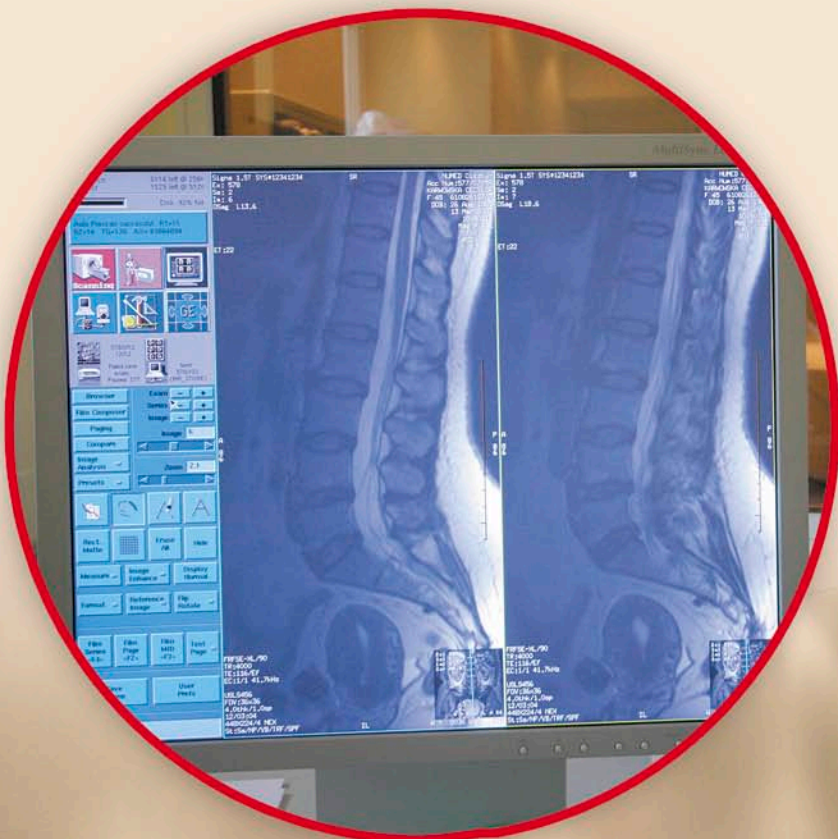


PULS SZPITALA

WOJEWÓDZKI
SZPITAL
SPECJALISTYCZNY
W OLSZTYNIE

ISSN 1644-8162

NR 15 / 1 STYCZEŃ – KWIECIEŃ 2007



- Będzie więcej pieniędzy – str. 4
- Czy dać się złapać w sieć? – str. 5
- Diagnostyka na najwyższym poziomie – str. 7
- Jeśli rodzic, to tylko tu – str. 8
- Wyzwanie dla współczesnej medycyny – Walka z sepsą – str. 16



BĄDŹMY ŚWIADKAMI ZMARTWYCHWSTAŁEGO

Uroczystość Zmartwychwstania Jezusa Chrystusa jest najwspanialszym i najważniejszym świętem spośród wszystkich dni świątecznych, jakie są obchodzone w Kościele katolickim. Wielkanoc. Dzień zwycięstwa Chrystusa nad śmiercią, piekłem i szatanem. To dzień największego cudu, który jest fundamentalnym kamieniem naszej wiary, naszej religii. Święty Paweł powiedział: „A jeśli Chrystus nie zmartwychwstał, daremne jest nasze nauczanie, próżna jest także nasza wiara” (1 Kor 15, 14).

Pierwszy raz prawdę o zmartwychwstaniu ogłosił anioł, mówiąc do niewiast: „Nie ma Go tu, bo zmartwychwstał” (Mt 28,6). Niewiasty pobiegły do uczniów i zawołały: „Zmartwychwstał!”. Apostołowie powtarzali między sobą z promieniem radości w oczach: „Zmartwychwstał!”.

To cudowne słowo podawane z ust do ust elektryzowało umysły, dodawało sił słabym i wątpiącym. I kiedy apostołowie przed rozejściem się chcieli ułożyć zbiór prawd wiary, aby je powierzyć pamięci Chrystusowych wyznawców, to w zbiorze tym, tzw. Składzie Apostolskim, umieścili słowa: „Trzeciego dnia zmartwychwstał!”.

„Zmartwychwstał!” – powtarzali odąd chrześcijanie w codziennym pacierzu. A kiedy przyszła Wielkanoc, przy spotkaniu pozdrawiali się: „Chrystus zmartwychwstał!”, w odpowiedzi słysząc: „Naprawdę zmartwychwstał!”.

Tyle wieków upłynęło już od owej pamiętnej Wielkiej Niedzieli. I każdy wierzący w codziennym pacierzu powtarza: „Trzeciego dnia zmartwychwstał!”. I cały Kościół, gdziekolwiek jest – w Europie czy w Afryce, w Azji czy w Ameryce – wszędzie powtarza: „Zmartwychwstał!”.

I dziś do Ciebie mówi Chrystus: „Nie bój się, zmartwychwstałem i jestem z Tobą! Nie bój się żyć tą prawdą! Nie bój się być w pełni chrześcijaninem”.

**„W tym dniu wspaniałym
wszyscy się weselmy”**

Bo jeśli Chrystus prawdziwie zmartwychwstał i ktoś rzeczywiście się z Nim spotkał, to ten ktoś na dłuższy czas musi być innym człowiekiem. Nie może być łotrem – nawet jeśli był nim dotychczas. Nie może być złodziejem – nawet jeśli dotąd wiódł życie rozwiązłe. Nie może być niedowiarkiem – nawet jeśli nie wierzył. Nie może być zdrajcą – jeśli dotąd wydawał innych. Nie potrafi już spełniać swojej pracy byle jak, lecz musi się kategorycznie zmienić.

Przykład Szawła z Tarsu jest pod tym względem znamieny. Po spotkaniu ze Zmartwychwstałym pod Damaszkiem zmienił się kategorycznie, przemienił się w nowego człowieka – w Pawła, i zgodnie ze znaczeniem tego imienia stał się małym i słabym, byle tylko być z Chrystusem, żyć dla Chrystusa, byle tylko do Chrystusa doprowadzić choć jednego człowieka.

Człowiek boi się konsekwencji przemiany. Są zbyt radykalne dla jego przyzwyczajzeń i osobistej wygody. Za wiele wymagają. Przemienić siebie i starać się przemienić świat na kształt prawdy o Zmartwychwstaniu? Przyjąć nową hierarchię wartości? Patrzeć na życie ziemskie w perspektywie wieczności? To stanowczo za dużo dla współczesnego człowieka.

A dla nas, chrześcijan? Przecież naszym powołaniem jest to, abyśmy stanęli po stronie zmartwychwstałego, byśmy byli jego świadkami. A będziemy nimi wtedy, gdy zło będziemy nazywali złem, a dobro dobrem. Gdy będziemy ludźmi sumienia. Gdy będziemy bronić prawd wiary, które nam kościół do wierzenia podaje.

Nie bójmy się być w dzisiejszym świecie świadkami Zmartwychwstałego! Nie tylko głośmy, że Chrystus zmartwychwstał, nie tylko świętujemy to wydarzenie raz do roku, ale przede wszystkim żyjemy tą prawdą na co dzień. Życiem swym głośmy, że Chrystus naprawdę „Trzeciego dnia zmartwychwstał!”.

Życzę wszystkim, by Chrystus zmartwychwstały był Panem i Królem waszych serc. Bo tylko On może nadać sens naszemu życiu! Może wyzwolić z grzechu, z poczucia winy. On jest odradzającą mocą, która dodaje sił, kiedy nasze ludzkie już wyczerpaliśmy. On odnawia nasze ludzkie siły, byśmy mogli iść przez życie i nie czuć znużenia. Życzę, aby moc Chrystusa zmartwychwstałego odradzała wasze codzienne życie, aby w nim było więcej miłości, pokoju i radości. Życzę, abyście potrafili być świadkami zmartwychwstałego Chrystusa w dzisiejszym świecie, byście oznajmiali swym życiem, że Pan rzeczywiście zmartwychwstał.

Radosnych Świąt Wielkanocnych.

*kapelan Szpitala
ks. Leszek Muzyka*



**Z okazji Światowego Dnia Zdrowia
i Dnia Służby Zdrowia
życzę Państwu pogody ducha, zdrowia i uśmiechu,
spełnienia wszystkich marzeń i planów,
a zbliżające się Święta Wielkanocne
niech będą pełne wiary, nadziei, miłości
oraz serdecznych spotkań
w gronie rodziny i przyjaciół.**

**Bożena Marcinkowska
Dyrektor
Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego
w Olsztynie**



SPIS TREŚCI

• Bądźmy świadkami Zmartwychwstałego	2
• Będzie więcej pieniędzy	4
• Czy dać się złapać w sieć?	5
• Diagnostyka na najwyższym poziomie	7
• Jeśli rodzic, to tylko tu	8
• Przyjaźni Środowisku Warmii i Mazur	9
• Kryształowy Puls	10
• Światowy Dzień Nerki	11
• Nasi patomorfolodzy w gronie najlepszych w Polsce	12
• Zakażenia układu moczowego – zawsze aktualny problem	14
• Nowatorskie badania Limfocyntygrafia	16
• Wyzwanie dla współczesnej medycyny – Walka z sepsą	16
• „Zima Ortopedyczna – Mierki 2007”	17
• Zespół bezdechu sennego podczas snu	18
• Wizyta w Holland	19
• Jakość w opiece... Zaangażowanie w doskonaleniu jakości	20
• Proces zmian w oczekiwaniach pacjentów	21
• Niebezpieczny bubel	22
• Internetowy specjalista – www.wss.olsztyn.pl	22
• Znad szpitalnego kałamarka Na dyrektorskim obcasie	23
• Prezentacje Audytor wewnętrzny – droga do doskonałości	24
• „Do końca świata i jeden dzień dłużej”, czyli Wielka Orkiestra Świątecznej Pomocy w naszym szpitalu	24
• Kierunek gastroenterologia	25
• Światowy Dzień Chorego	25
• Kto jest kim w szpitalu Społeczny Inspektor Pracy	26
• Krzyżówka	27

BĘDZIE WIĘCEJ PIENIĘDZY

Rozmowa z marszałkiem województwa warmińsko-mazurskiego Jackiem Protasem

— **Panie Marszałku, jaka jest kondycja szpitali w regionie?**

— Jeśli chodzi o placówki podlegające samorządowi wojewódzkiemu, to na tle Polski wypadamy dobrze. W 2006 roku nakład finansowy jednostek nam podległych wynosił 22 mln zł, w tym z dotacji budżetu województwa – 7 mln. Zobowiązania krótkoterminowe przeterminowane wszystkich jednostek wynoszą 5,8 mln. Zadłużenie z tytułu kredytów i pożyczek systematycznie maleje. Na koniec 2005 roku wynosiło 15,8 mln zł, a na koniec 2006 roku – 11,5 mln zł. Aby zwiększyć zyski nasze szpitale przymierzają się do sprzedaży swoich usług poza Polską. W związku z zapoczątkowaną w listopadzie 2006 roku współpracą między placówkami służby zdrowia z Warmii i Mazur oraz z Obwodu Kaliningradzkiego, Urząd Marszałkowski Województwa Warmińsko-Mazurskiego opracowuje specjalny katalog – ofertę turystyki medycznej dla Obwodu Kaliningradzkiego, planuje także rozszerzyć ofertę o współpracę z całą Rosją.

— **Jak na tym tle prezentuje się Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Olsztynie?**

— Szpital Specjalistyczny w Olsztynie osiągnął najlepszy wynik finansowy w województwie – 295 tys. zł zysku. Co jest wymiernym dowodem na to, że szpital jest postrzegany jako jednostka bardzo dobra i wysoko specjalistyczna. Doceniam, że dobre wyniki finansowe są dla szpitala

jednocześnie motywacją do ciągłego rozwoju i doskonalenia. Są na to liczne dowody – zdobywane certyfikaty i nagrody jakości czy wysokie miejsca w rankingach szpitali.



— **Jakie korzyści placówkom służby zdrowia w regionie może, czy raczej powinna, przynieść zmiana algorytmu, wg którego przyznawane są pieniądze poszczególnym regionom?**

— Wprowadzenie podziału środków na rok 2006 według obowiązującego algorytmu spowodowało zmniejszenie poziomu finansowania świadczeń zdrowotnych

w naszym województwie. Wielokrotnie występowaliśmy w tej sprawie do Narodowego Funduszu Zdrowia i do Ministerstwa Zdrowia. Zmiana algorytmu, a przede wszystkim zniesienie tak zwanego współczynnika migracyjnego spowoduje, że w budżecie będzie o 40 mln zł więcej pieniędzy na leczenie, tym samym wystarczy środków na płacenie za świadczenia ponadlimitowe. A wśród usług, których rzeczywiste wykonanie przekracza dzisiejsze plany, znajdują się także procedury ratujące życie.

— **Trwają prace nad ustawą dotyczącą tworzenia sieci szpitali. Jaka jest Pana opinia na temat tej ustawy i potrzeby stworzenia takiej sieci?**

— Ustawa jest tworzona przede wszystkim pod kątem województwa śląskiego, bo tam są potężne problemy związane z siecią szpitali. My w zasadzie sieć mamy uregulowaną, nie ma dyskusji o likwidacji placówek, a co najwyżej o drobnych regulacjach w zakresach specjalizacji szpitali powiatowych.

— **Na Uniwersytecie Warmińsko-Mazurskim ma powstać Wydział Lekarski. Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Olsztynie ma zostać szpitalem klinicznym, a co za tym idzie infrastruktura szpitala musi być dostosowana do potrzeb szkolenia studentów. Jaki będzie udział samorządu województwa w tworzeniu odpowiedniej bazy, tzn. dostosowania szpitala do potrzeb kształcenia studentów czy zapewnienia odpowiedniego zaplecza sprzętowego?**

— Samorząd województwa jest organem założycielskim szpitala, więc wszelkie inwestowane w niego środki, w jakość funkcjonowania tego szpitala, będą się jednocześnie przekładać na jakość kształcenia w przyszłości. Jeśli będą już sprecyzowane potrzeby inwestycyjno-sprzętowe, będziemy się starać znaleźć pieniądze na ich realizację w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego. Zdajemy sobie sprawę, że uruchomienie kierunku medycznego to zamierzenia długofalowe, ale zrab tego przedsięwzięcia powinniśmy zorganizować w ciągu najbliższych dwóch-trzech lat.

— **Dziękuję za rozmowę.**

Ewa Labes-Kunicka

CZY DAĆ SIĘ ZŁAPAĆ W SIEĆ?

Rozmowa z Bożeną Marcinkowską, dyrektorem Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie

— Rok 2006 został zamknięty wynikiem dodatnim. Można więc chyba uznać, że był to rok udany?

— Miniony rok był kolejnym rokiem, w którym szpital wypracował zysk. Od trzech lat oprócz osiągania dodatniego wyniku finansowego sukcesywnie zwiększamy jego wartość. Ale ostatnie lata, w których szpital potrafił w pełni pokryć swoje koszty wypracowanymi przychodami, był okresem niesprzyjającym osiągnięciu dodatniego wyniku. Z jednej strony olbrzymie inwestycje pochłaniające środki pieniężne, a z drugiej strony niekorzystny algorytm podziału środków skutkujący mniejszymi pieniędzmi dla naszego województwa. Musieliśmy przeprowadzić wiele działań, aby wzmocnić swoją pozycję lidera na rynku medycznym.

— Branża medyczna, mimo że kieruje się zasadami wolnorynkowymi, jest specyficznym obszarem działalności gospodarczej.

— Od szpitali wymaga się leczenia jak największej liczby chorych, wykonywania coraz bardziej skomplikowanych procedur medycznych, a jednocześnie finansowanie tych usług pozostaje na stałym poziomie, a nawet obniża się wartość zawartych z NFZ kontraktów medycznych. W związku z tym staramy się racjonalnie zarządzać naszymi zasobami. To racjonalne zarządzanie nie polega na obniżaniu kosztów za wszelką cenę, nawet kosztem leczonych pacjentów, ale na szukaniu takich rozwiązań, które

pomogą zarówno realizować misję szpitala, jak i mają uzasadnienie w twardych regułach ekonomicznych.

— Przy ogromnych, wielomilionowych stratach wielu szpitali w Polsce ten trzeci już rok na plusie to duży sukces. Dzięki czemu udało się osiągnąć tak dobry wynik?

fot. Tomasz Radził



— Kluczowy wpływ na wynik miały inwestycje, dzięki którym wykonujemy procedury wysoko specjalistyczne jako jedyni w regionie, przykładem jest utworzenie Oddziału Kardiochirurgii. Następnym elementem było wydzielenie na zewnątrz tych obszarów działalności szpitala, które wymagały wysokich kosztów utrzymania. W ubiegłym roku wydzierżawiliśmy firmie zewnętrznej Stację Dializ i dzięki temu na konto szpitala wpłynęły ponad 2 mln zł, a wpłynęły jeszcze więcej. To pozwoliło wyrównać koszty z przychodami, dając lekką nadwyżkę.

— W marcu uroczycie otwarto nową pracownię rezonansu magnetycznego. To kolejny przykład wydzielenia pewnej części działalności szpitala „na zewnątrz”.

— Rezonans jest doskonałym przykładem partnerstwa publiczno-prywatnego. Wszyscy o tym mówią, a my to robimy. Kuchnia, sprzątanie, pranie, parkingi, Stacja Dializ, o której mówiłam i wreszcie teraz rezonans – to wszystko działa na zasadzie outsourcingu. Dzięki temu rozwiązaniu nie musieliśmy kupować nowego sprzętu do badań rezonansowych i tomograficznych, a co za tym idzie nie musieliśmy zaciągać na ten cel kredytu. Przez cały ubiegły rok mieliśmy niezłą sytuację finansową, w ani jednym miesiącu nie było przeterminowanych zobowiązań. Sytuacja wygląda więc tak, że mamy pełną płynność finansową, a jednocześnie mamy nowy sprzęt, na który szpital nie wydał ani złotówki. Również wszelkie koszty adaptacji zostały pokryte przez firmę, która jest właścicielem sprzętu. Nowy rezonans ma trzy razy większą moc od starego, daje lepszą jakość obrazu i o wiele większe możliwości diagnostyczne. Jest to sprzęt o bardzo wysokich parametrach, jakiego nie powstydziliby się żadna klinika. Ten sprzęt jest w naszym szpitalu, pracują na nim nasi ludzie, tak więc prestiż szpitala rośnie.

— Na wynik finansowy składają się przychody i koszty. Jak kształtowały się jedne i drugie w ostatnim okresie?

— Ostatnie trzy lata szpitala, to okres jego bardzo dynamicznego rozwoju. Wzrastały zarówno przychody jak i koszty, ale wzrost przychodów był znacznie większy od kształtujących się kosztów, dlatego zawsze osiągaliliśmy dodatni wynik finansowy. W budżecie szpitala przeważają pieniądze z NFZ, ale pozy-

skujemy również środki z innych źródeł, między innymi Ministerstwa Zdrowia, czy innych placówek medycznych, które kupują u nas świadczenia medyczne. Natomiast przyrost kosztów w 2006 r. związany był przede wszystkim z podwyżkami wynagrodzeń, które objęły wszystkich pracowników Szpitala, a także z wykonaniem dużej liczby procedur medycznych.

— Szpital nie byłby w stanie przeprowadzić tak wielu tak dużych inwestycji i stać się rozwijać bez dodatkowych źródeł finansowania.

— Dodatkowe środki pieniężne pochodzą przede wszystkim z Urzędu Marszałkowskiego, PFRON-u, Ministerstwa Zdrowia, Narodowego oraz Wojewódzkiego Funduszu Ochrony Środowiska i Gospodarki Wodnej, a w ostatnim roku również z wydzielenia Stacji Dializ. W poprzednich latach szpital pozyskiwał również środki z Unii Europejskiej. W ostatnim roku pozyskaliśmy ponad 7 mln zł tych dodatkowych środków, w latach 2003-2006 łączyło się ich ponad 35 mln zł.

— Większość szpitali w Polsce narzeka na wysokie koszty pracy.

— W naszym szpitalu koszty pracy kształtują się na poziomie 40% kosztów ogółem. Są szpitale, które mają ponad 70% tych kosztów, oznacza to, że większość pieniędzy, którymi dysponuje taki szpital jest przeznaczona na wypłaty dla pracowników. Te placówki nie mają środków na zakupy materiałów, leków i sprzętu niezbędnych do leczenia pacjentów, nie mówiąc już o pieniądzach na rozwój. Jesteśmy w bardzo dobrej sytuacji na rynku szpitali, a przyczyniły się do tego między innymi umowy cywilno-prawne. Obniżyliśmy koszty pracy, a dodatkowo pracownicy zatrudnieni w ten sposób zapewniają całodobową opiekę w oddziale.

— Wielu pacjentów, dużo zabiegów, w tym drogie procedury wyspecjalistycznych, to również duże nadlimity.

— Za 2006 rok szpital ma nieopłaconych 5 mln zł nadlimitów. Oczywiście o te nieopłacone nadlimity będziemy walczyć, bo to są pieniądze przez nas wypracowane. To, że udało się zamknąć rok 2006 wynikiem dodatnim, głównie – jak już mówiłam – dzięki prywatyzacji Stacji Dializ, nie oznacza, że możemy zrezygnować choćby ze złotówki. Pieniądze, które zarabiamy wciąż przeznaczamy na rozwój naszej bazy. A potrzeb jest jeszcze bardzo dużo.

— Czy sytuację może poprawić zmiana algorytmu, według którego przyznawane są poszczególnym regionom środki na ochronę zdrowia?

— Zmiana algorytmu wcale nie oznacza, że na pewno będzie lepiej. Tu nie chodzi o to, żeby zmieniać sposób liczenia, ale o to, żeby poprawić finansowanie w województwie. Zmiana sposobu dzielenia pieniędzy powinna spowodować, że więcej środków będzie wpływało na Warmię i Mazury. Czy tak będzie? Trudno powiedzieć. Na razie sytuacja wygląda tak, że za 2006 rok wartość nieopłaconych świadczeń, to w naszym szpitalu 5 mln zł. A dodatkowo w 30% szpital nie wykorzystuje swojej bazy. To znaczy, że – przy odpowiednim finansowaniu – moglibyśmy zrealizować znacznie więcej planów.

— Jakie więc są plany na 2007 rok?

— Na ten rok zakładamy wynik dodatni. W planie finansowym szacujemy nasze przychody całkowite na ponad 96 mln zł, koszty zaś na podobnym, ale nieco mniejszym poziomie. Pozwoli to na zbilansowanie działalności szpitala i utrzymanie niewielkiego dodatniego wyniku finansowego. Przyrost wartości przychodów i kosztów związany jest przede wszystkim z ustawowymi podwyżkami wynagrodzeń. Na ten cel szpital otrzyma dodatkowo w 2007 r. z NFZ 11 mln zł.

— Marszałek województwa i rektor Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego podpisali porozumienie, w myśl którego na Uniwersytecie powstanie Wydział Lekarski. Wojewódzki Szpital Specjalistyczny ma zostać szpitalem klinicznym, kształcącym studentów. Czy szpital jest na to przygotowany?

— Po to, żeby być szpitalem klinicznym, czyli szkolić studentów, trzeba spełnić kilka warunków. Musi być odpowiednia baza, określony, bardzo szeroki zakres przeprowadzanych zabiegów i operacji – od prostszych po najtrudniejsze, najbardziej skomplikowane, a także odpowiednia, wysoko wykwalifikowana kadra. Nasza baza jest znakomita do kształcenia studentów, również nasza kadra medyczna to profesjonalny i doświadczony zespół, od którego z pewnością można się wiele nauczyć. Posiadamy też większość oddziałów, którymi dysponują kliniki, w których muszą odbywać się praktyki.

— Trwają prace nad ustawą mającą doprowadzić do utworzenia w Polsce sieci szpitali. Jak Pani ocenia ten projekt? Czy taka sieć jest potrzebna w naszym regionie?

— Na pewno tak. To fatalne, że tyle lat po wojnie nie mamy sieci szpitali. Z jednej strony wszyscy narzekamy na brak pieniędzy, a z drugiej strony w wielu szpitalach mówi się o niewykorzystanych możliwościach. To znaczy, że coś jest nie tak, że trzeba to zmienić. Powinno zwiększyć się środki publiczne na ochronę zdrowia, a także dokonać przeglądu szpitali i ustalić zasady funkcjonowania szpitali publicznych. Sam projekt budowy sieci szpitali budzi oczywiście pewne wątpliwości. Przede wszystkim okres wprowadzenia w życie. Nie da się oczywiście przeprowadzić tak poważnych zmian z dnia na dzień, ale 5 lat, to stanowczo zbyt długo. No i bardzo ważna będzie tu konsekwencja. Może się bowiem zdarzyć, i jest to bardzo prawdopodobne, że każdy będzie chciał utrzymać status quo, a jeżeli tak się stanie, to nie będzie sieci szpitali, bo wszyscy będą w sieci.

— Dziękuję za rozmowę.

Ewa Labes-Kunicka

DIAGNOSTYKA

W szpitalnej sali konferencyjnej pani dyrektor Bożena Marcinkowska przywitała gości. Panowie Jacek Protas – marszałek województwa warmińsko-mazurskiego, Czesław Jerzy Małkowski – prezydent Miasta Olsztyna oraz Andrzej Zakrzewski – dyrektor Warmińsko-Mazurskiego Oddziału NFZ w swoich wystąpieniach zaznaczyli jak ważna jest dobra diagnostyka w szpitalu. Swoją obecnością zaszczylił nas również prof. Jerzy Walecki, wieloletni konsultant w dziedzinie radiologii i diagnostyki obrazowej, który wygłosił referat pt. „Stan obecny i perspektywy diagnostyki MR”. Po wykładzie wszyscy zebrani przenieśli się do pracowni rezonansu magnetycznego, w której dr n. med. Elżbieta Stefanowicz zaprezentowała możliwości nowego sprzętu.

Outsourcing

Rozwój szpitala zależy w dużej mierze od umiejętności pozyskiwania środków z zewnątrz. Jednym z takich sposobów jest outsourcing, czyli oddanie partnerowi zewnętrznemu zadań związanych z działalnością szpitala. Dzięki temu szpital został wyposażony w nowy rezonans magnetyczny oraz



Profesor Jerzy Walecki



Czesław Małkowski – prezydent Olsztyna

NA NAJWYŻSZYM POZIOMIE

Nowy rezonans magnetyczny podniósł jakość badań diagnostycznych wykonywanych w naszym szpitalu. Teraz pacjenci mają dostęp nie tylko do wykwalifikowanych specjalistów, ale i nowoczesnego sprzętu. Uroczyste otwarcie pracowni rezonansu magnetycznego odbyło się 27 marca 2007r.

tomograf komputerowy. Dobra współpraca z firmą NU-MED pozwoliła na zakupy, na które szpital nie wydał ani złotówki, a kupuje tylko badania.

Sprzęt wysokiej klasy

Obecny rezonans ma trzy razy większą moc od starego i daje lepszą jakość obrazu, co jest szczególnie ważne przy pacjentach z dużą tkanką tłuszczową. Przy badaniu stawów dobrze widoczne są wszystkie szczegóły, co zapewnia postawienie dokładnej diagnozy. – *Wyposażenie rezonansu w specjalistyczne cewki pozwoliło na poszerzenie gamy wykonywanych badań, między innymi o badanie piersi. Aparat umożliwia również badanie pewnych schorzeń mięśnia sercowego, a elastyczne mankiety ułatwiają badanie małych stawów i oczodółów* – dodaje dr n. med. Elżbieta Stefanowicz,

kierownik Działu Radiodiagnostyki Obrazowej. Następnym atutem jest dużo lepszy obraz naczyń, szczególnie znaczenie ma to dla pacjentów, którzy nie mogą mieć podanego kontrastu. Możliwość wykrywania bardzo wczesnych zmian udarowych często zapobiega długiej hospitalizacji i rehabilitacji pacjentów. A dzięki zastosowaniu fotografii cyfrowej można szybko wyciąć potrzebny fragment zdjęcia, powiększyć i natychmiast przesłać dalej.

Bezpieczeństwo i komfort w rytmie muzyki

W pracowni rezonansu magnetycznego lekarze mają dostęp do aparatu do znieczulenia ogólnego. Niewiele pracowni posiada taki aparat do własnej dyspozycji. Urządzenie to może pracować w polu

magnetycznym dlatego pacjenci wymagający znieczulenia również mają wykonywane badania w rezonansie magnetycznym. Dodatkowym ułatwieniem jest ruchomy stół, dzięki któremu pacjent, szczególnie ten, który jest w ciężkim stanie, nie musi być wielokrotnie przekładany. Rezonansu magnetycznego nie należy się bać, badanie jest bezbolesne, a osoby, które cierpią na klaustrofobię mogą liczyć na środki uspokajające lub pomoc anestezjologa. W przełamaniu strachu z pewnością pomoże muzyka, która na życzenie pacjenta umili badanie.



Dr n. med. Elżbieta Stefanowicz przecina wstęgę.



Bożena Marcinkowska – gospodarz uroczystości i zaproszeni goście.

Ankieta przed badaniem

Pacjent przed badaniem rezonansem magnetycznym musi wypełnić formularz, który wykaże czy istnieją przeciwwskazania do wykonania badania. Przedmioty znajdujące się w ciele pacjenta mogą być źródłem zakłóceń obrazu, a nawet mogą zagrozić jego życiu. Bardzo ważne jest aby pacjenci z rozrusznikami serca, biostymulatorami, sztuczną metalową zastawką serca czy innymi przedmiotami poinformowali o tym lekarza. Kobiety



Pracownia rezonansu magnetycznego



Pracownia tomografii komputerowej

w ciąży nie mają wykonywanych badań MR bez wyraźnego uzasadnienia klinicznego.

Tomografia komputerowa

Najwyższą jakością i kompleksowością badań diagnostycznych razem z rezonansem zapewnia nowy tomograf. Urządzenie to jest lepszej jakości niż poprzedni tomograf, co pozwala na szybsze badanie z większą dokładnością. Ma też więcej opcji i w znakomity sposób poszerza możliwości diagnostyczne. – *Trójwymiarowe projekcje, możliwość obracania i oglądania obrazu z każdej strony ułatwia diagnozę. Ten aparat jest dużo lepszy pod względem oceny naczyniowej, daje lepszy obraz kości i posiada opcje naczyniowe* – mówi lek. med. Anna Szalczunas.

core

JEŚLI RODZIĆ, TO TYLKO TU

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Olsztynie został wyróżniony w akcji „Rodzić po ludzku”. Zarówno eksperci, jak i pacjentki ocenili nasz szpital jako jeden z najlepszych na Warmii i Mazurach.

Otrzymaliśmy 5 serduszek, jest to największa ilość serduszek jakie były przyznawane przy ocenie. Zdaniem rodzących mam, w szpitalu spotyka się życzliwość, otrzymuje pomoc i wyczerpującą informację o przebiegu porodu i stanie dziecka. Poszanowanie godności i zachowanie intymności rodzących kobiet stawiane są na pierwszym miejscu. Pacjentka ma prawo do zgody lub odmowy na podawanie środków farmakologicznych, na zabiegi i obecność studentów.

W szpitalu przyjmuje się najwięcej w regionie powikłanych przypadków ciąży. Dzięki coraz lepszemu wyposażeniu i wysokim umiejętnościom lekarzy i położnych udaje się w większości przypadków skutecznie pomagać pacjentkom.

W Oddziałach Ginekologii, Położniczym oraz w Trakcie Porodowym nie ma rutyny, a każda mama traktowana jest indywidualnie, z szacunkiem i życzliwością. Odbierane są nie tylko prawidłowe, fizjologiczne, ale również trudne i skomplikowane porody. Najwyższy (III) poziom referencyjny świadczy o tym, że w oddziałach leczone są najcięższe powikłania okresu ciąży, porodu i porodu z innych szpitali. To wiąże się z koniecznością specjalistycznego

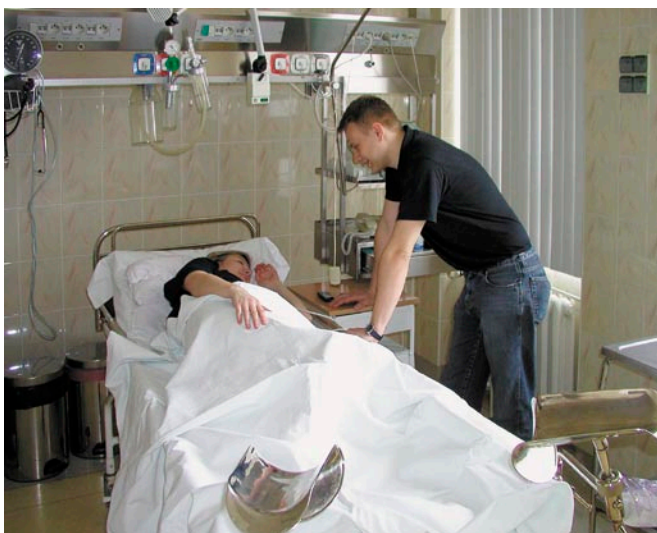


wyposażenia, znajduje się tu 10 stanowisk intensywnej opieki nad noworodkiem i cztery stanowiska intensywnego nadzoru okołoporodowego dla mam.



W szpitalu przede wszystkim leczy się przedwczesne porody, szczególnie w okresie 24-32 tygodnia ciąży, zajmuje się diagnostyką okołoporodową, diagnostyką, leczeniem i monitorowaniem wikłających ciążę chorób: nerek, serca, układu krążenia, cukrzycy, hematologicznych, układu naczyniowego, układu nerwowego, konfliktu serologicznego. Oddział ginekologiczno-położniczy jako jedyny w województwie warmińsko-mazurskim wykonuje inwazyjne wewnątrzmaciczne zabiegi diagnostyczno-lecznicze na płodzie, np. kordocentezy. Najbardziej obiektywnym wskaźnikiem oceniającym poziom oddziału jest jedna z najwyższych w skali całego kraju przeżywalność noworodków ze skrajnie niską wagą urodzeniową.

Łatwo jest spowodować radość i zadowolenie kobiety z pobytu w szpitalu po prawidłowo przebiegającej ciąży i prawidłowym porodzie. Sztuką jest natomiast wywołać uśmiech na twarzy kobiety, kiedy pojawiają się problemy z jej zdrowiem lub ze zdrowiem jej dziecka. W Szpitalu Wojewódzkim w Olsztynie to się udaje.



Przyszła mama rodzi w towarzystwie męża.



Lek. med. Tomasz Wańczyk sprawdza czy poród przebiega prawidłowo.

Do porodu:

- 4 sale pojedyncze,
- 1 sala cięć,
- worek sako, piłka, materac.

Sale są przestronne, jasne, sprawiają domowe wrażenie, łazienka w pokoju.

W I okresie można pić, chodzić, brać prysznic, korzystać z pomocnych sprzętów. Łagodzenie bólu: kąpiel, prysznic, masaż. Znieczulenie ZO nieodpłatne.

II okres w pozycji leżącej lub półsiedzącej doradzanej przez personel. Możliwy poród rodzinny, osoba towarzysząca może zostać po porodzie jak długo chce.

Dziecko kładzione jest mamie na brzuchu na parę minut, często na dłużej. Po zważeniu i zmierzeniu dziecko wraca do mamy zazwyczaj jeszcze na sali porodowej.

CC w znieczuleniu dołędźwiowym, z bliską osobą. Mama dostaje dziecko na stałe po kilku godzinach lub następnego dnia.

Personel sali porodowej życzliwy i pomocny. Kobiety są wyczerpująco informowane o przebiegu porodu i pytane o zgodę na stosowane środki i zabiegi.

Po porodzie:

- 4 sale dla samych matek, maks. 3 łóżka,
- 10 sal dla mam z dziećmi, maks. 2 łóżka,
- 1 w.c. na 3 łóżka, 1 prysznic na 4 łóżka.

Mamy są z dziećmi przez całą dobę, ale mogą oddać malucha na parę godzin pod opiekę personelu. Jeśli dziecko leży na oddziale noworodkowym, to matka może być z nim bez ograniczeń.

Pediatrzy wyczerpująco informują o stanie zdrowia dziecka. Mamy mogą być obecne przy niektórych zabiegach i badaniach lekarskich oraz uczestniczyć w pielęgnacji.

Personel chętnie uczy, jak karmić i pielęgnować malucha, opiekuje się kobietami.

Odwiedziny bez ograniczeń w salach, 3 osoby jednorazowo. Można towarzyszyć całodobowo. Nie ma opłat.

core



Badanie KTG

PRZYJAŹNI ŚRODOWISKU WARMII I MAZUR

Marszałek województwa Jacek Protas wręczył wyróżnienia podczas uroczystej Gali „Najlepsi z najlepszych”.

16 lutego, w Teatrze im. Stefana Jaracza w Olsztynie odbyła się – już po raz czwarty – impreza, podczas której nagradzani są mieszkańcy regionu, których sukcesy wpływają na pozytywny wizerunek Warmii i Mazur. Pani Bożena Marcinkowska, dyrektor Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie otrzymała wyróżnienie w konkursie „Przyjaźni Środowisku Warmii i Mazur”. Jest to jedyny w swoim rodzaju plebiscyt dla osób i instytucji promujących swoimi działaniami proekologiczne inicjatywy na terenie naszego regionu. Otrzymaliśmy wyróżnienie za kompleksowy program termomodernizacji obiektów Szpitala i konsekwentne wdrażanie systemów zarządzania ISO 14001.

Termomodernizacja pozwoliła na obniżenie kosztów ogrzewania oraz kosztów zużycia energii elektrycznej, poprawiła estetykę budynków i podniosła komfort pobytu pacjentów w Szpitalu.



Oszczędności energii wynikające z termomodernizacji Szpitala, wynoszą w skali roku ok. 600 tys. zł.

W imieniu pani dyrektor nagrodę odebrał pan Stefan Barabasz, zastępca dyrektora ds. eksploatacyjno-technicznych.

core



„Najlepsi z najlepszych”

KRYSTAŁOWY PULS

Droży Czytelniczy,

Puls Szpitala to kwartalnik jedyny w swoim rodzaju. Każdy z nas ma, czasem niewielki, ale zawsze, udział w jego tworzeniu. Niektórzy piszą teksty, inni pozuja do zdjęć, a są i tacy, którzy... przeganiają fotografa. To jest nasza gazeta. Dzięki niej wiemy, co słychać u „sąsiada” w oddziale na niższym piętrze, kto wykonał nowy zabieg, a do kogo trafiły wyróżnienia i nagrody. *Puls Szpitala* zagościł w naszym szpitalu na dobre. Dzisiaj oddajemy Państwu już piętnasty (kryształowy) numer gazety. Dziękujemy, że jesteście z nami, czytacie artykuły, komentujecie i nie boicie się pisać. Ta gazeta istnieje dzięki Wam i dla Was. Życzymy wielu mile spędzonych chwil przy lekturze.

Nad redagowaniem naszej gazety pracuje sztab ludzi, ale to redaktor naczelny sprawuje pieczę nad wszystkim. Czworo redaktorów całym sercem angażowało się w pracę nad *Pulsem*, oto oni.



Beata Januszko-Giergielewicz,
redaktor 1-6 numeru *Pulsu*

Jak to zwykle bywa w naszym Szpitalu, *Puls* narodził się w gonitwie po piętrach i początki jego sięgają osoby... dr. Ryszarda Wasińskiego, który wówczas, w 2002 roku sprawował funkcję z-cy dyrektora ds. medycznych. – Może pani doktor zajęłaby się misją zwiększenia przepływu informacji w naszym Szpitalu w ramach wymogów akredytacji? – zapytał łapiąc mnie na zakręcie za rękaw między I a II piętrem. Dlaczego ja? Prawdopodobnie byłam pierwszą osobą, na którą się natknął, głowiąc się, „co zrobić z tym fantem”. Błysk! Już wtedy ciągnęło mnie do pisania, a kiedy zamknęłam oczy i wyobraziłam sobie, o kim i o czym można pisać w naszym Szpitalu... Nie gazety, a tomy! W ten sposób zakręt między piętrami stał się prawdziwym zakrętem w moim życiu, które postawiło przede mną nowe wyzwanie – stworzyć gazetę od punktu „0”.



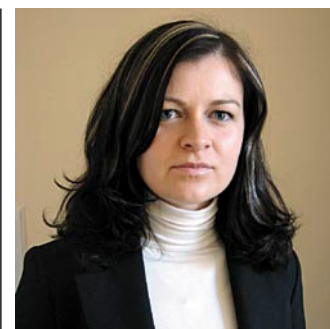
Magdalena Kantorczyk,
redaktor 7-9, 13 numeru *Pulsu*

Puls Szpitala był dla mnie niepowtarzalną dalszą przygodą z pisaniem, okazją do poznania środowiska medycznego i zagłębienia się w tajniki Szpitala. Początki nie były łatwe, nowa specyfika pracy, konieczność pozyskania zaufania ludzi, dla których byłam obcą osobą. Zawręcz to, co istotne w pracy ludzi, stworzyć trybunę sukcesów szpitala, przedstawić problemy i zmagania, to wyzwanie redaktorskie, które okazało się wielką próbą. *Puls* stał się również początkiem znajomości ze wspaniałymi ludźmi, którzy niejednokrotnie przymykali oko na mój „brak znajomości tematu”. Spokojnie tłumacząc zawilości poszczególnych zabiegów próbowali zaszczyć mi miłość oraz pasję do pracy lekarza i pielęgniarki. Wielki szacunek do wiedzy, doświadczenia i pracy osób, które z prawdziwym oddaniem ratują życie i zdrowie ludzi – to właśnie dał mi *Puls Szpitala*.



Maciej Kozłowski,
redaktor 10, 11 numeru *Pulsu*

Gdybym miał wskazać najciekawsze z zajęć w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Olsztynie, to niewątpliwie byłoby to pełnienie funkcji redaktora naczelnego *Pulsu Szpitala*. Nawet, gdy pojawiały się trudności w trakcie składania kolejnego numeru, a ostatnie akapity składane były tuż przed drukiem, to niczym nie można było zastąpić satysfakcji z kolejnego wydania. Było to bardzo cenne i równocześnie niezastąpione doświadczenie, dające możliwość wprowadzenia w życie własnych pomysłów. Jednak przede wszystkim polega ono na pracy zespołowej. *Puls Szpitala* to efekt współpracy zespołu marketingu oraz wszystkich osób, które czują się mocno związane z naszym Szpitalem. Ja nadal czuję się jego częścią.



Kornelia Kotwicka,
redaktor 12, 14-15 numeru *Pulsu*

Redagowanie *Pulsu* to niewątpliwie wyzwanie, które, muszę przyznać, jest wielką przyjemnością. Możliwość poznawania tak wielu fascynujących osób, ich historii, pasji i spostrzeżeń sprawia, że staję się bogatsza o kawałeczki życia, których sama nigdy bym nie doświadczyła. To trochę tak jakby żyć wielokrotnie. Szukanie tematów, opisywanie wydarzeń i pilnowanie terminów. Trzeba pozwolić ponieść się „szpitalnej fali informacji”. A szpital to wyjątkowe miejsce, zbiega się tu wiele emocji, radość obok smutku, ulga obok cierpienia, i jest jeszcze... człowiek, który musi sobie z tym wszystkim poradzić. Szpital ma swoje życie i swój *Puls*. I dopiero, gdy wzięłam do ręki moją pierwszą zredagowaną gazetę zrozumiałam ten błysk w oku i nutkę tęsknoty w głosie moich poprzedników.

ŚWIATOWY DZIEŃ NERKI

Światowa Organizacja Zdrowia uznała drugi czwartek marca Światowym Dniem Nerki. Nie tylko w tym dniu, ale zawsze powinniśmy pamiętać, że nerka jest jednym z najważniejszych narządów w organizmie ludzkim. Rola nerek nie sprowadza się jedynie do wydalania z moczem nietłucznych produktów przemiany materii. Są one również miejscem produkcji i degradacji wielu hormonów wpływających na procesy fizjologiczne zachodzące w organizmie ludzkim. Do uszkodzenia nerek może dojść zarówno w ich schorzeniach pierwotnych, jak również w schorzeniach ogólnoustrojowych, w których nerki są jednym z zajętych narządów (cukrzyca, nadciśnienie tętnicze, choroby tkanki łącznej). Prowadzone badania epidemiologiczne wykazują narastanie przewlekłej choroby nerek, której częstość występowania określa się na 5-16% w ogólnej populacji i na 50-60% pośród osób obciążonych ryzykiem rozwoju przewlekłej choroby nerek. Leczenie chorób nerek można podzielić na zachowawcze, dializoterapię i przeszczepianie nerek.

W Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym zajmujemy się głównie leczeniem zachowawczym i dializoterapią. Nasz udział w transplantologii nerek sprowadza się do przygotowania chorego do przeszczepu i leczenia niektórych powikłań u chorych po przeszczepie. W oddziale nefrologicznym są diagnozowani i leczeni chorzy z pierwotnymi i wtórnymi schorzeniami nerek, nadciśnieniem tętniczym i innymi chorobami internistycznymi. Zajmujemy się najcięższymi przypadkami nadciśnienia tętniczego, zwłaszcza wtórnego, w którym w wielu przypadkach istnieje możliwość usunięcia przyczyny, co może oznaczać całkowite jego wyleczenie.

Jeżeli chodzi o pierwotne i wtórne choroby nerek to wszystkie one mogą być diagnozowane i leczone w naszym oddziale. Wykonywanie plasmoferezy umożliwia nam leczenie niektórych immunologicznych chorób nerek o bardzo ciężkim przebiegu. Wykonujemy ponadto dializę wątrobową metodą MARS, co umożliwia leczenie chorych ze śpiączką w przebiegu marskości wątroby oraz ciężkich zatruc, np. grzybami. W tym zakresie jesteśmy jednym z czterech ośrodków w Polsce.

Osiąganie tak dobrych wyników w diagnozowaniu, a w konsekwencji i w leczeniu chorób nerek, nadciśnienia tętniczego i ciężkich zatruc jest możliwe dzięki wiedzy fachowej kadry medycznej oraz bardzo dobrej bazie diagnostycznej naszego szpitala. Dotyczy to badań wizualizacyjnych (USG, tomografia komputerowa, rezonans magnetyczny, scyntygrafia), badań izotopowych, histopatologicznych oraz diagnostyki laboratoryjnej. Niezbędnym ogniwem opieki nefrologicznej jest poradnia chorób nerek udzielająca codziennych porad. Udzielamy konsultacji pacjentom prowadzonym przez lekarzy rodzinnych



Alicja Calka i Jan Forfu – specjaliści chorób wewnętrznych i nefrologii

i innych specjalistów. Chorzy wymagający stałej opieki nefrologicznej pozostają pod ciągłym nadzorem poradni. Również chorzy opuszczający oddział nefrologiczny, a wymagający nadal opieki nefrologicznej są leczeni w poradni.

I wreszcie trzeci element opieki nefrologicznej – dializoterapia. Ta forma leczenia w naszym szpitalu prowadzona jest od 30 lat. Aktualnie wykonuje ją firma GAMBRO w 13-stanowiskowej stacji dializ. Wszyscy pacjenci wymagający tego leczenia mają je zapewnione. Rocznie wykonuje się około 11 tysięcy dializ. Stałym programem leczenia nerkozastępczego objętych jest około 100 pacjentów. Wykonujemy zarówno hemodializę jak również dializę otrzewnową. Wykonujemy też hemodializy gościnne dla chorych leczonych czasowo w Olsztynie lub okolicach. Czasowemu leczeniu nerkozastępczemu poddawani są również chorzy leczeni

w innych ośrodkach naszego województwa, a wymagający leczenia specjalistycznego, wielokrotnie zabiegowego w oddziałach naszego szpitala. Ponadto wykonywane są tak zwane dializy ostre u chorych z ostrą niewydolnością nerek w przebiegu różnych chorób, w których nerki mogą być tylko jednym z zajętych narządów, np. zatrucia, sepsa, urazy wielonarządowe.

Organizację opieki nefrologicznej w naszym szpitalu uważamy za modelową. Funkcjonowanie wszystkich trzech elementów tej opieki (oddział, stacja dializ, poradnia) jest ściśle ze sobą powiązane. Największym osiągnięciem jest dobrze wyszkolony zespół lekarski wspólny dla całego pionu nefrologicznego. Jest to gwarantem ciągłości opieki nad pacjentem. Zespół ten to pięciu lekarzy nefrologów, trzech następnych jest w trakcie specjalizacji z nefrologii, a jeden rozpocznie ją w tym roku. Dwóch lekarzy posiada tytuły doktora nauk medycznych, a dwóch następnych ma rozpoczęte przewody doktorskie.

Mamy dobrze wyszkolony personel pielęgniarski. Część z nich posiada wymagane specjalizacje lub przeszło odpowiednie kursy.

Chcemy zaapelować do państwa o troskę o własne nerki. Wczesne rozpoznanie uszkodzenia nerek oraz zapobieganie utracie ich funkcji pozwoli uniknąć wielu nieszczęść. Na całym świecie, w tym również w Polsce są opracowywane i wdrażane programy wczesnego wykrywania chorób nerek, a także leczenia mającego na celu spowolnienie ich przebiegu.

*dr n. med. Jan Forfu
lek. med. Alicja Calka*



Aparat do dializy

NASI PATOMORFOLODZY W GRONIE NAJLEPSZYCH W POLSCE

Doskonale oceny w szkoleniach oraz wysokie miejsce wśród zakładów patomorfologii to sukcesy Działu Patomorfologii.

W Polsce pracuje 500 patomorfologów, ale to patomorfolodzy z naszego szpitala zdobywają najwięcej punktów w programach jakościowych, kursach i szkoleniach. To dzięki nim możemy chwalić się wysoką jakością usług. Aby skutecznie leczyć chorego trzeba znać przyczyny dolegliwości. Od właściwej diagnozy zależy zdrowie i życie pacjenta. Ta diagnoza determinuje rodzaj i rozległość ewentualnego zabiegu, wpływa na całe leczenie oraz pozwala prognozować dalszy przebieg choroby. W praktyce onkologicznej, i nie tylko, oznacza to np. że lekarze prowadzący wiedzą, ile tkanki nowotworowej trzeba usunąć i gdzie dokładnie zaczynają się obszary chorobowo zmienione.

Ostatnia instancja w procesie diagnostyki

Praca patomorfologa to trudne i odpowiedzialne zadanie, obarczone najwyższym stopniem odpowiedzialności. Może dlatego specjalistów patomorfologów jest tak mało. Specjalność ta ma bardzo szeroki zakres. Jest interdyscyplinarna, to znaczy bierze udział w diagnostyce i leczeniu chorób wielu specjalności, poczynając od onkologii poprzez wszystkie zabiegowe działy medycyny, a kończąc na dermatologii oraz pracach badawczych.



Patomorfologia w liczbach

Rocznie w Dziale Patomorfologii wykonuje się ok. 100 tysięcy badań. To oznacza, że

diagnozowanych jest ok. 30 tysięcy chorych. Zwykle badanie trwa 2-4 dni, ale w szczególnych wypadkach musi być wykonane w ciągu kilkunastu minut. Gdy pacjent

leży na stole operacyjnym, a chirurdzy oczekują na patomorfologów dalszych wskazań, przeprowadza się właśnie badania śródoperacyjne. Takich badań wykonuje się od 5 do 20 dziennie.

Akredytacja Polskiego Towarzystwa Patologów

Szpitalny Dział Patomorfologii jako jedyny w województwie warmińsko-mazurskim posiada taką akredytację. Potwierdza ona wysoką jakość pracy, po-



Patomorfologia zajmuje się rozpoznaniem, klasyfikacją oraz czynnikami terapeutycznymi i prognostycznymi chorób na podstawie zmian morfologicznych w tkankach i narządach.

Jako dyscyplina teoretyczna wywodzi się z anatomii patologicznej (R. Virchow), obecnie jest częścią bardziej ogólnej nauki o chorobach (patologii). Jednocześnie jednak jest nauką stosowaną i specjalizacją lekarską, posługującą się szerokim wachlarzem metod (sekcja zwłok, biopsje, mikroskopia, immunohistochemia, cytochemia i histochemia, komputerowa analiza obrazu, metody biologii molekularnej i in.), niezastąpioną zwłaszcza we współczesnej diagnostyce chorób nowotworowych.

POLQA

Program Zapewnienia Jakości w badaniach patomorfologicznych jest niezbędny w ciągle reformowanej ochronie zdrowia. Pacjent, który staje się podmiotem naszej pracy ma prawo wiedzieć, czy zakład, w którym wykonywane są jego badania spełnia standardy jakościowe i czy diagnoza stawiana będzie na najwyższym z możliwych poziomie. Oceny zewnętrzne na świecie związane są z tworzeniem niezależnych organizacji, których celem jest anonimowa ocena preparatów, barwień czy wyników i tworząca na zasadzie porównań ranking zakładów spełniających (lub nie) standardy jakościowe.

Polski Program Zapewnienia Jakości w Patomorfologii (POLQA) obejmuje następujące moduły:

1. TECHNOLOGIE PATOMORFOLOGICZNE

Moduł oceniający jakość rutynowej diagnostyki histopatologicznej, w którym celem jest podniesienie na możliwie najwyższy poziom jakości bloczka parafinowego oraz preparatu mikroskopowego.

2. IMMUNOHISTOCHEMIA

Moduł oceniający jakość badań immunohistochemicznych na podstawie oceny zabarwionych preparatów.

Współpraca

Patomorfolodzy w naszym szpitalu ściśle współpracują z Instytutem Onkologii w Warszawie w programie „Ocena receptora HER2, występowania w przerzutach i wznowach oraz korelacja między występowaniem receptorów progesteronowych i HER2”.



Zespół Działu Patomorfologii

Diagnostyka raka tarczycy dała możliwości przystąpienia do Komitetu Referencyjnego Epidemiologii, Diagnostyki i Leczenia Raka Tarczycy – Centrum Onkologii w Gliwicach.

Stale rozszerzanie współpracy diagnostycznej i naukowo-badawczej z wieloma liczącymi się ośrodkami jest potrzebą i koniecznością. Przykładem tego jest współdziałanie z Ośrodkiem Nowotworów Dziedzicznych Pomorskiej Akademii Medycznej w Szczecinie oraz Centrum Onkologii w Olsztynie jak również Polską Grupą Hematopatologów.



core



ZAKAŻENIA UKŁADU MOCZOWEGO — ZAWSZE AKTUALNY PROBLEM

Zakażenia układu moczowego (ZUM) mogą występować ze zróżnicowaną częstością w zależności od wieku i płci. Należą do najbardziej rozpowszechnionych schorzeń infekcyjnych u ludzi.

ZUM występują znacznie częściej u kobiet, z wyjątkiem pierwszych 3 miesięcy życia, kiedy to dominują u noworodków i niemowląt płci męskiej. Podobnie często infekcje układu moczowego występują u mężczyzn w podeszłym wieku, związane jest to z przerostem gruczołu krokowego i zaburzeniami mikcji. Do zakażeń przyczyniają się wszystkie czynniki prowadzące do zaburzeń w odpływie moczu. Są to: wady anatomiczne, refluks pęcherzo-moczowodowy, kamica nerkowa, nowotwory układu moczowego, przerost prostaty. Inne czynniki sprzyjające zakażeniu to wtórne nefropatie (cukrzyca, choroby układowe), zabiegi (cewnikowanie, zabiegi urologiczne), a także duża aktywność seksualna, stosowanie dopochwowych chemicznych i mechanicznych środków antykoncepcyjnych, zaniechanie oddawania moczu po stosunku płciowym. Ponadto, fizjologicznym stanem zwiększającym ryzyko zakażenia układu moczowego jest ciąża, podczas której dochodzi między innymi do zaburzeń w odpływie moczu na skutek zwolnienia perystaltyki moczowodów i ucisku na drogi moczowe.

Mocz, który znajduje się w drogach moczowych zdrowego człowieka jest jałowy. Odczyn moczu w warunkach prawidłowych jest lekko kwaśny o pH = 5 – 5,6. W przypadku gdy odczyn jest alkaliczny o pH > 7 należy brać pod uwagę obecność bakterii, które metabolizują mocznik produkując ureazę. Wytwarzanie ureazy powoduje zwiększenie stężenia amoniaku w moczu. Sprawcami tego procesu są bakterie. A obecność bakterii w moczu świadczy



Panel do identyfikacji bakterii

o zakażeniu. Zakażenie jest stanem, w którym bakterie są obecne i rozmnażają się w drogach moczowych, pęcherzu moczowym, gruczołach lub nerkach. Zakażenia najczęściej powodują bakterie, ale patogenem mogą być także grzyby i wirusy.

W warunkach prawidłowych drogi moczowe powyżej zwieracza pęcherza moczowego są jałowe. W cewce moczowej obecność bakterii jest

zjawiskiem fizjologicznym, a bakterie nie powodują zakażenia dróg moczowych. Nie każde dostanie się bakterii do dróg moczowych powoduje rozwinięcie się ZUM. Organizm ludzki wytworzył mechanizmy obronne przed zakażeniem. Bakteriostatyczne działanie moczu to: wysokie stężenie mocznika, kwaśny odczyn, aktywne niszczenie drobnoustrojów przez komórki nabłonkowe, regularne opróżnianie pęcherza, perystaltyka moczowodów. Upośledzenie jednego lub kilku tych mechanizmów, a także dodatkowe czynniki (wady anatomiczne, zabiegi, choroby układowe itp.) prowadzi do namnożenia się bakterii i ich inwazji odpowiedzialnej za wystąpienie objawów klinicznych zakażenia. Rozwój infekcji zależy od zjadliwości zakażających szczepów. Bakteria, aby dokonać inwazji układu moczowego, musi mieć zdolność przeciwstawienia się strumieniowi moczu. Adhezja bakterii do nabłonka jest jednym z najistotniejszych czynników w zakażeniu.

Rozpoznanie zakażenia układu moczowego

W rozpoznaniu zakażenia układu moczowego ważną rolę odgrywa stwierdzenie bakteriurii, czyli obecności bakterii w moczu oddanym przez chorego. Bakteriuria może być następstwem „prawdziwego” zakażenia lub zanieczyszczenia moczu pobranego do badania lub nieprawidłowego przechowywania próbki (namnożenie bakterii już w oddanej próbce). Przyjęte są obecnie różne kryteria znamiennej bakteriurii, zależnie od płci i stanu klinicznego chorego.

Niepowikłane ZUM (NZUM) występuje u osób z prawidłowym strukturalnie i czynnościowo układem moczowym. Jest to najczęstsza infekcja bakteryjna u kobiet, rzadka u mężczyzn. Zakażenie może dotyczyć pęcherza moczowego i/lub nerek, być objawowe lub bezobjawowe.

Niepowikłane ZUM na ogół łatwiej się leczy i nie prowadzi ono do trwałego uszkodzenia nerek oraz zagrażającej życiu urosepsy.



Zespół Zakładu Bakteriologii



Ewa Trześniewska przy aparacie odczytującym panele

Zespoły kliniczne NZUM

1. zapalenie pęcherza moczowego – rozpoznawane w przypadku obecności częstomoczu i objawów dyzurycznych.

2. bezobjawowa bakteriuria – rozpoznaje się na podstawie stwierdzenia w dwóch kolejnych posiewach moczu tego samego drobnoustroju $>10^5$ bez wystąpienia klinicznych objawów zakażenia.

3. niebakteryjne zapalenie pęcherza moczowego

- nie występuje bakteriuria
- rozpoznanie niebakteryjnego zapalenia pęcherza może być postawione po otrzymaniu badania z posiewu moczu i badania mikroskopowego.

4. (niepowikłane) ostre odmiedniczkowe zapalenie nerek - przyjmuje się, że zespół charakteryzujący się gorączką, bólem w okolicy lędźwiowej i dodatnim objawem Goldflamma z towarzyszącą znamieną bakteriurią wskazuje na infekcję nerek i wymaga leczenia za pomocą antybiotyków.

5. nawracające ZUM – przynajmniej 3 epizody NZUM w ciągu 12 miesięcy czynniki sprzyjające nawrotowi zakażeń układu moczowego zależą od wieku i płci:

- u kobiet w okresie przedmenopauzalnym,
- aktywność seksualna, stosowanie środków prenikobójczych, występowanie infekcji w dzieciństwie oraz podczas ciąży jest skojarzone z nawracającymi ZUM,
- u kobiet po menopauzie niedobór estrogenów może być czynnikiem do nawracających ZUM, podobnie jak nietrzymanie moczu, zaleganie moczu w pęcherzu po mikcji.

Powikłane ZUM (PZUM) występuje u osób z nieprawidłowym strukturalnie lub czynnościowo układem moczowym i/lub w skojarzeniu z cukrzycą lub immunosupresją. Rozróżnienie między niepowikłanym a powikłanym ZUM następuje na podstawie obrazu klinicznego i badań obrazowych układu moczowego (USG jamy brzusznej, urografia, CT jamy brzusznej). Ostateczne rozpoznanie objawowego zakażenia układu moczowego oparte jest na stwierdzeniu:

1. obecności bakterii w moczu w mianie odpowiadającym bakteriurii znamiennej

2. zmian w badaniu ogólnym moczu pod postacią ropomoczu i/lub krwimoczu, i/lub białkomoczu przy współistnieniu charakterystycznych objawów klinicznych. Badanie mikrobiologiczne moczu jest proste. Przy założeniu, że spełnione zostały warunki decydujące o wiarygodności wyniku:

- największą wartość diagnostyczną ma moczu nocny (odpowiednio zagęszczony),
- do badania pobierany jest środkowy strumień (pierwszy strumień wypłukuje bakterie z okolicy ujścia cewki moczowej).

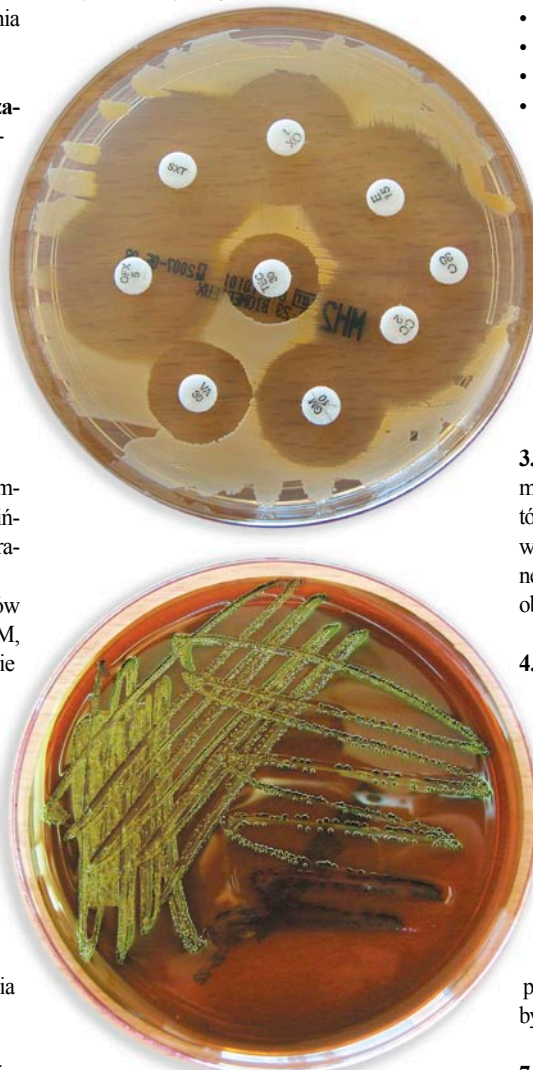
W laboratorium bakteriologicznym wykonywany jest posiew jakościowy i ilościowy, którego celem

jest określenie rodzaju bakterii powodujących zakażenie, ich liczby oraz oznaczenie wrażliwości na antybiotyki.

• $\geq 10^5$ kom/ml to wartość bakterii tradycyjnie uznawana za znamieną.

• $\geq 10^4$ kom/ml to wartość bakterii uznawana u dzieci za znamieną. Nie zawsze pobierany jest moczu nocny na posiew, stąd zakładamy większe rozcieńczenie drobnoustrojów w moczu pobieranym w ciągu dnia. Konieczna jest czysta hodowla.

Przykład antybiogramu



Podłoże wzrostowe dla bakterii

• 10^3 - 10^2 kom/ml jest wartością bakterii przyjmowaną za znamieną, tj. świadcząca o zakażeniu dróg moczowych, tylko w określonych sytuacjach. Wymagane jest uzyskanie czystej hodowli, występowanie klinicznych objawów ZUM.

Falszywie ujemny wynik posiewu moczu jest prawdopodobny, kiedy:

- pacjent zataja fakt, że przyjmuje antybiotyki,
- badanie jest wykonywane po dużej podaży płynów lub w środku dnia, przy maksymalnej diurezie, która redukuje liczbę bakterii.

Ujemny wynik posiewu moczu u pacjenta z objawami klinicznymi ZUM

Leczenie jest rozpoczynane najczęściej przed otrzymaniem wyniku posiewu moczu; w momencie rozpoznania zakażenia układu moczowego niezmiernie istotne jest określenie, czy jest to tzw. niepowikłane czy powikłane zakażenie układu moczowego.

Ogólne zasady leczenia ZUM

Leczenie przeciwbakteryjne jest zasadniczym sposobem terapii ZUM, wybór leku i drogi jego podania uzależniony jest od:

- lekowrażliwości szczepu bakteryjnego,
- tolerancji leku przez pacjenta,
- ciężkości zakażenia,
- kosztów leczenia.

Podsumowanie

1. Wskazane jest wykonanie posiewu moczu przed rozpoczęciem leczenia, szczególnie w przypadku podejrzenia PZUM.

2. Czynniki usposabiające do rozwoju zakażenia powinny być zidentyfikowane i poddane leczeniu, jeśli to możliwe.

3. Należy unikać stosowania cewników do pęcherza moczowego, kiedy tylko jest to możliwe. U pacjentów z cewnikiem założonym na stałe bakteriuria występuje bardzo często, ale leczenie jest wskazane tylko w przypadkach infekcji z towarzyszącymi objawami klinicznymi.

4. Pacjenci z uszkodzeniem rdzenia kręgowego i z cewnikiem założonym na stałe przez okres powyżej 10 lat mają zwiększone ryzyko wystąpienia raka pęcherza moczowego i powikłań nefrologicznych.

5. Ustąpienie objawów klinicznych nie zawsze oznacza uzyskanie jałowości moczu.

6. Po zakończeniu leczenia każdy epizod powinien być sklasyfikowany jako wyleczenie lub niepowodzenie leczenia. Nawracające infekcje powinny być zidentyfikowane jako nawroty lub reinfekcje.

7. Na ogół NZUM ograniczone do dolnego odcinka dróg moczowych odpowiadają na krótszy cykl leczenia, podczas gdy zakażenia górnego odcinka wymagają dłuższego cyklu (14-21 dni). Nawroty zazwyczaj wskazują na ognisko w górnym odcinku dróg moczowych, podczas gdy reinfekcje częściej dotyczą dolnego odcinka.

8. Zakażenia nabyte poza szpitalem na ogół są spowodowane przez antybiotykowrażliwe szczepy bakterii.

9. Pacjenci z nawracającymi infekcjami, po instrumentacji na drogach moczowych, hospitalizowani w ostatnim okresie, są podejrzani o infekcje szczepami opornymi.

NOWATORSKIE BADANIA

LIMFOSCYNTYGRAFIA

W Zakładzie Medycyny Nuklearnej Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie w ostatnim roku wdrożono do praktyki klinicznej badanie limfoscintygraficzne.

Limfoscintyografię przeprowadzamy za pomocą nanokoloidu znakowanego technetem – 99m, który jest wstrzykiwany śródskórnym lub podskórnym. Następnie za pośrednictwem gamma-kamery obserwujemy spływ chłonki. Badanie wykonujemy bezpośrednio przed leczeniem operacyjnym u chorych z rakiem sutka, czerniakiem i rakiem sromu oraz w diagnostyce obrzęków kończyn dolnych.

U chorych z nowotworami badanie pozwala na uwidocznienie tzw. „węzła wartownika”, co ma istotne znaczenie przy planowaniu poszerzenia zabiegu o limfadenektomię. Dzięki temu zabieg operacyjny może mieć rozległość adekwatną do potrzeb pacjenta. Taka możliwość

Scyntygrafia polega na ocenie czynności i budowy różnych narządów i układów przy pomocy związków radioaktywnych. Niewielką ilość substancji promieniotwórczej podaje się dożylnie lub doustnie, po czym za pomocą gammakamery rejestruje się obrazy interesujących nas narządów.

przyczynia się do poprawy efektów leczenia i podniesienia komfortu życia po zabiegu. Badania te przeprowadzamy u pacjentów operowanych w Oddziale Chirurgii Onkologicznej Centrum Onkologii w Olsztynie oraz w naszym szpitalu przy dużym zaangażowaniu dr. n. med. Dariusza Michalika i dr. n. med. Marka Stefanowicza.

W badaniu obrzęków kończyn dolnych celem jest ustalenie, czy mają one charakter limfatyczny. Wówczas możemy zaobserwować znaczne wydłużenie czasu przepływu radiofarmaceutyku do węzłów chłonnych po stronie chorej. Badania limfoscintygraficzne kończyn dolnych przeprowadzamy przy współpracy dr. n. med. Tomasa Przybyszewskiego z Poradni Chirurgii Naczyniowej.

Wynik badania limfoscintygraficznego

*Jerzy Badowski
Ewa Socha-Witulska*

WYZWANIE DLA WSPÓŁCZESNEJ MEDYCYNY —
WALKA Z SEPSĄ

Specjaliści anestezjologii i intensywnej terapii stoją przed trudnym zadaniem leczenia choroby, o której tak mało wiemy. Mieszkańcy naszego województwa zaczęli obawiać się epidemii sepsy, gdyż ostatnio zarejestrowano kilka przypadków zachorowań. Dwa lata temu na Warmii i Mazurach zapadło na nią około 60 osób, rok temu ponad 90. Czy powinniśmy bać się sepsy?

Jak się objawia?

Sepsa (dawniej posocznica) to zespół uogólnionej odpowiedzi zapalnej organizmu ludzkiego na rozwijające się zakażenie. Sepsę rozpoznajemy gdy w przypadku infekcji występują co najmniej dwa z wymienionych objawów:

- temperatura powyżej 38 st. C lub poniżej 36,
- częstość akcji serca powyżej 90/min.,

- częstość oddechów powyżej 20/min.,
- ciśnienie parcjalne tlenu we krwi tętnicznej poniżej 32 mmHg,
- leukocyty powyżej 12000 lub poniżej 4000 komórek/ml krwi lub poniżej 10% form niedojrzałych.



Badania potwierdzające sepsę

Diagnostyka polega na jak najszybszym określeniu punktu wyjścia zakażenia. W przypadku podejrzenia sepsy wykonuje się spiralną tomografię całego ciała. W uzupełnieniu wykonujemy także badanie USG lub rezonans magnetyczny podejrzonej okolicy ciała.



Stanowisko intensywnej terapii

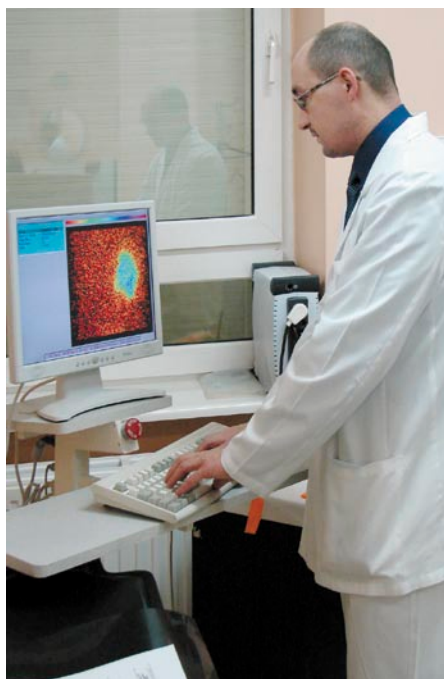
Gdy dołączają się objawy niewydolności poszczególnych narządów, a w szczególności niewydolność krążenia mówimy o wstrząsie septycznym czyli najcięższej formie sepsy, w której pacjent znajduje się w stanie bezpośredniego zagrożenia życia.

Do rozwoju sepsy dochodzi gdy siły obronne organizmu nie są w stanie ograniczyć, a następnie wyeliminować ogniska zakażenia i dochodzi

do poszerzenia strefy zakażenia oraz uogólnienia zapalnej odpowiedzi organizmu na rozwijającą się infekcję. W wyniku uogólnienia odpowiedzi zapalnej dochodzi do upośledzenia funkcji wielu układów narządowych (układu oddechowego, krążenia, wydalniczego, tj. nerek, krzepnięcia krwi, nerwowego).

W przypadku sepsy niezbędne jest także wyizolowanie oraz identyfikacja drobnoustroju wywołującego zakażenie. Od zakażonego pacjenta pobierany jest materiał na posiewy przy pomocy metod nieinwazyjnych takich jak wymazy z jamy nosowej i ustnej, rurki intubacyjnej, drenów, ran, próbek krwi, moczu, płynu mózgowo-rdzeniowego. Niejednokrotnie nieodzowne jest także pobranie materiału metodami inwazyjnymi, takimi jak bronchoskopia czy biopsje igłowe.

Pobraną materiał opracowywany jest w pracowni mikrobiologicznej, gdzie oprócz identyfikacji patogenu (zarazka) określana jest dokładna jego wrażliwość na antybiotyki.



St. technik Paweł Kozak wykonuje badanie

Droga do zdrowia

Leczenie sepsy polega na:

- chirurgicznej eliminacji źródła zakażenia jeżeli jest to możliwe (np. usunięcie ropnia, martwiczych tkanek, zakażonych implantów, założenie drenaży),
- agresywnej szerokospektralnej antybiotykoterapii,
- podtrzymywaniu bądź zastępowaniu funkcji niewydolnych narządów (terapia respiratorem, leczenie nerkozastępcze – dializa, hemofiltracja, stymulacja farmakologiczna kurczliwości mięśnia sercowego, stymulacja funkcji wątroby, żywienie pozajelitowe)
- zastosowaniu aktywowanego białka C w celu zahamowania rozwijającej się nadmiernej odpowiedzi zapalnej organizmu
- zastosowaniu steroidów w dawkach substytucyjnych korę nadnerczy
- zaawansowanej farmakoterapii, płynoterapii oraz uzupełnianiu zaburzeń krzepnięcia i składu krwi preparatami krwipochodnymi.

Całość terapii wymaga wysokospecjalistycznego monitorowania. Oprócz standardowych parametrów monitorowane są także ośrodkowe ciśnienie żyłne, inwazyjny pomiar ciśnienia tętniczego krwi metodą bezpośrednią, rzut serca, obwodowy opór naczyniowy.

Najwyższy poziom leczenia

Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii naszego szpitala dysponuje wszystkimi najnowocześniejszymi możliwościami zarówno w zakresie diagnostyki, jak i zaawansowanej terapii najcięższych postaci sepsy. Współpraca z Zakładem Bakteriologii zapewnia szybkie potwierdzenie diagnozy i rozpoczęcie odpowiedniego leczenia. Doświadczona kadra medyczna i najlepszy sprzęt to szansa na zdrowie.

dr n. med. Dariusz Onichimowski

„ZIMA ORTOPEDYCZNA – MIERKI 2007”



Oddziały Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie i Miejskiego Szpitala w Elblągu, działając pod auspicjami Warmińsko-Mazurskiego Oddziału PTOiTr oraz Pomorskiego Oddziału PTOiTr zorganizowały w okresie 8.02.– 11.02.2007 w Mierkach koło Olsztynka Konferencję Naukową: Diagnostyka obrazowa oraz leczenie obrażeń i schorzeń szyjnego odcinka kręgosłupa.

Konferencja została poświęcona pamięci Profesora Stefana Bołoczko.

Honorowy patronat nad nią objęli prof. Jan Haftek, nestor neurochirurgii polskiej i prof. Wojciech Marczyński, Prezes Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Ortopedycznego i Traumatologicznego.

Wśród ponad 160 uczestników Sympozjum byli prof. Włodzimierz Jarmundowicz, Heliodor Kasprzak, Andrzej Radek, Kazimierz Rapala, dr hab. Maciej Tęsiński oraz liczni ordynatorzy Oddziałów Ortopedii i Neurochirurgii z sąsiednich województw. Najdalej na Sympozjum miał ordynator ortopedii z Wałbrzycha oraz lekarze z Zakopanego.

W imieniu organizatorów Sympozjum rozpoczął ordynator Oddziału Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej WSS w Olsztynie Antoni Kołakowski, witając wszystkich uczestników, a następnie przypominając sylwetkę prof. Stefana Bołoczko, jednego z inspiratorów tego Sympozjum, organizatora Ortopedii na terenie naszego województwa i nauczyciela wielu lekarzy znajdujących się na sali. Uczestnicy uczcili pamięć Pana Profesora minutą ciszy. Uczestników Sympozjum przywitani też burmistrz Olsztynka i dr Jolanta Citko – zastępca dyrektora WSS w Olsztynie, która życzyła wszystkim owocnych obrad i wielu wspomnień z pobytu na Sympozjum. Następnie uroczystego otwarcia dokonał prezes Zarządu Głównego PTOiTr prof. Wojciech Marczyński.

Program naukowy Konferencji to 13 wykładów zgrupowanych w trzech sesjach tematycznych:

1. Nowoczesna diagnostyka obrazowa urazów i schorzeń szyjnego odcinka kręgosłupa.
2. Złamania i zwichnięcia w odcinku szyjnym kręgosłupa – leczenie zachowawcze i operacyjne.
3. Zmiany zwyrodnieniowe i dyskopatie kręgosłupa szyjnego – leczenie operacyjne.



Zespół Oddziału Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej

Wśród wygłoszonych referatów znalazły się dwa przygotowane przez zespoły lekarskie Zakładu Diagnostyki Radiologicznej i Oddziału Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie.

Zespół radiologów przedstawił pracę zatytułowaną: „Algorytm diagnostyki urazów kręgosłupa szyjnego u pacjentów z urazami wielonarządowymi w materiale własnym”, natomiast lekarze z Oddziału Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej pracę – „Artroplastyka dysku szyjnego ruchoma proteza”.

Wszystkie prace spotkały się z pozytywnym przyjęciem uczestników Sympozjum i wywołały bardzo ciekawe dyskusje poszerzające omawianą tematykę. Część naukowa Sympozjum zakończyła się po godzinie 17-tej.

Uczestników Sympozjum czekały także liczne atrakcje. Myśliwi uczestniczyli w dwóch polowaniach, których efektem były dwa byki i pięć dzików. Uczestnicy Sympozjum bawili się przy ognisku przy dźwiękach „Folk Kapeli” z Mrągowa. Sympozjum zakończyła uroczysta kolacja koleżeńska, na której królowi polowania wręczono puchar. Miała się odbyć jeszcze jedna impreza towarzysząca – mistrzostwa ortopedów w łowieniu ryb spod lodu. Jednak przyroda spletała figła organizatorom – brak było lodu.

Impreza została pozytywnie oceniona przez uczestników i wszyscy żegnając się, składali organizatorom podziękowania i wyrażali chęć uczestnictwa w kolejnym Sympozjum za rok.

Antoni Kołakowski

ZESPÓŁ BEZDECHU SENNEGO PODCZAS SNU

Zaburzenia oddychania w czasie snu są przyczyną przewlekłego niedotlenienia całego organizmu, zapoczątkowują i przyspieszają procesy starzenia w obrębie wszystkich narządów (przede wszystkim OUN, układ krążenia, układ dokrewny). Dlatego należy je traktować jako objaw choroby ogólnoustrojowej. Problem ten wzbudza zainteresowanie wśród lekarzy wielu specjalności. Również wśród pacjentów rośnie świadomość szkodliwych następstw wynikających z zaburzeń oddychania w czasie snu. Choroba ta najczęściej dotyka osób otyłych i w średnim wieku. Dwukrotnie częściej dotyczy mężczyzn niż kobiet. Rozpoznaje się ją bowiem u około 2% kobiet i 4% mężczyzn. Niech nie zwiodą nas jednak przytoczone tu liczby. Gdyby pod tym kątem diagnozować pacjentów, okazałoby się, że dotkniętych tą chorobą jest znacznie większy odsetek osób.

Obturacyjny bezdech podczas snu¹ (OBPS) rozpoznaje się na podstawie stwierdzenia w ciągu godziny snu od 5 do 10 przerw w oddychaniu, trwających dłużej niż 10 sekund. Różnej długości bezdechy są następstwem obturacji drogi oddechowej w obrębie nosa, gardła lub krtani. OBPS wiąże się nierozdzielnie z chrapaniem. Samo chrapanie nie oznacza jednak choroby. Kryterium odróżnienia zwykłego chrapania od bezdechów jest spadek wysycenia krwi tętniczej tlenem, co powoduje niedotlenienie organizmu. Należy pamiętać, że przedłużający się bezdech powodujący głębokie niedotlenienie (SaO_2 poniżej 50%) może być przyczyną nagłej śmierci podczas snu.



Lek. med. Monika Tywończuk-Szule analizuje parametry

Objawy

Objawy chorobowe OPBS możemy określić jako nocne i dzienne. Do **objawów nocnych**, poza głośnym chrapaniem (nasilającym się po zmęczeniu oraz po spożyciu nawet niewielkich ilości alkoholu) i bezdechami, zalicza się trudności w zasypianiu, niespokojny sen, częste wybudzenia, nadmierną potliwość i częste oddawanie moczu w godzinach nocnych (czasem także moczenie nocne). **Objawy dzienne** wynikają z niewyspania i niedotlenienia. Zalicza się tu uczucie zmęczenia po przebudzeniu, poranne bóle głowy, nadmierną senność w ciągu dnia, drażliwość, gorsze kojarzenie, osłabienie pamięci i zdolności koncentracji, skłonność do reakcji depresyjnych. Chorzy często zasypiają wbrew własnej woli podczas oglądania telewizji, czytania książki czy gazety, a czasem nawet podczas posiłku czy rozmowy. **Bardzo niebezpieczne, nie tylko dla chorego, ale i dla innych osób jest zasypianie podczas pracy, zwłaszcza wymagającej szczególnej uwagi i koncentracji (np. podczas prowadzenia pojazdów).** Chorzy dotknięci OPBS często zgłaszają skargi na zaburzenia seksualne (obniżenie libido).

U osób cierpiących na OPBS częściej występują schorzenia **sercowo-naczyniowe i wzrost ciśnienia**

tętniczego krwi. Pacjenci, którzy obserwują wymienione tutaj objawy, często obserwowane i potwierdzone przez członków rodziny, powinni być kierowani do ośrodka, który zajmuje się diagnostyką i leczeniem zaburzeń oddychania podczas snu (OPBS).

Badanie

Badanie przesiewowe w kierunku zespołu bezdechów podczas snu jest badaniem bezbolesnym. Wykonuje się je aparatem Poly-MESAM, który umożliwia jednoczesną rejestrację takich parametrów, jak: chrapanie (poprzez mikrofon przyklejony na szyi), przepływ powietrza (poprzez czujniki umieszczone w okolicy nozdrzy i ust), ruchy oddechowe klatki piersiowej, brzucha oraz położenie ciała (dzięki czujnikom umieszczonym na klatce piersiowej i brzuchu), częstość uderzeń serca (rejestrowana przez elektrody umieszczone na skórze klatki piersiowej) oraz wysycenie tlenem krwi tętniczej poprzez pulsoksymetr założony na palec. Badanie wykonywane jest w czasie **jednodniowej hospitalizacji.** Rejestracja parametrów

badania rozpoczyna się o godzinie 22.00 i kończy o 6.00 rano następnego dnia. Aby zapis był miarodajny, chorzy powinni przespać całą noc.

W Olsztynie jednym z ośrodków diagnozowania OPBS jest **Pracownia Badań Bezdechów Sennych Oddziału Otolaryngologii Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego.** Przy przyjęciu do Oddziału wymagane jest skierowanie na badanie od lekarza rodzinnego lub lekarza specjalisty. Z punktu widzenia pacjenta ważne jest, aby diagnostykę i leczenie można było przeprowadzić w jednym miejscu. Dlatego na Oddziale Otolaryngologii wykonywane jest najpierw badanie aparatem Poly-MESAM, a następnie na podstawie wyniku tego badania oraz dokładnego badania otolaryngologicznego kwalifikuje się chorego do odpowiedniego leczenia operacyjnego. W ostatnim czasie w związku z zakupieniem do Oddziału **lasera CO₂ (dwutlenkowowęglowego),** poszerzył się zakres możliwych do wykonania zabiegów operacyjnych.

Leczenie

W przypadku OPBS zachowawcze metody leczenia (zwłaszcza farmakologiczne) nie znajdują zastosowania. Jedyne włączanie powietrza do górnych dróg oddechowych podczas snu przy pomocy specjalnej aparatury (CPAP) poprawia stan wentylacji pacjenta, jednak jest bardzo uciążliwe w codziennym życiu. W związku z tym, leczeniem z wyboru w przypadku stwierdzenia zaburzeń strukturalnych w obrębie górnych dróg oddechowych, jest postępowanie chirurgiczne.

Dzięki przeprowadzeniu koniecznych zabiegów chirurgicznych zwiększa się przepływ powietrza w górnych drogach oddechowych, co poprawia wysycenie tlenem krwi i w konsekwencji poprawia samopoczucie chorego.

W przypadku stwierdzenia OBPS z towarzyszącymi przyczynami anatomicznymi niedrożności (np. skrzywienie przegrody nosa, przerost migdałków podniebiennych), pacjentowi proponuje się



Aparat do badania bezdechu sennego

¹ Przerwy w oddychaniu, czyli bezdechy spowodowane są mechanicznym zamknięciem dróg oddechowych. W czasie snu obniża się napięcie mięśni, w wyniku czego ściany górnych dróg oddechowych zbliżają się do siebie. Anatomiczne odmierności w obrębie górnych dróg oddechowych nasilają problem lub są jego przyczyną.



Ze zjawiskiem chrapania spotykamy się nawet u dzieci. Problem niedrożności dróg oddechowych tak naprawdę dotyczy całej populacji. Często pojawia się ona już w okresie niemowlęcym bądź wczesnego dzieciństwa. W tym czasie staje się powodem nawracających infekcji górnych dróg oddechowych. W konsekwencji następuje przerost układu chłonnego gardła, co jeszcze bardziej nasila objawy niedrożności.

konkretny zabieg operacyjny. Jeśli jednak przyczyny bezdechu stwierdzone są na różnych poziomach górnych dróg oddechowych, ustala się etapowy proces leczenia operacyjnego, którego celem jest poszerzenie przestrzeni do przepływu powietrza.

I etap leczenia operacyjnego obejmuje poziom nosa. Wykonuje się tu plastykę skrzywienia przegrody nosa, usuwa polipy nosa oraz zmniejsza przerośnięte małżowiny nosowe. Czasami jest to jednak niewystarczające, dlatego konieczne jest dalsze leczenie.

II etap polega na kontynuacji poszerzania górnego odcinka drogi oddechowej na poziomie gardła. Wykonuje się usunięcie migdałków podniebiennych, skrócenie i zmniejszenie masy łuków podniebiennych, podniebienia miękkiego i języzka (uvulopalatopharyngoplastyka – UPPP).

III etap leczenia stosowany w skrajnych przypadkach, polega na zmniejszeniu masy języka, ew. przemieszczenie bródkowego przyczepu języka na przednią powierzchnię żuchwy.

Leczenie operacyjne daje w znacznej mierze ustąpienie objawów OBPS. Jednak w leczeniu bardzo ważna jest świadomość chorego o istocie choroby.

Profilaktyka

Pacjent ze swej strony powinien zmienić tryb życia oraz nawyki kulinarne, tak aby zredukować ciężar ciała. Bardzo istotne znaczenie ma usunięcie nadmiaru tkanki tłuszczowej z okolicy podbródkowej (powoduje zapadanie się języka) oraz z klatki piersiowej (ogranicza ruchomość oddechową). Innym ważnym zaleceniem jest unikanie picia alkoholu oraz stosowania środków nasennych i uspokajających, które zmniejszają napięcie mięśni, co ułatwia zapadanie się ścian górnych dróg oddechowych i prowadzi do ich zwężenia. Tak więc leczenie obturacyjnego bezdechu podczas snu jest leczeniem kompleksowym, które polega na ściślejszej współpracy pacjenta i lekarza.

*lek. med. Monika Tywończuk-Szulc
specjalista otolaryngolog*

WIZYTA W HOLLAND

W dniach 13-16 marca 2007 r. delegacja z województwa warmińsko-mazurskiego odwiedziła partnerskie miasto Halmstad, położone w południowo-zachodniej Szwecji, w województwie Holland.

Celem wizyty było poznanie organizacji ochrony zdrowia na poziomie województwa, miasta i szpitala wojewódzkiego w Halmstad. Nasz region reprezentowali: Ryszard Wasiński – dyrektor Departamentu Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego, Małgorzata Wasilenko – kierownik Biura Współpracy z Zagranicą w Departamencie Integracji Europejskiej i Współpracy z Zagranicą, Krystyna Piskorz-Ogórek i Barbara Chwała – dyrektorzy Wojewódzkiego Szpitala Dziecięcego. Nasz szpital reprezentowały Jolanta Ciłko – z-ca dyrektora ds. lecznictwa i Hanna Taraszkiewicz – przełożona pielęgniarek.

W Halmstad oficjalnie zostaliśmy przyjęci przez Matsa Ericssona przedstawiciela Zarządu Regionu i Lisbeth Waagstein przewodniczącą Zarządu Wojewódzkiego Szpitala w Halmstad.

W części roboczej przez cały czas towarzyszyli nam dyrektorzy szpitala oraz inne osoby zarządzające poszczególnymi procesami szpitala. Profesjonalne prezentacje pokazały nam system funkcjonowania opieki zdrowotnej na poszczególnych poziomach. Dr Stefan Bergman, dyrektor ds. rozwoju, zapoznał nas z ciekawą inicjatywą popularyzowaną na terenie całego województwa, dotyczącą zainteresowania mieszkańców stanem swojego zdrowia i radzenia sobie w sytuacjach niepokojących.

W sposób wyczerpujący i zajmujący przedstawiono nam wybrane działalności szpitala ze szczególnym uwzględnieniem działań podejmowanych w celu zapewnienia i monitorowania bezpieczeństwa pacjentów. Zaprezentowano nam działalność zarządu ds. socjalnych, który zajmuje się między innymi przyjmowaniem raportów dotyczących działań niepożądanych, prowadzeniem analizy ryzyka podejmowanych zadań, wprowadzanych nowych technologii czy zmian organizacyjnych. Profesor Birger Wandt – szef Oddziału Badań i Edukacji zaprezentował krótki algorytm o wdrażaniu systemu poprawy jakości i wiedzę opartą na badaniach

w praktyce dnia codziennego. Była to ciekawa prezentacja dotycząca działalności szkoleniowej i prowadzenia badań naukowych.

Z wielkim zainteresowaniem zapoznaliśmy się ze strukturą organizacyjną i zarządczą szpitala, podziałem kompetencji i odpowiedzialności. Ordynator zarządza kliniką w skład, której wchodzi oddziały zarządzane przez pielęgniarki oddziałowe. Za całość procesu leczniczego odpowiada ordynator. Planowanie działań diagnostyczno – leczniczych i pielęgnacyjnych odbywa się wspólnie przez lekarza i pielęgniarkę w chwili przyjęcia pacjenta do oddziału. Uzgodniony plan jest zapisywany w dokumentacji medycznej pacjenta. Wymogi dokumentacji medycznej są zbliżone do naszej. Mieliliśmy również przyjemność zapoznać się z bezpośrednią organizacją i wyposażeniem niektórych oddziałów i pracowni. Szpital dużą dbałość przykładając do organizacji stanowiska pracy ze szczególnym uwzględnieniem zasad ergonomii. W oddziałach pracownicy mają ściśle określone kompetencje ale nie sposób nie zauważyć, że wszystkie grupy zawodowe pracują wspólnie na rzecz pacjenta.

Pacjent jest zawsze w centrum uwagi, a opieka nad nim nie kończy się w chwili wypisu. Pacjenci w oddziałach przebywają krótko, średni czas pobytu 4-7 dni, natomiast w warunkach domowych objęci są niezbędną opieką poszpitalną jak również monitorowaniem zakażeń. Zakażenia monitorowane są do 6 miesięcy po zabiegu. Szpital w Halmstad wyposażony jest w podobne, a często takie same, urządzenia, sprzęt diagnostyczno-leczniczy ale posiada niewątpliwie luksus zajmowania niemal dowolnej przestrzeni. Zajmuje budynek wielokrotnie większy od naszego i nadal rozbudowuje się, nie powoduje to jednak zwiększania ilości łóżek.

Wizytę w partnerskim mieście oraz możliwość poznania zasad organizacji i finansowania ochrony zdrowia w Szwecji jak również podpatrzenia i wymiany doświadczeń, spostrzeżeń dotyczących organizacji pracy szpitala oceniamy bardzo pozytywnie i myślimy, że będzie ona kolejnym krokiem w doskonaleniu jakości opieki w naszym szpitalu.

Spotkanie zakończyło się obustronnymi deklaracjami współpracy regionów w zakresie zarządzania w opiece zdrowotnej, wymiany doświadczeń klinicznych, organizowania wspólnych konferencji.



Szpital w Halmstad

*Hanna Taraszkiewicz
Jolanta Ciłko*

z cyklu JAKOŚĆ W OPIECE...

CZĘŚĆ 8



ZAANGAŻOWANIE W DOSKONALENIU JAKOŚCI

W celu efektywnego funkcjonowania systemu zarządzania jakością niezbędne jest, aby kierownictwo szpitala jasno komunikowało cele jakościowe, politykę i było mocno zaangażowane i wspierało działania projakościowe.

Również niezbędne jest uwzględnianie sugestii pracowników dotyczących zmian jakościowych. Głównym impulsem do rozpoczęcia działań na rzecz jakości musi być inicjatywa dyrekcji. Skuteczność wdrożenia i utrzymania sprawnego systemu zarządzania jakością zależne jest od silnego zaangażowania i determinacji dyrekcji szpitala.

Następnie podstawą skutecznego funkcjonującego systemu zarządzania jakością jest posiadanie informacji na temat poziomu opieki i usług medycznych, które będą wykorzystywane przy ustalaniu planu strategicznego, polityki jakości, celów oraz planów jakościowych. Realizacja i monitorowanie możliwe są przez pracę powołanych zespołów, np. zespół do analizy zakażeń szpitalnych, zespół do przeprowadzania analizy dokumentacji medycznej czy też zespół do analizy satysfakcji pacjenta z pobytu w szpitalu. Zebrane dane są analizowane i przedstawiane kierownictwu średniego szczebla zarządzania w przeglądach organizowanych przez dyrekcję. Informacje, jakie posiadają zespoły służą poprawie jakości, ciągłemu doskonaleniu i budowaniu kultury jakości. Jakość nie może być incydentalnym zdarzeniem, a normą kultury danego szpitala.

Często szpitale stosują benchmarking, czyli możliwość porównywania się z innymi szpitalami, na przykład oceny pozyskanej podczas przeprowadzonej wizyty akredytacyjnej placówki przez Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia, badań satysfakcji pacjentów przy pomocy programu PASAT lub ocen z przeprowadzanych rankingów różnych czasopism lokalnych i ogólnokrajowych.



Czynnikami wpływającymi na satysfakcję pracownika z wykonywanej pracy są:

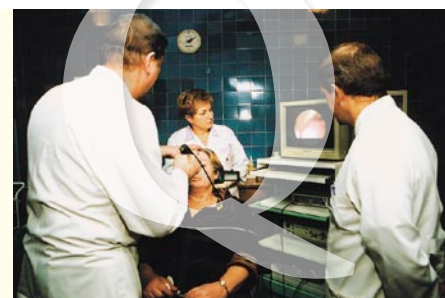
- warunki zatrudnienia określone w umowie,
- poziom wynagrodzenia,
- środowisko pracy,
- zdefiniowanie zakresu wykonywanych obowiązków,
- prowadzona polityka socjalna,
- atmosfera w pracy,
- relacje z przełożonym i współpracownikami,
- komunikacja wewnętrzna,
- pochwały,
- możliwość rozwoju zawodowego,
- szkolenia,
- możliwość awansu,
- docenianie pracy przez przełożonych.

Satysfakcja pracowników jest jednym z podstawowych elementów łańcucha korzyści, który ma wpływ na jakość świadczonych usług. Warto wiedzieć, że pacjent ściśle wiąże zachowanie pracownika z oferowaną usługą – w jaki sposób ją wykonuje, czy ją wykonuje w sposób godny zaufania. Ma to znaczenie w kształtowaniu pozytywnych opinii o fachowości pracowników, jak i o szpitalu godnym zaufania, świadczącym usługi na wysokim poziomie. Pozyskanie pacjentów jest jednym z kluczowych zadań każdego szpitala i wpisane jest w jego strategię. Stąd też szpitale muszą się doskonalić i podnosić jakość w sposób ciągły.

Jednak najważniejszym ogniwem w każdej instytucji są ludzie, bez nich i ich zaangażowania nie zbuduje się jakości. W celu zaangażowania ludzi stosuje się różne zachęty, np. premie, nagrody, kierowanie na kursy, konferencje. Niezwykle ważne są szkolenia wewnętrzne i zewnętrzne, podlegające merytorycznej ocenie, czy podwyższone umiejętności przedkładane są na osiąganie lepszych wyników jakościowych. Poza merytorycznymi szkoleniami związanymi z jakością, niezmiernie ważne są szkolenia z zakresu metod statystycznych, umiejętności stosowania i przekładania informacji na dane liczbowe. Ważnym elementem jest wyznaczenie budżetu na szkolenia z podziałem na poszczególne grupy zawodowe.

Alicja Markiewicz

zastępca dyrektora ds. pielęgniarstwa



PROCES ZMIAN W OCZEKIWANIACH PACJENTÓW

Proces zmian jaki zafunkcjonował podczas ostatnich lat w naszym kraju spowodował szereg zmian w systemie opieki zdrowotnej.

Pojawiły się opracowania i liczne dyskusje na temat praw pacjentów oraz programów poprawy jakości zmierzających do zwiększenia satysfakcji pacjentów. W poprzednim systemie pacjent nie miał możliwości werbalizacji swoich potrzeb, a wysoki prestiż pracowników służby zdrowia dawał ubogie możliwości domagania się swoich praw.



Zapisy dotyczące praw pacjenta pojawiły się w aktach normatywno-prawnych na początku lat 90. Były to: ustawa o zakładach opieki zdrowotnej (1991 r.), ustawa o zawodzie lekarza (1996 r.), ustawa o zawodzie pielęgniarki i położnej (1996 r.), ustawa o ochronie zdrowia psychicznego (1994 r.), ustawa o pobieraniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów (1995 r.). Jednak dopiero w grudniu 1998 r. minister zdrowia opublikował Kartę Praw Pacjenta. Nastąpił szybki wzrost świadomości pacjentów w zakresie preferencji i oczekiwań optymalnego sposobu zaspokajania potrzeb. Placówki służby zdrowia stały się wyczulone na potrzeby zgłaszane przez pacjentów, umieszczając pacjenta w centrum zainteresowań poprzez realizację jego oczekiwań.

Z jakich źródeł szpital posiada wiedzę na temat oczekiwań pacjentów?

Głównymi źródłami są wyniki badania satysfakcji, wyniki bezpośrednich rozmów i obserwacji oraz indywidualne wnioski i uwagi pacjentów i ich rodzin.

Pierwsze badanie satysfakcji szpital nasz przeprowadził w 1998 r. Wyniki tego badania wskazały, że oczekiwania pacjentów nie są jeszcze dokładnie sprecyzowane i pacjenci nie mają większych uwag co do funkcjonowania szpitala i oferowanych usług medycznych. Pomimo tego szpital rozpoczął budowanie i wdrażanie programów poprawy jakości. Tak więc działania pro jakościowe w szpitalu wypływały nie ze świadomości i oczekiwań pacjentów, ale ze świadomości pracowników.

Kolejne systematyczne badania prowadzone od 2002 roku wskazywały na zmieniające się oczekiwania pacjentów. Początkowo koncentrowały się na usługach typu: dostęp do telefonu, stworzenie możliwości swobodnych odwiedzin, systemu oznakowania pomieszczeń, następnie krytyczne uwagi przesunęły się w kierunku stanu technicznego, higienicznego i wyposażenia pomieszczeń.

Ostatnie wyniki badań wskazują, że pacjenci dostrzegają zmieniającą się jakość techniczną, a ich oczekiwania zdążają w kierunku aktywnego uczestnictwa w procesie diagnostyczno-lecznym i pielęgnacyjnym.

Pacjenci nasi chcą świadomie wyrażać zgodę na różne formy diagnostyczne – lecznicze, ale również

oczekują informacji o stanie zdrowia, wynikach badań czy proponowanych formach leczenia i pielęgnowania.

Oczekiwania naszych pacjentów pokrywają się z wynikami badań przeprowadzonych w Szwecji. W badaniach poproszono pacjentów o określenie rangi 51 czynników kształtujących jakość. Poniżej przedstawiam najwyżej cennie czynniki kształtujące jakość usługi wg autorów Bjorkman T., Hansson L., „What is Important in Psychiatric Outpatient Care?” International Journal for Quality in Health Care, No4/95

1. Rozmowy z lekarzem,
2. Zaufanie do lekarza,
3. Wzajemny szacunek,
4. Umiejętność słuchania,
5. Przekazanie informacji dotyczących sposobu leczenia,
6. Opieka lekarska,
7. Wrażliwość lekarza,
8. Porady i pomoc lekarza w przypadku obaw,
9. Przekazywanie wyjaśnień pacjentom,
10. Przekazywanie informacji o alternatywnych formach leczenia, itd.

Na podstawie tych danych można wnioskować, że najważniejszymi determinantami jakości usług są elementy kształtowane w procesie komunikacji i wzajemnych interakcji.

Podstawą prowadzenia działań leczniczych i pielęgnacyjnych jest bezpośredni kontakt pacjenta z pielęgniarką, położną, lekarzem bądź innym członkiem zespołu terapeutycznego. Należy dokładać wszelkich starań aby nie nosił on cech zależności, a partnerstwa.

Kontakt z pracownikami medycznymi wiąże się niejednokrotnie z przekraczaniem barier poczucia intymności, zarówno w sferze biologicznej, jak i psychicznej czy społecznej. Zakres prowadzonych działań pielęgnacyjnych, badań, obserwacji czy zbieranego wywiadu jest niejednokrotnie dla pacjenta kłopotliwym. Deontologia zawodu pielęgniarki dostrzega ryzyko przekraczania barier intymności i godności ludzi chorujących, dlatego też w Kodeksie etyki zawodowej pielęgniarki i położnej Rzeczypospolitej Polskiej znajdujemy między innymi zapis obowiązującej normy.

„We współpracy z pacjentem pielęgniarka, położna powinna okazywać życzliwość, wyrozumiałość, cierpliwość stwarzając atmosferę wzajemnego zaufania i zrozumienia.

Pielęgniarka, położna obowiązana jest przestrzegać następujących zasad wynikających z praw pacjenta:

- Respektować prawo pacjenta do intymności i godności osobistej podczas udzielania świadczeń medycznych,
- realizować świadczenia pielęgniarstwa za zgodą pacjenta o ile jest on zdolny ją wyrazić,
- poinformować pacjenta, w przypadkach odmowy wyrażenia przez niego zgody, o możliwych skutkach jego decyzji oraz podjąć próbę przekonania pacjenta aby zmienił swoje zdanie”.

Niezmiernie ważnymi są również zapisy w Kodeksie etyki lekarza odnoszące się do praw pacjenta.

- Lekarz powinien życzliwie i kulturalnie traktować pacjentów, szanując ich godność osobistą, prawo do intymności i prywatności.
- Relacje między pacjentem, a lekarzem powinny opierać się na ich wzajemnym zaufaniu; dlatego pacjent powinien mieć prawo do wyboru lekarza.
- Obowiązkiem lekarza jest respektowanie prawa pacjenta do świadomego udziału w podejmowaniu decyzji dotyczących jego zdrowia.
- Informacja udzielona pacjentowi powinna być sformułowana w sposób dla niego zrozumiały.
- Lekarz powinien poinformować pacjenta o stopniu ewentualnego ryzyka zabiegów diagnostycznych i leczniczych i spodziewanych korzyściach związanych z wykonywaniem tych zabiegów, a także o możliwościach zastosowania innego postępowania medycznego.

Powyższe normy wskazują nam jednoznacznie, że człowiek przebywający w szpitalu podlega szczególnej ochronie, a komunikacja z nim powinna przebiegać w sposób celowy, profesjonalny, ale nie pozbawiony empatii.

Aby tak się mogło stać, **niezbędne jest przestrzeganie zasad intymności i szacunku.**

Aby to osiągnąć, należy:

- zapewnić warunki do spokojnej, swobodnej wypowiedzi,
- zapewnić korzystne warunki fizyczne do rozmowy z pacjentem i jego rodziną,
- zapewnić korzystne warunki do przeprowadzania badań i wykonywania zabiegów pielęgniarstwa.

Należy unikać:

- wykonywania zabiegów, badań w obecności osób postronnych, przy otwartych drzwiach,
- wchodzenia i wychodzenia innych osób podczas trwania badań, zabiegów czy rozmowy,
- prowadzenia wywiadów, udzielania informacji w niewygodnej pozycji ciała np. na stojąco,
- udzielania informacji podczas obecności innych osób, na korytarzu, w tzw. międzyczasie,
- zadawania pytań, na które odpowiedzi przy innych osobach mogą być kłopotliwe.

*Hanna Taraszkiewicz
przełożona pielęgniarek*

NIEBEZPIECZNY BUBEL

Ministerstwo Zdrowia prowadzi krajowy system monitorowania wypadków konsumenckich, tj. nagłych zdarzeń związanych z używaniem produktów, których następstwem jest śmierć albo uszkodzenie ciała wymagające udzielenia pomocy medycznej, np. skałeczenie, zatrucie, poparzenie. Każdego roku mają miejsce tysiące takich wypadków.

System monitorowania wypadków konsumenckich gromadzi informacje o wypadkach konsumenckich, o ich okolicznościach i skutkach zdrowotnych, a także o produktach mających związek z wypadkami. Te informacje umożliwiają identyfikowanie produktów, które ze względu na swoje cechy lub okoliczności użytkowania mogą okazać się niebezpieczne. Na tej podstawie mogą być podejmowane przez organ nadzoru odpowiednie działania interwencyjne, a także działalność informacyjna i edukacyjna.

Dlatego tak ważne są sygnały z rynku – sprawnie działający system – nie tylko nadzoru rynku, ale również monitorowania wypadków konsumenckich, zgłaszania sprzedawcom reklamacji produktów, które mogą być niebezpieczne lub spowodowały zagrożenie.

Rolę placówek terenowych zbierających dane o wypadkach konsumenckich pełnią zakłady opieki zdrowotnej. Są to

na ogół wysokospecjalistyczne szpitale o wojewódzkim zasięgu działania. W województwie warmińskomazurskim funkcję tę pełni Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Olsztynie, a operatorem (ankierem) sporządzającym źródłowe informacje o wypadkach konsumenckich jest Jolanta Prusinowska.

Szpitalny Oddział Ratunkowy powiadamia ankietera o wypadku konsumenckim (wypadki nie będące wypadkami drogowymi czy wypadkami w miejscu pracy), a ten w następnej kolejności przeprowadza wywiad z pacjentem.

— *Efektom monitoringu ma być „wylapywanie” z rynku tych produktów, które mogą stwarzać zagrożenie, potencjalne lub rzeczywiste, ujawnić cechy produktu, które mogą*



Jolanta Prusinowska z pacjentem

doprowadzić do wypadku – mówi Jolanta Prusinowska, sporządzająca informacje o wypadkach konsumenckich. – *Aby dotrzeć do produktu, trzeba o nim cokolwiek wiedzieć, np. znać nazwę producenta, markę wyrobu, pamiętać, gdzie został kupiony.*

Zgłoszenia wszystkich wypadków trafiają do Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumenta, gdzie są dokładnie analizowane, aby wychwycić te, które ewidentnie są winą produktu.

— *Monitoring wypadków konsumenckich działa od niedawna, ale baza zebranych danych daje dużo do myślenia – mówi Jolanta Prusinowska. – Zgłoszenie i analiza wypadków konsumenckich umożliwia dotarcie do producentów i ich produktów oraz sprawdzenie ich, abyśmy byli jako ich użytkownicy bezpieczni.*

Do wielu wypadków doszło w trakcie używania sprawnych i niewadliwych produktów. Powodem niebezpiecznych zdarzeń była nieostrożność, brak wiedzy, umiejętności, a przede wszystkim wyobraźni, również brak należytej opieki nad dziećmi. Część z wypadków być może będzie podstawą do wysunięcia pod adresem producentów sugestii dotyczących zastosowania innych, jeszcze bezpieczniejszych rozwiązań technicznych, wprowadzenia dodatkowych zabezpieczeń, ostrzeżeń, skrupulatnych instrukcji obsługi. W tego typu działaniach również mogą pomóc uwagi od konsumentów – użytkowników różnych produktów.

Magdalena Kantorczyk

INTERNETOWY SPECJALISTA – www.wss.olsztyn.pl

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Olsztynie uruchomił na swojej stronie internetowej Forum – zapytaj specjalistę. Od stycznia pacjenci mogą również tą drogą kontaktować się z lekarzami praktycznie wszystkich specjalności. To wygodny i nowoczesny sposób komunikacji pacjenta z lekarzem.

Od wielu już lat możemy robić zakupy przez Internet, rezerwować miejsca w samolotach, płacić za pomocą SMS-ów. Postanowiliśmy więc korzystając z nowoczesnych technologii ułatwić życie naszym pacjentom.

Współcześnie Internet odgrywa coraz większą rolę w życiu każdego człowieka. Jest jednym z najważniejszych środków przekazu informacji. Zapewnia ludziom intymność, bezpieczeństwo i przede wszystkim szybkość w uzyskaniu potrzebnych informacji.

Dlatego z tą myślą, w styczniu 2007 roku Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Olsztynie uruchomił na swojej stronie internetowej: Forum – zapytaj specjalistę.

Na początku funkcjonowania tej interaktywnej strony szpitala dostawaliśmy od internetowych pacjentów kilka pytań dziennie – w tej chwili codziennie spływa do nas już ponad 150. Być może dlatego, że jest to anonimowy, bezpieczny, a przede wszystkim szybki

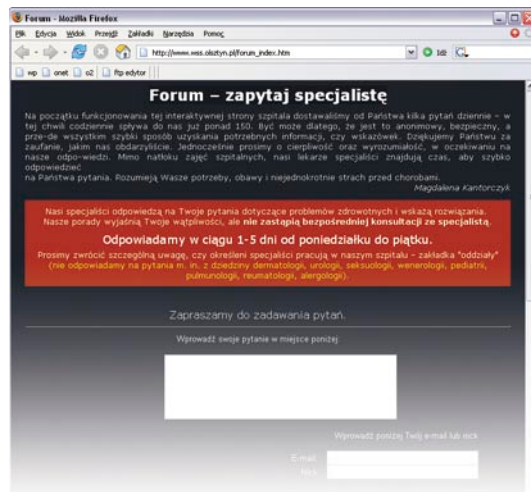
sposób uzyskania potrzebnych informacji, czy wskazówek.

Kontaktują się z nami nie tylko mieszkańcy Olsztyna i regionu, ale również osoby z całej Polski, jak również i z zagranicy.

Najwięcej porad kierowanych jest do ginekolog-położnika, do specjalisty ortopedy, neurologa, laryngologa, gastrologa, okulisty.

Często pacjenci po prostu nie wiedzą do jakiego specjalisty zwrócić się z daną jednostką chorobową i szukają u nas porady. Bywa również, że nie wiedzą gdzie przyjmuje dany lekarz lub w jaki sposób się do niego dostać. Pytają o rodzaje badań laboratoryjnych, godziny przyjęć pracowni i poradni.

Dziękujemy Państwu za zaufanie, jakim nas obdarzyliście. Jednocześnie prosimy o cierpliwość oraz wyrozumiałość, w oczekiwaniu na nasze odpowiedzi. Mimo natłoku zajęć szpitalnych, nasi lekarze



specjaliści znajdują czas, aby szybko odpowiedzieć na Państwa pytania. Rozumieją Wasze potrzeby, obawy i niejednokrotnie strach przed chorobami.

Jednak należy pamiętać, że te porady nie zastąpią bezpośredniej konsultacji ze specjalistą. Mogą jedynie nakierować pacjenta co do ewentualnego postępowania, wskazać drogę – do jakiego specjalisty się udać.

Prosimy o zwrócenie szczególnej uwagi, czy określone specjalności pracują w naszym szpitalu (nie odpowiadamy na pytania m. in. z dziedziny dermatologii, urologii, seksuologii, wenerologii, pediatrii, pulmonologii, reumatologii, alergologii).

redakcja

z cyklu *Znad szpitalnego katamarza*

Obok strony medycznej i marketingowej naszej gazety nie może w „Pulsie” zabraknąć treści humanistycznych, skierowanych na ludzkie potrzeby ciała i ducha, wszystko po to, by być bliżej Człowieka – przysłowiowego „kamienia filozoficznego” rozwoju medycyny. Zachęcam do wspólnego kreowania myśli intelektualnej w naszym szpitalu. Pełno tu wybitnych osobowości, ciekawych ludzi i pasjonatów różnych zawodów, pełno wokół nas wydarzeń, na które możemy mieć własne spojrzenie i pogląd. Zatrzymajmy się na chwilę w tym szaleńczym biegu! Po co? Może po to, byśmy się lepiej czuli sami ze sobą, byśmy wzbogacali własne Ja, byśmy byli szczęśliwsi.

Beata Januszko-Giergielewicz
beatagiergielewicz@interia.pl



NA DYREKTORSKIM OBCASIE

Bożena Marcinkowska – jaka jest naprawdę?

„Dyrektor Bożena Marcinkowska to silna kobieta!” – usłyszałam o niej z ust dyrektora Michela Casce z zaprzyjaźnionego Szpitala w Chateauroux we Francji, będąc tam na stażu. Słabo wówczas znalazłam naszą Panią Dyrektora, ale pomyślałam w duchu, że to musi być rzeczywiście duża siła oddziaływania, skoro nią emanuje... nawet w samym środku Francji!

Profesor Religa nie kryje swojego podziwu i fascynacji osobowością naszej Pani Dyrektora. Zapewne chciałby mieć w swoim zespole taką kobietę, mógłby wtedy rozwiązać niejedyn problem polityczny, wykorzystując powiedzonko, którym dowcipnie ją określa: „Gdzie diabeł nie może, tam babę pośle!”.

Jest nieustraszona i niebywale skuteczna w osiąganiu celów. Jeśli coś postanowi, to dotąd wierzki przysłowiową „dziurę w brzuchu” regionalnym dygnitarzom, sponsorom i mecenasom szpitala, aż (biedacy!) nie mając wyjścia, poddają się z kretesem! Ale jaki potem odnosimy wspólny sukces! Ile oklasków dla szpitala i nie tylko... Wszak sukces ma wielu ojców... Świadczą o tym liczne rzesze wybitnych osobistości, obecnych na uroczystościach szpitalnych, które zawsze znajdują czas, żeby w nich uczestniczyć.

O pieniądze dla szpitala walczy „jak lwica”. Wiedzą o tym nowoczesne i doinwestowane oddziały. Poza dygnitarzami „silną rękę” Pani Dyrektora dobrze zna jej bezpośrednio podległy personel. Wyciśnie z każdego ostanie soki twórcze, nie przyjmuje słowa „nie mogę, nie umiem”. Za to na co dzień motywuje: „Wierzę w was!, jesteście najlepsi!”. Wiecie Państwo, jak to działa? Człowiek całkowicie mięknie, chwytą się zadania, choćby padł!

Przyznam się, że też mnie „na to” wzięła (żeby choćby raz!), zlecając nie jedno karkołomne zadanie, które wydawało mi się niemożliwe do realizacji. Czy mogłam jej jednak odmówić?!

Ceni sobie pracę redaktorską i promocyjną w szpitalu. Moje pierwsze z nią spotkanie odbyłam z „Pulsem Szpitala” w rękę, jeszcze w Szpitalu Miejskim, gdy czekała na formalną nominację na stanowisko dyrektora naszego szpitala. Powiedziała krótko: „Gdy ujrzałam waszą (naszą) gazetę poczułam igielkę zardzości”. Przynajmniej szczerze! Mogę ją zrozumieć, bo jak wiemy, jest osobą „medialną”, a media to w końcu „czwarta władza”.



fot. Grzegorz Czykwin

Bożena Marcinkowska to wizjonerka, „za jedną rzeką widzi drugą rzekę”, jedno zadanie kończy, drugie zaczyna. Czy widzi kres tej drogi? Moim zdaniem nie. Myślę, że to największa tajemnica jej sukcesu.

Jej dokonania w szpitalu wzbudzają aprobatę i podziw środowiska szpitalnego, budują autorytet. A nie jest to przecież łatwe, dyrekcja zawsze, jak świat światem, jest poddawana krytyce. Jak sobie z nią radzi? To jej słodka tajemnica...

Załatwiając liczne codzienne sprawy w szpitalu biega po piętrach (w windzie przebywa chyba tylko, by sprawdzić, czy działa), ma świetną kondycję fizyczną. Ciekawe, czy uprawia jakieś sporty?

W sposób oczywisty musi miewać kryzysy i chwile zwątpienia, jak każdy z nas. Nie pokazuje tego po sobie, czasami uchwycą ten moment tylko ci współpracownicy, którzy ją dobrze znają. Ale o tę drugą „stronę księżycą” trzeba by chyba pytać tylko najbliższych...

Jest estetką, o czym świadczy obecny wizerunek szpitala. Znać tu kobietą rękę!

A jeżeli już o kobietach mowa... W zarządzaniu szpitalem nie ztraca odrobiny kobiecości. Wprawia tym w zdumienie wszystkie obserwa-

torcki płci żeńskiej. Jak ona to robi? Kiedy znajduje czas na „kobietę toaletę codzienną” w natłoku obowiązków dyrektorskich?

Dużo tu znaków zapytania, ale jak każda prawdziwa kobieta jest owiana aurą tajemniczości. Jedno wiemy na pewno – lubi sukienki, słoneczne kolory i... wysokie obcasy!

W ten sposób „na obcasie” i „pod obcasem” Pani Dyrektora Marcinkowska zarządza naszym szpitalem, ale żeby być takim dyrektorem, jakiego tu zobaczyliśmy, w takim szpitalu,

jaki obecnie znamy, trzeba być... trzeba być... Mam! Trzeba być Bożeną Marcinkowską. Po prostu...

Beata Januszko-Giergielewicz

z cyklu PREZENTACJE

AUDYTOR WEWNĘTRZNY — DROGA DO DOSKONAŁOŚCI

Od kilku lat w Polsce funkcjonuje nowe i mało jeszcze u nas znane pojęcie audytu wewnętrznego. Jest on często kojarzony przez ludzi w sposób negatywny – jak rewizja, która musi zakończyć się najczęściej ukaraniem winnego za nieprawidłowo przebiegający proces. Nic bardziej mylnego!

Audytor wewnętrzny powołany jest na podstawie Ustawy o finansach publicznych, a Szpital jest zobowiązany do zatrudnienia audytorów ze względu na wysokość osiąganych dochodów. Od października 2006 roku w naszym Szpitalu pracuje dwóch audytorów wewnętrznych – Jacek Bieńkowski i Dariusz Krzyżewski.

Audytor wewnętrzny to osoba, która posiada nie tylko szeroką wiedzę z zakresu finansów, rachunkowości i zarządzania, lecz powinna również odznaczać się rzetelnością, niezależnością i obiektywizmem, działając przy tym w zgodzie z kodeksem etyki zawodowej.

Zadania audytorów

Audytorzy działają w oparciu o roczny plan audytu, opracowany we współpracy z dyrektorem Szpitala. W sposób niezależny badają systemy zarządzania i kontroli w jednostce, w tym procedury kontroli finansowej. Dzięki temu dyrektor placówki uzyskuje obiektywną i niezależną ocenę adekwatności, efektywności i skuteczności działania systemów w określonych komórkach Szpitala.



Od lewej: Jacek Bieńkowski i Dariusz Krzyżewski

— Naszą rolą jest wskazywanie zagrożeń w działalności Szpitala, mających wpływ na sytuację finansową, a nawet na wizerunek placówki – mówi Dariusz Krzyżewski, audytor wewnętrzny.

Audytorzy mogą również podejmować czynności doradcze, mające na celu usprawnienie funkcjonowania jednostki.

— Każdy może do nas zadzwonić lub przyjść i uzyskać konkretną poradę dotyczącą usprawnienia pewnych systemów zachodzących w danej komórce – mówi Jacek Bieńkowski, audytor wewnętrzny naszego Szpitala. – Nasze doradztwo związane jest m.in. ze współpracą w projektowaniu procedur, opiniowaniem, doradzaniem w bieżących sprawach funkcjonowania jednostki.

Przyjazny dla ludzi i Szpitala

Audytor ma posłużyć jako narzędzie służące do ulepszania organizacji, a przede wszystkim wspomagające w osiąganiu przez nią celu, do którego została powołana.

Ponieważ audyt wewnętrzny nie ogranicza się wyłącznie do obszaru finansowego, daje to możliwość spojrzenia na całość organizacji w celu poszukiwania i eliminowania słabych jej stron. Działanie to służy wspomaganiu kierownictwa placówki w osiągnięciu jej misji, a zwłaszcza w uzyskiwaniu satysfakcji pacjentów.

Audytor, wbrew obiegowym opiniom, nie jest policjantem. Nie można też jego pracy sprowadzać do roli kontrolera.

— Audytor wewnętrzny wypowiada się na temat całego procesu zarządzania, a nie ocenia poszczególne osoby – mówi Jacek Bieńkowski. – Nasza niezależność pozwala nam na formułowanie osądów w sposób bezstronny i bez uprzedzeń.

Magdalena Kantorczyk

“DO KOŃCA ŚWIATA I JEDEN DZIEŃ DŁUŻEJ”, CZYLI WIELKA ORKIESTRA ŚWIĄTECZNEJ POMOCY W NASZYM SZPITALU

Tradycyjnie dołożyliśmy swoją cegiełkę do akcji Jurka Owsiaaka. Ratowanie życia dzieci poszkodowanych w wypadkach i nauka udzielania pierwszej pomocy to obszary ochrony zdrowia wymagające wsparcia. Dlatego w WSS w Olsztynie, 14 stycznia 2007 r. były wykonywane bezpłatne badania poziomu cholesterolu i glukozy. Pierwszych 100 osób, które zgłosiły się do laboratorium w godzinach od 8 do 12 mogło skorzystać z bezpłatnych badań.

W niedzielę laborantki wykonywały badania w ramach akcji WOŚP. Przy badaniu poziomu cholesterolu i glukozy pobierana była krew i już po pół godzinie znany był wynik badania.

Do współpracy zaprosiliśmy również dietetyka i konsultanta ds. zdrowego odżywiania – Annę Mularczyk, która w ramach profilaktyki zdrowego odżywiania i zapobiegania procesom otyłości, badała zawartość tkanki tłuszczowej w organizmie. Badanie trwało około 5 minut i polegało na wprowadze-

niu danych (wzrost, waga, wiek) do aparatu zatwierdzonego przez WHO (Światową Organizację Zdrowia). Wskaźniki wykazywały stopień otyłości. Dietetyk odpowiadał również na wszystkie pytania dotyczące zdrowego odżywiania.

Badania poziomu cholesterolu i glukozy mogą wykazać dwie groźne choroby cywilizacyjne, jakimi są miażdżyca i cukrzyca.



Serce za „serce”



Podczas wykonywania bezpłatnych badań

core

KIERUNEK GASTROENTEROLOGIA

O pełnieniu obowiązków konsultanta wojewódzkiego ds. gastroenterologii rozmawiamy z dr. n. med. Tomaszem Arlukowiczem, ordynatorem Oddziału Gastroenterologii.

— **Panie doktorze, gratuluję Panu powołania na stanowisko konsultanta wojewódzkiego ds. gastroenterologii. Dołączył Pan do grona specjalistów, którzy decydują o kierunku rozwoju medycyny w naszym województwie. A co oznacza bycie konsultantem?**

— Jest to funkcja bardziej robocza i wykonawcza niż prestiżowa. Dla szpitala, w którym pracuje konsultant ma znaczenie prestiżowe i z pewnością podnosi rangę szpitala i oddziału, ale dla lekarza bycie konsultantem to konieczność sprostania dodatkowym obowiązkom. W zadaniach konsultanta znajduje się przeprowadzanie kontroli świadczeń zdrowotnych i wyposażenia zakładów opieki zdrowotnej, sporządzanie opinii o potrzebach kadrowych, wydawanie opinii o spełnianiu przez dane placówki warunków do udzielania świadczeń zdrowotnych oraz prowadzenie stażu podyplomowego, a także sporządzanie corocznych raportów.

— **Do niedawna lekarze z Warmii i Mazur musieli kontaktować się z konsultantem z Warszawy, czy powołanie na to stanowisko lekarza z naszego regionu ułatwi pracę gastroenterologów?**

— Obecność konsultanta na miejscu ma kluczowe znaczenie, ułatwi wdrożenie najnowszych metod

lecniczych. Między innymi stosowanie farmakoterapii niestandardowej musi być akceptowane przez konsultanta, a im szybciej zostanie zaakceptowane tym szybciej można rozpocząć leczenie. Często to czas decyduje o życiu i zdrowiu pacjenta. Dziś już nie musimy się o to martwić.

— **To do Pana zwracają się inni lekarze jeżeli nie są pewni postawionej diagnozy, czy wyboru sposobu leczenia?**

— Właśnie jednym z obowiązków konsultanta jest służyć radą lekarzom, gdy stoją przed zadaniem leczenia najtrudniejszych przypadków, które wymagają dodatkowej konsultacji. Ale duże znaczenie ma wiedza i doświadczenie również innych lekarzy. To doktor Barbara Dąbrowska była autorytetem w naszym regionie, gdy mieliśmy konsultanta z Warszawy, zawsze mogliśmy i nadal możemy liczyć na jej wsparcie.



dr n. med. Tomasz Arlukowicz

Konsultanci wojewódzcy pracujący w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Olsztynie:

dr n. med. Tomasz Arlukowicz
lek. med. Jerzy Badowski
dr hab. n. med. Elżbieta Bandurska-Stankiewicz
dr n. med. Maria Dowgird
dr hab. n. med. Antoni Dudkiewicz
dr n. med. Jan Forfa
dr n. med. Jerzy Górny
lek. med. Mieczysława Gryglicka
dr n. med. Bogdan Kibiłda
lek. med. Jerzy Kozerski
dr n. med. Waldemar Och
dr n. med. Elżbieta Stefanowicz
dr n. med. Marek Stefanowicz
dr n. med. Andrzej Tutaj
lek. med. Małgorzata Wojciechowska

— **A jakie plany ma konsultant ds. gastroenterologii województwa warmińsko-mazurskiego?**

— Mam nadzieję, że już niedługo uda nam się utworzyć Olsztyński Oddział Polskiego Towarzystwa Gastroenterologicznego, byłby to kolejny krok w konsolidacji środowiska gastroenterologicznego. Ważna jest też działalność naukowo-

-szkoleniowa, Oddział Gastroenterologii posiada od tego roku akredytację Ministerstwa Zdrowia do prowadzenia specjalizacji i staży kierunkowych w zakresie gastroenterologii, będziemy szkolić doskonałych gastroenterologów. Pierwszych dwoje lekarzy pomyślnie przebyło postępowanie kwalifikacyjne i otworzyło specjalizację w naszym ośrodku.

— **Dziękuję za rozmowę.**

core

ŚWIATOWY DZIEŃ CHOREGO

Co roku 11 lutego uwaga ludzi na całym świecie skupia się na problemach ludzi chorych i cierpiących oraz tych, którzy niosą im ulgę i pomoc. W tym dniu obchodzony jest Światowy Dzień Chorego.

Jest to święto ustanowione przez papieża Jana Pawła II. Ideą tego święta jest zwrócenie uwagi wszystkich na obecność wśród nas osób chorych. To czas jedności z cierpiącymi, zadumy nad cierpieniem i chorobą. Dla chorych natomiast jest to czas refleksji nad sensem i znaczeniem własnego bólu.

Z myślą o wszystkich naszych pacjentach, w kaplicy Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie została odprawiona uroczysta msza święta w intencji chorych i personelu medycznego przez ks. Arcybiskupa Seniora Edmunda Piszczę. Po mszy świętej pacjentom



Uroczysta msza święta

obecnym na Eucharystii ks. arcybiskup udzielił sakramentu namaszczenia chorych, a następnie odwiedził naszych pacjentów w oddziałach.

Z myślą o zdrowiu mieszkańców Olsztyna, w Dziale Diagnostyki Laboratoryjnej, 11 lutego wykonywano darmowe badania poziomu cholesterolu i cukru w krwi. Badania te są bardzo istotne ze względu na możliwość wykrycia dwóch groźnych chorób cywilizacyjnych, jakimi są miażdżyca i cukrzyca.

Również w Dziale Radiodiagnostyki Obrazowej panie, które ukończyły 35 lat mogły skorzystać z bezpłatnych badań mammograficznych.

O tym, jak ważna jest profilaktyka zdrowotna i wczesne wykrycie chorób przekonują niemal wszyscy lekarze. Wystarczy regularne przeprowadzanie podstawowych badań, aby mieć pewność, że nic nam nie dolega. Wiele groźnych schorzeń można wykryć podczas nieuciążliwych i szybkich badań profilaktycznych.

emka

z cyklu KTO JEST KIM W SZPITALU

SPOŁECZNY INSPEKTOR PRACY

Przemierzając szpitalne korytarze z uśmiechem mijamy znajomych, z zaciekawieniem spoglądamy w twarze nowych pracowników, czasem zastanawiając się kto właściwie jest kim. Niektórzy z nas pracują w pionie medycznym, inni w administracji i często musimy sprostać wielu obowiązkom. Pani Jola Stecyk jest pielęgniarką w Zakładzie Medycyny Nuklearnej, ale także, i nie każdy o tym wie, Społecznym Inspektorem Pracy.

— **Cale Pani życie zawodowe toczy się wokół naszego szpitala. Zaczynała tu Pani pracę i zdobywała doświadczenie. Czy to już przyzwyczajenie?**

— W szpitalu pracuję ponad 20 lat, poznałam tu mojego męża, pracowaliśmy wtedy oboje w Stacji Dializ, dlatego szpital to nie tylko miejsce, w którym spełniam się zawodowo, ale wiąże mnie z nim osobiste wspomnienia. Nie mogę jednak powiedzieć, że pracuję tu z przyzwyczajenia, lubię to co robię i ciągle się rozwijam. Zawsze chciałam pracować w szpitalu i zajmować się starszymi ludźmi. Jako pielęgniarka spotykam osoby, które oczekują ode mnie pomocy i którym mogę pomagać.

— **Jest Pani przykładem osoby, która lubi pracować z ludźmi i dla ludzi. Dowodem jest stanowisko Społecznego Inspektora Pracy. A co robi taki inspektor w naszym szpitalu?**

— Społeczny Inspektor Pracy to ktoś, kto dba o dobro i prawa pracowników. Ma za zadanie troszczyć się o systematyczną poprawę stanu bezpieczeństwa i higieny pracy wszystkich pracowników szpitala oraz współpracować z dyrektorem szpitala i Związkami Zawodowymi.

Jeżeli ktoś zauważy jakikolwiek problem związany ze swoim bezpieczeństwem na stanowisku pracy, warunkami pracy, chce poznać prawa i obowiązki, które mu przysługują, powinien zgłosić się do mnie. Ja właśnie jestem od tego, aby pomagać w rozwiązywaniu takich problemów.

— **Nie jest łatwo sprostać wszystkim zadaniom, które stawiają przed Panią pracownicy naszego szpitala.**



Imię: Jolanta

Nazwisko: Stecyk

Stanowisko: pielęgniarka, specjalista w dziedzinie organizacji i zarządzania, pracuje w Zakładzie Medycyny Nuklearnej, Społeczny Inspektor Pracy

Dodatkowe zajęcia: członek Okręgowego Sądu Pielęgniarek i Położnych oraz Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych

Rodzina: mąż, córka, syn, pies

Hobby: psychologia, dobra książka, film

— To prawda, stykam się z bardzo różnymi problemami, ale sposób ich rozwiązywania zawsze jest podobny. W pierwszej kolejności rozmawiam z pracownikiem, następnie z kierownikiem danej komórki i razem sprawdzamy czy rzeczywiście taka sytuacja zaistniała i zastanawiamy się nad możliwie najlepszym rozwiązaniem. Sprawy, którymi zajmowałam się do tej pory zakończyły się pomyślnie. Jestem z natury dociekliwą osobą, nie zrażam

się niepowodzeniem i zawsze doprowadzam rozpoczętą sprawę do końca.

— **Co już udało się Pani usprawnić?**

— Wiele problemów zostało rozwiązanych, nie sposób wymienić wszystkich. Cieszy mnie naprawa systemu wentylacyjnego w pomieszczeniach Działu Patomorfologii, zwiększenie ilości zamawianej odzieży i obuwia roboczego dla pracowników, prawidłowe umieszczenie i uzupełnienie apteczek pierwszej pomocy wraz z obowiązującą instrukcją w niektórych komórkach szpitala oraz zakupienie dodatkowej odzieży ochronnej na okres zimowy pracownikom rejestracji.

— **Ściśle współpracuje Pani z dyrektorem szpitala, na czym polega ta współpraca?**

— Pani dyrektor na początku roku otrzymuje plan mojej pracy, który jest zatwierdzany wcześniej przez Związki Zawodowe. Niektóre poruszane przeze mnie sprawy wymagają konsultacji, ponownego omówienia i w tym właśnie pomaga mi pani dyrektor. Naszym wspólnym celem jest zapewnienie bezpieczeństwa i dobrych warunków pracy wszystkim pracownikom szpitala. Zadowolony pracownik pracuje lepiej i efektywniej, a to przekłada się na odczucia pacjenta i jego zadowolenie. Pacjent jest w centrum uwagi, bo przecież dla niego głównie tu jesteśmy.

— **A jaki jest prywatnie Społeczny Inspektor Pracy?**

— Mieszkam w domu położonym w lesie i tam naprawdę odpoczywam, często chodzę na spacer, podczas których regeneruję siły. Cenię sobie szczególnie ludzi szczerych i otwartych, a nie lubię kłamstwa. Zawsze z optymizmem spoglądam w przyszłość.

— **Dziękuję za rozmowę.**

core

Kontakt:

Jolanta Stecyk
Zakład Medycyny Nuklearnej
tel. 089 538 63 01
kom. 600 67 99 17

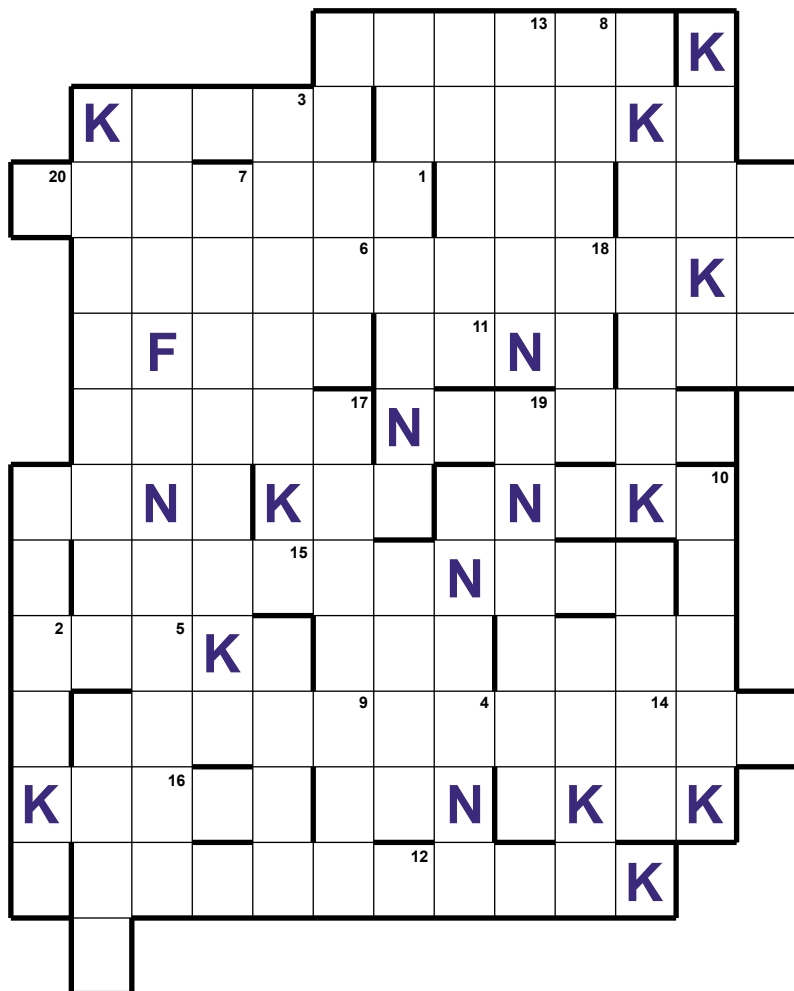
K R Z Y Ż Ó W K A

Jolka

14

Objaśnienia 46 haseł podano w przypadkowej kolejności. W diagramie ujawniono wszystkie litery F, K i N. W ponumerowanych polach ukryto 20 liter hasła, które stanowi rozwiązanie. Jest nim mądrość ludu Hausa.

Hasło w zaklejonej kopercie prosimy wrzucić do specjalnej skrzynki w Kancelarii Szpitala. Na kopercie prosimy podać imię, nazwisko i miejsce pracy. Wśród autorów prawidłowych rozwiązań rozlosujemy wartościowe książki.



- Oddziałowa Ortopedii • imię jej szefa • dodatek, załącznik • miasto rodzinne Einsteina • tytuł Mussoliniego • imię Birkuta • tomografia pozytronowa • statek Jazona • wyspa Hipokratesa • płynięcie w Saragossie • to co nie istnieje • bada dźwięki • potocznie o chrząstce tarczowatej • niedorzeczność • koncern z Płocka • miejsce w formularzu • oszukańcze przedsięwzięcie • siarczan radiologa • pieśńiarstwo • region z Nancy • kopia, powielacz • pierwsza ofiara bratobójstwa • przepracowała ustawową liczbę lat • mędrzec ze Wschodu • okrzyk Archimedesa • pocisk podwodny • towarzysz Marksa • nośniki dziedziczenia • papier do odbijania pisma • niemieckie oznaczenie światłoczułości • główne miasto Uralu Pd. • wiedzy lub konia • partia Olejniczaka • nauka o cukrzycy • o tyczce • ma ujście w Lizbonie • włókno z oprzędu poczwarki • żelazne pręty w piecu • porcja leku • żona Pana Tadeusza • bogato zdobiona szabla • strój rycerza • dymi nad Katanią • spokojnie znosi przeciwności • straszny śnieżny człowiek • kieruje Diagnostyką Obrazową •

BJER

Rozwiązanie krzyżówki numer 13 z 14 numeru Pulsu Szpitala:

**„Ten kto chorował staje się lekarzem”
przysłowie koreańskie**



Wydawca:
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny
w Olsztynie

Nakład:
1200 egzemplarzy
Egzemplarze bezpłatne

Redaktor naczelny:
Kornelia Kotwicka

Zespół redakcyjny:
Alicja Biernacka
Magdalena Kantorczyk
Ewa Labes-Kunicka

Stale współpracują:
Alicja Markiewicz
Hanna Taraszkiewicz
Tomasz Widawski
Jerzy Badowski
Beata Januszko-Giergielewicz

Zdjęcia w numerze:
Bernard Wawrzyniewicz
Grzegorz Czykwini
Kornelia Kotwicka
Magdalena Kantorczyk
Tomasz Radzik

Zdjęcia na okładce:
Grzegorz Czykwini

Koncepcja plastyczna winiety tytułowej:
Barbara Szymczuk
Magdalena Antoniuk

Adres redakcji:
10-561 Olsztyn, ul. Żołnierska 18
Dział Organizacji i Zarządzania
tel. 089 538 63 06
marketing@wss.olsztyn.pl
kkotwicka@wss.olsztyn.pl

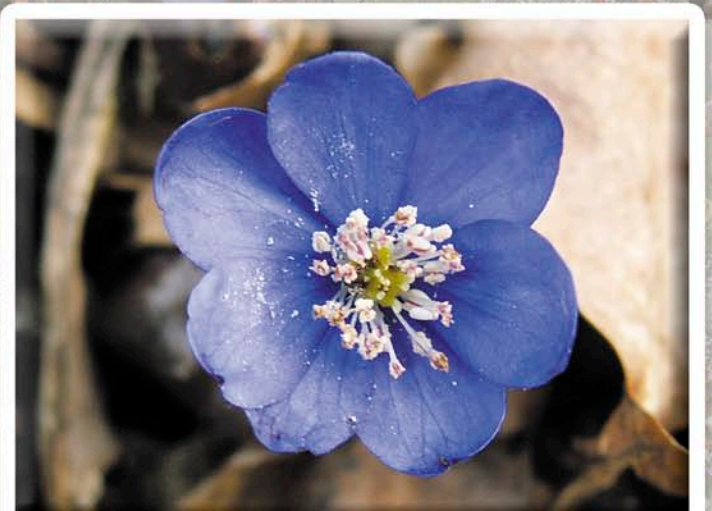
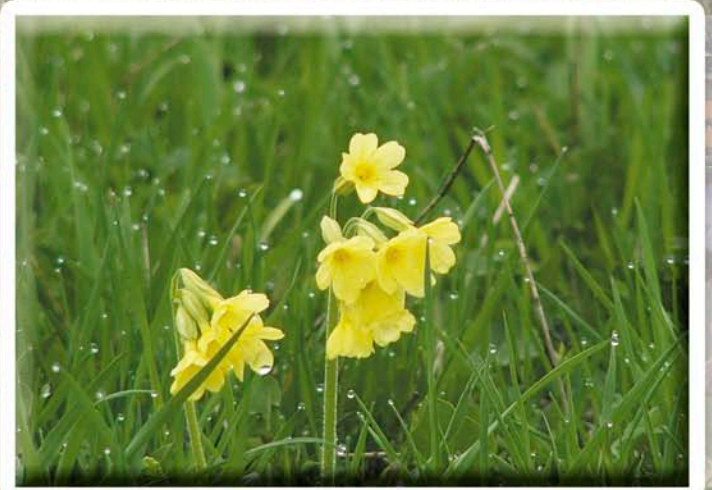
Nasz adres w internecie:
www.wss.olsztyn.pl

Opracowanie i skład:
Wydawnictwo Foto Press
10-172 Olsztyn, ul. Nad Jarem 4
tel. 089 533 88 62, tel. kom. 608 528 404

Korekta:
Wydawnictwo Foto Press
10-172 Olsztyn, ul. Nad Jarem 4
tel. 089 533 88 62, tel. kom. 608 528 404

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

*Redakcja zastrzega sobie prawo
do skrótów, zmiany tytułów.
Teksty prosimy przekazywać na dyskiecie
w programie Word (*.doc)*



fot. Ewa Hanna Kamińska