

ISSN 1643-0980

nowiny szpitalne



Uniwersytecki
Szpital Kliniczny
w Poznaniu

Szpital: ul. Długa 1/2 • Hospicjum Palium – os. Rusa 55 • ul. Grunwaldzka 16/18 •
ul. Grunwaldzka 55 • ul. Przybyszewskiego 49 • ul. Szamarzewskiego 84

Periodyk informacyjny dla Pracowników i Sympatyków
Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego w Poznaniu

nr 1/2026 (111) XXVI rok
styczeń – marzec 2026



- W dniu 4 grudnia odbyło się otwarcie pokoju wypoczynkowego dla Pacjentów Oddziału Chirurgii Onkologicznej w naszym Szpitalu przy ul. Szamarzewskiego 84.

- W dniach 4-5 grudnia 2025 roku odbył się XXIII zjazd przedstawicieli szpitali klinicznych oraz ekspertów z zakresu ochrony zdrowia – Forum Szpitali.

- W dniu 1 stycznia rolę pełniącego obowiązki Dyrektora Szpitala przejął Pan Stanisław Szczepaniak, dotychczasowy Zastępca Dyrektora ds. Ekonomicznych. Z dniem 31 grudnia 2025 roku Pani Dyrektor Krystyna Mackiewicz ukończyła swoją misję na stanowisku Dyrektora Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego w Poznaniu.

- W dniu 13 stycznia, w Klinice Kardiologii przy ul. Długiej po raz pierwszy przeprowadziliśmy skuteczny zabieg stentowania tunelu fontanowskiego u 19-letniego pacjenta z HLHS po operacjach Fontana i Bentalla.

- W dniu 20 stycznia w naszym Szpitalu przy ul. Przybyszewskiego 49 odbyły się bezpłatne warsztaty edukacyjno-profilaktyczne pt.: „Ucieknij przed udarem mózgu, wiele zależy od Ciebie”.

- W dniu 22 stycznia w naszym Szpitalu wykonano hybrydowy zabieg udroźnienia dróg żółciowych u Pacjenta z nowotworem naciekającym przewód żółciowy wspólny.

- W dniu 25 stycznia nasz Szpital wziął udział w wydarzeniu organizowanym w ramach 34 Finału WOŚP. Razem z innymi poznańskimi szpitalami klinicznymi, partnerami oraz organizacjami studenckimi przygotowaliśmy program profilaktyczny, edukacyjny i konsultacyjny – dla dzieci, dorosłych i całych rodzin.



Wiosenna modraszka na jednym z przyszpitalnych drzew. Fot. Bartosz Sobański

- W dniu 29 stycznia prof. Tomasz Banasiewicz, kierownik naszej Kliniki Chirurgii Ogólnej, Endokrynologicznej i Onkologii Gastroenterologicznej, został wyróżniony w kategorii „Lider Roku 2025 w Ochronie Zdrowia – zdrowie publiczne”.

- W dniu 10 lutego, w Klinice Chorób Oczu USK przy ul. Przybyszewskiego 49, odbył się pierwszy w Wielkopolsce przeszczep warstwowy rogówki typu DMEK. Jest to nowy rozdział w historii wielkopolskiej okuliśki.

- W dniach 10-11 lutego Klinika Otolaryngologii i Laryngologii Onkologicznej gościła Profesora Giacomo Colletti, światowej klasy specjalistę w zakresie diagnostyki i leczenia zmian naczyniowych w obrębie głowy i szyi. Profesor Colletti konsultował pacjentów Kliniki.

- W dniach 3 lutego oraz 10 lutego Zespół Kliniki Chirurgii Onkologicznej wykonał pierwsze dwa zabiegi rekonstrukcji piersi z wykorzystaniem technik mikrochirurgicznych.

- W dniu 3 marca prof. Lidia Gil odebrała wyróżnienie zatytułowane „Wizjonerska Osobowość” w rankingu Wprost i NewsMed Wizjonerzy – Liderzy zmian w zdrowiu 2026.

- W dniu 5 marca Szpital podpisał kolejną umowę realizowaną w ramach Krajowego Planu Odbudowy. Umowa dotyczy zakupu i wdrożenia systemu do automatycznej digitalizacji dokumentacji medycznej. Jest to jedno z większych wdrożeń tego typu w Polsce.

- W dniu 6-7 marca odbyło się XXII Repetytorium Pulmonologiczne.

- W dniu 6 marca w naszej Klinice Chirurgii Naczyń wykonano wszczepienie pierwszego w Polsce stentgraftu GORE TAMBE – nowoczesnego systemu przeznaczonego do leczenia złożonych tętniaków aorty piersiowo-brzuszej.

- W dniu 12 marca prof. dr hab. Marek Ruchała, kierownik Katedry i Kliniki Endokrynologii, Przemiany Materii i Chorób Wewnętrznych naszego Szpitala, otrzymał statuetkę „Wybitna Osobowość Polskiej Medycyny 2026” podczas ogólnopolskiej XVII Gali „Osobowości i Sukcesy Roku”.

- W dniu 20 marca nasze Hospicjum Palium obchodziło Dzień Motyla. W związku z obchodami, jak co roku, na chętnych czekało wiele atrakcji i ciekawych przedsięwzięć.

Oprac. Bartosz Sobański

OKIEM NACZELNEGO DYREKTORA SZPITALA

W ostatnich tygodniach jesteśmy świadkami medialnego nawału informacji o problemach finansowych w ochronie zdrowia. Niedobór środków, ponowne limity na świadczenie ambulatoryjne, zamykanie oddziałów. W zalewie tych negatywnych informacji prawdziwą przyjemnością jest lektura licznych doniesień medycznych z Naszego Szpitala. Pierwsze w Polsce podanie leku Luxturna w Klinice Chorób Oczu w ramach programu lekowego finansowanego ze środków publicznych jest z jednej strony



Stanisław Szczepaniak
p.o. Naczelnego Dyrektora Szpitala

Uznanie dla Naszego Szpitala

początkiem, z drugiej finałem kilkuletnich wysiłków i realizacji tych zabiegów ze środków prywatnych. Przeszczep warstwowy rogówki potwierdza ciągły rozwój tego programu, który realizujemy jako jedyni w Wielkopolsce. Wszczepienie po raz pierwszy w Polsce stentgraftu GORE TAMBE – nowoczesnego systemu przeznaczonego do leczenia złożonych tętniaków aorty piersiowo-brzusznej, umacnia status Kliniki Chirurgii Naczyniowej jako czołowego ośrodka w Polsce. W Klinice Kardiologii miały miejsce pierwsze implantacje nowej generacji urządzeń do elektroterapii serca, a także po raz pierwszy przeprowadzono skuteczny zabieg stentowania tunelu fontanowskiego u 19-letniego pacjenta z HLHS po operacjach Fontana i Bentalla.

Jednocześnie z opublikowanymi w prasie informacjami o największej liczbie zabiegów amputacji piersi z jednoczesną rekonstrukcją w Klinice Chirurgii Onkologicznej wykonane zostały pierwsze dwa zabiegi rekonstrukcji piersi z wykorzystaniem technik mikrochirurgicznych. Kolejna wizyta w Naszym Szpitalu w Klinice Otolaryngologii i Laryngologii Onkologicznej prof. Colletiego pozwoliła na wykonanie 7 unikalnych zabiegów usunięcia zaawansowanych malformacji naczyniowych techniką elektroporacji u pacjentów, którzy przez wiele lat bezskutecznie szukali sposobu leczenia. Wcześniej takie zabiegi były wykonywane tylko we Włoszech. Po wielu latach prób wdrożenia zabiegów drenaży dróg żółciowych od kilku miesięcy weszły one

do rutynowego stosowania w Szpitalu, a połączone Zespoły Zakładu Radiologii Naczyniowej i Centralnej Pracowni Endoskopii nie zatrzymały się i poszły dalej wykonując hybrydowy zabieg udroźnienia dróg żółciowych u Pacjenta z nowotworem naciekającym przewód żółciowy wspólny.

Powyższe wyliczenie jest tylko fragmentem działalności Szpitala, bo w każdym miesiącu w naszych Klinikach i Zakładach realizowane są procedury lecznicze i diagnostyczne na najwyższym poziomie. Nie zawsze w blasku fleszy, ale zawsze z najwyższym zaangażowaniem i profesjonalizmem.

Zewnętrznym dowodem uznania Szpitala i działalności prowadzonej w ramach jego bazy tylko w ostatnim kwartale są nagrody dla prof. Lidii Gil, prof. Marka Ruchały i prof. Tomasza Banasiewicza. Są to również takie wydarzenia jak wybór prof. Aleksandra Araszkiewicza na jednego z dwóch głównych Badaczy badania STRIKE-PE dotyczącego interwencyjnego leczenia zatorowości płucnej. Ale przede wszystkim są to głosy pacjentów, takie jak wybór Instytutu Onkologii Naszego Szpitala jako najlepszej placówki onkologicznej w Wielkopolsce.

Chciałbym – i życzę Państwu gorąco – żeby w zalewie informacji o problemach ochrony zdrowia pamiętać, że Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Poznaniu jest jednym z tych miejsc, w którym mimo problemów zewnętrznych i wewnętrznych udowadniamy, że polska medycyna i zaangażowanie pracowników są na najwyższym poziomie.

Stanisław Szczepaniak

OKIEM NACZELNEGO LEKARZA SZPITALA

Między istotą a narzędziami

Nie możemy mylić narzędzi z istotą spraw. W życiu szpitalnym istotą jest niesienie ratunku człowiekowi w potrzebie – troska o jego życie i zdrowie. Jest to osnowa wszelkiego szpitalnego bytu i działania. Narzędziami jest codzienność operacyjno-organizacyjna, skuteczne działania administracyjne – w tym osobowe i infrastrukturalne, prawne, analityczne i oczywiście finansowe.



Szczepan Cofa
Naczelnego Lekarza Szpitala

Codziennosc nasza jest efektem i splotem setek tysięcy aktów, „kroków” i czynów tysięcy oddanych pracowników naszego Szpitala. Efektem mozolnej organicznej pracy dokonywanej w złożoności podejmowanych samodzielnych decyzji, ale także utartych – niezwykle złożonych i skomplikowanych mechanizmów procesów diagnostycznych i leczniczych i tego, o je otacza. Zanurzonych w olbrzymim i skomplikowanym wysiłku logistycznym tak dużego (przerazająco dużego) Szpitala.

Potęga liczb, potęga działalności

Z naszych liczb możemy i powinniśmy się chlubić. Mogą one nas zachwycać, wprawiać w dobre samopoczucie

(dokończenie na str. 18)

Nowoczesna diagnostyka genetyczna w naszym Szpitalu

Nowy sprzęt wspiera diagnostykę nowotworów

Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Poznaniu realizuje projekt „Rozwój i zwiększenie dostępności do świadczeń w zakresie onkologii poprzez wymianę aparatury, doposażenie oddziałów i innych jednostek organizacyjnych”, finansowany z Krajowego Planu Odbudowy i Zwiększania Odporności (KPO). W ramach przedsięwzięcia do szpitala trafia nowoczesna aparatura medyczna wspierająca diagnostykę i leczenie chorób nowotworowych.

Jednym z obszarów szczególnie rozwijanych dzięki tej inwestycji jest diagnostyka genetyczna i molekularna nowotworów. Nowoczesne technologie pozwalają coraz dokładniej analizować zmiany zachodzące w materiale genetycznym komórek nowotworowych, co ma istotne znaczenie w procesie diagnostycznym oraz w planowaniu dalszego leczenia.

O szczegóły dotyczące działania nowej aparatury zapytaliśmy specjalistów, którzy na co dzień pracują z tym sprzętem w laboratorium.

Sekwencjonowanie nowej generacji (NGS)

Jednym z kluczowych narzędzi wykorzystywanych w Pracowni Diagnostyki Genetycznej i Molekularnej Nowotworów jest system sekwencjonowania nowej generacji (NGS). Technologia ta umożliwia identyfikację zmian genetycznych w badanym materiale biologicznym, które mogą mieć znaczenie diagnostyczne, prognostyczne oraz predykcyjne i mogą wpływać na kwalifikację pacjentów do terapii celowanych lub immunoterapii czy skierowanie ich do poradnictwa genetycznego.

W badaniach analizowane są sekwencje genów związanych z patogenezą nowotworów, takich jak: BRCA1/2, KRAS, NRAS, BRAF, PIK3CA, TP53 czy RET. Dzięki zastosowaniu paneli wielogenowych możliwe jest jednoczesne wykrycie wielu typów wariantów genetycznych w jednym badaniu, co znacząco zwiększa efektywność diagnostyki molekularnej.

Jak podkreślają specjaliści pracujący z tą technologią: *Dostęp do technologii NGS zwiększył potencjał badawczy pracowni i umożliwił wprowadzenie zaawansowanych analiz genomowych. Technologia ta pozwala na jednoczesną analizę wielu genów, co przyspiesza proces analizy i zwiększa ilość uzyskiwanych danych.*

Proces pracy z systemem NGS obejmuje kilka etapów. Najpierw kwalifikowany jest materiał biologiczny – najczę-

ściej materiał pooperacyjny utrwalony w parafinie (FFPE) zawierający tkankę nowotworową, oceniany przez lekarza patomorfologa pod kątem zawartości komórek nowotworowych. Następnie przeprowadza się izolację DNA i/lub RNA. Kolejnym etapem jest przygotowanie bibliotek do sekwencjonowania oraz analiza danych przy użyciu narzędzi bioinformatycznych, a końcowym – interpretacja kliniczna wyników.

Wdrożenie systemu NGS znacząco rozszerzyło zakres prowadzonych analiz molekularnych w pracowni. Dzięki tej technologii możliwe było przejście od pojedynczych testów genetycznych do kompleksowych paneli wielogenowych, co zwiększyło możliwości diagnostyczne laboratorium oraz pozwoliło na bardziej efektywne wykorzystanie materiału biologicznego.

Dostęp do technologii NGS zwiększył również potencjał badawczy jednostki, umożliwiając prowadzenie zaawansowanych analiz genomowych zarówno na potrzeby rutynowej diagnostyki, jak i projektów naukowych dotyczących biologii nowotworów.

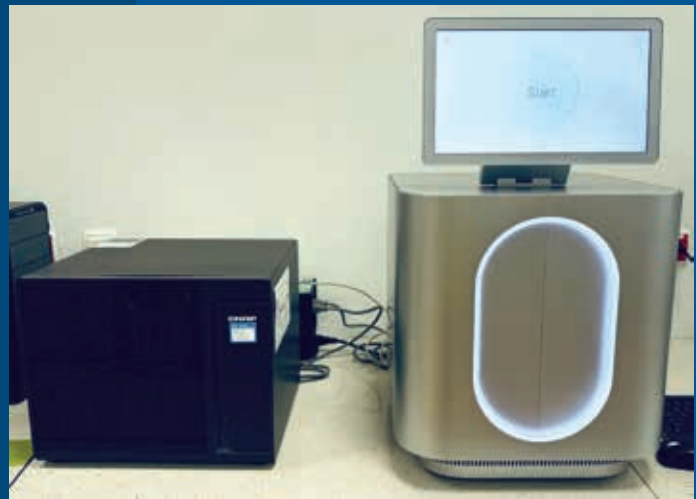
Optyczne mapowanie genomu

W Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym w diagnostyce hematoonkologicznej wykorzystywana jest również technologia optycznego mapowania genomu (OGM – Optical Genome Mapping). Metoda ta umożliwia kompleksową ocenę zmian strukturalnych i liczbowych w genomie.

Od 2025 roku technologia ta wykorzystywana jest w naszej jednostce w diagnostyce hematoonkologicznej ostrych białaczek szpikowych, a w przyszłości planowane jest jej zastosowanie również u pacjentów z innymi chorobami, takimi jak szpiczak plazmocytowy, przewlekła białaczka limfocytowa czy zespoły mielodysplastyczne.

Proces badania rozpoczyna się od przygotowania materiału biologicznego – najczęściej szpiku kostnego. Następnie izolowane jest wysokocząsteczkowe DNA, które zostaje znakowane w określonych sekwencjach. Oznakowane cząsteczki DNA są analizowane w specjalistycznym systemie obrazowania, a oprogramowanie tworzy mapy genomowe i porównuje je z genomem referencyjnym.

Diagnostyci podkreślają znaczenie tej technologii: *Optyczne mapowanie genomu pozwala na wykrycie zarówno zmian zrównoważonych, jak i niezrównoważonych, w tym także takich, które mogą pozostawać niewidoczne lub trudne do jednoznacznej interpretacji w klasycznych metodach cytogenetycznych.*



W praktyce oznacza to możliwość dokładniejszego scharakteryzowania profilu genomowego choroby oraz pełniejszej oceny czynników ryzyka.

Zakup aparatury umożliwiającej wykonywanie badań optycznego mapowania genomu znacząco podniósł rangę oraz potencjał naukowo-diagnostyczny jednostki. **Laboratorium Diagnostyki Hematologicznej jest obecnie jedyną jednostką w kraju wyposażoną w najnowszy model systemu Stratys Bionano**, który znajduje coraz szersze zastosowanie w wiodących ośrodkach diagnostycznych i badawczych w Europie oraz w Stanach Zjednoczonych.

Wprowadzenie tej technologii pozwoliło również na poszerzenie zakresu wykonywanych analiz oraz zwiększenie czułości wykrywania klinicznie istotnych zmian genomowych.

W codziennej pracy rutynowej technologia ta zapewnia standaryzację procesu analitycznego oraz szeroki zakres wykrywanych zmian genomowych. Pozwala również ograniczyć konieczność wykonywania kilku odrębnych badań i umożliwia uzyskanie bardziej kompleksowego wyniku diagnostycznego. Dla laboratorium oznacza to usprawnienie organizacji pracy, a dla zespołów klinicznych – dostęp do pełniejszej informacji o genomie nowotworu.

Wdrożenie tej technologii umożliwia także realizację projektów dotyczących nowych biomarkerów genetycznych, analizę złożonych rearanżacji chromosomowych oraz rozwój nowoczesnych modeli zintegrowanej diagnostyki w hematologii. Dla jednostki oznacza to nie tylko poszerzenie oferty diagnostycznej, lecz także wzmocnienie potencjału naukowego i zwiększenie możliwości współpracy badawczej.

Optyczne mapowanie genomu jest obecnie postrzegane jako perspektywiczna technologia, która może istotnie podnieść poziom diagnostyki cytogenetycznej w hematologii, a jednocześnie stanowić ważny impuls do dalszego rozwoju działalności badawczej jednostki.

Automatyczna elektroforeza DNA i RNA (TapeStation)

W laboratorium naszego szpitala wykorzystywany jest również aparat do automatycznej elektroforezy DNA i RNA

– TapeStation. Urządzenie służy do oceny bibliotek DNA przed sekwencjonowaniem następnej generacji (NGS). System umożliwia sprawdzenie rozkładu długości fragmentów oraz ilościową ocenę zawartości DNA w próbce.

Analiza próbek w aparacie jest w dużym stopniu zautomatyzowana. Po przygotowaniu materiału biologicznego próbki umieszcza się w urządzeniu wraz z taśmą ScreenTape zawierającą żel elektroforetyczny. Aparat automatycznie przeprowadza elektroforezę oraz analizę komputerową, generując elektroferogram, wirtualny obraz żelu oraz dane dotyczące jakości materiału.

Jak wyjaśniają specjaliści pracujący z tym urządzeniem: *Automatyczna elektroforeza umożliwia szybką, dokładną i bardziej powtarzalną analizę DNA i RNA. Cały proces jest zautomatyzowany i trwa kilka minut, a system generuje czytelne raporty, które można łatwo archiwizować.*

Zakup urządzenia usprawnił workflow laboratoryjny, umożliwiając szybszą i bardziej powtarzalną kontrolę jakości materiału genetycznego oraz ograniczenie konieczności wykonywania kilku odrębnych analiz.

Nowoczesne metody w diagnostyce

Współczesna diagnostyka molekularna opiera się na łączeniu różnych metod badawczych. Wyniki uzyskane w analizach genetycznych interpretowane są w kontekście innych badań diagnostycznych, takich jak badania histopatologiczne, immunohistochemiczne czy cytogenetyczne. Takie podejście umożliwia bardziej kompleksową charakterystykę molekularną nowotworu oraz zwiększa wiarygodność interpretacji diagnostycznej.

Zakup nowoczesnej aparatury w ramach projektu finansowanego z Krajowego Planu Odbudowy i Zwiększania Odporności (KPO) umożliwił rozwój zaawansowanej diagnostyki genetycznej w naszym Szpitalu. Dostęp do nowych technologii pozwala nie tylko rozszerzyć możliwości diagnostyczne laboratorium, ale również wspiera rozwój badań naukowych w dziedzinie onkologii.

Oprac. Alicja Rybarczyk
Biuro Projektów

Grudniowe XXIII Forum Szpitali w Poznaniu

Fot. Karolina Moszyńska

W dniach 4-5 grudnia 2025 r. Poznań gościł – już po raz dwudziesty trzeci – przedstawicieli szpitali klinicznych oraz ekspertów z zakresu ochrony zdrowia z całej Polski na ogólnopolskiej konferencji Forum Szpitali.

W tej edycji do wygłoszenia inauguracyjnego wykładu zaproszona została Pani prof. Dorota Kopycka-Kedzirawski – Dyrektor Węzła Regionu Północno-Wschodniego Krajowej Sieci Badań nad Praktyką Stomatologiczną oraz Dyrektor Centrum Badań Klinicznych i Translacyjnych w Instytucie Zdrowia Jamy Ustnej Eastman University of Rochester. Wśród Gości, którzy wzięli udział w panelu otwierającym konferencję byli m.in.: Jarosław Maciejewski – II Wicewojewoda Wielkopolski, przedstawiciele Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu – Prorektor ds. Rozwoju prof. dr hab. Tomasz Kotwicki, Kanclerz UMP dr Rafał Staszewski, Dyrektor Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia Agnieszka Pietraszewska-Macheta, Dariusz Brudło – Z-ca Dyrektora ds. Służb Mundurowych WOW NFZ, a także przedstawiciele szpitali klinicznych.

Dwudniowa konferencja obfitowała w interesujące prelekcje oraz gorące dyskusje. Wśród poruszanych tematów znalazły się rozważania dotyczące roli w systemie ochrony zdrowia, procesów konsolidacji i doświadczeń szpitali w tym zakresie, dobrych praktyk zarządczych prezentowanych przez przedstawicieli szpitali klinicznych. Nie za-

brakło również tematów demograficznych związanych ze starzejącym się społeczeństwem i dostosowania szpitali do nadchodzących wyzwań w tym zakresie.

Drugi dzień obrad dedykowany był inwestycjom związanym z uzyskaniem dofinansowania m.in. z KPO. Udział w tej części wydarzenia wzięła Ilona Hibner – Dyrektor Departamentu Oceny Inwestycji Ministerstwa Zdrowia. Podczas wydarzenia odbywały się również warsztaty tematyczne dedykowane wybranym grupom specjalistów, a wśród nich: warsztaty dla pielęgniarek i pielęgniarzy, dla farmaceutów, dla pracowników działów pozyskujących środki zewnętrzne w szpitalu oraz dla dyrektorów medycznych.

W wydarzeniu wzięło udział ponad 150 osób z branży medycznej. Podczas XXIII Forum Szpitali odbył się również Walny Zjazd Członków Polskiej Unii Szpitali Klinicznych, na którym podjęto uchwałę w sprawie przyznania Honorowego Członkostwa w Polskiej Unii Szpitali Klinicznych. Decyzją Członków przyznano je Pani dr n. med. Krystynie Mackiewicz oraz Panu dr n. med. Pawłowi Daszkiewiczowi w uznaniu za wieloletnią działalność na rzecz szpitali klinicznych oraz aktywny udział w kształtowaniu systemu ochrony zdrowia w Polsce.

dr n. med. Agata Michalska-Michalak

Z-ca Dyrektora

ds. Organizacji Opieki Długoterminowej i Rehabilitacji

Satysfakcja pacjentów po hospitalizacji w 2025 roku – co mówią wyniki naszego badania?

W minionym 2025 roku na 36 oddziałach Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego przeprowadzono badanie satysfakcji wśród pacjentów hospitalizowanych. Wypełniono 1077 ankiet (90% zwrotności), z czego 924 w wersji papierowej i 153 elektronicznie. Dodatkowo pacjenci przekazali 226 opinii opisowych. To solidna baza do wyciągania wniosków i planowania dalszych działań.

Badanie zostało przeprowadzone na podstawie ankiety rekomendowanej przez Ministerstwo Zdrowia, co umożliwia porównywalność wyników z innymi placówkami w kraju.

Najważniejsze liczby – ogólny obraz

Wyniki pokazują bardzo wysoką ocenę opieki medycznej, w tym zaangażowanie personelu. Ocena była w skali od 1-5, gdzie 5 odzwierciedla maksymalną satysfakcję i zadowolenie.

- Zaangażowanie personelu medycznego – średnia 4,73/5
- Leczenie bólu – 4,70/5
- Respektowanie praw pacjenta – 4,68/5
- Prawdopodobieństwo polecenia szpitala – 4,64/5
- Czystość – 4,62/5
- Uwzględnianie zdania pacjenta w leczeniu – 4,57/5
- Zrozumiałość zaleceń po wypisie – 4,56/5
- Zrozumiałość informacji podczas pobytu – 4,53/5
- Proces przyjęcia – 4,47/5
- Wyżywienie – 4,06/5

Aż 93% ankietowanych potwierdziło, że ich zdanie było uwzględniane w leczeniu, a 97% bardzo wysoko oceniło zaangażowanie personelu. Z kolei 94% badanych wskazało, że prawa pacjenta są respektowane. To wyraźny sygnał, że fundamentem pozytywnego wizerunku szpitala jest codzienna praca zespołów medycznych.

Z badania wynika **konieczność poprawienia oznaczeń w systemie przestrzennym szpitala, ponieważ ok. 10% pacjentów zarówno na Przybyszewskiego, jak i na Długiej miało problem z trafieniem na oddział lub do punktu przyjęć planowych w szpitalu**. Tylko 7% ankietowanych wskazywało także na problem z trafieniem do laboratorium, celem wykonania badań. **Zdecydowanie opinie krytyczne nie dotyczą nowych budynków szpitala.**

- Najwięcej uwag w zakresie oznaczenia dróg wewnętrznych, zgłaszali pacjenci Oddziału Klinicznego Intensywnej Terapii Kardiologicznej i Chorób Wewnętrznych.
- Organizacja samego przyjęcia została bardzo dobrze oceniona – ankietowani wskazywali na to, że personel przy przyjęciu był uprzejmy i pomocny, a 86% pozytywnie oceniło organizację procesu przyjęcia do szpitala.

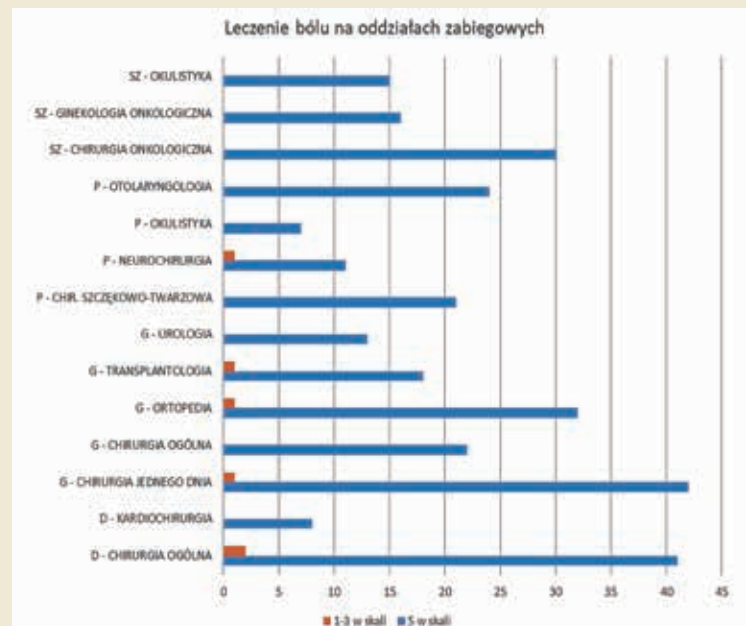
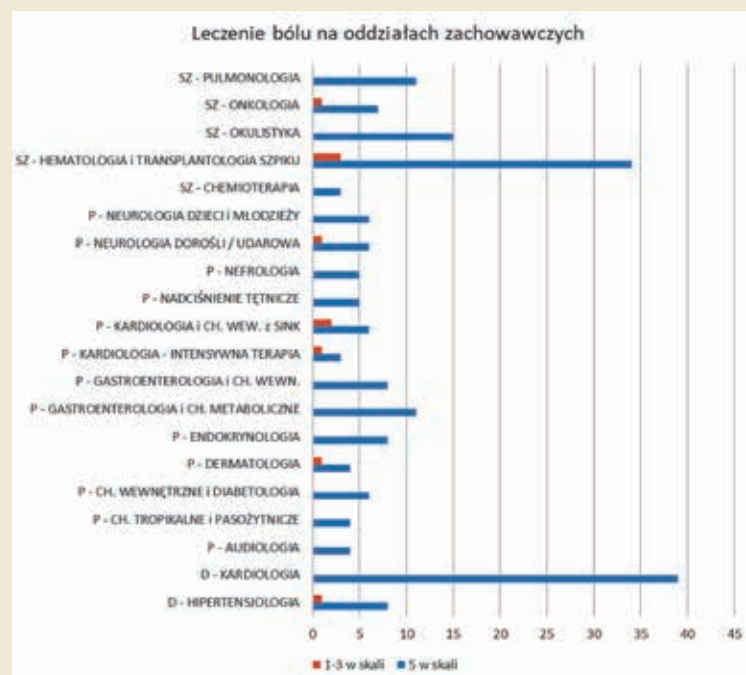
Personel – największy atut szpitala

W 226 wypowiedziach otwartych około połowa stanowiła pochwały i podziękowania. Najczęściej pojawiały się

określenia: „życzliwość”, „empatia”, „profesjonalizm”, „szacunek”. Doceniani byli lekarze, pielęgniarki, położne, opiekunowie medyczni, personel pomocniczy i rejestracja.

Oczywiście pojawiły się także pojedyncze głosy krytyczne (ok. 10%), dotyczące braku empatii czy niewystarczającej komunikacji. Choć stanowią mniejszość, są ważnym sygnałem ostrzegawczym i przypomnieniem, że każde indywidualne doświadczenie pacjenta wpływa na ocenę całego oddziału.

Leczenie bólu – skuteczne, ale zróżnicowane



(dokończenie na str. 8)

Wśród pacjentów leczonych przeciwbólowo blisko 97% odczuło poprawę po podaniu leków. W oddziałach zabiegowych 66% pacjentów uznało leczenie bólu za skuteczne i satysfakcjonujące.

Pojedyncze uwagi dotyczyły chirurgii naczyniowej oraz części oddziałów zachowawczych (kardiologicznych, neurologicznych, hematologicznych, onkologicznych), gdzie wskazywano na umiarkowaną skuteczność terapii bólu. Co istotne – najniższa ocena wynosiła 3/5, nikt nie określił leczenia jako całkowicie nieskutecznego.

Komunikacja – dobrze, ale można lepiej

Blisko 93% pacjentów uznało informacje o stanie zdrowia i leczeniu za zrozumiałe. Nieco niżej oceniono komunikację przy wypisie – 86% pacjentów w pełni zrozumiało zalecenia, 6% oceniło je jako średnio zrozumiałe, a 7% nie udzieliło odpowiedzi.

W wypowiedziach otwartych powtarzał się postulat:

- bardziej szczegółowych wyjaśnień,
- prostszego języka,
- dodatkowych materiałów edukacyjnych (broшуry, karty zaleceń),
- lepszej informacji dla rodzin.

To obszar, w którym niewielkie organizacyjne usprawnienia mogą przynieść znaczącą poprawę odczuć pacjentów.

Respondenci byli pytani także o współdziałanie w procesie leczenia, w tym podejmowanie decyzji świadomych dotyczących proponowanych działań. To ważny i pozytywnie oceniany aspekt w relacji pacjent – lekarz.

Wyżywienie – najslabszy oceniany obszar

Wyżywienie uzyskało średnią 4,06/5 – wyraźnie niższą niż pozostałe obszary, 43% było w pełni zadowolonych z proponowanych posiłków. 9% pacjentów oceniło je bar-

dzo źle, 15% jako średnio. Najczęstsze uwagi dotyczyły monotonii posiłków, małych porcji i niewystarczająco dostosowanych do diet specjalnych. Jednocześnie pojawiały się też opinie pozytywne. Wyniki wskazują jednak na potrzebę dalszej analizy w ramach odrębnych badań dotyczących żywienia.

Infrastruktura i organizacja – wyzwania systemowe

W komentarzach otwartych pojawiły się uwagi dotyczące:

- wieloosobowych sal i braku intymności,
- stanu łazienek i sanitariatów,
- braku klimatyzacji,
- umieszczania pacjentów na korytarzach,
- długiego oczekiwania na badania i zabiegi.

Część pacjentów zwracała uwagę na potrzebę zwiększenia liczby personelu oraz rozbudowy oddziałów. To sygnał, że pacjenci dostrzegają ograniczenia systemowe i rozumieją obciążenie kadry.

Co z tego wynika dla nas jako zespołu?

1. Największą siłą szpitala jest personel.

Kompetencje medyczne, empatia i kultura osobista są fundamentem wysokiej oceny.

2. Komunikacja z pacjentem wymaga dalszego standaryzowania.

Sz szczególnie w momencie wypisu i przekazywania zaleceń do domu.

3. Wyżywienie to obszar wymagający konkretnych działań naprawczych.

4. Infrastruktura i logistyka wymagają długofalowych inwestycji i optymalizacji.

Podsumowanie

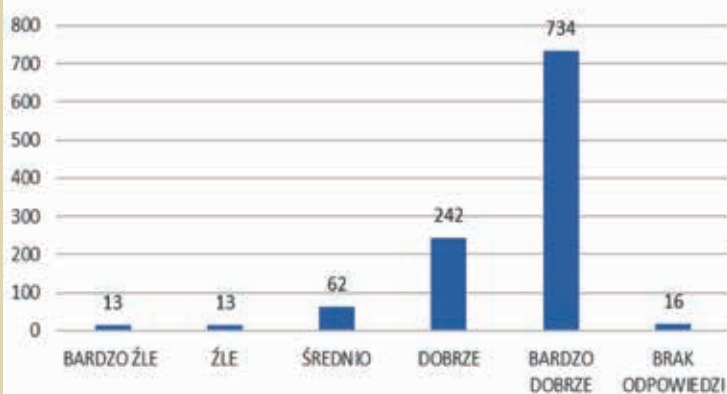
Wyniki badania pokazują, że pacjenci bardzo dobrze oceniają opiekę medyczną i z dużym prawdopodobieństwem poleciliby szpital swoim bliskim. Średnie ocen w większości obszarów mieszczą się w przedziale 4,6-4,7/5, co jest wynikiem bardzo dobrym.

Jednocześnie raport jasno wskazuje kierunki dalszych działań: poprawa jakości żywienia, usprawnienie procesu przyjęć, poprawa orientacji przestrzennej, zwłaszcza w starej infrastrukturze oraz wzmocnienie komunikacji przy wypisie.

Badanie satysfakcji to informacja zwrotna od osób, które powierzyły nam swoje zdrowie. Utrzymanie wysokiego poziomu opieki oraz konsekwentne wprowadzanie usprawnień pozwoli dalej budować wizerunek szpitala jako miejsca profesjonalnego, empatycznego i nowoczesnego, czego życzymy sobie i naszym pacjentom.

Violetta Matecka
Pełnomocnik ds. jakości

Jak oceniasz uwzględnianie przez personel medyczny Twojego zdania w procesie leczenia?



Zdarzenia niepożądane w Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym (USK) – wnioski z analizy za 2025 rok

Beezpieczeństwo pacjenta stanowi jeden z podstawowych mierników jakości opieki zdrowotnej. W szpitalach wysokospecjalistycznych, realizujących procedury o podwyższonym ryzyku klinicznym, analiza zdarzeń niepożądanych ma szczególne znaczenie – nie tylko jako narzędzie oceny jakości, lecz przede wszystkim jako element zarządzania ryzykiem.

Celem jest przedstawienie wniosków systemowych z jakościowej analizy zdarzeń niepożądanych zarejestrowanych w 2025 r. w naszym Szpitalu.

W ramach struktur USK prowadzimy rejestr zdarzeń niepożądanych od 2010 r.

W 2025 r. odnotowano 1384 zdarzenia niepożądane (spadek z 1727 w 2024 r.). To co istotne, to odnotowany spadek ilości zdarzeń wskazuje na większą troskę i świadomość personelu, bo jednocześnie wzrosła liczba zgłoszeń indywidualnych składanych przez personel szpitala. Niestety statystyka wskazuje także na bardzo niski poziom zgłaszalności niepożądanego działania leków, co wydaje się wyzwaniem w kontekście blisko 200 tys. hospitalizowanych pacjentów w szpitalu w skali roku.

Rodzaj zdarzenia	2025	2024
Zgłoszenia indywidualne	369	264
Niepożądane działania leków	18	26
Incydenty medyczne	2	18
Reoperacje	997	1024
Odleżyny – nowo powstałe	270	365

Analizie poddano 369 zgłoszeń zdarzeń niepożądanych zarejestrowanych w 2025 r. Ocenę ryzyka prowadzono z wykorzystaniem matrycy SAC (Severity Assessment Code) uwzględniającej ciężkość skutków oraz prawdopodobieństwo ich wystąpienia, oraz w oparciu o narzędzie FMEA, kwantyfikujące oddziaływanie ryzyka dla realizowanych procesów. Dla wybranych zdarzeń o istotnym oddziaływaniu klinicznym przeprowadzono pogłębioną analizę przyczynowo-skutkową (RCA) z wykorzystaniem diagramu Ishikawy. Analiza miała charakter jakościowy i koncentro-

wała się na identyfikacji czynników systemowych. Spośród zgłoszonych indywidualnie zdarzeń niepożądanych, 27 powiązanych było ze zgonem pacjenta. Dominującym mechanizmem czynników sprawczych były opóźnienia: diagnostyczne i konsultacyjne, luki w komunikacji międzyoddziałowej, niewłaściwa realizacja procesów farmakoterapii oraz niewydolność podwykonawców zewnętrznych, zwłaszcza z obszaru teleradiologii. Wyniki analizy potwierdzają, że skuteczna poprawa bezpieczeństwa wymaga interwencji organizacyjnych, standaryzacji procesów i dalszego rozwoju kultury sprawiedliwości (*Just Culture*). Wskazuje, to że kluczowe zagrożenia w szpitalu wysoko specjalistycznym jak nasz, mają charakter systemowy.

Najwyższe wskaźniki oddziaływania ryzyka dotyczyły obszarów:

1. Ocena i monitorowanie stanu pacjenta

- opóźnienia reakcji personelu,
- upadki,
- brak nadzoru i monitorowania stanu zdrowia pacjenta.

2. Proces leczenia

- błędy proceduralne, w tym konflikty kompetencyjne,
- powikłania zabiegowe,
- opóźnienia świadczeń.

3. Diagnostyka

- opóźnienia opisów TK/RTG,
- braki kadrowe,
- utrata materiału,
- brak komunikacji wyników krytycznych.

Najwięcej zgłoszeń dotyczyło oddziałów o najwyższej intensywności świadczeń (OAIT, SOR, neurologia udarowa, hemodynamika).

Farmakoterapia pod szczególnym nadzorem

Jednym z najważniejszych obszarów ryzyka pozostaje podawanie leków. Wśród odnotowanych zdarzeń znalazły się m.in.:

- podanie leku niewłaściwemu pacjentowi,
- nieuwzględnienie alergii,
- wycieczki leków drażniących.

W odpowiedzi wprowadzono m.in.:

- obowiązek wielokrotnej weryfikacji tożsamości pacjenta,

- oznaczanie alergii w systemie,
- zmiany w stosowaniu płynoterapii.

Problemy techniczne też zagrażają pacjentom

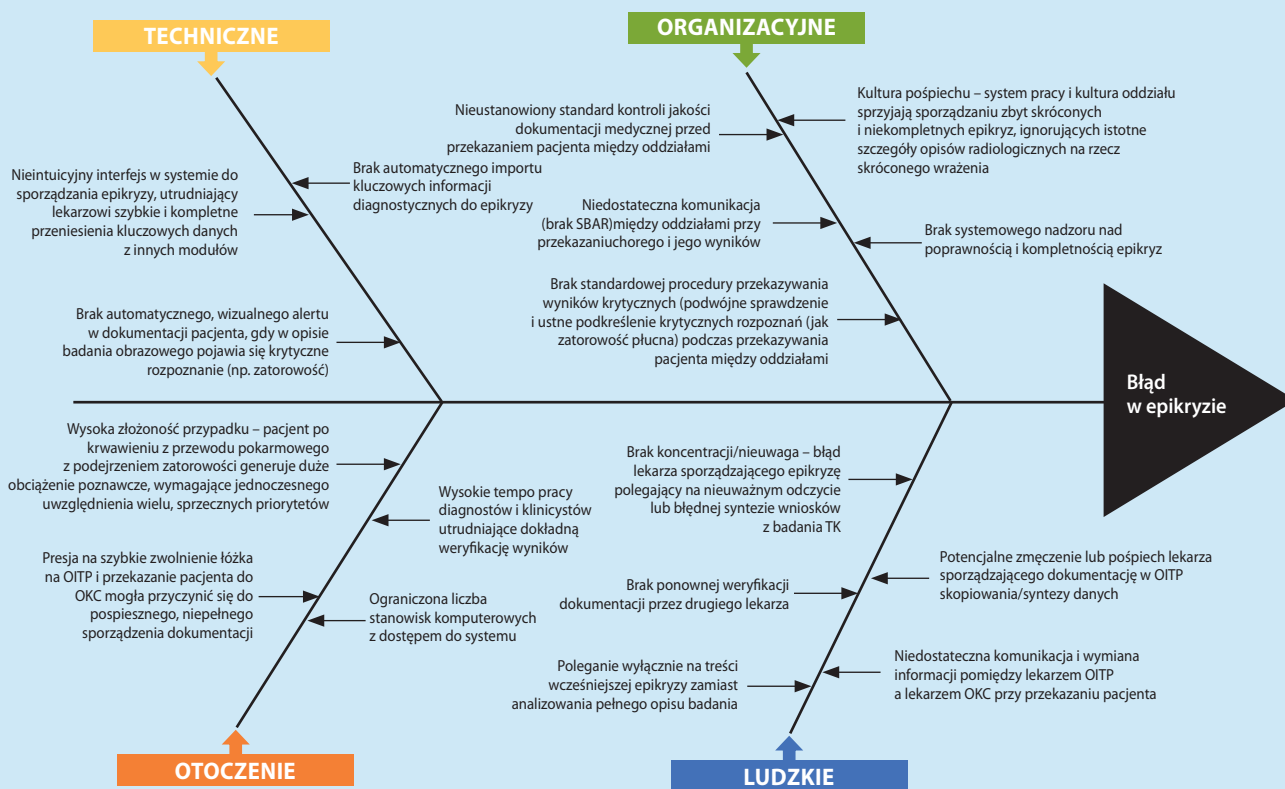
Analiza wykazała, że bezpieczeństwo pacjentów zależy nie tylko od decyzji klinicznych.

Istotnym czynnikiem ryzyka były:

- awarie wind utrudniające transport
- niesprawny sprzęt
- brak wyposażenia w stanach nagłych
- niestabilność systemów informatycznych

W jednym z przypadków błędne przypisanie pacjenta w systemie informatycznym skutkowało brakiem opieki przez kilka godzin.

Istotnym problemem jest komunikacja i odpowiedzialność kliniczna



Przykładowy diagram przyczynowo-skutkowy

Wyniki analizy potwierdzają, że zdarzenia niepożądane w szpitalu rzadko wynikają z pojedynczego błędu indywidualnego. Najczęściej stanowią rezultat współwystępowania czynników organizacyjnych, technicznych i ludzkich.

Systemowe podejście do bezpieczeństwa pacjenta, oparte na:

- procedurze zgłaszania zdarzeń niepożądanych (P-DZ.USK 2-1),
- odrębnej procedurze zgłaszania niepożądanych działań leków (P-SZ.FA.6-5),

- wdrożeniu **Wewnętrznego Systemu Zarządzania Jakością i Bezpieczeństwem**,
- powołaniu **Zespołu ds. Bezpieczeństwa Opieki** (24.07.2025),
- budowaniu kultury bezpieczeństwa zgodnej z podejściem *Just Culture*,
- rozpoczęciu wsparcia psychologicznego dla personelu jako tzw. „drugiej ofiary zdarzenia”.

Wysoka liczba zgłoszeń świadczy o rozwijającej się kulturze raportowania. Wdrożenie zasad sprawiedliwego traktowania oraz odejście od modelu przypisywania winy stanowi istotny element budowania bezpiecznej organizacji. W naszej opinii na podstawie spotkań z personelem, w trakcie omawiania zdarzeń niepożądanych udaje się skupić na identyfikacji czynników zdarzeń i szukaniu rozwiązań zapobiegawczych na przyszłość. Nawet jeśli są to czasem

trudne rozmowy, pełne emocji, to z reguły skupienie uwagi na tym, co możemy zrobić na przyszłość, aby było bezpieczniej, daje szansę budowania konsensusu i porozumienia.

Z tego miejsca pragnę podziękować każdemu z personelu szpitalu, za dokładanie swojej części w budowanie systemu bezpieczeństwa, zarówno dla pacjenta jak i dla nas wzajemnie.

Violetta Matecka
Pełnomocnik ds. Jakości



Podsiatkówkowa terapia genowa Luxturna

To, co jeszcze niedawno brzmiało jak medyczne science-fiction, właśnie stało się rzeczywistością – podanie podsiatkówkowej terapii genowej (Luxturna).

Aby to sobie wyobrazić: zabieg przypomina precyzyjną naprawę matrycy w niezwykle zaawansowanym aparacie fotograficznym. Dostarczamy brakujący kod genetyczny bezpośrednio pod warstwę światłoczułą oka, aby z powrotem „włączyć” wzrok u pacjentów, którzy woli tracili nadzieję.

Mamy ogromny powód do dumy. Zespół Kliniki Chorób Oczu naszego poznańskiego Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego, jako pierwszy ośrodek w Polsce, z sukcesem przeprowadził ten zabieg w ramach państwowego programu lekowego NFZ.

Wiemy, że w przypadku utraty wzroku czas gra absolutnie kluczową rolę, dlatego postanowiliśmy nie czekać ani dnia dłużej. Byliśmy na to gotowi. To już nasza szósta tego typu iniekcja (pięć poprzednich odbyło się dzięki niesamowitej determinacji pacjentów i zbiórkom funduszy). Doświadczenie, które zdobyliśmy do tej pory, pozwala nam dziś sprawnie i bezpiecznie przecierać szlaki dla systemowego leczenia w Polsce.

Za tym historycznym krokiem stoi ogromna praca i precyzja naszego wspaniałego zespołu medycznego. W tym przełomowym zabiegu wzięli udział:

- operatorzy: prof. dr hab. Marcin Stopa, dr n. med. Piotr Rakowicz,
- kwalifikacja do leczenia: dr n. med. Zuzanna Niedziela-Schwartz,
- współpraca genetyczna: prof. Maciej Krawczyński (Katedra Genetyki UMP),
- niezastąpiona Apteka Szpitalna, której specjaliści z najwyższą dbałością przygotowali ten unikalny lek do podania,
- wspierani przez niezawodne instrumentariuszki: mgr Annę Małyshenko i lic. Zuzannę Misztal,
- nad bezpieczeństwem małej pacjentki i przebiegiem znieczulenia czuwali: dr Piotr Filar i mgr Danuta Szczepaniak.

Dla nas, chirurgów i całego zespołu medycznego, nie ma nic piękniejszego niż świadomość, że dzięki tej fiołce leku, ktoś znowu będzie mógł lepiej zobaczyć twarze swoich bliskich.

Dziękujemy całemu zespołowi za pełną mobilizację, a małej pacjentce życzymy spokojnego powrotu do zdrowia!

Prof. dr hab. Marcin Stopa



Historyczny moment w Klinice Chorób Oczu USK Pierwszy w Wielkopolsce przeszczep warstwowy rogówki typu DMEK

Z wielką radością i dumą informujemy, że 10 lutego 2026 roku, w Klinice Chorób Oczu USK przy ul. Przybyszewskiego 49, odbył się przełomowy zabieg. Choć program transplantacji rogówki prowadzimy z sukcesami od 2015 roku, to ta operacja otworzyła nowy rozdział w historii wielkopolskiej okulistyki.

Zabieg przeprowadził nasz zespół w składzie:

- dr Anna Mikołajczyk-Lorkiewicz (operatorka),
- dr Joanna Wojciechowska (operatorka).

Wspierany przez niezastąpione instrumentariuszki:

- mgr Annę Małyshenko,
- lic. Zuzannę Misztal.

Nad bezpieczeństwem Pacjenta i przebiegiem znieczulenia czuwał dr Piotr Filar i mgr Danuta Szczepaniak.

Perfekcyjne przygotowanie do wdrożenia tej metody, to efekt intensywnych szkoleń w renomowanych ośrodkach zagranicznych. Nasze specjalistki doskonalily swoje umiejętności chirurgiczne pod okiem wybitnych autorytetów

w dziedzinie okulistyki: prof. Petera Szurmana w Sulzbach oraz prof. Joanny Wasielicy-Poslednik w Mainz.

Przeszczep warstwowy (DMEK – Descemet Membrane Endothelial Keratoplasty) to jedna z najnowocześniejszych i najmniej inwazyjnych metod transplantacji. W przeciwieństwie do tradycyjnego przeszczepu drążącego, gdzie wymienia się całą grubość rogówki, w metodzie DMEK chirurg wymienia jedynie uszkodzoną, tylną warstwę (śródbłonek).

Co to oznacza dla Pacjenta?

Znacznie szybszą rekonwalescencję, powrót ostrości wzroku, mniejszą inwazyjność zabiegu i szybsze gojenie oka.

Jesteśmy dumni, że jako pierwsi w regionie możemy zaoferować Pacjentom ten światowy standard leczenia. Wielkie brawa dla całego zespołu za determinację w zdobywaniu nowej wiedzy i pełen profesjonalizm na sali operacyjnej.

Prof. dr hab. Marcin Stopa

Nowy etap w leczeniu zaburzeń rytmu serca w naszym Szpitalu



W naszym ośrodku przeprowadzono pierwsze implantacje nowej generacji urządzeń do elektroterapii serca (ICD oraz CRT-D), stosowanych w terapii zaawansowanej niewydolności serca oraz groźnych zaburzeń rytmu. Zabiegi wykonano z wykorzystaniem najnowszych systemów z rodziny Sky firmy Biotronik.

To ważny krok w rozwoju nowoczesnej, fizjologicznej stymulacji serca w Polsce. Zastosowane rozwiązania umożliwiają m.in. stymulację w obszarze lewej odnogi pęczka Hisa (LBBAP), co pozwala na bardziej naturalną resynchronizację pracy serca i lepsze dopasowanie terapii do potrzeb pacjenta.

Nowa generacja urządzeń oferuje:

- automatyczne dostosowanie trybu pracy w środowisku rezonansu magnetycznego (MRI),

- inteligentne algorytmy reagujące na aktualne potrzeby organizmu,
- zaawansowaną diagnostykę i terapię zaburzeń rytmu przedsionkowych i komorowych,
- możliwość zdalnego monitorowania pacjenta.

Pierwsze zabiegi zostały przeprowadzone u pacjentów z zaawansowaną niewydolnością serca przez zespół kierowany przez prof. Przemysława Mitkowskiego.

Nowe technologie to przede wszystkim większe bezpieczeństwo, bardziej precyzyjna terapia oraz jeszcze skuteczniejsza opieka nad pacjentami.

Dziękujemy całemu zespołowi za zaangażowanie i rozwój nowoczesnej kardiologii w naszym Szpitalu.

Ratunek dla Pacjentów z wrodzonymi wadami serca (WWS)

Dzień 13 stycznia 2026 roku, w Klinice Kardiologii, upłynął pod znakiem leczenia interwencyjnego Pacjentów z wrodzonymi wadami serca (WWS). Po raz pierwszy przeprowadziliśmy skuteczny zabieg stentowania tunelu fontanowskiego u 19-letniego pacjenta z HLHS (Zespół hipoplazji lewego serca) po operacjach Fontana i Bentalla.

Sukces zabiegu na sali hybrydowej nie byłby możliwy, gdyby nie ścisła współpraca zespołu kardiologów inwazyjnych w składzie: prof. Tomasz Morszura, prof. Aleksander Araszkiwicz, dr hab. Aleksandra Ciepłucha (kardiolog prowadzący) oraz dr Marcin Ligowski (kardioanestezjolog).

Nasz ośrodek jest jednym z zaledwie kilku wyspospecjalistycznych placówek w Polsce, oferujących kompleksową opiekę nad dorosłymi pacjentami z WWS. W nadchodzącym roku planowane są kolejne zabiegi interwencyjne w tej niezwykle skomplikowanej populacji pacjentów.

Tekst i zdjęcie: materiały własne Szpitala



Zabieg udrożnienia dróg żółciowych

W dniu 22 stycznia w naszym Szpitalu wykonano hybrydowy zabieg udrożnienia dróg żółciowych u Pacjenta z nowotworem naciekającym przewód żółciowy wspólny.

Procedurę przeprowadzili wspólnie: dr Maciej Błaszyk (junior), dr Piotr Pukacki oraz dr Paweł Samborski – w ramach współpracy gastroenterologów i radiologów zabiegowych, w modelu „rendez-vous”.

W skład zespołu wchodziły również: pielęgniarka anestezyjologiczna Małgorzata Nowacka, pielęgniarka endoskopowa Małgorzata Binek oraz lekarz anestezyjolog dr Maciej Błaszyk.

Metoda ta polega na skoordynowanym połączeniu technik endoskopowych i mało inwazyjnych procedur radiologii zabiegowej, które „spotykają się” w dwunastnicy, umożliwiając przejście do dróg żółciowych i dalsze etapy leczenia. Takie podejście pozwala poszerzyć możliwości terapeutyczne, szczególnie w bardziej złożonych przypadkach klinicznych, przy zachowaniu małej inwazyjności i wysokiego profilu bezpieczeństwa.

To ważny krok w rozwoju procedur hybrydowych w naszym ośrodku i stałe rozszerzenie współpracy radiologii zabiegowej z gastroenterologią – obok działań realizowanych już z innymi specjalizacjami.

Radiologia zabiegowa stanowi dziś istotne uzupełnienie nowoczesnej medycyny zabiegowej i coraz częściej wspiera leczenie pacjentów w wielu dziedzinach, w tym gastroenterologii, chirurgii, onkologii, urologii, chirurgii naczyniowej, a także neurologii i neurochirurgii. Rozwijanie takiej współpracy interdyscyplinarnej przekłada się na lepszą ko-



ordynację leczenia oraz większą dostępność nowoczesnych, mało inwazyjnych metod terapii.

Najważniejsze korzyści dotyczą jednak bezpośrednio pacjentów. Mało inwazyjne procedury, w tym zabiegi hybrydowe, często wiążą się z mniejszym obciążeniem organizmu, krótszym czasem hospitalizacji i szybszym powrotem do codziennych czynności. W przypadku pacjentów onkologicznych ma to szczególne znaczenie – sprawne przywrócenie drożności dróg żółciowych może poprawić komfort funkcjonowania, ograniczyć ryzyko powikłań oraz ułatwić dalsze etapy leczenia zgodnie z planem terapii.



Pierwszy
w Polsce
stentgraft
GORE®
TAMBE

PREKURSORSKIE ZABIEGI

Zespół Kliniki Chirurgii Onkologicznej wykonał pierwsze dwa zabiegi rekonstrukcji piersi z wykorzystaniem technik mikrochirurgicznych. Do rekonstrukcji posłużył płat DIEP, a więc płat skórno-podskórny z podbrzusza. W tego typu zabiegu całą pierś odtwarza się tylko tkankami pacjentki, bez użycia implantu. W wielu krajach europejskich ta operacja jest standardem w rekonstrukcji piersi.

W Polsce jest niewiele ośrodków, które wykonują te zabiegi, więc tym bardziej jesteśmy dumni, że dołączamy do tego grona. Tym samym możemy stwierdzić, że nasza Klinika zapewnia Pacjentkom pełnoprofilową chirurgię piersi opierającą się na leczeniu oszczędzającym, w tym zapewniając techniki onkoplastyczne, a w przypadku konieczności wykonania mastektomii, wykonywana jest rekonstrukcja – zarówno z wykorzystaniem materiałów wszczepialnych (ekspandery, implanty), jak i tkanek własnych.

Naszemu Zespołowi serdecznie gratulujemy!

Oprac.: dr n. med. Mateusz Wichtowski



Pierwsze dwa zabiegi rekonstrukcji piersi z wykorzystaniem technik mikrochirurgicznych

W naszej Klinice Chirurgii Naczyń wykonano wszczepienie pierwszego w Polsce stentgraftu GORE® TAMBE – nowoczesnego systemu przeznaczonego do leczenia złożonych tętniaków aorty piersiowo-brzuszej. To kolejny ważny krok w rozwoju małoinwazyjnego leczenia chorób aorty oraz potwierdzenie wysokiego poziomu zaawansowania naszej terapii wewnątrznaczyniowej.

Nasz zespół w składzie: prof. Zbigniew Krasiński, prof. Goran Stanišić, dr Łukasz Kruszyna, dr Cezary Maćkowski i dr Szymon Salamaga zaopatrzył tętniaka aorty piersiowej i brzusznej Pacjenta naszej kliniki.

Tętniak aorty piersiowo-brzuszej to niebezpieczne poszerzenie największej tętnicy w organizmie, obejmujące

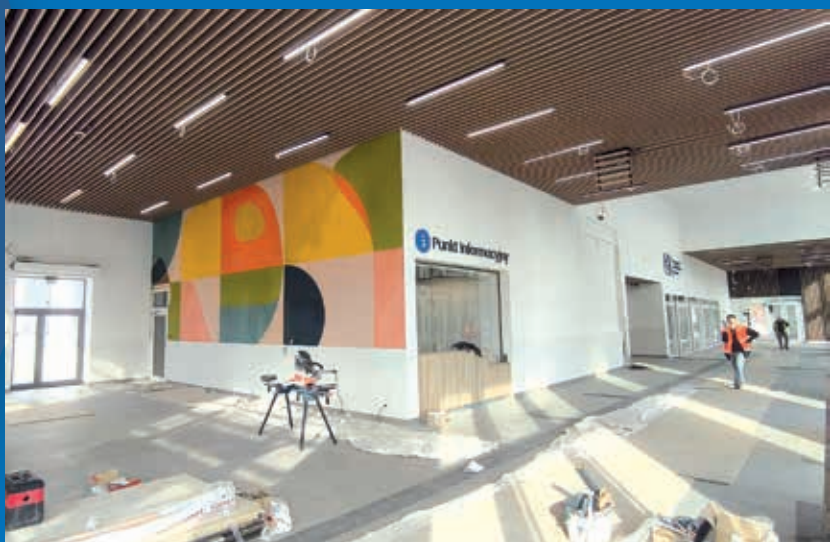
odcinek piersiowy i brzuszny aorty. Choroba przez długi czas może nie dawać objawów, a jej największym zagrożeniem jest pęknięcie tętniaka, które stanowi bezpośrednie zagrożenie życia. Dzięki nowoczesnym technikom endowaskularnym możliwe jest skuteczne leczenie tej choroby w sposób małoinwazyjny, z zachowaniem przepływu do kluczowych tętnic zaopatrujących narządy jamy brzusznej.

Dzięki powiększeniu naszego portfolio zabiegowego możemy jeszcze bardziej kompleksowo pomagać naszym Pacjentom.

Serdeczne gratulacje dla całego zespołu!

Oprac. Redakcja

Realizacja prac na budowie Centralnego Zintegrowanego Szpitala Klinicznego M3-M5 i pawilonu wejściowego



Aktualnie obiekt przechodzi fazę odbiorów inwestorskich. Dokonywane są poprawki usterek zgłaszanych podczas odbiorów, trwają regulacje wszystkich instalacji, a na zewnątrz prowadzone są prace porządkowe. Trwają prace związane z identyfikacją wizualną obiektu.

Jednocześnie w budynku prowadzone są prace związane z montażem i wyposażeniem w angiografię, rentgen, spect, tomograf komputerowy oraz rezonans magnetyczny.

Dominika Ulińska
Kierownik projektu CZSK



Pokój wypoczynkowy dla Pacjentów i ich rodzin

Plany rozbudowy Hospicjum Palium

Zarząd Polskiego Towarzystwa Opieki Paliatywnej Oddział w Poznaniu podjął decyzję i działania w celu przebudowy Hospicjum Palium. Naszym celem jest przeniesienie



Wizualizacja Hospicjum po przebudowie

sienie najstarszych pokoi dla Pacjentów do nowej, nowoczesnej przestrzeni, która zapewni im większy komfort, poczucie bezpieczeństwa i jak najlepsze warunki pobytu. W miejscu dotychczasowych pokoi planujemy utworzenie sal seminaryjnych przeznaczonych do kształcenia studentów oraz powiększonej przestrzeni magazynowej, niezbędnej do codziennego funkcjonowania Hospicjum.

Przebudowa oraz wyposażenie nowych sal to duże przedsięwzięcie, które wymaga znacznych nakładów finansowych.

Z tego miejsca chcielibyśmy podziękować Władzom Miasta, Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu oraz Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego za wsparcie tej inicjatywy.

Zachęcamy do przekazania 1,5% podatku na wsparcie naszego Hospicjum Palium. Numer KRS to 0000031654. Całkowity dochód z tegorocznej kampanii zostanie przeznaczony na cel przebudowy Hospicjum.

Tekst i grafika:
strona internetowa Hospicjum Palium

W dniu 4 grudnia odbyło się otwarcie pokoju wypoczynkowego dla Pacjentów Oddziału Chirurgii Onkologicznej w naszym Szpitalu przy ul. Szamarskiego 84.

Pomysł zrodził się około rok temu, w trakcie rozmów dr n. med. Mateusza Wichtowskiego, Lekarza Kierującego Oddziałem Chirurgii Onkologicznej z Panią Kamilą Pierunek, która stała się koordynatorką projektu. Zespół już od jakiegoś czasu myślał o stworzeniu wydzielonego pokoju, który miał wyglądem oraz funkcjonalnością odbiegać od standardowej sali dla Pacjentów. Miała to być przestrzeń przytulna, kojąca, umożliwiająca w zbliżonych do domowych warunkach odpoczynek, przeczytanie książki czy spotkania i rozmowy z rodziną.

Z pomocą przyszła internetowa zbiórka. Po zebraniu środków rozpoczęliśmy remont pomieszczenia, którego efekt widzimy na zdjęciach oraz w reakcjach naszych Pacjentów.

Podczas uroczystego otwarcia, dr n. med. Mateusz Wichtowski, o roli warunków stworzonych dla Pacjentów mówił tak:

Te choroby wiążą się z problemami natury psychicznej, psychologicznej. To jest ogólnie przyjęte, że jeżeli stworzymy im warunki, w których będą mogli oderwać się od myśli związanych z ich chorobą, to ten czas będzie dla nich dużo prostszy do przeżycia i stąd ten pomysł stworzenia pokoju, w którym mają się poczuć jak w domu.

Z kolei Pani Kamila Pierunek podkreśliła:



Najważniejsze są reakcje Pacjenteń, bardzo pozytywne i to była dla mnie największa radość. Pacjentki przychodziły tutaj często z rodziną, z bliskimi, uśmiechając się, śmiejąc, chociaż na chwilę zapominając, że są na oddziale onkologicznym i o to nam chodziło.

Cieszymy się, że tak wspaniała przestrzeń będzie służyć Pacjentom naszego Szpitala, dając im chwilę wytchnienia i poczucia domowej, przytulnej atmosfery

Tekst i zdjęcia: Bartosz Sobański

Między istotą a narzędziami

(dokończenie ze str. 3)

(może czasami zbyt dobre) i sprawiać, że będziemy kroczyli jak pawie. Ponad 187 tysięcy przyjęć szpitalnych w roku 2025, z tego 127 tysięcy pobytów jedno-dniowych. Prawie 90 tysięcy osób otrzymujących pomoc SOR-u (średnio 245 dziennie – przerażające to, jak musimy nieraz wyręczać inne elementy systemu ochrony zdrowia). Ponad 150 procedur CAR-T. 1583 ablacji serca, 1283 wszczepionych stymulatorów serca, prawie 30 tysięcy badań KT, ponad 23 tysiące badań rezonansu magnetycznego, 5200 gastrokopii, 3500 kolonoskopii. Ponad 200 operacji raka jelita grubego. Prawie 52 tysiące pacjentów w naszej opiece onkologicznej, 1800 pacjentów z udarami, 1300 osób w żywieniu pozajelitowym i dojelitowym, 200 osób w domowym leczeniu tlenem, kompleksowa opieka sercowo-naczyniowa, onkologiczna, paliatywna. Potęga laryngologiczna, chirurgii szczękowo-twarzowej i okulistyka w podwójnym zakresie.

Liczby zaszczytne można by w nieskończoność mnożyć. Ponad 370 tysięcy wizyt w poradniach, Ponad 140 programów lekowych, największa chyba pula w Polsce – programami Lekowymi było objętych około 3 tysiące pacjentów. Ten zakres to wartości leków ponad sześciuset milionów złotych. W sumie dwa miliardy budżetu. Przy tym najkrótszy pewnie w kraju średnim czasie pobytu pacjentów w Szpitalu. A to tylko niewielka część liczb.

Te liczby to także olbrzymia odpowiedzialność, znacząco przekraczająca nasz „rejon operacyjny”, tak istotne uczestniczenie w życiu medycznym naszego regionu.

Choć pacjenci spoza tego regionu to niewielka część. Największy ich odsetek spotykamy (w kolejności istotności) na: laryngologii, hematologii, endokrynologii, ginekologii onkologicznej.

Złożoność narzędzi

Ta potężna działalność medyczna wymaga olbrzymiej pracy logistycznej. Skomplikowanych procesów zamówień i ich realizacji, obsługi informatycznej, rozliczeń kontraktów, technicznej (z szeroko pojętymi inwestycjami), księgowej, administracyjnej, projektowej z pozyskiwaniem dodatkowych środków.

A także niezwykle ważna jest i powin-

na być odkrywana i doceniana działalność operacyjna z organizacją i weryfikacją naszej – technicznie wyrażając – „inżynierii produkcji”. Tu możemy odczuwać pewien niedosyt.

W ostatnich latach chcemy zapewnić bezpieczeństwo pacjentom w Szpitalu przez poddawanie się procedurom akredytacyjnym. Zadanie to bardzo złożone i nieco trudniejsze niż przed laty. Niezwykle cenne, o ile nie jest traktowane jako cel, ale raczej jako narzędzie. Nasze szpitalne analizy też są narzędziami.

W codzienności szpitalnej powinniśmy przyjąć postawę rozwiązywania problemów, a nie ich tworzenia. To ważne stwierdzenie – w mojej opinii. Ponadto także warto też dbać o minimalizm formalizacyjny.

Czeka nas nieustanny olbrzymi wysiłek porządkowania narzędzi.

Obszary wstydlive

Martwimy się, gdy medycyna wydaje się stawać bardziej sformalizowana, gdy staje się biznesem. Gdy w natłoku procesów i procedur usuwa się zwyczajna przestrzeń nie do końca sformalizowana, niezbędnych dla funkcjonowania, niezbędnych dla funkcjonowania: dobrej woli i zaufania.

To wówczas – zarówno gdy brakuje wystarczających organizacyjnych regulacji (lub gdy dominują inicjalnie wadliwe rozwiązania strukturalne – pojawiają się obszary wstydlive naszej działalności).

Gdy wykonywane są procedury bez kontaktu werbalnego czy pozawerbalnego między personelem medycznym a pacjentami (można być w szpitalu pięć dni i nie mieć kontaktu z lekarzem prowadzącym?! i nie zamienić z nim słowa), gdy opieka pielęgniarska czy generalnie opieka, zastępowane są wystukiwaniem w komputerze wymyślonych nadmiernie zadań. Gdy pacjent nie może trafić do poradni czy pracowni, nie może podjechać do szpitala, wysyłany jest „na drzewo” przy próbie zapisu na procedurę lub nie może się dodzwonić. Katalog obszarów wstydliwych można by mnożyć.

Ku istocie spraw

Nie możemy nigdy mylić narzędzi z istotą. Większość naszych działań zarządzających także analitycznych, jest narzędziami. Także działania akredytacyj-

ne. Istotą jest pomoc udzielana choremu. Ktoś może pomyśleć, że to banał. Jestem jednak głęboko przekonany, że nie jest łatwo dążyć do istoty spraw i właśnie ich dotykać.

Nieraz – wydawałoby się – chcielibyśmy naszymi działaniami „zbawić” nasz system opieki zdrowotnej. Jesteśmy jednym z jego istotnych ogniw, jednakże – przy niekorzystnych tendencjach i zwłaszcza przy braku przyjęcia dla spraw zdrowia priorytetu – stajemy się w pewnym sensie jego ofiarami. Im większą bierzemy na siebie część odpowiedzialności, tym trudniejsze są nasze zadania.

Istota pomocy

Działamy w wielu kluczowych obszarach z niezwykłym oddaniem. Chociażby ratujemy naszych starszusków. Spójrzmy, jak pacjenci w ciężkim stanie przebywają na wielu z naszych oddziałów. Zazwyczaj nie wybieramy ich sobie. I służymy ratunkiem dla pacjentów niechcianych (*unwanted patients*).

Istotą jest pomoc choremu: *salus aegroti*. W otoczeniu – w naszym kontekście *educatio – scientia*. Istotą – nawet jeśli byśmy się tego wypierali – jest ludzki krzyż. To wspomnienie nie może nie paść w marcowe dni, gdy przeżywamy tę część roku. Nawet jeśli byśmy się wypierali, to ten krzyż – mogący być różnie traktowany – znajduje się w logo (ładnym zresztą) naszego uniwersyteckiego Szpitala. Tak się stało na zasadzie cywilizacyjnych zdobyczy i konsensusu, że właśnie tam widnieje. Oczywiście mógłbym zachować polityczną poprawność i nie zapisać dwóch poprzednich zdań. Sądzę jednak, że warto nieraz i dotykać głębi – istoty, a także chodzić pod prąd. To niesie wzrost i nawet paradoksalnie się opląca.

Doświadczamy tak namacalnie tej istoty, gdy choroba dotyka bądź nas, bądź naszych bliskich. Nawet jeśli jesteśmy mniej wrażliwi (czy już raczej zmęczeni) zajmując się „obcymi”. Przy doświadczeniu bezpośredniej bliskości cierpienia kształty istoty i wyobrażenia się wyostrajają.

Nadałem tytuł dotyczący istoty i narzędzi. Choć wolałbym w tytule napisać o konieczności zaufania. Ale byłoby to może drażniące dla niektórych lub zbyt politycznie niepoprawne.

W rzeczywistości działania nie powinno się mylić istoty z narzędziami. Powinno się dążyć do istoty spraw doskonalać narzędzia. Ale nie zapominając o istocie. Niezbędny jest do tego zmysł medycznej kompetencji i wrażliwości.

Szczepan Cofta



Nowe oblicze kuchni centralnej



modernizacje – inwestycje

W dniu 4 marca odbyło się uroczyste otwarcie kuchni centralnej, oddanej do użytku po przeprowadzonym remoncie. Kuchnia znajduje się przy ul. Przybyszewskiego 49 i zaopatrzuje w posiłki wszystkie nasze szpitalne lokalizacje. Cieszymy się z efektów pracy i mamy nadzieję, że wyremontowane pomieszczenia będą służyć jeszcze lepiej zarówno naszym Pracownikom, a co za tym idzie, także Pacjentom, dla których codzienne posiłki są istotnym elementem przebiegu hospitalizacji.

Oprac.: Redakcja

W nowym Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym w Poznaniu trwa montaż ultra nowoczesnego rezonansu magnetycznego – 1,5-teslowego aparatu posiadającego technologię rekonstrukcji obrazu. Inwestycja realizowana jest w ramach przedsięwzięcia pn. „Rozwój i zwiększenie dostępności do świadczeń w zakresie onkologii poprzez wymianę aparatury, doposażenie oddziałów i innych jednostek organizacyjnych Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego w Poznaniu”, finansowanego w ramach Krajowego Planu Odbudowy i Zwiększania Odporności (KPO).

To właśnie dzięki badaniom MRI możemy zajrzeć w głąb organizmu bez użycia promieniowania jonizującego – precyzyjnie diagnozować choroby nowotworowe, neurologiczne czy schorzenia układu mięśniowo-szkieletowego. To narzędzie, które często decyduje o czasie i skuteczności leczenia.

Na zdjęciu widać fragment instalacji – uważni dostrzegą elementy miedzianej klatki Faradaya, która chroni urządzenie przed zakłóceniami i zapewnia najwyższą jakość obrazowania.

Nowoczesny szpital to nie tylko technologia, ale także większy komfort Pacjentów na każdym etapie leczenia.

Rezonans magnetyczny



Oprac.: Redakcja



Digitalizacja

prawę bezpieczeństwa przetwarzania danych oraz dalszą cyfryzację dokumentacji medycznej i administracyjnej.

Wartość realizowanego zadania wynosi ponad 1,3 mln zł, natomiast planowany termin zakończenia jego realizacji przewidziany jest do końca kwietnia 2026 roku.

Realizacja projektu stanowi element działań zmierzających do modernizacji infrastruktury cyfrowej Szpitala oraz podniesienia jakości świadczonych usług poprzez wdrażanie rozwiązań wspierających elektroniczny obieg dokumentów.

Zadanie realizowane jest w ramach Krajowego Planu Odbudowy i Zwiększania Odporności, komponent D „Efektywność, dostępność i jakość systemu ochrony zdrowia”, inwestycja D1.1.2, w ramach przedsięwzięcia pn. „Wdrożenie e-usług w Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym w Poznaniu”.

Oprac.: Redakcja



Rzeczpospolita
Polska

Sfinansowane przez
Unię Europejską
NextGenerationEU



Udar mózgu – warsztaty

Centrum Interwencyjne Leczenia Udarów Mózgu Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego w Poznaniu w dniu 4 grudnia zaprosiło zainteresowane osoby do udziału w bezpłatnych warsztatach edukacyjno-profilaktycznych pt. „Ucieknij przed udarem mózgu – wiele zależy od Ciebie”.

Podczas warsztatów uczestnicy mogli zyskać cenną wiedzę i porozmawiać ze specjalistami (neurolog, pielęgniarka, dietetyk, fizjoterapeuta) na temat:

- objawów udaru mózgu, możliwości leczenia,



- profilaktyki udaru mózgu,
- prawidłowego pomiaru ciśnienia,
- zasad zdrowego odżywiania,
- bezpiecznego wysiłku fizycznego, z przybliżeniem zasad Nordic Walking.

Ogromne zainteresowanie pierwszą edycją warsztatów sprawiło, że już planujemy kolejne spotkania, skierowane do mieszkańców Poznania.

Oprac.: Redakcja
Zdjęcie: Bartosz Sobański

Nagrody rozdane – ochrona zdrowia w Polsce



Gala rozdania wyróżnień.
Pierwszy od prawej prof. Tomasz Banasiewicz

W dniu 29 stycznia już po raz dwudziesty piąty Wydawnictwo Medyczne Termedia oraz redakcje „Menedżera Zdrowia” i „Kuriera Medycznego” wręczyły w Zamku Królewskim w Warszawie nagrody osobom i podmiotom szczególnie wyróżniającym się w polskiej medycynie.

Wśród wyróżnionych znalazł się prof. dr hab. n. med. Tomasz Banasiewicz – kierownik naszej Kliniki Chirurgii Ogólnej, Endokrynologicznej i Onkologii Gastroenterologicznej, wyróżniony w kategorii „Lider Roku 2025 w Ochronie Zdrowia – zdrowie publiczne”.

Gratulujemy Panu Profesorowi i dziękujemy za jego zaangażowanie mi.in. w działania na rzecz Pacjentów!

Oprac.: *Karolina Moszyńska*
Zdjęcie: Termedia



W Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym w Poznaniu trwa program mentoringowy dla młodych pielęgniarek i pielęgniarzy, realizowany w ramach Krajowego Planu Odbudowy i Zwiększania Odporności (KPO).

Program rozpoczął się 1 lipca 2025 r. i jest realizowany na podstawie umowy nr KPOD.07.05-IP.10-0022/25/KPO/74/2025/225, zawartej na okres do 30 czerwca 2026 r. Jego głównym celem jest wsparcie absolwentów kierunku pielęgniarstwo, którzy ukończyli studia w 2024 roku i podjęli pracę w naszym Szpitalu.

KPO Mentoring w USK Poznań – wsparcie dla młodych pielęgniarek i pielęgniarzy

Młode osoby objęte są opieką doświadczonych członków zespołów pielęgniarskich, mentorów, którzy pomagają im w adaptacji zawodowej, rozwijaniu kompetencji oraz budowaniu pewności siebie w codziennej pracy z pacjentem. Dzięki programowi młode pielęgniarki i pielęgniarze szybciej wdrażają się w realia pracy szpitalnej, co zwiększa ich satysfakcję zawodową i zmniejsza ryzyko rezygnacji z zawodu.

Mentorzy wspierają również rozwój umiejętności praktyczne, komunikacyjne i organizacyjne, co przekłada się na jeszcze lepszą opiekę nad pacjentami.

Program jest finansowany przez Unię Europejską w ramach Krajowego Planu Odbudowy i Zwiększania Odporności (KPO). Wartość dofinansowania wynosi 248 858,10 zł. Realizację inwestycji nadzoruje Minister Zdrowia w ramach przedsięwzięcia „Efektywność, dostępność i jakość systemu ochrony zdrowia”.

Jesteśmy dumni, że nasz szpital może realizować ten innowacyjny program i wspierać rozwój młodych profesjonalistów w pierwszych miesiącach ich pracy. To krok w stronę silniejszego, bardziej odpornego i przyjaznego systemu ochrony zdrowia, w którym wiedza i doświadczenie seniorów pomagają młodym nabrać pewności i kompetencji.

Biuro Projektów



Wizjonerzy

Jest nam niezmiernie miło poinformować o kolejnym wyróżnieniu przyznany prof. Lidii Gil, która od lat odnosi ogromne sukcesy w zakresie wdrażania i prowadzenia terapii genowej CART-T, wspierając swoją wiedzą Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Poznaniu.

Tym razem Pani Profesor uzyskała tytuł „Wizjonerska Osobowość” w rankingu *Wprost* i *NewsMed* Wizjonerzy – Liderzy zmian w zdrowiu 2026. W peł-

ni zgadzamy się z pięknymi słowami uzasadnienia, które pozwolimy sobie tu przytoczyć:

O terapiach CAR-T mówi się jako o jednym z największych przełomów w hematologii, „żywym leku”, który niszczy komórki nowotworowe. Terapia CAR-T w Polsce jest... kobietą, bo to kobieta – wybitna hematolog i transplantolog – wprowadziła ją do Polski, przeprowadziła pierwsze jej podanie, kieruje ośrodkiem, w którym przepro-

wadza się w Polsce najczęściej tego typu terapii, a także kieruje zespołem kwalifikującym pacjentów do takiego leczenia w Polsce.

Cieszymy się, że mamy w swoim gronie taką wizjonerską osobowość, jak Pani Profesor Lidia Gil, dzięki której możemy skutecznie nieść pomoc naszym Pacjentom.

Gratulujemy!

Tekst: Karolina Moszyńska



Konsultanci wojewódzcy

Wojewoda Wielkopolska Agata Sobczyk w dniu 11 grudnia wręczyła powołania konsultantom wojewódzkim. Czterech nowych ekspertów będzie odpowiadać za poszczególne dziedziny dotyczące ochrony zdrowia w Wielkopolsce. Jednym z powołanych, w dziedzinie kardiochirurgii, został **prof. dr hab. n. med. Marek Jemielity**.

Wojewoda pogratulowała specjalistkom i specjalistom, podkreślając znaczenie ich wiedzy i doświadczenia dla jakości opieki zdrowotnej w Wielkopolsce.

My również Panu Profesorowi, Kierownikowi Kliniki Kardiochirurgii i Transplantologii serdecznie gratulujemy!

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

Zespół redakcyjny:
Szczepan Cofta, Agata Michalska-Michalak, Karolina Moszyńska, Bartosz Sobański (redaktor naczelny), Stanisław Szczepaniak, Sylwia Zdrojowa

Wydawca:
Stowarzyszenie
Bono Serviamus
ul. Długa 1/2, 61-848 Poznań

Sekcja Marketingu i Konferencji:
Karolina Moszyńska
karolina.moszynska@usk.poznan.pl
tel. 61 854 92 18

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

Nakład: 800 egz.

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



Z prawdziwą satysfakcją informujemy, że **prof. dr hab. med. Aleksander Araszkiwicz** został jednym z dwóch Głównych Badaczy (Global co-PI) badania STRIKE-PE – czyli jednego z największych (prowadzonych w 80. ośrodkach na świecie) badań dotyczących interwencyjnego leczenia zatorowości płucnej.

Zespół Szybkiego Reagowania w Zatorowości Płucnej (PERT) w USK, ostra zatorowość płucna stanowi trzecią pod względem częstości występowania chorobę układu krążenia, która odpowiada za tysiące hospitalizacji rocznie i wiąże się z wysokimi wskaźnikami śmiertelności krótkoterminowej. Zatorowość płucna jest wynikiem zwężenia lub zamknięcia tętnicy płucnej lub jej rozgałęzień przez materiał zatorowy, najczęściej pochodzący ze skrzepliny umiejscowionej w układzie żył głębokich kończyn dolnych.

Od początku roku 2018 w Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym w Poznaniu funkcjonuje Wielodyscyplinarny Zespół Szybkiego Reagowania w Zatorowości Płucnej (PERT) pod kierownictwem prof. dr hab. med. Aleksandra Araszkiwicza. PERT specjalizuje się w interwencyjnym leczeniu zatorowości płucnej oraz konsultuje i kwalifikuje do odpowiedniej terapii pacjentów pełniąc 24-godzinny dyżur hemodynamiczny. W skład zespołu wchodzi specjaliści wielu dziedzin medycyny, w tym między innymi kardiologii, kardiologii inwazyjnej, kardiochirurgii. Dzięki multidyscyplinarnej współpracy PERT oferuje szeroki wachlarz terapii: leczenie endowaskularne polegające na mechanicznej fragmentacji i aspiracji skrzepliny, miejscowe podanie leku trombolitycznego bezpośrednio w okolicę skrzepliny, aspirację skrzeplin z jam prawego serca, bądź embolktomię chirurgiczną z zastosowaniem urządzeń do mechanicznego wspomagania krążenia.



Dyrektor Krystyna Mackiewicz i JM Rektor UMP, prof. Zbigniew Krasieński

Podziękowania dla Pani Dyrektor Krystyny Mackiewicz

Z dniem 31 grudnia 2025 r. Pani Dyrektor Krystyna Mackiewicz zakończyła swoją misję na stanowisku Dyrektora Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego w Poznaniu.

Od 2002 r. Pani Dyrektor z sukcesem prowadziła naszą jednostkę przez procesy restrukturyzacji i modernizacji, przyczyniając się do dynamicznego rozwoju Szpitala. Jej zaangażowanie i determinacja miały kluczowe znaczenie dla ugruntowania naszej pozycji jako jednego z wiodących ośrodków klinicznych w Polsce.

Z całego serca dziękujemy Pani Dyrektor za wieloletnią służbę oraz osiągnięcia na rzecz Szpitala i Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu.

Od 1 stycznia 2026 r., pełniącym obowiązki Dyrektora Szpitala będzie Pan Stanisław Szczepaniak, dotychczasowy Zastępca Dyrektora ds. Ekonomicznych. Jego powołanie zapewni ciągłość zarządzania oraz dalszy rozwój naszej placówki.



Dyrektor Stanisław Szczepaniak i prof. Zbigniew Krasieński, Rektor UMP

Jubileusz

50-lecia Kliniki Onkologii

Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

10 kwietnia 2026 r.



*Szanowni Państwo,
Koleżanki i Koledzy,*

W 1976 roku z inicjatywy ówczesnego Rektora Akademii Medycznej w Poznaniu profesora Romana Górala, docenta Cezarego Ramlaua oraz profesora Szczęsnego Simma powołano do życia strukturę i rozpoczęto działalność Kliniki Onkologii, zorganizowanej w przejętym przez Uczelnię szpitalu MSW przy ulicy Łąkowej w Poznaniu.

Był to moment szczególny – czas odwagi, wizji i odpowiedzialności. Onkologia, jako dziedzina dynamicznie rozwijająca się, wymagała nie tylko zaplecza klinicznego, lecz przede wszystkim ludzi gotowych mierzyć się z najtrudniejszymi wyzwaniami medycyny: chorobą nowotworową, cierpieniem i nadzieją pacjentów.

Od tamtych wydarzeń minęło pół wieku. Pięćdziesiąt lat historii, rozwoju, przełomów terapeutycznych, badań naukowych, kształcenia kolejnych pokoleń lekarzy i współtworzenia nowoczesnej onkologii w Polsce. To także pięćdziesiąt lat pracy zespołowej – lekarzy, pielęgniarek, diagnostów, fizyków medycznych, psychologów i wszystkich tych, którzy każdego dnia budowali i nadal budują znaczenie Kliniki Onkologii Uniwersytetu Medycznego imienia Karola Marcinkowskiego w Poznaniu.

Jubileusz jest nie tylko okazją do wspomnień i podsumowań. To również moment refleksji nad teraźniejszością i przyszłością onkologii – nad kierunkami jej rozwoju, nad wyzwaniami epidemiologicznymi nadchodzących dekad oraz nad rolą, jaką w tym procesie odgrywa medycyna oparta na wiedzy. Pragniemy oddać hołd Twórcom Kliniki, podziękować wszystkim, którzy przez lata współtworzyli jej dorobek, oraz wspólnie spojrzeć w przyszłość – z odpowiedzialnością, pokorą i nadzieją.

Prof. dr hab. n. med. Rodryg Ramlau
Dyrektor Instytutu Onkologii Uniwersytetu Medycznego
im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

