze wskaźniki statystyczne i finansowe dotyczące pracy klinik i całego Szpitala.

Wdrożyliśmy także z powodzeniem elektroniczny obieg dokumentów w administracji. Dokumenty adresowane na Szpital w kancelarii są skanowane i wprowadzane w obieg. Od tej chwili ich ścieżkę, a także wszelkie informacje z nimi powiązane, możemy śledzić na komputerze. System pozwolił odejść od papierowych dzienników korespondencji na każdym szczeblu organizacji, a także wprowadzić Szpitalowi wiele ułatwień, np. centralne repozytorium umów lub elektroniczne formularze. Warto dodać, że podczas międzynarodowej ewaluacji stopnia dojrzałości cyfrowej szpitali UCK otrzymało, jako jedna z dwóch placówek medycznych w Polsce, wysoki piąty poziom w siedmiostopniowej skali. Wymieniając usprawnienia techniczne, należy też wspomnieć o outsourcingu drukarek – sami nie serwisujemy tych urządzeń. W tej chwili mamy firmę, która dostarcza nam usługę druku, co zdecydowanie ułatwia nam pracę.

TS: Wizją przyszłości jest elektroniczna karta gorączkowa i elektroniczne podpisy pod zgodami i pod wszystkimi innymi dokumentami, które wymagają odzwierciedlenia podpisu pacjenta. Zaawansowane prace w tym zakresie już trwają.

AS: Warto wspomnieć także o automatyzacji dystrybucji leków. Nadrzędnym celem nowego kierownika Apteki Szpitalnej mgr. Sebastiana Sobskiego i jego zespołu jest wyjście z działaniami poza obręb samej apteki, współpraca z klinikami i oddziałami oraz monitorowanie procesu obrotu leków. Równocześnie z początkiem października, po latach nieobecności, zatrudniamy wsparcie dla klinik w postaci farmakologa klinicznego. W najbliższym czasie wdrożymy w pełni elektroniczne zlecenie leków w połączeniu z automatycznymi szafami, które drogą poczty pneumatycznej będą przyjmowały leki z apteki, a następnie dystrybuowały, w zależności od potrzeb do klinik. Możliwy będzie również transport leków pomiędzy szafami. Całość tych usprawnień doprowadzi do obniżenia kosztów zużycia leków, m.in. dzięki obniżeniu stanu zapasów, unikaniu przekroczenia dozwolonych terminów użycia leków, jak również poprawi



Fot. UCK

Na zdjęciu: dr Jacek Wojarski, lek. Nikodem Ulatowski, Ewa Kuczyńska, pielęgniarka operacyjna

bezpieczeństwo stosowania leków oraz warunki ich przechowywania.

TS: Z pomocą Wioletty Liesius, pełnomocnika dyrektora naczelnego ds. systemów zarządzania, uporządkowaliśmy dokumentację dostępną w formie elektronicznego repozytorium dokumentacji w Intranecie, wprowadziliśmy SOP-y oraz szereg standardowych procedur operacyjnych we wszystkich obszarach, zgodnie z wymaganiami akredytacji.

■ **Nowatorskie rozwiązania, doceniane w skali europejskiej, stosowane są w Dziale Zaopatrzenia Medycznego.**

AS: Dział Zaopatrzenia Medycznego, zajmujący się zakupem wyrobów medycznych na potrzeby procedur wykonywanych w UCK, stawia na nowoczesne i nowatorskie rozwiązania w obszarze obrotu produktami. Zespół pod kierunkiem Joanny Nowak rozwija i rozszerza asortyment wyrobów medycznych dostępnych w formie magazynów depozytowych (inaczej zwanych komisowymi) utworzonych na terenie UCK. Aktualnie w różnych jednostkach organizacyjnych znajduje się 15 takich magazynów, przy czym w 2018 r. ich wartość przekroczyła 10 mln zł. Korzyści dla Szpitala są oczywiste: szeroki asortyment różnych rodzajów i rozmiarów produktów dostępny dla operatora, zapłata za towar następuje dopiero po jego zużyciu, a produkty przeterminowane lub niewykorzystane w czasie umowy zostają zwrócone do dostawcy. Obrót tak dużą ilością i różnymi rodzajami produktów nie byłby możliwy bez wykorzystania automatycznej identyfikacji produktów w oparciu o standard GS1. Już na etapie prowadzonych postępowań przetargowych promowane są wyroby medyczne oznakowane w taki sposób. Poprzez wprowadzenie dodatkowej punktacji w ocenie jakości zachęcamy dostawców, aby wyroby medyczne posiadały oznakowanie w formie kodów kreskowych zawierających takie dane, jak: nr GTIN, datę ważności, numer serii produktu, oparte o międzynarodowy standard GS1. Dzięki temu towar w magazynie depozytowym, po jego wykorzystaniu w procesie leczenia, przypisywany jest przy użyciu czytnika do danego pacjenta w systemie informatycznym CliniNET. Efektem jest trwały zapis tego, co u danego pacjenta zostało użyte, jaką miało datę ważności, jaki miało indywidualny numer serii.

Dzięki tym działaniom zostaliśmy dostrzeżeni i poproszeni o zaprezentowanie naszych doświadczeń przez GS1 Global i 15 marca 2018 r. emitowaliśmy międzynarodowe webinarium *Ewolucyjne wdrożenie standardu GS1 w obszarze wyrobów medycznych w Uniwersyteckim Centrum Klinicznym w Gdańsku*. Spotkało się ono z dużym uznaniem i zainteresowaniem ze strony środowiska medycznego tak w obszarze Szpitali, jak i producentów i dostawców.

Po tym wydarzeniu zostaliśmy zaproszeni przez GS1 Global do zaprezentowania naszych doświadczeń w Holandii w 2019 r., a także przez GS1 Polska do konkursu na najlepsze wdrożenie standardu GS1 w obszarze wyrobów medycznych w Polsce w 2018 r.

■ **Połączeniem informatyki i medycyny jest telemedycyna. Czy UCK prowadzi działania w tym zakresie?**

JK: Realizujemy pilotażowy program we współpracy z Kliniką Rehabilitacji, której ordynatorem jest dr Dominika Sza-

lewska, i Lasami Państwowymi *Lasy dla serca i serce dla lasów*. Niebawem będziemy przedstawiać wyniki Ministerstwu Zdrowia, które zainteresowało się tym tematem. Program ten, przy użyciu narzędzi telemedycznych i koordynowanej opieki rehabilitacyjnej, będzie pomagał w utrzymaniu dobrostanu pacjentów po zabiegach kardiologicznych.

TS: Mamy już grupę ludzi, metodologię, ścieżki leśne. W październiku ruszamy. Pacjenci są tutaj objęci monitoringiem przebiegu ćwiczeń nadzorowanym i koordynowanym przez przedstawiciela Kliniki Rehabilitacji. Ta osoba ocenia stan pacjentów przed rozpoczęciem ćwiczeń, a następnie po zakończeniu aktywności konkluduje, czy intensywność treningu była wystarczająca, dla celów które zostały zdefiniowane dla pacjentów kardiologicznych w procesie rehabilitacji pozawałowej. W ramach rehabilitacji domowej chorzy powinni podejmować te działania samodzielnie, niemniej problemem jest aktywizacja i wypełnianie zaleceń. Niestety, bez elementów koordynacyjnych i zwiększania atrakcyjności zajęć, na przykład poprzez organizację zajęć grupowych, takie rozwiązanie po prostu się nie sprawdza.

Drugi ciekawy temat dla pacjentów to zorganizowanie treningów oddechowych i relaksacyjnych dla pacjentów przygotowujących się do operacji czy przeszczepu szpiku. Te działania odbywać się będą we współpracy z Kliniką Kardiochirurgii i Chirurgii Naczyniowej, Samodzielnego Zespołu Kardiologów i szkoły Joga Park.

■ **Nowością są także zmiany w schemacie organizacyjnym.**

JK: W tym roku kontynuowaliśmy nasz projekt wyłonienia Samodzielnego Zespołu Psychologów Klinicznych i Fizjoterapeutów, koordynowanych przez Sylwii Barsow i Katarzynę Gierat-Haponiuk.

TS: I rozpoczynamy projekt wyłonienia samodzielnego zespołu dietetyków (z inspiracji prof. Małgorzaty Myśliwiec).

JK: Tym rozwiązaniem wpisaliśmy się do zmiany systemowej w Polsce, która doprowadziła do usamodzielnienia się zawodowego grupy fizjoterapeutów. My antycypowaliśmy tę zmianę i w momencie wprowadzenia nowych przepisów, byliśmy gotowi. Mamy już pewne ewaluacje tego projektu. Możemy śmiało powiedzieć, że poprawiliśmy standard i dostępność opieki.

TS: Przede wszystkim idea polegała na tym, żeby odpowiedzieć na potrzeby deklarowane przez kliniki, a nie w sposób sztuczny i sztuczny przywiązywać fizjoterapeutów czy psychologów do oddziałów, niezależnie od tego, jakie jest aktualne zapotrzebowanie na ich działalność. W związku z tym udało się wykreować „rynek wewnętrzny” świadczeń fizjoterapeutycznych i psychologicznych, co spowodowało, że te kliniki, które dotychczas nie miały możliwości skorzystania z tego rodzaju usług, teraz mają tę pomoc łatwo dostępną. A jeśli chodzi o fizjoterapeutów – są do dyspozycji chorych także poza standardowymi godzinami pracy, czyli np. w sobotę, w niedzielę, co jest szczególnie ważne dla pacjentów po dużych zabiegach, np. transplantacji wątroby, udarach mózgu.

Jest to zmiana, która w dużej mierze odpowiada na wątpliwości, jakie wyraził resort zdrowia odnośnie pomocy psychologicznej w szpitalach, jak sprawić, żeby ta pomoc była łatwiej dostępna. Trzeba psychologów „oderwać” od konkretnych kliniki, a „przywiązać” jako zasób wyodrębniony do potrzeb szpitala. Tak jak radiologia odpowiada na zapotrzebowanie odnośnie badań radiologicznych (np. rentgen klatki piersiowej), tak psychologowie odpowiadają na zapotrzebowanie pod postacią zadeklarowanej prośby o konsultację i interwencję psychologiczną.

■ **Oprócz zapotrzebowania na podstawową opiekę medyczną i leczenie specjalistyczne, istnieje na rynku usług medycznych nisza związana z badaniami klinicznymi.**

TS: Zreorganizowaliśmy Dział Badań Klinicznych i Naukowych we współpracy z Agnieszką Ryniec i tworzymy jeden z pierwszych powiązanych z bogatym zapleczem szpitalnym Ośrodek Badań Klinicznych Wczesnej Fazy we współpracy z Blanką Seklecką. W odróżnieniu od innych placówek tego typu posiada on wsparcie ze strony chociażby zespołów anestezjologicznych, a zatem gwarantuje bezpieczeństwo dla przeprowadzanych badań, także w odniesieniu do zdrowych ochotników. Co ważne, zmiany w Dziale Badań Klinicznych i Naukowych miały na celu także zwiększenie efektywności opracowywania dokumentów związanych z rozpoczęciem badania klinicznego, co pozwoliło nam na uzyskanie bardzo krótkich czasów obróbki merytorycznej tych dokumentów i zwiększyło atrakcyjność naszego ośrodka, wynosząc go na poziom porównywalny z najlepszymi ośrodkami światowymi: kanadyjskimi czy czeskimi. Zdarza się, że okres od momentu wykazania zapotrzebowania do rozpoczęcia badania nie przekracza 30 dni. Naszą ambicją jest skrócenie tego czasu do 20 dni, co by było wynikiem lepszym aniżeli ten osiągniany przez wszystkie inne ośrodki na świecie.

■ **W każdej strukturze medycznej niezbędny jest zespół pielęgniarski.**

AL: Tak, dlatego priorytetem są dla nas szkolenia dla pielęgniarek, które dofinansowujemy już od kilku lat. W tym aspekcie warto zwrócić uwagę na Zespół Leczenia Ran i Profilaktyki Odleżyn – to mocno rozwijający się element naszego Szpitala. Od zeszłego roku były już 3 konferencje szkoleniowo-warsztatowe o tej tematyce. Przewodniczącą Zespołu jest pielęgniarka Mariola Wysocka, składa się on z ponad 30 pielęgniarek, należą do niego również lekarze i dietetyk. Zespół ten konsultuje pacjenta, ustala proces leczenia oraz decyduje, jaki opatrunek specjalistyczny zastosować. Brakuje nam kontynuacji leczenia szpitalnego –

rany nie goją się tu i teraz. Największym sukcesem jest wyliczenie ran odleżynowych pacjenta, który 2 lata leżał na ZOL-u.

■ **Niedawno odbyło się uroczyste otwarcie nowego budynku szpitalnego – Centrum Medycyny Nieinwazyjnej. Kiedy nastąpi przeprowadzka?**

JK: Pierwsze kliniki przeniosą się już w listopadzie i grudniu.

AL: Od wielu miesięcy przygotowujemy kliniki do przeprowadzki do nowego obiektu i w związku z tym porządkowana jest dokumentacja, sprzęt medyczny, czyszczone są magazyny – tak by móc swobodnie przenieść się do nowej lokalizacji. We wszystkich klinikach nastąpiła całkowita zmiana dokumentacji pielęgniarskiej z wersji papierowej do elektronicznej. Po przeprowadzce będziemy mogli ruszyć także z projektem szkoły rodzenia, którą przygotowujemy razem z Gdańskim Uniwersytetem Medycznym.

■ **Czy w związku z przeprowadzką możemy liczyć również na modernizację dostępu komunikacji miejskiej do UCK?**

JK: Uzgodniliśmy z Urzędem Miejskim w Gdańsku, w ramach planów inwestycyjnych miasta oraz dotyczących tzw. zagospodarowania przestrzeni wokół Szpitala, że uzyskamy lokalizację dwóch punktów bazowych dla rowerów miejskich. Na wiosnę przyszłego roku planujemy zrobić profesjonalne wiaty rowerowe dla naszych pracowników i odwiedzających, którzy przyjeżdżają tu na rowerach. We współpracy z miastem, przy okazji rozbudowy ul. Smoluchowskiego, chcemy doprowadzić do poprawy komunikacji ze Szpitalem. Miasto przewiduje nową trasę autobusu miejskiego bezpośrednio przez teren UCK.

■ **Jeśli już mówimy o komunikacji, w tym roku zmieniła się także strona internetowa oraz logo Szpitala.**

JK: Dzięki rebrandingowi, za który odpowiedzialny jest Zespół ds. Organizacji i Promocji, w sposób istotny wzmocniliśmy markę Szpitala. Znacząco poprawił się jego wizerunek w mediach, również tych społecznościowych. Nowa strona jest intuicyjna, umożliwia łatwe wyszukiwanie informacji, co ma pozytywny wpływ na komunikację z pacjentami. Bierzymy aktywny udział w wielu kampaniach społecznych wspierających wizerunkowo UCK, a także promujących postawy prozdrowotne zgodnie z naszym hasłem *Pacjent w centrum uwagi*, które odnosi się do wszystkich aspektów funkcjonowania Szpitala.

Rozmawiała Wioleta Wójcik,
Zespół ds. Organizacji i Promocji UCK

XI edycja studiów podyplomowych psychologia kliniczna

Rozpoczęła się XI edycja studiów podyplomowych psychologia kliniczna. Przystąpiło do niej 15 września 2018 r. 32 słuchaczy. Zajęcia będą trwały do 16 czerwca 2019 r. i będą obejmowały 400 godzin wykładowych, po 100 godz. z każdej podspecjalności psychologii klinicznej: zaburzenia psychiczne człowieka dorosłego, psychologia kliniczna chorego somatycznie, psychologia kliniczna dzieci i młodzieży i neuropsychologia. ■