



WOJEWÓDZKI
SZPITAL
SPECJALISTYCZNY
W OLSZTYNIE

PULS SZPITALA

NR 84

kwiecień-wrzesień 2024

KWARTALNIK WOJEWÓDZKIEGO SZPITALA SPECJALISTYCZNEGO W OLSZTYNIE

ISSN 1644 – 8162



PULS SZPITALA

Wydawca

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny
w Olsztynie

Redaktor naczelny

Przemysław Prais

Korektor/Wsparcie graficzne

Elżbieta Wojciechowska

Stała współpraca

Jerzy Badowski
Hanna Taraszkiewicz
Beata Jastrzębowska
Radosław Kowalski
Marta Gołąb-Kocięcka

Adres redakcji

10-561 Olsztyn, ul. Żołnierska 18
Rzecznik Prasowy
tel. 89 538 64 79
pprais@wss.olsztyn.pl
www.wss.olsztyn.pl

Druk i przygotowanie

Pracownia C&C Sp. z o.o.
ul. Porannej Bryzy 33
03-284 Warszawa
tel. 22 404 72 60
www.ccpag.com.pl

Nakład

600 bezpłatnych egzemplarzy

Redakcja zastrzega sobie prawo
do skrótów i zmiany tytułów.

Redakcja nie ponosi
odpowiedzialności za treść
nadsyłanych publikacji.

- s. 3 Dyrektor
- s. 4 Fizjoterapeuta – zawód dla ludzi z pasją
- s. 7 Nasz człowiek w Niderlandach
- s. 13 Międzynarodowa wymiana doświadczeń: Program HOPE w naszym szpitalu
- s. 14 Program Horyzont Europa – kolejna odsłona w Portugalii
- s. 16 Przetom w leczeniu zwapnień tętnic mózgowych
- s. 17 Dostępność szpitala dla osób ze szczególnymi potrzebami – dobre wyniki badania opinii i doświadczeń pacjentów i pracowników
- s. 18 Edukacja na olsztyńskiej starówce
- s. 19 Najlepsze życzenia dla pielęgniarek i położnych z okazji ich święta
- s. 20 Święto mam i ich maluszków
- s. 22 Basia „Ogrodniczka”
- s. 23 Pożegnanie Marka Gadkowskiego
- s. 24 Diamentowa Odznaka Inicjatywy Angels dla neurologów z naszego szpitala
- s. 24 Ironman ze szpitalnej apteki
- s. 26 Wszystkiego najlepszego, Pani Bogusiu!
- s. 26 Nie żyje świetny kardiochirurg
- s. 27 Jolka Szpitalna





Zmiany systemowe i plany na przyszłość

Zapewne słyszycie Państwo o zapowiadanych zmianach systemowych, które mają składać się z trzech faz – procesu deregulacji, transformacji oraz odwracania piramidy świadczeń. Może warto wiedzieć co nas czeka, zwłaszcza, że proces konsolidacji szpitali olsztyńskich został zapisany w Wojewódzkim Planie Transformacji i jest powiązany z planami budowy

szpitala klinicznego w Olsztynie. Akty prawne dotyczące procesu transformacji mają być gotowe do końca maja 2025 r. Także mamy trochę czasu na przygotowanie szpitala do procesu zmian, ale nie będzie to łatwe zadanie.

Zapowiedziany proces transformacji ma w założeniu zmienić sieć szpitali i dostosować ją do potrzeb pacjentów i określonego finansowania.

Celem deregulacji jest efektywniejsze wykorzystanie zasobów w ochronie zdrowia oraz obniżenie kosztów funkcjonowania. Proces ten będzie realizowany w latach 2025–2026 i przede wszystkim ma na celu zmniejszenie wymogów prawnych. Oby był to proces debiurokratyzacji naszych działań, zwłaszcza kontraktowania i sprawozdawania usług medycznych z NFZ.

Zapowiedziano też uproszczenie mechanizmu kwalifikowania placówek do sieci szpitali, ale będą kryteria ilościowe wejścia do sieci np. przez określenie minimalnej liczby odebranych porodów na oddziałach ginekologiczno-położniczych, czy określenie minimalnego procentowego udziału wykonanych operacji na oddziałach zabiegowych, czego obawiają się niektóre szpitale powiatowe, chociaż konsekwencje tych zmian mogą obciążyć nasze działania. Uproszczone mają być zasady regulujące udzielanie świadczeń na szpitalnych oddziałach ratunkowych, izbach przyjęć, oddziałach intensywnej terapii, chemioterapii, rehabilitacji stacjonarnej i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. Odwrócona piramida świadczeń pozwoli natomiast uwolnić część zasobów w leczeniu zamkniętym. Jak praktycznie ma to wyglądać - jeszcze nie wiadomo.

Od 01.07.2024 r. mamy kilka nowych aktów prawnych, np. Ustawę o Jakości, która jest bezpośrednio powiązana z naszą działalnością medyczną. Ustawa po raz pierwszy wprowadza w polskim systemie ochrony zdrowia obowiązkowy pomiar jakości z wykorzystaniem wskaźników jakości opieki zdrowotnej opublikowanych w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z 10.09.2024 r. W związku z tym, Zarządzeniem Dyrektora wdrożyliśmy Wewnętrzny System Zarządzania Jakością i Bezpieczeństwem udzielanych świadczeń zdrowotnych w oparciu o funkcjonujący system Zarządzania Jakością, który Państwo znacie i na którym opieraliśmy dotychczasową politykę jakości powiązaną z procesem akredytacji Centrum Monitorowania Jakości. Przypomnę, że był to proces dobrowolny, teraz jest obowiązkowy dedykowany Ustawą o Jakości.

Ustawa o Krajowej Sieci Onkologicznej (KSO) wprowadziła nowy model organizacji opieki onkologicznej. Jej priorytetem jest zapewnienie każdemu pacjentowi, niezależnie od miejsca zamieszkania kompleksowej opieki opartej o jednakowe standardy i wysoką jakość.

Strukturę KSO tworzą Specjalistyczne Ośrodki Leczenia Onkologicznego (SOLO) na trzech poziomach oraz Ośrodki Kooperacyjne. Na najwyższym, wysokospecjalistycznym poziomie w ośrodkach SOLO III realizowane są wszystkie trzy obszary leczenia onkologicznego (chemioterapia, leczenie zabiegowe, radioterapia). W SOLO II co najmniej dwa obszary leczenia onkologicznego (chemioterapia, leczenie zabiegowe), a w SOLO I podstawowe w co najmniej jednym obszarze leczenia onkologicznego. Nasz szpital został zakwalifikowany do SOLO II. Realizacja etapów leczenia

ma być koordynowana i przebiegać przy współpracy specjalistów z różnych dziedzin medycyny. Obecnie aż 271 szpitali zostało w skali kraju zakwalifikowanych do KSO, 170 szpitali zakwalifikowało się do poziomu SOLO I, 74 szpitale do poziomu SOLO II, a 27 szpitali znalazło się na poziomie SOLO III.

Kilka dni temu został ogłoszony konkurs w ramach Krajowego Planu Odbudowy w obszarze ochrony zdrowia. Około 5,2 mld zł zostanie przeznaczonych na onkologię w ramach Krajowej Sieci Onkologicznej. Pracujemy aktualnie nad wnioskiem realizowanym w ramach tego konkursu z przedsięwzięć finansowanych z Krajowego Planu Odbudowy i Zwiększenia Odporności, bardzo ważnym dla rozwoju naszego szpitala. Wniosek dotyczy wyposażenia w specjalistyczny sprzęt medyczny właściwy dla ośrodków onkologicznych (w naszym przypadku SOLO II) oraz rozbudowy i modernizacji Zakładu Patomorfologii.

Złożyliśmy projekt i ubiegamy się o dofinansowanie utworzenia Centrum Wsparcia Badań Klinicznych (CWBK), które planujemy zlokalizować na wysokim parterze. W ramach tego projektu zmodernizujemy pomieszczenia przeznaczone na część biurowo-administracyjną i medyczno-naukową. Utworzenie CWBK to innowacyjna zmiana w strukturze organizacyjnej szpitala, której celem jest zwiększenie potencjału naukowego WSS oraz prowadzenie badań komercyjnych i niekomercyjnych w ustrukturyzowanej formule, zgodnie ze standardami i europejskimi wytycznymi.

W ramach ogłoszonego konkursu z Funduszy Europejskich dla Warmii i Mazur (FEWiM) 2021-2027, z działania Infrastruktura Zdrowia złożyliśmy też projekt o utworzenie Wojewódzkiego Centrum Diagnostyki i Leczenia Chorób Cywilizacyjnych i Demograficznych. W przypadku uzyskania dofinansowania planujemy rozbudowę budynku naszego szpitala i modernizację infrastruktury, co pozwoli na zapewnienie kompleksowości, koordynacji oraz personalizacji procesów diagnostycznych i leczniczych. Centrum zawierało będzie: Oddział Leczenia Jednego Dnia, Ośrodek Leczenia Niepłodności, Centrum Indywidualnych Programów Wsparcia, Centrum Koordynacji Usług, Centrum Telemedycyny Dedykowanej, Ośrodek Terapii Hiperbarycznej, Zakład Medycyny Nuklearnej, Dział Nadzoru Zapobiegawczego z gabinetem profilaktyki zdrowotnej i pomocy przedlekarskiej. Trzymajmy kciuki za powodzenie tej inwestycji, to będzie nowa jakość nie tylko dla naszego szpitala, ale przede wszystkim dla pacjentów i naszego pięknego regionu Warmii i Mazur.

Na zakończenie chcę Wam zacytować fragment z książki doktora Władysława Biegańskiego o etyce lekarskiej: „medycyna zrodziła się z niedoli, a jej rodzicami chrzestnymi były miłosierdzie i współczucie, bez pierwiastka filantropijnego medycyna byłaby najpospolitszym, a może nawet wstrętnym rzemiosłem” ... Może brzmi nieco archaicznie, ale warto przemysleć...

Fizjoterapeuta – zawód dla ludzi z pasją

Osoba, która chce być fizjoterapeutą, powinna przede wszystkim lubić ludzi. To też praca dla tych, którzy cenią połączenie sportu i medycyny, a nie znoszą nudy – mówi Marzena Zielińska, kierowniczką Zespołu Fizjoterapeutów Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie. Rozmawialiśmy z nią z okazji obchodzonego 8 września Światowego Dnia Fizjoterapeuty.

Marta Gołąb–Kocięcka: Zaczynamy od tego, czy pacjenci mają świadomość, kim są fizjoterapeuci?

Marzena Zielińska: – Dużo się zmieniło. Świadomość pacjentów jest coraz większa. Jeszcze kilka lat temu wielu myślało, że fizjoterapeuta to może masażysta, może rehabilitant, a może fizykoterapeuta... Dziś pacjenci już wiedzą kim jest fizjoterapeuta i czym się zajmuje.

To doprecyzujmy te różnice semantyczne.

– Rehabilitacja to bardzo szerokie pojęcie. Może być rehabilitacja społeczna, słuchu, mowy, różnych przestrzeni. Fizjoterapia dotyczy ruchu, funkcjonowania pacjenta w przestrzeni fizyczności. W to wchodzi np. nauka chodu, stymulacja mięśni. Sama fizjoterapia dzieli się na fizykoterapię, czyli zabiegi fizykalne (laser, elektrostymulacje), masaż i kinezyterapię. To są trzy składowe fizjoterapii.

Czyli pacjenci już wiedzą „z czym to się je”, ale czy mają świadomość jakie znaczenie ma fizjoterapia i ile sami mogą dla siebie zrobić przy współpracy ze specjalistą?

– W tym zakresie wiedza społeczna jest coraz większa. Coraz więcej pacjentów ma świadomość roli swojej pracy, przy pomocy fizjoterapeuty. Określa on plan, ale 50 procent sukcesu to jest zaangażowania pacjenta i jego rodziny. Nie wzmocnimy mięśni biernie. To pacjent i jego rodzina muszą się zaangażować.

Pracujecie na Oddziale Rehabilitacji Neurologicznej, co oznacza, że macie często do czynienia z bardzo trudnym pacjentem.

– Najczęściej kierowani do naszego oddziału są chorzy z neurologii, neurochirurgii, OAiT. Bywa, że przyjmowany jest pacjent leżący z rurką tracheo, PEGiem, cewnikiem, a po trzech miesiącach wychodzi o własnych nogach bez żadnych sztucznych dróg. Ale zanim to nastąpi, dzięki procesowi rehabilitacji, co pewien czas, po kolei usuwamy co jest możliwe.

U nas w oddziale odbywa się nie tylko rehabilitacja funkcjonalna. Jest też rehabilitacja psychologiczna, logopedyczna, terapia zajęciowa. Pacjentem zajmują się lekarze neurologzy

i lekarze rehabilitacji oraz zespół pielęgniarski. Nad jednym człowiekiem, z ogromnym zaangażowaniem pracuje kilka osób, żeby jego funkcje: mowy, poznawcze i ruchowe, na nowo uruchomić, aby działały prawidłowo i funkcjonalnie.

Na ile jesteście w stanie przewidzieć na początku tej pracy zespołowej jak zakończą się Wasze działania?

– Szczerze, to tak do końca – nigdy. Nigdy nie jesteśmy w stanie tego przewidzieć z pewnością, bo każdy pacjent jest inny, ma inną osobowość, inne pokłady sił witalnych, inny potencjał i możliwości. Ale zauważyłam, że osoby, które spotkały się w swoim życiu ze sportem, coś trenowały, łatwiej wchodzi w rytm systematycznej pracy i wysiłku. Wiedzą, że pewnych rzeczy nie osiągną bez systematyczności i powtarzalności danej czynności. Czasami wydaje nam się, że niewiele możemy zmienić, a jednak życie nas zaskakuje, człowiek nas zaskakuje i pewne czynności wracają... Pacjent zaczyna chodzić, chociaż nam wydawało się, że jest to poza jego zasięgiem.

Jak budujecie program powrotu do sprawności?

– Fizjoterapeuta ma swój plan długoterminowy, ale odmierzany celami krótkoterminowymi. Zaczynamy od tego, że próbujemy pacjenta posadzić. Jak osiągniemy ten etap pionizacji czynnej, ze spuszczonej nogami, przechodzimy do kolejnego. Potem następny... I tak krok, po kroku idziemy razem z pacjentem w stronę sprawności. W tym procesie wspiera nas zespół pielęgniarski, który kontynuuje proces usprawniania, wdrażając czynności wyuczone przez fizjoterapeutę do codziennego funkcjonowania np.: pomagają usiąść do kolacji, zaprowadza do toalety itp.

Wiele zależy od tego czy pacjent nas rozumie. Bo jeśli jest z nim utrudniony kontakt, jeśli on nie widzi celu pewnych działań, to trudno nam jest poprowadzić proces rehabilitacji.

Jak wygląda stosowanie tej wiedzy w praktyce?

– Ja w naszym szpitalu pracuję pięć lat. Gdy zaczynałam, zleceń na fizjoterapię nie było dużo. Moją misją było, aby cała



dokumentacja zlecenia fizjoterapeutyczne była w systemie, żeby pacjentów było coraz więcej, żeby ich „wyrwać z łóżek”. Nawet wysłałam z taką inicjatywą, że jeśli ktokolwiek z pielęgniarek oddziałowych czuje potrzebę, żeby fizjoterapeuta przyszedł i przeszkolił personel medyczny – proszę bardzo, czekamy na takie sygnały. Przyjdziemy, przeszkolimy, pokażemy jak wspierać pacjenta w codziennych czynnościach w drodze do sprawności. Nie ukrywajmy, jeśli fizjoterapeuta przyjdzie jednego dnia i nawet posadzi tego pacjenta, to nie wystarczy. Bo co to jest nawet godzina ćwiczeń w ciągu 24 godzin. Najlepszym czynnikiem, który stymuluje organizm jest funkcja. To znaczy choćby to, żeby był pacjent posadzony do śniadania, obiadu, kolacji. To, że pacjent jest zoperowany to jedno, ale czy ta zoperowana kończyna jest funkcjonalna? Funkcja daje nam motyw do dalszej pracy.

Przez te pięć lat bardzo się zmieniło postrzeganie fizjoterapeutów. Gdybym teraz zabrała Dariuszowi Onichimowskiemu fizjoterapeutę z oddziału intensywnej terapii, to by było wielkie larum. Jakbym mu tlen zakręciła! Tak samo na neurochirurgii czy ortopedii. Jesteśmy tam również w soboty. Pacjentów operowanych w piątki, pionizujemy i uczymy ich prawidłowo poruszać się, aby mogli w poniedziałek wyjść do domu. My oprócz tego, że stymulujemy procesy zdrowienia, skracamy czas pobytu pacjentów w oddziale szpitalnym.

Jak wygląda Wasza praca z pacjentami na oddziałach zachowawczych?

– Przed wszystkim są tam pacjenci z wielochorobowością, czyli bardzo osłabieni. Trzeba ich nauczyć jak mają usiąść, jak chodzić przy wysokim, albo niskim balkoniku i wzmocnić. To są inni pacjenci, niż na przykład w oddziale ortopedii.

Na oddziałach zachowawczych należało by wzmocnić i uwypuklić funkcję rehabilitacyjną pielęgniarki w zakresie dotyczącej usprawniania pacjenta w obrębie łóżka.

Jaka jest atrakcyjność zawodu fizjoterapeuty?

– Atrakcyjność jest coraz większa, bo ta praca daje duże możliwości. Zapotrzebowanie na nasze usługi rośnie. Starzejemy się jako społeczeństwo, ale chcemy jak najdłużej zachować sprawność.

Dla kogo jest to praca? Jakie cechy osobowości gwarantują sukces w zawodzie?

– Przede wszystkim osoba, która chce być fizjoterapeutą, powinna lubić ludzi.

To podstawa. To jest też praca dla tych, którzy cenią połączenie sportu i medycyny, a nie znoszą nudy. To zajęcie, dla ludzi z pasją,

które wymusza ciągłe szkolenie i kształcenie. Poza tym, nie ukrywajmy, nieustannie otoczeni jesteśmy chorobami, tragediami ludzkimi, zatem w tej pracy wymagana jest swoista odporność psychiczna.

Co Panią najbardziej męczy?

– Zdecydowanie bezsilność. Chciałabym, żeby wszystko można było zrealizować „od A do Z”, według przewidzianego planu, ale czasami tak się nie da.

Wróć na chwilę do sformułowania, które sobie zanotowałaś. Co to w praktyce oznacza „wyrwać pacjenta z łóżka”?

– Ja wychodzę z założenia, że nawet jeśli jesteśmy w domu, założymy piżamę i będziemy chodzić w tej piżamie, to trzeciego dnia będziemy chorzy. Inaczej się czujemy jak wstaniemy, przeberzemy, mamy jakieś zadania. Inaczej funkcjonują nasz organizm



i psychika. Tak samo jest z pacjentami. Jest różnica kiedy siedzimy i spożywamy posiłek przy stoliku, a gdy jemy na leżąco. Ja zawsze mówię: „Kto może zjeść w pozycji siedzącej, nawet jeśli jest obłożony poduszkami, niech zje na siedząco”.

To nie tylko chodzi o układ trawienny, o grawitację, ale oddziałujemy na psychikę, która jest ogromnie ważna w procesie zdrowienia. To jest podstawa.

Na ile głowa determinuje sukces terapeutyczny?

– Ja bym powiedziała, że to jest połowa sukcesu. 50 procent to jest nastawienie pacjenta do pracy, jego oczekiwania wobec fizjoterapeutów, bo to jest praca zespołowa. Pacjent jest częścią naszego zespołu.

Jak wygląda ten zespół?

– Mamy takie środowowe spotkania: oddziałowa, fizjoterapeuci, lekarze, psycholog, terapeuta zajęciowy, neurologopeda. Omawiamy każdego pacjenta wszyscy razem, wspólnie szukamy pomysłu. Każdy dorzuca coś z własnej perspektywy, co można zrobić, żeby było lepiej. Kreujemy takie wieloaspektowe spojrzenie na pacjenta. To się u nas sprawdza i przynosi wspaniałe efekty.

Było pytanie zmęczenie to zapytam o radość i entuzjazm. Pewnie czasem trudno o takie emocje?

– A tu wracamy do cech potrzebnych w tym zawodzie. Wychodzę z założenia, że trudno się zmusić do radości. Albo człowiek taki już jest,

że czuje zadowolenie z życia, idzie do pracy z radością, albo nie. Nie da się do tego zmusić, pacjenci to czują.

Pamiętajmy, że nasi pacjenci to osoby w trudnych życiowych sytuacjach. Choroba i niesprawność to jeden z trudniejszych momentów w ich życiu. Są ludzie, którzy biegali, grali w kosza i nagle muszą się zmierzyć z własną słabością. Potrzebują pomocy drugiej osoby do prostej czynności. Czasami uśmiech, żart ze strony fizjoterapeuty, powodują odwrócenie uwagi od trosk pacjenta.

Z jednej strony takim osobom, które były aktywne trudno skonfrontować się ze słabością, ale z drugiej strony powiedziała Pani, że pracuje się z nimi efektywnie...

– Bo sport, ruch, aktywność wydłużają życie. Udowadniają to wyniki badań. Osoby które systematycznie uprawiają sport, żyją dłużej i mają mniej chorób cywilizacyjnych.

Jakieś rady fachowca, dla tych którzy to czytają siedząc przy biurku?

– Żeby co jakiś czas wstali od biurka, pochodzili, przeszli się po schodach. Nasze ciało nie lubi bezruchu. Ja wychodzę z założenia, że jak człowiek się nie rusza to daje informację do ciała, że „nie żyje”. Nasz organizm jest przyzwyczajony do ruchu, jak się nie ruszamy, to zaczynamy się zwijać i kurczyć. Jak się urodziło to byliśmy przyzwyczajeni do ruchu, nasze doświadczanie świata zdobywaliśmy poprzez ruch i percepcję.

Czego Pani życzy sobie i swoim współpracownikom z okazji święta?

– Zawsze mówię krótko: Żeby chciało nam się chcieć. Ja bardzo lubię swoją pracę. Pracuję w zawodzie od 26 lat. Wszystkim nam życzę, żeby nam się chciało rano wstać, wymyślać nowe rzeczy, żeby chciało nam się uczyć.

Kiedy przyszedłam tu do pracy, to moją misją było, żeby wszyscy się uczyli. Ja sama bardzo lubię się uczyć, uczę się całe życie. Tyle, że kursy fizjoterapeutów są bardzo drogie. Kosztują na przykład 10 tys. złotych. Nie każdego fizjoterapeutę stać na to, żeby wziąć taką kwotę z budżetu rodzinnego.

Dlatego od czterech lat organizuję pieniądze z Urzędu Pracy, z różnych projektów unijnych, a fizjoterapeutów nakręcam na szkolenia: „Dalej, wymyślcie, co chcielibyście w przyszłym roku, a ja pójde po pieniądze”.

Wiedza i umiejętności to nasz warsztat pracy. Praca w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym zobowiązuje do nieustannej nauki i podnoszenia swoich kwalifikacji oraz umiejętności zawodowych.

Udaje się?

– Udaje, jestem dość skuteczna! Jestem typem, dla którego nie ma rzeczy niemożliwych. Im trudniejszy pacjent, im trudniejsza sprawa, tym więcej wyzwala to we mnie entuzjazmu i chęci do działania. Proste rzeczy nie przynoszą takiej satysfakcji.

Marta Gołąb-Kocięcka



Nasz człowiek w Niderlandach



Kierownik Bloku Operacyjnego w naszym szpitalu uczestniczył w certyfikowanym Europejskim Programie Wymiany Menedżerów – HOPE Exchange Program. To unikatowe przedsięwzięcie, organizowane1 nieprzerwanie od 1981 roku. Corocznie uczestniczy w nim niemal 200 europejskich menedżerów ochrony zdrowia. Specjalista przez cztery tygodnie obserwował i uczestniczył w pracy szpitala w Zwolle, w prowincji Overijssel. To część kompleksu Isala, w którego skład wchodzi dwa szpitale i 3 przychodnie w 5 różnych lokalizacjach prowincji. Szpital w Zwolle to 1200 łóżek, 5000 pracowników a drugi szpital Meppel liczy 120 łóżek.



Rozmowa z dr Marcinem Mieszkowskim

Marta Gołąb–Kocięcka: Panie doktorze, kiedy trafił Pan do kompleksu Isala, poczuł się Pan, jakby wylądował na innej szpitalnej planecie?

Marcin Mieszkowski: – Na pewno w innym systemie ochrony zdrowia. I te różnice widoczne były na wielu poziomach: finansowym, organizacyjnym, mentalnym.

Zacznijmy w takim razie od pieniędzy.

– W Holandii, a poprawnie w Niderlandach, ubezpieczenia zdrowotne zostały wprowadzone w 1941. Obowiązuje system mieszany. W 85% udzielanych świadczeń są one finansowane ze środków publicznych. 15% to wydatki współdzielone. Wysokość podstawowego ubezpieczenia społecznego określa rząd i są to kwoty w wysokości około 125 euro miesięczne (plus 385 euro opłaty rocznej).

Dodatkowo, co miesiąc z pensji pracownia przekazywane jest ponad 5% na składkę zdrowotną, a pracodawca również ma obowiązek przekazania blisko 7% wynagrodzenia na ochronę zdrowia.

Każdy pracujący obywatel Holandii jest ubezpieczony, a brak ubezpieczenia karany jest grzywną. Co ważne, nie działa tam jeden płatnik, tylko system konkurujących ze sobą ubezpieczycieli.

Finansowanie to jedno, ale różnice widać też w samej liczbie szpitali?

– Tak, Polska ma nieco ponad dwa razy więcej mieszkańców niż Holandia, ale Holandia ma 5 razy mniej szpitali! Oczywiście mówimy o kraju, który ma znacznie mniejszą powierzchnię i większą gęstość zaludnienia, niemniej jest to jedna z kluczowych różnic.

Czyli szpitali może być mniej, bo krótsza jest droga dotarcia do nich.

– Owszem, ale w Zwolle, w 130 tysięcznym mieście, w którym byłem na stażu, jest jeden szpital. Jeden. W Olsztynie mamy ich 6.

To jak to się dzieje, że w 130 tysięcznym mieście działa jeden szpital i jest on wydolny?

– Tu już wchodzimy w system. Nie tylko w szpitalnictwo. Żeby to zrozumieć trzeba zobaczyć, jak tam działa opieka „przed” i „po” szpitalną. Fundamentem tego systemu jest lekarz podstawowej opieki zdrowotnej.

On kieruje pacjenta do specjalistów pracujących głównie w szpitalu. Do niego sływa cała informacja, co się z tym pacjentem w szpitalu działo. To on dalej planuje leczenie pacjenta.



Jest nazywany „gate keeperem”, osobą wiodącą w systemie, mającą dużo większe uprawnienia i możliwości wdrażania terapii niż polscy lekarze pierwszego kontaktu.

Czy to dzięki temu w Holandii tylko 4 % wizyt u lekarza rodzinnego kończy się skierowaniem do specjalisty?

– Dokładnie. Co więcej, w Holandii nie ma prywatnych gabinetów a od lekarza rodzinnego jest potrzebne skierowanie, żeby zgłosić się na SOR...

Jak to?

– Jeśli ktoś trafia do szpitala, to są dwie drogi. Albo dostaje skierowanie od lekarza rodzinnego, albo przywozi go wezwana karetka. Jeśli chcemy pojawić się na SOR-ze, musimy mieć wystawione skierowanie od lekarza rodzinnego! Nawet, jeśli coś stanie się w nocy, to skierowanie wystawiane jest przez teleporadę. Czyli następuje wstępna kwalifikacja problemu pacjenta. Jeżeli jednak zdecydujemy się „z ulicy” przyjść na SOR, oczywiście zostaniemy profesjonalnie obsłużeni, ale zapłacimy kilkaset euro. Wszyscy nas przyjmą z otwartymi rękami, ale na koniec zostanie wystawiony rachunek, a pieniądze będą automatycznie ściągnięte z konta. Nikt nie będzie czekał na przelew. I teraz pytanie jak to możliwe? System tak działa, że umożliwia mieszkańcom Holandii dostęp do lekarza rodzinnego w ciągu 15 minut!

Prześledźmy w takim razie ścieżkę takiego pacjenta, który trafia na SOR w Holandii.

– Drugim etapem jest oddział AOA (tłum. Oddział Przyjęć Ostreżnych), który jest buforem całego szpitala. Trafiają tam pacjenci z SOR-u. Ten oddział ma największy obrót pacjentów rocznie, bo około 10 tys.

Na tym oddziale nie spędza się więcej niż 48 godzin. Trafiają tu pacjenci nie do końca zdiagnozowani, mający pierwszeństwo do konsultacji chirurgicznych, bądź internistycznych. Holendrzy policzyli, że pacjent, który trafi na zły oddział, ze złą diagnozą, spowodowaną zbyt szybką diagnostyką, w konsekwencji przebywa w szpitalu o dwa, trzy dni za długo. Ale co ważne: połowa pacjentów z tego oddziału jest wypisywana w ciągu 48 godzin do domu, a nie na inny oddział szpitalny, bo udaje im się doraźnie pomóc na AOA.

W szpitalu w Zwolle jest 1200 łóżek. Działają 950, bo pozostałe są w zapasie. Więcej nie potrzeba, bo na oddział trafia pacjent 100% wymagający hospitalizacji.

Jak wygląda organizacja pracy oddziałów?

– Szpital podzielony jest na Medical Business Unity (MBU), odpowiedniki naszych oddziałów. Chociaż bywa, że na taki MBU składają

się dwa oddziały o podobnym charakterze. Każdy z nich ma zarząd: ordynatora, menadżera i oddziałową lub oddziałowego. Istota polega na tym, że ordynator zajmuje się tylko sferą merytoryczną: leczeniem, konsultowaniem, opiniowaniem, scalaniem procesu medycznego w całość. Do jego obowiązków należy też nadzór nad rozwojem kadry, szkoleniami itp. Tu mały przypis – ordynator może zajmować swoje stanowisko przez dwie kadencje, maksymalnie 10 lat, nie więcej.

Z kolei menadżerowie, to osoby z wykształceniem ekonomicznym lub menadżerskim. Nie mogą być lekarzami, pielęgniarkami, bo oni zarządzają całą sferą logistyki oddziału, zamówieniami, sprzętem, lekami.

Ani ordynator, ani menadżer nie odpowiadają za grafik pracy. Za to odpowiadają planerzy szpitala. To zespół ośmio–dziesięcioosobowy, który układa grafik pracy wszystkich oddziałów, najczęściej z trzymiesięcznym wyprzedzeniem.

Zadałem w takim razie pytanie: „czym się zajmuje oddziałowa?”. Odpowiedź brzmiała: „oddziałowa ma scalać zespół pielęgniarski, dbać o samopoczucie pracowników, sprawdzać czy mają zrobione staże, czy nowe standardy zmiany opatrunków są wdrożone, czy wszyscy się przeszkolili z systemów informatycznych”. Jeśli nie, to trzeba znaleźć dodatkowe 10 godzin w ciągu trzech dni, żeby dana osoba spokojnie sobie siadła do komputera i „przekliknęła” szkolenie, bo nie wolno tego robić w domu. Do obowiązków oddziałowej należy także aktualizowanie dwa, trzy razy dziennie liczby dostępnych łóżek i ruchu chorych. Oczywiście informacja o tym, ile, na jakim oddziale jest dostępnych łóżek jest oficjalna i transparentna.

To oddziałowa wpisuje ile łóżek jest w danym dniu dostępnych?

– Tak, to element całego systemu organizacji dnia. Raportowanie na bieżąco to jedna z wytycznych. Codziennie są dwie odprawy, tak zwane Obeya. Pierwsza, o 9.15 z menadżerami oddziałów. To odprawa na stojąco, która trwa 15 minut. W tym czasie każdy ma powiedzieć po kolei: ile ma łóżek, czy są problemy sprzętowe, czy nie brakuje personelu. Te spotkania prowadzi liderka menadżerów i w ciągu pół godziny przekazuje menadżerom wytyczne, co dalej.

Druga odprawa jest o 10.30. To spotkanie z planerami pracy, na której omawiane są potencjalne problemy kadrowe na najbliższe dni.

Po takich dwóch spotkaniach aktualizowany jest plan pracy i o 11–ej, codziennie, zaczyna się spotkanie z ordynatorami i zarządem, czyli z dyrektorem naczelną i dyrektorem ds. medycznych.





To spotkanie trwa maksymalnie pół godziny. To jest przestrzeń do omówienia na przykład niespodziewanych zgonów. Dlaczego był zgon, czy dopełniliśmy wszystkiego, czy mogliśmy coś zrobić lepiej. Transparentność.

Zastanawiało mnie jak to możliwe, żeby takie spotkanie odbywało się codziennie, więc zapytałem:

- A co będzie, jeśli ordynator nie przyjdzie?
- A dlaczego miałby nie przyjść?
- Bo na przykład operuje?
- No dobrze, to dziś wyśle zastępcę, a jutro już tak ułoży sobie grafik, że nie będzie operował. I jutro już przyjdzie.

I wszystko w tym temacie. Moje pytanie zupełnie nie przystawało do ich realiów.

Wróćmy do pacjenta. Założmy, że wymaga zabiegu.

– Jeśli na przykład lekarz rodzinny podejrzewa, że pacjent wymaga cholecystektomii [usunięcie pęcherzyka żółciowego – red.], wystawia mu skierowanie do poradni chirurgicznej, które jest przypisane do jego dowodu osobistego. Przychodzi do szpitala, wkłada ten dokument w czytnik i wyświetla mu się informacja, pod który pokój ma się stawić. On oczywiście wie to wcześniej, bo lekarz rodzinny w trakcie rejestracji pacjenta ma przed sobą otwarty system szpitalny, w którym widzi wolne sloty do rejestracji pacjenta w poradni.

Pacjent trafia do chirurga, jest kwalifikowany do operacji i trafia na listę. I tu jest kilka ciekawostek.

Holendrzy mają prognozy ilości przeprowadzanych zabiegów na najbliższe 5–10 lat. Analizują jak się będzie starzało społeczeństwo, ilu będą potrzebowali endoprotez, ile może być nowotworów. W oparciu o to planują swoją operatywną na najbliższy rok, dwa, trzy.

To była pierwsza rzecz, która mnie zaskoczyła. Druga to organizacja pracy bloku. Pacjent dostaje informacje o tym, że będzie operowany i jego zadaniem jest zalogowanie się do systemu szpitalnego. Jeśli będzie miał z tym problem, to przyjdzie do niego, do domu pielęgniarka i pomoże to zrobić.

Z kolei w szpitalu sekretarka medyczna na bieżąco monitoruje ruch pacjentów. Ma podzielonych pacjentów na pilnych i planowych. Planowi są podzieleni na krótszy i dłuższy czas oczekiwania. Pani sekretarka patrzy, kto jutro i pojutrze jest w pracy, wchodzi na swój oddział (to może zrobić każdy pracownik, ja też mogłem to zrobić), wyświetla jej się lista sześciu tysięcy zakwalifikowanych do oddziału chirurgicznego. Potem rozwija grafik zaplanowanych lekarzy, a przy nich pojawia się informacja, o liczbie pacjentów, których osobiście zakwalifikowali. Ocenia: ten pacjent czeka 10 tygodni, a ten dwa. Więc bierze tego z 10 tygodnia i wstawia go w plan pracy. To ona ustala, których pacjentów z listy chirurga danego dnia będzie operował. Wprowadza pacjenta do systemu, a chirurg wcześniej w poradni kwalifikując, oznacza w systemie min stronę operowaną i wpisuje ile będzie trwała operacja ze znieczuleniem. Jeżeli wpisuje, że cholecystektomia potrwa 35 minut, to system na tym





etapie, nie puści go dalej, bo zakomunikuje: „Panie Doktorze, pan ten zabieg robi godzinę. Proszę wpisać godzinę”. System nie tylko sprawdza ile dany zabieg trwa, ale w jakim czasie ten konkretny chirurg wykonuje ten zabieg najczęściej.

Pani sekretarka planuje pracę od 8–ej do 17–ej. Jeśli przykładowo, ma pięciu pacjentów, ale pięciu nie zmieści w tych godzinach, to ona decyduje czy jakiś zabieg przesunąć na następny dzień, żeby się zmieścić w planie, czyli skończyć pracę o 17–ej. Oczywiście – zdarzają się przedłużenia, ale energia idzie w to, żeby je jak najskuteczniej zminimalizować.

Kolejna rzecz: plan kwalifikacji anestezjologicznej. Do pacjenta przed zabiegiem dzwonią trzy osoby: anestezjolog, pielęgniarka, technik farmaceutyczny. Anestezjolog, otwiera całą historię chorobową pacjenta, rozmawia z nim, ale nie o lekach. W sprawie leków dzwoni technik farmaceutyczny, żeby powiedzieć, jakie leki odstawić, jakie przyjąć. Pielęgniarka dzwoni, żeby powiedzieć jak należy się przygotować na pobyt w oddziale, pyta czy pacjent ma jakieś preferencje żywieniowe, bo może np. jest weganinem.

Pacjent w trakcie tej rozmowy, nagrywanej, rejestrowanej daje ustną zgodę na znieczulenie. W szpitalu nie używa się papieru. W ten sposób, telefonicznie 80% pacjentów jest kwalifikowanych do operacji, czyli w przypadku Isala – 25 000.

Po operacji pacjent jest wypisywany tak szybko jak jest to możliwe. Wychodząc, dostaje monitor, przez który łączy się ze szpitalem. Po drugiej stronie, w szpitalu przed monitorami siedzi ekipa ludzi, która łączy się z pacjentami. Wygląda to trochę jak kontrola lotów. Pytają, wydają zalecenia: jak się pan czuje, proszę sobie złożyć pulsoksymetr, proszę sobie zmierzyć ciśnienie, itp. Potem to wszystko spływa w czasie rzeczywistym i eksperci oceniają jak pacjent sobie radzi, bo np. został dwa dni wcześniej wypisany do domu i kontynuuje antybiotyki. Tyle, że raz dziennie przyjeżdża do niego pielęgniarz lub pielęgniarka i sprawdza czy wszystko jest ok, jeśli coś wzbudzi wątpliwość – przyjedzie lekarz rodzinny.

Wróć do tego planowania. Musi iść na to mnóstwo energii, czasu i pieniędzy!

– Oni wyliczyli, że to się opłaca. Wykonują około 40 000 zabiegów rocznie, około 10 000 jednodniowych.

Sztab matematyków, statystyków, menadżerów siedzi w Excelu i liczy według opracowanych algorytmów, jak optymalnie wykorzystać zasoby.

Jak w praktyce wygląda to planowanie?

– Wiosną, w marcu/kwietniu kontraktują finanse z prywatnymi ubezpieczycielami na przyszły rok. Na tej podstawie planują ilu pacjentów mogą wyleczyć, zoperować. Latem zbierają

zapotrzebowanie od oddziałów: ile dany oddział, mając swoją kadrę i swoje wyliczenia, chciałby wykonać konkretnych procedur.

Do końca września oddziały mają poinformować, kiedy personel jedzie na konferencje, staże, urlopy. Wtedy jest ostatecznie układany grafik pracy z uwzględnieniem tych wyjazdów. Gdy ja byłem na stażu zespół anestezjologiczny wyjechał na dwudniową konferencję. Operatywa została zredukowana na Głównym Bloku z 16 sal do 6, bo wyjazd i praca bloku zostały zaplanowane w październiku ubiegłego roku.

To skrupulatne planowanie szczególnie było widać przy budowie szpitala w Meppel.

– Tak, to dobry przykład na pokazanie „różnic kulturowych”. Szpital za 80 milionów euro, wykorzystujący odnawialne źródła energii, niewykorzystujący gazu, wkomponowany w naturę.

Ma fenomenalną konstrukcję. Nad poziomem zero, mieszczą się oddziały, o identycznym układzie. Przykładowo: czy to chirurgia czy interna, jeśli idzie się korytarzem, to za drugimi drzwiami po lewej będzie magazyn. Wszystko tak samo, więc wyszło taniej, logistycznie lepiej, bo można przesunąć personel z jednego oddziału na drugi i nikt się nie pogubi. Projektowanie trwało dwa, może trzy lata i przez ten czas architekci opracowywali optymalne rozwiązania. Rozważali jak najlepiej zorganizować przestrzeń, aby np. pacjent mógł jak



najszybciej dotrzeć na tomograf, ale żeby miał też kawę blisko, a rodzina miejsce, w którym będzie mogła poczekać. Jak już zaprojektowali ten szpital, to zrobili coś niewiarygodnego.

Wynajęli na 3 miesiące magazyn i z kartonów z recyklingu zbudowali poziom zero i jeden oddział (przypomnę, że wszystkie mają identyczny układ) w proporcji 1:1. Wstawili tam sprzęt i przez ten okres testowali. Czy jest wystarczająco dużo miejsca, żeby przejechać z łóżkiem, czy trzeba windę przesunąć, czy nie trzeba przestawić ścian. Krótko mówiąc czy jest wygodnie i optymalnie.

Serio?

– To samo powiedziałem: „serio”? Ale to nie jest koniec tej historii. Kiedy już obiekt został wybudowany, to zanim wjechał pierwszy pacjent zarząd szpitala z oddziałowymi, lekarzami, miał obowiązek na weekend wprowadzić się i sprawdzić: czy materac jest wygodny, czy klimatyzacja nie chodzi za głośno, czy automat do kawy stoi w dobrym miejscu. Każdy dostał swój pokój i trzeba było sprawdzić, czy są przygotowani na przyjęcie pacjentów.

Mówimy jednak o zupełnie innych realiach finansowych.

– Kompleks ISALA ma budżet 3,6 mld złotych rocznie. Mogą sobie pozwolić na zatrudnienie sztabu statystyków, 134 godzinny tryb pracy. Oni budowali swój dobrobyt przez setki lat, zrobili kilka rzeczy niezbyt chwalebnych w czasach kolonializmu, nie kryją tego, ale są, jako społeczeństwo w innym miejscu niż my, 30 lat po transformacji.

Przez kilkaset lat można wypracować zaufanie do systemu.

– To jest kluczowa kwestia. Zaufanie do systemu. Nikt nie próbuje go obejść, bo jest zaufanie społeczne, a zwłaszcza poszanowanie norm. Wszyscy stosują się do ustalonych i wypracowanych reguł. Holendrzy mają za sobą dyskusję, o systemie szpitalnictwa, która przetoczyła się kilkanaście lat temu. To był proces, ale była społeczna zgoda, żeby to zrobić. Osiągnęli konsensus, co do liczby szpitali, zgodzili się, że niektóre są niewydolne. W efekcie w 17 milionowym kraju pracują 143 szpitale, w tym 8 uniwersyteckich. W Polsce, 37 milionowym kraju, jest 896 szpitali.

To był element długofalowego planowania. Kiedy zaczęli analizować trendy demograficzne, to jak będą się starzeć, jak będą chorować, to starali się tak dostosować zasoby szpitalne, aby odpowiadały temu, co mówią wyliczenia. Patrzyli na twarde dane, a nie emocje i jednostkowe ambicje.

Właśnie, skoro o starzeniu mowa – jak radzą sobie z luką pokoleniową?

– Oczywiście również przyznają, że mają z tym problem, ale inaczej przeliczają potrzeby. W Holandii praktycznie nie ma gabinetów prywatnych, wszyscy pracują w państwowej ochronie zdrowia. Specjaliści nie pracują 180 godzin w szpitalu i 150 dodatkowo „gdzieś tam”. System na to nie pozwala. Mniej szpitali generuje mniejsze koszty, krótsze kolejki do świadczeń itd.

To konsekwencja całego myślenia – o zasobach, o systemie zarządzania. Przytoczę przykład z kompleksu Isala. Zarząd kilka lat temu polecił do Japonii, do Toyoty, żeby zobaczyć, jak działa LEAN Management. W efekcie dziś mają kilkunastu coachów od LEANu, 40 psychologów pracujących z pacjentami, z personelem z medycznym, z administracją.

Nie da się przetożyć takich rozwiązań 1:1 na grunt polski. Jesteśmy w innym miejscu geograficznie, historycznie, mentalnie. Co możemy podpatrzeć, czym się inspirować?

Jedną z rzeczy, którą powinniśmy zrobić to przestać myśleć „ja”, zacząć myśleć „my”. Co możemy zrobić dla kolejnych pokoleń, aby, ten system był wydolny. Czy jesteśmy gotowi, żeby zadać sobie pytanie: czy taka liczba szpitali faktycznie zabezpiecza pacjenta?

Kolejna rzecz, którą możemy podpatrzeć to planowanie z wyprzedzeniem, transparentność i prawdziwa, realna równość wszystkich wobec systemu.

Czy to możliwe w sytuacji zupełnie innych doświadczeń pokoleniowych, historycznych – może za wcześnie, żeby stawiać diagnozy, ale to na pewno dobry moment, żeby zacząć podpatrywać lepszych.

Gdybyśmy mieli operować stereotypami, to powiedziałabym, że Holendrzy to tacy „uśmiechnięci Niemcy”. My – Mistrzowie Improwizacji, bo tego wymagały od nas okoliczności historyczne i polityczne. Przez ostatnie 30 lat bardzo dużo zmieniło się w ochronie zdrowia, a takie programy jak HOPE pokazują, że możemy i chcemy zmienić jeszcze więcej.

Marta Gołąb-Kocięcka

Międzynarodowa wymiana doświadczeń: Program HOPE w naszym szpitalu

Anne Bart Jansen, pielęgniarka oddziałowa Oddziału Intensywnej Terapii ze Szpitala Klinicznego OLVG w Amsterdamie i Carlos Carvalho, kierownik kontroli zarządczej z Uniwersyteckiego Szpitala de Sao Joao w Porto odwiedzili nas w ramach Programu Wymiany Menedżerów (HOPE EXCHANGE Programme).

Od 13 maja do 4 czerwca obaj uczestnicy zapoznawali się z działalnością naszego szpitala – odwiedzając zarówno komórki medyczne, jak i administracyjne. – Z wielką przyjemnością podzieliliśmy się wiedzą oraz doświadczeniami dotyczącymi funkcjonowania naszego szpitala – powiedziała Elżbieta Majchrzak-Kłokocka, kierownik Działu Organizacyjnego i Funduszy Zewnętrznych, koordynator lokalny programu.

Uczestnicy zwiedzili m.in. Szpitalny Kliniczny Oddział Ratunkowy i Izbę Przyjęć, po których oprowadzali ich Ewa Kubiacyk – zastępczyni pielęgniarki oddziałowej i Bartosz Mardyta – ratownik medyczny.

Oboje odpowiadali na pytania zwiedzających dotyczące zasad funkcjonowania SKOR oraz informowali, że pomieszczenia w powstającym nowym centrum urazowym pozwolą na zwiększenie komfortu pobytu pacjentów i polepszenie warunków pracy medyków.

Kierownicy niemedycznych komórek organizacyjnych podzielili się wiedzą na temat kontraktowania usług medycznych oraz ich finansowania, procesu zarządzania aparaturą medyczną, zaopatrzenia oraz zamówień publicznych. Bart i Carlos spotkali się także

z kierownictwem pionu pielęgniarskiego – Hanną Taraszkiewicz, zastępczynią dyrektora ds. pielęgniarstwa i przełożoną pielęgniarek Marią Kowalską.

Na podsumowanie całego pobytu gości przyjęła dyrektor Irena Kierzkowska.

– Dowiedzieliśmy się wiele interesujących rzeczy – powiedzieli zgodnie Bart i Carlos. – Spędziliśmy tu bardzo intensywne trzy tygodnie.

Przemysław Prais





Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Olsztynie jest członkiem Polskiej Federacji Szpitali (PFSz), która reprezentuje Polskę w Europejskiej Federacji Szpitali HOPE, która zrzesza ponad 80 proc. zasobów szpitalnych w Unii Europejskiej. Szpital od wielu lat uczestniczy w Programie Wymiany Menedżerów (HOPE EXCHANGE Programme). Jest on realizowany w ponad 20 krajach europejskich, w tym w Polsce.

Program Horyzont Europa – kolejna odsłona w Portugalii

Praca w międzynarodowym projekcie Procure4Health, w ramach Programu Horyzont Europa (Horizon Europe 2021-2027), nie zwalnia tempa.



Silna drużyna z Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie w składzie: dyrektor Irena Kierzkowska, kierownik Działu Zamówień Publicznych i Zaopatrzenia Stanisława Maśłowska, kierownik Działu Sprzedaży i Promocji Alicja Biernacka oraz Kornelia Kotwicka-Łucewicz z Działu Organizacyjnego i Funduszy Zewnętrznych reprezentowała naszą jednostkę w Porto. W dniach 13-15 maja br. uczestniczyliśmy w wykładach i warsztatach, które miały za zadanie określić wspólne potrzeby instytucji realizujących projekt i były następnym olbrzymim krokiem w kierunku budowy strategii zamówień w zakresie innowacji.

Nasz szpital przedstawił Analizę SWOT innowacyjnych zamówień publicznych zbudowaną na własnych doświadczeniach. Wśród mocnych stron został wyróżniony wykwalifikowany personel, bo to ludzie sprawiają, że warto pracować i leczyć się w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Olsztynie.

Kornelia Kotwicka-Łucewicz



Przebieg spotkania - Członkowie Procure4Health pracowali nad planem działania, który ma określać przyszłość innowacyjnych zamówień publicznych.



Tematy:

Najpilniejsze potrzeby zamawiających:

Zbadano najpilniejsze potrzeby zamawiających, w tym potrzebę zrozumiałych priorytetów, szczegółowych specyfikacji, kompleksowych informacji rynkowych, wiarygodnych partnerów i wystarczających zasobów.

Największe bariery dla zamawiających:

Zidentyfikowano i przeanalizowano główne przeszkody, na jakie napotykają zamawiający.

Niezbędne narzędzia dla zamawiających:

Omówiono konkretne narzędzia, których zamawiający potrzebują najpilniej.

Zalecenia dla decydentów: Specjalnie dla decydentów politycznych zostały sformułowane ukierunkowane zalecenia.

Dobre praktyki w celu przezwyciężenia barier:

Podzielono się skutecznymi praktykami i strategiami pokonywania barier.

Trzeciego dnia odbyła się dynamiczna dyskusja przy okrągłym stole zatytułowana „Co dalej ze zdrowiem - rola prywatnej służby zdrowia”. Była ona moderowana przez Jose Miguela Araujo z Atrys Health Portugal i wspierana przez Oscara Gaspara, prezesa APHP (Portugalskiego Stowarzyszenia Szpitali Prywatnych) i Paula Garaussa, prezesa UEHP (Europejskiej Unii Szpitali Prywatnych). W tej sesji prelegenci zagłębiali się w rolę, jaką prywatna opieka zdrowotna odgrywa w udostępnianiu pacjentom nowych technologii i jakie są główne wyzwania, przed którymi stoją.

Maria Bernabe

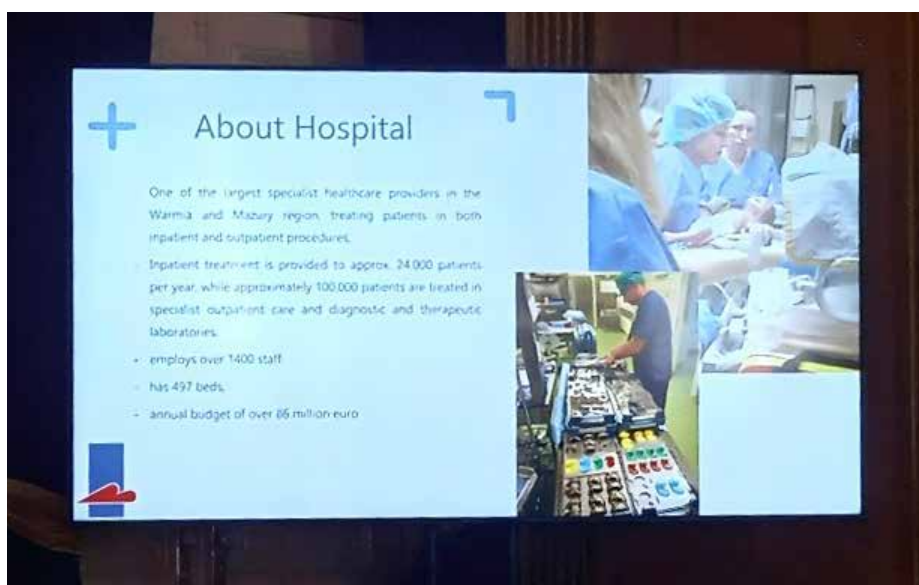
Przebieg spotkania - Członkowie Procure4Health pracowali nad planem działania, który ma określać przyszłość innowacyjnych zamówień publicznych.

Podczas pierwszego dnia partnerzy Procure4Health zastanawiali się nad działaniami zrealizowanymi w ramach projektu. Do tej pory objął on 377 organizacji, w tym 76 podmiotów zamawiających i 680 członków indywidualnych. Procure4Health ma na celu skonsolidowanie wyników działań w ujednoliconą wizję innowacyjnych zamówień publicznych.

Drugi dzień rozpoczął się w Hospital das Forças Armadas wykładem zatytułowanym „Widok portugalskiej krajowej służby zdrowia związanej z PPI”. Wykład wygłosił Pedro Guimarães, prezes Conselho de Administração da ULS Alto Ave. Przedstawił on siedem strategii na rzecz zintegrowanej i innowacyjnej opieki.

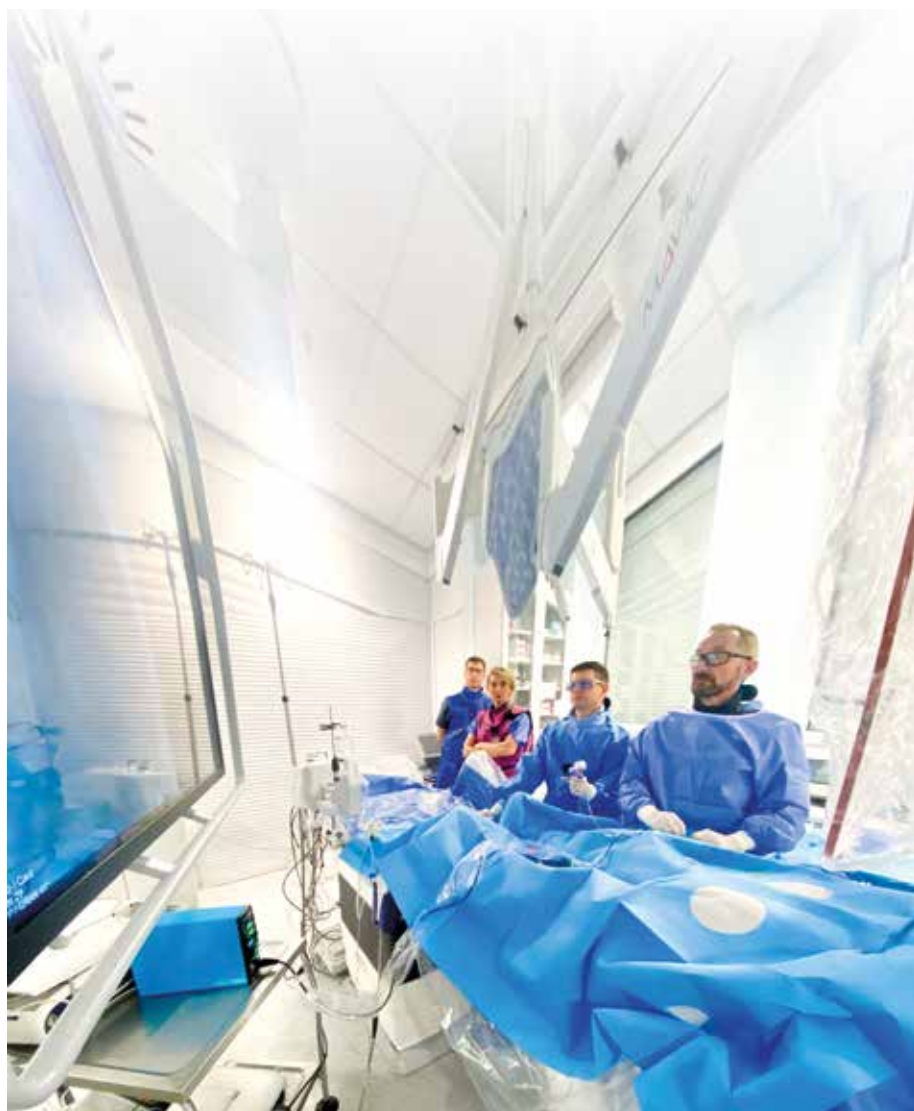
Następnie siedem organizacji przedstawiło swoje doświadczenia w zakresie innowacji w opiece zdrowotnej, wskazując różne ramy i strategię wdrożone w każdej organizacji w zakresie zamówień publicznych na innowacje. Wykłady wygłosili: Atrys Health Portugal, Ministry of Health of Turkey, Galician Public Health System, North Estonia Medical Centre, Region Västerbotten, National Services Scotland i Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Olsztynie.

Następnie partnerzy Procure4Health zostali podzieleni na grupy, aby omówić i udoskonalić obszary działania określone w planie działania. Podczas dyskusji grupowych poruszono kilka kluczowych tematów, dostarczając cenne spostrzeżenia i praktyczne rozwiązania usprawniające procesy zakupowe w opiece zdrowotnej.



Przełom w leczeniu zwapnień tętnic mózgowych

W Pracowni Hemodynamiki Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie po raz pierwszy została zastosowana nowa metoda leczenia zwężeń w silnie uwapnionych tętnicach wieńcowych, jakim jest litotrypsja wewnątrznaczyniowa (IVL – intravascular lithotripsy). Inauguracyjny zabieg przeprowadzili 29 lipca 2024 roku prof. Adam Kern i dr n. med. Krystian Bojko.

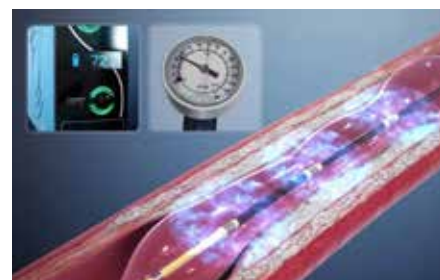


W miarę upływu lat masywne zwężenia w tętnicach wieńcowych pojawiają się coraz częściej u pacjentów poddawanych przezskórnej angioplastyce wieńcowej (PCI) i są związane ze zwiększonym ryzykiem niepowodzenia zabiegu oraz zwiększonym odsetkiem powikłań.

Zwapnienia w dużych i średnich tętnicach występują coraz częściej na skutek starzenia się społeczeństwa, coraz powszechniej występującej cukrzycy, spożywania dużej ilości konserwantów, przedawkowania preparatów witaminy D3 i masowego przyjmowania statyn, które oczywiście stabilizują blaszkę miażdżycową, jednak zwiększają uwapnienie blaszek w tętnicach.

Takie zmiany najczęściej nie poddają się poszerzeniu jedynie przy pomocy cewników balonowych oraz stentów. Dobranie odpowiedniego sposobu postępowania oraz modyfikacja zmiany miażdżycowej przed wszczęciem stentu są kluczowymi czynnikami zwiastującymi powodzenie zabiegu.

Do tej pory do walki ze zwapnieniami w tętnicach wieńcowych mieliśmy do dyspozycji jedynie aterektomię rotacyjną (rotablację). Teraz dołączyła do niej litotrypsja wewnątrznaczyniowa, a niebawem dojdzie jeszcze aterektomia



orbitalna. Są to metody komplementarne, które pozwalają dobrać na bardziej odpowiednią metodę do typu zwapnień określonego w badaniu USG wewnątrznaczyniowym (IVUS) System „Shockwave” wykorzystuje urządzenie, jakim jest litotryptor generujący fale ultradźwiękowe prowadzące do wytworzenia fali uderzeniowej pozwalającej na rozkruszenie zwapnionych złogów w tętnicach. Energia jest dostarczana przez specjalny cewnik balonowy, przez co dochodzi do rozpadu zwapnień. Takie przygotowanie blaszki miażdżycowej pozwala na wykonanie optymalnej PCI z użyciem cewników balonowych i stentów.

Litotrypsja wewnątrznaczyniowa charakteryzuje się korzystnym profilem bezpieczeństwa oraz wysoką skutecznością kliniczną i angiograficzną.

Dr hab. n. med. Adam Kern
Kierownik Pracowni Hemodynamiki

Dostępność szpitala dla osób ze szczególnymi potrzebami

– dobre wyniki badania opinii i doświadczeń pacjentów i pracowników

Dostępność to właściwość środowiska, tj. przestrzeni fizycznej, rzeczywistości cyfrowej, systemów informacyjno-komunikacyjnych, produktów oraz usług, pozwalająca osobom z fizycznymi i poznawczymi trudnościami funkcjonalnymi na korzystanie z niego na zasadzie równości z innymi. Dla wielu osób stanowi warunek prowadzenia niezależnego życia oraz uczestnictwa w życiu społecznym i gospodarczym kraju, w tym korzystania z opieki zdrowotnej. Dostępność dotyczy wszystkich ludzi, przy czym w codziennym życiu jej potrzeba szczególnie dostrzegana jest przez pewne grupy ludzi, w tym m.in. osoby na wózkach, osoby poruszające się o kulach, osoby niewidome i słabowidzące, osoby głuche i słabo słyszące, osoby z niepełnosprawnościami intelektualnymi i psychicznymi, kobiety w ciąży, osoby starsze i osłabione chorobami. Dostępność dla tych osób zagwarantowana została w ustawie z dnia 19 lipca 2019 r. o zapewnieniu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami, a jej zapewnienie polega zarówno na usuwaniu istniejących barier poprzez racjonalne usprawnienia, jak i stosowanie uniwersalnego projektowania dla nowych inwestycji.

Aktualny poziom zapewnienia przez szpital dostępności dla osób ze szczególnymi potrzebami, choć spełnia wymogi ustawy, to nie jest doskonały. Niemniej jednak w szpitalu podejmowane są wszechstronne działania, które mają na celu jej zwiększenie dla osób ze szczególnymi potrzebami na takim poziomie, by pacjenci w jak największym stopniu samodzielnie mogli skorzystać ze świadczeń udzielanych przez szpital.

Jednym ze sposobów weryfikacji spełnienia dostępności osób ze szczególnymi potrzebami jest badanie opinii i doświadczeń pacjentów i pracowników w zakresie dostępności szpitala dla osób ze szczególnymi potrzebami. Pierwsze takie badanie w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Olsztynie przeprowadzono w okresie od 28 sierpnia do 31 grudnia 2023 r. Uczestniczyło w nim 262 pracowników i pacjentów. Badanie zrealizowano w formie papierowej i elektronicznej w oparciu o autorski kwestionariusz ankietowy.

Na podstawie otrzymanych opinii stwierdzono, że większość badanych oceniła pozytywnie, tj. bardzo dobrze i dobrze, dostępność Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie w obszarach: architektonicznym, informacyjno-komunikacyjnym i cyfrowym. W opinii pacjentów i pracowników szpitala charakteryzuje się bardzo dobrą i dobrą dostępnością m.in. w zakresie widoczności i dostępności oznaczeń w budynkach Szpitala, dostępności do Izby Przyjęć i SKOR, dostępności sal chorych na oddziałach szpitalnych, dostępności i oznaczenia wind, dostępności i wyposażenia gabinetów lekarskich i zabiegowych. Większość badanych pozytywnie oceniła również funkcjonowanie systemu e-rejestracji i systemu kolejkowego oraz czytelność i funkcjonalność nowej strony internetowej Szpitala. Ponad połowa badanych pozytywnie oceniła też komunikację i jakość obsługi przez personel w trakcie przyjęcia do szpitala lub porady ambulatoryjnej.

Badania opinii i doświadczeń pacjentów i pracowników w zakresie dostępności Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie prowadzone są w systemie ciągłym. Zapraszamy więc pacjentów i pracowników szpitala do udziału w badaniu ankietowym dotyczącym dostępności Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie dla osób ze szczególnymi potrzebami. Ankieta jest anonimowa. Otrzymane opinie i sugestie posłużą do podjęcia dalszych działań na rzecz poprawy warunków oraz zmniejszenia przeszkód i utrudnień w dostępie do naszego Szpitala. Ankieta jest dostępna poprzez stronę internetową: <https://tiny.pl/c9tx4>



lub poprzez kod QR

Zapraszamy do udziału w badaniach.

Mirella Łapa
Koordynator ds. dostępności

Edukacja na olsztyńskiej starówce

Podczas przedsięwzięcia zorganizowanego z okazji 20-lecia obecności Polski w Unii Europejskiej przez Urząd Marszałkowski i Urząd Miasta, które odbyło się 25 maja 2024 r. stoisko naszego szpitala cieszyło się wyjątkowym zainteresowaniem.

Wśród atrakcji Pikniku Rodzinnego iczni goście (zarówno dorośli, jak i ich pociechy) mogli zasięgnąć informacji o zasadach dawstwa narządów (także o oświadczeniach woli) oraz zapoznać się z budową ludzkiego ciała rozbierając fantom. Najmłodszy „przeszczepiali nerki” dwóm pluszowym misiom, których „narządy” przygotowały panie ze szpitalnej szwalni, a w nagrodę otrzymywały pamiątkowe dyplomy. Nad bezpiecznym przebiegiem „operacji” czuwała Marta Leszczyńska, wojewódzki koordynator ds. transplantologii.

Marzena Zielińska, kierownik zespołu fizjoterapeutów oddziału rehabilitacyjnego z fizjoterapeutką Alicją Mesjasz służyły radą jak zapobiegać bólom kręgosłupa, czy radzić sobie z nietrzymaniem moczu.

W udzielaniu informacji na temat Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie pomagał Przemysław Prais, rzecznik prasowy.

Bardzo dziękujemy wszystkim, którzy odwiedzili nasze stoisko!

Przemysław Prais



Najlepsze życzenia dla pielęgniarek i położnych z okazji ich święta

Międzynarodowy Dzień Płożnej przypada 8 maja, a cztery dni później Międzynarodowy Dzień Pielęgniarki. Z tej okazji 10 maja 2024 r. w naszym szpitalu odbyła się konferencja naukowa pt. „Innowacje w organizacji opieki pielęgniarskiej”. Inspirujące prelekcje przybliżyły uczestnikom naturę pracy pielęgniarek i położnych, wzbogacając ich zrozumienie współczesnych innowacji w tym obszarze zawodowym.

Z-ca dyrektor ds. Pielęgniarstwa, Hanna Taraszkiewicz w swoim wykładzie skupiła się na kształceniu pielęgniarek, ich kluczowej roli w opiece zdrowotnej, niezbędnych kwalifikacjach, ścieżkach kariery oraz finansowaniu.

Drugi wykład przedstawiony przez przełożoną pielęgniarek Marię Kowalską, poruszył temat ryzyka upadku pacjenta w szpitalu i roli, jaką

odgrywają pielęgniarki i położne w jego zapobieganiu. Omówiono również rozszerzające się uprawnienia pielęgniarek i położnych, kluczowe w ich codziennej pracy.

Dzięki Joannie Mikulewicz – pielęgnowanej z Oddziału Klinicznego Chirurgii Naczyniowej poznaliśmy sposoby wykorzystywania wiedzy i umiejętności pielęgniarek w zespołach pielęgniarskich oraz ich

zaangażowanie w badania kliniczne. Dowiedzieliśmy się, jak ważne jest skoncentrowanie się na potencjale pielęgniarek w różnych obszarach opieki zdrowotnej.

O nowych kompetencjach położnych do wykonywania ultrasonografii opowiedziała Justyna Brzezińska-Stankiewicz – starszy asystent położna. Uzyskane kompetencje z zakresie wykonywania USG pozwalają na podniesienie



ochrony w opiece nad kobietami nie tylko w czasie ciąży, podczas porodu czy poćogu, ale również w szeroko rozumianej ginekologii z uwzględnieniem onkologii.

Innowacyjne rozwiązania na miarę XXI wieku zaprezentowała Anna Antoszeńska – starszy asystent pielęgniarki, prezentując mobilną aplikację MedScales własnego autorstwa z medycznymi skalami. To kolejny krok w kierunku ułatwiania pracy pielęgniarek i poprawy jakości opieki nad pacjentami.

Konferencja była też wspaniałą okazją do uhonorowania wyjątkowych pielęgniarek i położnych z naszego szpitala. Wyróżnione Panie odbierały pamiątkowe statuetki oraz listy gratulacyjne z rąk Wicemarszałek Sylwii Jaskulskiej oraz Dyrektorki Ireny Kierzkowskiej wraz z serdecznymi życzeniami dalszego doskonalenia i entuzjazmu w pracy.

Elżbieta Wojciechowska



Święto mam i ich maluszków

W Oddziale Klinicznym Ginekologiczno-Położniczym odbyły się wyjątkowe obchody Dnia Matki i Dziecka.



Pierwszym punktem programu realizowanego 28 maja były prezenty dla naszych wyjątkowych pacjentek – każda z nich otrzymała kwiatek oraz małą wyprawkę, co sprawiło im wiele radości.

Następnie zorganizowaliśmy serię warsztatów z opieki okotoporodowej, podczas których nasze ekspertki dzieliły się swoją wiedzą i doświadczeniem.

Położna Sylwia Kowalska pracująca na co dzień na trakcie porodowym mówiła o porodzie aktywnym, zaufaniu swoim instynktom i personelowi. Przestrzegła przed niezrzetelnymi informacjami z internetu, a także opowiedziała o różnych pozycjach porodowych i technikach oddechowych. Podkreśliła, że poród zaczyna się w głowie.

Będąc doradcą laktacyjnym od 11 lat Alina Moszczyńska, przypomniała, że właśnie trwa Tydzień Promocji Karmienia Piersią i podkreśliła ważną rolę, jaką ono pełni. Omówiła także korzyści płynące z kangurowania i udzieliła porad, jak przeciwdziałać trudnościom pojawiającym się przy karmieniu piersią.

ABC Noworodka, czyli pielęgnację poporodową przybliżyła słuchaczom potożna Mariola Tanajewska. Opisała dokładnie jak dbać o okolicę pieluszkową, odpowiednią temperaturę otoczenia i dobór ubrań. Mówiła też o konieczności zapewnienia dziecku spokojnego otoczenia. Powiedziała jak układać dziecko do snu i jakie triki zastosować podczas pierwszych kąpielach i pielęgnacji okolicy pępka - tak, aby świeżo upieczona mama nie bała się zabiegów pielęgnacyjnych przy swoim maluszk.

Z kolei Joanna Roszak-Załoga psycholog kliniczna, opowiadała o budowaniu więzi między dzieckiem, a opiekunem. Podkreśliła odpowiedzialność rodziców za kształtowanie osobowości dziecka i to, jakie relacje będzie nawiązywało w przyszłości. Omówiła również wymiary więzi prenatalnej oraz zachowania przywiązaniowe noworodka.

Dziękujemy wszystkim uczestnikom za przybycie oraz naszym wspianym prelegentkom za cenne rady i wsparcie! To był naprawdę wyjątkowy dzień pełen nauki i wzruszeń.

Elżbieta Wojciechowska



Basia „Ogrodniczka”

Są takie osoby, o których mówi się „człowiek - instytucja”. Mamy to szczęście, że w naszym szpitalu pracuje sporo osób zasługujących na to określenie. Z całą pewnością tak przez lata mówiliśmy o Basi Kapeli, która po przepracowaniu 38 lat w naszym szpitalu odeszła na emeryturę.



Basia, tak naprawdę miała na imię Elżbieta, ale przyłgnęło do niej sformułowanie „Basia Ogrodniczka”. To ona przez lata dbała o szpitalną zielen. Zajmowała się roślinami w gabinetach, holu głównym, nasadzeniami na terenie szpitala. To była jej główna funkcja, ale nie jedyna. Basia była „od wszystkiego”, w dobrym znaczeniu tego słowa. Nie było wydarzenia, konferencji, do których nie przyłożyłaby swojej ręki. Jeśli trzeba było załatwić sprawę nie-do-załatwienia, albo coś „na wczoraj” - wykonywało się telefon do Basi.

Nic dziwnego, że kiedy 7 czerwca 2024 r. żegnała się ze swoimi współpracownikami z Działu Gospodarczego, mnóstwo osób pojawiło się, aby osobiście podziękować jej za zaangażowanie i lata współpracy.

Każda z nich miała w głowie jakąś historię, wspomnienie związane z Basią. Choćby dr Jerzy Górny z-ca dyrektora ds. lecznictwa, który wręczając Pani Basi pamiątkową statuetkę, powiedział: „To dzięki Pani odżyły kwiaty w moim gabinecie”. Zapewne nie był jedynym, który za to dziękował.

Basia Kapela zawsze totalnie angażowała się w każde przedsięwzięcie, za co dziękowały kolejno: Hanna Taraszkiewicz – z-ca dyrektora ds. pielęgniarstwa, Maria Kowalska - przełożona pielęgniarek oraz Karina Rzymowska - kierownik Działu Gospodarczego i jej współpracownicy. W tym momencie rozwiązał się worek z emocjami. Było wzruszenie, wdzięczność, poczucie, że kończy się pewna epoka. Sama Basia, dziękując za przybycie podkreślała, że „szpital stał się dla niej drugim domem, dlatego tak trudno jest się z nim rozstawać”. Rzeczywiście, o porządek w szpitalu Basia Ogrodniczka dbała, jak dba się o własny dom.

Pilnowała nie tylko tego, aby wszystko było na swoim miejscu, ale przede wszystkim dbała o to, żebyśmy czuli się w szpitalu jak najlepiej. Ubierała choinkę, przynosiła stroiki świąteczne, wieszała girlandy. Zależało jej na tym, co najogólniej określa się „dobrą atmosferą”.

Dziękujemy Pani Basiu!

Przemysław Prais



Pożegnanie Marka Gadkowskiego

W ciepłe majowe popołudnie zebrali się wszyscy pracownicy Zakładu Medycyny Nuklearnej, by uroczystie pożegnać pana Marka, który po 41 latach pracy przeszedł na zasłużoną emeryturę.



Spotkanie rozpoczęło się od krótkiego przemówienia dyrektora ds. leczenia Jerzego Górnego, który w imieniu dyrektora Ireny Kierzkowskiej wręczył panu Markowi list gratulacyjny oraz piękną statuetkę w uznaniu jego długoletniej pracy i oddania. W odpowiedzi pan Marek podziękował za ciepłe słowa i wyrażenie wzruszony, nie krył emocji, gdy wszyscy obecni składali mu serdeczne życzenia.



– Pamiętam, jakby to było wczoraj, kiedy zaczynałem pracę tutaj jako jeden z pierwszych pracowników – wspominał z uśmiechem.

– To były trudne, ale niezwykle satysfakcjonujące lata. Był to czas pełen wyzwań, ale i niezwykle współpracy – mówił.

Po oficjalnych przemówieniach i wspomnieniach przyszedł czas na luźniejsze rozmowy. Pan Marek opowiadał o swoich planach na przyszłość, marzeniu o sentymentalnych wycieczkach do Gdańska, miasta, które zawsze było bliskie jego sercu. Z niecierpliwością czeka również na spotkanie swojego idola,

Wojciecha Cejrowskiego, do którego wybiera się w specjalnej koszuli, podarowanej mu przez współpracowników.

– Ta koszula to naprawdę wyjątkowy prezent – powiedział z uśmiechem. – Zawsze marzyłem o tym spotkaniu, a teraz będę mógł to zrobić w wielkim stylu.



Atmosfera spotkania była pełna ciepła i serdeczności, a jej punktem kulminacyjnym był moment, gdy na salę wniesiono wyjątkowy tematyczny tort, ozdobiony wzorem ostrzegającym o promieniowaniu.

To był dzień pełen emocji, wspomnień i planów na przyszłość.

Panu Markowi życzymy wszystkiego najlepszego!

Elżbieta Wojciechowska

Diamantowa Odznaka Inicjatywy Angels dla neurologów z naszego szpitala

„Angels” to agencja szkoleniowa i certyfikująca ESO, Europejskiej Organizacji Udaru Mózgu – informuje dr n. med. Jacek Zwiernik, koordynator Oddziału Udarowego. – Odznaka ta potwierdza najwyższy poziom opieki nad chorymi z udarem mózgu z wykorzystaniem zaawansowanych metod leczenia reperfuzyjnego – trombolizy dożylniej i trombektomii mechanicznej.

Jak podkreśla dr Zwiernik na ten sukces złożyły się skoordynowane działania wielu działów szpitala – Szpitalnego Klinicznego Oddziału Ratunkowego, Medycznego Laboratorium Diagnostycznego, Oddziału Udarowego, Zakładu Radiologii i Diagnostyki Obrazowej, zespołów anestezyjologicznych, Oddziałów Neurochirurgii i Rehabilitacji Neurologicznej.

– Lider zespołu udarowego dr n. med. Grzegorz Datek odebrał certyfikat na uroczystej gali ESO w Bazylei. Teraz przed nami wyzwanie utrzymania wysokiego poziomu leczenia oraz budowa regionalnego centrum udarowego z Zespołami Ratownictwa Medycznego – dodaje koordynator Jacek Zwiernik.

Przemysław Prais



Ironman ze szpitalnej apteki



Dominik Prusik, pracujący jako technik farmacji, w wolnym czasie poświęca się sportowej pasji – triathlonowi. Jego treningi prowadzone od trzech lat dały rewelacyjne rezultaty – niedawno wywalczył kwalifikację na mistrzostwa świata!

Urodzony w 1990 r. sportowiec-amator nie lubi długich opowieści o sobie. Określa się jako „pasjonat sportu, były członek Kadry

Narodowej w boksie tajskim, obecnie triathlonista amator”. Jego przygoda ze sportem rozpoczęła się w 2004 r. od treningów w Olsztyńskim klubie Muay Thai Camel Fight Club (CFC). – Reprezentowałem klub na licznych zawodach w formule amatorskiej i zawodowej w kraju i zagranicą – mówi. – Do najważniejszych osiągnięć w tym okresie zaliczam powołanie do reprezentacji Polski i występ w terminie 27.11-05.12.2007 r. na Mistrzostwach Świata w boksie tajskim IFMA, w Bangkoku, stolicy Tajlandii.

Nasze pasje i zainteresowania „po godzinach”

Kontynuujemy publikację, w których osoby zatrudnione w naszym szpitalu opowiadają o swoich hobby i innych polach działań, podejmowanych przez nich po pracy.

„Wiem, że wśród Was jest wielu zdolnych, wszechstronnie utalentowanych, wspaniałych ludzi, ciekawych osobowości, że wielu z Was ma ciekawe hobby, zainteresowania, realizuje swoje pasje. Poznajmy się lepiej. Dzielimy się swoimi pomysłami, uwagami, ciekawymi propozycjami. Zachęcam też do publikowania na łamach naszego Pulsu Waszych osiągnięć nie tylko zawodowych. Pod adresem ikierzkowska@wss.olsztyn.pl, rzecznikprasowy@wss.olsztyn.pl oraz szpital@wss.olsztyn.pl czekamy na Wasze e-maile...” – zachęcała w jednym z poprzednich wydań Pulsu Szpitala dyrektor Irena Kierzkowska.

Informujcie nas zatem Państwo o swoich dokonaniach na polu zawodowym, ale nie tylko. Z radością będziemy je publikować. Swoje propozycje można także zgłaszać telefonicznie Przemysławowi Praisowi pod wewn. nr 479 lub osobiście w pokoju nr 37 na wysokim parterze głównego budynku szpitala.

Do innych sukcesów tego czasu Dominik zalicza zwycięstwo w Otwartych Mistrzostwach Polski Muay Thai (1-2.05.2007 r.), II miejsce zajęte w turnieju Open Europe Cup ISKA i K1 Rules (10-12.10.2008 r.) oraz taką samą lokatę w Otwartych Mistrzostwach Litwy (10.02.2008 r.). Za te i inne osiągnięcia Dominik Prusik otrzymał wyróżnienie przyznane przez Prezydenta Miasta Olsztyna za wysokie wyniki sportowe.

Kolejnym etapem sportowej pasji pracownika szpitalnej apteki stał się triathlon. - W 2021 r. rozpocząłem trenować tę dyscyplinę na poziomie amatorskim - mówi. - Pierwszy start na dystansie 1/8 IRONMAN, odbyłem we wrześniu 2021 r. Mam już za sobą 12 wyścigów na różnych dystansach, od supersprint po 1/2 IM. Podczas Elemental Tri Series Olsztyn 2024 (25.05.2024 r.), które były jednocześnie zawodami kwalifikacyjnymi na Mistrzostwa Świata Age-group w Hiszpanii, uzyskałem miejsce gwarantujące udział w tej imprezie (OPEN:6 Age-group: 2). Odbędą się one w Hiszpańskim Torremolinos w dniach 17-20.10.2024 r. Stało się to punktem zwrotnym w mojej triathlonowej przygodzie.

Wiadomość z ostatniej chwili: Dominik Prusik nie weźmie udziału w październikowym czempionacie. Powodem nie jest jednak kontuzja, czy nagły spadek formy. - Urodził mi się synek, którym zajmujemy się wspólnie z partnerką - mówi szczęśliwy triathlonista. - To uniemożliwia treningi o intensywności wymaganej przed tak poważnymi zawodami. Wrócę jednak za jakiś czas i ponownie spróbuję sił w triathlonie - zapewnia.

Przemysław Prais



Wszystkiego najlepszego, Pani Bogusiu!

Pracownicy naszego Zakładu Bakteriologii, w równie pogodnej, co za oknem atmosferze, żegnali przechodzącą na emeryturę Panią Bogusławę Kusińską, która jako technik analityki medycznej przepracowała w naszym szpitalu 32 lata.

Podczas spotkania wszystkim towarzyszył wspaniały humor. Wspominałyśmy spędzone razem lata oraz wspólnie przeżyte zmiany, jakie miały miejsce w Zakładzie Bakteriologii.

Wszystkie panie mimo radości ze szczęścia swojej, odchodzącej już z pracy koleżanki, nie kryły też wzruszenia.

Pani Bogusiu, życzymy pani wszystkiego co najlepsze zastużonego odpoczynku na emeryturze oraz aby ten promienny uśmiech, który towarzyszył pani przez te wszystkie lata nigdy nie zniknął.

Monika Jasińska

Zastępca kierownika Zakładu Bakteriologii



Odszedł świetny kardiochirurg

Leszek Buzun zmarł 17 czerwca 2024 roku w wieku 58 lat..

Pracował w Oddziale Kardiochirurgicznym Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie od momentu powstania oddziału 01 stycznia 2005 roku. Do 2005 roku pracował w Klinice Kardiologii w Białymstoku.

W 2009 roku uzyskał tytuł specjalisty w dziedzinie kardiologii.

Przez lata był zaangażowany w pracę - operował, prowadził pacjentów, dyżurował i pracował w Poradni Kardiologicznej. Nie poddawał się mimo chorób.

Był osobą z wszechstronną wiedzą, z poczuciem humoru, chętny do dyskusji. Indywidualista.

Nagle odszedł na wieczny dyżur.

Żegnamy go z żalem, smutkiem i poczuciem straty. Na zawsze pozostanie w naszych sercach i naszej pamięci.

Dr n.med. Anna Witt-Majchrzak,
ordynator Oddziału Kardiologicznego

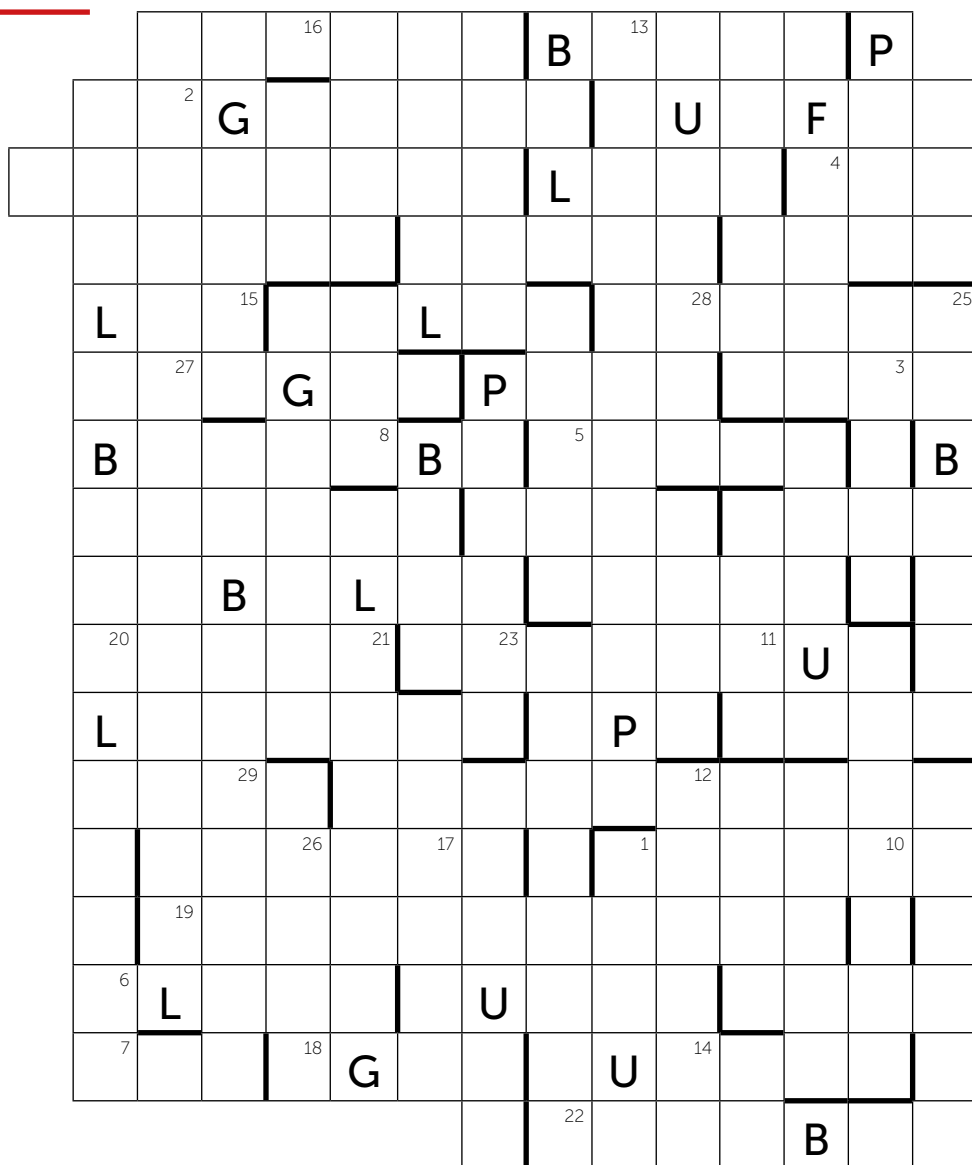
84 JOLKA SZPITALNA

Objaśnienia 80 haseł podano w przypadkowej kolejności. W diagramie ujawniono wszystkie litery: B, F, G, L, P i U. Na ponumerowanych polach ukryto 29 liter hasła, które stanowi rozwiązanie. Jest to myśl Leonardo da Vinci.

Jerzy Badowski

- pieśń dziękczynna lub twórca narzędzi chirurgicznych
- poeta z Nagłowic
- miś lub klocki
- zakrzywiona powierzchnia cieczy
- polski taniec lub mieszkaniec
- drewniany pręgierz
- bestseller Homera
- pies gończy, który poszedł w las
- litewska nimfa wodna
- Malawi
- wiązanka wyzwick
- paprocie z Amazonii (łac.)
- metalowa część paleniska
- Kipchoge, kenijski mistrz olimpijski
- pieśń w operze
- patologiczny twór na skórze
- huczne tańce
- Saudyjska
- niemiecka gorzata
- panchromia
- dawna pani
- kraj z Parkiem Krugera
- resztki świecy
- mały Starego Świata
- rakarz
- gród u ujścia Sambry do Mozy
- Boleyn lub Karenina
- boisko dla młodzieży
- dośrodkowanie
- rzeka z doliną u Miłosa
- Wietnam dla Chińczyków
- cystycerkoza
- drewniany pal
- dawne więzienie
- pęk włosów
- choroba Addisona
- pływa na desce
- kraj z Mosulem
- bijatyka, potyczka
- ptasi, zwany suchą trawą
- krucha na żelazie
- łódź żyraf i goryli
- warstwa zaprawy na ścianie
- ischias, nerwoból
- jej jednostką kilogram
- port rzeczny nad Witimem
- główna część telewizora
- amidy wewnętrzcząsteczkowe
- bunt, powstanie
- stolica Ghany
- mieszkanka Damaszku
- lewatywa
- przestępny
- rekreacyjna dzielnica Poznania
- grecka nimfa górską
- nocny motyl
- ring zapaśnika
- wyspa z Funchal

- premier Indii (1991-96)
- podgatunek kutana
- pułapki kłusownika
- ... Mare, gród w Rumunii
- zawodnik gry mieszanej
- organ doradczy
- badacz kraju Persów
- uchodzi w Lizbonie
- sumeryjski bóg z Eridu
- z Warmią
- założyciel imperialnej dynastii Turcji
- stan w Birmie z Hakha
- imperium z Niniwą
- sok trawienny jamy ustnej
- matka Heleny i Polluksa
- kąpielisko Jastrzębiej Góry
- wyznanie mojżeszowe
- salamandra lub ropucha
- największa osada wioślarska
- port morsko-rzeczny nad Jesnisejem
- misa wulkanu
- usługi lekarskie



1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29						

Rozwiązanie krzyżówki nr 81 z poprzedniego Pulsu Szpitala (nr 82): „Kiedy wpadniesz w gniew zamknij”. Nagrody otrzymują: Karolina Sałata z Oddziału Kardiologii oraz pracownicy Pracowni Endoskopowej. Gratulujemy. Nagrody do odebrania u Rzecznika Prasowego.

