

PULS SZPITALA

ISSN 1644-8162

NR 16/2

MAJ – LIPIEC 2007

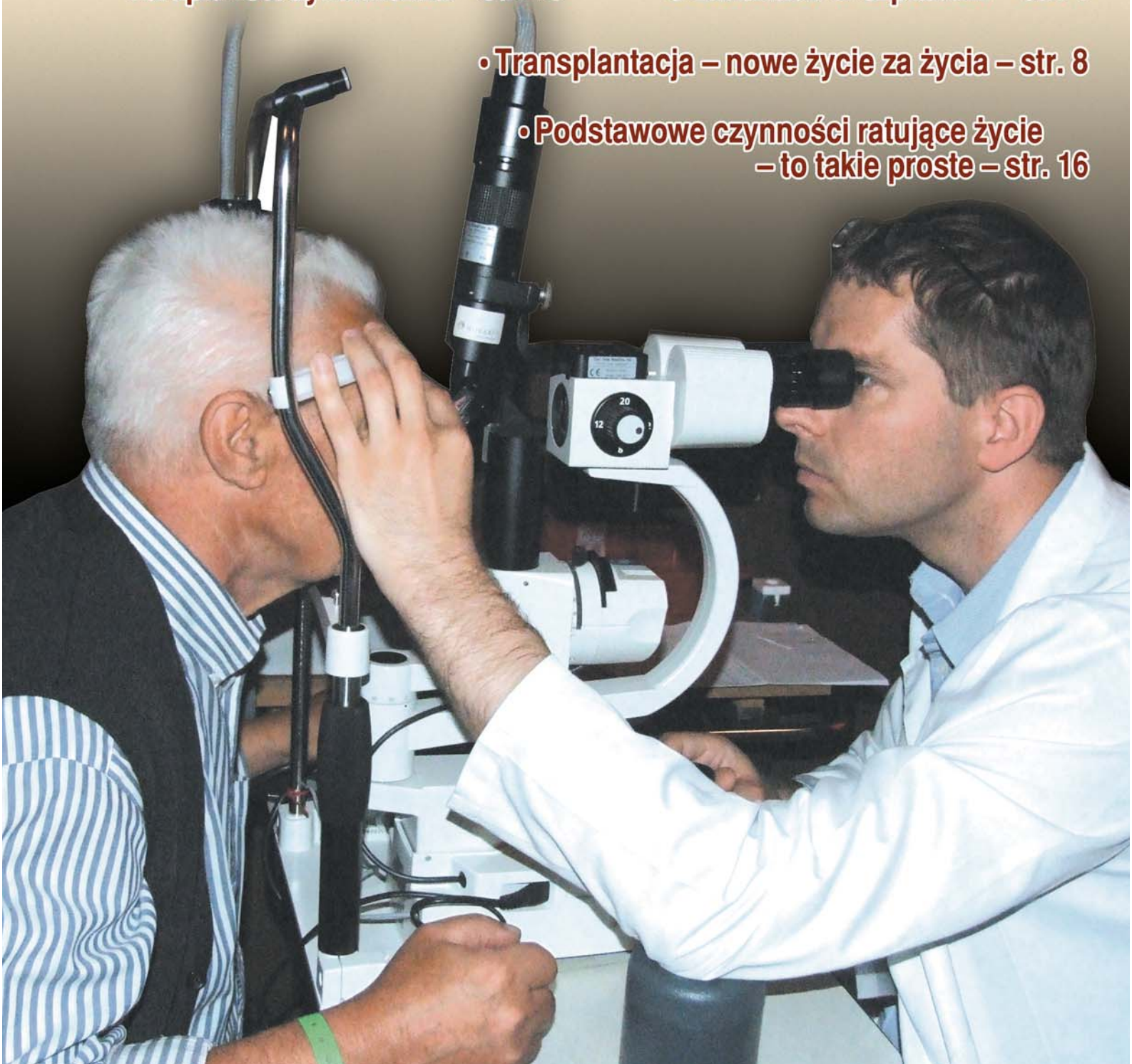
WOJEWÓDZKI
SZPITAL
SPECJALISTYCZNY
W OLSZTYNIE

• Terapia fotodynamiczna – str. 15

• O zmianach w szpitalu... – str. 4

• Transplantacja – nowe życie za życia – str. 8

• Podstawowe czynności ratujące życie
– to takie proste – str. 16



SZTUKA ODPOCZYNKU I RELAKSU

Stres jest naturalną, nieuniknioną częścią naszego życia i normalną reakcją biologiczną każdego organizmu. Jest naturalną odpowiedzią naszego ciała na codzienne wyzwania i życiowe zmiany – nie tylko negatywne, ale i pozytywne.

To nie sam stres jest niebezpieczny dla człowieka, ale to jak na niego reagujemy. Bardzo często stres jest wywołany poprzez negatywne myślenie. Jeśli interpretujesz nową sytuację myśląc „Na pewno sobie nie poradzę”, wtedy istnieje znacznie mniejsza szansa na efektywne działanie, niż gdy ostrzegasz nową sytuację jako taką, z którą można sobie poradzić.

Pewien optymalny poziom stresu jest niezbędny dla efektywnego funkcjonowania człowieka. Zbyt niski poziom stresu powoduje spadek motywacji, apatię i znużenie. Zbyt wysoki – napięcie, trudności z koncentracją, lęk i zamęt w głowie, fizyczne zmęczenie. Jak to zrobić, aby utrzymać w sobie harmonię, spokój i dystans do rzeczy niezmiennych? Przez cały rok większość z nas zapomina o odpoczynku, relaksie i o konieczności regeneracji swoich własnych akumulatorów – prowadzimy rabunkową gospodarkę naszego organizmu. Stopniowo opadamy z sił, robimy się drażliwi, przemęczeni, negatywnie usposobieni do życia i ludzi. Aż przychodzi TEN moment. Upragniony urlop.

Ładowanie akumulatorów

Efektywny wypoczynek to sztuka, której opanowanie wymaga sporej wiedzy o sobie samym. Najczęściej popełniamy błąd jest zwlekanie z urlopem aż do chwili, gdy człowiek pada już na twarz z przemęczenia. Najrozsądniej jest tak gospodarować swoimi zasobami, aby nie doprowadzić siebie do całkowitego wypalenia wewnętrznego.

Kiedy nie można dojechać do siebie przez kilka dni – to już znak, że dwutygodniowy urlop może się okazać za krótki na podładowanie akumulatorów.

Na ogół skuteczniejsze są wyjazdy krótsze, ale częstsze. Ludziom, którzy są nieustannie w wirze wydarzeń, a kalendarz mają zapelniony do granic możliwości, trudno tak po prostu z dnia na dzień zwolnić tempo. Ile w takim razie powinien trwać



urlop, aby człowiek zregenerował swoje siły i skutecznie odpoczął?

– Psycholodzy twierdzą, że taki urlop powinien trwać trzy tygodnie – mówi Krystyna Kosińska, psycholog pracująca w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Olsztynie. – Pierwszy tydzień przeznaczamy na „odtrucie” organizmu, drugi tydzień na prawdziwy relaks i wypoczynek, natomiast trzeci tydzień, to nabieranie sił i przygotowywanie się do powrotu do pracy. I tak naprawdę ten środkowy tydzień jest najważniejszy, bo w tym czasie zapominamy o pracy, skupiamy się na przyjemnościach, odreagowujemy zmęczenie, stres spowodowany wyczerpującą całoroczną pracą fizyczną lub psychiczną, regenerujemy swoje siły.

„Modlitwa o pogodę ducha”

*Panie daj mi siłę,
abym mógł przyjąć to,
czego zmienić nie mogę,
odwagę, abym zmienił to,
co zmienić mogę
i mądrość, abym odróżnił jedno od drugiego.*

Nie każdy jednak może sobie pozwolić na taki urlop. Ale nie załamujemy się. W ciągu tygodnia czy dwóch również możemy efektywnie odpocząć i przez ten czas oderwać się od monotonnej codzienności, jeśli tylko zastosujemy się do kilku sugestii.

– Zawsze czas wolny trzeba podzielić na trzy równe części: odwyk od pracy, relaks i generowanie sił – mówi Krystyna Kosińska. – Aby naprawdę odpocząć, niezależnie w jakim okresie czasu, należy jak najczęściej przebywać poza miejscem zamieszkania i unikać tych miejsc, które przypominają nam nasze zajęcia zawodowe. Bardzo wskazany, a nawet niezbędny jest kontakt z naturą. To jeden z najlepszych sposobów regeneracji sił fizycznych i psychicznych. Okazuje się, że wyjście do lasu zawiera w sobie aż cztery sposoby radzenia sobie ze stresem: słuchając szumu drzew i śpiewu ptaków stosujemy muzykoterapię, wdychając zapach sosnowych olejków mamy do czynienia z aromaterapią i tlenoterapią, chodząc po lesie zapewniamy sobie aktywność fizyczną. Nie mniej ważna jest koloroterapia, którą zapewnia nam zielony kolor otoczenia – najzdrowszy dla oczu.

Odpoczynek dla „mózgu”

Bardzo istotną rzeczą, mającą wpływ na relaks i odprężenie jest nauka „wyłączenia mózgu” od spraw służbowych. Często wbrew naszym „intelektualnym wysiłkom” roją się w nim niejednokrotnie nieprzetrawione myśli, dokonuje się bilans pracy.

Zwykle bowiem stosunkowo łatwo jest zrełaksować mięśnie, a zafundować sobie odpoczynek dla mózgu jest bardzo trudno. Dlatego też w odpoczynku jednym z ważniejszych zadań jest „okiełznanie mózgu”, tak potrzebne dla osiągnięcia równowagi psychicznej i fizycznej. Natomiast mózg ujarzmiony naszą

umiejętnością odprężania się i odpoczywania, a przy tym właściwie, ekonomicznie wykorzystywany – może działać znacznie więcej, niż się przypuszcza. W uchronieniu ciała przed zawiadnięciem przez nasz mózg na pewno skuteczne będą rozmaite formy czynnego wypoczynku.

7 przykazań radzącego sobie ze stresem:

- ♦ Dbaj o ciało, dbaj o psychikę
- ♦ Nie gardź wiedzą
- ♦ Nie daj się zaskoczyć – przewiduj skutki aktualnej sytuacji i przygotuj się na nie
- ♦ Korzystaj z pomocy innych
- ♦ Nie bój się fizjologicznych objawów stresu
- ♦ Znajdź swój sposób na wyhamowanie emocji
- ♦ Dobrze przeżyty stres działa na twoją korzyść

Powrót do codzienności

Po urlopie wracamy do pracy i od razu wpadamy w wir codzienności i zawodowych obowiązków. Nie unikniemy sytuacji stresowych, bo w dzisiejszych czasach są wszechobecne. Co w takim razie zrobić, aby nasz urlop nie poszedł na marne? Aby ten wypracowany spokój, odprężenie ciała i umysłu na dłużej w sobie zachować i odczuwać?

Do zdrowego życia potrzebna jest równowaga. Równowaga pomiędzy braniem i dawaniem, pracą i odpoczynkiem, działaniem i byciem. Brak równowagi pomiędzy pracą a odpoczynkiem jest przyczyną przemęczenia, które – jeżeli staje się chroniczne – może prowadzić do wypalenia zawodowego, apatii, lęków, a nawet depresji. Długotrwały stres powoduje obniżenie odporności organizmu, a w konsekwencji choroby somatyczne.

– Niezależnie od tego, ile sytuacji stresujących na nas oddziałuje, ważne jest jak potrafimy sobie z nimi radzić – mówi Krystyna Kosińska. – Jednym z najważniejszych zasobów, jakimi możemy dysponować jest spokój wewnętrzny, pogoda ducha i równowaga wewnętrzna, niezależnie od sytuacji. Tę pogodę ducha można kształtować poprzez dystans do rzeczy, na które nie mamy wpływu i gromadzenie energii na to, aby zająć się sytuacjami, które możemy zmienić. Wśród różnych sposobów radzenia sobie ze stresem wyróżniamy sposoby doraźne i długofalowe. Do doraźnych zaliczamy np. rozmowę z przyjaciółmi, ciepłą kąpiel, ćwiczenie relaksacyjne, polegające na nauczeniu się umiejętności rozluźniania mięśni, aktywność fizyczną. Wśród długofalowych sposobów na pewno wymienić należy dbanie o zdrowie, stosowanie systematycznych ćwiczeń fizycznych, systematyczny kontakt z naturą, kontrole zdrowia, a nawet trening asertywności. Kiedy zauważymy, że sami nie jesteśmy

w stanie sobie poradzić ze stresem i źle reagujemy na pewne sytuacje, możemy poddać się terapii racjonalno-emocjonalnej, czyli po prostu skorzystać z pomocy terapeuty.

Systematyczne dbanie o zdrowie, radzenie sobie ze stresem przez cały rok jest gwarancją naszego zdrowia, poczucia spełnienia i mniejszego prawdopodobieństwa zachorowania.

Meg

Dezyderata

Krocz spokojnie wśród zgiełku i pośpiechu, pamiętaj jaki spokój może być w ciszy.

Tak dalece jak to możliwe, nie wyrzekając się siebie, bądź w dobrych stosunkach z innymi ludźmi.

Prawdę swą głos spokojnie i jasno, słuchając też tego, co mówią inni: nawet głupcy i ignoranci, oni też mają swą opowieść.

Jeżeli porównujesz się z innymi możesz stać się próżny lub zgorzkniały, albowiem zawsze będą lepsi i gorsi od ciebie.

Ciesz się zarówno swymi osiągnięciami jak i planami. Wykonuj z sercem swą pracę, jakkolwiek by była skromna. Jest ona trwałą wartością w zmiennych kolejach losu.

Zachowaj ostrożność w swych przedsięwzięciach – świat bowiem pełen jest oszustwa. Lecz niech ci to nie przesłania prawdziwej cnoty; wielu ludzi dąży do wzniosłych ideałów i wszędzie życie jest pełne heroizmu.

Bądź sobą, a zwłaszcza nie zwalczaj uczuć; nie bądź cyniczny wobec miłości, albowiem w obliczu wszelkiej oschłości i rozczarowań jest ona wieczna jak trawa.

Przyjmij pogodnie to, co lata niosą, bez goryczy wyrzekając się przymiotów młodości. Rozwijaj siłę ducha, by w nagłym nieszczęściu mogła być tarczą dla ciebie. Lecz nie dręcz się tworam wyobraźni. Wiele obaw rodzi się ze znużenia i samotności.

Obok zdrowej dyscypliny bądź łagodny dla siebie. Jesteś dzieckiem wszechświata, nie mniej niż gwiazdy i drzewa masz prawo być tutaj i czy to jest dla ciebie jasne czy nie, nie wątp, że wszechświat jest taki jaki być powinien.

Tak więc bądź w pokoju z Bogiem, cokolwiek myślisz o Jego istnieniu i cokolwiek się zajmujesz i jakiegokolwiek są twe pragnienia; w zgiełku ulicznym, zamęcie życia, zachowaj pokój ze swą duszą.

Z całym swym zakłamaniem, znojem i rozwiązanymi marzeniami ciągle jeszcze ten świat jest piękny...

Bądź uważny, staraj się być szczęśliwy.

SPIS TREŚCI

• Sztuka odpoczynku i relaksu	2
• O zmianach w szpitalu, blokach operacyjnych i o tym jak wyleczyć służbę zdrowia	4
• Światowy dzień zdrowia	7
• Przeszczep narządowy:	
– Transplantacja – nowe życie za życia	8
– Zabieg transplantacji nerki i trzustki	9
– Trudny pierwszy krok, pobranie narządów do transplantacji	10
– Dar miłości	11
• Znad szpitalnego kałamarza	
Po jednej stronie łóżka, po drugiej stronie lustra	12
• Międzynarodowy dzień pielęgniarki i położnej	13
• Pielęgniarstwo w naszym szpitalu	13
• Nowatorskie zabiegi:	
– Kolejny krok w postępowaniu ginekologii onkologicznej	14
– Terapia fotodynamiczna	15
• Podstawowe czynności ratujące życie – to takie proste	16
• Co każda kobieta powinna wiedzieć... ..	17
• Prezentacje	
Sekcja informatyczna	18
• Rada doradzi	19
• Zmiany w szpitalu	19
• Doskonalimy się	20
• Inwestycje w naszym szpitalu	21
• Poradnia rehabilitacyjna	21
• Tercet higieniczny, czyli zakażenia bez tajemnic	22
• XIII Szkoła Pod Żaglami czyli jak mieć wiosnę i lato... zimą	24
• Dobra passa Medici Pro Musica	26
• Krzyżówka	27

O ZMIANACH W SZPITALU, BLOKACH OPERACYJNYCH I O TYM JAK WYLECZYĆ SŁUŻBĘ ZDROWIA

Rozmowa z Bożeną Marcinkowską, dyrektorką Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie

– W ostatnich miesiącach zaszły w Szpitalu kolejne zmiany. Zaczniemy od tych najbardziej widocznych na pierwszy rzut oka. Mówi się, że przedpokój to wizytówka mieszkania. Podobnie jest w instytucjach. Odwiedzających Szpital Wojewódzki od progu wita nowy, przestronny, estetycznie urządzony hol.

– Rzeczywiście, w ubiegłym roku zmodernizowaliśmy i wyremontowaliśmy hol wejściowy. Względnie estetyczne były tu oczywiście ważne, ale nie najważniejsze. Do nowego holu prowadzi podjazd dla osób niepełnosprawnych, wewnątrz znalazło się też miejsce na dwuprzystankowy dźwig i punkt informacyjny. W realizacji tego zadania wspomógł nas PFRON. Szpital chce być miejscem przyjaznym dla osób niepełnosprawnych, dlatego zmieniamy swoje oblicze, usuwamy bariery architektoniczne. Ale co ważniejsze, nie zostawiamy osób niepełnosprawnych samym sobie. Stąd właśnie pomysł na zorganizowanie dla nich w holu, przy rejestracji, punktu informacyjnego. Po wypisaniu ze szpitala każdy pacjent, jak i jego rodzina uzyskują tu niezbędne informacje, dotyczące dalszego procesu leczenia i rehabilitacji – już w warunkach domowych, rehabilitacji kompleksowej: leczniczej, społecznej i zawodowej. W Szpitalu rokrocznie przybywa osób niepełnosprawnych poddawanych rehabilitacji leczniczej, wszystkie te osoby będą mogły korzystać również z rehabilitacji społecznej i zawodowej podczas pobytu w Szpitalu, ale także po jego opuszczeniu. Do Szpitala będą mogły o pomoc zwracać się także osoby niepełnosprawne, które nie były naszymi pacjentami. Jesteśmy przekonani, że dzięki takim naszym działaniom większa liczba osób niepełnosprawnych będzie mogła powrócić do aktywności społecznej i zawodowej.

Podpisaliśmy w tej sprawie porozumienie z Miejskim Zespołem Rehabilitacji Zawodowej i Społecznej Osób Niepełnosprawnych, wierzymy, że nasze wspólne działania pozwolą nam skutecznie pomagać pacjentom. Myślmy też o utworzeniu na naszej szpitalnej stronie internetowej witryny dla osób niepełnosprawnych.

– Kolejną, widoczną na pierwszy rzut oka zmianą, jest zmiana nazw niektórych oddziałów.

– Naszą ideą nadrzędną jest poszukiwanie i wprowadzanie takich usług i struktur, które nie będą dublowały świadczeń na tym terenie. Dowodem na to jest wchodzenie w coraz to nowe zakresy świadczeń medycznych. I to trzeba nazwać. Z drugiej strony zmiana nazw niektórych

oddziałów po prostu lepiej oddaje charakter tego, co już i tak jest w nich od kilku lat realizowane. Na przykład Oddział Neurologii, przemianowany na Oddział Neurologiczny z Pododdziałem Udarowym, rocznie hospitalizuje przeciętnie ponad 1 600 pacjentów. Około 50% spośród nich to pacjenci z chorobami naczyniowymi mózgu. W oddziale już od kilku lat istnieje pododdział udarowy, który spełnia wszystkie warunki opracowane przez ekspertów Narodowego Programu Profilaktyki i Leczenia Udaru Mózgu, zarówno jeśli chodzi o sprzęt, wyposażenie, możliwości diagnostyczne, czy możliwości konsultacji, jak też – a właściwie przede wszystkim – znakomicie wyszkolony, wydzielony personel pododdziału udarowego, tzw. zespół udarowy. Istniejący dotychczas w strukturze Oddziału Neurologii pododdział udarowy w 2006 r. został zakwalifikowany do najwyższej klasy pododdziałów istniejących w Polsce, czyli do klasy A. Zmiana nazwy była więc jedynie dokładniejszym nazwaniem tego, co od kilku lat w oddziale się działo.

– Oddział Nefrologiczny, Chorób Wewnętrznych i Leczenia Zatruc...

– Istniejący w naszym szpitalu Oddział Nefrologiczny od 2005 r. ma podpisany kontrakt z NFZ na wykonywanie świadczeń z zakresu leczenia zatruc i chorób wewnętrznych. Leczeniem ostrych zatruc zajmuje się od ponad 20 lat i ma w tym zakresie największe doświadczenie na terenie województwa. Oddział, oprócz wiedzy medycznej, ma możliwości techniczne do leczenia zatruc – dializoterapię oraz dializy wątrobowe z systemem MARS. Dodanie do nazwy Oddziału Nefrologicznego „chorób wewnętrznych” umożliwi hospitalizację pacjentów ze schorzeniami innych narządów wewnętrznych niż nerki. Znajomość zaburzeń gospodarki wodno-kwasowo-zasadowej, patogenyzy obręzków, niedokrwiłości, częstych zaburzeń w chorobach nerek umożliwi leczenie w oddziale tych zaburzeń występujących również w schorzeniach innych narządów wewnętrznych. Ponadto po przeniesieniu się Stacji Dializ do nowego budynku możliwości Nefrologii wzrosną i trzeba je w pełni wykorzystać.

– Kolejna zmiana - Oddział Otolaryngologiczny i Onkologii Laryngologicznej.

– W ciągu ostatnich pięciu lat Oddział znacznie rozszerzył zakres udzielanych świadczeń o procedury z zakresu leczenia nowotworów głowy i szyi. Ilość przeprowadzanych operacji



onkologicznych plasuje go w czołówce krajowej. Jest to jedyny w regionie Oddział, w którym wykonuje się nie tylko laryngektomie całkowite, ale również częściowe – klasyczne i rekonstrukcyjne. Jest też jednym z pierwszych ośrodków w Polsce, który zastosował metody chirurgicznego wszczepiania protez głosowych. Od ubiegłego roku oddział wzbogacił się o najnowocześniejszy laser operacyjny CO2, co pozwoliło jeszcze bardziej poszerzyć zakres zabiegów onkologicznych. Onkologia w otolaryngologii to bardzo szeroki i trudny dział leczenia chirurgicznego prowadzony w ograniczonej liczbie klinik i oddziałów laryngologicznych. Dlatego istniała potrzeba zaznaczenia w nazwie Oddziału tej niezwykle ważnej działalności, która odróżnia Oddział Laryngologiczny w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Olsztynie od pozostałych oddziałów laryngologicznych.

– Onkologia pojawiła się w nazwach kilku jeszcze oddziałów, np. Oddziału Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej.

– Nowotwory złośliwe to nasilający się problem epidemiologiczny w Polsce, a ich leczenie chirurgiczne staje się coraz bardziej złożone. Nasz Szpital jest jednostką o wysokim, uniwersalnym w skali województwa potencjale diagnostycznym, co umożliwi wczesne wykrycie nowotworu, precyzyjną jego diagnostykę i właściwe leczenie. Jest to możliwe dzięki istnieniu nowoczesnej diagnostyki obrazowej, izotopowej, patomorfologicznej, a także nowoczesnych metod terapeutycznych, jakie oferuje Szpital. Dzięki programom profilaktycznym, np. mammograficznym, czy kolonoskopowym, realizowanym w naszym Szpitalu, wzrasta liczba nowotworów wykrytych we wczesnym stadium, które kwalifikują się przede wszystkim do leczenia operacyjnego. Wzrastająca ilość operacji ze wskazaniami onkologicznymi wymusiła na nas utworzenie Oddziału Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej. Jego stworzenie pozwoli także w przyszłości na pozyskanie większej ilości środków przeznaczonych na zwalczanie chorób

nowotworowych, co jest jednym z priorytetów ochrony zdrowia w naszym kraju.

– Kolejnym Oddziałem, w którego nazwie pojawiła się onkologia jest Oddział Ginekologiczno-Położniczy i Ginekologii Onkologicznej.

– Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Olsztynie spełnia wszystkie kryteria stawiane oddziałom ginekologii onkologicznej, zarówno przez Narodowy Fundusz Zdrowia, jak i przez Polskie Towarzystwo Ginekologii Onkologicznej: ma akredytację na szkolenia specjalistyczne lekarzy w zakresie ginekologii onkologicznej, wykonuje powyżej 60% zabiegów rocznie spośród wszystkich wykonywanych w województwie warmińsko-mazurskim z katalogu ginekologii onkologicznej, ma stały dostęp do wszystkich wymaganych badań, dobrze wyposażoną pracownię endoskopową, a przede wszystkim posiada odpowiednio wyszkoloną kadrę medyczną.

W związku z utworzeniem Oddziału Ginekologiczno-Położniczego i Ginekologii Onkologicznej powstała w strukturach Szpitala Poradnia Ginekologiczno-Położnicza i Ginekologii Operacyjnej. Jest to bardzo istotne w procesie monitorowania dalszego leczenia pacjentek w ciąży, pacjentek z podstawowymi schorzeniami ginekologicznymi, jak również pacjentek z chorobami nowotworowymi narządu rodniczego. Kolejna bardzo ważna poradnia - Poradnia Profilaktyki Chorób Piersi.

To lekarze ginekolodzy są często lekarzami pierwszego kontaktu dla pacjentek zarówno z łagodnymi, jak i podejrzanymi onkologicznie zmianami w piersiach. Oddział Ginekologiczny Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie już wcześniej zajmował się diagnostyką i leczeniem operacyjnym wczesnych subklinicznych postaci raka piersi, a także operacjami zweryfikowanych inwazyjnych raków piersi. Poradnia Profilaktyki Chorób Piersi służy ciągłości kompleksowej opieki nad pacjentkami po zabiegach i monitorowaniu ich dalszego leczenia.

– I kolejna nowa nazwa - Oddział Neonatologii i Intensywnej Nadzoru Noworodka.

– Istniejący dotychczas Oddział Patologii i Intensywnej Terapii Noworodka był zakwalifikowany jako Oddział Położniczy Rooming-in, tzn. oddział, w którym przebywają noworodki fizjologiczne bez zaburzeń okresu noworodkowego, czyli – zdrowe. Było to jednak niezgodne z prawdą, ponieważ 70% przypadków stanowiła patologia i intensywna terapia noworodka.

Oddział Patologii i Intensywnej Terapii Noworodka był oddziałem odwoławczym dla regionu warmińsko-mazurskiego. Ratował życie i zdrowie wcześniakom i noworodkom urodzonym z bardzo ciężkiej patologii ciąży. Obecna nazwa lepiej oddaje więc charakter oddziału i podejmowanych w nim działań.

– I wreszcie Pracownia Kardiologii Inwazyjnej, czyli dawna Pracownia Hemodynamiki.

– Dotychczasowa nazwa pracowni hemodynamiki była już określeniem nieaktualnym. W pracowni wykonuje się głównie badania i zabiegi wieńcowe oraz wszczepiania stymulatorów. Nowa nazwa odpowiada rzeczywistym zadaniom realizowanym przez Wojewódzki Szpital Specjalistyczny. Zadaniom, które już niedługo zostaną poszerzone o Pracownię Elektrofizjologii.

Na Warmii i Mazurach brakuje pracowni elektrofizjologii, natomiast zapotrzebowanie jest olbrzymie. Nasi chorzy nieraz ponad rok czekają na badania w ościennych ośrodkach. Dziś nasza kardiologia jest niemal kompletna – wykonujemy koronarografię i koronaroplastykę, wszczepiamy rozruszniki. Pracownia Elektrofizjologii da możliwość wykonania wysoko specjalistycznych badań, co pozwoli nam zbliżyć się w tej dziedzinie do poziomu europejskiego.

– Do Pracowni Elektrofizjologii udało się pozyskać angiokardiograf – urządzenie bardzo nowoczesne, ale i bardzo drogie.

– Nowoczesny, specjalistyczny sprzęt jest drogi. Dlatego wykorzystujemy wszystkie możliwości pozyskiwania dodatkowych pieniędzy, aplikujemy do wszystkich konkursów. W tym roku złożyliśmy już kilkanaście wniosków do Ministerstwa Zdrowia, wychodząc z założenia, że im więcej wniosków złożymy, tym większe mamy szanse na pozyskanie dodatkowych środków. Narodowy Program Profilaktyki i Leczenia Chorób Układu Sercowo-Naczyniowego POLKARD, Narodowy Program Zwalczenia Chorób Nowotworowych, Program Wykrywania i rozpoznawania Chłoniaków Złośliwych w Polsce – to tylko niektóre konkursy, w których bierzemy udział. Poza angiokardiografem, o którym już mówiłam, a który Ministerstwo Zdrowia dofinansuje kwotą 2 milionów zł, pozyskaliśmy w tym roku stymulator wielofunkcyjny, aparat monitorującą, sprzęt do Oddziału Kardiologii, a także środki na wczesne wykrywanie raka jelita grubego w zakresie wykonywania badań kolonoskopowych oraz do Działu Patomorfologii. W sumie od Ministerstwa Zdrowia otrzymamy ponad 2,5 miliona zł.

– Przed Szpitalem wiele problemów do rozwiązania. Nowe bloki operacyjne to ogromny wydatek, ale też i konieczność.

– Motto naszego szpitala brzmi „Pacjent przede wszystkim”. I naprawdę najważniejsze dla nas jest bezpieczeństwo pacjentów. Robimy wszystko, by w istniejących warunkach to bezpieczeństwo zapewnić. Udaje nam się, ale nie oszukujemy się – obecnie nasze bloki operacyjne, poza znajdującym się w Oddziale Kardiologii, nie spełniają już wymogów technicznych. Jednym z poważniejszych problemów jest śluza. Powinny być dwie – z podziałem na część czystą

i brudną oraz damską i męską. Jest jedna. Nowoczesne bloki operacyjne mają ruch jednokierunkowy, tzn. jednymi drzwiami wchodzi się na salę operacyjną, innymi wychodzi. U nas drogi się krzyżują. Są jedne drzwi do bloku operacyjnego i tymi drzwiami wwożony jest pacjent, wnoszone są materiały oraz wchodzi personel, a także wywożone są śmieci i bielizna. Jeżeli uda nam się zrealizować budowę, to zapewniłoby pełne odizolowanie wszystkich dróg brudnych. Odpady, resztki materiałów, brudne narzędzia, bielizna będą transportowane oddzielnymi korytarzami.

Nie bez znaczenia jest też komfort pracy personelu medycznego. Dziś bloki operacyjne położone są po wschodnio-południowej stronie, cały czas świeci tam słońce, jest bardzo gorąco. Zabieg trwa kilka, czasem kilkanaście godzin. Proszę wyobrazić sobie pracę w takich warunkach. Pracę, która wymaga dużego wysiłku fizycznego, a przede wszystkim ogromnego skupienia i precyzji.

– Nowe bloki operacyjne będą usytuowane w osobnym parterowym budynku, co pozwoli również zwiększyć ilość sal operacyjnych.

– Rocznie w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Olsztynie wykonuje się około 7 tys. operacji, a mamy tylko sześć sal operacyjnych. Jest to zdecydowanie za mało, doszły przecież nowe oddziały, poszerzył się zakres wykonywanych zabiegów – wykonujemy ich dużo więcej i są o wiele bardziej skomplikowane niż kiedyś. Brakuje też sali pooperacyjnej, pacjenci są z bloków przewożeni od razu do oddziałów. W nowym bloku przewidzieliśmy miejsce na salę pooperacyjną.

– To jak będzie wyglądał ten wymarzony blok operacyjny?

– Będzie to, jak już mówiłyśmy, budynek parterowy. W piwnicach pierwszej kondygnacji znajdzie się centralna sterylizatornia, której nam teraz brakuje, a w której będzie się dezynfekować, myć i suszyć narzędzia. Zostanie też wygospodarowane miejsce na szatnie dla pracowników. Na drugiej kondygnacji będzie, składający się z 9 sal, blok operacyjny połączony z budynkiem szpitala niezależnymi windami. Każda sala będzie miała oddzielne wejście i wyjście. Sale będą większe, bo sprzętu wykorzystywanego podczas operacji wciąż przybywa. Taka wymarzona sala będzie wyposażona w stół z wmontowaną w podłogę kolumną, do której będą wchodziły wszystkie ukryte w podłodze przewody. Wreszcie skończy się slalom między wiszącymi dookoła kablami. Ze względu na bezpieczeństwo pacjentów, w nowoczesnej sali operacyjnej niezbędny jest nawiew laminarny, dzięki któremu powietrze na sali operacyjnej pozbawione jest bakterii. Po zabiegu powietrze się wymienia. Będzie też, niezbędna szczególnie latem, klimatyzacja. To wszystko oczywiście kosztuje. I to nie mało. Wybudowanie i wyposażenie bloku to ►

kwota ponad 50 milionów zł. Jak już mówiłam będziemy szukać tych środków, m.in. aplikując do Regionalnego Programu Operacyjnego.

– Bloki operacyjne to, mamy nadzieję, niedaleka, ale jednak przyszłość. Tymczasem w Szpitalu są wykonywane wciąż nowe zabiegi.

– Jak już wspominałam, robimy wszystko, żeby zaoferować naszym pacjentom jak najszerszy zakres usług medycznych. Nie chcemy, żeby musieli wyjeżdżać do innych ośrodków. Uważam, że powinni znaleźć pomoc i dostęp do zabiegów, nawet tych najbardziej skomplikowanych, w naszym województwie. W maju rozpoczęliśmy wykonywanie terapii fotodynamicznej. Zabieg ten jest związany ze zwyrodnieniem plamki, czyli obszaru siatkówki oka odpowiedzialnego za precyzyjne widzenie. Choroba uniemożliwia wykonywanie podstawowych czynności, takich jak czytanie, pisanie, oglądanie telewizji, czy prowadzenie samochodu. Nieleczona prowadzi do utraty widzenia centralnego, a w konsekwencji do ślepoty. Następnym zabiegiem, który po raz pierwszy wykonano w naszym regionie było całkowite laparoskopowe wycięcie narządu rodno. Taki zabieg wykonuje się w przypadku nowotworu złośliwego szyjki macicy. Dzięki wykorzystaniu tej metody pacjentki nie odczuwają dużych dolegliwości bólowych po zabiegu, znacznie krócej przebywają w szpitalu i szybciej wracają do zdrowia.

– W chwili kiedy rozmawiamy, od kilku tygodni trwają strajki pielęgniarek i lekarzy, po raz kolejny zostały przerwane rozmowy między rządem a przedstawicielami związków zawodowych lekarzy i pielęgniarek, mamy kolejny impas. W województwie warmińsko-mazurskim strajkowało niewiele szpitali, strajk – na szczęście dla nas, pacjentów – ominął także Wojewódzki Szpital Specjalistyczny.

– W naszym szpitalu lekarze nie strajkują, po pierwsze dlatego, że prawie wszyscy są na kontraktach. Poza tym my nie czekamy, aż sytuacja nabrzmieje. Staramy się wyprzedzać fakty, a przy tym kierujemy się zasadą absolutnej jasności finansów. Pracownicy co miesiąc otrzymują informacje o finansach oddziałów, takie informacje znaleźć też mogą w „Pulsie Szpitala”. Dobrze więc wiedzą jakie mamy problemy, jakie wydatki i jakimi pieniędzmi dysponujemy. Mają świadomość, że wszystkie pieniądze, jakie mogą być przeznaczone na podwyżki, zostaną na nie przeznaczone. Cieszę się, że nie ma u nas w szpitalu takiej postawy, żeby przy okazji tych ogólnopolskich strajków „coś wyrwać”. To przecież oznaczałoby zadłużenie szpitala. My od trzech lat mamy wynik dodatni, ale też oprócz pieniędzy z NFZ pozyskujemy pieniądze z wielu źródeł – z przeróżnych konkursów i projektów, o których mówiliśmy wcześniej. Wszystkie zyski przeznaczamy na sprzęt, ale też sami wypracowaliśmy pieniądze, żeby podnieść płace już wcześniej, motywujemy pracowników

przez premie. A przede wszystkim rozmawiamy – z pracownikami, ze związkami zawodowymi o rozwoju szpitala, o planach i o możliwościach. Myślę, że taki sposób organizacji zatrudnienia, jakim jest zatrudnienie na kontraktach sprzyja negocjacom. Każdy wie na co się godzi, jakie reguły przyjmuje, ale też wie, że to co jest możliwe będzie wynegocjonowane. Moim celem jest, żeby pracownicy byli zadowoleni, dlatego wszystkie środki, jakie będę mogła przeznaczyć na podwyżki, przeznaczę. Ale nie mogę stracić z pola widzenia funkcjonowania szpitala.

– Czy to znaczy, że szpitale mogą sobie poradzić same?

– Absolutnie nie. Nie można przetrzymać całego problemu na szpitalu, tak jak to zrobiono już przy okazji ustawy 203. Od kilku lat próbuje się rozwiązać problem bez pieniędzy. Ustawa 203, to tylko w naszym szpitalu 3 mln zł rocznie, których nie dostaliśmy, na które nie było pokrycia, czyli w sumie już 21 mln zł. Na ubiegłoroczną, 30-procentową podwyżkę również nie było dodatkowych pieniędzy. To znaczy niby były, tyle że z tej samej puli NFZ, z której pieniądze idą na kontrakty. Efekt był taki, że w drugiej połowie roku zabrakło pieniędzy na nadlimity. A te nadlimity są, muszą być i będą dopóki nie zmieni się sposób kontraktowania. W naszym województwie na ten rok zakontraktowanie jest na poziomie planowanego sprzed trzech lat. Tylko w naszym szpitalu to jest o około 10 mln zł za mało, np. na Oddziale Intensywnej Terapii musieliśmy „zaplanować” pięciu pacjentów, chociaż mamy dziesięć bardzo potrzebnych łóżek. Jest wiele takich oddziałów, na których ratuje się życie i konieczne jest zaplanowanie wyższych środków, bo jeżeli oddziały miały określoną ilość pacjentów w poprzednich latach, to będą mieć taką i w tym roku. Tu są niezbędne rozwiązania systemowe. Przerzucenie całego problemu na szpitale jest nieskuteczne, bo szpitale jeżeli nie będą miały pieniędzy, to mają niewielkie możliwości. A przymuszanie grozi albo likwidacją palcówki, albo zmniejszeniem zatrudnienia.

– Jest jakieś wyjście z tej patowej sytuacji?

– Jedynym rozwiązaniem jest reforma służby zdrowia i skierowanie tu dodatkowych środków. Można to osiągnąć przez zwiększenie składki, tylko że nikt, ani jedna partia nie mówi o możliwości zwiększenia podatków. Można więcej procedur finansować z budżetu państwa, ale tu też pojawi się pytanie skąd środki, albo komu je zabrać. Innym wyjściem jest współfinansowanie przez pacjentów usług medycznych. Ale i tu politycy milczą, a opór społeczny jest duży. Tak jednak jest we wszystkich – bogatszych przecież od Polski – krajach Unii Europejskiej. Sposoby są różne. W Niemczech na przykład każdy pacjent, bez względu na to, jakim zabiegom będzie poddawany płaci 10 euro za dzień pobytu w szpitalu. We Francji z kolei, pacjenci płacą 25% wartości zabiegu. Jeszcze innym rozwiązaniem jest zmniejszenie usług finansowanych przez NFZ. Minister Religa skonstruował taki koszyk świadczeń gwarantowanych,

tyle tylko, że zabrakło 19 mld zł. A to oznacza, że coś z tego koszyka trzeba powymować i zostawić tylko podstawowe zabiegi, a pozostałe, na które nas nie stać mogłyby być dokupione przez pacjenta. Jedno jest pewne – pieniądze w systemie musi być więcej! Dziś dyskusja sprowadza się do tego, jak pieniądze, które są, a raczej, których brakuje podzielić. I jeszcze zwiększyć koszty pracy. Obawiam się, żeby nie powtórzyła się sytuacja taka, jak przy ustawie 203.

– Rząd twierdzi, że pieniądze są, „wystarczy tylko uszczelnić system”.

– Na pewno nie można tego nie robić. My cały czas staramy się, żeby poprawić efektywność szpitala – wprowadziliśmy komisję, outsourcing, przeprowadziliśmy termomodernizację. Ale samo „uszczelnienie” systemu nie wystarczy. System trzeba zreformować. Pieniądzy jest za mało i jeżeli nie będzie dodatkowych środków na leczenie, spoza NFZ, to dzielenie pieniędzy będzie przypominało historię z za krótką koldrą. Na wszystko nie wystarczy. A to jest trochę tak, jak w rodzinie. Jeżeli rodzina ma miesięcznie na utrzymanie 1000 zł, to pewnie nie mieszka w dużym domu, nie jeździ luksusowym samochodem, nie jada w drogich restauracjach, tylko żyje tak, jak ją na to stać. Tymczasem my chcielibyśmy mieć najnowocześniejsze metody leczenia, najdroższy sprzęt, a na ochronę zdrowia przeznaczymy dwa razy mniej pieniędzy niż Węgrzy, czy dziewięć razy mniej niż Niemcy.

– Lekarze i pielęgniarki Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie nie przystąpili do strajku. Czy jednak solidaryzujecie się Państwo ze strajkującymi?

– Oczywiście solidaryzujemy się z protestami lekarzy i pielęgniarek, bo to dotyczy przecież nas wszystkich, ale uważam, że rozwiązania mogą przynieść tylko merytoryczne rozmowy na wysokim szczeblu. Sytuacja, z którą mamy teraz do czynienia pokazuje, że jeżeli problem tak nabrzmiał, to może jest to informacja, że przez te wszystkie lata mówiliśmy, że płace są za niskie (bo są), ale system nie był właściwie oceniany. Być może za mało jest wiedzy, żeby prawidłowo zdiagnozować służbę zdrowia, ustalić kierunek i konsekwentnie go realizować. Dobrze, że działania Ministerstwa zmierzają do uzyskania środków ze składki OC czy utworzenia sieci szpitali, ale do stworzenia systemu opieki zdrowotnej właściwie finansowanej jeszcze długa droga. Myślę, że organizacje służby zdrowia powinny się dziś skupić na dobieraniu większej ilości argumentów merytorycznych, tak żeby przekonać i rządzących, i społeczeństwo do swoich racji. A przez merytoryczną rozmowę doprowadzić do korzystnych zmian. Te zmiany w systemie są niezbędne. A przeprowadzać je trzeba tak, jak w przypadku chorego – zdiagnozować, zaplanować terapię i tę terapię konsekwentnie prowadzić.

– Dziękuję za rozmowę.

Ewa Labes-Kunicka

ŚWIATOWY DZIEŃ ZDROWIA

Światowy Dzień Zdrowia, obchodzony 7 kwietnia, był okazją do wspólnego świętowania pracowników szpitala i władz regionu. Uroczystość, która odbyła się w szpitalnej sali konferencyjnej, rozpoczął występ Daniela Rupińskiego, artysty-muzyka, laureata prestiżowej nagrody „Najlepszy z najlepszych”.

Mieliśmy przyjemność gościć Piotra Żuchowskiego – wicemarszałka województwa warmińsko-mazurskiego, Annę Szyszke – wojewodę warmińsko-mazurskiego, Czesława Jerzego Małkowskiego – prezydenta Olsztyna, którzy w swoich wypowiedziach podkreślali, jak ważne jest zdrowie i kierowali słowa uznania w stronę szpitalnej kadry.

W ten szczególnie dzień kilkoro naszych pracowników zostało uhonorowanych Krzyżami Zasługi. Krzyż Zasługi, nadawany przez Prezydenta RP, jest nagrodą dla osób, które wyróżniły się w pracy dla kraju i społeczeństwa, a praca ta przekraczała zakres ich

codziennych obowiązków. Jesteśmy dumni, że osoby pracujące w szpitalu zostały wyróżnione. Anna Szyszka, wojewoda warmińsko-mazurska, Srebrny Krzyż Zasługi wręczyła Piotrowi Żelaznemu, a Brązowe Krzyże Zasługi otrzymali Anna Adamczyk, Ewa Pietrusińska, Tomasz Arłukowicz, Piotr Malinowski i Dariusz Onichimowski. Serdecznie gratulujemy i cieszymy się, że możemy pracować w gronie najlepszych.

Światowy Dzień Zdrowia został zainicjowany przez Światową Organizację Zdrowia, która powstała 7 kwietnia 1948 r., dlatego właśnie na całym świecie jest w tym dniu



Zaproszeni goście i dyrektor szpitala

obchodzony. Temat tegorocznego Światowego Dnia Zdrowia to bezpieczeństwo zdrowotne. A celem tegorocznych obchodów jest nakłonienie rządów, organizacji oraz biznesu do „Inwestowania w zdrowie i budowania bezpieczniejszej przyszłości”. Systemy ochrony zdrowia muszą stać się gotowe do stawiania czoła kryzysom zagrażającym zdrowiu publicznemu, minimalizując w ten sposób straty dla ludzi, społeczeństwa i gospodarki. W całym Regionie Europejskim WHO, nawet najbogatsze kraje mocują się z problemem jak najlepiej zaadaptować swoje systemy dla stawienia czoła „starym” wyzwaniom zdrowotnym, takim jak HIV/AIDS, gruźlica, i powracającym chorobom, takim jak SARS i ptasia grypa, jak też kłeskom humanitarnym, zagrożeniom zdrowia wynikającym ze zmian klimatycznych lub degradacji środowiska oraz innym niebezpiecznym zagrożeniom dla zdrowia.

core



dr n. med. Piotr Żelazny
– współtwórca i pionier kardiologii w Olsztynie, szkoli lekarzy zdobywających specjalizację w dziedzinie kardiologii



Anna Adamczyk
– oddziałowa Neurologii (do 24 IV 2007), aktywnie uczestniczyła w pracach Szpitala, pracowała w zespole przygotowującym i wdrażającym proces ISO



mgr Ewa Pietrusińska
– wiodący członek zespołu do spraw zakażeń szpitalnych. Dzięki jej wydajnej pracy szpital jest bezpiecznym miejscem



dr n. med. Piotr Malinowski
– niezastąpiony chirurg, doskonały lider, wkłada wiele pracy w rozwój oddziału chirurgii



dr n. med. Tomasz Arłukowicz
– współtwórca nowatorskiego systemu komputerowej karty historii choroby pacjenta. Doskonale przygotował proces Zarządzanie Szpitalnym Oddziałem Niezabiegowym



dr n. med. Dariusz Onichimowski
– aktywnie uczestniczy w pracach wielu komisji problemowych Szpitala. Jest liderem procesu ISO dotyczącego Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii

PRZESZCZEP NARZĄDOWY OD ZACHODU DO WSCHODU ŻYCIA

TRANSPLANTACJA – NOWE ŻYCIE ZA ŻYCIA

Pamiętam, że w czasach młodości filozoficznie poszukiwaliśmy uporczywie odpowiedzi: Co się dzieje po śmierci człowieka – nicłość, tajemnica, niewiadoma... Różnie na ten temat mówią różne religie. Bardzo wówczas popularna była książka: „Życie po życiu”, opisująca przejmujące zwierzenia ludzi, którzy przeszli krótkotrwały epizod śmierci klinicznej, a na skutek szybko podjętej akcji reanimacyjnej powrócili do życia.

Dziś, szukając metafory, by wyrazić, co żyje pacjent po przeszczepie nerki mam jedno skojarzenie: Nowe życie, ale jeszcze za życia. Czyż to nie jest największy dar, jaki możemy ofiarować naszym pacjentom? Tak właśnie wyraził swoje uczucia jeden z naszych dializowanych pacjentów, zaproszony na spotkanie naukowe, dotyczące pobierania narządów do przeszczepu, zorganizowane przez Polskie Towarzystwo Anestezjologii i Intensywnej Terapii, które odbyło się w Olsztynie 10.03.2007 roku z udziałem sław i autorytetów rangi ogólnopolskiej i światowej w dziedzinie transplantologii. Kiedy wspomniany pacjent opisał swoje doznania i odczucia w trakcie procesu dializoterapii, przyznam, że ja, prowadzący go w tym okresie lekarz, nie zdawałam sobie do końca sprawy, jak cierpiał...

Przecież według zasad współczesnej medycyny zyskał najnowocześniejsze, wysokiej jakości techniki dializacyjne. Miał osiągnięte wszystkie zalecane parametry, świadczące o prawidłowym procesie dializoterapii. A dziś dopiero jest szczęśliwy – po przeszczepie! Czy dziwicie się więc Państwo, że my, świadomi dobrodziejstwa przeszczepiania narządów lekarze i pielęgniarki bolejemy nad „zapaścią w transplantologii”, bo tak „straszą” nagłówki gazet publicystycznych, oddając zresztą prawdziwie dramatyczną sytuację w dziedzinie przeszczepiania narządów w naszym kraju.

My zaś wierzymy, że chwilowy impas w transplantologii minie jak zły sen, a Polska nie będzie czarną plamą na mapie transplantologicznej Europy (jeszcze przed „zapaścią” mieliśmy w naszym kraju jedną z niższych pozycji w rankingu ilości przeszczepień narządowych wśród krajów Unii Europejskiej).

Jakie dobrodziejstwa niesie dla pacjenta udany przeszczep narządowy? Przede wszystkim w znacznej mierze poprawia komfort życia pacjenta, uwalnia od bolesnych zabiegów i interwencji medycznych. Nowa sytuacja umożliwia niejednokrotnie podjęcie pracy zarobkowej, z której wcześniej pacjent musiał ze względu na chorobę zrezygnować. Pozwala mu to w pełni powrócić do życia w rodzinie i społeczeństwie. Dla kobiet pojawia się szansa na zajście w ciążę i urodzenie zdrowego dziecka. Dla dzieci zaś transplantacja to nadzieja na normalne dzieciństwo wśród innych zdrowych dzieci.

Należy wiedzieć, że czas życia osoby dializowanej jest znacznie krótszy niż osoby po transplantacji nerki. Dlatego też osoby

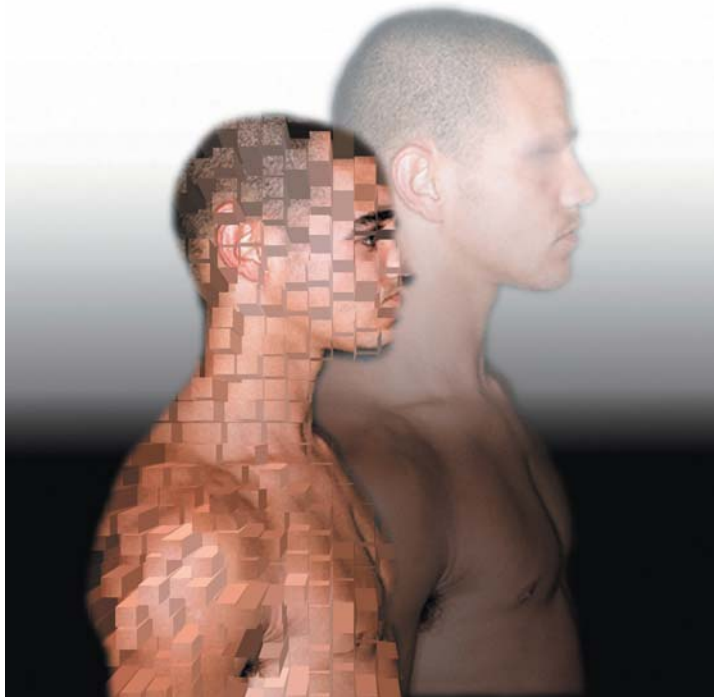
Każdy przeszczep narządu ma swoje źródło w decyzji o wielkiej wartości etycznej, decyzji, aby bezinteresownie ofiarować część własnego ciała z myślą o zdrowiu i dobru innego człowieka. Na tym właśnie polega szlachetność tego czynu, który jest autentycznym aktem miłości.

*Jan Paweł II
Rzym, 29 sierpnia 2000 roku
Międzynarodowy Kongres Towarzystwa
Transplantologicznego*

spokrewnione lub emocjonalnie związane z pacjentem mogą podjąć decyzję skrócenia czasu oczekiwania na przeszczep osoby bliskiej, uzyskany od zmarłego. Po wstępnej kwalifikacji potencjalny dawca żywy może przejść serię badań diagnostycznych celem ostatecznej kwalifikacji do oddania nerki do przeszczepu. Na świecie, np. w Skandynawii 40-50% ludzi ofiaruje osobie bliskiej swoją nerkę. Dawca nerki żyje statystycznie dłużej, dodatkowo do końca życia pozostaje pod opieką specjalistów. U większości dawców podjęcie tak głęboko emocjonalnie dojrzałej decyzji powoduje poprawę samopoczucia, wzrost samooceny, poczucie większej wartości.

W zespole Oddziału Nefrologii naszego szpitala, z uwagi na obserwowane przez nas walory zdrowotne przeszczepów nerek u naszych dializowanych pacjentów, proces przygotowania chorego do transplantacji był zawsze w centrum uwagi i pozostawał priorytetową procedurą medyczną. Choć jest uciążliwy dla obydwu stron (dla pacjenta i personelu medycznego) ze względu na ilość wymaganych badań diagnostycznych i niezbędnej dokumentacji medycznej, odbieramy go jako największy namacalny sens naszej pracy. Odczuwają to również współpracujący z nami konsultanci – z zaangażowaniem uczestniczą w tym procesie, a skierowania z napisem „Przygotowanie do transplantacji” są traktowane z należytą wnikliwością i „Na cito!”. Około 190 pacjentów dializowanych, którzy uzyskali z powodzeniem przeszczep nerki (w tym nerki i trzustki) to dorobek prawie 30 lat funkcjonowania Oddziału Nefrologii ze Stacją Dializ w naszym szpitalu przy znaczącym wsparciu współpracujących z nami oddziałów.

*Beata Januszko-Giergielewicz
nefrolog*



ZABIEG TRANSPLANTACJI NERKI I TRZUSTKI

Przeszczepienie (inaczej transplantacja) jest operacją polegającą na wprowadzeniu do organizmu biorcy narządu pobranego od dawcy.

Utrzymanie funkcjonowania przeszczepionego narządu wymaga zapewnienia prawidłowego dopływu i odpływu krwi oraz wyprowadzenia produktów przemiany materii, powstających w danym narządzie. W przypadku nerki produktem powstającym w narządzie jest mocz, zaś w przypadku trzustki – sok trzustkowy.

Idealnym punktem anatomicznym do umiejscowienia przeszczepionego narządu jest takie, gdzie przebiegają w pobliżu duże, łatwo dostępne operacyjnie naczynia żyłne i tętnicze oraz miejsce, do którego należy odprowadzić mocz lub sok trzustkowy.

W większości przypadków zarówno nerka jak i trzustka przeszczepiane są do podbrzusza.

Naczyniami zapewniającymi dopływ i odpływ krwi są odpowiednio tętnica i żyła biodrowa wspólna.

Operacja przeszczepienia nerki

Obowiązuje zasada, że jednemu biorcy w trakcie jednej operacji jest przeszczepiana jedna nerka. Pomimo tego, że większość ludzi posiada dwie nerki własne, jedna nerka przeszczepiona, prawidłowo funkcjonująca, w zupełności wystarcza do normalnego życia.

Preferowane jest umieszczenie nerki w podbrzuszu, bocznie, po przeciwnej stronie niż dana nerka znajdowała się w organizmie dawcy. Tak więc prawa nerka dawcy zwykle jest umieszczona w lewym podbrzuszu biorcy.

Cięcie operacyjne wykonywane jest w podbrzuszu po odpowiedniej dla zaplanowanego zabiegu stronie. Przeszczepiana nerka umieszczana jest pozaotrzewnowo tak, aby uniknąć wystąpienia powikłań związanych z otwarciem jamy otrzewnej. Dla wyjaśnienia należy dodać, że w swoim naturalnym miejscu nerka także położona jest w przestrzeni pozaotrzewnowej.

Kolejnym etapem operacji jest odsłonięcie naczyń biodrowych chorego, tak aby można było zaplanować miejsce planowanego połączenia naczyń biodrowych i naczyń nerkowych.

Przed rozpoczęciem wykonywania połączenia pomiędzy naczyniami nerkowymi i biodrowymi chorego (tzw. zespołań naczyniowych), nerka jest przygotowywana do przeszczepienia. Usuwany jest nadmiar tkanki tłuszczowej, sprawdzana długość i szczelność własnych naczyń nerki. Występujące różnorodne warianty anatomiczne naczyń nerkowych, dotyczące ich długości, rozmiaru i liczby, wymagają często zaplanowania i wykonania odpowiedniej rekonstrukcji przed przystąpieniem do wszczepiania do ciała pacjenta.

Po zamknięciu tętnicy i żyły biodrowej wykonuje się połączenia pomiędzy tętnicą nerkową a tętnicą biodrową wspólną lub zewnętrzną oraz pomiędzy żyłą nerkową i żyłą biodrową zewnętrzną. Po wykonaniu zespołań naczyniowych przywraca się krążenie w nerce i kontroluje krwawienie. Na tym etapie operacji nerka zmienia swój kolor i konsystencję. Ważną czynnością jest sprawdzenie, czy nie dochodzi do załamania się naczyń po ułożeniu nerki do planowanej pozycji. Jeżeli trzeba, pozycję nerki należy skorygować.

Kolejnym etapem operacji jest wszczepienie moczowodu do pęcherza moczowego.

Moczowód jest skracany, aby zapobiec wystąpieniu niedokrwienia jego obwodowego odcinka. Zespolenie moczowodu z pęcherzem moczowym jest wykonywane w sposób, który ma zapobiec możliwości powstania zwężenia i wstecznego odpływu moczu z pęcherza do nerki.

Okolica rany jest drenowana, następnie rana zaszywana.

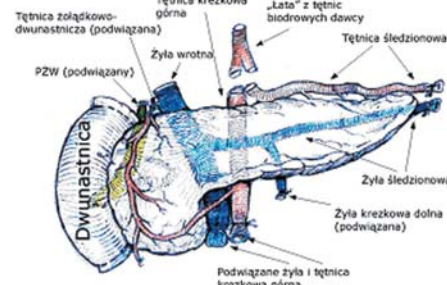
Przeszczepienie trzustki

Przeszczepienie trzustki wykonuje się zwykle jednocześnie z przeszczepieniem nerki.

Rzadziej przeszczepia się trzustkę po udanej transplantacji nerki lub samą trzustkę.

Oba narządy wszczepia się w podbrzuszu, nerkę zwykle po stronie lewej, a trzustkę po prawej. Trzustka pobierana jest z ciała dawcy wraz z fragmentem dwunastnicy.

Zwykle do połączenia tętnic, zaopatrujących trzustkę z tętnicą biodrową służy dodatkowy fragment pobranych uprzednio naczyń biodrowych dawcy.

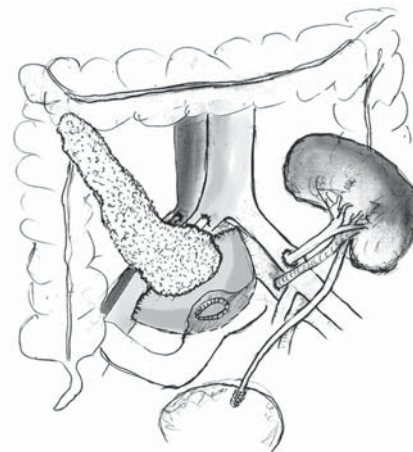


Ryc. 1. Schemat przygotowania trzustki do przeszczepienia

Żyła wrotna odprowadzająca krew z trzustki dawcy jest zespalana z żyłą biodrową dawcy. Stosowany jest także wariant łączenia żyły wrotnej dawcy z żyłą krezkową biorcy. Jest on bardziej zbliżony do fizjologicznego krążenia krwi, jednakże trudniejszy technicznie.

W celu odprowadzenia soku trzustkowego wykonuje się zespolenia trzustki z pęcherzem moczowym lub jelitem. Obecnie częściej wykonywany jest drugi wariant, bardziej zbliżony do warunków naturalnych. W tym przypadku sok trzustkowy odpływa do jelita, gdzie służy do trawienia pokarmu.

Piotr Malinowski
chirurg naczyniowy



Ryc. 2. Schemat przeszczepienia nerki i trzustki z zespoleniem dwunastniczo-jelitowym

Nie zabieraj swych organów do nieba, tam wiedz, że one potrzebne są tylko tutaj...

www.przeszczep.pl
Stowarzyszenia "Życie po przeszczepie"

Oświadczenie woli

www.przeszczep.pl



TRUDNY PIERWSZY KROK, POBRANIE NARZĄDÓW DO TRANSPLANTACJI

Ludzkie życie nie ma ceny

Do tego, by za pomocą transplantacji ratować życie ludzkie bądź przynieść ulgę w cierpieniu, niezbędne są narządy, które można biorcom wszczepić. W przypadku przekazania własnego narządu parzystego do transplantacji dla osoby spokrewnionej, problem podjęcia decyzji jest stosunkowo prosty. Większość społeczeństwa w naszym kraju dla ratowania życia osoby bliskiej jest w stanie bez większych wątpliwości narazić własne zdrowie. Dużo więcej problemów stwarza wyrażenie zgody na przekazanie narządów członka rodziny, którego uznano za zmarłego, celem ratowania innych, nieznanymi osobom. Mimo dużego poparcia dla idei transplantacji w społeczeństwie polskim (ponad 75%), bez wahania zgodę na pobranie narządów do transplantacji od zmarłych członków własnej rodziny wyraża niewiele ponad 50% Polaków. Wyrażenie zgody na przekazanie narządów zmarłego krewnego do transplantacji jest decyzją podejmowaną zawsze w momencie bardzo trudnym. Związane jest najczęściej z wystąpieniem niespodziewanej tragedii rodzinnej oraz wymaga pogodzenia się z nieodwracalnością utraty osoby bliskiej. W tej sytuacji bardzo ciężko pomyśleć o zdrowiu innych, obcych osób. Z drugiej strony śmierć dawcy narządowego jest najczęściej śmiercią nagłą i niespodziewaną – nieszczęśliwy wypadek, czy uszkodzenie mózgu związane z pęknięciem tętniaka. Przekazanie narządów do transplantacji może w obliczu nieodwracalnej tragedii przerwania młodego, obiecującego życia nadać śmierci, na którą nie mamy już przecież wpływu, głęboki humanitarny i egzystencjonalny sens – z tragizmu nieodwracalności istnienia jednej istoty ludzkiej możemy dokonać aktu dawania życia innym. Nie ma więc głębszego pojmowania śmierci i jej sensu. Transplantacje od jednego dawcy mogą uratować życie nawet sześciu osobom. W tym aspekcie pochowanie ciała wraz z narządami nadającymi się do przeszczepu jest pogrzebem więcej niż jednej osoby.

Jednym z podstawowych lęków i wątpliwości, jakie powstają u rodziny po stwierdzeniu śmierci bliskiej osoby jest pewność orzeczenia śmierci.

W powszechnym mniemaniu wciąż pokutuje pogląd, że człowiek umiera w chwili gdy

przestaje bić jego serce i ustaje oddech. Jest to pogląd zakorzeniony bardzo mocno w naszej kulturze, sformułowany w czasach hellenistycznych, później przejęty przez kulturę judeochrześcijańskie. Niemniej już od końca XVIII wieku, wraz z rozwojem badań nad procesem umierania zaobserwowano, że śmierć jest procesem ciągłym, mogąącym rozpocząć się przed ustaniem akcji serca, a zakończyć dopiero wiele tygodni po ustaniu krążenia krwi, ze względu na przetrwanie odpornych na niedotlenienie komórek tkanki łącznej skóry i kości.

Podobnie w świecie lekarskim od setek lat obowiązywała tradycyjna definicja śmierci, według której jest ona jednoznaczna z całkowitym zatrzymaniem czynności krążenia i oddychania, przy czym na ogół za chwilę śmierci uznawano ostatni oddech i ostatnie uderzenie serca. Natomiast stany śmierci pozornej, spowodowane różnymi przyczynami nazywanymi letargiem, bądź przedłużającą się śpiączką. Wobec postępu wiedzy medycznej powyższe definicje okazały się niewystarczające, co zmusiło medycynę do rewizji dotychczasowych poglądów. W zmodyfikowanej w drugiej połowie XX wieku definicji śmierci najwyższą rangę i zasadniczą rolę oddaje się mózgowi. Straciły tutaj, na rzecz mózgu, dominującą rolę narządy, które można zastąpić, czyli płuca i serce. Na obecnym etapie wiedzy medycznej mózgu nie można zastąpić, toteż stwierdzenie nieodwracalnego zniszczenia tego narządu upoważnia do stwierdzenia śmierci. W tym przypadku w organizmie nie zachodzą już żadne procesy psychiczne. Tak więc wszystkie cywilizowane kraje przyjęły w ciągu ostatnich dziesięcioleci śmierć mózgu jako decydujące kryterium stwierdzenia zgonu człowieka.

Wszystkie obowiązujące obecnie procedury rozpoznawania śmierci mózgu składają się z dwóch etapów. W etapie I – stwierdzeń i wykluczeń – rozpoznawana jest przyczyna i rodzaj uszkodzenia mózgu oraz wykluczana jest odwracalność tego

uszkodzenia. Etap II obejmuje badania kliniczne wykluczające obecność odruchów, których łuk przebiega przez pień mózgu (podstawową strukturę mózgowia niezbędną do funkcjonowania mózgu jako całości).

Obecnie współczesna medycyna pozwala na sztuczne podtrzymanie krążenia i oddychania, mimo że mózg umarł. Umożliwia to przeprowadzenie procedury przygotowania narządów do przeszczepu oraz odnalezienie i przygotowanie odpowiedniego



Stanowiska intensywnej terapii

biorcy. W obowiązującym w Polsce prawodawstwie nie ma obowiązku pytania rodziny o zgodę na transplantację narządów od osoby bliskiej, jednak biorąc pod uwagę uczucia rodziny, złożoną sytuację w trakcie orzekania o śmierci, lekarze zawsze starają się liczyć ze zdaniem najbliższych krewnych. Niestety często skutkuje to odstąpieniem od pobrania narządów i przekazania ich do transplantacji. Świadomość, że pochowane narządy mogły uratować życie kilku osobom jest bardzo trudna do udźwignięcia.

Dariusz Onichimowski, anestezjolog

Mamy nadzieję, że nasze pasje transplantacyjne będą „zaraźliwe” i zaowocują nowym, świeżym spojrzeniem na współczesne problemy transplantacji, dadzą nadzieję wielu pacjentom na otrzymanie tego bezcennego daru życia jakim jest zastąpienie nieodwracalnie chorego narządu nowym – przeszczepionym. Żeby tak się stało dziś w gronie autorów tego artykułu głośno przekazujemy wszystkim nasze przesłanie:

„Nie zabieram swych organów do nieba, tam wiedzą, że potrzebne są na ziemi”.

Imię

Nazwisko

Data urodzenia

PESEL

Adres zamieszkania

Moją wolą jest, by w wypadku nagłej śmierci, moje tkanki i narządy zostały przekazane do transplantacji ratując życie innym. Informuję także, że o swej decyzji powiadomiłem moją rodzinę i najbliższych, którzy w krytycznym momencie winni ją uszanować.

Czytelny podpis

Zapraszamy do dyskusji internetowej wszystkich zainteresowanych tematem transplantacji: lekarzy, pielęgniarki, pacjentów i ich rodziny. Pamiętaj! Ty możesz wziąć udział w tym procesie. Bądźmy świadomymi i aktywnymi kreatorami naszej rzeczywistości – w przeciwnym razie inni będą ją urządzać „po swojemu” – za nas!

Składamy serdeczne podziękowania zespołowi transplantacyjnemu Kliniki Chorób Nerek, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych Akademii Medycznej w Gdańsku za wsparcie publikacji autorskimi materiałami źródłowymi.

Rządowa organizacja koordynująca Centrum Organizacyjno-Koordynacyjne ds. Transplantacji
POLTRANSPLANT
ul. Lindleya 4, 02-005 Warszawa
Koordynator: tel (+48) 022 622 88 78 (czynne całą dobę)
e-mail: transpl@poltransplant.org.pl
Dyrektor: prof. Janusz Wałaszewski

**Opracowanie: Beata Januszko-Giergielewicz
beatagiergielewicz@interia.pl**

Prawne i moralne aspekty transplantacji

Polskie prawodawstwo jest bardzo przyjazne transplantologii. Obowiązuje zasada tzw. zgody domniemanej, więc jeśli za życia pacjent nie zgłosi sprzeciwu w instytucji o nazwie Poltransplant, gdzie prowadzi się tzw. centralny rejestr sprzeciwów, może być potencjalnym dawcą narządów do przeszczepu. Sprzeciw wg prawa można również wyrazić w postaci pisemnego oświadczenia, zaopatrzonego we własny podpis lub oświadczenia ustnego złożonego w obecności co najmniej dwóch świadków w chwili przyjęcia do szpitala lub w czasie pobytu w szpitalu. Wyrażony sprzeciw może być oczywiście cofnięty w każdym czasie. Można to wyrazić w formie pisemnej lub ustnej, złożonej w obecności dwóch świadków. Drugim warunkiem dopuszczalności transplantacji ze zwłok ludzkich jest stwierdzenie śmierci mózgowej. Obowiązujące przepisy pozwalają na pobieranie komórek, tkanek i narządów od żywego człowieka w zasadzie tylko wtedy, gdy następuje to na rzecz krewnego w linii prostej, osoby

przysposobionej, rodzeństwa lub małżonka. Aby była możliwa transplantacja na rzecz innej osoby bliskiej potrzebne jest orzeczenie sądu rejonowego. Nie jest wymagane takie orzeczenie w przypadku pobierania szpiku i innych regenerujących się komórek i tkanek. Według prawa polskiego do pobrania narządów od dawcy nie jest potrzebna zgoda rodziny i bliskich. Ze względów zwyczajowych i kulturowych jest często brana przez lekarzy pod uwagę, co budzi duże kontrowersje moralne. Rodziny tragicznie doświadczone śmiercią najbliższych, z racji silnej reakcji emocjonalnej, odmawiają odruchowo zgody na pobranie narządów zmarłych bliskich, a pod tą presją psychiczną uginają się lekarze, dokonując wyłomu w prawie i lekarskim powołaniu, odmawiając tym samym szansy na życie innym pacjentom. To również dla nich wielki stres i frustracja. Gdzie jest więc granica uległości emocjonalnej, zgody z prawem, medycyną, moralnością i etyką? Jest to obecnie najwrażliwsze i najtrudniejsze „jądro” impasu w polskiej transplantologii. ■

DAR MIŁOŚCI

Jan Paweł II wielokrotnie powtarzał, że etyczne transplantacje to nowa kultura życia. To przedłużenie ręki Boga Stwórcy, który chce pomóc człowiekowi. Największy dar miłości, jaki możemy złożyć innym. Kochamy Jana Pawła II, a nie znamy jego wypowiedzi na temat transplantacji, warto sięgnąć do jego nauczania. Ojciec Św. Jan Paweł II mówił o potrzebie kształtowania nowej świadomości, w której szczególną rolę powinna odgrywać solidarność z chorymi oczekującymi na przeszczep:

„... Transplantacja to duży krok naprzód w służbie nauki dla człowieka i obecnie wielu ludzi zawdzięcza swoje życie przeszczepionemu narządowi. Co więcej, technika transplantacji udowodniła, że jest znaczącym sposobem osiągnięcia głównego celu całej medycyny – służenia ludzkiemu życiu. Dlatego też, w Liście Encykliki „*Evangelium Vitae*” sugerowałem, że jedną z dróg pielęgnowania prawdziwej kultury życia jest dawstwo narządów, wykonywane w sposób etycznie akceptowany z zamiarem oferowania szansy na zdrowie, na nawet życie chorym, którzy czasem nie mają innej nadziei...” (No. 86)

Fragment z przemowy Jana Pawła II podczas XVIII Kongresu Międzynarodowego Towarzystwa Transplantacyjnego, Rzym, 29 sierpnia 2000 r.

A on apelował do młodych, by byli odważni i darowali miłość innym w ten sposób.

„... Należy zaszczyć w sercach ludzi, zwłaszcza młodych, szczerze i głębokie przekonanie, że świat potrzebuje braterskiej miłości, której wyrazem może być decyzja o darowaniu narządów...”

NAUKA KOŚCIOŁA A TRANSPLANTOLOGIA

„Możliwość, otwarta przez postęp biomedyczny, by przedłużyć poza śmierć powołanie do miłości, powinna poprowadzić osobę do ofiarowania za życia części własnego ciała, ofiarowania, które stanie się rzeczywiste po śmierci. Jest to akt wielkiej miłości, która daje życie za innych.”

Papieska Rada ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia, Watykan, 1995 r.

„Przeszczep narządów jest moralnie nie do przyjęcia, jeśli dawca lub osoby uprawnione nie udzieliły na niego wyraźnej zgody. Jest on natomiast zgodny z prawem moralnym i może zasługiwać na uznanie, jeśli zagrożenie oraz ryzyko fizyczne i psychiczne ponoszone przez dawcę są proporcjonalne do pożądanego dobra u biorcy. Jest rzeczą moralnie niedopuszczalną bezpośrednie powodowanie trwałego kalectwa lub śmierci jednej istoty ludzkiej, nawet gdyby to miało przedłużyć życie innych osób.” (art. 2296)

„Sekcja zwłok może być moralnie dopuszczalna dla celów dochodzenia sądowego lub badań naukowych. Bezpłatne przekazywanie narządów po śmierci jest dopuszczalne i może zasługiwać na uznanie.” (art. 2301)
Katechizm Kościoła Katolickiego – art. 2296, 2301

„Lekarskie kryteria decydują, że pewien człowiek czeka na dar innego człowieka, ale kim jest oczekujący, absolutnie nie może się liczyć. Śmierć jest sprawiedliwa, życie jest sprawiedliwe i szafowanie miłością w tej materii musi się dokonywać według zasad sprawiedliwości.

W chrześcijaństwie nie powinno braknąć wielkoduszności, gotowości by dać coś drugiemu człowiekowi, nawet coś co wydaje się bardzo związane z naszą istotą. Każdy człowiek ma świadomość, że jego ręka, wątroba, nerki są jego, serce jest jego, ale po śmierci może to dać bliźniemu by to służyło jemu.”

Homilia Arcybiskupa Stanisława Nowaka dla Stowarzyszenia Życie po Przeszczepie, Częstochowa, 5 kwietnia 2003 r.

MOŻESZ OCALIĆ KOMUŚ ŻYCIE

Zgodnie z nauką Kościoła decyzja o podarowaniu narządów po śmierci powinna być uprzednia, wolna i świadoma, podjęta w imię miłości bliźniego bez żadnego wynagradzania. Jeśli się na taki krok zdecydujemy, zrobimy go kiedy jesteśmy zdrowi, w pełni sił. Wystarczy tylko czytelnie wypełnić i zawsze nosić przy sobie deklarację zgody na pobranie po śmierci narządów dla ratowania życia innych ludzi. Dobrze też jest poinformować o tym rodzinę.

Obecny Ojciec Święty Benedykt XVI, kiedy był jeszcze kardynałem wypełnił taką deklarację i ma ją do dziś jako dowód miłości chrześcijańskiej, do której nadal gorliwie zachęca.

Prośmy Świętych Kosmę i Damiana, patronów transplantologii, by nie zabrakło wrażliwych osób na potrzeby bliźnich, by chorzy po przeszczepie cieszyli się dobrym zdrowiem, by dobro dane wróciło wielokrotnie.

*ks. Leszek Muzyka
kapelan szpitala*

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 – przysłówiowego „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



PO JEDNEJ STRONIE ŁÓŻKA, PO DRUGIEJ STRONIE LUSTRA

Lekarz i pielęgniarka na obchodach stają zazwyczaj po jednej stronie łóżka pacjenta. Jednak pielęgniarka, jak literacka Alicja, staje po drugiej stronie „lustra” - lustrem tym jest głęboka podświadomość pacjenta, do której my, lekarze często nie mamy dostępu.

To pielęgniarki spędzają dużo więcej czasu z pacjentami niż my, lekarze. Często interweniują w niespokojnych, nocnych godzinach, co znacznie przybliża je do lęków chorych, ich niepokoju, problemów. Obchód lekarski warto zacząć od raportów pielęgniarskich. W raporcie lekarskim jedno zdanie, u naszych pielęgniarek... tyle ciekawych wiadomości (warto podejrzeć!).

Ze względu na dystans stosowny zawodowi, pacjenci nie zwracają się lekarzom nazbyt wylewnie. Czują dystans. Pielęgniarka wie o pacjencie wszystko, zna relacje rodzinne, wie kto „panikarz”, a kto „blefuje”, uchwyci moment nagłej zmiany stanu chorego, w czas zaalarmuje. Warto znać jej zdanie na temat stanu pacjenta. Pielęgniarki rzadko się myślą.

A jakie trafne stawiają diagnozy: „Pani doktor, wyrostek? Jakby babcia się nie najadła rosołku, kotletów, torciku itd., to by brzuch nie bolał!”. No i sami Państwo widzicie, że postęp medycyny bywa zdradliwy i podstawą dobrej opieki szpitalnej pozostają nasze pielęgniarki! Inaczej operowalibyśmy wszystkie przekarmione przez troskliwe rodziny babcie z „podejrzany” brzuchem. Dramatem jest również trudne wklucie do żyły, na które jedynym ratunkiem jest wprawna ręka zabiegowej (Uf, udało się!).

Zabiegani, zaaferowani, czujnie zatrzymujemy się, gdy pielęgniarka zgłasza problem. To znak, że czas skupić się, biec do chorego i interweniować.

Stara klasyczna szkoła medyczna mówi: „Lekarzu, jak już nie wiesz co robić, powiedz doświadczony pielęgniarkę: „Niech pani robi to, co zawsze!”. Ta zasada uratowała z opresji niejednego młodego adepta sztuki lekarskiej. Warto ją zapamiętać! Doświadczona pielęgniarka to wybawienie dla początkującego stażysty (warto spojrzeć w grafik, kto ma dyżur!), a podpaść takiej „księżde wiedzy i doświadczenia”... nie radzę!

Położna zaś to istny skarb dla rodzącej i karmiącej matki.

Też kobieta... wśród gąszczy lekarzy ginekologów płci męskiej. Zrozumie płaczące nastroje, pomoże opanować poporodowe bóle. Wie jak przystawić dziecko do piersi, gdy maleństwo nie może trafić, a młoda mama popada z tego powodu w prawdziwą rozpacz.

Nasze panie pielęgniarki nieustannie się szkolą i podnoszą kwalifikacje. Przechodzą szkolenia specjalizacyjne, kończą wyższe uczelnie. Uczą się nocami, na dyżurach, walcząc z całym światem, kłopotami w domu i pracy, często z brakiem pieniędzy. Im należy się szczególnie



Od lewej: Małgorzata Zajac i Wiesława Kalkowska

szacunek! Dlaczego? Bo mają wyjątkowo trudne warunki, a osiągają nie mniej ambitne cele w swoim zawodzie niż lekarze. Część z nich myśli o doktoratach. Jedną pielęgniarkę-doktora już mamy. Jest nią pani dr n. ekonomicznych Elżbieta Majchrzak. A to tylko początek dłuższej listy.

Pielęgniarki wykonują również w naszym szpitalu ogromny wysiłek organizacyjny. Na ich barkach w dużej mierze spoczywało wprowadzenie wielu procedur w ramach uzyskiwania kolejnych certyfikatów jakości.

Czy więc sprawiedliwe jest, by czuły się ciągle niedocenione, źle opłacane i niespełnione zawodowo? Odpowiedź brzmi: „Niesprawiedliwe!”, ale któż szuka sprawiedliwości na tym świecie! Od wieków wiadomo, że za życia jej nie ma... ■



Od lewej: Anna Kusztal i Jolanta Olszewska - Oddział Kardiologii

MIĘDZYNARODOWY DZIEŃ PIEŁĘGNIARKI I POŁOŻNEJ

Dzień ten jest obchodzony 12 maja w rocznicę urodzin Florence Nightingale, angielskiej pielęgniarki i działaczki społecznej, która jest uważana za twórczynię nowoczesnego pielęgniarstwa.

W naszym szpitalu pracuje 55 położnych i 263 pielęgniarki, to około 40% wszystkich zatrudnionych osób. Stanowią one ważną grupę, która jest niezastąpioną i strategiczną częścią szpitala.

Fachowa opieka pielęgniarska i położnicza w zdrowiu i chorobie, zrozumienie i troska o chorego człowieka pozwalają pacjentom szybko wracać do zdrowia. Mimo postępu technicznego, żadne urządzenie nie zdoła zastąpić ludzkiej troskliwości i empatii dla drugiego człowieka, nie mówiąc

o delikatności, takcie, odwadze i dyplomacji w obcowaniu z chorym i jego rodziną. Pielęgniarki i położne towarzyszą człowiekowi od narodzin do jego śmierci. Pełnią swoją misję w różnych miejscach: szpitalu, przychodni, domu chorego, szkole, nawet w więzieniu. Pielęgniarstwo to zawód,

który wymaga specjalistycznej wiedzy i wysokich kwalifikacji, a dodatkowo poza profesjonalizmem, wymaga także ogromnego i współczującego serca.

Nasze pielęgniarki i położne codziennie troszczą się o mieszkańców naszego regionu, którzy są hospitalizowani w naszym szpitalu. Dowodem wdzięczności są pierwsze miejsca zdobyte w 2006 roku w plebiscycie zorganizowanym przez „Gazetę Olsztyńską” na najlepszą pielęgniarkę i położną. Nagrodzono wielkim sercem Halinę Mazur pielęgniarkę z Oddziału Diabetologii i Endokrynologii oraz położną Monikę Kaliszuk z Oddziału Ginekologicznego. W 2007 roku Brązowe Krzyże Zasługi otrzymała Anna Adamczyk – pielęgniarka oddziałowa Neurologii oraz Ewa Pietrusińska – pielęgniarka epidemiologiczna. Jesteśmy dumni z tak profesjonalnej kadry pielęgniarskiej pracującej w naszym szpitalu.

core

PIEŁĘGNIARSTWO W NASZYM SZPITALU

Prace nad budową naszego szpitala ruszyły w 1964 roku. Pierwszym dyrektorem szpitala w budowie został dr Jan Maksay, który objął to stanowisko 1 lipca 1969 roku w fazie prac wykończeniowych. Pierwszy pacjent został przyjęty do szpitala 4 maja 1970 roku. W początkach działalności szpitala zatrudnione pielęgniarki mieszkały na III piętrze szpitala, w 4-osobowych pokojach. W listopadzie 1970 r. oddano do użytku, mieszczący się przy ul. Dworcowej, Hotel Pielęgniarek, do którego przeprowadziły się wszystkie pielęgniarki i położne.

W latach 70. w pielęgniarstwie uporządkowano wiele spraw, takich jak: kształcenie pielęgniarek, system uzyskiwania uprawnień zawodowych, powoływanie naczelnich pielęgniarek w drodze konkursu. Szczególnym osiągnięciem, mającym niepowtarzalne znaczenie, było utworzenie w 1969 r. pierwszego w historii pielęgniarstwa Wydziału Pielęgniarstwa Akademii Medycznej w Lublinie. W doskonaleniu zawodowym pielęgniarek i położnych nieocenioną rolę

odegrały naczelne i przełożone pielęgniarki naszego szpitala: Urszula Łagowska-Krzyżanowska, Jadwiga Żemajtis, Irena Wawrzekiewicz, Elżbieta Kłonowska, Bożena Tazuszel, Ewa Porzycka, Danuta Tumas. Poprzez aktywną i twórczą pracę w Polskim Towarzystwie Pielęgniarskim nadawały właściwy kierunek zawodom pielęgniarki i położnej. Cieszyły się uznaniem i autorytetem nie tylko pielęgniarek i położnych pracujących w naszym szpitalu, ale i w całym województwie.



Jadwiga Żemajtis, naczelnia pielęgniarek, zainspirowała pielęgniarki i położne do podnoszenia kwalifikacji zawodowych. Wraz z grupą pielęgniarek rozpoczęła studia wyższe na Wydziale Pedagogiki w WSP w Olsztynie.

W październiku 1991 r., na I Zjeździe Pielęgniarek i Położnych została wybrana przewodnicząca Okręgowej Rady Pielęgniarek

i Położnych – Alicja Markiewicz. Tę funkcję pełniła przez dwie kadencje, tj. 8 lat, będąc również członkiem Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych.

W 1997 r. po raz pierwszy w kraju powołano stanowisko zastępcy dyrektora ds. pielęgniarstwa w szpitalach. Miało to bardzo duże znaczenie. Powołanie tego stanowiska przyczyniło się do wyodrębnienia pionu w pielęgniarstwie i jego zarządzania. Zarządzanie grupą zawodową pielęgniarek i położnych w szpitalu stało się bardziej sprawne i skoordynowane. ►



Zespół pielęgniarek i położnych – kadra kierownicza

Kwalifikacje podyplomowe pielęgniarek i położnych w szpitalu:

- mgr pielęgniarstwa – 6 osób
- inne wyższe – 70 osób
- specjalizacje – 45 osób

W 1997 r. w wyniku pracy zespołu ds. pielęgniarstwa została wdrożona metoda sprawowania indywidualnej opieki nad pacjentem, zwana „Procesem Pielęgowania”. Pracę rozpoczęto od zorganizowania kursu dla pielęgniarek, który odbył się w szpitalu i był przeznaczony dla pielęgniarek z oddziału kardiologii. Jednak niełatwym krokiem było przełożenie teorii na praktykę. Jak każda nowa rzecz, „Proces pielęgnowania” budził wiele kontrowersji, a członkowie zespołu ds. pielęgniarstwa musieli zniwelować opór tkwiący w ludziach.

Metoda procesu pielęgnowania polega na indywidualnym rozpoznaniu potrzeb pacjenta, zaplanowaniu pracy, jej realizacji i sprawdzeniu pracy. Po raz pierwszy pielęgniarka pod swoją opieką miała określoną liczbę pacjentów, za którą odpowiadała. Również wszystkie działania i prace, jakie wykonała przy pacjencie musiały być udokumentowane. Była to nowość i ewenement, że każdy pacjent objęty sprawowaniem indywidualnej opieki przez pielęgniarkę miał swoją historię pielęgnowania.

W 1999 r. powołano stanowisko przełożonej pielęgniarek. W drodze konkursu została nią Hanna Taraszkiewicz, która do dziś pełni tę funkcję. Pod jej przewodnictwem zespół pielęgniarek i położnych naszego szpitala rozpoczął dynamiczną pracę opieki nad pacjentem. Zespół opracował i wdrożył standardy opieki i postępowania. Standardy zapewniają pacjentom i personelowi bezpieczeństwo, postępowanie jest zgodne ze sztuką i wiedzą pielęgniarską, a co najważniejsze praca wg standardów jest łatwiejsza, eliminuje błędy.

Zupełnie inaczej, w porównaniu ze stanem obecnym, wyglądała praca pielęgniarek i położnych 35 lat temu. Wówczas pielęgniarki i położne nie dysponowały sprzętem jednorazowego użytku, a do zadań pielęgniarek odcinkowych należało m.in. przygotowanie całego sprzętu, gotowanie i sterylizacja narzędzi, strzykawek, igieł, co zajmowało kilka godzin dziennie. Relacje między pielęgniarkami, pielęgniarkami a lekarzami i pacjentami były bardzo dobre. W pracy zespołów oddziałowych pacjent był zawsze najważniejszy i otrzymywał opiekę oraz leczenie na najwyższym poziomie.

Obecnie pielęgniarki i położne pełnią wiele funkcji związanych z jakością opieki, edukacją zdrowotną, profilaktyką zakażeń szpitalnych, profilaktyką odleżynową, prowadzą na szeroką skalę działalność dydaktyczną. Wykonaną pracę w sposób profesjonalny dokumentują.

*Alicja Markiewicz
zastępca dyrektora ds. pielęgniarstwa*

NOWATORSKIE ZABIEGI KOLEJNY KROK W POSTĘPACH GINEKOLOGII ONKOLOGICZNEJ

Po raz pierwszy w naszym regionie wykonano całkowite laparoskopowe wycięcie narządu rodowego w przypadku nowotworu złośliwego szyjki macicy.

Zabieg wykonywany jest jedynie w kilku wiodących ośrodkach ginekologii onkologicznej w Polsce i wymaga wysokospecjalistycznego sprzętu laparoskopowego oraz bardzo doświadczonej kadry medycznej. Warunki te spełnia w naszym województwie Oddział Ginekologiczno-Położniczy i Ginekologii Onkologicznej Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie.

Zabieg polega na operowaniu chorej przez cztery kilkumilimetrowe nacięcia skórne, a cały narząd rodny usuwany jest na drodze laparoskopowej.

Korzyści takiego postępowania:

- ♦ znaczne skrócenie pobytu pacjentki w szpitalu
- ♦ praktycznie brak dolegliwości bólowych chorej po zabiegu
- ♦ zmniejszenie utraty krwi w trakcie operacji.

Całkowity pobyt chorej w Oddziale trwał trzy doby. Nie zanotowano żadnych powikłań śród- i pooperacyjnych, a swoje samopoczucie po operacji chora określała jako wysmienite. Pooperacyjny wynik histopatologiczny potwierdził prawidłowość wykonanego zabiegu i wyleczenie chorej.

Operowali dr n. med. Marek Stefanowicz i dr n. med. Tomasz Waśniewski, asystował

lek. med. Marek Gowkielewicz, znieczuliła lek. med. Grażyna Walento. W zabiegu brała również udział instrumentariuszka Paulina Kozłowska.

Oddział Ginekologiczno-Położniczy i Ginekologii Onkologicznej Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie jest wiodącym ośrodkiem operacyjnym w regionie, znanym i uznanym również w całym kraju. Pierwsze zabiegi endoskopowe wykonano tu już w połowie lat 70. ubiegłego wieku. Tu również wykonano pierwsze laparoskopie i histeroskopie operacyjne. W 2004 roku wykonano tu pierwsze w regionie laparoskopowo wspomaganą wycięcie macicy z węzłami chłonnoymi. Od chwili powstania Oddział pełni rolę ośrodka referencyjnego w zakresie ginekologii operacyjnej i ginekologii onkologicznej dla naszego województwa. Według wieloletnich danych statystycznych odbywa się tu aż 70% procedur z zakresu ginekologii onkologicznej wykonywanych w województwie warmińsko-mazurskim. W tegorocznym rankingu „Wprost” oddział wymieniany jest wśród najlepszych tego typu ośrodków w kraju wyprzedzając wiele renomowanych klinik i szpitali.

*dr n. med. Marek Stefanowicz
dr n. med. Tomasz Waśniewski*



W trakcie zabiegu...

NOWATORSKIE ZABIEGI

TERAPIA FOTODYNAMICZNA

Lekarze Oddziału Okulistyki 10 maja rozpoczęli przeprowadzanie zabiegów terapii fotodynamicznej. Zabieg ten jest związany ze zwyrodnieniem plamki, jedną z chorób cywilizacyjnych, prowadzących do utraty widzenia centralnego, a w konsekwencji do praktycznej ślepoty. Szczególnie narażone są osoby po 50. roku życia.

Zwyrodnienie plamki, czyli obszaru siatkówki oka odpowiedzialnego za precyzyjne widzenie, jest wynikiem postępującego starzenia się i w związku z tym choroba jest określana jako zwyrodnienie plamki związane z wiekiem – w skrócie AMD (z ang. Age – related Macular Degeneration).

Choroba ta powoduje zaburzenia lub utratę centralnego widzenia, co uniemożliwia wykonywanie podstawowych czynności, np. czytanie, pisanie, oglądanie telewizji, czy prowadzenie samochodu.

AMD jest chorobą społeczną, która dotyka ok. 25 mln ludzi na świecie. Jej częstość występowania wzrasta wraz z wiekiem, osiągając poziom ponad 13% po 85. roku życia. Przewiduje się, że w ciągu następnych 25 lat liczba ta ulegnie potrojeniu, co jest wynikiem procesu starzenia się społeczeństw.

Obserwujemy różne stadia tej choroby, która w postaci zaawansowanej prowadzi do nieodwracalnej ślepoty. Czas rozwoju choroby jest różny – od kilku tygodni do kilku lat.

Należy podkreślić, że ADM jest najczęstszą przyczyną ślepoty u osób po 50. roku życia w krajach rozwiniętych. Rocznie przybywa 500 tys. chorych na świecie, w Polsce – 20 tys.

Czynniki ryzyka:

- ◆ Częściej chorują kobiety
- ◆ Rasa biała o niebieskich oczach
- ◆ Podeszły wiek
- ◆ Uwarunkowania genetyczne

- ◆ Nadciśnienie tętnicze krwi, miażdżycy
- ◆ Palenie tytoniu
- ◆ Promieniowanie UV
- ◆ Nieprawidłowa dieta
- ◆ Zanieczyszczenie środowiska

Najważniejsza jest profilaktyka

Z uwagi na to, że nie istnieje przyczynowe leczenie AMD, wiele zależy od profilaktyki i wczesnego rozpoznawania zmian. Pacjenci powinni wyeliminować czynniki ryzyka, tzn. nie palić tytoniu, nosić okulary z filtrem UV, zdrowo się odżywiać, tj. wzbogacić dietę o preparaty zawierające przeciwutleniacze, a w szczególności zielone warzywa liściaste, np. szpinak, brokuły, i inne substancje wpływające na prawidłowe funkcjonowanie oka, głównie antyutleniacze, w tym betakarotenoidy, nienasycone kwasy tłuszczowe z grupy omega 3 oraz cynk. Ważne jest uzupełnianie diety luteiną i zeaksantyną, które są niezbędne do prawidłowego funkcjonowania komórek światłoczułych siatkówki, a których brak może doprowadzić do powstania AMD. Ilość luteiny i zeaksantyny w tkankach oka zmniejsza się wraz z wiekiem i dlatego konieczne jest uzupełnianie poziomu tych karotenoidów wraz z dietą, oraz przyjmowanie suplementów diety zawierających luteinę.

Rozpoznanie

Ważne jest wczesne rozpoznanie AMD. Pacjenci powinni regularnie odwiedzać lekarza, zwłaszcza po 50. roku życia, kiedy zachodzi

konieczność dobrania okularów do czytania. Ważne jest także samodzielne kontrolowanie wzroku przy użyciu siatki Amslera, czyli kartki papieru z narysowanymi kratkami. Patrząc na kratkę można zauważyć zniekształcenia linii.



Od lewej: dr n. med. Maria Kapusto, dr n. med. Maria Dowgird

Postacie AMD

Wyróżniamy 2 typy schorzenia:

- ◆ Postać suchą, która występuje w 90% przypadków choroby
- ◆ Postać wysiękową, czyli neowaskularną, która dotyka 10-20% chorych

Postać sucha jest mniej niebezpieczna dla oka, ale może przekształcić się w postać wysiękową, groźniejszą dla widzenia, gdyż w 90% przypadków powoduje jego utratę. Istotą postaci wysiękowej jest rozwój nieprawidłowych naczyń krwionośnych pod siatkówką, zwłaszcza w plamce żółtej, które uszkadzają komórki siatkówki odpowiedzialne za widzenie.

Leczenie AMD

Postawienie diagnozy to dopiero połowa sukcesu. Kolejnym etapem w całym procesie terapeutycznym jest leczenie, o którego zastosowaniu decyduje lekarz, biorąc pod uwagę między innymi stadium rozwoju choroby oraz stan ogólny pacjenta. Leczenie farmakologiczne u pacjentów z AMD wpływa na spowolnienie rozwoju choroby we wczesnym jej okresie. Najbardziej popularną metodą leczenia AMD jest terapia fotodynamiczna, określana w skrócie PDT. Pozwala ona specyficznie niszczyć nieprawidłowe naczynia krwionośne na pewnym obszarze, nie uszkadzając przy tym komórek siatkówki odpowiedzialnych za widzenie. Jest to możliwe dzięki zastosowaniu werterporfiny, zielonego barwnika z grupy porfiryn, który pod wpływem aktywacji czerwonym światłem diodowego lasera uwalnia reaktywny tlen, który uszkadza nieprawidłowe naczynia i powoduje ich zanik. Komórki światłoczułe siatkówki pozostają nietknięte. Zabieg wymaga wielkiej precyzji i ścisłego przestrzegania reguł, zwłaszcza dawki werterporfiny i czasu naświetlania. Terapia fotodynamiczna z użyciem werterporfiny w niewielkim stopniu może poprawić ostrość widzenia i poczucie kontrastu. Jednak jej największą wartością jest szansa zatrzymania postępu choroby.

dr n. med. Maria Dowgird
ordynator Oddziału Okulistyki



Pacjenci powinni regularnie odwiedzać lekarza okuliste

PODSTAWOWE CZYNNOSCI RATUJĄCE ŻYCIĘ – TO TAKIE PROSTE

Każdy z nas może znaleźć się w sytuacji zagrożenia. Niżej opisane czynności i zasady postępowania mogą zdecydować o czyimś życiu, jakości bytu. Nie bójmy się udzielać pierwszej pomocy! To nie bohaterstwo. Nasze postępowanie może sprawić, że czyjś ukochany mąż, ojciec, matka, dziecko będą mogli dalej żyć z bliskimi. Parę tak ważnych minut, zanim przyjedzie pogotowie ratunkowe, może tak wiele zmienić.

Bardzo istotnym elementem Waszego postępowania jest bezpieczeństwo własne. Zawsze oceniamy czy zaistniała sytuacja nie rodzi zagrożenia dla nas. Dopiero wówczas pochodzimy do leżącego człowieka. Delikatnie potrącamy jego ramię pytając: co mu dolega?, co się stało?

Gdy pacjent odpowiada na nasze pytania, nie zagraża mu niebezpieczeństwo, pozostawiamy go tak jak leżał, wzywamy służby ratunkowe (nr telefonu 999 lub 112) i oceniamy stan pacjenta do czasu przyjazdu zespołu pogotowia ratunkowego.

Jeśli pacjent nie reaguje:

1) wezwij głośno pomoc,
2) ułóż poszkodowanego na plecach, udroźnij drogi oddechowe, wykonując odgięcie głowy i uniesienie żuchwy. Ułóż rękę na czole i wykonaj



odgięcie głowy i uniesienie żuchwy.

3) oceń:

a) dotykiem – pochyl się: na swoim policzku wyczujesz wówczas przepływ powietrza pacjenta,
b) wzrokiem – oceń ruch klatki piersiowej,
c) słuchem – nasłuchuj szmer oddechu.

Wykonuj te czynności nie dłużej niż 10 sekund.



Gdy oddech jest prawidłowy:

- 1) ułóż pacjenta w pozycji bezpiecznej
- 2) wezwij pomoc (nr telefonu 999 lub 112)
- 3) oceniał dalej oddech.

Gdy oddech jest nieprawidłowy/nie oddycha:
1) wezwij kogoś do pomocy, wezwij pogotowie ratunkowe i rozpocznij czynności reanimacyjne:

- a) uklęknij obok poszkodowanego (przy klatce piersiowej),
- b) ułóż nadgarstek jednej ręki na środku mostka poszkodowanego, nadgarstek drugiej ręki ułóż na pierwszym.

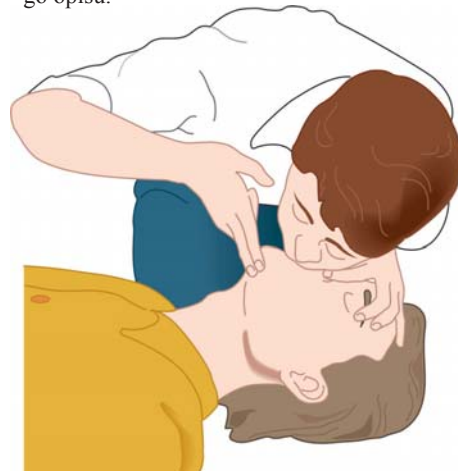
NIE UCISKAJ:

- żeber
- nadbrzusza
- dolnej części mostka
- c) wyprostuj ramiona, nie zginać łokci, pochyl się, trzymaj ramiona prostopadłe do mostka uciskaj go na głębokość ok. 4-5 cm (dorośli i duże dzieci tj. > 8 roku życia). Po każdym ucisku nie odrywaj rąk od klatki piersiowej, zwalnij ucisk, uciskaj z częstotliwością 100/min (nieco mniej niż 2 uciśnięcia/s),
- d) po wykonaniu 30 uciśnięć wykonaj dwa wdechy ratownicze:

- udroźnij drogi oddechowe (odegnij głowę i unieś żuchwę),
- zaciśnij skrzydełka nosa palcem wskazującym i kciukiem ręki ułożonej na czole poszkodowanego,
- weź normalny wdech, obejmij szczelnie swoimi ustami uchylone usta pacjenta, wdmuchuj powoli przez ok. 1 sekundę powietrze, patrz czy klatka piersiowa się unosi



(wówczas oddech jest efektywny),
– odsuń swoje usta od ust poszkodowanego obserwuj opadnięcie klatki piersiowej,
– powtórz oddech ratowniczy wg powyższego opisu.



Kontynuuj naciski klatki piersiowej i oddechy ratownicze w stosunku 30:2

Przerwij czynności tylko wówczas, gdy pacjent zacznie samodzielnie oddychać. Czynności ratownicze wykonuje się łatwiej w przypadku więcej niż 1 ratownika. Ratownicy mogą wówczas na zmianę wykonywać zewnętrzny masaż serca i oddechy ratownicze (stąd warto na początku czynności wezwać kogoś do pomocy).

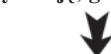
Czynności ratownicze przerywamy gdy:

- 1) pacjent oddycha samodzielnie,
- 2) przyjedzie zespół pogotowia ratunkowego, który poprowadzi dalej reanimację,
- 3) ratownik (lub ratownicy) ulegną wyczerpaniu fizycznemu.

Można wykonywać jedynie uciski klatki piersiowej, gdy nie jesteś w stanie lub nie chcesz wykonywać oddechów ratowniczych, uciski wykonuj wówczas bez przerw z częstotliwością 100/min.

ZAPAMIĘTAJ:

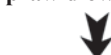
ocień sytuację, gdy nie reaguje:



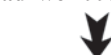
zawołaj pomoc



udroźnij drogi oddechowe
brak prawidłowego oddechu



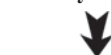
zadzwoń 999 lub 112



wykonaj 30 ucisków klatki piersiowej



2 oddechy ratownicze



powtarzaj w sekwencji 30:2

Opracowano na podstawie wytycznych Europejskiej Rady ds. Resuscytacji (ERC) z grudnia 2005 r.

Marzena Kuliś
ordynator Szpitalnego Oddziału Ratunkowego

CO KAŻDA KOBIETA POWINNA WIEDZIEĆ

Grzybica (kandydoza) narządów płciowych stanowi jeden z najczęstszych problemów klinicznych kobiet. Około 75% z nich doświadcza w swoim życiu przynajmniej jednego epizodu kandydozy narządów płciowych, a wiele zmagają się z grzybicami nawracającymi (gdy średnia liczba nawrotów w ciągu roku wynosi powyżej czterech).

Za główny czynnik etiologiczny uważa się grzyby drożdżopodobne, najczęściej *Candida albicans* (80-95%), rzadszą przyczyną są inne gatunki z rodzaju *Candida* (*C. tropicalis*, *C. krusei*, *C. glabrata*), a nawet grzyby pleśniowe i *Geotrichum*.

Czynnikami predysponującymi do grzybicy są między innymi: obniżenie aktywności układu immunologicznego, leczenie sterydami, lekami cytostatycznymi, cukrzyca, antykoncepcja, antybiotykoterapia, ciąża a także przebywanie na terenie internatów, obiektów sportowych, basenów pływackich, kontakty z licznymi partnerami seksualnymi, uczulenia, podrażnienia detergentami, noszenie obcisłych, nieprzewiewnych ubrań i zaniedbania higieniczne.

Rozwój grzybicy zależy od liczby komórek atakującego grzyba i jego wirulencji, tj. zdolności do mnożenia się i przylegania do nabłonka oraz do wytwarzania enzymów i toksycznych metabolitów.

Kandydoza objawia się zwykle gęstymi, serowato-białymi upławami, świądem sromu. Czasem upławy mogą być rzadkie i wodniste. U ¼ pacjentek występuje bolesność i pieczenie zwłaszcza po stosunku. Zakażenie może się szerzyć na otaczającą skórę, tworząc wykwyty na wargach sromowych, wewnątrznych powierzchniach ud, a u chorych na cukrzycę, na powierzchnię skóry pachwin oraz szpary międzypośladowkowe w postaci krostek lub grudek.

Zakażenie prowadzi do zmian jakościowych i ilościowych w biocenozie pochwy.

W skład biocenozy wchodzi wiele gatunków bakterii tlenowych i beztlenowych, z których najważniejszymi są pałeczki kwasu mlekowego – *Lactobacillus sp.*

Lactobacillus określane są nie bez powodu mianem stróża zdrowotności pochwy. Utrzymuje

równowagę mikrośrodowiska pochwy poprzez zapewnienie kwaśnego odczynu środowiska, co uniemożliwia rozprzestrzenianie się mikroorganizmów chorobotwórczych. Produkuje substancje stymulujące układ odpornościowy, współzawodniczy o receptory lub miejsca przyłączania się na powierzchni komórek nabłonka oraz o składniki odżywcze, hamuje namnażanie się innych bakterii, potencjalnie chorobotwórczych poprzez toksyczne produkty metabolizmu – tlenek wodoru.



Z objawami kandydozy należy zgłosić się do lekarza

Najczęstszymi przyczynami zgłaszania się kobiet z drożdżycą do ginekologa są upławy i świąd sromu. Chociaż dolegliwości te mogą się wydawać błahie, a kandydoza, w przypadku prawidłowo funkcjonującego układu immunologicznego, nie jest ciężkim zakażeniem, to ze względu na duże rozpowszechnienie i częste nawroty oraz dokuczliwość jest główną przyczyną szukania pomocy lekarskiej, często bezradności, a nawet depresji kobiety i jej partnera.

Grzyby, zwłaszcza nawracające, mogą prowadzić do powikłań: zapalenia części pochwowej macicy, zapalenia odbytnicy, kandydozy układu moczowego, drożdżycy rozsianej.

Dlatego prawidłowe rozpoznanie i zlikwidowanie przyczyny dolegliwości jest bardzo ważne.

Terapię przeciwgrzybiczą powinno poprzedzać właściwe rozpoznanie kliniczne. Jest ono możliwe tylko na podstawie prawidłowej diagnostyki laboratoryjnej przeprowadzonej w pracowni bakteriologicznej. Obejmuje ona bezpośrednie badanie mikroskopowe pobranego materiału, zakładanie hodowli na specjalnych podłożach

diagnostycznych, oznaczanie gatunku grzyba i jego lekowrażliwości.

Kobiety miesiączkujące powinny zgłaszać się na badania diagnostyczne we wczesnej fazie estrogenowej lub późnej lutealnej, ze względu na to, że w tych fazach cyklu miesięcznego występuje najwyższa liczebność populacji grzyba.

Należy również pamiętać, że sam fakt stwierdzenia *Candida albicans* w wymazach z pochwy, bez występujących objawów klinicznych, nie upoważnia do rozpoznania grzybiczego zapalenia pochwy. Przeciwnie wchodzi one często w skład flory fizjologicznej układu rozrodczego, pokarmowego i skóry, i dopiero w sprzyjających okolicznościach atakują.

Obecnie w leczeniu grzybicy pochwy i sromu stosuje się środki przeciwgrzybicze miejscowe lub jednocześnie miejscowe i doustne.

Powodem grzybicy nawracających może być to,

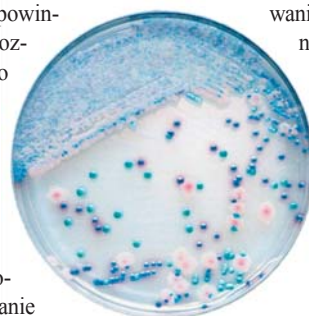
że lek podawany dopochwowo nie sięga źródła infekcji, które może się znajdować w przewodzie pokarmowym. Dlatego istotne klinicznie jest łączenie leczenia ogólnego

i miejscowego w celu usunięcia zakażenia w obrębie przewodu pokarmowego. Czasem zalecana jest również modyfikacja nawyków żywieniowych i codzienne spożywanie kefiru i jogurtu. Zaleca się również leczenie partnerów seksualnych.

Godne polecenia jest również stosowanie terapii wspomagającej, niefarmakologicznych metod leczenia, takich jak codzienne picie musu jabłkowego z dodatkiem miodu, doustne spożywanie witaminy C, przepłukiwanie sromu wodnym roztworem octu winnego, stosowanie dopochwowych kapsułek kwasu mlekowego lub kwasu bornego.

Ważna jest również odpowiednia higiena kroczka, a u diabetyków kontrola stężenia glukozy we krwi.

**Beata Muraszko
Zakład Bakteriologii**



z cyklu PREZENTACJE

SEKCJA INFORMATYCZNA

*Błądzić jest rzeczą ludzką
– wszystko pogmatwać potrafi tylko komputer.*

Anno Domini 2001 świat przywitał nowymi wizjami rozwoju, globalnym ociepleniem i pluskwą milenijną. Właśnie pluskwa milenijna jest integralną częścią nieograniczonej informatyzacji i komputeryzacji.

Jak donosiły wieści, wszystkie wyprodukowane na świecie procesory komputerowe obarczone zostały pewnym błędem, który miał spowodować ich zatrzymanie. Ale w szpitalu nie mieliśmy się czego bać, powołano do życia Sekcję Informatyczną, która wyznaczyła nowy kierunek rozwoju naszego szpitala i nieustannie dba, aby nasze komputery zawsze działały.

Narzędzie doskonałe

W całym szpitalu jest ponad dwieście komputerów, drukarki, skanery, urządzenia wielofunkcyjne, i setki użytkowników, którzy niekiedy są emocjonalnie związani z siecią komputerową. Dziś trudno obyć się bez komputera i często nasza praca jest od niego uzależniona. Wyszukiwanie informacji, archiwizowanie dokumentów, wprowadzanie danych pacjentów, to wszystko świadczy o tym, że komputer jest absolutnie niezbędnym narzędziem pracy.

Gdy odmawia posłuszeństwa...

Nie jest już jednak tak wspaniale, gdy pełni energii zabieramy się do pracy, a komputer nie chce się uruchomić. Nie odpowiada na prośby, krzyki, groźby i inne werbalne oraz pozawerbalne sugestie. Nasza wiedza okazuje się niewystarczająca do poradzenia sobie z tym problemem. Bo kto wie wszystko o procesorach, kartach

graficznych, monitorach, programach antywirusowych i wielu innych rzeczach, których nie sposób wymienić.

Specjaliści

Są jednak ludzie, którzy wiedzą wszystko, a język komputerowy nie jest dla nich tajemnicą. Czterech ekspertów-informatyków dba o cały szpital. Marcin Sułkiewicz – kierownik Sekcji, Radek Kowalski, Mariusz Właźlak i Jacek Kozicki tworzą zespół, który zarządza wielką szpitalną siecią komputerową. Gdy zwykłemu użytkownikowi trudno jest „porozumieć się” z komputerem, nieodzowny jest specjalista.

Teleporady

Wtedy właśnie wykręcamy numer 521 lub 248 i zgłaszamy nasz problem. Sympatyczny pan informatyk za pomocą, jakże często gorącej, linii telefonicznej wyciągnie od nas wszystkie niezbędne informacje i poinstruuje w jaki sposób możemy rozwiązać problem. Istnieje też możliwość zdalnego usunięcia usterki. Dzięki odpowiedniemu oprogramowaniu informatycy mają dostęp do naszych komputerów i mogą sami, „od środka” dokonać naprawy. Takich zgłoszeń dziennie jest około 50, często rozwiązujemy problem od ręki, a gdy to nie pomaga idziemy do odpowiedniej komórki

i na miejscu sprawdzamy komputer – mówi Jacek Kozicki.

W czym tkwi problem

Gdy informatyk odbiera telefon, najczęściej słyszy w słuchawce, że komputer nie działa. Po takim zgłoszeniu trudno postawić trafną diagnozę. Ale wcale nie jest łatwo powiedzieć co się popsuło, gdy wydaje się nam, że wszystko. Niestety często okazuje się, że włączył się wygaszcz ekranu lub ktoś się po prostu nie zalogował.

– Pamiętam przypadek, gdy zadzwoniła do mnie bardzo zdenerwowana sekretarka medyczna, która zażądała podania hasła do komputera pana ordynatora. Chcąc zażartować, odpowiedziałem: 6 gwiazdek. Po czym pani odpowiedziała dziękuję i odłożyła słuchawkę – mówi Marcin Sułkiewicz.

O czym marzą

Rozwój i postęp w informatyce jest nieunikniony. A co trzeba zrobić, żeby w szpitalu również został zauważony? Marcin Sułkiewicz wymienia trzy, nie tylko marzenia, ale i warunki, których spełnienie gwarantuje lepszą jakość pracy. Pierwszy – wydzielenie pomieszczeń dla informatyków w jednym miejscu, obecnie dwóch informatyków pracuje w pomieszczeniach Działu Administracji, a pozostałych dwóch w uprzejmie użyczonych pomieszczeniach Sekcji Aparatury Medycznej. Drugi – zaplanowany budżet na cały rok, co da możliwość odpowiedniego podzielenia pieniędzy, odłożenia na nowy serwer i wymianę sprzętu. Trzeci – założenie klimatyzacji w serwerowni, którą obecnie zastępuje chłodziarka.

Podejść z sympatią

Każdy pracownik szpitala chciałby mieć nowoczesniejsze, najlepiej wyposażone stanowisko pracy. Jednak komputer, który został kupiony 5 lat temu w dzisiejszych czasach nadaje się już do lamusa. Komputery w szpitalu są systematycznie wymieniane, ale nie sposób nadążyć za ekspresowym rozwojem techniki. Wielu pracowników szpitala mylnie uważa, że informatycy mają wpływ na zakup sprzętu w szpitalu. To nie w ich gestii leży wybór właścicieli nowych komputerów. Nie zrażajmy się do informatyków tylko dlatego, że mamy gorszy komputer niż sąsiedzi obok.

Czego robić nie można

Uprawnienia do instalowania oprogramowania mają tylko informatycy. Użytkownicy komputerów często instalują nielegalne programy i programy do ściągania plików.

– Bardzo popularny program Kaza, który służy do ściągania muzyki, razem z muzyką ściąga wirusy – mówi Marcin Sułkiewicz. – Dodatkowo ściąganie plików z Internetu przeciąża sieć i gdy my spokojnie ściągamy najnowszy film, księgowie nie mogą wykonywać przelewów. Dlatego nie ściągamy żadnych plików, nie siedzimy na allegro, nie gramy w gry on-line i nie przeglądamy stron zakazanych (Panowie!!!).

Nowinki

Sekcja Informatyczna przygotowała elektroniczną tablicę ogłoszeń. Jest to strona wyłącznie dla pracowników szpitala. Znajdziemy tam drobne ogłoszenia, zarządzenia, adresy poczty elektronicznej i telefony kadry szpitalnej. Wszystkie informacje są dostępne pod adresem <http://serwer3/~wssol/> Zapraszamy.

core



Od lewej: Radek Kowalski, Jacek Kozicki, Mariusz Właźlak, Marcin Sułkiewicz

RADA DORADZI

Rozmowa z Wiesławą Włodarczyk-Szczepańską, przewodniczącą Społecznej Rady Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie

– Społeczna Rada Szpitala nowej kadencji działa od 28 grudnia 2006 roku. Czym zajmowaliście się państwo przez te parę miesięcy?

– Rada Społeczna jest organem inicjującym i opiniodawczym Samorządu Województwa oraz organem doradczym dyrektora szpitala.

Rada od tej pory zatwierdziła sprawozdanie z działalności za ubiegły rok oraz sprawozdanie finansowe, przyjęła plan finansowy na rok 2007, przyjęła plan inwestycyjny, czyli plan modernizacji i remontów, uchwaliła zakup sprzętu, m.in. aparatu do znieczuleń za wypracowany zysk oraz nowego angiokardiografu, zatwierdziła regulamin porządkowy i statut.

Pani dyrektor Bożena Marcinkowska szczególną uwagę poświęca promowaniu zdrowia, profilaktyce, zachęca do ustawicznego podnoszenia kwalifikacji, do wolontarystycznego działania na rzecz Szpitala i województwa. Wprowadziła nowoczesne metody zarządzania, co pozwoliło uzyskać certyfikaty, akredytację, liczne nagrody. Placówka jest dobrze zarządzana, bezpieczna oraz świadczy usługi na najwyższym poziomie. Gratulujemy.

– Jakie są plany Społecznej Rady Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego na najbliższą kadencję?

– Ważnym przedsięwzięciem będą działania związane z rozszerzeniem specjalistycznych procedur medycznych, tzn. modernizacja pomieszczeń Oddziału Radiologii

oraz utworzenie Pracowni Elektrofizjologii z uruchomieniem systemu ucyfrowienia, oraz poszukiwanie nowych możliwości sprzedaży usług diagnostycznych, takich jak laboratorium, rtg, medycyna nuklearna, patomorfologia, EEG. Zaplanowano modernizację oddziałów nieremontowanych – Gastroenterologii i Rehabilitacji, modernizację pionu Ginekologiczno-Położniczego i Noworodkowego, adaptację pomieszczeń wysokiego parteru na potrzeby Pracowni USG, zakończenie drugiego etapu termomodernizacji, wymianę dźwigów, zabudowę wykonanej instalacji CO w budynku głównym.

– Co jest priorytetem?

– Priorytetem są inwestycje, które mają na celu przyniesienie w przyszłości dodatkowych przychodów lub obniżenie kosztów działalności jednostki. Główne inwestycje ze źródeł zewnętrznych to rozbudowa istniejącego budynku szpitalnego na potrzeby bloków operacyjnych i centralnej sterylizatorni na lata 2007-10. W szpitalu dominują oddziały zabiegowe, a liczba zabiegów z roku na rok wzrasta. Bez profesjonalnie zorganizowanych bloków operacyjnych i centralnej sterylizatorni trudno zapewnić specjalistyczne usługi na wysokim poziomie.

– Czy przed mianowaniem na przewodniczącą Społecznej Rady Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie miała Pani kontakty z tą placówką?



– Tak. Miałam kontakt jako lekarz. W latach 1987-1989 pracowałam w Oddziale Nefrologiczno-Hematologicznym i Dializoterapii. Pozwoliło mi to na uzyskanie specjalizacji II stopnia w zakresie chorób wewnętrznych. Pełniłam dyżury w Oddziale Gastroenterologii i Kardiologii. W 2000 roku uzyskałam specjalizację z zakresu kardiologii. Jako pacjent pragnę podziękować panu dr Markowi Stefanowiczowi i jego zespołowi za profesjonalną pomoc oraz wsparcie duchowe w trudnym dla mnie momencie. Dziękuję bardzo.

– Czy łatwiej przewodniczyć Radzie będąc lekarzem?

– Myślę, że wiele spraw łatwiej zrozumieć. Łatwiej zrozumieć potrzebę poprawy warunków pobytu pacjentów, poprawę warunków pracy personelu, potrzebę pozyskiwania sprzętu jak najlepszej jakości.

– Dziękuję za rozmowę.

Ewa Labes-Kunicka

ZMIANY W SZPITALU

Przy Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Olsztynie działa Rada Społeczna, która jest organem inicjującym i opiniodawczym Urzędu Marszałkowskiego w Olsztynie. Radę Społeczną powołuje, odwołuje oraz zwołuje jej pierwsze posiedzenie Sejmik Województwa Warmińsko-Mazurskiego. Kadencja Rady Społecznej trwa 4 lata.

Zadania Rady Społecznej

Rada zajmuje się przedstawianiem organom Samorządu Województwa Warmińsko-Mazurskiego wniosków i opinii w sprawach:

- ♦ zmiany lub rozwiązania umowy o udzielenie publicznego zamówienia na świadczenia zdrowotne,
- ♦ zbycia środka trwałego oraz zakupu lub przyjęcia darowizny nowej aparatury i sprzętu medycznego,
- ♦ związanych z przekształceniem lub likwidacją zakładu, jego przebudową, rozszerzeniem lub

ograniczeniem działalności,

- ♦ przyznawania kierownikowi zakładu nagród,
- ♦ rozwiązania stosunku pracy lub umowy cywilnoprawnej o zarządzanie publicznym zakładem opieki zdrowotnej z kierownikiem zakładu, Przedstawia dyrektorowi wnioski i opinie w sprawach:
- ♦ planu finansowego i inwestycyjnego,
- ♦ rocznego sprawozdania z realizacji planu inwestycyjnego i finansowego,
- ♦ kredytów bankowych lub dotacji,
- ♦ podziału zysku

Podczas ostatniego posiedzenia 25 kwietnia Rada Społeczna opiniowała 15 uchwał przygotowanych przez szpital. Wprowadzono wiele zmian w nazewnictwie oddziałów. Niektóre szpitalne oddziały czekają zmiany.

- ♦ Oddział Neurologiczny - Oddział Neurologiczny z Pododdziałem Udarowym
- ♦ Oddział Nefrologiczny - Oddział Nefrologiczny, Chorób Wewnętrznych i Leczenia Zatruc
- ♦ Oddział Otolaryngologiczny - Oddział Otolaryngologiczny i Onkologii Laryngologicznej
- ♦ Oddział Chirurgii Ogólnej - Oddział Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej
- ♦ Oddział Położniczy Rooming, Oddział Patologii Ciąży, Oddział Ginekologiczny - Oddział Ginekologiczno-Położniczy i Ginekologii Onkologicznej
- ♦ Oddział Patologii i Intensywnej Terapii Noworodka - Oddział Neonatologii i Intensywnego Nadzoru Noworodka

red.

DOSKONALIMY SIĘ

Dzisiaj pacjent sam może wybrać szpital, w którym chce być leczony. Swoją decyzję opiera na wiedzy o szpitalu, zabiegach jakie są w nim wykonywane i specjalistycznym sprzęcie. Jednak to ludzie znaczą najwięcej. Doświadczony lekarz, który pacjentowi daje nie tylko swoją wiedzę, ale i serce to nieoceniona wartość każdego szpitala. Bo właśnie u takiego lekarza chcą się wszyscy leczyć.

Do Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie przyjeżdżają pacjenci z całego regionu, a nawet z innych województw. Aby świadczyć usługi wysokiej jakości potrzebna jest nie tylko doskonała baza sprzętowa, ale i znakomicie wykształceni i wyszkoleni ludzie. To ludzie są najmocniejszą stroną szpitala, bez fachowej kadry medycznej, nawet najbardziej nowoczesny sprzęt staje się bezwartościowy.

Cieszymy się, że u nas pracuje tak wysoko wykwalifikowana kadra. I z wielką przyjemnością dzielimy się z Państwem wszystkimi sukcesami.

W maju 2007 roku dr n. med. Dorota Wiatr otrzymała nagrodę Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego za osiągnięcia naukowe w latach 2003-2007. PTD co dwa lata przyznaje nagrody młodym lekarzom, którzy nie ukończyli 35 lat. To prestiżowe wyróżnienie jest zwieńczeniem ciężkiej pracy i umiejętności łączenia obowiązków szpitalnych z rozwojem naukowym i życiem prywatnym. A nie jest to łatwe.

– Wielkim wsparciem dla mnie była ordynator oddziału Endokrynologii i Diabetologii dr hab. n. med. Elżbieta Bandurska-Stankiewicz, która z zaangażowaniem i pełnym poświęceniem nieustannie motywowała i mobilizowała mnie do pracy naukowej – mówi dr Wiatr. – Niewielu lekarzy ma tak znaczny udział w rozwoju polskiej medycyny.

Dr n. med. Dorocie Wiatr składamy gratulacje i życzymy powodzenia w życiu zawodowym i naukowym. Ponieważ pani doktor w sierpniu wychodzi za mąż, życzymy dużo szczęścia na nowej drodze życia.

Dr n. med. Dorota Wiatr ukończyła w 1999 roku Akademię Medyczną w Gdańsku.

Od początku swojej pracy zawodowej związana jest z Oddziałem Endokrynologii i Diabetologii Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie, w którym w 2006 roku zdobyła tytuł specjalisty chorób wewnętrznych. Od 2004 roku uczestniczyła w cyklu warsztatów naukowych pod nazwą: „Program rozwoju naukowego młodych diabetologów”. Jej zainteresowania naukowe skupiły się głównie na epidemiologii cukrzycy i jej powikłań, co zaowocowało opublikowaniem 8 prac w czasopiśmie: European Journal of Ophthalmology, Diabetologia Polska, Diabetologia Doświadczalna i Kliniczna, Medycyna Metaboliczna oraz Klinika Oczna (IF-0,534,

IC-32,16, KBN-34), a także 13 doniesieniami prezentowanymi na polskich europejskich zjazdach naukowych (IF-2,988, IC-10,43, KBN-53).

Samodzielnie gromadzone przez okres 5 lat dane dotyczące populacji chorych ociemniałych z powodu cukrzycy, pozwoliły na utworzenie unikalnej, nie tylko w Polsce, ale również w krajach postkomunistycznych, bazy danych. Uzyskane informacje dostarczyły materiału do pracy doktorskiej obronionej w lutym 2006 roku pt. „Ocena realizacji celów deklaracji Saint Vincent dotyczących ślepoty z powodu cukrzycy w województwie warmińsko-mazurskim”, której promotorem była dr hab. n. med. Elżbieta Bandurska-Stankiewicz. Obu recenzentów pracy oceniło ją celująco i zaproponowało wyróżnienie.

W tym roku możemy pochwalić się wieloma osiągnięciami.

Doktoraty

♦ Romuald Fidrych – Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii – Temat pracy: „Wpływ metody znieczulenia do protezoplastyki stawu biodrowego na jakość życia chorych we wczesnym okresie pooperacyjnym”

♦ Piotr Malinowski – Oddział Chirurgii Naczyniowej, Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej – Temat pracy: „Ocena wiarygodności badania ultrasonograficznego i biopsji aspiracyjnej cienkoigłowej celowanej u chorych leczonych operacyjnie z powodu zmian guzkowych tarczycy”

♦ Tomasz Niedźwiecki – Oddział Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej – Temat pracy: „Analiza metod i wyników leczenia złamań urazowych kręgosłupa w części piersiowo-lędźwiowej”

♦ Tomasz Waśniewski – Oddział Ginekologiczno-Położniczy i Ginekologii Onkologicznej – Temat pracy: „Retrospektywna ocena wybranych czynników prognostycznych u chorych leczonych z powodu raka błony śluzowej trzonu macicy”

Specjalizacje pielęgniarek i położnych

♦ Anna Karpińska – Oddział Kardiologiczny z OIOK – specjalizacja z zakresu organizacji i zarządzania

♦ Aneta Kozak – Oddział Ginekologiczno-Położniczy i Ginekologii Onkologicznej – specjalizacja z zakresu pielęgniarstwa położniczego



dr n. med. Dorota Wiatr

♦ Bożena Rembiszewska – Oddział Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej – specjalizacja z zakresu organizacji i zarządzania

Wyróżnienia

♦ Wyróżnienie nadane przez Okręgową Radę Pielęgniarek i Położnych Regionu Warmii i Mazur za wkład pracy włożony w tworzenie i wdrażanie standardów w opiece pielęgniarskiej, wspieranie rozwoju zawodowego oraz aktywność w działaniach samorządu otrzymały Alina Ćwiek – Oddział Ginekologiczno-Położniczy i Ginekologii Onkologicznej – pielęgniarka oddziałowa, Gabriela Rudzińska – Oddział Neurochirurgiczny – pielęgniarka oddziałowa, Hanna Taraszkiewicz – przełożona pielęgniarek

♦ Złotą Odznakę Związkową otrzymała Jolanta Stecyk – Zakład Medycyny Nuklearnej, Społeczny Inspektor Pracy

core



Jolanta Stecyk

INWESTYCJE W NASZYM SZPITALU

Wszystkie szpitalne remonty i modernizacje realizowane są na podstawie planu inwestycyjnego modernizacji i remontów oraz planu remontów bieżących. Ponad połowa bardzo pracowitego roku za nami, a co nas jeszcze czeka?

Termomodernizacja – etap II

Osobą, która nadzoruje wszystkie prace jest Stefan Barabasz, zastępca dyrektora ds. eksploatacyjno-technicznych oraz podległe mu komórki. - Najważniejsza inwestycja w tym roku to wymiana instalacji centralnego ogrzewania, która jest wykonywana w ramach umowy z Narodowym Funduszem Ochrony Środowiska i Gospodarki Wodnej. Jest to kontynuacja II etapu termomodernizacji szpitala. Wartość robót wyniesie ponad 1,8 mln zł. Dlatego jest to jedna z ważniejszych i kosztocłonnych inwestycji – mówi dyrektor Barabasz. Obecnie prace prowadzone są we wschodnim i północnym skrzydle bloku szpitala. Do końca listopada cała instalacja zostanie wymieniona. Mimo, że roboty będą trwały po rozpoczęciu sezonu grzewczego, ogrzewanie zostanie włączone w odpowiednim terminie. Czemu ta inwestycja była ważna? – Wymiana centralnego ogrzewania jest elementem końcowym całej termomodernizacji i pozwoli na duże oszczędności związane z wydatkami na zakup energii cieplnej na potrzeby grzewcze – dodaje dyrektor.

Wysoki parter

Trwają prace budowlane na wysokim parterze w pomieszczeniach Poradni Okulistycznej oraz Zakładu Medycyny Nuklearnej. Powstanie tam nowa pracownia USG, w której będą mieściły się 2 pokoje badań, w tym jeden do zabiegów biopsji cienkoigłowej. – Pracownia USG zostanie przeniesiona z niskiego parteru na wysoki. Te prace związane są z koniecznością wybudowania przyszłości poczekalni dla pacjentów i dodatkowego punktu

pobrań krwi w laboratorium szpitalnym – mówi dyrektor Barabasz. Prace zostaną zakończone w III kwartale tego roku.

Salon prasowy

W holu przy schodach głównych również na wysokim parterze powstanie salon prasowy. – Szpital pozyskał inwestora, który za własne pieniądze zmodernizuje część holu. Salon zostanie uruchomiony w III kwartale bieżącego roku. Na powierzchni 62 m² pacjenci oraz odwiedzający chorych będą mieli do dyspozycji prasę, książki, barek kawowy, a także będą mogli spróbować szczęścia w grze w totolotka – wyjaśnia dyrektor Barabasz. W ramach działalności saloniku prasowego, dzięki uruchomieniu przewoźnego punktu sprzedaży, pacjenci będą również mieli dostęp do prasy i książek w szpitalnych oddziałach, jest to szczególne udogodnienie dla tych chorych, którzy nie mogą opuszczać łóżek.

Pracownia Elektrofizjologii

Obok Pracowni Kardiologii Inwazyjnej, która mieści się w Dziale Diagnostyki Obrazowej powstanie Pracownia Elektrofizjologii. Jest to jedna z ważniejszych tegorocznych inwestycji. Województwo warmińsko-mazurskie to jeden z dwóch regionów Polski pozbawionych diagnostyki i możliwości leczenia inwazyjnego zaburzeń rytmu serca. Pacjenci z Warmii i Mazur oczekują w ponad rocznych kolejkach na świadczenia z dziedziny elektrofizjologii wykonywane poza regionem. Zapotrzebowanie na badania elektrofizjologiczne to około 400 badań rocznie. Dlatego ta inwestycja należy do priorytetowych.



Stefan Barabasz, zastępca dyrektora ds. eksploatacyjno-technicznych

Gastroenterologia i rehabilitacja

Jeszcze w tym roku rozpocznie się remont oddziałów gastroenterologii i rehabilitacji. Poprawią się warunki pobytu pacjentów na oddziale i warunki pracy personelu szpitalnego. – Projekt przewiduje obok wymiany instalacji elektrycznej, wodnej i kanalizacyjnej, częściową przebudowę pomieszczeń. Jednocześnie w nasłonecznionych pomieszczeniach zostanie zainstalowany system wody lodowej, dzięki któremu będzie można obniżać temperaturę w upalne dni – mówi dyrektor.

Wielkie wyzwanie

Szpital przygotowuje się do najważniejszej inwestycji. – Budowa skrzydła szpitalnego, w którym będą bloki operacyjne, sterylizatornia oraz szatnia dla pracowników to wielkie wyzwanie dla szpitala. W III kwartale bieżącego roku zostanie ogłoszony przetarg na dokumentację techniczną. Termin rozpoczęcia budowy o wartości kilkudziesięciu milionów złotych jest uzależniony od możliwości pozyskania środków na ten cel – wyjaśnia dyrektor Barabasz.

core

PORADNIA REHABILITACYJNA

Od dnia 1 kwietnia 2007 roku reaktywowała swą działalność przy Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym Poradnia Rehabilitacyjna. Usługi refundowane są przez NFZ. Pacjenci przyjmowani są ze skierowaniem od lekarza rodzinnego lub od lekarza specjalisty. Realizacja zabiegów możliwa jest w każdym dziale fizjoterapii w Olsztynie i innych miejscowościach.

Ambulatoryjna rehabilitacja medyczna obejmuje dzieci i dorosłych ze schorzeniami narządu ruchu, schorzeniami neurologicznymi, reumatologicznymi, ortopedycznymi, naczyniowymi, onkologicznymi – rehabilitacja stanowi u tych chorych integralną część leczenia i kontynuowana

jest do uzyskania możliwie najlepszej sprawności fizycznej umożliwiającej powrót do życia społecznego i zawodowego. Obejmuje również pacjentów zagrożonych niepełnosprawnością.

W poradni ustalany jest plan leczenia usprawniającego, a następnie prowadzona jest jego kontrola i modyfikacja. Obejmuje on zlecenie zabiegów fizjoterapeutycznych (fizykoterapia i kinezyterapia), edukację chorego i jego rodziny dotyczącą prewencji wtórnej schorzenia, dobór form aktywności fizycznej, zaopatrzenie w sprzęt ortopedyczny, pomocniczy i rehabilitacyjno-sportowy. W wybranych przypadkach chorzy kierowani są na terapię z logopedą lub

psychologiem. Istnieje możliwość prowadzenia terapii w domu chorego.

Rehabilitacja powinna być wizytówką szpitala niejako wręczaną choremu przy wypisie – jako możliwość kontynuacji leczenia, poprawy sprawności fizycznej i psychicznej, a przez to jakości życia. Dlatego mamy nadzieję, że decyzja o powołaniu naszej poradni jest wkomponowana w rozwój rehabilitacji, zwłaszcza bazy zabiegowej i sal ćwiczeń.

lek. med. Agnieszka Osowska



Lek. med. Agnieszka Osowska udziela porady

Poradnia czynna:

- ◆ poniedziałek 12.30-18.00
- ◆ wtorek 12.30-13.30
- ◆ piątek 12.30-13.30

Rejestracja do poradni: 089 538 64 86,

Lekarze specjaliści rehabilitacji medycznej:
Agnieszka Osowska, Bartłomiej Flisikowski

TERCET HIGIENICZNY CZYLI ZAKAŻENIA BEZ TAJEMNIC

Zapobieganie zakażeniom szpitalnym jest jednym z wymogów dobrej opieki medycznej i odnosi się do wszystkich pracowników ochrony zdrowia.

W ostatnich latach Szpital hospitalizuje coraz większą liczbę pacjentów, którzy poddawani są coraz bardziej agresywnym zabiegom diagnostycznym. Opiekę nad chorymi sprawuje coraz więcej osób. To wszystko wpływa na wzrost możliwości rozwoju zakażeń szpitalnych.

Jednak bakterie i zarazki są w naszym Szpitalu pod ścisłą kontrolą. A to wszystko dzięki zgranemu trio, które tworzą: Jolanta Citko, Małgorzata Dobrzańska i Ewa Pietrusińska. Ten prężnie działający Zespół ds. Zakażeń Zakładowych stosuje żelazną dyscyplinę czystości i higieny wszystkich naszych pracowników. Ale zaczniemy od początku...

okazuje się, czy wyhodowane drobnoustroje są szkodliwe dla zdrowia i życia pacjenta, czy są patogenami alarmowymi (mutacje genetyczne drobnoustrojów, z których powstają patogeny – drobnoustroje wysoce odporne na leczenie antybiotykami).

– Naszą codzienną wizytę w Bakteriologii zaczynamy od przeglądania wszystkich wyników badań bakteriologicznych, zleczonych pacjentom przez lekarzy – mówi Ewa Pietrusińska. – Sprawdzamy, co zostało wyhodowane, czy jest to flora fizjologiczna pacjenta, czy patogeny chorobotwórcze, powodujące stany zapalne i wywołujące choroby. Odwiedzamy oddział, gdzie leży pacjent, u którego wykryto niebezpieczne drobnoustroje.

Dobrzańska. – Jednak personel jest coraz bardziej wyedukowany, przestrzega procedur przez nas wprowadzonych i często sam izoluje chorego, jeszcze przed naszą wizytą w oddziale. My w takich sytuacjach jedynie sprawdzamy, czy izolacja przebiega prawidłowo i czy jest przestrzegana. A wszystko po to, aby zahamować rozprzestrzenianie się chorobotwórczych drobnoustrojów i stworzyć bezpieczne warunki pobytu w szpitalu zarówno dla pacjentów, jak i dla personelu.

Małgorzata i Ewa każdego dnia starają się odwiedzać oddziały niezależnie od tego, czy wyhodowane zostały patogeny.

– Zależy nam na tym, aby przyjrzeć się pracy personelu z boku i sprawdzić, czy przestrzegane są procedury, czy pracownicy dbają o higienę rąk – mówi Ewa Pietrusińska.

Każdego dnia spotykają się na porannej odprawie z panią Jolantą Citko, zastępcą dyrektora ds. lecznictwa, która jednocześnie sprawuje funkcję przewodniczącej Zespołu ds. Zakażeń Zakładowych.

– Na tych spotkaniach omawiamy różnego rodzaju problemy, które pojawiają się w naszej pracy oraz staramy się wspólnie znaleźć rozwiązania – mówi Ewa Pietrusińska. – Zdajemy relację z rodzaju drobnoustrojów, które pojawiają się u pacjentów hospitalizowanych w Szpitalu, no i mamy po prostu czas na to, żeby porozmawiać z naszą przełożoną, która normalnie ze względu na natłok swoich obowiązków jest niedostępna – śmieje się.

Wyprowadzić bakterie

Pojawianie się nowych rodzajów drobnoustrojów, odpowiedzialnych za szersze spektrum zakażeń, opornych na leczenie antybiotykami wymaga nie tylko przestrzegania stosownych procedur od personelu szpitala, ale i systematycznego podnoszenia wiedzy przez członków Zespołu ds. Zakażeń Szpitalnych

– Staramy się zrobić wszystko, aby zapobiegać sytuacjom, w których istnieje niebezpieczeństwo zmutowania drobnoustrojów, czyli powstania patogenów – mówi Małgorzata Dobrzańska. – Dlatego szkolimy pracowników, opracowujemy nowe instrukcje, procedury postępowania przeciwepidemicznego, kontrolujemy oddziały, sprawdzamy czy przestrzegane są ustalone normy postępowania. Również same się szkolimy, wyjeżdżamy na sympozja, konferencje, aby na bieżąco śledzić nowości, dotyczące działań przeciwepidemicznych, środków dezynfekcyjnych, czy samej sterylizacji, które ułatwiłyby pracę pielęgniarce i lekarzom.

Wspólnie dla dobra pacjenta

Kontrolą Zespołu ds. Zakażeń Zakładowych objęte są niemal wszystkie oddziały zabiegowe (oprócz laryngologii i okulistyki, ze względu na zbyt krótki czas hospitalizacji). W chwili obecnej zakażenia w naszym szpitalu kształtują się na poziomie 4 procent.

– W każdej placówce występują zakażenia szpitalne – mówi Małgorzata Dobrzańska. – Jeśli ich nie ma, to znaczy, że tak naprawdę nikt nie interesuje się tym zjawiskiem i nie są one wykrywane.



Od lewej: Ewa Pietrusińska, Jolanta Citko, Małgorzata Dobrzańska

Pierwszy krok

Dwie wesole, uśmiechnięte kobiety nazywane żartobliwie przez naszych pracowników „Dwoinki” lub „Zarazki” – Małgorzata i Ewa codziennie odwiedzają oddziały szpitala.

Jednak wszystko zaczyna się tak naprawdę w Zakładzie Bakteriologii. To właśnie tutaj przekazywane z oddziałów wymazy poddawane są skrupulatnym badaniom i analizom. Wtedy

Wywiad w oddziale

W oddziale zespół ds. zakażeń sprawdza historię choroby pacjenta, rozmawia z personelem, lekarzami, pielęgniarkami na temat przebiegu hospitalizacji chorego: czy było to przyjęcie planowe, czy ostre, jaki jest stan ogólny pacjenta, czy gorączkuje, jakim zabiegom był poddany.

– Jeżeli wyhodowano patogen alarmowy, zalecamy izolację takiego pacjenta – mówi Małgorzata



Jeżeli nawet liczba zakażeń wzrasta w naszym Szpitalu, to nie oznacza, że procedury nie są przestrzegane, tylko że mamy większą skuteczność w kontroli i wykrywaniu zakażeń.

Jednym z większych problemów Zespołu ds. Zakażeń Zakładowych jest przekonanie personelu, że podstawą profilaktyki zakażeń jest higiena rąk – czyli mycie i dezynfekcja.

– W tym przypadku nie pomogą żadne instrukcje i procedury, jeśli personel przed kontaktem i po kontakcie z pacjentem nie będzie przestrzegał tych zasad – mówi Ewa Pietrusińska. – Z jednymi pracuje nam się lepiej, z innymi gorzej. Niemniej jednak ta współpraca układa się coraz lepiej. Działamy przecież nie przeciwko personelowi, tylko wspólnie dla dobra pacjenta, a w konsekwencji i dla szpitala.

Ewa Pietrusińska

Ma córkę Kasię – 11 lat.

Skończyła Szkołę Pielęgniarską w Olsztynie oraz pięcioletnie studia magisterskie, po których rozpoczęła pracę w szpitalu (w 1992 r.) w Oddziale Noworodków. Pracowała również jako pielęgniarka ds. środowiskowych pacjentów szpitala i tę funkcję pełni, szczątkowo, do dnia dzisiejszego.

W 2002 r. weszła do Zespołu ds. Zakażeń Zakładowych. Cały czas podnosi swoje kwalifikacje: zrobiła kurs specjalizacyjny, specjalizację z zakresu organizacji i zarządzania, w chwili obecnej otwiera specjalizację z pielęgniarstwa epidemiologicznego.

W 2004 r. w plebiscycie „Wielkie Serce” zorganizowanym przez „Gazetę Olsztyńską” i „Dziennik Elbląski” zdobyła pierwsze miejsce jako najpopularniejsza pielęgniarka Warmii i Mazur. Tytuł przyznawany przez mieszkańców województwa. – Lubię przychodzić do pracy – śmieje się. – Identyfikuję się z tym miejscem, przepracowałam tu wiele lat, znam praktycznie wszystkich ludzi, mam tu przyjaciół. A po pracy? Dom, Kasia – jej zajęcia pozalekcyjne – wokół tego toczy się moje

życie prywatne. Sportów żadnych nie uprawiam, bo jestem za leniwa, ale jeżdżę na wycieczki rowerowe z moim dzieckiem. Aha! Obowiązkowo oglądam z córką w kinie wszystkie filmy dla dzieci.

– Jej ulubionym zajęciem jest wylegiwanie się na tapczanie przed telewizorem – zdradza nam po cichu Gosia. – Zawsze się odchudza, chociaż jest to jej niepotrzebne. Lubi się stroić, kupować nowe ciuchy, żeby codziennie chodzić w czymś innym – śmieje się. – Tak naprawdę to nie wyobrażam sobie pracy z nikim innym. Ale początki były trudne, może dlatego, że jesteśmy odmiennych nastrojów i charakterów. Ja jestem perfekcjonistką, a Ewa lubi rządzić. Potrafimy się strasznie pokłócić o błahostkę. Ale mimo to, jesteśmy prawdziwymi przyjaciółkami.

Małgorzata Dobrzańska

Skończyła Technologię Żywności na ówczesnym ART w Olsztynie. Pracowała w Miejskiej Stacji Epidemiologicznej (przeszła tam przez wszystkie działy, od laboratorium mikrobiologicznego, przez chemiczne, aż do nadzoru). W 1990 r. ukończyła specjalizację z epidemiologii. W 1994 r. zrobiła specjalizację z higieny i została kierownikiem epidemiologii w Powiatowej Stacji Epidemiologicznej w Olsztynie. Ukończyła liczne kursy specjalistyczne, szkolenia podnoszące kwalifikacje zawodowe.

– W 1999 roku, w ramach zmiany klimatu, przeniosłam się do szpitala

i zaczęłam pracować w Zespole ds. Zakażeń Zakładowych, na stanowisku specjalisty ds. epidemiologicznych – opowiada. – W tej chwili jestem również kierownikiem Sterylizatori. Co lubię w życiu prywatnym? Uwielbiam podróże, zwiedzanie, w każdej wolnej chwili gdzieś wyjeżdżam. Moim marzeniem jest wyjazd do Chin. Zwiedziłam całą Europę, północną Afrykę, teraz czas na zdobywanie Dalekiego Wschodu.

A potem może Kuba? – dopowiada ze śmiechem Ewa. – Gosia uwielbia spotkania towarzyskie, albo sama jeździ do znajomych i przyjaciół, albo ich zaprasza. Uwielbia gotować – często przyrządza nowe potrawy, których smak wypróbujecie na swoich koleżankach. Wszystkie nadal żyją i mają się bardzo dobrze! Jej znakiem rozpoznawczym są korale. Z każdej wycieczki przywozi jakiś nowy sznur. Aha! Łowi ryby na żywą przynętę.

Jolanta Citko

– Bardzo lubi się bawić, tańczyć, w końcu zaczęła jeździć samochodem i zaczyna jej to wychodzić coraz lepiej – śmieje się Ewa Pietrusińska. – Po prostu do tej pory brakowało jej motywacji, ale jak zobaczyła, że kobiety jednak jeżdżą, to kupiła sobie auto – „srebrną strzałę” (Suzuki), którą codziennie mknie do pracy.

– Ostatnio jej pasją jest ogród – dodaje Małgosia. – Kupuje kwiaty, drzewka, robi rabatki. Urlop zawsze spędza nad naszym morzem, poczym wraca opalona na mahoń i sieje zazdrość u innych kobiet. Ma w gabinecie najwięcej w całym szpitalu storczyków, które cały czas (co bardzo dziwne) jej kwitną.

Magdalena Kantorczyk



Priorytetem jest bezpieczeństwo pacjentów

XIII SZKOŁA POD ŻAGLAMI CZYLI JAK MIEĆ WIOSNĘ I LATO... ZIMĄ.

Któregoś dnia doszedłem do wniosku, iż od ukończenia poprzedniego rejsu spędziłem na lądzie chyba już wystarczającą ilość dni. Poza tym długie, jesienne, słotne wieczory nie dodawały mi optymizmu. W efekcie tych rozważań 12 lutego 2007 roku ponownie popłynąłem w rejs dobrze znaną już barkentyną, tym razem na trasie Teneryfa, Gomera, El Hierro, Madera, Porto Santo, Ceuta i Malaga.

Plan skrócenia sobie zimy i lądowania prosiutko w objęciach wiosny brzmi obiecująco. Przelot na Teneryfę minął mi szybko, przy okazji podziwialiśmy Wyspy Kanaryjskie z wysokości 10 tys. metrów w pełnym słońcu! Aż nieprawdopodobny wydaje się fakt, iż właśnie tu doszło do najtra-

gicznějšíego wypadku lotniczego w historii lotów pasażerskich... Dojazd do portu i już pełny napięcia wzrok całej załogi zwrócił się w kierunku „Pogorii”. Naprawdę miło patrzeć na podekscytowaną młodzież, a i mnie serce szybciej znów zabiło na widok żaglowca. Niektórzy jeszcze przez chwilę wydobywali z siebie okrzyki zachwytu. Po chwili rozpoczęło się wnoszenie wszystkich: worów, worków, woreczków, toreb, torebek i siatek, krótko mówiąc: sztauowanie.

Warto nadmienić, iż statek poprzedniego dnia przyplął ze stolicy Senegalu

– Dakaru, gdzie uczestniczył w rajdzie... samochodowym. Na marginesie, niesamowite wrażenie zrobiły na mnie rzeźby z mahoni i baobabu, które przywieźli sobie moi poprzednicy.

Przedstawiono nam załogę stałą: bosmana Henia, mechanika i kuka. Zostaliśmy znów podzieleni na cztery wachty. Mianowano mnie III oficerem. Przez „szczekaczkę” (czyt. rozgłośnię statkową) wysoły głos kucharza Roberta zaprosił nas na pierwszy obiad. Po wyjściu z mesy przywitały mnie znów przytulne kajuty i uroki życia pod pokładem: drzwi na zatrask, szerokość

przejścia ok. metr dziesięć, szklanki dyndające na hakach...

Młodzież powoli poznawała pokład. Właśnie wtedy pojawiły się pierwsze pogłoski na temat „holdu dla Neptuna”. Na szczęście wtedy jeszcze tylko pogłoski, gdyż mieliśmy zamiar

wyplłynąć z portu dopiero następnego dnia. Czas mijał szybko, jedni poznawali swoje imiona nieustannie się przy tym śmiejąc, inni leżeli na dziobie, jeszcze inni się opalali.

Nowy dzień rozpoczął głos I oficera – Trola, który wyrwał mnie ze snu. Pierwsze „pogorio-we” śniadanie. Dalej apel i wedle żeglarskiej tradycji uroczyste

Kolejny dzień to szkolenie obsługi żaglowca, które wieńczy odejście od nabrzeża. Kierujemy się ku drugiej z wysp archipelagu Wysp Kanaryjskich – Gomere. Najpierw, zapierający dech w piersiach, kolorowy widok portu i góry, później trudne manewry cumowania i mały spacer po pyszne hiszpańskie lody. Po powrocie na pokład żaglowca, obiad i pada zapowiedź pięciogodzinnej wycieczki po wyspie, podczas której zwiedziliśmy park narodowy, wspinaliśmy się na Pico de Garajonay – najwyższy szczyt wyspy 1487 m n.p.m., spacerowaliśmy w niesamowicie gęstym, ciemnym i omszałym cedrowym lesie, w którym czas zatrzymał się przed ostatnim złodowaceniem oraz poszliśmy zobaczyć fantastyczną dolinę Valle Gran Rey. Wycieczka była bogatsza również o niezaplanowaną przygodę, na temat której nie będę się rozpisywać, bo wstyd i hańba. Po prostu połowa grupy zgubiła się wracając z najwyższego szczytu Gomery, choć droga zajmowała 15 minut i prowadziła w dół.

No i tak minęły mi pierwsze dni w moim nowym/starym domu...

Na Maderę...

Po powrocie z wycieczki znalazłem przed odplynięciem jeszcze kilka chwil na spacer po San Sebastian de Gomera, miasteczku – ostatnim przystanku Kolumba, z którego wyruszył na poszukiwanie „zachodniej drogi do Indii”.

Droga na Maderę zajęła nam trzy dni w uciążliwym baksztagu przy pełnym takielunku. Pełną parą realizowane są zajęcia edukacyjne.

Nie widać nigdzie delfinów, łądu... Są za to duże fale i silny wiatr. Jak to powiedział bosman Henio „Atlantyk pokazał nam swoje mleczne zęby”. Rano w mesie nie mogliśmy usiedzieć na miejscu, gdyż fale powodowały ciągłe zjeżdżanie. Niektórzy mieli dosyć duży problem ze zjeżdeniem czegokolwiek. Naczynia latały, kubki przewracały się rozlewając wokół herbatę. Choroba morska, dla co słabszych i tak wystarczająco uciążliwa, pogorszyła się. Spowodowało to, że na pokładzie zebrały się dzikie tłumy. Młodsi marynarze leżeli w pół żywi, wymiotowali, spali, marudzili lub po prostu rozmawiali na przeróżne tematy, by zapomnieć o mdłościach. W ten właśnie sposób spędziliśmy ok. 8 godzin, po czym



Pogoria w kropkach wody morskiej



Wielkie sprzątanie

podniesienie bandery. Rozdano nam szelki, zostaliśmy błyskawicznie przeszkoleni i pozwolono nam wchodzić na reje. Niektórym udało się wejść na najwyższą reję (bombramreję – 35 m nad pokładem), inni postanowili się jeszcze wstrzymać...



Park - Gomera

udaliśmy się na kolację do mesy, w której powtórzyła się sytuacja z rana, z tą tylko różnicą, że wszyscy byliśmy już na to psychicznie przygotowani.

Tak nam minęły 15 i 16 lutego 2007 r. – pod znakiem wiatru, fali, wymiotów i świetnej zabawy wbrew pozorom.

Wszyscy też wyczekujemy Madery, która ulży z pewnością naszym cierpieniom...

No i jesteśmy wreszcie w Funchal, stolicy Madery. Trafiliśmy na paradę tancerzy, którzy na ulicach świętowali koniec karnawału w rytmach ognistej samby. Rytm, kolory, okrzyki radości, niesamowita energia... Niektórzy z załogi w tym czasie odpoczywali po nieprzespanych nocach i przebytej chorobie morskiej. Tak spędzamy całutką noc... Wyspa robi niesamowite wrażenie, któremu przecież nie oparł się i Józef Piłsudski, spędzając tu wakacje.

Dalej kierujemy się już na wschód ku skale w Gibraltarze. Żaglowiec płynie z prędkością 5-6 km, czasem podpierając się silnikiem. Silny wiatr NW krzyżuje plany wejścia do Kadyksu i aktualnie planujemy wejście do Ceuty – hiszpańskiego portu w północnej Afryce. Sternik walczy uparcie z wiatrem, próbując utrzymać kurs. Przygląda się temu bosman, którego popularne słowa zna każdy z nas: „ze sterowaniem jest tak jak z życiem, im mniej kręcisz tym lepiej”. Co racja, to racja...

Gibraltar mijamy nocą, jednak nie sposób zmrużyć oka ze względu na bardzo duży ruch statków w cieśninie. Teoretycznie żaglowiec ma pierwszeństwo przed motorowcem, ale uważać należy szczególnie na supertankowce mknące „na autopilocie”.

Afryka dzika, dawno odkryta...

Przed południem wchodzimy do enklawy hiszpańskiej na terytorium Maroka – Ceuty, a więc Czarny Ląd... Wszyscy zniecierpliwieni

oczekują zejścia do portu po kilkudniowym maratonie w morzu. Bardzo, ale to bardzo ściera się tu kultura chrześcijan i muzułmanów. Olsztyńska schoarma i kebab są smaczniejsze... natomiast tujejsza herbata nie ma sobie równych.

Ostatni etap mojego rejsu pokonuję na nocnej wachcie płynąc do Malagi. Spędzam go na refleksjach, porządkując wrażenia, szufladkując je jakoś. W końcu rejsy pełnomorskim żaglowcem to ciągle jakby życie w przeszłości...

...bo przecież przesypiam w całości co czwartą noc. Na świat wyglądam przez okrągłe okienko bulaja i prawie zawsze widzę przez nie morze.

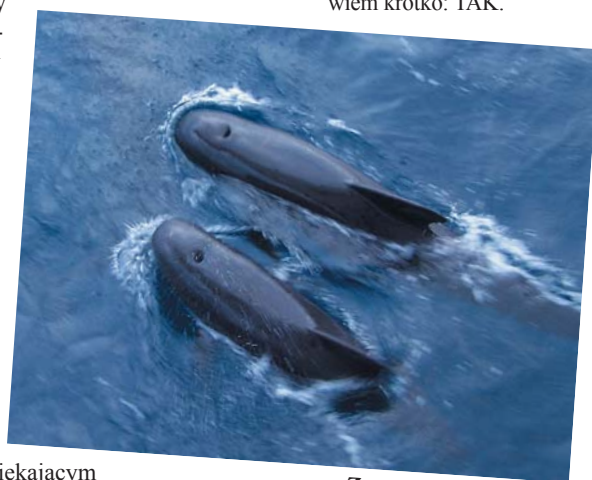
Codziennosc różni się znacznie od tego, do czego przywykłem na lądzie. To, czym się tutaj zajmujemy jest wypadkową zadań wachty, którą aktualnie pełniemy i przechyłu, jaki w danej chwili osiągnęła „Pogoria”. Czasami, choć nieczęsto, przechyl ułatwia życie. Na przykład wtedy, gdy dopycha mnie do wnętrza koi.

Znacznie częściej, w moim odczuciu niemal zawsze, przechyl sprawia, że każda rutynowa czynność to karkołomne przedsięwzięcie. Znacznie częściej wytaczam się z koi, co fatalnie wpływa na jakość mojego snu. Przechyl sprawia, że prysznic jest nierówną walką z uciekającym strumieniem wody, śliskością namydlonych stóp, przeciążeniami ciskającymi o ścianę i przewracającym się szamponem. Niełatwo jest, kołysząc się, trafić nogą w nogawkę spodni. Niełatwo spodnie te znaleźć pośród kotłującej się w szafce ubraniowej masy.

Nie inaczej wygląda kwestia posiłków.

Biesiadnicy zjeżdżający z ławek, mknące po powierzchni stołu sztućce i naczynia, przewracające się kubki, bryzgająca herbata. Czy po powrocie na ląd nadal z przyzwyczajenia będą układać puste kubki poziomo na stole? Czy odruchowo sztauować będą wszelkie ruchome przedmioty tak, aby w razie przechyłu nie przemieszczały się bezwładnie, nie zmieniały położenia na mi nieznanie i nie stanowiły zagrożenia dla osób niefortunnie przebywających na trajektorii ich lotu? Jak długo, kładąc się w łóżku, będę próbował zaprzeć się rękami i nogami w sposób uniemożliwiający turlanie się z jednego boku na drugi? Za każdym razem, kiedy mimowolnie walcząc będę z potencjalnym przechyłem, wspomnę i tak ze łzą w oku krótki czas, kiedy mieszkałem na STS „Pogoria”.

A zapytany czy mi tego brakuje na lądzie odpowiem krótko: TAK.



Zaprzyjaźnione delfiny

W Maladze, po 14 dniach rejsu, schodzę z pokładu. Zastąpił mnie Grzegorz, chirurg z Katowic.

Ahoj, załogo!!! Stopy wody w dalszym rejsie...

lek. med Tomasz Widawski



Zaloga XIII Szkoły pod Żaglami

DOBRA PASSA MEDICI PRO MUSICA

Na jubileuszowy koncert XV-lecia Olsztyńskiego Chóru Lekarzy „Medici pro Musica”, działającego przy Okręgowej Warmińsko-Mazurskiej Izbie Lekarskiej w Olsztynie, do gościnnego zamku kapituły warmińskiej. 10 lutego br. przybyło szerokie grono miłośników muzyki oraz sympatyków zespołu. Brawo dla pomysłodawcy, by muzykę barokową zaprezentować pod unikalnym sklepieniem kryształowym Sali Kopernikowskiej!

Od pierwszego utworu a'capella „Canticorum Iubilo” Geoga Friedricha Haendla, poprzez „Exultate Justi” Ludovico da Viadana i „Messa in G” Giovanniego Battisty Casali'ego, nie mogłam wyjść z podziwu nad brzmieniem tego chóru. Nowe doznania estetyczne wniosły: „In Virtute Tua” i „Ecce Nunc Benedicite” Grzegorza Gerwazego Gorczyckiego. Cieszy wykonanie dzieł polskiego kompozytora, obecność ta dowodzi, iż Polacy nie gęsi... Uświadomiłam sobie, jakim małym epizodem w historii muzyki, i historii w ogóle, my, ludzie XXI wieku, jesteśmy. Odrzuceni hen w przyszłość, odgrzebujemy fakty z minionych epok niczym archeolodzy. Mieliśmy okazję przekonać się, jakim odkrywcą smaczków muzycznych jest prezes chóru, sopran Aleksandra Bakun: każdy psalm poprzedzała adekwatną ciekawą opowieścią, czyniąc z niej dodatkowy atut tej sztuki. Warto zdać sobie sprawę, że owa zespołowa praca jednoczy

pasjonatów; każdy z nich to nie tylko lekarz innej specjalności, ale przede wszystkim oddzielna jednostka. Dyrygenturę Bogusława Palińskiego odebrałam jako niezwykłą umiejętność przekazu. Przekonałam się, co można wydobyc ruchem ciała, gestem, mimiką, znakami umownymi. Najczulszy instrument, jakim jest głos człowieka, tak sugestywnie pokierowany, sprawiał prawdziwą ucztę duchową.

Gościem Szanownego Jubilata był zespół smyczkowy pod kierunkiem Doroty Obijańskiej, działający przy Stowarzyszeniu Społeczno-Kulturalnym „Pojezierze”. Zapowiedź występu solowego Anny Śleszyńskiej-Górny wywołała burzę oklasków i sprawiła, że było to swoiste wejście smoka. Pani Anna jest lekarzem Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie, gra na skrzypcach, śpiewa altem w „Medici...” i reprezentuje olsztyńskie środowisko zawodowe w międzynarodowej



Anna Śleszyńska-Górny

orkiestrze muzycznej lekarzy, każdego roku popisując się w innym mieście Europy. W wykonaniu „Absolwenta” usłyszeliśmy koncert skrzypcowy f-moll „Zima” RV297 (cz. II i III) Antonio Vivaldiego. Jubileuszowy koncert zakończyło wspólne wykonanie radosnego „Alleluja” Haendla. Potem były gratulacje i kwiaty od przedstawicieli władz samorządowych oraz Okręgowej Warmińsko-Mazurskiej Izby Lekarskiej, a także poczęstunek dla bohaterów wieczoru i przyjaciół.

Uroczystość odbiła się w środowisku medycznym rzeczywistym echem. Dwa tygodnie później zespół oświetlił sesję Izby, podczas której zasłużonym lekarzom wręczano odznaczenia, a świeżo upieczonym doktorom nauk medycznych, stosowne dyplomy.

Podobnie jak kryształowa forma Adama Małysza, dobra passa olsztyńskiego chóru lekarzy trwa. Dowodem na to jest zaproszenie „Medici pro Musica” przez przewodniczącą Naczelnej Izby Lekarskiej dr. Konstantego Radziwiłła do oświetnienia Międzynarodowego Kongresu Etyki Lekarskiej w Warszawie.

Helena Piotrowska

Helena Piotrowska jest związana z regionalnym ruchem artystycznym. Jest autorką książki „Przyjdź będziesz tańczyć... wspomnienia o Wojciechu Muchlado” (2004), poświęconej wybitnemu choreografowi. Jej drugie dzieło „Życie jest sztuką a sztuka życiem” (2005) to rzecz o Hieronimie Skurpskim - nieszczęśliwym olsztyńskim plastycy. Za swoją działalność otrzymała odznakę „Zasłużony Działacz Kultury”.



Medici pro Musica w całej okazałości

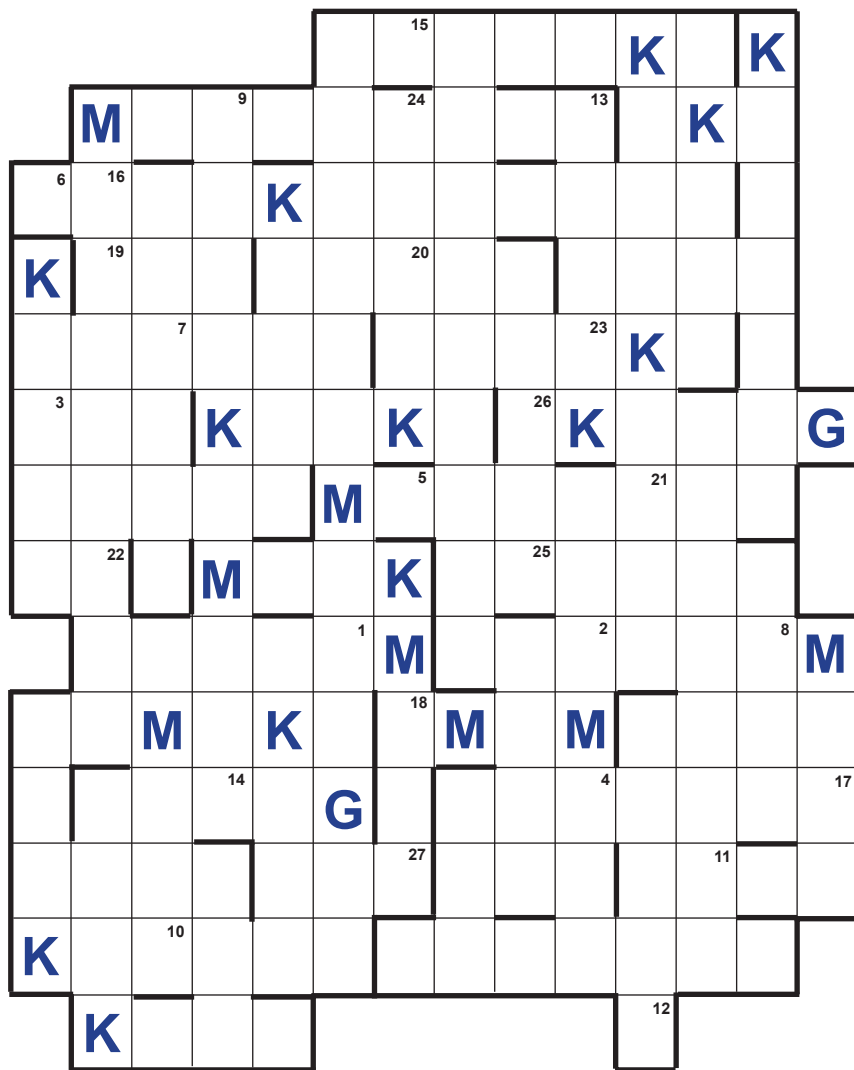
K R Z Y Ź Ó W K A

Jolka

15

Objaśnienia 57 haseł podano w przypadkowej kolejności. W diagramie ujawniono wszystkie litery G, K i M. W ponumerowanych polach ukryto 27 liter hasła, które stanowią rozwiązanie. Jest nim mądrość Denisa Diderota.

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.



• przyjeź lub lekarska • Hilary, następczyni Billa? • miłośnik przyrody • stolica Albanii • nabycie towaru • cienki papier ozdobny • sięgaj, gdzie on nie sięga • marka Benza i Daimlera • ciemność • włókno z poliamidów • zatoka z Ejlalem • mnich pustelnik • naukowiec • partner kobiety • instytut z teczkami • centralny urząd zwalczający korupcję • filolog, lingwista • mrużąca bazia • hinduska suknia • cienka, wędzona kiełbasa • uspokajający chlordiazepoksyd • Kalita lub Groźny • kukułka gwarowo • ciepło, gorąco • stolica Mali • gobelin wawelski • dekoracyjny motyw liścia • milczą, gdy dusza śpiewa • Napoleon I • rybackie lub komputerowe • chytrze bydli z panem • płynie w Kałudze • wzór, norma • samochód • nauka o rytmach biologicznych • Immanuel z Królewca • Kusocińskiego w Olsztynie • flirt, zaloty • mieszka w Bilbao • cmentarne podziemie kościoła • żyroskop wskazujący kurs • zdrowotna w ZOZ • Thomas, autor „Doktora Faustusa” • wiano • bicz, knut • węgierskie morze • afrykańska wąskonoś • malowana marionetka • dla chirurga lub Tezeusza • kraina Dorotki • szansa, ewentualność • bombowa mieszanka zapalająca • grekokatolik • opiekun meczetu • słodkie nieróbstwo • sponsor siatkarzy AZS Olsztyn • Alina, oddziałowa położnictwa •

BJER

Rozwiązanie krzyżówki numer 14 z 15 numeru Pulsu Szpitala:

„Zdrowie jest bogactwem”

mądrość ludu Hausa

Kwartalnik Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie



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-Giergielewick

Zdjęcia w numerze:

Bernard Wawrzyniewicz
Kornelia Kotwicka
Magdalena Kantorczyk

Zdjęcie na okładce:

Bernard Wawrzyniewicz

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

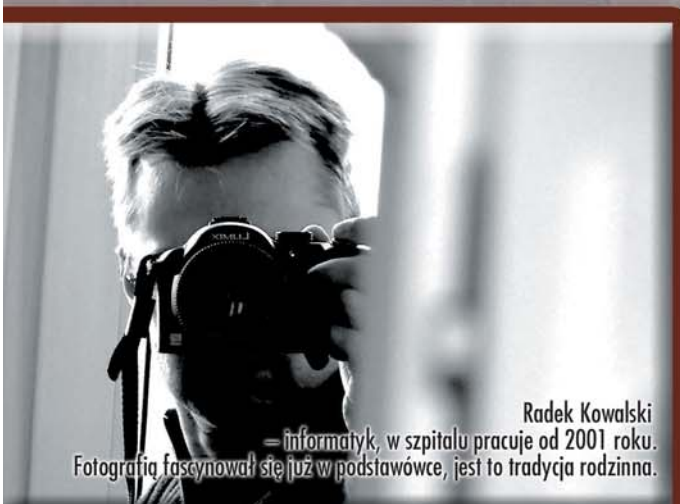
KONTO:

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

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



Obozowisko wojsk napoleońskich - Ostróda 2007



Radek Kowalski
= informatyk, w szpitalu pracuje od 2001 roku.
Fotografią fascynował się już w podstawówce, jest to tradycja rodzinna.