WOJEWÓDZKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY

Puls Szpitala

KWARTALNIK WOJEWÓDZKIEGO SZPITALA SPECJALISTYCZNEGO W OLSZTYNIE

NR 11/5 2006 STYCZEŃ KWIECIEŃ ISSN 1644–8162

Firma Korona Catering Service prowadzi w naszym Szpitalu bufet słynny z pysznych przekąsek i potraw, które chwalą sobie zarówno pracownicy Szpitala, jak również wszyscy, którzy odwiedzają Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Olsztynie.

Wielkanocny stół

Rozmowa z Anetą Piórkowską, właścicielką firmy Korona Catering Service

W poprzednim numerze rozmawialiśmy z panią Anetą o wigilijnym stole. W związku ze zbliżającymi się Świętami Wielkanocnymi ponownie poprosiliśmy o rozmowę i zdradzenie nam przepisów na wielkanocne potrawy.

– Święta Wielkiej Nocy kojarzą się z narodzinami, przemianą, wiosną. Czy świątecznymi potrawami można oddać ten specyficzny nastrój?

– Oczywiście, że tak. Na pewno wszyscy się zgodzą, że taką potrawą kojarzącą się z Wielkanocą są jajka w każdej postaci. Zresztą można je znaleźć w koszyku niesionym do święcenia. Tak więc mamy tradycyjne jaja gotowane na twardo – pisanki, jaja faszerowane, przeróżne sałatki, w których głównym składnikiem są właśnie jajka. Poza tym potrawami kojarzącymi się ze Świętami Wielkanocnymi są wszelkie mięsa – pieczone, duszone, rolady mięsne. Tak jak w przypadku Wigilii dominują potrawy z ryb, tak w Wielkanoc ich miejsce zajmują potrawy mięsne. Same potrawy to jednak nie wszystko, ponieważ świąteczny klimat w dużym stopniu, a może największym odnajdujemy w dekoracji przygotowanych smakołyków oraz samego świątecznego stołu. Tutaj każdy może wykazać się własną, często unikalną pomysłowością. Nie może zabraknąć zielonego akcentu, czyli rzeżuchy albo świeżo zasianego żytka – może to być jedna dekoracja znajdująca się w centralnym miejscu na stole albo kilka mniejszych, porozstawianych w różnych jego częściach. Z kolei element żółty wypełniają małe kurczaczki, pamiętajmy jednak, iż wiosenna kolorystyka powinna być zawarta w dekoracji potraw. Nie może też zabraknąć kolorowych pisanek. Tradycją w naszym domu jest pieczenie koszyka do święconki z ciasta drożdżowego, który potem zajmuje centralne miejsce na stole. Koniecznie muszą się w nim znaleźć: jajko, pieczywo, sól, pieprz, kawałek mięsa i miniaturka świątecznej babki.

– Zapewne sprawę pisanek biorą w swoje ręce Pani dzieci.

– Staramy się aby nasze dzieci uczestniczyły w większości przygotowań, ponieważ jest to nieodzowny element każdych świąt, a ponadto jest to zawsze okazja do dobrej zabawy. To one przeważnie dekorują pisanki, chociaż wszyscy w tym uczestniczymy. Dbamy przy tym, aby barwniki do jajek były z produktów naturalnych, takich jak łupinki cebuli, buraki, wspomagamy się też barwnikami kupowanymi, bo trudno jest z naturalnych produktów uzyskać kolor niebieski czy zielony. Staramy się również odejść od stereotypu spędzania świąt wyłącznie przy stole. Zawsze tym dniom towarzyszą zabawy, które stały się już tradycją w naszym domu, takie jak stukanie się pisankami z ogłoszeniem zwycięzcy, czy też zapożyczone, bodajże z tradycji niemieckiej, chowanie pisanek w ogrodzie. Kto znajdzie więcej, ten jest zwycięzcą i otrzymuje symboliczny prezent, na przykład czekoladowego zająca. Jest przy tym dużo uciechy, tym bardziej, że od niedawna mamy psa, który uwielbia się włączać do takich zabaw. Dodatkowo, każdy z domowników, zasiadając przy stole znajduje przy swoim nakryciu drobny upominek, nazywany potocznie „prezentem od zająca".

– Jakie potrawy najbardziej kojarzą się ze Świętami Wielkanocnymi?

– Oczywiście nie może zabraknąć jaj, podanych tradycyjnie i – jak już wspomniałam – w różnych potrawach, sałatkach; do tego koniecznie żurek, biała kiełbasa, pasztety i mięsa przyrządzone na wiele sposobów – pieczone, rolady z różnym nadzieniem (również z jajami) oraz drób, na przykład pieczony kurczak, lub indyk. Do tego na deser pascha, którą nie wszyscy zaliczają do ciast i obowiązkowo babka świąteczna.

– No właśnie, każde święta to także ciasta.

– I to ciasta bardzo kojarzone ze Świętami Wielkanocnymi, takie jak wspomniana babka i mazurki przyrządzane na bardzo różne sposoby. Tradycyjny mazurek jest bardzo słodki – przekładany różnymi masami. Obecnie zarówno klienci zamawiający u nas ciasta, jak i moja rodzina wolą mniej słodkie jego wersje, które zresztą są okazją do wykazania własnej inwencji zarówno w wyborze rodzaju ciasta jak też jego dekoracji.

– Dziękujemy za rozmowę. Życzymy Pani i rodzinie spokojnych i radosnych Świąt.

Maciej Kozłowski

Podajemy dwa świąteczne przepisy na ciasta wielkanocne pani Anety

Pascha wielkanocna

Składniki:
1 kg tłustego sera twarogowego
20 dkg masła
30 dkg cukru pudru
8 żółtek ugotowanych na twardo
po 5 dkg rodzynek, łuskanych orzechów laskowych, kandyzowanej skórki pomarańczowej

Sposób przyrządzania:
Ser i żółtka dwukrotnie zemleć w maszynce do mielenia. Masło utrzeć z cukrem pudrem na pianę. Stopniowo dodawać zmielony ser, ucierając na gładką masę. Rodzynki sparzyć i osączyć. Orzechy i skórkę pomarańczową posiekać. Część bakalii odłożyć do przybrania. Pozostałe bakalie dodać do masy serowej i wymieszać. Masę przełożyć do wysłanej gazą specjalnej formy (lub na durszlak) i zawinąć w gazę. Obciążyć deską kuchenną i wstawić do lodówki na 12 godz. Paschę wyjąć z lodówki i – według uznania – można posmarować polewą czekoladową, a następnie przybrać odłożonymi bakaliami.

Nadziewany chleb

Składniki:
1 okrągły bochenek chleba 500 g
30 dkg mięsa mielonego
10 dkg sera chester
1 ogórek konserwowy
1 cebula
1 czerwona papryka
3 jaja
1 polędwiczka wieprzowa
3 plasterki słoniny
Przyprawy: czosnek, bazylia, rozmaryn, majeranek, sól, pieprz.

Sposób przyrządzania:
Okrągły chleb przekroić poziomo i usunąć miąższ. Ser chester i ogórek pokroić w małą kostkę. Cebulę, paprykę pokroić w kostkę. Połowę miąższu chleba pokroić i zmieszać z mięsem mielonym oraz z warzywami i serem. Dodać zioła i przyprawić do smaku. Polędwiczkę wieprzową zawinąć w plasterki słoniny. Dolną część chleba napełnić w $^3/_4$ masą mięsną. Następnie w środek wcisnąć owiniętą polędwiczkę. Resztę mięsa nałożyć do górnej połówki chleba. Górną połówkę chleba ułożyć na dolnej, dobrze przycisnąć, żeby brzegi połówek nie były zbyt oddalone od siebie. Chleb zawinąć w folię aluminiową; piec 60 minut w piekarniku nagrzanym do temperatury 180°C.

Z okazji zbliżających się
Świąt Wielkanocnych składam
najserdeczniejsze i najpiękniejsze życzenia
radosnych, wypełnionych ciepłem,
rodzinnych spotkań,
wiosny w sercu i wiosny za oknem,
pogody ducha i smacznego Święconego Jajka.

Bożena Marcinkowska
Dyrektor Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego
w Olsztynie

W NUMERZE:

Wielkanocny stół 2

PREZENTACJA
Rodzić komfortowo i bezpiecznie 4

Leczenie na europejskim poziomie – rozmowa z marszałkiem Województwa Warmińsko-Mazurskiego Andrzejem Ryńskim 7

NASZA ROZMOWA
– Do końca walczymy – wywiad z Bożeną Marcinkowską, dyrektorem Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego 6

Oddział Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej 11

Oddział Kardiochirurgii Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie 12

Święto miłości 14

NOWE ZABIEGI
Cell-saver – odzyskana krew 14
Katarakta, czyli zaćma 15

JAKOŚĆ W OPIECE (cz. 6)
Ocena pracownika jako element jakości usług medycznych 16

Adaptacja zawodowa jako element doskonalenia zawodowego 17

Kto jest kim w szpitalu? 18

35 lat Oddziału Kardiologii w Szpitalu Wojewódzkim w Olsztynie 19

PORADY
Alergiczny nieżyt nosa 20

Sława Lep Wilanowska
Wiersze 22

Krzyżówka – „Jolka 11” 23

Galeria przedeptanych ścierzek 24

Zdjęcia w numerze:
Bernard Wawrzyniewicz
Tomasz Radzik

PREZENTACJE

Rodzić komfortowo i bezpiecznie

Wszystkim, co wiąże się z ciążą i jej przebiegiem oraz z porodem i połogiem zajmuje się perinatologia. Jest to dziedzina medycyny stosunkowo młoda.

W 1970 roku przodujące gospodarczo państwa na świecie dostrzegły ogromny problem, jakim była umieralność okołoporodowa. Podjęto więc działania mające na celu jej obniżenie.
– Po pierwsze, przyjęto i zrealizowano takie założenie, że ciężarna i rodząca, bez względu na swój status finansowy i miejsce zamieszkania trafia do porodu do takiego ośrodka, który uzależniony jest tylko od stanu jej ciąży i ewentualnie od współtowarzyszącej choroby – mówi dr n. med. Marek Stefanowicz, ordynator Oddziału Ginekologicznego i Patologii Ciąży WSS w Olsztynie. – Po drugie, podzielono szpitale w tych krajach na trzy kategorie. Pierwsza kategoria zajmowała się ciążami i porodami prawidłowymi. Druga kategoria to ta, w której rodziły pacjentki z niewielkimi nieprawidłowościami. I wreszcie kategoria trzecia – stworzono ośrodki specjalistyczne, w których przebywały ciężarne i rodziły pacjentki z najtrudniejszymi powikłaniami ciąży.
W ciągu kilku lat od momentu wprowadzenia tego systemu umieralność okołoporodowa z 20 promili spadła do 10. Osiągnięto więc ogromny sukces. W związku z tym inne kraje, biedniejsze, w tym Polska zaczęły ten system przejmować.
– W Polsce program ten wprowadzono mniej więcej w roku 1995 – dodaje dr Stefanowicz. – I od razu na początku wprowadzono go również w województwie warmińsko-mazurskim. Muszę powiedzieć, że nasze województwo należy do najlepszych regionów, w których program ten funkcjonuje. W ostatnich latach udało się nam zmniejszyć umieralność okołoporodową dwukrotnie, czyli zeszliśmy poniżej 10 promili i należymy do regionów o najniższej umieralności okołoporodowej. Udało się więc osiągnąć sukces, chociaż problemy są. Głównie z powodów finansowych, bo nie zawsze procedury związane z patologią ciąży są prawidłowo finansowane.
W województwie warmińsko-mazurskim program realizowany jest w Regionalnym Specjalistycznym Ośrodku Ginekologii Operacyjnej i Perinatologii, mieszczącym się w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Olsztynie. Jest to ośrodek III poziomu referencyjnego, co oznacza, że tu właśnie hospitalizowane są najtrudniejsze przypadki związane z powikłaniami ciąży i porodu.

Położna z Oddziału Patologii i Intensywnej Terapii Noworodka

Badania prenatalne

Od niespełna roku w olsztyńskim Szpitalu Wojewódzkim działa Program Diagnostyki Prenatalnej. Jest to wysoko specjalistyczny program ultrasonograficznej diagnostyki wad wrodzonych wykrywanych wewnątrzłonowo. Obejmuje kobiety między 13. a 22. tygodniem ciąży, przede wszystkim pacjentki mające 35 lat i więcej, z obciążeniami genetycznymi. Ale również ciężarne, u których lekarze prowadzący w badaniu ultrasonograficznym tzw. przesiewowym zauważyli jakiekolwiek nieprawidłowości, czy też mają wątpliwości przy ocenie budowy płodu.
– Chodzi głównie o ten 12–13. tydzień dlatego, że w tym okresie ocenia się struktury, które mają niespełna milimetr – mówi dr Tomasz Hoppe z Oddziału Ginekologicznego i Patologii Ciąży WSS w Olsztynie. – Powiem tylko, że np. w fałdzie karkowym różnica pół milimetra może zwiększać ryzyko zespołu Downa dwukrotnie. Świadczy to o skali problemu, ale i o tym jak precyzyjnych urządzeń wymagają takie badania. Warunki sprzętowe spełniające wymagania programu prenatalnego są bardzo trudne do osiągnięcia poza wyspecjalizowanymi ośrodkami.
Bardzo ważne jest to, że badania i konsultacje prowadzone w ramach Programu Diagnostyki Prenatalnej, czyli do 22. tygodnia ciąży są bezpłatne – nie tylko dla pacjentek, ale również dla lekarzy kierujących. Stworzenie możliwości takich konsultacji sprawia, że lekarze mogą znacznie wcześniej i w znacznie większej ilości przypadków wykrywać choroby płodu we wczesnych tygodniach ciąży.
– To daje inny nadzór nad ciężarną – wyjaśnia dr Hoppe. –Taka pacjentka trafia zwykle do naszej poradni, poradni specjalistycznej a my możemy zaplanować kiedy ta kobieta ma rodzić, gdzie ma rodzić i z jakim zespołem. Na przykład: w problemach układu pokarmowego chirurg jest na sali cięć, od razu zaopatruje dziecko, dziecko jest przewożone do Szpitala Dziecięcego i tam operowane. Chcę powiedzieć, że w naszym regionie przeżywalność dzieci z wytrzewieniem – wadą bardzo ciężką – wynosi ponad 90 procent. Właśnie dzięki takiej opiece. Albo np. wady serca – jeśli w badaniu widzimy wady, wymagające szybkiej interwencji operacyjnej, to taka pacjentka rodzi już w ośrodku kardiochirurgicznym. Dzięki temu nie doprowadzamy do ciężkiej zamartwicy, czyli niedotlenienia płodu. To dziecko nie tylko przeżywa, ale dalej funkcjonuje już

Przyszła mama rodzi w towarzystwie męża

jako zdrowe, bez powikłań związanych z długotrwałym niedotlenieniem. I taki jest sens programu prenatalnego, taka jest jego podstawowa idea.

Dzięki Programowi Diagnostyki Prenatalnej można również wcześnie określić ryzyko wystąpienia wad genetycznych i wcześnie je wykryć.

– Dzięki badaniu USG – mówi dr Hoppe – określamy pewne markery, które mówią nam, czy mniejsze lub większe ryzyko genetyczne jest na poziomie wynikającym z wieku pacjentki. I ryzyko takie możemy zmniejszyć. Ale możemy też np. uspokoić pacjentkę 37-letnią, że u niej ryzyko wystąpienia wad genetycznych jest na poziomie 20-latki. I jest to dla niej bardzo ważna informacja, bo ogranicza potrzebę badań inwazyjnych, które – niestety – są obarczone zagrożeniem wcześniejszego odpływu wód czy poronienia. Jeszcze w sierpniu, kiedy ten program ruszał, mieliśmy trzy przypadki wczesnych wad płodu do 22. tygodnia ciąży. Już we wrześniu i październiku wykryliśmy 11 takich przypadków. I były to naprawdę ciężkie wady, wymagające później odpowiedniego postępowania.

Bardzo ważną rolę w Programie Diagnostyki Prenatalnej odgrywa genetyk, on bowiem wyjaśnia wszystkie wątpliwości, jakie powstają podczas badań prenatalnych.

– Pacjentki, u których mamy jakiekolwiek podejrzenia – wyjaśnia dr Hoppe – na przykład zły przepływ w przewodzie żylnym czy poszerzenie fałdu karkowego, są kierowane na badania biochemiczne, gdzie określamy pewne poziomy substancji chemicznych mogących wskazać zaistnienie jakiejś choroby płodu. I wtedy genetyk, mając do dyspozycji nasze badanie, czyli USG prenatalne, badanie biochemiczne i wywiad genetyczny, wspólnie z pacjentką podejmuje decyzję o ewentualnej konieczności badań inwazyjnych.

W województwie warmińsko-mazurskim nie przeprowadza się takich badań. Pacjentki z naszego regionu kierowane są – bezpłatnie – do Białegostoku.

USG prenatalne, będące częścią Programu Diagnostyki Prenatalnej wykonują w olsztyńskim Szpitalu Wojewódzkim dr Ewa Szwałkiewicz-Warowicka i dr Tomasz Hoppe. Konsultacje genetyczne prowadzi dr Grażyna Sorbaj-Sucharska.

Poród – siłami natury

Większość ciąż ma na szczęście charakter fizjologiczny, tzn. przebiega bez powikłań, bez komplikacji, kończy się porodem w terminie, tzn. między 38. a 42. tygodniem jej trwania. Kończy się siłami natury. I chociaż w Regionalnym Specjalistycznym Ośrodku Ginekologii Operacyjnej i Perinatologii lekarze zajmują się przede wszystkim najtrudniejszymi przypadkami związanymi z powikłaniami ciąży i porodu, to jest tu również miejsce dla pań z ciążami prawidłowymi i porodem fizjologicznym.

– Był taki czas, głównie w Holandii, kiedy promowano porody fizjologiczne w domu – mówi dr Marek Stefanowicz. – Nie zdało to jednak egzaminu, dlatego, że zarówno ciąża jak i poród są procesami dynamicznymi. I w każdym momencie, najbardziej nawet prawidłowego porodu może dojść do powikłań, wymagających natychmiastowej reakcji – dosłownie w ciągu minut, a nawet sekund. Dlatego najlepiej jest kiedy poród fizjologiczny, w domowej przyjaznej atmosferze, z ogromną ilością serca ze strony personelu, przy wsparciu swoich najbliższych, odbywa się w ośrodkach wyspecjalizowanych, posiadających zarówno specjalistów, jak i wystarczającą ilość wysokospecjalistycznego sprzętu. A my takim sprzętem dysponujemy. Nasze sale porodowe są bardzo estetyczne, jednoosobowe, z węzłami sanitarnymi, wyposażone w sprzęt wysokiej klasy monitorujący stan zdrowia zarówno ciężarnej, jak i płodu. Komfort i miła, rodzinna atmosfera są bardzo ważne. Ale równie ważne, a nawet ważniejsze jest bezpieczeństwo.

Noworodek wymagający intensywnej opieki

Położne z Oddziału Patologii i Intensywnej Terapii Noworodka przy pracy

– Ciąża to niewątpliwie najpiękniejszy okres w życiu większości kobiet i w związku z tym wszyscy położnicy mogą być dumni, że akurat w tym okresie opiekują się nimi – mówi dr Tomasz Waśniewski z Oddziału Ginekologicznego i Patologii Ciąży WSS w Olsztynie. – Staramy się wszystkim naszym pacjentkom zapewnić jak najlepszą opiekę. Zapraszamy do nas te panie, dla których poza komfortem, ważne jest też bezpieczeństwo – ich i ich przyszłych dzieci.
Dobrą, fachową i troskliwą opiekę potrafią docenić pacjentki. Bo poród może być bardzo przykrym wspomnieniem, a może być jednym z najpiękniejszych wydarzeń w życiu.

Nie musi boleć

Ostatnie lata przyniosły wiele ułatwień pomagających kobietom w najtrudniejszym okresie ciąży, czyli w okresie porodu. Porody rodzinne, porody w wodzie, porody w dowolnej, wybranej przez rodzącą pozycji, czy wreszcie znieczulenie zewnątrzoponowe.
– Nasze pacjentki najczęściej pytają o znieczulenie zewnątrzoponowe – mówi dr Waśniewski – o bezpieczeństwo tej techniki, o możliwości powikłań. Z całą odpowiedzialnością można powiedzieć, że ten rodzaj znieczulenia jest zabiegiem bardzo bezpiecznym dla pacjentki i jej przyszłego dzidziusia, obarczonym bardzo niewielką ilością powikłań, najczęściej o charakterze przemijającym i bardzo dyskretnym.
Sam zabieg – wyjaśnia dr Waśniewski – polega na podaniu przez specjalny cewniczek do okolicy lędźwiowej kręgosłupa leku, który znieczula tylko i wyłącznie włókna czuciowe przebiegające do miednicy mniejszej. To znosi czucie bólu na okres porodu, który jest tak prowadzony, że na jego drugi okres zmniejszamy stężenie leku po to, żeby zwiększyć aktywność matki i współpracę na sam okres porodu.
Do znieczulenia zewnątrzoponowego kwalifikuje zawsze lekarz anestezjolog wspólnie z położnikiem. I to anestezjolog przeprowadza znieczulenie. Jakie znaczenie ma złagodzenie bólu? To najlepiej wiedzą kobiety.
Bez względu na to, czy znieczulenie zewnątrzoponowe stosowane jest ze wskazań lekarskich, czy na życzenie pacjentki – jest ono bezpłatne.

Powikłania

Powikłania ciąży niestety się zdarzają, i to coraz częściej. Ratunkiem dla chorych kobiet są w naszym regionie Oddziały: Patologii Ciąży oraz Patologii i Intensywnej Terapii Noworodka, działające w olsztyńskim Szpitalu Wojewódzkim. Są to jedyne takie oddziały w regionie i jako oddziały III poziomu referencyjnego są jednostkami odwoławczymi dla całego województwa.
– Hospitalizujemy tu większość ciężarnych z województwa, których ciąża jest w jakikolwiek sposób powikłana – mówi dr Waśniewski. – Dużo cukrzyc, dużo zatruć ciążowych, większość ciężarnych z towarzyszącymi innymi schorzeniami, takimi jak kardiologiczne, neurologiczne czy hematologiczne.
Prawidłowo poprowadzona ciąża daje nawet chorym kobietom dużą szansę na urodzenie zdrowego dziecka. Czasem trzeba mu pomóc przyjść na świat. I wtedy konieczne jest cesarskie cięcie. Decyzja może zapaść na długo przed porodem i być podyktowana stanem zdrowia kobiety lub stanem dziecka. Może też być podjęta już w trakcie porodu.
– Dużą grupę pacjentek Oddziału stanowią kobiety, u których – po badaniach prenatalnych – lekarze podejrzewają występowanie jakiejś wady u dziecka – mówi dr Waśniewski. – Dużą grupę stanowią również pacjentki, których dzieci chcą przedwcześnie przyjść na świat, przed 38. tygodniem ciąży, a zwłaszcza ze skrajnym wcześniactwem, tzn. między 25. a 32. tygodniem ciąży. W tej grupie pacjentek możemy pochwalić się bardzo dobrymi wynikami leczenia.
Bardzo ściśle i rygorystycznie prowadzony przez kolejnych konsultantów wojewódzkich – dr. Stefanowicza i dr. Kozerskiego – program poprawy opieki perinatalnej sprawił, że nasz region – mimo że jeden z najbiedniejszych w kraju – ma bardzo dobre wyniki w leczeniu wcześniactwa.
– Na początku tego wieku umieralność okołoporodowa w naszym województwie była najniższa w całym kraju – mówi dr Waśniewski. – W ostatnich latach – 2003, 2004 mamy najlepsze w kraju wyniki leczenia skrajnego wcześniactwa, czyli dzieci z wagą urodzeniową pomiędzy 500 a 1000 gram. Najmniejsze dziecko, które przyszło na świat w naszym Oddziale ważyło niespełna 450 gram. W tej chwili ma już 4 latka i rozwija się dobrze.
Urodzenie wcześniaka ze skrajną masą, tzn. 500–1000 g, w wyspecjalizowanym ośrodku, jakim w naszym regionie jest mieszczący się w olsztyńskim Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym – Regionalny Specjalistyczny Ośrodek Ginekologii Operacyjnej i Perinatologii, daje dziecku kilkunastokrotnie większe szanse na przeżycie i prawidłowy rozwój, niż urodzenie takiego maluszka w szpitalu I poziomu referencyjnego.

Ewa Labes Kunicka

Leczenie na europejskim poziomie

Z Andrzejem Ryńskim, marszałkiem województwa warmińsko-mazurskiego rozmawia Ewa Kunicka-Labes

– Dwa oddziały Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie – Oddział Kardiologiczny i Oddział Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej – obchodzą 35-lecie istnienia. Jak ocenia Pan ich dotychczasową pracę i rozwój?

– Wybudowany na początku lat 70. szpital wojewódzki był najnowocześniejszym szpitalem w województwie i przez 35 lat działalności utrzymał tę renomę.

Ortopedia jest jednym z najstarszych oddziałów w szpitalu. Leczeni są tu pacjenci z najcięższymi urazami i najpoważniejszymi, skomplikowanymi schorzeniami ortopedycznymi. Pracujący w oddziale ortopedzi to najwyższej klasy specjaliści, mogący się pochwalić wieloma sukcesami w przeprowadzaniu nowatorskich zabiegów.

Drugim oddziałem obchodzącym jubileusz jest kardiologia. Tu na fachową pomoc mogą liczyć pacjenci, których dopadła jedna z najgroźniejszych dolegliwości naszych czasów – choroby układu krążenia. Dzięki świetnym specjalistom i nowoczesnemu sprzętowi w oddziale rocznie ratuje się życie aż trzem tysiącom osób z ciężkimi chorobami serca i układu krwionośnego.

W obu tych oddziałach pracują znakomici specjaliści. Ich wysokie kwalifikacje i nowoczesny sprzęt, jakim dysponują, pozwalają na szybkie i skuteczne diagnozowanie, a co za tym idzie na skuteczne leczenie i przeprowadzanie wysokospecjalistycznych, coraz nowocześniejszych i bardziej skomplikowanych zabiegów. Pracownicy oddziałów nie spoczywają na laurach – wciąż się kształcą, biorą udział w wielu szkoleniach, zarówno w kraju, jak i za granicą, uczestniczą w międzynarodowych badaniach klinicznych.

To ciągłe podnoszenie kwalifikacji, nieustanne doposażanie w nowoczesny sprzęt, poprawa warunków lokalowych i bliskość innych specjalistycznych oddziałów poprawiają komfort pobytu pacjentów w szpitalu i powodują, że większość chorych tu właśnie chce się leczyć.

– Dlaczego samorząd Województwa zdecydował się na pomoc finansową w remoncie oddziału ortopedycznego?

– Kolejne oddziały i pracownie w olsztyńskim szpitalu wojewódzkim są konsekwentnie modernizowane i dostosowywane do aktualnych wymagań. Szpitalny Oddział Ratunkowy, Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii, nowe pomieszczenia laboratorium, Oddziału Diabetologii, Endokrynologii, Hematologii, stworzona od podstaw Kardiochirurgia – to już udało się zrobić. Jest jednak jeszcze wiele do zrobienia, w kolejce do remontu czekają cierpliwie kolejne oddziały. Dyrekcja szpitala przekonała nas, że modernizacja Oddziału Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej jest w tej chwili najpilniejsza. Trudne warunki lokalowe, brak odpowiednio wyposażonych i zorganizowanych sal pooperacyjnych utrudniają utrzymanie odpowiednio wysokiego poziomu sanitarnego i nie pozwalają zapewnić chorym, często przecież unieruchomionym po skomplikowanych zabiegach, odpowiednich warunków pobytu. Uznaliśmy, że ten wiodący w regionie, i nie tylko w regionie, o czym świadczą ogólnopolskie rankingi, oddział wymaga jak najszybszej modernizacji. Tak, by warunki pobytu w nim odpowiadały poziomowi i jakości przeprowadzanych tu zabiegów.

– Jak ocenia Pan rozwój tego szpitala i pełnione przez niego funkcje? Czy rzeczywiście szpital wchodzi w nowe, potrzebne regionowi obszary?

– Wojewódzki Szpital Specjalistyczny był i jest nowoczesny. Od początku pracują tu najlepsi specjaliści, wykonuje się specjalistyczne badania i zabiegi na poziomie nieodbiegającym od poziomu leczenia w klinikach. Jesteśmy jednym z niewielu województw, które nie mają akademii medycznej. I właśnie szpital wojewódzki w Olsztynie spełnia rolę szpitala akademickiego, prowadząc szybką i kompleksową diagnostykę oraz umożliwiając łatwy dostęp do wysokiej klasy specjalistów. W dzisiejszych czasach, w dobie konkurencji, również konkurencji na rynku usług medycznych, szpital musi się zmieniać i rozwijać. A każda zmiana w szpitalu to wchodzenie w nowe obszary. Przykładem może tu być otwarcie kardiochirurgii. To bardzo ważny oddział dla naszego regionu, bowiem dzięki jego powstaniu pacjenci z Warmii i Mazur nie muszą już jeździć po Polsce w poszukiwaniu pomocy. Tę pomoc znajdują na miejscu.

– Jak ocenia Pan kierunki zmian zachodzących w szpitalu?

– Zmiany w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym są ustawicznie dostosowywane do potrzeb mieszkańców naszego regionu. Jakość świadczonych usług nie odbiega poziomem od jakości leczenia w innych krajach Europy. Niemal w każdym roku w szpitalu widoczna jest jakaś pozytywna zmiana. Odczuwają to zarówno pacjenci, jak i pracujący tam personel. A o poziomie leczenia najlepiej świadczą zdobywane przez szpital nagrody jakości i wysokie pozycje w ogólnopolskich rankingach.

– W finansowaniu jakich przedsięwzięć w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym brał udział samorząd województwa?

– W latach 2004–2005 samorząd województwa wsparł ze środków własnych inwestycje szpitala kwotą 7,688 mln zł. Wśród tych dotacji były również środki określane jako udział własny szpitala w innych programach o charakterze inwestycyjnym. Pozyskano między innymi dalsze 1,350 mln zł ze środków budżetu państwa w ramach kontraktu wojewódzkiego oraz 2,686 mln zł z Unii Europejskiej w ramach Zintegrowanego Programu Operacyjnego Rozwoju Regionalnego. Najważniejszymi zadaniami inwestycyjnymi realizowanymi przy udziale tych funduszy były stworzenie Oddziału Kardiochirurgii oraz modernizacja i reorganizacja Szpitalnego Oddziału Ratunkowego. Trzeba jednak pamiętać, że wstępnym etapem organizacji kardiochirurgii było stworzenie nowych pomieszczeń, do których przeniesiono laboratorium oraz oddziały Diabetologii i Hematologii, co pozwoliło zwolnić powierzchnię na potrzeby nowo tworzonego oddziału Kardiochirurgii. Przeniesienie laboratorium do nowych pomieszczeń wiązało się z zakupem nowego sprzętu i urządzeń laboratoryjnych. Również zmiana lokalizacji diabetologii i hematologii wiązała się z zakupem części nowego wyposażenia medycznego i gospodarczego.

Nowo powstały, wyposażony w aparaturę najnowszej generacji Oddział Kardiochirurgii w istotny sposób dopełnił proces leczenia chorób układu krążenia i poprawił bezpieczeństwo pacjentów z naszego regionu. Tworząc Oddział Kardiochirurgii, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny zapewnił mieszkańcom regionu odpowiednią diagnostykę oraz leczenie interwencyjno-operacyjne na bardzo wysokim poziomie.

Samorząd województwa odegrał też kluczową rolę w sfinansowaniu modernizacji i reorganizacji Szpitalnego Oddziału Ratunkowego. Stworzenie właściwych warunków pracy dla SOR wymagało udostępnienia oddziałowi, obok pomieszczeń obecnej izby przyjęć, powierzchni zajmowanych dotychczas przez oddział intensywnej terapii i byłą poradnię chirurgiczną, a także części komunikacyjnej przychodni szpitalnej. To wszystko wymagało dużego wysiłku organizacyjnego, ale przede wszystkim finansowego. Jednak warto było. Szpitalny Oddział Ratunkowy w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Olsztynie jest jednym z największych i najnowocześniejszych tego typu oddziałów w Polsce. A ponadto – co dość nietypowe – olsztyński szpital wojewódzki dysponuje własnym lądowiskiem dla śmigłowców ratunkowych, którymi transportowani są pacjenci w stanie zagrożenia życia. Reasumując – szpital wojewódzki to sztandarowa placówka medyczna w regionie, jest naszym oczkiem w głowie i nadal będziemy robić wszystko, by zdobywać środki na jego sprawne funkcjonowanie i dalszy rozwój. Szpital dzięki świetnym pracownikom, skutecznym menedżerom i coraz lepszemu wyposażeniu ratuje zdrowie i życie wielu ludzi, a to jest przecież bezcenne.

Fot. archiwum redakcji

Do końca walczymy

Rozmawiamy z Bożeną Marcinkowską, dyrektorem Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie

– Negocjacje z Narodowym Funduszem zdrowia, dotyczące tegorocznych kontraktów w całym kraju przebiegały burzliwie i budziły wiele emocji. Te emocje nie ominęły też naszego województwa. Co udało się ostatecznie wynegocjować?

– Pierwotna wartość kontraktów medycznych zawartych z NFZ na 2005 rok wynosiła 73 850 711,28 zł. Wartość kontraktów medycznych zawartych na 2006 rok przez Wojewódzki Szpital Specjalistyczny z Narodowym Funduszem Zdrowia to 75 614 385,60 zł.

– Czyli o 1 763 674,32 zł więcej niż wynosiła pierwotna wartość kontraktów zawartych z NFZ na rok 2005. Sukces?

– Pozornie. W ciągu ubiegłego roku nasz kontrakt, czyli świadczenia, które NFZ faktycznie opłacił, zwiększył się do 80 326 442,37 zł, czyli o 6 475 731,09 zł. Faktycznie więc wartość kontraktów, które zawarł z nami Fundusz na ten rok jest o prawie 5 milionów niższa niż ubiegłorocznych. Przewidujemy jednak, że i w ciągu tego roku wartość kontraktów się zwiększy.

– A przecież dochodzą tu jeszcze pieniądze niewypłacone szpitalowi przez NFZ za „ponadlimitowych" pacjentów. Pierwsza sprawa przed sądem zakończyła się wygraną szpitala. Przypomnijmy o co poszło.

– W połowie 2003 roku wystąpiliśmy do sądu okręgowego przeciw NFZ o zapłatę za pacjentów, których ponadlimitowo przyjęliśmy w październiku 2002 roku na oddział intensywnej opieki medycznej. NFZ nie chciał zapłacić za chorych, którym uratowano tu życie. Oddając sprawę do sądu powołaliśmy się na ustawę o zakładach opieki zdrowotnej, która zabrania szpitalom nieprzyjmowania pacjentów, których życie lub zdrowie jest zagrożone. Sytuacja wygląda więc tak, że my nie możemy odmówić leczenia, ale Fundusz nie musi za to leczenie zapłacić, jeżeli zostały przekroczone limity. Oznacza to zrzucenie na barki szpitala kosztów, które powinien pokryć NFZ. W listopadzie ubiegłego roku Sąd Okręgowy w Olsztynie uznał nasze racje i nakazał Funduszowi wypłacenie 40 tys. zł za „ponadlimitowych" pacjentów. NFZ odwołał się od tej decyzji do Sądu Apelacyjnego w Białymstoku, ale ten podtrzymał listopadowy wyrok sądu niższej instancji. Decyzja jest więc prawomocna.

– Ten wyrok to precedens. Po raz pierwszy prawomocnie przyznano, że za ratowanie życia lub zdrowia należy się szpitalowi zapłata. Czy będą dalsze pozwy?

– To przełom w naszych staraniach o zwrot szpitalowi kosztów poniesionych na pomoc pacjentom, których nie możemy zapisać w kolejce, bo przecież pewnych sytuacji – właśnie zagrożenia zdrowia czy życia – przewidzieć się nie da. Ta wygrana przez szpital sprawa dotyczy zapłaty tylko za jeden miesiąc i tylko jednemu oddziałowi. Tymczasem w latach 2002–2005 nie otrzymaliśmy w sumie 4 mln zł za świadczenia wykonane ponad limit, również przez inne oddziały. Oczywiście będziemy walczyć o odzyskanie całości tej kwoty. Potrafimy udowodnić, że w większości przypadków nie mogliśmy odmówić przyjęcia pacjentów do szpitala.

– Kolejne oddziały i pracownie w olsztyńskim szpitalu wojewódzkim są konsekwentnie modernizowane i dostosowywane do aktualnych wymagań. Szpitalny Oddział Ratunkowy, Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii, nowe pomieszczenia laboratorium, Oddziałów Endokrynologii, Diabetologii, Hematologii, stworzona od podstaw Kardiochirurgia – to jużudało się zrobić. Co czeka szpital w najbliższym czasie?

– Przede wszystkim remont Oddziału Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej. Jest to jeden z najstarszych oddziałów w naszym szpitalu – właśnie obchodzi jubileusz 35-lecia istnienia. Przede wszystkim jednak jest to oddział bardzo dobry, zatrudniający świetnych fachowców. Chcę tylko przypomnieć, że w rankingu najlepszych placówek ortopedycznych w Polsce znalazł się wśród 20 najlepszych ośrodków w kraju, zajmując 9. miejsce. A oddziałów ortopedycznych w Polsce jest 660. Mamy więc bardzo dobrą kadrę i nowoczesny sprzęt – przyszedł wreszcie czas na poprawę warunków lokalowych. Oddział jest już bardzo zdekapitalizowany. Układ przestrzenny jest niedostosowany do obecnych potrzeb i przepisów, szczególnie sanitarnych i przeciwpożarowych. Planujemy m.in. częściowo rozbudować układ przestrzenny, co pozwoli dostosować go do aktualnych potrzeb i wygospodarować pomieszczenia na gipsownię, wymienić instalacje elektryczne, wodno-kanalizacyjne i centralnego ogrzewania, rozbudować instalację tlenową, wykonać przedsionek ewakuacyjny przy ewakuacyjnej klatce schodowej, wymienić wszystkie drzwi wewnętrzne oddziału i zamontować drzwi przeciwpożarowe, wymienić wyposażenie gospodarcze i – częściowo – wyposażenie medyczne. Dzięki tej inwestycji radykalnie poprawią się warunki pobytu hospitalizowanych pacjentów i warunki pracy personelu. Ponadto remont ten pozwoli na poszerzenie gamy wykonywanych w oddziale zabiegów. W wyniku realizacji projektu powierzchnia Oddziału Ortopedii wzrośnie z 735 m^2 do 797,55 m^2. Remont będzie kosztować około 4,3 mln zł. Kolejny nasz duży projekt, który chcemy zrealizować w tym roku dotyczy potrzeb osób niepełnosprawnych. Złożyliśmy wniosek o dofinansowanie ze środków PFRON robót budowlanych dotyczących obiektów służących osobom niepełnosprawnym. Wniosek nosi tytuł: „Stworzenie warunków rehabilitacji społecznej i zawodowej osób niepełnosprawnych w WSS w Olsztynie". Głównym celem tego projektu jest przystosowanie infrastrukturalne Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego do kompleksowej rehabilitacji zawodowej i społecznej osób niepełnosprawnych. Chcemy utworzyć w naszym szpitalu centrum kom-

pleksowej rehabilitacji osób niepełnosprawnych.

– Co to oznacza w praktyce?

– Planujemy poprawić komunikację i przystosować ją do potrzeb osób niepełnosprawnych. W tym celu przy budynku głównym od strony ul. Żołnierskiej zostanie wykonany podjazd dla osób niepełnosprawnych. Będzie też zmodernizowany hol wejściowy, a w nim – dźwig 2-przystankowy dla osób niepełnosprawnych. Powstanie też punkt informacyjny, gdzie będą dyżurować m.in. logopeda, psycholog i doradca zawodowy. Całkowity koszt projektu to 2 289 370,85 zł. Mamy nadzieję, że PFRON sfinansuje połowę kosztów projektu. Wnioskowaliśmy o dofinansowanie w kwocie 1 144 685,42 zł.

– Co przyniesie – przede wszystkim oczywiście osobom niepełnosprawnym – realizacja tego projektu?

– Przede wszystkim w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym zostaną stworzone warunki do kompleksowej rehabilitacji: leczniczej, społecznej i zawodowej osób niepełnosprawnych. W naszym szpitalu rokrocznie przybywa osób niepełnosprawnych poddawanych rehabilitacji leczniczej, wszystkie te osoby będą mogły korzystać również z rehabilitacji społecznej i zawodowej podczas pobytu w szpitalu, ale także po jego opuszczeniu. Będą się mogły do nas zwracać o pomoc także osoby niepełnosprawne, które nie przechodziły rehabilitacji leczniczej w naszym szpitalu. Planujemy też stworzenie bazy informacyjnej dla osób niepełnosprawnych, z której będą mogły korzystać także ich rodziny. Mamy nadzieję, że w efekcie – dzięki rehabilitacji społecznej – większa liczba osób niepełnosprawnych będzie aktywnie uczestniczyła w życiu społecznym, a dzięki rehabilitacji zawodowej – będzie aktywna zawodowo. Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Olsztynie chce być placówką przyjazną osobom niepełnosprawnym. Jesteśmy placówką o zasięgu wojewódzkim, dzięki temu również osoby niepełnosprawne całego województwa warmińsko-mazurskiego otrzymają pomoc oraz możliwość rehabilitacji społecznej i zawodowej.

– Skoro mówimy o projektach, wnioskach i dofinansowywaniu, nie sposób nie wspomnieć o pieniądzach unijnych, które – mogłoby się wydawać – leżą na ulicy. Nic tylko brać. Czy rzeczywiście są to łatwe pieniądze?

– Z pewnością nie są to łatwe pieniądze. Jest bardzo wielu chętnych, dużo naprawdę dobrych projektów i dobrze napisanych wniosków. Przebrnięcie przez wszystkie procedury nie jest więc proste. Co nie znaczy, że nie należy się starać, tym bardziej że potrzeb jest naprawdę sporo. W maju ubiegłego roku np. złożyliśmy wniosek aplikacyjny o dofinansowanie projektu: „Doposażenie bloków operacyjnych i pracowni diagnostycznych WSS w Olsztynie". Całkowita wartość projektu wynosi 2 536 400,00 zł. Jego źródłami finansowania będą w 75% środki pochodzące z dotacji Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, co stanowi 1 902 300 zł, a 634 100 zł, czyli 25% wartości projektu to będzie udział własny szpitala. Jeżeli wniosek zostanie rozpatrzony pozytywnie, to realizacja tego projektu mogłaby nastąpić w latach 2006–2007, a jego rozliczenie nastąpi w I kwartale 2007 roku. Projekt ten będzie realizowany w ramach Działania 1.3 Zintegrowanego Programu Operacyjnego Rozwoju Regionalnego (ZPORR) – Regionalna infrastruktura społeczna, poddziałania 1.3.2 – Regionalna infrastruktura ochrony zdrowia. W wyniku jego realizacji zakupiony zostanie sprzęt niezbędny w pracy szpitala, m.in.: zestaw artroskopowy z oprzyrządowaniem, przewoźny aparat RTG z ramieniem C, lampa operacyjna dwuramienna, stół operacyjny, diatermia chirurgiczna, 3 aparaty do znieczulenia, laparoskop z torem wizyjnym i oprzyrządowaniem oraz aparat do operacji zaćmy oka metodą ultradźwiękową. Doposażenie bloków operacyjnych i pracowni diagnostycznych w odpowiedni sprzęt i aparaturę medyczną w ramach projektu wpłynie przede wszystkim na zwiększenie poziomu bezpieczeństwa pacjentów oraz podniesienie jakości świadczonych przez nas usług medycznych do standardów europejskich.

– Jak wygląda procedura przyznawania tych pieniędzy?

– Procedura rozpatrzenia wniosków aplikacyjnych dofinansowywanych z Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego obejmuje kilka etapów. Najpierw Urząd Marszałkowski sprawdza kompletność wniosku i dokonuje jego weryfikacji pod względem formalnym. Ma na to 60 dni roboczych. Potem panel ekspertów, w ciągu 45 dni, ocenia jakość merytoryczną wniosku. Następnie Regionalny Komitet Sterujący rekomenduje wnioski, które przeszły dotychczasowe etapy, Zarządowi Województwa. Ma na to 30 dni roboczych. Na podstawie rekomendacji Regionalnego Komitetu Sterującego Zarząd Województwa w ciągu 10 dni roboczych podejmuje, w drodze uchwały Zarządu Województwa, decyzję o wyborze projektów. I wreszcie etap końcowy – Urząd Wojewódzki, w ciągu 60 dni roboczych, sprawdza złożone wnioski pod względem formalno-prawnym, po czym wojewoda podpisuje umowę dofinansowania projektu z Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego z projektodawcą.

– Pojawiły się nowe, obok funduszy strukturalnych i Funduszu Spójności, instrumenty umożliwiające Polsce oraz innym nowym krajom członkowskim Unii Europejskiej korzystanie z dodatkowych źródeł bezzwrotnej pomocy, tzw. fundusze norweskie. Czy szpital spróbuje skorzystać z tych pieniędzy?

– Złożyliśmy już wnioski o dofinansowanie realizacji dwóch projektów w ramach Norweskiego Mechanizmu Finansowego oraz Mechanizmu Finansowego Europejskiego Obszaru Gospodarczego w ramach priorytetu 2.5 „Opieka zdrowotna i opieka nad dzieckiem". Te dwa projekty to: „Budowa systemu telemedycznego w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Olsztynie" – o łącznej wartości 13 250 000 zł, który realizowany będzie w latach 2006–2009 i „Podniesienie dostępności i jakości usług medycznych w oddziałach i pracowniach specjalistycznych" – o łącznej wartości 27 504 865 zł, który realizowany będzie w latach 2006–2011. Źródłami finansowania projektu będą w 85% środki z dotacji grantowej pochodzącej ze środków EOG, natomiast 15% będzie stanowił udział własny szpitala. Ten udział własny to pieniądze pochodzące z funduszy publicznych Samorządu Województwa Warmińsko-Mazurskiego.

– Co jest głównym celem projektu?

– Projekt ma na celu podniesienie jakości, dostępności i efektywności usług medycznych świadczonych na blokach operacyjnych i w pracowniach diagnostycznych, zwiększenie ilości świadczonych tam usług, dostosowanie oddziałów szpitalnych do potrzeb i wymagań pacjentów oraz personelu, a także wymogów prawnych, sanitarnych i przeciwpożarowych. Jeżeli projekt złożony przez szpital zostanie oceniony pozytywnie, to w wyniku jego realizacji zakupiony zostanie nowoczesny sprzęt wysokospecjalistyczny oraz drobny sprzęt medyczny, będący jego niezbędnym uzupełnieniem. Ponadto zostanie przeprowadzona przebudowa sieci elektrycznych oraz sieci i instalacji gazów medycznych szpitala. Przeprowadzona też zostanie modernizacja Oddziałów Ortopedii, Gastroenterologii i Rehabilitacji. O tym, jak trudno zdobyć te pie-

c.d. na następnej stronie

niądze niech świadczy fakt, że o dofinansowanie w ramach priorytetu 2.5. „Opieka zdrowotna i opieka nad dzieckiem" wpłynęło 371 wniosków o łącznej wartości 357 751 605 euro, a środków na ten cel jest dużo mniej, bo 16,92 mln euro.

– Jak w przypadku tych funduszy wygląda procedura oceniania wniosków?

Najpierw wnioski aplikacyjne są oceniane przez instytucje krajowe. Jest to ocena trójetapowa i trwa około 8 miesięcy. Etap I to weryfikacja przez Instytucję Pośredniczącą. Na tym etapie dokonywana jest wstępna selekcja wniosków w oparciu o wymogi formalne oraz ocena wniosków według kryteriów ogólnych i merytoryczno-technicznych. Lista pozytywnie ocenionych na tym etapie wniosków jest przedkładana do zatwierdzenia Komitetowi Sterującemu. Komitet Sterujący zatwierdza, odrzuca lub zmienia miejsce wniosku na liście rankingowej i przedstawia listy zatwierdzonych projektów Krajowemu Punktowi Kontaktowemu. Krajowy Punkt Kontaktowy weryfikuje wnioski pod kątem wymogów formalnych oraz stopnia spełnienia kryteriów ogólnych przez poszczególne projekty. W przypadku oceny negatywnej, Krajowy Punkt Kontaktowy zwraca wniosek z oceną Instytucji Pośredniczącej, która następnie informuje o tym Komitet Sterujący. Lista pozytywnie zakwalifikowanych wniosków jest przekazywana do Biura Mechanizmów Finansowych w Brukseli. Ostateczną decyzję o przyznaniu środków finansowych na realizację projektu w ramach Mechanizmu Finansowego EOG i Norweskiego Mechanizmu Finansowego podejmują instytucje państw – darczyńców. W przypadku Mechanizmu Finansowego EOG jest to Komitet Mechanizmu Finansowego, a w przypadku Norweskiego Mechanizmu Finansowego – Norweskie Ministerstwo Spraw Zagranicznych. Pozytywna decyzja instytucji darczyńców wobec danego wniosku aplikacyjnego staje się podstawą do podpisania dwóch umów finansowych. Pierwsza umowa finansowa jest podpisywana pomiędzy Komitetem Mechanizmu Finansowego i norweskim Ministerstwem Spraw Zagranicznych (w zależności od źródła dofinansowania) a Krajowym Punktem Kontaktowym, druga umowa – pomiędzy Instytucją Pośredniczącą a beneficjentem.

– Na jakim etapie są wnioski złożone przez szpital?

– Wniosek „Podniesienie dostępności i jakości usług medycznych w oddziałach i pracowniach specjalistycznych" przeszedł już wstępną selekcję wniosków w oparciu o wymogi formalne, wskazane w ogłoszeniu i został zakwalifikowany do dalszej oceny. Natomiast wniosek „Budowa systemu telemedycznego w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Olsztynie" niestety nie przeszedł wstępnej selekcji wniosków w oparciu o wymogi formalne, wskazane w ogłoszeniu i został odrzucony.

– Rozmawiałyśmy o środkach unijnych na realizację różnych projektów, o wielkich pieniądzach. Porozmawiajmy chwilę o pieniądzach niedużych, czyli o zarobkach pracowników.

– Rzeczywiście, uważam, że pracownicy służby zdrowia zarabiają za mało. Ale dzielić można tylko tym, czym się dysponuje. Od 1 marca w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym wprowadziliśmy podwyżki płac, które objęły wszystkich pracowników. Dla większości z nich te podwyżki wynoszą 8%, niektórym grupom zawodowym, np. pielęgniarkom zwiększyliśmy pensje o 10%. Chciałam podkreślić, że mogliśmy pozwolić sobie na te podwyżki, bowiem pieniądze na nie pochodzą ze środków wypracowanych przez szpital. Na większe podwyżki po prostu nas nie stać. Myślę jednak, że w dzisiejszych czasach ważna jest również stabilizacja zatrudnienia. W naszym szpitalu ponad 48% załogi legitymuje się stażem pracy powyżej 20 lat. Ujednoliciliśmy też system zatrudnienia personelu. Prawie wszyscy lekarze zdecydowali się na formę umowy cywilnoprawnej. Działający w szpitalu regulamin wynagrodzeń i premiowania jest zachętą dla pracowników do kreatywności i działań oszczędnościowych. Mamy też dobrze rozwinięty system szkoleń wewnętrznych i zewnętrznych, co pozwala na ciągłe podnoszenie kwalifikacji. Sądzę, że pracowników motywuje do pracy w naszym szpitalu również fakt, że otrzymują wynagrodzenie na czas, że nie ma zadłużenia wobec ZUS i Urzędu Skarbowego, że pamiętamy o potrzebach socjalnych.

– Co czeka szpital w najbliższym czasie?

– Przede wszystkim wizyta Komisji Akredytacyjnej. W czerwcu mijają trzy lata od czasu kiedy przyznano szpitalowi certyfikat. Certyfikat akredytacyjny jest przyznawany przez Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia w Krakowie właśnie na trzy lata. Komisja Akredytacyjna, która odwiedzi nas w czerwcu sprawdzi szpital pod kątem spełnienia 204 standardów umieszczonych w 15 grupach tematycznych, dotyczących m.in. zarządzania szpitalem, przestrzegania praw pacjenta, opieki nad pacjentem, kontroli zakażeń szpitalnych czy zarządzania środowiskiem opieki medycznej. Również certyfikaty ISO 9001 w zakresie jakości i ISO 14001 w zakresie ochrony środowiska szpital otrzymał na trzy lata. Ale w tym przypadku audyty nadzoru odbywają się co roku. Chciałabym zwrócić szczególną uwagę na certyfikat dotyczący zarządzania systemem ochrony środowiska, jesteśmy bowiem jednym z niewielu szpitali w Polsce, które takim certyfikatem mogą się poszczycić. A przecież przy około 20 tysiącach pacjentów rocznie, mnóstwie badań i zabiegów właściwa utylizacja odpadów medycznych i unieszkodliwianie czynników biologicznych są niezmiernie ważne. Tak więc czeka nas wizyta audytora zewnętrznego, ale audytorzy wewnętrzni, czyli pracownicy szpitala cały czas działają. Te certyfikaty to sukces nas wszystkich, bo tylko praca zespołowa i zaangażowanie wszystkich pracowników przynoszą pozytywne efekty. Podobnie jest w przypadku konkursu Polskiej Nagrody Jakości, w którym w tym roku również będziemy startować, zachęceni ubiegłorocznym wyróżnieniem. Udział w tym konkursie pozwala, poprzez dokonywanie samooceny, na identyfikowanie problemów i wprowadzanie działań naprawczych. Służy więc ciągłemu doskonaleniu się we wszystkich dziedzinach działalności.

– I na koniec – rzecz najprzyjemniejsza, czyli jubileusze.

– Szpital wojewódzki został oddany do użytku w 1970 roku. Najwięcej oddziałów uruchomiono w roku 1971. Tak więc ten rok i rok ubiegły to jubileusze poszczególnych oddziałów. W najbliższym czasie swoje 35-lecie będą świętować Oddziały Kardiologiczny i Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej Do świętowania 35-lecia istnienia przygotowuje się też cały szpital. Ale to dopiero jesienią.

– Dziękuję za rozmowę.

Ewa Labes-Kunicka

Nowoczesny aparat do operacji zaćmy

Oddział Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej

Jesienią 1970 roku z Warszawy przyjechał dr med. Stefan Bołoczko z zadaniem utworzenia w nowobudowanym Szpitalu Wojewódzkim Oddziału Ortopedii i Chirurgii Urazowej. Organizacja Oddziału zajęła okres do Nowego Roku. Zespół lekarski tworzyli oprócz ordynatora dr dr Marian Gross, Stanisław Czemko i Lech Radyko. Pielęgniarką Oddziałową została Nadzieja Matysiak. Pierwszy dyżur oddział pełnił 03.01.1971 r., a pierwszego pacjenta zoperowano dzień później. Od tej daty liczy się olsztyńska ortopedia. Ideą dr. med. Stefana Bołoczki było, aby tworzony oddział szybko dorównał poziomem świadczonych usług najlepszym placówkom w kraju. W 1972 roku na V piętrze powstaje drugi blok operacyjny, na którym oddział otrzymuje 2 sale operacyjne. Od tego roku wykonywane są endoprotezoplastyki stawów biodrowych, wprowadzane są nowoczesne metody zespoleń kości. Zespół lekarski i pielęgniarski stale się szkolą uzyskując specjalizacje oraz doskonaląc swe umiejętności na różnego rodzaju kursach. Zespół uzupełniają nowi lekarze wnosząc do działalności oddziału swoje zainteresowania zawodowe, takie jak mikrochirurgia, chirurgia ręki, chirurgia kręgosłupa. Sposób prowadzenia oddziału, zakres udzielanych świadczeń i wiedza zespołu lekarskiego zostają wysoko ocenione przez Krajowy Nadzór Specjalistyczny i od 1974 roku prowadzone są zajęcia ze studentami VI roku Akademii Medycznej w Białymstoku, w ramach Zespołu Nauczania Klinicznego. Zajęcia takie prowadzone były do 1990 roku. W kolejnych latach wprowadzono endoprotezoplastyki bezcementowe, zabiegi artroskopowe.

Po gruntownym remoncie w 1976 r. oddział otworzył wydzielony odcinek pooperacyjny. Dzięki temu leczenie chorych stało się bezpieczniejsze.

Kolejne lata to kolejne nowe metody w leczeniu chorych. Dzięki uzyskaniu aparatu rentgenowskiego typu ramię C można było zacząć wykonywać szereg zabiegów technikami małoinwazyjnymi. Zaczęliśmy wszczepiać zawiasowe protezy stawu kolanowego. Pod koniec lat 80. po odbyciu szkolenia w Kurganiu w ZSRR, u prof. Gawriła Ilizarowa oddział jako jeden z 4. w Polsce zaczął stosować metodę prof. Ilizarowa w wydłużaniu kończyn i leczeniu różnego rodzaju deformacji. Kolejni lekarze zdobywają specjalizację z ortopedii i traumatologii narządu ruchu. Ogółem wyszkoliło się tu 40. specjalistów I° i II°.

W 1999 roku profesor Stefan Bołoczko przechodzi na emeryturę, a ordynatorem oddziału, po wygraniu konkursu zostaje lek. Antoni Kołakowski. Sposób prowadzenia oddziału przez pana prof. Stefana Bołoczko to wzór, który staramy się naśladować. Dążymy do wprowadzania nowych metod oraz doskonalenia już stosowanych. Rozszerzony zostaje asortyment typów wszczepianych protez stawu biodrowego. Od 2002 roku zaczynamy wszczepiać protezy stawu kolanowego. Prawdziwy rozkwit przeżywa chirurgia kręgosłupa. Już nie tylko złamania i zwichnięcia, ale także zmiany zwyrodnieniowe, kręgozmyki, dyskopatie, nowotwory są operowane w oddziale.

Ortopedzi jak zwykle niezawodni

Nestor olsztyńskiej ortopedii – prof. Stefan Bołoczko

Stało to się możliwe dzięki użyczeniu aparatu rentgenowskiego typu ramię C z Oddziału Kardiochirurgii. Dyrekcja szpitala bardzo przychylnie odpowiada na zgłaszane potrzeby widząc wieloletnie braki w wyposażeniu oddziału, a także postęp technologiczny, jaki obserwujemy w ostatnich latach.

W ostatnim okresie oddział uzyskał nowoczesny zestaw do artroskopii. Mogliśmy zacząć wykonywać zabiegi rekonstrukcji więzadeł krzyżowych, przygotowujemy się do zabiegów przeszczepów chrząstki. Już nie tylko staw kolanowy, ale także i barkowy leczymy artroskopowo. Szczególnie cieszą się z tego pacjenci z nawykowym zwichnięciem barku, którzy zamiast dużego zabiegu z otwarciem stawu i następnie kilkutygodniowego unieruchomienia w opatrunku gipsowym po kilku tygodniach wracają do pracy.

Obecny remont oddziału, zdecydowanie poprawiający warunki, pozwoli na rozszerzenie gamy wykonywanych zabiegów o mikrochirurgię, protezy innych stawów i protezy dysków lędźwiowych.

Lekarze oddziału to wyszkolona grupa młodych ludzi, chętnych do wszelkich innowacji. Uczestniczymy czynnie w zjazdach, sympozjach, konferencjach. Opublikowaliśmy ponad 120 prac. Lekarze uczestniczą w licznych szkoleniach i kursach w kraju i za granicą.

Od prawej: Lech Radyko, Tomasz Niedźwiedzki, Waldemar Michalak, Antoni Kołakowski (ordynator), Mariusz Siergiej, Wojciech Rembiszewski, Artur Makowski oraz Małgorzata Badowska – sekretarka medyczna

Antoni Kołakowski

Oddział Kardiochirurgii Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie

Kierownik zespołu perfuzjonistów – Dariusz Piziorski

Jak powstaliśmy?

Województwo warmińsko-mazurskie jest czwartym co do wielkości województwem w Polsce, zajmuje powierzchnię 24,2 tys.km^2, mieszka tutaj 1,4 mln ludzi. Do niedawna region ten był jednym z czterech w naszym kraju nieposiadających ośrodka kardiochirurgicznego. Szacuje się, że rocznie około 700 pacjentów było przekazywanych stąd do innych jednostek znajdujących się w Gdańsku, Białymstoku, Warszawie, a nawet na Śląsku w celu wykonania operacji kardiochirurgicznych. Najbliższe kliniki kardiochirurgiczne znajdują się w odległości około 200 km od Olsztyna, co przy operacjach nagłych lub pilnych było dużym utrudnieniem dla personelu medycznego i samych pacjentów. W Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Olsztynie działa również od lat bardzo dobry Oddział Kardiologiczny z Pracownią Hemodynamiczną, który wykonuje około 2000 badań rocznie. Druga pracownia hemodynamiczna znajduje się w Elblągu. Wszystkie te czynniki wytworzyły naturalną potrzebę powstania ośrodka kardiochirurgicznego, który mógłby zapełnić tzw. „białą plamę" na mapie Polski w zakresie opieki kardiochirurgicznej. Dzięki staraniom władz województwa, samorządu terytorialnego, dyrekcji Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego, 19 stycznia 2005 roku odbyło się oficjalne otwarcie nowego Oddziału Kardiochirurgicznego. Pan prof. dr hab. Zbigniew Religa zgodził się objąć honorowy patronat nad nowopowstałym ośrodkiem.

Zespół

Zespół lekarski składa się z 7 chirurgów i 3 anestezjologów. W skład zespołu chirurgicznego wchodzą dwaj kardiochirurdzy: ordynator oddziału dr n. med. Piotr Żelazny z II Kliniki Kardiochirurgii Instytutu Kardiologii w Aninie i dr Andrzej Dmyterko z Kliniki Kardiochirurgii CSK MSWiA w Warszawie, trzech chirurgów z 6-letnim doświadczeniem w kardiochirurgii, którzy przeszli z Kliniki AM w Białymstoku: dr Leszek Buzun, dr Grzegorz Szapiel i dr Sebastian Pawlak. Dr Anna Witt-Majchrzak (II stopień specjalizacji z chirurgii ogólnej) i dr Bartłomiej Rzeszowski dysponują doświadczeniem ogólnochirurgicznym. Zespół anestezjologiczny tworzą: dr Jolanta Socik, dr Piotr Żurek oraz dr Marcin Kukliński – wszyscy posiadający drugi stopień specjalizacji z anestezjologii i intensywnej terapii. Pracę zespołu lekarskiego wspomaga troje perfuzjonistów pod kierunkiem Dariusza Piziorskiego, dyplomowanego perfuzjonisty. Zespołem pielęgniarskim składającym się z 31. pielęgniarek kieruje Danuta Jurkowska, długoletnia pracownica tego szpitala.

Jak wygląda nasz oddział?

Oddział Kardiochirurgii zlokalizowany jest na III piętrze szpitala i zajmuje około 900 m^2. Powierzchnia ta podzielona jest na dwie części: pododdział pooperacyjny wraz z blokiem operacyjnym oraz odcinek z salami ogólnymi. W części ogólnej zlokalizowane są 4 sale dwu- i trzyłóżkowe – łącznie 11 łóżek, każda wyposażona we własną łazienkę z toaletą oraz telewizor. Na odcinku ogólnym znajduje się również sala zabiegowa posiadająca niezbędny sprzęt do wykonywania drobnych zabiegów. Klimatyzowany blok operacyjny z dwoma salami operacyjnymi wyposażonymi w nowoczesne urządzenia pozwala na wykonywanie każdego rodzaju zabiegów kardiochirurgicznych. Pacjenci po zabiegach trafiają na oddział pooperacyjny dysponujący jedną salą pięciołóżkową, jedną trzyłóżkową. Oddział poope-

Cell-saver

racyjny posiada również własną odrębną klimatyzację.

Jakie operacje wykonujemy?

1 lutego 2005 r. wykonana została pierwsza operacja kardiochirurgiczna. Od tego czasu do końca 2005 roku przeprowadzono łącznie 407 zabiegów. Ogół przeprowadzanych operacji obejmuje zarówno chirurgiczne leczenie choroby wieńcowej, powikłań choroby wieńcowej (ubytek w przegrodzie międzykomorowej, niedomykalność zastawki mitralnej, tętniak lewej komory), jak i leczenie wad nabytych i wrodzonych serca (wady zastawkowe, ubytek w przegrodzie międzyprzedsionkowej), chorób wielkich naczyń i guzów serca. Dzięki możliwości zastosowania ablacji endokardialnej przeprowadzane są również operacje chirurgicznego leczenia migotania i trzepotania przedsionków. Na tle pozostałych ośrodków kardiochirurgicznych jest to bardzo szerokie spektrum zabiegów – spośród operacji kardiochirurgicznych u dorosłych nie wykonuje się w Olsztynie jedynie przeszczepów serca.

Lekarze kardiochirurdzy podczas zabiegu opracyjnego – od prawej: Grzegorz Szapiel, Sebastian Pawlak i instrumentariuszka Małgorzata Rzeszowska

Z czego jesteśmy dumni?

W krótkim czasie od powstania oddziału zespół był w stanie przeprowadzić znaczną liczbę skomplikowanych procedur kardiochirurgicznych, osiągając znakomite rezultaty. Sposób wykonywania operacji był zgodny z najnowszymi światowymi trendami medycyny. Blisko 90% zabiegów wieńcowych wykonano bez krążenia pozaustrojowego przy wykorzystaniu stabilizatorów umożliwiających operowanie na bijącym sercu. Przyczynia się to do minimalizacji ryzyka przeprowadzenia zabiegu, zmniejszenia liczby powikłań okołooperacyjnych. W 70% zabiegów rewaskularyzacji wykonywano pomosty tętnicze, wykorzystując tętnice piersiowe wewnętrzne, tętnice promieniowe. W świetle najnowszych doniesień jest to optymalny sposób leczenia, rokujący dłuższą drożność by-passów w porównaniu z wykorzystaniem pomostów żylnych. Zgodnie z tendencją do minimalizowania urazu operacyjnego, w wybranych przypadkach przeprowadzano operacje z ministernotomii. Przecięcie jedynie połowy mostka umożliwia wystarczający dostęp do wykonania procedury pozwalając jednocześnie na szybszą rehabilitację po operacji. Część zabiegów przeprowadzono stosując znieczulenie zewnątrzoponowe bez intubacji pacjenta. Poza skutecznym zabezpieczeniem przeciwbólowym, metoda ta przyspiesza rehabilitację oddechową i ułatwia powrót do zdrowia. Ośrodek podejmował się leczenia ciężkiego powikłania zawału mięśnia sercowego – tętniaka lewej komory. Przeprowadzano zabieg wentrykuloplastyki zmieniający geometrię uszkodzonej komory, skutkujący zwiększeniem frakcji wyrzutowej serca. W zabiegach zastawkowych wykorzystywano zarówno zastawki mechaniczne, jak i biologiczne. Przeprowadzano także skomplikowane z technicznego punktu widzenia operacje wszczepiania zastawek bezstentowych cechujących się bardzo korzystnym profilem hemodynamicznym i brakiem konieczności stosowania antykoagulantów po operacji. W przypadku współistniejącego z wadą serca migotania lub trzepotania przedsionków stosowano ablację endokardialną – zyskującą coraz większą popularność metodę chirurgicznego leczenia zaburzeń rytmu.

Mając na uwadze konieczność dalszej opieki po okresie okołooperacyjnym, pacjenci mają zapewnioną opiekę ambulatoryjną. Promowana jest także działalność klubu pacjenta funkcjonującego przy oddziale. Umożliwia on zarówno uzyskanie rzetelnych informacji dotyczących rehabilitacji po zabiegu, jak i długofalowe wsparcie psychologiczne.

Co w przyszłości?

Nasze plany to pełne zaopatrzenie w opiekę kardiochirurgiczną regionu warmińsko-mazurskiego. Będziemy zwiększać ilość operacji wykonywanych metodą miniinwazyjną zarówno w przypadku pomostowania naczyń wieńcowych, jak i w operacjach zastawkowych. Planujemy także wdrożenie stosowania tzw. sztucznych komór serca, jako metody leczenia ostrej niewydolności krążenia. Mamy nadzieję, że jakość leczenia oraz opieki w naszym ośrodku nie będzie odbiegać od standardów europejskich i światowych.

Pielęgniarka Poddodziału Opieki Pooperacyjnej

NOWE ZABIEGI

Cell-saver – odzyskana krew

Olsztyńscy kardiochirurdzy nie muszą już w najbardziej pilnych przypadkach czekać na krew ze stacji krwiodawstwa. Wystarczy, że podłączą chorego do nowego urządzenia, tzw. Cell-saver, które odzyskuje krew operowanego.

– Urządzenie to dostaliśmy w darze od Świadków Jehowy – mówi dr n. med. Piotr Żelazny, ordynator Oddziału Kardiochirurgicznego WSS w Olsztynie. Kilku pacjentów z tej grupy operowaliśmy bez użycia krwi. W związku z tym, że operacje poszły dobrze, skontaktował się z nami przedstawiciel medyczny Świadków Jehowy, pan dr Wiwatowski i zaproponował nam podarowanie tego urządzenia, które kosztuje około 70 tys. złotych.

Posiadaniem takiego urządzenia może się pochwalić jedynie 12 ośrodków w kraju. Jest ono szczególnie przydatne przy operacjach kardiochirurgicznych, a także przy rozległych obrażeniach klatki piersiowej, kiedy to potrzeba dużych ilości krwi.

– To urządzenie może przede wszystkim odzyskać krew wynaczynioną – wyjaśnia dr Żelazny. – Obojętne czy będzie to krew zheparynizowana, czyli z dodatkiem środków przeciwkrzepliwych czy nie, możemy tę krew odzyskać. Dlatego to urządzenie jest przydatne przede wszystkim w urazach, kiedy mamy dużo krwi wynaczynionej do śródpiersia czy do opłucnej.

I właśnie z dwoma takimi przypadkami mieli ostatnio do czynienia olsztyńscy lekarze. Potrąconym przez samochody pieszym – z rozległymi obrażeniami – urządzenie to uratowało życie.

– Nie musieliśmy czekać na przykład na krzyżówkę – dodaje doktor Żelazny – mogliśmy od razu przystąpić do działania, od razu tę krew odzyskać i właśnie w obiegu zamkniętym tę krew pacjentowi przetaczać bezpośrednio do naczyń żylnych.

Przy poważnych operacjach liczy się czas, ale ważne jest też to, że pacjent otrzymuje własną krew, a to wyklucza ryzyko zakażenia, jest bezpieczne pod względem immunologicznym i bakteriologicznym.

Cell-saver daje więc możliwość szybkiego i bezpiecznego przetaczania krwi, ratując tym samym życie pacjentów.

Ewa Labes-Kunicka

Święto Miłości

„Chrystus zmartwychwstał! Chrystus zmartwychwstał, aby człowiek żył, aby człowiek żył pełnią życia, aby człowiek żył z Boga i w Bogu (...). On jest kamieniem węgielnym. Nie odrzucajcie Go wy, którzy budujecie ludzki świat. Nie odrzucajcie Go wy, którzy w jakikolwiek sposób, w jakiejkolwiek dziedzinie budujecie ludzki świat, którzy budujecie świat dzisiejszy i jutrzejszy. Którzy budujecie świat ekonomii i polityki. Którzy budujecie świat nauki i informacji. Którzy budujecie świat pokoju... czy wojny? Którzy budujecie świat ładu... czy terroru? Nie odrzucajcie Chrystusa.” (Jan Paweł II). On zmienia obraz świata. Przynosi nam prawdziwą radość i nadzieję. Jest jeszcze nasza ufność w Boże miłosierdzie. Czy potrafimy je rozpoznać w naszej rzeczywistości i samemu czynić? Czy potrafimy je dostrzec w postępowaniu naszych bliskich? Czy dostrzegamy jego odbicie w sobie samych? Ciągle uczymy się Miłości Miłosiernej, tej samej, którą On ma dla każdego z nas. Tej miłości uczy nas także Matka Jezusa.

Na świecie jest wiele miłości, różnych, pomieszanych z nienawiścią, czasem niechęcią, obowiązkiem i pogardą. Doprowadziło to do tego, że samo słowo „miłość” niewiele dziś znaczy... Wielkanoc to Święto Miłości, która zbawiła świat. Radujemy się zatem w Poranek Zmartwychwstania Pańskiego wspólnie wielbiąc Boga za Jego nieskończone miłosierdzie. Niech Ten, który nigdy i nikomu swojej miłości nie odmawia, obdarza Nas wszystkich wszelkimi łaskami i pobudza serca do dzielenia się dobrodziejstwami Bożej miłości.

Bardzo często działamy na zewnątrz, a zaniedbujemy to, co kryje się w nas, co jest wewnątrz. Nikolaus Lenan powiedział, że najpiękniejszą wiosną jest dobroć serca. Czasami wystarczy nasz uśmiech, życzliwość, serdeczność by innych przybliżyć do Boga, by uczynić codzienność radośniejszą. Niech nie zabraknie tego wszystkiego na czas radosnego świętowania, a dobroć serc naszych niech wypełnia codzienność.

Jak wtedy, tak i dziś trzeba uwierzyć Aniołowi mówiącemu: *Nie smućcie się. On zmartwychwstał. Wyprzedza was, idzie przed wami. Ujrzycie Go.* Orędzie Wielkanocne potężnym wołaniem ogarnia świat: Nic się nie skończyło, wszystko się dopiero rozpoczyna. Alleluja! Niech Zmartwychwstały Chrystus obdarzy wszystkich pełnią radości i pokoju, niech przymnoży wiary: niech będzie niewyczerpalnym źródłem obfitych łask na każdy dzień.

Miłych, spokojnych i wesołych Świąt Zmartwychwstania Pańskiego.

ksiądz kapelan Leszek Muzyka

NOWE ZABIEGI

Katarakta, czyli zaćma

Zabiegi na światowym poziomie

Schorzenia narządu wzroku należą do grupy chorób cywilizacyjnych. Ich dokuczliwość wynika z faktu, że za pomocą wzroku odbieramy 80 procent wrażeń zmysłowych. Rolą nowoczesnej okulistyki jest nie tylko zwalczanie chorób. Równie istotne jest przywracanie normalnego widzenia, a tym samym i komfortu życia. Do poważnych chorób oczu, z którymi - na szczęście – współczesna medycyna radzi sobie znakomicie, należy zaćma.

Zaćma, czyli katarakta to bezbolesna choroba oczu, polegająca na postępującym mętnieniu soczewki oka. Jest ona główną przyczyną ślepoty na świecie. Specjaliści szacują, że występuje mniej więcej u 17 milionów osób. – Zaćma pojawia się najczęściej w wieku starszym – mówi dr n. med. Maria Dowgird, ordynator Oddziału Okulistycznego WSS w Olsztynie. – Powoduje pewien dyskomfort w widzeniu, zaburzenia widzenia, objawiające się zacieraniem konturów, brakiem ostrości obrazu. To znak, że z okiem dzieje się coś niedobrego. I to zmusza pacjenta do wizyty u okulisty. Jeśli stwierdzimy zaćmę w odpowiednim momencie, przeprowadzamy zabieg operacyjny.

To się leczy

Zaćmę leczy się operacyjnie. Operacje zaćmy wykonywane były, choć trudno w to uwierzyć, już kilka tysięcy lat temu. Pisano o nich w Kodeksie Hammurabiego, Księgach Wedy i Kodeksie Medycznym Hipokratesa.

Najnowszą metodą operacyjną wprowadzoną w 1967 roku przez prof. Kelmana jest fakoemulsyfikacja, czyli rozdrobnienie zaćmy wewnątrz oka za pomocą ultradźwięków, a następnie odessanie zmętniałych mas. Metoda ta zrewolucjonizowała chirurgię zaćmy. Umożliwia ona operowanie zaćmy w każdym jej stadium.

Leczenie na światowym poziomie

Oddział Okulistyczny olsztyńskiego szpitala wojewódzkiego wzbogacił się niedawno o najnowsze urządzenie do fakoemulsyfikacji.

– Dzięki uprzejmości, zainteresowaniu i pomocy pani dyrektor Marcinkowskiej ten nowoczesny aparat znalazł się na naszym oddziale – mówi dr Maria Dowgird. – Dzięki niemu możemy przeprowadzać operacje zaćmy w sposób absolutnie najnowocześniejszy, na światowym poziomie.

Jest to bardzo nowoczesne urządzenie, pozwalające na zaprogramowanie całego przebiegu operacji i wszystkich parametrów dla operujących lekarzy.

– Można zaprogramować poszczególne etapy operacji, czyli przez naciśnięcie odpowiednich przycisków zmieniać pracę głowicy, która włożona do gałki ocznej powoduje odessanie mas zaćmowych – wyjaśnia dr Dowgird. – Również jeśli chodzi o stopień twardości zaćmy możemy zmieniać parametry w zależności od potrzeb.

Operację wykonuje się w znieczuleniu miejscowym. W miejsce usuniętej zaćmy wszczepia się odpowiednio dobraną sztuczną soczewkę – również najnowszej generacji.

– Są to soczewki AcrySof Natural – mówi dr Dowgird. – Są one bardzo przyjazne dla oka, gdyż nie powodują olśnienia i takiego przejaskrawienia, które bywa po wszczepieniu innych soczewek, jakie wcześniej stosowaliśmy u pacjentów. Tak więc jeśli decydujemy się na operację zaćmy metodą fakoemulsyfikacji, to wszczepiamy również soczewkę AcrySof Natural. Jest to już właściwie standard.

Małe cięcie

Ten supernowoczesny aparat ma właściwie same zalety. Jest bardzo bezpieczny, bo wszystkie elementy w nim używane są jednorazowego użytku – każdy pacjent ma swoją kasetę, swój zestaw. Użycie precyzyjnej głowicy pozwala na wykonanie małego – zaledwie 3 milimetrowego cięcia, co zapobiega powstawaniu astygmatyzmu.

– Po tej operacji nie musimy zakładać szwów – wyjaśnia dr Dowgird. – To powoduje, że nie ma astygmatyzmu pooperacyjnego, jak po tradycyjnej metodzie, gdzie – niestety – rozcinamy gałkę oczną na większej przestrzeni i musimy zakładać szwy. Naprężenie tych nici powoduje powstanie astygmatyzmu, a to oznacza, że pacjent po operacji musi nosić okulary – co prawda słabe, ale jednak musi. Natomiast ten rodzaj operacji zapewnia zniwelowanie astygmatyzmu praktycznie do zera. Poza tym małe cięcie, to małe wrota zakażenia, bezpieczniejsze przeprowadzenie operacji i szybsza rekonwalescencja pacjenta, krótszy pobyt w szpitalu, a więc i szybszy powrót do domu.

Nie wszystkie przypadki zaćmy kwalifikują się do operacji przy użyciu tego urządzenia. Niektóre operacje, np. twarde zaćmy operuje się metodą tradycyjną. Ich odsetek jednak zmniejsza się. Zastosowanie metody fakoemulsyfikacji pozwala na operowanie zaćm mniej dojrzałych.

– Coraz częściej zaćma występuje u osób, które są jeszcze czynne zawodowo i to schorzenie przeszkadza im w pracy – mówi dr Maria Dowgird. – Użycie tego aparatu pozwala również na operację przez małe cięcie zaćmy początkowej metodą płynową. Urządzenie to ma bowiem dodatkową funkcję, tzw. aqua leis. I właśnie usunięcie zaćmy metodą płynową może być stosowane u pacjentów młodych, czynnych zawodowo, którzy muszą w pełni odzyskać wzrok i szybko wrócić do pracy. Ten aparat w pełni to gwarantuje.

A oprócz tego wszystkiego, aparat ten rozmawia z lekarzem przeprowadzającym operację.

– Rozmawia, jest przyjazny, bardzo dobrze się na nim pracuje – mówi dr Dowgird. – Jest to naprawdę najwyższa półka. Bardzo się cieszymy, że mamy w naszym oddziale tak nowoczesne urządzenie. Myślę, że znajdzie ono duże zastosowanie, że pacjenci będą zadowoleni, że my będziemy mieć satysfakcję ze swojej pracy i że wszystkim przyniesie to duże korzyści.

Ewa Labes-Kunicka

Zespół opracyjny Oddziału Okulistycznego podczas zabiegu

Jakość w opiece...

Q

część 6

Ocena pracownika jako element jakości usług medycznych

Zasoby kadrowe instytucji opieki zdrowotnej stanowią, obok wyposażenia, infrastruktury i sytuacji finansowej, podstawowy walor jej struktury. Kwalifikacje, doświadczenie i zaangażowanie pracowników decydują o wysokiej jakości procesu leczniczego i uzyskiwanych wyników.

Ocena pracowników stanowi bardzo ważny i niezbędny element zarządzania każdą jednostką służby zdrowia. Potrzebna jest szczególnie przy podejmowaniu takich decyzji jak: zatrudnienie odpowiedniego pracownika, ustalenie bądź zmiana stawki płac, przyznanie premii i nagrody, szkolenie i rozwój zawodowy pracownika, awansowanie na wyższe stanowisko. Celem ocen jest poprawa efektywności gospodarowania lub poziomu świadczonych usług i powiązania działań oraz zachowań pracowników z celami danej jednostki organizacyjnej.

Oceny pracownicze są powszechnie stosowane w każdym zakładzie, ale często mają charakter niesformalizowany i dokonywane są na ogół według swobodnego uznania przełożonego, nie zawsze zdajemy sprawę z ich funkcjonowania. Problem pojawia się dopiero przy ocenie negatywnej. Wówczas przełożeni łagodzą oceny, aby nie narazić się pracownikom, aby nie psuć dobrej atmosfery w zespole. Oceny nieformalne nie zawsze są obiektywne, nie są też kompleksowe.

Niezbędnym elementem zarządzania jest wypracowanie zakładowego systemu ocen pracowników, z uwzględnieniem różnych kryteriów dla pracowników poszczególnych grup zawodowych, zajmujących różne stanowiska. Zasadniczym celem powinno być podniesienie jakości świadczonych usług medycznych i zwiększenie efektywności pracy. Z uwagi na fakt, że brak jest metody uniwersalnej, nadającej się do każdych warunków i każdej sytuacji, metody którą mógłby posługiwać się każdy kierownik w pracy z zespołem pracowniczym.

Zakłady opieki zdrowotnej mogą wypracować własny system ocen, uwzględniający zadania i specyfikę pracy poszczególnych komórek organizacyjnych (oddziałów, działów) wykonujących zadania na rzecz zakładu.

Problem prawidłowej oceny podwładnego jest bardzo złożony. Posiada wiele wątków i aspektów, jest wyjątkowo subtelną materią, dotyczącą m.in.. takich sfer jak obyczajowość, kultura pracy, etyka pracownicza, teoria i praktyka kierowania zespołami pracowniczymi, wolność osobista itp.

Ocena pracownika powinna być dokładną i wszechstronną analizą:
- wartości pracy świadczonej przez pracownika (w porównaniu do zadań, wymogów stanowiska, wykonania pracy przez innych pracowników),
- możliwości wykonania pracy lepiej oraz podejmowania prac trudniejszych i bardziej odpowiedzialnych.

Tworząc zakładowy system ocen należy brać pod uwagę następujące wskazówki:
- ocenianie pracowników to odpowiedzialne zadanie, a nie rutynowa czynność,
- ocenianie jest elementem zakładowego systemu, który musi być spójny i dobrze dopasowany do warunków i stosunków panujących w zakładzie pracy, kryteria zaś powinny być jasne i akceptowane przez pracowników,
- oceniający przez cały okres oceniania powinni dokonywać systematycznych obserwacji i porównań zachowań i wyników w pracy poszczególnych pracowników w możliwie wielu różnych sytuacjach,
- wyniki oceny należy omawiać z ocenianymi pracownikami.

Można też stosować oceny dwustopniowe – przez przełożonego i samoocenę dokonaną przez samego pracownika. Samoocena może ułatwić akceptację oceny ostatecznej, gdyż pracownik ma świadomość aktywnego uczestnictwa w procesie ocen. Konstruując system ocen trzeba wyeliminować obszary, których nie można obiektywnie ocenić. Nieobiektywna ocena jednej cechy może podważyć zaufanie do całego systemu. Ponieważ ocenie powinny podlegać zarówno wymierne jak i niewymierne cechy pracy i zachowań pracownika, najlepszym rozwiązaniem jest zastosowanie ocen punktowych lub w formie stopni (niezadawalający, dobry, bardzo dobry). W przypadku ocen punktowych można zastosować różną punktację – więcej punktów przyznać cechom najważniejszym a mniej drugorzędnym.

Ocenę pracownika należy przeprowadzać systematycznie np. raz w roku.

Celem rocznej oceny pracownika jest stałe podnoszenie jakości poprzez:
- analizę i planowanie rozwoju pracownika,
- planowanie awansu służbowego i finansowego,
- lepsze współdziałanie pracowników i kierowników,
- analizę rozmieszczenia potencjału kadrowego.

Okresowa, systematyczna ocena pracownika jest istotnym czynnikiem sprzyjającym stałemu podnoszeniu kwalifikacji zawodowych i jakości pracy.

Alicja Markiewicz
zastępca dyrektora ds. Pielęgniarstwa

Pielęgniarka Oddziału Kardiologii Jolanta Olszewska

Adaptacja zawodowa jako element doskonalenia zawodowego

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny jest instytucją o szerokiej strukturze organizacyjnej, mającej do zrealizowania wiele zadań. Zadania te wynikają zarówno z działalności podstawowej jak i pomocniczej szpitala.

Wielość i różnorodność zadań jest podstawą do tworzenia stanowisk pracy a następnie do zatrudniania pracowników. Pracownicy zatrudniani są zgonie z ich kwalifikacjami nabytymi w toku kształcenia w zawodach medycznych lub innych mających zastosowanie w działalności i organizacji szpitala.

W zawodach medycznych bardzo ważna jest wiedza i umiejętności zawodowe dotyczące leczenia, pielęgnowania czy wykonywania badań diagnostycznych.

W obecnej dobie ta wiedza nie jest wystarczająca do sprawnej realizacji powierzonych zadań.W organizacji szpitala, który posiada ściśle sprecyzowane cele w obszarze działań medycznych,zarządzania jakością i ochroną środowiska, funkcjonuje wiele aktów normatywnych, standardów, procedur i wytycznych, które są podstawą wykonywania pracy zgodnej z oczekiwaniami pracodawcy, pacjentów i płatnika. Tak więc zatrudniany pracownik niezależnie o tego czy jest to jego pierwsza czy kolejna praca musi mieć stworzoną możliwość planowego, zorganizowanego i stopniowego przystosowywania się do zadań i oczekiwań. Okres ten nazywamy okresem adaptacji zawodowej.

W 2002 roku w naszym szpitalu zostało wydane zarządzenie dyrektora formalizujące proces adaptacji zawodowej dla pracowników medycznych i niemedycznych.

Proces ma na celu przygotowanie pracowników do sprawnej, właściwej i bezpiecznej realizacji zadań wynikających z zakresu powierzonych obowiązków oraz praw pracowniczych.

1. Adaptacja zawodowa dotyczy pracowników zatrudnianych na stanowiskach:

– Lekarza
– Farmaceuty
– Pielęgniarki / Położnej
– Pracownika pionu administracyjno-księgowego
– Pracownika pionu eksploatacyjno-technicznego

Adaptacja odbywa się zgodnie z ustalonymi kryteriami i w określonym czasie.

Dla poszczególnych grup zawodowych realizowana jest w czasie od 3 do 6 miesięcy.

Adaptacja przebiega pod nadzorem bezpośredniego przełożonego zgodnie z przyjętym harmonogramem.

Pracownik wkracza w okres adaptacji zawodowej w pierwszym dniu pracy podczas procesu przyjęcia do pracy.

Zastępca dyrektora dokonując przyjęcia do pracy, informuje pracownika o przebiegu procesu adaptacji zawodowej i wręcza bezpośredniemu przełożonemu nowo zatrudnionego formularz – adaptacja zawodowa.

Formularz ten zawiera:

– dane osobowe pracownika,
– tematykę przekazywanych wiadomości kształtowanych umiejętności,
– miejsce i czas szkolenia,
– datę zaliczenia poszczególnych zagadnień,
– podpis osoby zaliczającej poszczególne zagadnienia,
– ocenę końcową pracownika,
– podpis bezpośredniego przełożonego,
– podpis zastępcy dyrektora.

Zakres tematyczny wiadomości i umiejętności uzależniony jest od zajmowanego stanowiska.

W części ogólnej formularz zawiera następujące zagadnienia:

– cele i misję szpitala, politykę jakości,
– strukturę organizacyjną szpitala,
– regulamin pracy,
– regulamin wynagradzania,
– zakres czynności i opis stanowiska pracy.

W części szczegółowej zawiera:

– przeszkolenie BHP na stanowisku pracy,
– zapoznanie z personelem działu/oddziału,
– zapoznanie z topografią oddziału,
– przyswojenie kodeksów etyki zawodowej, aktów normatywno prawnych i zarządzeń wewnętrznych obowiązujących na stanowisku pracy,
– przyswojenie standardów i procedur znajdujących zastosowanie na stanowisku pracy w danym oddziale/dziale.

Ostatni podpunkt może być uszczegółowiony zależnie od potrzeb danego stanowiska. I tak dla pielęgniarki i położnej obejmuje:

– rozpoznawanie problemów pielęgnacyjnych, planowanie, realizowanie i dokumentowanie opieki na chorym,
– przygotowanie pacjenta i opiekunów do samoopieki,
– zasady przechowywania i podawania leków,
– zasady leczenia krwią i preparatami krwiopochodnymi,
– zasady dezynfekcji i sterylizacji sprzętu,
– zapobieganie zakażeniom wewnętrznym i ich monitorowanie,
– zasady stosowania leków cytostatycznych.

Okres adaptacji, na co wskazują powyższe treści jest okresem szkolenia, doskonalenia i przystosowania do nowych warunków.

Zakończony jest oceną dokonywaną przez bezpośredniego przełożonego. Ocena ta jest podstawą do podjęcia decyzji o przedłużeniu umowy o pracę lub zakończeniu stosunku pracy z danym pracownikiem.

Hanna Taraszkiewicz
Przełożona Pielęgniarek

UWAGA ! OGŁASZAMY KONKURS Z NAGRODAMI

„Najlepszy pomysł szpitala”

Od 2003 roku w naszym szpitalu funkcjonuje „Skrzynka pomysłów”. Niestety, chociaż często do niej zaglądamy, to jednak jej wnętrze zionie pustką. Czyżby wśród tylu wspaniałych i kreatywnych ludzi jacy pracują w naszym szpitalu, nie znajdzie się ktoś, kto będzie miał dobry pomysł?
Jesteśmy przekonani, że tak i to nie jeden!
Każdy kto włączy się do naszego konkursu, może swoją kartkę z pomysłem wrzucić do skrzynek pomysłów, które znajdują się: po lewej stronie wejścia do Punktu Krwiodawstwa oraz na filarze w głównym holu szpitala. Kartka musi być oczywiście podpisana, abyśmy mogli wybrać laureatów.
Życzymy dużej pomysłowości i udanej zabawy.
Termin składania pomysłów do końca czerwca 2006 roku.

O wynikach konkursu poinformujemy w następnym numerze „Pulsu Szpitala”.

Kto jest kim w szpitalu

Imię: Maciej
Nazwisko: Michałowski
Stanowisko: specjalista laryngolog
Rodzina: żona Dorota (lekarz pediatra), dzieci: – Mateusz (13 lat), Natalia (7 lat)
Hobby muzyka, śpiewanie w chórze

Córka Natalia

Przemierzając korytarze naszego szpitala spotykamy kolegów, koleżanki, znajomych – ludzi, z którymi na co dzień pracujemy, których znamy lepiej i tych, których znamy tylko z widzenia. Mamy nadzieję, że zadomowiona już na dobre w naszym kwartalniku rubryka „Kto jest kim w szpitalu" będzie sukcesywnie przybliżała czytelnikom sylwetki pracowników naszej placówki.

W tym numerze prezentujemy lek. med. Macieja Michałowskiego, pracującego w Oddziale Otolaryngologii.

Maciej Michałowski jest duszą towarzystwa – mówi o koledze z pracy pani Asia, sekretarka medyczna Oddziału Laryngologii. – Jest bardzo wesoły, zawsze uśmiechnięty, świetnie opowiada kawały.

– Kiedy zaczęła się Pana kariera jako lekarza?
– Zaraz po skończeniu w 1992 r. Wydziału Lekarskiego w Akademii Medycznej w Białymstoku rozpocząłem pracę w Oddziale Laryngologii Szpitala Miejskiego. Od 2002 r. pracuję w Oddziale Otolaryngologii Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie.

– Co sprawiło, że zdecydował się Pan na medycynę?
– Znaczący wpływ na wybór medycyny miał mój dziadek, Benedykt Michałowski, który ukończył medycynę na Uniwersytecie Stefana Batorego w Wilnie w 1938 roku. Zawierucha wojenna rzucała go po całej Polsce, aż trafił do Olsztyna, gdzie osiadł na dobre. Jego najstarszy syn Andrzej również został lekarzem, który obecnie pracuje jako chirurg w Londynie. Ja zaś, jako najstarszy wnuk praktycznie nie miałem wyjścia i... też zostałem lekarzem. Można więc powiedzieć, że medycyna w naszej rodzinie ma już wieloletnią tradycję.

– Czy syn albo córka także chcą zostać lekarzami?
– Niestety nie, Mateusz zdobywa coraz większe umiejętności w zakresie informatyki i zdaje się, że właśnie tym będzie się w przyszłości zajmował. Z kolei Natalia jest jeszcze zbyt mała, żeby to określić, jednak na razie wszystko wskazuje na to, że na mnie skończy się rodzinna tradycja lekarska. Ale nic jeszcze nie jest przesądzone.

– Nie wszyscy wiedzą, że śpiewa Pan w chórze. Jak się to zaczęło?
– Chór to dla mnie sposób na aktywne spędzenie wolnego czasu oraz często okazja do uczestniczenia w niecodziennych wydarzeniach. Zamiłowanie do muzyki również należy do rodzinnych tradycji, bowiem dziadek doskonale grał na fortepianie, podobnie zresztą jak obecnie mój ojciec. Ja również czasami grywam, jednakże moje zdobywanie umiejętności w tej dziedzinie zakończyło się na razie na ognisku pianistycznym.

Przygoda z chórem zaczęła się wraz z rozpoczęciem studiów w 1986 r. Od tego czasu uczestniczyłem w próbach chóru w Akademii Medycznej w Białymstoku. Jako ciekawostkę powiem, że w Akademii Medycznej, każdą uroczystość aż do 1990 roku zaczynaliśmy „Międzynarodówką", co teraz jest nie do pomyślenia.

Od 1992 roku wraz z żoną Dorotą śpiewamy w Chórze Olsztyńskich Lekarzy – „Medici Pro Musica". Traktujemy to jako odskocznię od „prozy życia", miejsce, w którym można zapomnieć o zwykłych codziennych problemach.

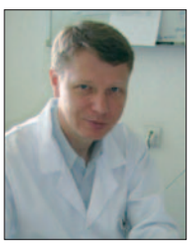
Dla mojej żony i dla mnie chór jest bardzo szczególnym miejscem, ponieważ tam się właśnie poznaliśmy – Dorota była wówczas solistką w akademickim chórze.

– Co najbardziej lubi Pan w swojej pracy?
– Myślę, że wielu lekarzy podzieli moje zdanie, że zawód ten daje niepowtarzalną okazję spotykania różnych ludzi, którzy borykają się z rozmaitymi problemami. Dużą satysfakcję daje możliwość pomocy pacjentom. Wybrałem laryngologię, gdyż od dawna się nią interesuję, a poza tym, cieszy mnie, że zawód ten wymaga dużych zdolności manualnych.

Popołudnia spędza w gronie zaprzyjaźnionych chórzystów

Maciej Kozłowski

35 lat Oddziału Kardiologii w Szpitalu Wojewódzkim w Olsztynie



Oddział Kardiologiczny zwany z początku Oddziałem Chorób Wewnętrznych z Ośrodkiem Intensywnej Terapii Kardiologicznej powstał wraz z otwarciem Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego w 1970 roku. Pierwszy ostry dyżur 17.08.1970 roku pełnił dr n. med. Ludwik Mirecki – ordynator oddziału. W oddziale w wydzielonym ośrodku intensywnej terapii kardiologicznej zainstalowano zestaw do monitorowania całodobowego ekg (monitory i centrala) włoskiej formy Officina-Gallileo. Ośrodek otwarto dla pacjentów 23 sierpnia 1970 roku. Ordynator oddziału dr n. med. Ludwik Mirecki przybył z Akademii Medycznej w Gdańsku, gdzie pracował przez wiele lat jako adiunkt w Klinice Chorób Wewnętrznych prowadzonej przez prof. Pensona. Doświadczenia okresu gdańskiego oraz duży talent dydaktyczny dr. Mireckiego owocował w następnych latach (1970–1983). W ramach pracy w oddziale wykształciło się i uzyskało tytuły specjalistów z zakresu chorób wewnętrznych oraz kardiologii kilkudziesięciu lekarzy. Specjalizacje z kardiologii w tym czasie uzyskali dr Amelia Gadomska i dr Tomasz Sankowski. Oprócz typowo kardiologicznego profilu hospitalizowano pacjentów ze schorzeniami nefrologicznymi i endokrynologicznymi. Specjalizację z zakresu endokrynologii uzyskała w tym czasie dr Elżbieta Bandurska-Stankiewicz. Dynamiczny rozwój ośrodka podkreśla bardzo wczesne rozpoczęcie elektroterapii w przypadkach zespołów MAS. Pierwszego wszczepienia elektrody endokawitarnej ze wskazań życiowych u chorego z zatrzymaniem krążenia i zespołami MAS, dokonał w 1976 roku dr Aleksander Stankiewicz. Wraz z odejściem na emeryturę dr. Mireckiego od 1983 roku ordynatorem oddziału został dr n. med. Michał Dowgird. Dr Dowgird pracował jako adiunkt w Klinice Kardiologii AM w Białymstoku. Od roku 1983 rozpoczyna się okres rozwoju diagnostyki nieinwazyjnej chorób serca. Pionierem echokardiografii na terenie Warmii i Mazur był Dr. Michał Dowgird. Przywiózł z Białegostoku pierwszy echokardiograf U-01 i rozpoczął badania serca. W następnych latach oddział wzbogacał się o coraz bardziej zaawansowane aparaty; w roku 1986 pozyskał echokardiograf z obrazowaniem 2-D. W 1985 roku po raz pierwszy zastosowano w Oddziale Kardiologii leczenie fibrynolityczne ostrego zawału serca (streptokinazą). W tym czasie były to działania pionierskie na skalę Polski. Lata osiemdziesiąte to również duża aktywność naukowa zespołu Oddziału Kardiologii. Tytuł doktora nauk medycznych uzyskuje dr Elżbieta Bandurska-Stankiewicz, a na początku lat 90. dr Jerzy Górny, dr Barbara Mocarska-Górna i dr Małgorzata Żach. Od roku 1991 ośrodek olsztyński rozpoczyna wszczepianie stałych stymulatorów serca. Pierwsze zabiegi wykonuje dr Rajmund Wilczek z AM w Gdańsku i dr Aleksander Stankiewicz chirurg ze Szpitala Wojewódzkiego. W 1995 roku wyremontowano i przebudowano oddział tworząc nowy Ośrodek Intensywnej Opieki Kardiologicznej z 10-cioma stanowiskami monitorowania. Pozyskano sprzęt monitorujący firmy H-P, włącznie z możliwościami pomiarów inwazyjnych. Od roku 1991 roku w oddziale wykonywano badania echokardiograficzne z dopplerem kolorowym. Wraz z remontem oddziału pozyskano środki na całkowitą jego komputeryzację. Zakupiono 8 zestawów komputerowych z oprzyrządowaniem oraz wspólnie z informatykami stworzono dedykowaną aplikację dla środowiska Windows do obsługi oddziału i pracowni. W tym czasie był to pierwszy i jedyny w Polsce oddział kardiologiczny obsługiwany komputerowo. Od 1998 roku ordynatorem oddziału został dr n. med. Jerzy Górny. W tym czasie znacznie wzrosła liczba hospitalizacji co związane było z wprowadzeniem reformy ochrony zdrowia. Liczba przyjęć do oddziału zwiększyła się trzykrotnie z około 960 w roku 1998 do 3200 w roku 2003. Po wielu latach starań w 2001 roku otwarto Pracownię Hemodynamiki i rozpoczęto badania inwazyjne serca. Kierownikiem Pracowni Hemodynamiki został dr Adam Kern. Od dnia rozpoczęcia pracy zespół 4 lekarzy z pracowni był przygotowany i prowadził leczenie ostrych zespołów wieńcowych. Tryb 24-godzinnego dyżuru hemodynamicznego pracownia zainaugurowała w 2003 roku. Na początku roku 2000. ośrodek wzbogacił się o sprzęt do badań prze przełykowych echokardiograficznych oraz rozwijał badania nieinwazyjne. We współpracy z Pracownią Medycyny Nuklearnej od wielu lat prowadzone były badania scyntygrafii serca. Zakres diagnostyki i terapii w Oddziale Kardiologii poszerzył się wraz z otwarciem w 2005 roku Oddziału Kardiochirurgii.

Pielęgniarski Oddziałuu Kardiologii – od lewej Anna Kusztal i Jolanta Olszewska

Ordynator Oddziału Kardiologii
dr n. med. Jrzy Górny

PORADY

Alergiczny nieżyt nosa

Alergiczny nieżyt nosa jest to zespół objawów klinicznych wywołanych przez IgE-zależną reakcję zapalną błony śluzowej nosa na alergen. Objawami tymi są: wyciek z nosa wodnistej wydzieliny, zatkanie nosa, swędzenie nosa i/lub tylnej części gardła, kichanie, łzawienie, swędzenie i obrzęk powiek.

Czasami występować mogą objawy ogólne w postaci gorączki, ogólnie złego samopoczucia i osłabienia. Objawy te mogą ustąpić samoistnie lub pod wpływem leczenia.

Całoroczny...

Choroba ta może mieć postać „okresową" lub „przewlekłą". Stopień ciężkości alergicznego nieżytu nosa określono jako „łagodny" lub „umiarkowanie-ciężki". ANN dotychczas dzielono na sezonowy, całoroczny i zawodowy, zależnie od czasu ekspozycji na czynnik wywołujący. Od niedawna wprowadzono pojęcia „okresowy" lub „przewlekły", a terminy „sezonowy" i „całoroczny" zachowano w celu umożliwienia interpretacji już opublikowanych badań. Z powodu utrwalonych powszechnie już pojęć w dalszej części artykułu zastosuję dotychczasowe terminy.

Całoroczny ANN najczęściej wywołują alergeny środowiska domowego (roztocza, pleśnie, owady oraz sierść i naskórek zwierząt), w mniejszym stopniu alergeny zawodowe i pokarmowe. Alergia wywołana alergenami pyłku roślin jest przyczyną całorocznego nieżytu nosa jedynie w krajach tropikalnych i subtropikalnych. W powszechnym odczuciu pomieszczenia mieszkalne i biurowe są schronieniem przed alergenami zawartymi w powietrzu i zanieczyszczonym środowiskiem zewnątrzdomowym. Taki pogląd wykształcił się z uwagi na powszechne występowanie sezonowego alergicznego zapalenia błony śluzowej nosa i spojówek wywołanego przez alergeny pyłku roślin unoszące się w dużych ilościach w powietrzu atmosferycznym - zewnątrzdomowym. Tymczasem powietrze wewnątrz domu może czasem być bardziej zanieczyszczone od tego na zewnątrz mieszkania. Obniżenie jakości tego powietrza wiąże się przede wszystkim z obserwowaną stałą tendencją do oszczędzania energii. Zastosowano działania mające na celu maksymalne uszczelnienie pomieszczeń, zmniejszenie wentylacji jako głównego źródła strat energii, a w dużych budynkach biurowych wprowadzono wielokrotną cyrkulację powietrza wewnętrznego. Wszystkie te działania doprowadzają do wzrostu stężenia alergenów zawartych w powietrzu pomieszczeń mieszkalnych i biurowych. Działanie alergenów w źle wentylowanych pomieszczeniach jest potęgowane przez niską jakość powietrza w związku ze stosowaniem na szeroką skalę materiałów syntetycznych przyczyniających się do wzrostu stężenia uwalnianych, lotnych substancji organicznych. Zanieczyszczenia powietrza wewnątrzdomowego, takie jak formaldehyd, produkty spalania jak: tlenki węgla, azotu i siarki, włókna mineralne, radon oraz zanieczyszczenia organiczne przyczyniają się do uszkodzenia błony śluzowej dróg oddechowych i tym samym ułatwiają penetrację alergenów. Stosowanie klimatyzacji, bez należytej konserwacji może sprzyjać rozprzestrzenianiu się zarodników grzybów pleśniowych i bakterii.

... czy sezonowy

Sezonowy ANN związany jest z alergenami w środowisku zewnętrznym, takimi jak pyłki roślin lub pleśnie. Od końca stycznia rozpoczyna się sezon pylenia leszczyny i olchy. Kolejne miesiące wiosny to okres pylenia m.in.: topoli i brzozy. Początek lata wiąże się z aktywnością alergiczną traw, zbóż, chwastów oraz pleśni. Ponowny okres „zacisza" sezonu alergicznego zostaje osiągnięty dopiero w końcu września. Pacjenci cierpiący na pyłkowicę odczuwają ulgę i remisję objawów po schronieniu się w pomieszczeniach zamkniętych.

Podział alergicznego nieżytu nosa.

1. „**Okresowy**" oznacza, że objawy występują: przez < 4 dni w tygodniu, lub krócej niż 4 tygodnie
2. „**Przewlekły**" oznacza, że objawy występują: przez > 4 dni w tygodniu lub przez ponad 4 tygodnie
3. „**Łagodny**" oznacza, że nie jest spełnione żadne z poniższych kryteriów: zaburzenia snu, utrudnione wykonywanie czynności codziennych, rekreacyjnych i (lub) sportu, trudności w pracy lub nauce, uciążliwe objawy
4. „**Umiarkowany i ciężki**" oznacza, że jest spełnione przynajmniej jedno z poniższych kryteriów: zaburzenia snu, utrudnione wykonywanie czynności codziennych, rekreacyjnych i (lub) sportu, trudności w pracy lub nauce, uciążliwe objawy

ANN stanowi problem zdrowotny na całym świecie. Choroba występuje powszechnie i dotyczy 10-25% populacji. Liczba ta może być jednak zaniżona, ponieważ wiele osób nie traktuje nieżytu nosa jako choroby i nie zasięga porady u lekarza. Choroba ta należy do jednej z dziesięciu najczęstszych przyczyn wizyt lekarza pierwszego kontaktu. Zazwyczaj choroba ta nie ma ciężkiego przebiegu, wpływa jednak znacząco na życie społeczne chorych, obniża ich zdolność do nauki w szkole oraz wydajność w pracy. Alergiczny nieżyt nosa, pomimo że nie jest schorzeniem śmiertelnym, w ocenie pacjenta pogarsza jakość życia (quality of life) w większym stopniu niż astma oskrzelowa.

Diagnostyka

Diagnostyka choroby polega na zebraniu wywiadu, który ujawnia zależność objawów klinicznych od ekspozycji na określony alergen, badaniu laryngologicznym, wykonaniu testów skórnych, określeniu stężenia swoistych przeciwciał IgE i badania cytologicznego błony śluzowej nosa. W przypadkach wątpliwych niezbędne może być wykonanie donosowej próby prowokacyjnej.

Podstawą rozpoznania alergicznego nieżytu nosa jest szczegółowo zebrany wywiad. Objawy podmiotowe

PORADY

są bardzo charakterystyczne: świąd, kichanie, wodnisty wyciek z nosa, blokada nosa i szczególnie zaobserwowany przez chorego związek z potencjalnym alergenem (np.: po ścięciu trawy, kontakcie z kotem, spacerze w lesie). Alergia w wywiadzie (np. pokarmowa we wczesnym dzieciństwie), alergia w rodzinie (ryzyko 60% u dziecka obojga rodziców-alergików), reakcje sezonowe potwierdzają rozpoznanie. W nieżycie całorocznym przeważa blokada nosa, zburzenia węchu oraz stałe występowanie objawów, nasilające się po kontakcie ze znanym, wszechobecnym alergenem (np. po odkurzaniu). Objawom ze strony nosa często towarzyszy łzawienie, zaczerwienienie spojówek, pieczenie. Alergicznemu nieżytowi nosa może towarzyszyć astma, zapalenie ucha środkowego, polipy nosa, zakażenie dolnych dróg oddechowych, wady zgryzu.

Badanie przedmiotowe, badanie laryngologiczne – oglądanie jamy nosowej ujawnia następujące zmiany: obrzęk błony śluzowej nosa, zaczerwienienie, bladość, zasinienie, wady budowy anatomicznej jam nosa. U dzieci należy wykluczyć przerost trzeciego migdałka. Można stwierdzić inne objawy alergii, jak: przekrwione spojówki, zmiany skórne, zmiany osłuchowe w dolnych drogach oddechowych.

Badania dodatkowe to przede wszystkim potwierdzenie alergii przez wykonanie testów alergicznych. Najlepszą metodą jest wykonanie testów skórnych z typowymi alergenami, badanie możliwe do wykonania u dzieci po 4 roku życia. Testy wykonujemy na przedramionach nanosząc kroplami w miejscu oznaczonym dany alergen i nakłuwając naskórek. W testach mierzy się i porównuje reakcję skóry na histaminę, traktując ją jako kontrolę dodatnią z reakcją skórną w miejscu podania danego alergenu, odnosząc to do wielkości bąbla po histaminie. Najlepszym okresem wykonywania testów jest czas „zacisza alergenowego" – październik-styczeń. W diagnostyce należy także wziąć pod uwagę wykonanie badanie tomografii komputerowej zatok obocznych nosa, co pozwala różnicować inne przyczyny zaburzeń drożności nosa. Warto zwrócić uwagę na to, że polipy nosa mają niewielki związek z alergią (zwykle poniżej 5%).

Leczenie

Leczenie alergicznego nieżytu nosa obejmuje unikanie i eliminację alergenów, terapię objawową i przyczynową oraz immunoterapię. Unikanie alergenu i czynników drażniących może zredukować objawy alergiczne nawet o 30-40%. Zastosowanie pełnej eliminacji alergenu (np. alergenów zwierząt domowych, a także roztoczy kurzu domowego) może zredukować objawy chorobowe nawet o 80%, a w niektórych przypadkach nawet spowodować ich całkowite ustąpienie (eliminacja ekspozycji na alergeny zwierząt). Zmniejszeniu objawów chorobowych zawsze towarzyszy zmniejszenie zużycia leków objawowych. Dlatego też unikanie alergenu jest najbardziej ekonomiczną formą leczenia schorzeń alergicznych. Polecane są różne metody zwalczania roztoczy i innych wewnątrzdomowych alergenów. Osoby uczulone na roztocza powinny unikać kurzu, dbać o częste sprzątanie i wietrzenie mieszkania, usunąć zbyteczne tkaniny, na których może się gromadzić kurz. Nie należy również zapominać o tak błahych z pozoru sprawach, jak częsta zmiana pościeli. Unikanie jest niestety metodą możliwą do zastosowania tylko w części przypadków, trudno bowiem wyobrazić sobie jak można unikać wdychania pyłków roślin, które unoszą się w powietrzu.

Leki stosowane w terapii zachowawczej, objawowej, to głównie leki przeciwhistaminowe II-generacji, działające ogólnoustrojowo hamujące reakcję alergiczną poprzez blokowanie receptorów histaminowych. Drugą grupą leków są sterydy stosowane miejscowo – glikokortykosteroidy mające najsilniejsze działanie przeciwzapalne i znakomicie łagodzące objawy, zwłaszcza sezonowe. Stosuje się je w postaci donosowej. Nie należy obawiać się stosowania sterydów w leczeniu alergicznego nieżytu nosa, ponieważ dawki leku są bardzo małe i nie grożą wystąpieniem poważnych skutków ubocznych, jak ma to miejsce podczas przyjmowania sterydów w dużych dawkach doustnie czy też dożylnie. Kolejną grupę leków o słabszej skuteczności w nieżycie alergicznym stanowią kromony, które stosuje się donosowo. Krótkoterminowo do łagodzenia objawów nieżytu, a szczególnie wodnistej wydzieliny lub zatkania nosa można stosować leki obkurczające naczynia krwionośne w błonie śluzowej nosa w formie kropli donosowych i tabletek. Alfa-mimetyki (efedryna, pseudoefedryna, fenylopropanolamina) stosowane doustnie hamują blokadę nosa, najlepsze efekty dają w połączeniu z antyhistaminikami. Należy jednak pamiętać, że leczenie przy ich pomocy nie powinno trwać dłużej niż kilka dni. Obiecujące są efekty wprowadzanych ostatnio nowych leków antyleukotrienowych.

Immunoterapia swoista jest skutecznym leczeniem przyczynowym. Prowadzona jest w odpowiednio wyposażonych gabinetach, przez specjalistów alergologów, środkami sprawdzonymi, atestowanymi i z odpowiednią ostrożnością. Immunoterapia zwana popularnie odczulaniem polega na podawaniu choremu alergenu we wzrastających stężeniach. Substancję uczulającą podaje się zazwyczaj w postaci zastrzyku podskórnego, co kilka lub kilkanaście dni, zaczynając od bardzo małych dawek. Celem jest „przyzwyczajenie" organizmu do coraz większych dawek alergenu, tak by w końcu układ immunologiczny człowieka przestał na tę substancję reagować. Leczenie trwa zazwyczaj kilka lat i wymaga znacznej dyscypliny ze strony chorego, który musi regularnie zgłaszać się celem podania kolejnej dawki. Odczulanie u części chorych powoduje całkowite ustąpienie reakcji alergicznej, a u większości przynosi znaczne zmniejszenie nasilenia dolegliwości.

Ordynator Oddziału Otolaryngologii
dr n. med. Bogdan Kibiłda

SPOSOBY UNIKANIA KONTAKTU Z ALERGENEM

ALERGENY POZADOMOWE

pyłki roślin

- zaznajomienie się z komunikatami o stężeniu pyłków noszenie okularów słonecznych
- zalecany odpoczynek na otwartej przestrzeni nad zbiornikami wodnymi
- w okresie dużego pylenia większość dnia przebywać w pomieszczeniach zamkniętych
- wychodzić na spacer po obfitych opadach deszczu
- po powrocie do domu zdjąć (wymienić) odzież, na której są pyłki
- koszenie traw wokół domu tylko przez osobę nieuczuloną
- podróż samochodem z zamkniętymi oknami oraz stosowanie i wymiana filtrów powietrza w klimatyzacji

ALERGENY DOMOWE

roztocza kurzu domowego

- eliminacja przedmiotów gromadzących kurz, odkurzacz z filtrami,
- utrzymywanie czystości w mieszkaniu
- pościel z włókien sztucznych, pokrowce nieprzepuszczalne dla roztoczy, częste pranie i wietrzenie pościeli, stosowanie środków roztoczobójczych
- utrzymywanie prawidłowej wentylacji, niskiej wilgotności i umiarkowanej temperatury w pomieszczeniach

grzyby pleśniowe

- unikanie miejsc, gdzie widać wzrost pleśni
- prawidłowa wentylacja pomieszczeń
- unikanie nadmiernej wilgotności powietrza, ograniczenie kontaktu
- z roślinami i drewnem (kominek, choinka) usuwanie odpadków kuchennych
- przechowywanie owoców i warzyw w lodówce
- unikanie prac w ogrodzie przy dużej wilgotności

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Olsztynie realizuje

„Populacyjny program wykrywania raka piersi metodą mammografii przesiewowej”.

Na bezpłatne **badania** mammograficzne mogą się zgłaszać kobiety między 50. a 69. rokiem życia, które w ciągu ostatnich 24 miesięcy nie miały przeprowadzonego tego typu badania finansowanego przez NFZ, lub podczas zeszłorocznego badania otrzymały zalecenie lekarza ponowienia badania po upływie roku.

Oferta skierowana jest do kobiet z całego województwa warmińsko-mazurskiego.

Badania mammograficzne w Zakładzie Diagnostyki Obrazowej wykonywane są od 1996 r., przy wykorzystaniu wysokiej jakości specjalistycznego sprzętu, przez wykwalifikowaną kadrę medyczną.

Pacjentki mogą się rejestrować w Zakładzie Diagnostyki Obrazowej (II piętro), w godz. 8.00–15.00 (tel. (089 538-65-92).

Prosimy o zabranie ze sobą dowodu ubezpieczenia – aktualna legitymacja ubezpieczeniowa, w przypadku emerytów, rencistów ostatni odcinek renty lub emerytury oraz zdjęcia z badań mammograficznych i wyniki badań USG, o ile były wcześniej wykonywane.

Sława Lep Wilanowska

Mąż: Dariusz
Dzieci: Mariusz, Grzegorz

W tym numerze „Pulsu Szpitala” naszym gościem jest pani Sława Lep-Wilamowska. Pani Sława pracuje w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym na stanowisku pielęgniarki od 19 lat, w tym od 3 lat w Oddziale Neurologii.

– Moją pasją jest pisanie wierszy i czytanie książek o różnorodnej tematyce – mówi pani Sława. – Interesuję się psychologią i filozofią, lubię dobrą muzykę.

Pani Sława jest pozytywnie nastawiona do otoczenia, lubi pomagać ludziom, ceni prawdziwą przyjaźń. Jej cechy podstawowe to: uczynność, współczucie, uczciwość i duża wyobraźnia.

Wiosna jest czasem napawającym optymizmem, czasem przemian, inspiracją do nowych przedsięwzięć, rozbudza naszą wyobraźnię i zmysły. Przedstawiamy wiersze autorstwa pani Sławy, zachęcając wszystkich czytelników „Pulsu Szpitala” do prezentacji swoich talentów na naszych łamach.

Wiosna

Żółte kaczeńce, białe stokrotki
Bazie na łące, szare jak kotki
Świeżość zieleni i w jednej chwili
Ludzie są tacy radośni, mili. ..

Kwitnące sady, pachnące kwiaty
Wiosenne grządki, klomby, rabaty
W szmaragdzie wiosny i w blasku słońca
Wiatr swym powiewem gałązką trąca

Za zasłoną

Za zasłoną naszych marzeń
Naszych doznań, wspólnych wierzeń
Śpi miłości ukojenie
Wywołując serca drżenie

Za zasłoną nocnej ciszy,
Pamięć wciąż mi towarzyszy
Swoim sercem Ciebie wołam

Pragnienie

Pragnę dotknąć Twoich dłoni,
Pragnę ujrzeć Ciebie znów
Naszą miłość czas roztrwonił
Czas zamknięty miarą słów
Tak mijają dni i lata
Wspomnień ślad już zatarł się
Ma miłości, ma skrzydlata
w moje serce radość wlej

Kocham

Kocham Ciebie miłością,
która nie zna granic
Kocham Ciebie miłością
najpiękniejszych słów

Kocham magią uczuć,
życia kolorami
Kocham, choć sił
Nie starcza już. ..

Uwierz...

Twój ciepły uśmiech
i dobre słowo,
maluje wszystkim świat
na różowo

Gdy słońce świeci
Gdy pada deszcz
Słychać wokoło Twój
Dźwięczny śmiech

Twoja pomoc i ciężka praca
Uwierz... ludziom serca wzbogaca

Uwierz Przemku, w przyszłe dni
Wiedz, że przy chorych
Wciąż będziesz Ty.

Będziesz dla nich wskazówką, drogą
Będziesz dla nich serca osłodą
Będziesz, jesteś i zawsze byłeś
Prostotą serca świat odmieniłeś.

Gdy powrócisz

Gdy powrócisz mój kochany,
białe zakwitną kasztany.
Bzy się w fiolet przyodzieją...
Twoje oczy znów się śmieją.

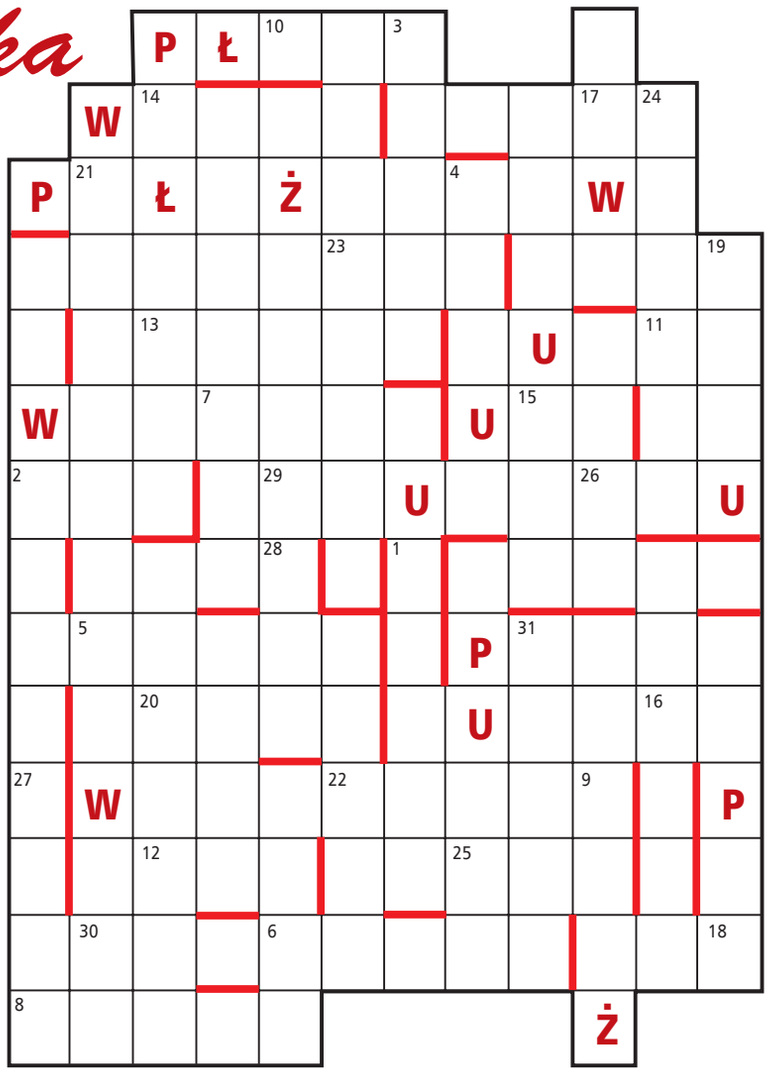
Gdy powrócisz będzie wiosna,
taka piękna i radosna
W zieleń drzew się przyodzieje
i rozbudzi w nas nadzieję.

Gdy powrócisz do mnie już
Będą złote łany zbóż,
pełne chabrów i kąkoli
A me serce jeszcze boli...
Choć znalazłam szczęście swe
W Twoim sercu, gdzieś na dnie...

K R Z Y Ż Ó W K A

Jolka 11

Objaśnienia 48 haseł podano w przypadkowej kolejności. W diagramie ujawniono wszystkie litery Ł, P, U, W i Ż. W ponumerowanych polach ukryto 31 liter hasła, które stanowi rozwiązanie.



Spośród nadesłanych rozwiązań wylosujemy trzy nagrody książkowe.
Rozwiązanie poprzedniej Jolki (10): „Dla cierpiących najmniejsza radość jest wielkim szczęściem. Sokrates".
Nagrody książkowe otrzymują: Rafał Laszczak i Ewa Karolik

• kieruje Oddziałem Hematologii • Buloński, park Paryża • ex-piwo z Elbląga • zakazany temat • nauka o pierwiastkach • likier kminkowy • postulat do złotej rybki • wyspa z Tanganiką • malarski półmrok • kontroler ISO • gobelin • kolega igreka • prezydent Portugalii (1976–86) • krótki odcinek rury z dnem • przyżegający azotan srebra • lewa u sań • ostatni gensek Rumunii • brzeg, kant • wódz, przewodnik • imię Oddziałowej Położnictwa • marsowa dla sapera • wojewódzki lub szlachecki • tatarski władca • maź, towot • autor „Dżumy" • iwa lub łoza • trzydrzwiowy z ikonami • region z Bari • cieć, gospodarz • zwłoki faraona • kraj rodzinny • żona wujka • 12. księżyc Urana • swobodny, skąpy strój domowy • nad kolanami • odroczenie • ciężar, waga • grecki Amor • wieńczy dzieło • leczy choroby przenoszone drogą płciową • koń nie trzebiony • petersburska rzeka • wałkoń na tapczanie • woda ognista • grupa dyskutujących specjalistów • sukulent z sokiem przeczyszczającym • ciasto zawijane z jabłkami • nauka o ciąży, porodzie, połogu

BJER

Puls Szpitala

Wydawca:
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Olsztynie

Nakład:
1200 egzemplarzy. Egzemplarze bezpłatne

Redaktor naczelny:
Maciej Kozłowski
Kornelia Kotwicka

Redaguje kolegium:
Beata Januszko-Giergielewicz
Hanna Taraszkiewicz
Jerzy Badowski
Alicja Dykty

Stale współpracują:
Ewa Labes-Kunicka
Stefan Barabasz
Alicja Markiewicz
Marcin Sułkiewicz
Magdalena Pepol
Tomasz Widawski
Adam Kern
Bogdan Kibiłda

Teksty i opracowanie tematów:
Pracownicy Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie oraz zaprzyjaźnieni ludzie pióra

Koncepcja plastyczna winiety tytułowej:
Barbara Szymczuk

Zdjęcie na okładce:
Tomasz Radzik

Adres redakcji:
10-561 Olsztyn, ul. Żołnierska 18
Sekcja Marketingu (wysoki parter)
tel. (0 89) 538 63 06
marketing@wss.olsztyn.pl
kkotwicka@wss.olsztyn.pl

Sekretarz redakcji:
Barbara Szymczuk
Alicja Dykty

Opracowanie graficzne i przygotowanie do druku:
Pracownia Wydawnicza „ElSet", Olsztyn

Korekta:
Elżbieta Lenkiewicz

Druk:
Pracownia Poligraficzna MG, 11-036 Gietrzwałd Uniszewo 29

KONTO:
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny Olsztyn
Kredyt Bank S.A. Olsztyn
53150012981212900258040000

Nasz adres w internecie:
www.wss.olsztyn.pl

Redakcja zastrzega sobie prawo do skrótów, zmiany tytułów. Teksty prosimy przekazywać na dyskietce w programie Word (*.doc) z zachowaniem marginesów po ok. 3 cm z każdej strony.

Galeria przedeptanych ścieżek

Już po raz drugi
mamy przyjemność
publikować zdjęcia
autorstwa pani
Zofii Jurczyk.
Pani Zofia
jest wykładowcą
w UWM w Olsztynie
na kierunku pielęgniarstwo.
Jej przepiękne zdjęcia
zachwyciły już
niejedną osobę.