

Klinika Urologii CMKP, kierowana przez prof. Andrzeja Borówkę, po raz kolejny obroniła pozycję lidera rankingu placówek urologicznych

W poprzedniej edycji rankingu „Idealna Klinika – Urologia” na Klinikę Urologii CMKP zgłoszono 21,71 proc. pytanych lekarzy. W przebojowym stylu, z miejsca piątego w 2010 roku (7,07 proc. głosów) na miejsce drugie w rankingu tegorocznym (10,10 proc. głosów), awansuje Kliniczny Dział Urologii ŚCO w Kielcach kierowany przez prof. Piotra Chłostę. Na trzecim miejscu, podobnie jak przed dwoma laty, uplasowała się Katedra i Klinika Urologii Ogólnej, Onkologicznej i Dziecięcej CM UMK w Bydgoszczy kierowana przez prof. Zbigniewa Wolskiego. W 2010 roku na placówkę zgłoszono 12,12 proc. urologów, a w tym roku – 7,57 proc.



fol. Włodzisław Wasylik

Przepis na superszpital
PROF. ANDRZEJ BORÓWKA, kierownik Kliniki Urologii CMKP:

Od półtora roku pracujemy w strukturach prywatnego szpitala, a więc w zupełnie nowych okolicznościach. Przeniesienie Kliniki Urologii CMKP do Europejskiego Centrum Zdrowia w Otwocku nie przyniosło załamania – liczba chorych nie zmalała, wręcz przeciwnie, stale rośnie. Od początku działalności w nowych warunkach hospitalizowaliśmy ponad 4 tys. chorych. Sama klinika także się rozwija. Choć nasz profil nie uległ zasadniczej

zmianie – nadal oferujemy pełne spektrum procedur urologicznych – to dominuje uroonkologia. Ta ostatnia może się rozwijać dzięki stałej współpracy z działającą także w ramach ECZ Kliniką Onkologii CMKP kierowaną przez prof. Tadeusza Pieńkowskiego. Stale współpracujemy też z Kliniką Krażenia Płucnego i Chorób Zakrzepowo-Zatorowych CMKP kierowaną przez prof. Adama Torbickiego, która także mieści się w otwockiej placówce.

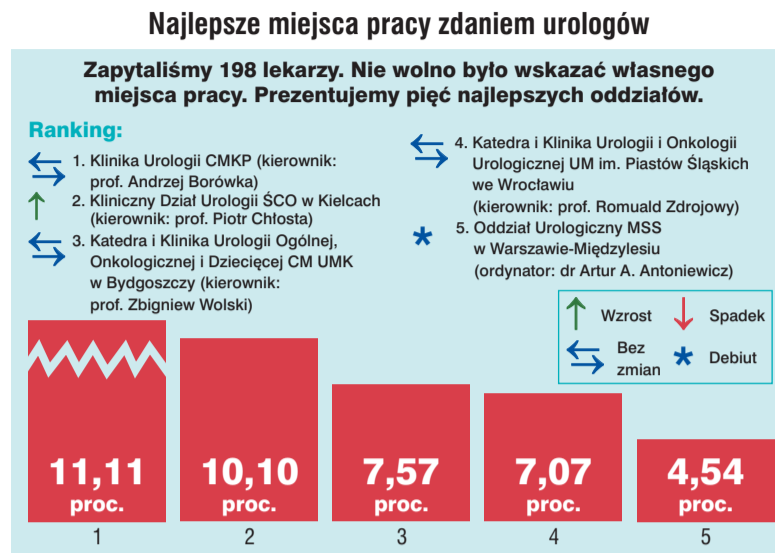
Co Klinika Urologii CMKP oferuje zatrudnionym w niej lekarzom? Europejskie Centrum Zdrowia zapewnia Klinice Urologii doskonałą bazę diagnostyczną. A diagnostyka obrazowa ma dla naszej dziedziny znaczenie pierwszorzędne. W nowej strukturze znaleźli się wszyscy, z wyjątkiem jednego, nauczyciele akademicy. To przyciąga młodych lekarzy. Wraz z całą kliniką przeniosło się tu dwóch rezydentów, ale natychmiast czterech kolejnych uznało, że właśnie tu chce zdobywać wiedzę. Nowe warunki sprawiły, że w sposób naturalny zaczęliśmy się specjalizować w zabiegach wykonywanych laparoskopowo. W zasadzie wszystkie prostatektomie radykalne wykonywane są tą metodą. Praktyka pokazała też, że lekarze muszą się specjalizować. Nie może być tak, że każdy robi wszystko. Powstały więc zespoły od laparoskopii onkologicznej, od laparoskopii nerkowej, od leczenia nietrzymania moczu z użyciem zwieracza hydraulicznego itd. Tworzenie wąsko wyspecjalizowanych teamów nie było zaplanowane. Koleżanki i koledzy sami doszli do wniosku, że tak trzeba, bo to daje lepsze efekty terapeutyczne.

Jestem zwolennikiem liberalnego podejścia do zarządzania kliniką. Z jednej strony pełnię funkcję kierownika kliniki. Z drugiej – w sposób zupełnie naturalny jeden z pracowników wzięł na siebie obowiązki w innych placówkach

zarezerwowane dla ordynatora oddziału. Inny młody człowiek, bardzo zainteresowany naukowym aspektem urologii, aspiruje do tego, by przejąć kierownictwo dydaktyczne. Liberalne podejście pozwala każdemu lekarzowi poczuć, że jest kimś ważnym. Nawet najmłodszy pracownik ma poczucie, że są częścią zespołu. Od razu mogą wiele, choć pod czujnym okiem bardziej doświadczonych kolegów.

A zarobki? Myślę, że gdyby koleżanki i koledzy nie czuli się pod tym względem usatysfakcjonowani, nie pracowaliby tutaj.

W becze miodu jest niestety także łyżka dziegciu. ECZ od sierpnia finansuje przyjęcia do szpitala i badania diagnostyczne. Bo skończył się kontrakt z NFZ. I warto pomyśleć o tym, że ten stan rzeczy nie może trwać



wiecznie. Ciekawe jest to, że kontrakty naszych klinik są na poziomie 1/4 lub 1/3 kontraktów tych samych klinik, gdy funkcjonowały

w strukturach innych szpitali. Kliniki się rozwijają, pacjentów przybywa, ale pieniądze niestety nie idą za tymi ostatnimi.

Opracował Piotr Kalinowski

Ranny na polu walki

Lekarz wojskowy uczony jest, że na psychikę żołnierza na polu walki dobrze oddziałuje przekonanie, iż w każdym wypadku zostanie mu udzielona pomoc. Tam nie ma lekarza, ale są sanitariusze i ratownicy medyczni, którzy nie zostawiają go w potrzebie. Wyszkolenie lekarza jest drogie, do niebezpiecznych misji, np. po rannego na pole walki, wysyła się ratowników. Z ludzkiego punktu widzenia jest to niezbyt humanitarne. Dziś wysiłki idą w kierunku wymyślenia robota, który zastąpi ratownika i wyniesie rannego spod ostrzału.

– Może szpitale wojskowe nie są w ogóle potrzebne?

– Dlaczego likwidować coś, co jest dobre? Może polskiej armii wystarczą dwa wysokospecjalistyczne szpitale? Jednak wiem, że takiego doświadczenia, jeśli chodzi o dziedzinę wojenno-wojskowe, nie ma nikt z lekarzy cywilów – odpowiada prof. Paśnik i tłumaczy: – Gdyby porównać chirurgię w warunkach pokojowych do tej wojennej, można przywołać co najwyżej obrażenia i urazy wypadkowe czy katastrofy masowe. Ale to jest jednak

co innego. Obrażenia komunikacyjne mają się nijak do obrażeń np. od miny czy od pocisku. Ale doświadczenia, jakie zdobywa chirurg wojskowy w czasie wojny w Iraku czy w Afganistanie, da się przełożyć na pracę w warunkach pokojowych. Są one przydatne np. w sytuacjach klęsk żywiołowych, masowych katastrof, aktów terrorizmu itd.

Elżbieta Borek

Więcej o wrażeniach z wojskowej misji medycznej na str. 12